



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRÁCTICA DE CUTTING EN  
LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIO COBO  
BARONA”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica.

**Autora:** Mancheno Maya, Liliana Monserrath

**Tutora:** Ps. Cl. Mg. Abril Lucero, Gabriela Lorena

Ambato – Ecuador

Abril, 2018

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del Informe de Investigación sobre el tema “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRÁCTICA DE CUTTING EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIO COBO BARONA” de Mancheno Maya Liliana Monserrath, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Diciembre del 2016

LA TUTORA

.....  
Ps. Cl. Mg. Abril Lucero, Gabriela Lorena

## **AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Informe de Investigación “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRÁCTICA DE CUTTING EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIO COBO BARONA”. Como también los contenidos, ideas, análisis, y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Diciembre del 2016

LA AUTORA

.....  
Mancheno Maya, Liliana Monserrath

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este informe de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este proyecto, dentro de las regularidades de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Diciembre del 2016

LA AUTORA

.....

Mancheno Maya, Liliana Monserrath

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, con el tema “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRÁCTICA DE CUTTING EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIO COBO BARONA” de Mancheno Maya, Liliana Monserrath, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Abril del 2018

Para constancia firman:

.....

**PRESIDENTE/A**

.....

**1er VOCAL**

.....

**2do VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto de investigación a la persona que me devolvió las ganas de seguir luchando día a día y por el amor incondicional que sentí desde su llegada a mi vida. A mi hija Paula Emilia.

Mancheno Maya, Liliana Monserrath

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco infinitamente a Dios, a mi familia por su apoyo, paciencia y el amor de mi mami en todo momento, además a todas las personas que estuvieron conmigo y compartimos muchos momentos en mi vida universitaria de los cuales me llevo los mejores recuerdos y experiencias vividas buenas y malas que me ayudaron a seguirme formando para llegar a ser una gran persona y profesional.

Mancheno Maya, Liliana Monserrath

## ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xi
RESUMEN.....	xii
SUMMARY .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Formulación Del Problema .....	7
1.3 Objetivos .....	7
1.3.1 Objetivo General. ....	7
1.3.2 Objetivos Específicos.....	7

1.4 Justificación de la Investigación .....	7
1.5 Limitaciones .....	8
CAPÍTULO II .....	10
2. MARCO TEÓRICO .....	10
2.1 Antecedentes de la Investigación .....	10
2.2 Base Teórica.....	20
2.2.1 Funcionalidad Familiar .....	20
2.2.1.1 Familia. ....	20
2.2.1.2 Sistema Familiar. ....	22
2.2.1.3 Funcionalidad Familiar. ....	24
2.2.2 Práctica de Cutting .....	26
2.2.2.1 Conducta Autolesiva .....	26
2.2.2.2 Conducta autolesiva con y sin intención suicida.....	31
2.2.2.3 Cutting.....	37
2.3 Definición De Términos.....	40
CAPÍTULO III .....	42
3. MARCO METODOLÓGICO .....	42
3.1 Nivel De Investigación.....	42
3.2 Diseño .....	42
3.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos .....	44

3.4.1 Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).....	45
3.4.2 Cédula de Autolesiones.....	46
3.5 Técnicas De Procesamiento Y Análisis De Datos .....	48
 CAPÍTULO IV .....	 50
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS .....	50
4.1 Recursos .....	50
4.1.1 Recursos Institucionales.....	50
4.1.2 Recursos Humanos.....	50
4.1.3 Recursos Físicos.....	50
4.1.4 Presupuesto. ....	50
4.2 Cronograma De Actividades .....	51
 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 52
5.1 Bibliografía .....	52
5.2 Linkografía.....	53
5.3 Citas Bibliográficas - Bases De Datos Uta .....	66
 ANEXOS .....	 68
ANEXO 1. CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL). .....	68
ANEXO 2. CÉDULA DE AUTOLESIÓN.....	70

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°: 1 Presupuesto .....	50
Cuadro N°: 2 Cronograma De Actividades .....	51

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRÁCTICA DE CUTTING EN  
LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIO COBO  
BARONA”.**

**Autora:** Mancheno Maya, Liliana Monserrath

**Tutora:** Ps. Cl. Mg. Abril Lucero, Gabriela Lorena

**Fecha:** Diciembre, 2016

**RESUMEN**

El presente proyecto de investigación tendrá por objetivo principal el determinar qué relación existe entre la funcionalidad familiar y la práctica de cutting en los adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona de la ciudad de Ambato.

El diseño de investigación será documental. El modelo a seguir del proyecto de investigación será a un nivel exploratorio y explicativo, al pretender obtener una asociación de variables, permitiendo realizar una evaluación de las variaciones, análisis de correlación y una medición de relaciones entre variables en los mismos sujetos de un contexto determinado.

Se pretenderá utilizar una muestra de 336 estudiantes 162 hombres y 174 mujeres con una edad comprendida entre los 11 a 19 años, de octavo Año de Educación Básica a Tercer año de Bachillerato de la población total de adolescentes de la Unidad Educativa.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF SCIENCE OF HEALTH**

**CLINICAL PSYCHOLOGY**

**“FAMILY FUNCTIONING CUTTING AND PRACTICE IN TEENS  
EDUCATION UNIT COBO MARIO BARONA”.**

**Author:** Mancheno Maya Liliana Monserrath

**Tutor:** Ps. Cl. Mg. Abril Lucero, Gabriela Lorena

**Date:** December, 2016

### **SUMMARY**

This research project mainly aims to determine what is the relationship between family functioning and the practice of cutting in adolescents Mario Cobo Barona Education Unit.

The research design was documentary. The role model of the research project will be an exploratory and explanatory level, attempting to obtain an association of variables, allowing an assessment of variations, correlation analysis and measurement of relationships between variables in the same subjects in a given context.

It is intended to use a sample of 336 students 162 men and 174 women aged between 11 to 19 years, eighth year to third year Basic School of the total population of adolescents Education Unit.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad se observa un incremento en las conductas autolesivas con el pasar del tiempo se ha ido agravando en las familias ecuatorianas como es en su contexto personal, social siendo un problema muy característico la práctica de cutting, el cual se refleja con comportamientos de daño con intención hacia el mismo sujeto de una manera reiterativa, que provoca daño físico de bajo nivel. Además este comportamiento no está aprobado dentro de los parámetros de una sociedad y su objetivo es la búsqueda del desfogue de confusiones emocionales.

La familia es una constitución estructurada de manera jerárquica que da como resultado la conexión del individuo entre la sociedad, siendo la funcionalidad familiar un peldaño importante en la adaptación de la persona al entorno que lo rodea a través de la introyección de normas y reglas básicas, también la instauración de roles, normativas reglamentarias, marco de valores, intentando regular el funcionamiento eficaz en todas las esferas de cada uno de sus integrantes.

A través del tiempo la familia se ha ido adaptando al cambio en cuanto al contexto socio-cultural en relación a forma, estructura y organización,

Al pretender determinar una relación entre las variables funcionalidad familiar y la práctica de cutting se espera encontrar características nosológicas que serán determinantes para el cumplimiento del objetivo propuesto en la presente investigación.

## CAPÍTULO I

### 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

**Tema:** “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRÁCTICA DE CUTTING EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIO COBO BARONA”.

#### 1.1 Planteamiento del Problema

La "familia" dota de las condiciones necesarias que favorezcan el que sus miembros inmaduros, inexpertos e insuficientes, como son los hijos, alcancen su autonomía en todos los niveles. Un desajuste o desequilibrio en el sistema puede conllevar a una disfuncionalidad en el sistema familiar perjudicando en el desenvolvimiento cognitivo, afectivo y conductual de los hijos (Vallejo, Sánchez-Barranco, F; y Sánchez-Barranco, P, 2004).

En Latinoamérica los índices de divorcios evidencian un incremento en los últimos años. En Colombia según la Superintendencia de Notariado y Registro (SNR, 2012) mediante la recopilación de datos obtenidas por 872 notarias del país refiere la cifra ascendió de 6889 casos de divorcio a 8694 casos. La entidad considera que la situación de la separación conyugal en Colombia y las consecuencias psicológicas para los hijos es tan preocupante, que cada día un aproximado de 36 parejas terminan sus vínculos matrimoniales.

En el Ecuador niveles cada vez más altos en cuanto a divorcios en parejas es una realidad social, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos menciona desde el informe del Anuario de Estadísticas de Matrimonios y Divorcios 2013 que la tasa de divorcio acrecentó al 87,73% entre el año 2004 y 2013 al pasar de 11.251 a 21.122 divorcios. (INEC, 2014)

El divorcio influye en la esfera emocional de los hijos según Andrade (2013), en Guayaquil en los niños que provienen de hogares con divorcios, en edades comprendidas de 5 a 11 años, usuarios del centro de protección de derechos MIES generan reacciones negativas como temor a la pérdida de los padres en una profunda sensación de pérdida y tristeza, descuido en el ámbito académico,

dificultad de interrelacionarse con normalidad o aislamiento social, irritabilidad al menor contratiempo, sentimiento de inferioridad en relación al resto de niños, y presentan una idealización respecto al entorno al retorno de su padre o madre al hogar.

La Violencia de Género evidencia notablemente una problemática ante una adecuada funcionalidad familiar. Según la Organización Mundial de la Salud menciona que la violencia de género es toda acción que genere un mal estar a nivel físico, sexual o psicológico para el ser humano así también la intimidación en relación a tales acciones., además refiere datos estadísticos en relación a la violencia contra la mujer citando que un 35% de las mujeres a nivel mundial han sufrido maltrato sexual por sus parejas o terceros en alguna instancia de su vida, un 30% que han mantenido una relación de pareja mencionan haber padecido maltrato físico o sexual, el 38% de mujeres asesinadas tuvieron relación por maltrato por parte de su pareja y un 42% tuvieron lesiones severas constituyendo de esta manera una problemática que repercute en los miembros que conforman el sistema familiar. OMS (2013)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) menciona que las mujeres han sufrido alguna vez maltrato físico o sexual por parte de su pareja en República Dominicana en 2007 un índice del 17.0%, en Haití entre el 2005-2006 el 19.3%, entre el 2008-2009 en Jamaica el 19.6%, en Paraguay en el 2008 un 20.4%, en El Salvador en el 2008 un 26.3%, en Bolivia en el 2003 el 53,3%, en Colombia en el 2005 un 39.7%, en Perú en el 2007-2008 un 39.5%, en Nicaragua en el 2006-2007 el 29.3%, en Guatemala en el 2008-2009 un índice del 27.6%, ,

En el Ecuador la Violencia de Género según (INEC, 2012) en la Primera encuesta sobre relaciones familiares y violencia de género realizada desde el 16 de noviembre al 15 de diciembre de 2011 en 18.800 viviendas en zona urbana y zona rural evidencia que el 60,6 % de la muestra total ha vivido algún tipo de maltrato sea físico, psicológico, sexual o patrimonial. No existe mayor discrepancia entre zonas urbanas y rurales ya que emiten un promedio estadístico del 61,4 % y el 58,7 por ciento respectivamente. La violencia más común es la de

tipo psicológica con un 53,9%, luego la violencia física con el 38%; seguida por la violencia sexual con 25,7% y, finalmente, se ubica la patrimonial con el 16,7%.

La provincia Tungurahua se encuentra entre las provincias con mayor índice de maltrato sea de tipo físico o psicológico con un 67,8%.

OMS (2014), a nivel mundial una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños. Una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

El maltrato infantil está dividido en función del tipo de maltrato, las cifras estadísticas muestran que el maltrato se da por negligencia y maltrato emocional, físico y sexual.

A nivel mundial se evidencia maltrato de tipo negligente: 65% seguido de abuso físico: 22%, abuso sexual: 7%, abuso emocional: 3%. Además la muerte infantil por maltrato indican que aproximadamente el 54% se produce por maltrato físico y el 43% por negligencia.(Portal de Recursos de Psicología, Educación y disciplinas afines, 2009)

Según Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en América Latina 6 millones de niñas y niños son agredidos severamente por sus padres o familiares y 85 mil mueren cada año como consecuencia de estos castigos. En México El 66% de la población infantil ha vivido al menos una de las formas de violencia. UNICEF (2000).

En Chile, el 73,6% de los niños y niñas sufre violencia física o psicológica de parte de sus padres o parientes. El 53,9% recibe castigos físicos y un 19,7% violencia psicológica. Un 26,4% de los niños, niñas y adolescentes nunca ha vivido situaciones de violencia por parte de sus padres. En Paraguay el 61% de los menores y adolescentes informan haber sido víctimas de cualquier tipo de violencia por parte de sus padres y familiares cercanos, mientras que de ellos la mitad (el 52%) recordó haber sufrido por primera vez maltrato físico entre los 3 y 5 años.

Diario el País (Mayo-2015) las cifras de maltrato infantil en el país colombiano abrió un total de 1.391 procesos para el restablecimiento de derechos a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil durante el primer trimestre del año. De acuerdo con la edad, el 39,8 % de las víctimas atendidas son menores de 6 años; el 30,2 % tienen entre 6 y 12 años; y el 28,7 % corresponde a adolescentes entre 12 y 18 años. En los últimos tres años en Bogotá se ha convertido el maltrato infantil ha registrado 28.624 denuncias y también lidera las denuncias por abuso y explotación sexual, con 5.224.

Diario El Universo (Diciembre 2011) en Ecuador las cifras obtenidas en los centros de restitución de derechos que funcionan en Guayas, en el 2010 se reportaron 2.650 casos de abandono o negligencia de los padres o responsables del cuidado de los menores de edad. Ese es el principal tipo de maltrato; le siguen las agresiones físicas, con 980 hechos; psicológicas, con 837 denuncias; y abuso sexual, que dejó en un año 850 víctimas. Las estadísticas del INFA demuestran que en las ciudades de Quito y Guayaquil el 27% de la población hasta 10 años es castigada al menos una vez por semana, el 78% recibido algún tipo de maltrato en sus hogares y un 41%, en sus escuelas. Además, el 69% de los menores entre 10 y 15 años han sido víctimas de violencia de género, especialmente abuso sexual.

La Organización Mundial de la Salud (2013) define a la salud mental como un estado de bienestar consciente en el cual los rasgos individuales son una vía para afrontar situaciones de incomodidad, aportando eficazmente al contexto social.

En el fenómeno de la salud mental, se evidencia que aproximadamente 450.000.000 personas padecen algún tipo de trastorno o enfermedad mental a nivel mundial, cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. En todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Los trastornos neuropsiquiátricos figuran entre las principales causas de discapacidad del 20% de los niños y adolescentes presentan algún trastorno neuro-psiquiátrico mostrando así índices altos de vulnerabilidad en la salud en países tercermundistas. Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de

personas, el 23% de la causa de discapacidad están relacionadas al consumo de sustancias, cada año existen más de 800.000 suicidios en el grupo entre 19 y 25 años de edad identificando un 75% en países de ingresos bajos y medios, los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a muchos suicidios. La frecuencia de los trastornos mentales tiende a duplicarse después de las emergencias. Determinando de esta manera un obstáculo para integrar un eficaz trabajo con relación a la salud mental es la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública (OMS, 2013).

En América se refiere que los trastornos mentales tienen una alta prevalencia y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, se calcula que 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes son afectados. En América Latina y el Caribe en los últimos 20 años se evidencia en Psicosis no Afectivas 37.4%, Trastornos Depresivos 58.9%, Trastorno Bipolar 64.0%, Trastornos de Ansiedad 63.1%, Trastorno obsesivo compulsivo 59.9%, Dependencia de alcohol 19.4%, 63.000 personas se suicidan en América. Entre 20% y 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio. El 76,5% de los países informaron que cuentan con un plan nacional de salud mental; sin embargo, sus niveles de ejecución son bajos (OPS, 2009).

OPS (2008) en colaboración con el Ministerio de Salud del Ecuador refieren que, en el ámbito de salud mental se ha brindado atención a 239 pacientes por cada 100.000 habitantes. El 27% corresponde a menores de 19 años. En relación a Trastornos mentales y de conducta debidos a uso de sustancias psicoactivas 14%, Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y delirante 1%, Trastorno del estado de ánimo (afectivos) 29%, Trastorno neurótico, relacionados con el estrés y somatomorfos el 32%, Trastornos conductuales y emocionales cuya primera aparición ocurre en la infancia o adolescencia el 24%, el 25% son menores de 17 años, en relación al sexo existe un ligero predominio de los varones (51%), el diagnóstico más frecuente es de trastorno del estado de ánimo (25,7%), al 2012 la tasa de suicidio en Ecuador.

El Universo (2014) refiere que en Ecuador el año 2012 respecto al año 2000, aumentó un 3,4 %. En la división por sexo, la tasa de suicidios femeninos disminuyó un 8 %, mientras subieron un 9 % los suicidios masculinos, documentando mediante estadística un problema en la salud mental de los individuos siendo esta igual de importante que la salud física para un desempeño cognitivo, afectivo y conductual en el entorno social.

## **1.2 Formulación Del Problema**

¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con la práctica de cutting en los adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General.**

- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la práctica de cutting en los adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona.

### **1.3.2 Objetivos Específicos.**

- Establecer el tipo de funcionalidad familiar que presentan los adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona.
- Evidenciar el método de lesión de los adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona involucrados en la práctica de cutting.
- Identificar el evento desencadenante que produjo que los adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona se encuentren involucrados en la práctica de cutting.

## **1.4 Justificación de la Investigación**

La realización del proyecto investigativo exigió importancia ya que va direccionada hacia adolescentes de la ciudad de Ambato siendo ellos una población vulnerable en la actualidad ante el entorno social además en base al desarrollo evolutivo de los mismos, han pasado por un proceso de inestabilidad emocional disminuyendo su bienestar biopsicosocial.

El interés nace en potencializar la salud mental de los adolescentes así como su desenvolvimiento en el sistema de familia generando de esta manera un eficaz funcionamiento familiar, siendo así se beneficiaran los adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona; cada uno de los individuos poseen características cognitivas, afectivas y conductuales distintas expuestas ante las muchas situaciones de la vida y potencializándolas pudieran direccionar de manera eficiente el desenvolvimiento personal, familiar y social.

Es un proyecto investigativo novedoso porque es auténtico en el contexto cultural ecuatoriano al correlacionar las variables Funcionalidad Familiar y la práctica de Cutting, pues es una tendencia en aumento que se ha puesto de moda en muchos ámbitos sociales, conducta que es practicada en jóvenes en edades comprendidas entre 11 y 25 años consiste en hacerse daño deliberadamente y a escondidas, para superar la ansiedad misma que es causada por la disfuncionalidad en sus hogares ya que la falta de afecto y comunicación ocasionan conflictos en los niños y adolescentes que conllevan a esas tendencias.

Generalmente, los antebrazos y los muslos son las partes del cuerpo que prefieren lastimarse. Entre más oculto sea el corte, menor es la muestra de que tienen alguna relación socio patológica en el sentido delincencial.

La investigación es factible realizarla porque existe la disponibilidad de los recursos necesarios como espacio y población de igual forma la documentación teórica en base científica es extensa en contexto macro, meso y micro para así llevar a cabo los objetivos planteados generando una garantía eficaz al momento de la aplicación de la investigación.

### **1.5 Limitaciones**

Se podría encontrar factores que limiten el eficaz desempeño en el desarrollo de la investigación, el primer factor será al utilizar instrumentos de medición escritos provocando una alteración a la fidelidad y veracidad de los datos por tratarse una investigación con componentes subjetivos; ya que se sacará a los sujetos de su contexto natural provocando posiblemente una respuesta socialmente aceptada.

La limitación en cuanto a la empatía que pueda existir entre el evaluado y evaluador al momento de la aplicación de las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

El diseño investigativo es otro limitante, ya que no es posible la investigación de campo para poder presentar datos reales en cuanto a la misma.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la Investigación

Al realizar una minuciosa y eficaz búsqueda bibliográfica de estudios y artículos con base científica se ha podido identificar las que tengan mayor relación al planteamiento del problema las mismas que serán un aporte puntual para el desarrollo del proyecto de investigación, expongo las siguientes:

Galán (2010). Investigó en Colombia la Funcionalidad en familias con adolescentes escolarizados. La muestra fue 102 estudiantes tomando en cuenta las edades de 13- 18 años con sus respectivas familias. Se manejó la Escala de evaluación de la Funcionalidad Familiar elaborada por Marie Friedemann la cual tiene por objetivo evaluar el nivel de efectividad de la Funcionalidad Familiar refiriéndose también a metas o propósitos y sus respectivas dimensiones. Mencionando que se determinó una considerable disminución en cuanto a sus dimensiones evaluadas. El 59,8% correspondió al cambio, la coherencia 50,0% y la individuación es 44,1%, ante experiencias que presentan problemas con la comunicación las familias son inflexibles. En la unión familiar encontramos que el 50% pertenece a la coherencia, el 71,6% de estas familias se preocupan de proveer todo a sus hijos. Finalmente el 62,7% de las familias presenta un bajo nivel en la efectividad en cuanto a la funcionalidad familiar, el 32,4% de las familias se sitúan en un nivel intermedio y el 4,9% tienen un nivel alto de funcionalidad familiar.

Criado, Silva, Torres, Báez, Estévez y Müller (2011). Mencionan en su investigación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar con padres jóvenes, en Colombia, los participantes fueron 90 familias con un adolescente. Se aplicó una encuesta sociodemográfica y la efectividad de la funcionalidad familiar de

Friedemann, estableciendo que la funcionalidad familiar se encuentra reducida en un 64.39% debido a la afectación de las metas de crecimiento y espiritualidad, las dimensiones se encuentran en un rango de coherencia intermedio concluyendo que existe una escasa relación de adaptación entre el adolescente y su familia.

Jordán & Mora (2013). En Quito y Riobamba a nivel comparativo investigaron la Funcionalidad familiar y estado de salud en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, de la clínica de los riñones Menydia en los meses de Junio a Julio de 2013, la muestra fueron 225 individuos entre los 50 y 69 años, 110 de Riobamba y 145 de Quito con insuficiencia renal crónica y un total de 126 familiares, 54 de Riobamba y 72 en Quito, en relación al sexo el masculino 55.2% y el femenino 44.8%. El estado civil casado prevaleció con el 57.9%. La clínica de los pacientes fue hipertensión arterial 42.8%, Diabetes Mellitus 2 con el 29.7%, la mediana de tiempo de Hemodiálisis fue de tres años mencionando que la funcionalidad familiar fue aceptable con 67.6%, moderadamente funcionales 28.3% y disfuncionales 4.1% también para los familiares las familias funcionales fue 52.5%, moderadamente funcionales 37.8% y severamente disfuncionales 9.7%.

Gutiérrez, Camacho & Martínez, (2007). Indagaron el “Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes “en México, pretendiendo determinar la relación entre cada una de las variables, la muestra fue 74 adolescentes entre 10-17 años, ambos sexos. Conformando a la muestra en dos grupos de alto y bajo rendimiento académico. Determinando que los estudiantes de alto rendimiento escolar presentaban autoestima alta 68% con un intervalo de confianza del 95%, en cuanto a la funcionalidad familiar presenta el 54% con una influencia del género femenino en el 73% y la edad de prevalencia que fue 13 años en el 60% ,y en los estudiantes que presentaron bajo rendimiento académico presentaron una autoestima 78%, la funcionalidad familiar fue limítrofe en un 43%, en relación al sexo fue el masculino con 54%, la edad promedio fue de 13 años con 38%, Concluyendo en una relación estrecha en cuanto a rendimiento académico con funcionalidad encontrándose un factor de riesgo que en este caso es la Disfuncionalidad Familiar en los adolescentes.

Moreno & Chauta (2012).Estudiaron la funcionalidad familiar, conductas agresivas y rendimiento escolar en adolescentes en Colombia, una muestra de 63 estudiantes y padres, se evaluó mediante una Lista de chequeo de la conducta infantil de Achenbach y Rescorla, APGAR familiar y reporte académico. Concluyendo que el 95% de adolescentes presentan disfuncionalidad familiar moderada y un aprovechamiento escolar medio, las conductas externalizadas en menor medida, puntualizando que no existe una asociación significativa entre las variables de estudio.

Ochoa (2011). Menciona en su estudio sobre la funcionalidad familiar en jóvenes del programa niño trabajador en Ecuador a 40 jóvenes con sus padres, se aplicó en el área tres del INFA, se determinó que tanto los adolescentes y sus respectivos padres presentan una relación familiar aceptable manteniendo un equilibrio lo cual facilitara al momento de resolver dificultades dentro del núcleo familiar.

Mera (2015).En su investigación sobre del “Funcionamiento familiar y su influencia en las estrategias de afrontamiento en madres adolescentes víctimas de estupro internadas en el hospital provincial Docente Ambato “realizada en Ecuador a 73 adolescentes victimas de estupro. Refiriendo que el 42.85% una funcionalidad familiar moderada, el 14% mantienen una relación familiar disfuncional, el tipo de familias disfuncionales no mantienen una buena comunicación con sus familiares. En relación a las estrategias de afrontamiento evaluadas con (CSI) el 97% de madres adolescentes presentaron un incorrecto manejo de sus emociones y el 2.85% manejo inadecuado ante problemas.

Marín(2008).Estudió sobre la Asociación de Funcionalidad Familiar y Adicciones en México con 131 adolescentes de ambos sexos de la edad comprendida entre los 10 a 19 años evidenció que, el 13.95% presentó un nivel dañino en el consumo de alcohol, el 62.79% presentó dependencia al tabaco y el 25.58% consumió drogas como cocaína. En cuanto a la funcionalidad familiar el 37.2% resultaban de una familia con disfunción severa, el 25.5% presentaron disfuncionalidad familiar moderada y tan solo el 9.30% pertenecían a familias funcionales.

Cerviño, Collado, Meléndez y Córdoba (2004). Investigaron sobre las divergencias en la percepción de la funcionalidad familiar entre padres, madres e hijos jóvenes, en España, se utilizó el test FYD que mide funcionalidad y dificultades familiares con una muestra de 185 familias, el rango de edad de los hijos fue de 12 a 25 años. Concluyendo que no hay diferencias de apreciación de la competencia familiar en relación a los padres contrastando una desigualdad por los hijos hacia sus padres evaluando las dificultades familiares, los padres tienen una perspectiva más real sobre la funcionalidad familiar respecto de sus hijos.

Salazar (2013). Refiere en el estudio el Consumo de alcohol y su incidencia en la funcionalidad familiar en el Cantón Salcedo la cual estaba conformada por un grupo de 72 individuos, el 19% presenta problemas físicos y psíquicos, al 65% se les considera bebedores sociales en riesgo de presentar dependencia, el 15% son bebedores sin problemas en relación a la funcionalidad familiar, el 20% familias funcionales, el 25% familia moderadamente funcional, el 51% representa a familias disfuncionales, y el 4% de la población evaluada corresponde a familias severamente disfuncionales.

Zavala, Ríos, García, & Rodríguez (2009). Mencionan en su investigación la Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica, en Colombia en 97 pacientes geriátricos y sus familias, de los familiares su rango de edad fue de 33 a 47 años y el sexo que predominó fue femenino y en los pacientes la edad fue de 60 a 70 años. Referente a la clínica pacientes presentaron diabetes mellitus tipo 2 con o sin complicaciones 53% y un 37% enfermedades vasculares como es hipertensión arterial y angina de pecho. En relación a la variable ansiedad – rasgo se identificó el 92% nivel moderado y respecto a la funcionalidad familiar el 91% pertenecen a familias funcionales.

Ramírez, Méndez, Barrón, Riquelme, & Cantú (2010). En su estudio realizado sobre la funcionalidad familiar y enfermedad crónica en niños en México a 80 familias cada una con un infante con Parálisis Cerebral, aplicando el cuestionario FASES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) Versión Español, determinando que los infantes necesitan a sus familias como apoyo fundamental para sobresalir en su propia autonomía, además las familias presentan el 43.5% de

disfuncionalidad, donde prima la cohesión familiar, en su organización familiar la gran mayoría era nuclear y se hallaban en una etapa trascendental de expansión.

López, Martínez, & Sánchez (2005). Refieren en un estudio en el cual se indagó “la dimensión afectiva familiar y variables relevantes para el bienestar psicológico de alumnos jóvenes” en España. La muestra fue de 170 adolescentes entre hombres y mujeres entre 12 a 20 años de edad. Se aplicó la Escala Clima Social: Familia (FES) de Moos, el Inventario de Calidad de las Relaciones (QRI) de Sarason y la escala de Bienestar Psicológico elaborado por Alsinet, Casas y Rosich. La conclusión fue que los jóvenes perciben presentan baja expresión en las relaciones familiares presentando una derivación negativa, un desenvolvimiento equitativo en el contexto familiar y tienen una percepción de conflicto negativo.

Perdomo, Ramírez y Galán (2014). Investigaron la asociación de la Funcionalidad familiar entre padres e hijos adolescentes, con una muestra de 220 familias, los hijos entre 13 a 18 años de edad de una institución educativa en Colombia, se utilizó encuesta de datos sociodemográficos y la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar ASF-E. Refiriendo la conclusión que el 30,5% posee un nivel medio de Funcionalidad Familiar y el 69% de familias posee un nivel inferior. Identificando una asociación de funcionalidad familiar apreciada por los hijos adolescentes con relación a la de sus padres.

Celis (2012). Menciona que investigó la “Caracterización de la funcionalidad familiar en consumidores de heroína, consultantes a centros de atención en drogadicción en Pereira y Cartago” en Colombia. Se tomó en cuenta a 97 personas con una edad entre los 18 a 36 años con consumo de heroína, se aplicó el instrumento FACES III. Concluyendo que el 82% de individuos ingresaron al centro para desintoxicación, al igual que un 18% fue ingresado pero en clínicas privadas para desintoxicación y el 9% solo consumía sin un proceso de desintoxicación. El 91% de individuos tenían un multi consumo entre (Pepas, Cannabis, Tabaco, Alcohol, Heroína, Cocaína, Bazuco, Inhalantes).

Celis (2012).En relación a la Funcionalidad Familiar se realizó una evaluación de la tipología familiar por Arias y Montero donde los modelos habituales fueron el uniparental o biparental 74%. El 42% no poseían padre y el 58% de individuos tenían a su padre dentro del núcleo familiar. Las familias de los consumidores se ubican en las no balanceadas extremas con 78%, en un nivel balanceado con 20%. Determinando una correlación negativa entre las dos variables. (Celis, 2012).

Gómez (2013).Investigó el riesgo biopsicosocial y la apreciación de la funcionalidad familiar en los jóvenes de sexto año de la escuela Jesús Jiménez en Costa Rica, a 124 estudiantes, utilizando el Tamizaje de Riesgo del Programa de Atención Integral de la Adolescencia sus siglas (PAIA) y APGAR familiar, refiriendo que el factor de riesgo fue: ausencia de confidente, impresión de Depresión complicidad de peleas e ideas de muerte. Concluyendo que la familia indispensable para el amparo de los adolescentes.

Rueda & Acosta (2012).Realizaron un estudio sobre la Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y no gestantes acogidas en la Empresa Social del Estado del Instituto de Salud de Bucaramanga en Colombia, la muestra fue de 181 familias divididas en dos grupos de jóvenes embarazadas y no embarazadas, se aplicó el inventario ASF-E de Friedemann que evalúa el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar (EFF), concluyendo que las familias con jóvenes embarazadas muestran nivel elevado de efectividad de la funcionalidad familiar por el contrario las parentelas con adolescentes no gestantes presentan un nivel bajo de EFE.

Carreño (2010).Refiere en la investigación “Frecuencia de Ideación Suicida en Adolescentes y su relación con la funcionalidad Familiar” en Mexica con una muestra de 1299 individuos se evidencio que 397 jóvenes son de familias balanceadas 39.6%, 633 se encuentran en un rango medio 63.2% y 269 en un punto extremo que equivale al 26.9%. Las familias con jóvenes que idearon suicidarse se encuentran en un nivel medio de funcionalidad familiar y es más frecuente en el género Masculino.

Villarroel, Jerez, Montenegro, Montes, Igor. & Silva (2013). Investigaron las Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica, la investigación fue de tipo documental donde refieren que las conductas autolesivas sin fines suicidas son un comportamiento complejo, presente en un extenso rango de patologías psiquiátricas tanto de eje I como de eje II. Las formas de comorbilidad aumentan significativamente su gravedad clínica. Es necesario evaluar minuciosamente los antecedentes epidemiológicos del caso y el contexto en el que se presenta. El abordaje comprensivo e integrado del paciente, de su conducta y de su ambiente, facilitará realizar un adecuado y eficaz manejo terapéutico multidisciplinario.

Albores, Méndez, García, Delgadillo, Chávez y Martínez (2014). Realizaron un estudio cuyo objetivo principal fue investigar las autolesiones y su prevalencia a partir de varias definiciones, en México con una muestra no probabilística de 533 adolescentes en un rango de 11 a 17 años de edad, el 54% fueron del sexo femenino. El instrumento que se utilizó fue la Cédula de autolesiones, donde se evidencio. La prevalencia de autolesiones sin intención suicida fue el 5.6% , la prevalencia en el último mes (1-3 eventos) fue del 9.9%, en los últimos 6 meses (1-3 eventos) fue del 11.6% y en el último año (5 eventos) fue del 12.6 % , la edad de inicio de las autolesiones para la muestra total fue de  $11.9 \pm 1.39$ , con un rango reportado entre 6 y 15 años, las zonas corporales más comunes para autolesionarse fueron: antebrazos y muñecas 16.9%, brazos y codos 8.4% y muslos y rodillas 6.4%. Los precipitantes psicológicos de las autolesiones más comunes en la muestra total de adolescentes fueron: sentimientos o ideas de coraje previos 20.3%, sentimientos negativos previos 18.0% y sentimientos o ideas depresivas previos 17.6%. Concluyendo Las autolesiones con y sin intención de suicidio son más habituales en la comunidad. Se están discutiendo aspectos sustanciales para la toma de decisiones en el ámbito escolar y médico.

Ortiz (2011). Refiere en su investigación acerca del cutting como factor determinante en las relaciones interpersonales en estudiantes, en Ecuador con una muestra de 77 estudiantes del sexo femenino, donde el 10 % de la población investigada se ha identificado que practican el cutting y el 30% tienen dificultades para cultivar relaciones interpersonales en relación a un eficiente nivel de

comunicación, determinando que la práctica de cutting es un problema social que existe una relación entre variables aunque con índices no significativos.

Castro (2014). Menciona que realizó un estudio sobre la autolesión no suicida en adolescentes en Perú: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica, a 10 individuos del sexo femenino entre 12 y 19 años que acuden a consulta privada en el periodo comprendido entre 2009 y 2014 seleccionas específicamente por presentar conductas autolesivas, la ideación suicida estaba presente en todas las participantes. Se utilizó un registro de datos demográficos y tomando en cuenta antecedentes clínicos, acompañado de una relación de las once creencias irracionales básicas descritas por Ellis y presentadas en la forma de frases sencillas, donde se encontró que la sintomatología autolesiva como refuerzo automático y social.

Casado (2011).Refiere en la investigación titulada “Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes”, realizada en Tarragona. Dirigida a una muestra de 46 individuos 39 mujeres y 7 hombres de 20 a 30 años, todos ellos estudiantes universitarios, mediante entrevistas en las que se pretende entender el porqué de la conducta. Determinando que el principal problema que subyace en el marco interpretativo y redes de significado en el que las acciones corporales autoagresión se convirtió en hechos culturales significativos. La autolesión como un hecho social de sufrimiento relacionado como síntoma de una conducta desviada.

Según Mendoza & Pellicer (2002).En su investigación denominada Percepción Del Dolor En El Síndrome De Comportamiento Autolesivo en México con la participación de 102 sujetos de edades tempranas. El objetivo de esta investigación es determinar si los factores ambientales son favorables o desfavorables para la aparición de conductas autolesivas en personas biológicamente vulnerables. Se generó como resultado en el presente informe que los sujetos con edades tempranas expuestos a situaciones que presenten un gado de amenaza son más susceptibles a desarrollar grandes respuestas patológicas que podrían poner en riesgo su vida. Además en el sentido perceptivo se presentó una disociación de la conciencia y una alteración en trance hipnótico y la meditación.

Menciona Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini (2011). Con su investigación llamada Conducta autolesiva e ideación suicida en Barcelona con estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento con una población de 1.171 alumnos, con materiales de valoración tales como El YSR de evaluación de psicopatología del adolescente y el YSR que evalúa los intentos autolesivos en el adolescente dio como resultado que no se encontraban diferencias significativas de género en relación a la práctica de los intentos autolesivos. Además la investigación muestra que las conductas autolesivas y la ideación suicida por parte de los estudiantes son extremadamente altas en relación a otras investigaciones.

Como Favaro & Santonastaso (2000). Mencionan en su investigación llamada conducta autolesiva en la anorexia nerviosa en el país de Ucrania en una población de 236 pacientes que presentaban anorexia nerviosa, El fin de la investigación fue indagar la dimensionalidad de la conducta autolesiva y estudiar la relación entre la conducta autolesiva de la anorexia nerviosa. Como resultado se obtuvo diferencias significativas como un continuo, es decir que las conductas autolesivas eran un coadyuvante en la aparición de las conductas autolesivas de la anorexia nerviosa

Según Griffin, Williams, Stark, Altmeyer & Mason (2007). Mencionan en su investigación llamada: comportamiento Autolesivo realizado en EE.UU. Un estudio de prevalencia y circunstancias con una población de 1.352 personas biológicamente vulnerables, se encontró una relación entre el grado de retardo mental y las conductas autolesivas es decir a mayor grado de retardo mental mayores son las conductas autolesivas y viceversa. Además se encontró que en las mujeres existía mayor porcentaje de conductas autolesivas. En el aspecto circunstancial eran más agresivos los pacientes que fueron medicados a diferencia de los que no se les suministró fármacos.

Manifiestan Russ, Roth, Lerman, Kakuma, Harrison, Shindledecker, & Mattis (2005). En su investigación con el nombre de Percepción del dolor en pacientes

con conductas autolesivas y desorden de la personalidad en el hospital de New York con 150 pacientes. En la presente investigación arrojo que las personalidades más inmunes a la prueba del dolor son las personas límites o limítrofes a diferencia de las demás personalidades que si presentaron respuestas inmediatas a estímulos causantes de dolor. Además dentro del grupo control existió una diferencia significativa de sexo en la sensibilidad del dolor, los hombre son más sensibles que las mujeres.

Refieren Bohus, Limberger, Ebner, Glocker, Schwarz, Wernz&Lieb (2000).En una investigación denominada La percepción del dolor durante el comportamiento autolesivo en pacientes de personalidad limítrofe con 31 pacientes de el país de Canadá se encontró que el 60% de los pacientes no sienten dolor al momento de la automutilación. Además se encontró que el dolor de los pacientes infringidos por las autolesiones era menor en situaciones de angustia y por lo contrario mayores muestras de dolor cuando los sujetos se encontraban calmados.

Como menciona Gratz (2006).En su investigación llamada los factores de riesgo de autolesiones en universitarios correspondientes al sexo femenino del estado de Massachusetts con participación de 249 estudiantes, encontraron que el maltrato infantil y la baja expresión de las emociones son los predictores principales para la práctica de conductas autolesivas, además se le suma a esta investigación que las mujeres que practican las conductas autolesivas no presentan expresividad facial a diferencia de otros grupos.

Según Pattison&Kahan (2004).Refieren en su investigación llamada síndrome de agresión auto deliberada en 56 pacientes en un centro hospitalario de Nueva York se encontró que la intensidad de las conductas autolesivas van de la mano con la edad del paciente, de esta manera es a mayor edad mayor es la intensidad de la conducta autolesiva y viceversa, además dichos autores sugieren que el síndrome de agresión deliberada sea incluido en DSM-IV como un síndrome de diagnóstico por separado.

## **2.2 Base Teórica**

### **2.2.1 Funcionalidad Familiar**

Según el enfoque sistémico dentro de la funcionalidad familiar, la familia es un sistema inmerso en el contexto social y sus orígenes y pautas de relación, están interrelacionados con los cambios de esa sociedad a la que pertenece, ya que el individuo en su contexto social; intenta modificar la organización de la familia, pues se parte de la idea de que cuando se transforma la estructura de la familia, se modifican consecuentemente las posiciones de sus miembros en ese grupo y como resultado se modifican las experiencias de cada individuo, pues se considera que el hombre no es un ser aislado, sino que es un miembro activo y reactivo de los grupos sociales.

Minuchin (1977). Manifiesta que dentro de la corriente sistémica la familia es considerada como un sistema, ahora el sistema es la conformación de un grupo de sujetos en búsqueda de un objetivo en común.

La comunicación es esencial dentro del núcleo familiar, esta nos permite intercambiar ideas de cada uno de los integrantes que conforman el sistema, para de esta manera conocer su individualidad. Además conocer su opinión sea esta agradable o en su defecto desagradable ante el conjunto familiar.

#### **2.2.1.1 Familia.**

Para empezar una explicación sobre la funcionalidad familiar apelaremos a la conceptualización del significado de familia haciendo hincapié desde el enfoque sistémico.

Menciona Alberdi (1999), familia es un conglomerado de personas con un parentesco común sea este por lasos afectivos o sanguíneos, y establecidos en un periodo determinado de tiempo. Además menciona que la sociedad es la unidad básica dentro de una sociedad. En el presente, la familia nuclear es la más destacada dentro de las sociedades la misma que está compuesta por padre, madre e hijos y por lo contrario la familia extendida es la menos reconocida dentro de una sociedad.

## **Tipos de familias**

Balarezo (1995), en su obra elaborada de psicoterapia da a conocer distintos tipos de familias entre las más representativas están:

- **Familia nuclear.-** Es la que está conformada por las dos figuras parentales (padre, madre).
- **Familia extendida.-** Es la que está conformada con familiares de hasta tres generaciones abuelos cuñados, primos, tíos etc.
- **Familia con una sola figura parental.-** Es aquella que está conformado por una sola figura parental padre o madre.
- **La familia mezclada.-** Son las familias las que están conformados por integrantes que ya formaron hogares previo a la nueva familia en estas se encuentran los padrastros, hermanastros
- **Familia fuera de control.-** Son familias de escasas reglas y límites con sus integrantes, cuyo control es inadecuado.

En una recopilación de Emperatriz (2013), de un instrumento de investigación sobre la terapia familiar elaborada por Minuchin en colaboración con Fishman mencionan la existencia de ocho tipos de familias.

- **Familias de pas de deux.-** Familia que está constituida por dos miembros principales, padre y madre con cierto grado de dependencia hacia los hijos. Cuya ausencia de los mismos generaría el síndrome del nido vacío.
- **Familia con soporte.-** Son familias que cuyas figuras parentales no asumen con eficacia su rol y es asumido por sus hijos con responsabilidad o con ausencia esto se presenta en función al orden de edad, y presenta dos características:
  - Aceptación: Asume el rol con responsabilidad.
  - Exclusión: Asume con la ausencia del grupo familiar.
- **Familia acordeón.-** Familia cuya característica es que únicamente se queda a cargo una sola figura parental. Los casos más comunes son las familias de los migrantes, además la ausencia de la figura parental se reflejada en el sistema emocional de sus hijos.

- **Familias cambiantes.-** Familias que están expuestas a cambios constantes producto de una dinámica o fenómeno social. Aquí se encuentran las familias en cambios de domicilios por fenómenos naturales o sociales.
- **Familias de acogidas.-** Familia cuya característica principal es brindar albergue de manera temporal a sujetos hasta cumplir un ciclo determinado, una vez cumplido este es obligada a abandonarlo causando diversa sintomatología en la familia ya conformada.
- **Familias con un fantasma.-** Carencia de un miembro familiar a consecuencia de muerte inesperada, con efectos de desorden en los roles de los participantes por la incapacidad de asumir el rol de la persona ya perdida esta sea por incapacidad o por lealtad.
- **Familias descontroladas.-** Familias cuya herramienta de comunicación es la violencia para establecer un rol jerárquico de respeto, prima características tales como irrespeto, alianzas familiares y favoritismos entre sus miembros
- **Familias con sintomatología.-** Familias que presentan una unidad entre los suyos cuando estas rodeados por una catástrofe o uno de sus integrantes está herido. Sus miembros son protegidos hasta alcanzar su estabilidad y poder tomar decisiones por sí mismos.

Juan (2006). Menciona que según el enfoque sistémico la familia es un cuadro autónomo y dinámico en donde todos expresan su punto de vista. Además es considerado como el núcleo principal de la sociedad y también un grupo de personas que presentan relaciones entre sí.

Sandoval (2007).Refiere que la familia es similar un sistema y los individuos que lo integran con frecuencia expresan comunicación entre con normas y reglas instauradas por ellos mismos, a la vez estas son señales con el objetivo de que se produzca interacción y esta sea recíproca.

### **2.2.1.2 Sistema Familiar.**

Según Robichaux (2002). Menciona que el sistema familiar es la formación de grupos domésticos con gustos comunes y se conforman por medio de la procreación. Además su objetivo principal es formar un desarrollo.

## Subsistemas Familiares

Mendoza, Soler, Sainz, Gil, Mendoza, & Pérez (2006). Manifiestan que la familia es un sistema y este a su vez integrado por subsistemas como inherentes para su funcionamiento, familias extensas, vecindario y la misma sociedad son subsistemas complementos para una familia. Entre ellos encontramos:

- Subsistema matrimonial: figuras parentales (padre y madre).
- Subsistema padres e hijos: padres y su respectiva descendencia.
- Subsistema de apoyo: familiares y demás.
- Tipologías familiares.
- Constitución (número de personas).
- Desarrollo (ambiguo o actual).
- Zona de ubicación (rural, urbana, suburbana).
- Grado de escolaridad (analfabeta y profesionista).
- Integrantes (estructurada/desestructurada).

Maganto (2004). Menciona que el sistema familiar es el número uno dentro de la sociedad en el cual se desempeña y se forja el sujeto, además esta le presenta obligaciones o límites que deben ser cumplidos. Estos son:

- **Integridad:** Necesariamente todo sujeto debe estar integrando un sistema de manera que cuando un individuo este afectado este se vea reflejado en el sistema.
- **Interacción:** Es la itinerancia con la cual los integrantes de una familia se comunican entre sí aun cuando el resto esté en desacuerdo.
- **Estructura:** Cualidad de organización de un sistema con iniciativa propia de los integrantes.
- **Relaciones circulares:** Son las relaciones en un sistema que aparecen de una manera dinámica entre todos los integrantes y no únicamente entre un grupo selecto de miembros que conforman el mismo.
- **Causa y efecto:** Son desencadenantes generados por sujetos que pertenecen a un sistema.

- **Los resultados:** Son las distintas respuestas sean estas positivas o negativas por los sujetos de un sistema.
- **Equilibrio:** Reglas y normas instauradas para un funcionamiento adecuado o inadecuado de un sistema.
- **La homeostasis:** Es la función estabilizadora o desestabilizadora dentro de un sistema, esta dependerá de un tercer sujeto conocido común mente como el chivo expiatorio.
- **La función escalonada:** Asimilación de los cambios del desarrollo evolutivo del sujeto como también la presencia de calamidades imprevistas dentro de un sistema.

### 2.2.1.3 Funcionalidad Familiar.

Rangel, Valerio, Patiño, & García (2004). Indican que la funcionalidad familiar es un factor con participación activa para la conservación de la salud o la aparición de enfermedades de cualquiera de los miembros familiares. Así mismo es la dinámica que ejerce el sistema en la búsqueda de objetivos afines para sus integrantes.

- **Familia Funcional:**

Herrera (2016). Menciona que las familias funcionales o normalmente funcionales se caracterizan por relacionarse con los demás integrantes expresando sus emociones y sentimientos de una manera abierta y asertiva, inherente a esto la toma de decisiones se basa en un consenso consultado a cada uno de los integrantes. De esta manera el ambiente se torna agradable y se va desarrollando de una manera positiva.

- **Familia disfuncional:**

Herrera (2016). Lugar en el cual no se toma en cuenta la opinión o pensamiento de los integrantes de la familia, hay una carencia de responsabilidades por parte de los fundadores del sistema lo cual se ve reflejado como un desequilibrio en el conjunto familiar.

### **Aspectos para valoración de una familia.**

- **Cohesión:** Apoyo o sostén de las emociones frente a las circunstancias desconocidas o nuevas para así afrontar situaciones de la vida cotidiana.
- **Armonía:** Equilibrio individual que surge de las necesidades personales de los miembros familiares, con el objetivo de generar un ambiente positivo
- **Comunicación:** Características que permiten transmitir nuestros sentimientos, emociones y experiencias de una manera clara y eficaz.
- **Permeabilidad:** Característica de la familia para procesar costumbres y hábitos de otras familias o instituciones de la salud mental.
- **Afectividad:** Cualidad de las familias para mostrar sus sentimientos con sus integrantes de una manera positiva hacia los mismos.
- **Roles:** Son los grados de responsabilidad asignados por las figuras parentales hacia sus descendientes.
- **Acoplamiento:** Cualidad familiar para la reestructuración de liderazgo, normas reglas y roles ante una situación nueva o desconocida.

Epstein (1983), menciona que la funcionalidad familiar es la capacidad de cada uno de los integrantes de una familia para la resolución de problemas a través del lenguaje. Además tendrán funcionalidad los sujetos que acojan estas tres tareas.

### **Deberes básicos de la funcionalidad.**

- Abasto de la necesidad afectiva y material dentro del hogar
- Escolta en el transcurso del desarrollo del sujeto
- Cualidad de resolución de conflictos

Reflexiona acerca de que un buen funcionamiento familiar desarrolla y promueve a cada uno de los integrantes de una manera óptima ante la sociedad. Por el contrario es considerada como factor de riesgo la disfunción familiar.

### **Funcionalidad Familiar características.**

Mendoza et. al, (2006). Menciona las características para dar a conocer el grado de funcionalidad familiar.

- Organización de la autoridad: autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad
- Asignación de reglas y límites: clara, difusa, rígida o comunicación nula.

### **2.2.2 Práctica de Cutting**

Villarroel, (2013). El cutting o también llamado self injury o risuka se refiere a los continuos cortes en la piel que algunas personas se realizan de manera intencional sin el propósito inmediato de atentar contra su vida, en muchas ocasiones estos cortes se convierten en adicción. Para algunos es un grito de ayuda ya que podría resultar peligroso si se subestiman las consecuencias que pudieran tener dichos cortes, pues al final de cuentas es un problema que hace referencia al control de los impulsos; en otras palabras a la incapacidad para resistirse a actuar los pensamientos agresivos que aparecen de manera repetitiva y/o repentina.

#### **2.2.2.1 Conducta Autolesiva**

Según Villarroel, Jerez, Montenegro, Angélica, Montes, Igor & Silva(2013).Una conducta autolesiva se reduce como toda conducta deliberada y destinada a generar daño físico directo en la anatomía humana, sin la intención de dar como resultado la muerte.

Walsh (2006).Refiere que se considera autolesiones a la acción de daño intencional que una persona ejerce sobre sí misma de una manera repetitiva, causando daño físico de baja intensidad, dicho comportamiento no es aceptado por la sociedad, además puede ser realizada de manera crónica como desfogue de un malestar de sus emociones o del desfogue del estrés. También se trata de un mecanismo de afrontamiento que va en contra la misma integridad del sujeto.

Según Favazza (1996). Menciona que las conductas autolesivas son atentadas de intensidad variada en contra la fisiología humana que intenta dar un significado social y que es fomentado en base un rituales, además quien realiza la práctica siempre busca estar solo para llevar el hecho.

Santos (2011). Manifiesta que se comprende por autolesiones a los actos deliberados por sujetos para desfogar acontecimientos estresantes y emocionales muy intensos. También estas conductas se producen de manera itinerante e ininterrumpidamente. Además no son consideradas como causa de muerte, este tipo de conductas generalmente se da en la etapa de la adolescencia.

### **Características sintomáticas definitorias**

- **Perjuicio físico.-** Según Levenkron (2006). Menciona que una de las características principales dentro de las conductas autolesivas, es el objetivo de dañarse físicamente. Estas heridas pueden ser en la piel en diferentes partes del cuerpo con distintos objetos corto punzantes también pueden ser incluidas las excoriaciones generadas con materiales abrasivos.
- **Intencionalidad.-** Según Walsh(2006).Es el hecho y consentimiento propio de auto lesionarse, por lo que no puede ser considerado como accidente, por el contrario es una conducta consiente en la cual el sujeto busca lesionarse en distintas partes del cuerpo. También en ciertas ocasiones esta conducta puede ir acompañada de conductas de promiscuidad sexual. Impulsos sexuales muy frecuentes y castigos al cuerpo con restricciones de comida.
- **Letalidad.-**Según Nixon & Heath (2009).Es la intensidad previamente medida para no infringir daño más de lo establecido con el objetivo de no buscar la muerte, casi en la mayoría de los casos la vida del sujeto no corre peligro.
- **Sistema social.-** Según Favazza(1996).Existe una distorsión social en el significado de conductas autolesivas ya que no es aceptado comúnmente, tampoco es una moda y carece de una representación ideológica, modístico y religiosa.
- **Mecanismo de afrontamiento.-**Según Mc Kay, Wood&Brantley(2007).El objetivo principal de los comportamientos autolesivos es desfogar los estados emocionales los cuales aquejan al adolescente, en investigaciones ya antes mencionadas descubrieron que los sujetos quienes practican las conductas autolesivas poseen personalidades generadoras de emociones intensas, las mismas que necesitan ser disipadas y este es un medio no aprobado para realizarlo.

- **Carencia de causa física.-** Según Prinstein (2008). Es la escases de causas físicas como por ejemplo una intoxicación por alguna clase de elemento o algún tipo de enfermedad es por eso que se puede descartar la inducción de las conductas autolesivas por algún elemento alucinógeno.

**Curso de la autolesión.-** Según Basantes & Porras (2015).En su investigación indican el ciclo de un sujeto con práctica autolesiva el cual se estructura de esta manera:

- **Emociones incontrolables y estresantes.-** Son situaciones o pensamientos que ocasionan ira, estrés, pánico, sensaciones de malestar y confusión las cuales el sujeto no puede controlar, a más de esto se ve reflejado tensión fisiológica y emocional e incapacidad de manejo de dicha situación, todo esto desemboca en la decisión de autolesionarse y desconexión por medio de la laceración
- **Emprende la tensión fisiológica y emocional.-**Las situaciones en las cuales se ven implicadas las emociones tienen repercusiones en el pensamiento y da como resultado respuestas fisiológicas y empieza el sufrimiento mental
- **Inhabilidad para expresar y manejar las experiencias emocionales.-** Los sujetos con características auto lesivas no tienen experiencia en el manejo de las emociones y no pueden transmitir lo que están sintiendo por esta razón cuando las practica las proyecta de una manera ruda y descortés.
- **Incremento de presión y desgaste emocional.-** Las consecuencias graves de no comunicar el dolor emocional es que va creciendo la tensión y el sufrimiento.
- **Incremento del padecimiento emocional.-** Incremento de presión y desgaste emocional da como resultado el padecimiento emocional.
- **Necesidad de frenar “el padecimiento emocional”.-** El sujeto ve el dolor como un todo que es generado por ansiedad, miedo, angustia y situación desoladora de esta manera nace la necesidad de calmar dicho sufrimiento por incapacidad de enfrentar la realidad.
- **Sufrimientos, Pensamientos y Disposición para Autolesionarse.-** El autolesionarse es una manera de ponerle un alto a la agrupación de las

emociones que le aquejan no tiene una visión más amplia para resolver dicha problemática y opta por autolesionarse.

- **Desconexión.**-El sujeto tiene la necesidad de autolesionarse de una manera inconsciente, solo de esta manera aliviana el cumulo de emociones incontrolables.
- **El acto de la Autolesión.**-Es el acto en sí de auto lesionarse de una manera consciente, planifica las condiciones y el lugar en donde va hacer consumado el acto, las autolesiones se las realiza donde sea difícil de ser visualizadas y la intensidad de las lesiones son controladas para no causarse la muerte.
- **Calma.**- Aquí el sujeto genera una calma producto de la autolesión, liberando la tensión física y el dolor emocional. La sensación de tranquilidad le permite al sujeto integrarse a la sociedad de manera “normal”.
- **Sentimiento de culpa y vergüenza.**- Repercute en la parte emocional ya que genera pensamientos y sentimientos de culpa y de vergüenza por la incapacidad de afrontar la realidad.

### **Modelo teórico de la autolesión**

Suyemoto (1998). Clasifica las formulaciones teóricas existentes de las conductas autolesivas de los sujetos.

### **Modelo Integral.**

Allen (1995). Menciona que este modelo trata de agrupar los aspectos de la teoría cognitiva y el análisis conductual este modelo integral da la noción que las autolesiones son reforzadores negativos acompañados de la reducción de los estados emocionales dañino. Además este modelo hace hincapié en el reforzador negativo, es decir la sensación que produce las autolesiones.

### **Clasificación de la autolesión.**

Simeon y Favazza (2001). Menciona que el perfil de los sujetos que practican las conductas autolesivas dándonos a conocer señales y pautas de su comportamiento y conducta

- 1. Impulsiva.-** En este caso la autolesión se traduce como intencional y tiene represiones psicológicas, estas acciones van desde lacerarse la piel hasta quemaduras auto producidas, en el campo diagnóstico estas conductas están relacionadas con diferentes trastornos, entre los más comunes se encuentran el trastorno límite de personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno del estrés posttraumático entre otros.

#### **Sub-clasificaciones de la autolesión impulsiva:**

Como Simeon y Favazza (2001). Fragmenta a su vez esta categoría en subtipos: estas son de episodios y reiterativa.

- a) Autolesión reiterativa.-** Está caracterizada por el tipo de organización a la cual está sujeta, esta autolesión se presenta de una manera reiterada, en ocasiones puede seguir un esquema o un ritual y llega a hacer parte de la identidad del sujeto.  
Además esta autolesión es una consecuencia inmediata al sentir emocional.
  - b) Autolesión por episodios.-** Está encaminada a que la autolesión ocurre de una manera ocasional, en la cual el sujeto no atribuye mucho interés a mencionado comportamiento, además el sujeto tiene por característica la negación de la conducta lesiva y la ve a esta como un desfogue ocasional.
- 2. Estereotipada.-** Olson & Oulihan (2000). Menciona que las conductas autolesivas o autoagresiones de esta clasificación están relacionadas con un desencadenante biológico y son generadas por sujetos con deficiencia mental, síndrome espectro autista y otro tipo de discapacidades sean estas de carácter genético, biológico o del desarrollo. Además las auto estimulaciones y compulsiones en este síndrome por ejemplo Lesch-Nyhan, son consideradas de mayor gravedad y como síntoma principal para esta práctica se destaca la ansiedad en mayor proporción.
  - 3. Mayor.-** Villarroel (2013). Esta conducta autolesiva en ocasiones esta adjunta al padecimiento psicótico, aquí la autolesión es generada por pacientes que padecen de enfermedades mentales como la esquizofrenia y otras las mismas que generan alucinaciones, ideas delirantes, delirios, etc. las autolesiones

producidas en este estado pueden ocasionar mutilaciones con alto grado de letalidad.

4. **Compulsiva.-** Walsh (2006). Menciona que son autolesiones de escasa gravedad con un gran componente de ansiedad, son muy recurrentes, carecen de motivación consiente y también se incluyen conductas tales como jalarse el cabello, pellizcarse, morderse, etc.

#### **2.2.2.2 Conducta autolesiva con y sin intención suicida**

Albores-Gallo, et al. (2014). Las autolesiones con y sin intención suicida se definen como la destrucción tisular, propositiva que realiza el individuo a su propia piel o cuerpo con y sin la intención de morir.

A pesar del argumento de varios investigadores, la autolesión por sí misma no es catalogada como una patología psiquiátrica, más bien lo asocian a un síntoma conductual/emocional que acompaña a diferentes trastornos psiquiátricos. Según Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh (2011). Refieren que las autolesiones son importantes por su asociación con trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, trastorno límite de la personalidad, uso y abuso de sustancias, autismo, esquizofrenia, intento de suicidio y suicidio consumado, y con el antecedente de haber sido víctima de: acoso escolar, abuso físico y/o sexual en sentido estricto entonces la autolesión no es una condición que pueda ser diagnosticada. Sin embargo en sentido clínico debe ser correctamente identificada de acuerdo a los criterios sintomáticos descritos.

#### **Diagnóstico diferencial de la autolesión**

- **Diferencias entre la autolesión y el trastorno límite de la personalidad:**

Según APA (2002). Identifica a la autolesión como un síntoma del trastorno de personalidad límite en el manual de diagnóstico DSM-IV versión TR.

- a) Menciona que en el trastorno límite de la personalidad contiene signos y síntomas constantes y de intensidad mayor que incluyen: inestabilidad emocional, pensamiento dicotómico, relaciones interpersonales caóticas, inestabilidad de la autoimagen, sentido de identidad y del comportamiento

en general. Mientras que en la autolesión gran parte de estos síntomas se encuentran ausentes, son intermitentes y/o de intensidad menor.

- b) Según Klonsky et al, (2011). Se refiere al trastorno límite de la personalidad es una problemática grave y crónica que produce dificultad en la relación interpersonal. La persona con autolesión puede mantener un buen grado de adaptación.
- c) Walsh (2006). Menciona que en el trastorno límite de la personalidad la persona tiene problemas permanentes en la regulación de sus emociones, por lo que a menudo presenta conducta impulsiva y autodestructiva. En la autolesión las emociones intensas y el malestar asociado son comúnmente intermitentes y suelen desaparecer con los episodios de lesiones,
- d) Klonsky et al. (2011). Menciona que algunas personas con trastorno límite de personalidad no presentan conductas autolesivas, en tanto algunas personas con autolesiones no presentan un diagnóstico de trastorno de personalidad alguno.

- **Diferencias entre la autolesión y el intento suicida:**

Según Walsh (2006). Las diferencias entre la autolesión y la conducta suicida, son:

- a) Generalmente la autolesión es crónica y de alta frecuencia. Quien se autolesiona puede realizar múltiples acciones autolesivas a lo largo de un periodo prolongado de tiempo, desarrollándose características de adicción en algunos casos clínicos; mientras que, los actos suicidas normalmente son producto de reacciones agudas y de intención letal ante un estrés crónico.
- b) En la autolesión, el malestar emocional suele ser intermitente. Es decir que puede presentar periodos de descontrol y malestar emocional, y se alternan con periodos positivos que pueden ser prolongados y/o constantes de optimismo y sentido de control. La persona con ideación suicida puede pasar por periodos largos y constantes con malestar emocional intenso, tristeza, desesperanza y desamparo.

c) En la autolesión es minúscula o no hay constricción cognitiva. Es decir que el individuo es capaz de contemplar otras opciones para manejar su malestar emocional, pero autolesionarse es su elección; mientras que, la persona que intenta suicidarse presenta una visión de túnel, producto de un malestar prolongado.

“La persona suicida, indica un funcionamiento mental dominado por distorsiones cognitivas e ideas irracionales disfuncionales”.Beck, (1979)

d) En la autolesión, el individuo suele recurrir a más de un método a través del tiempo, las personas con intento suicida usualmente recurren a un solo método con intenciones letales.

e) La autolesión produce daño físico en grado mínimo a medio. En el intento suicida suele producirse un daño físico con severidad debido a la intención fatal.

f) La finalidad de la autolesión es modificar el malestar emocional perturbador, mientras que la persona con intento suicida busca escapar del dolor emocional crónico percibido como intolerable.

g) La autolesión produce una mejora anímica rápida. Por el contrario, después de un intento suicida, el estado emocional de la persona puede agravarse aún más.

- **Diferencias entre la autolesión y la tricotilomanía:**

Según Klonsky & Olinio (2008).El síntoma definitorio es el impulso, hábito o comportamiento recurrente e irresistible dirigido a arrancarse el cabello (tricotilomanía) de una manera notoria y clínicamente significativa; en la autolesión los métodos lesivos son diversos y a menudo cambian entre un mismo perpetrador y el método más común es el corte autoinfringido y no arrancarse el cabello siendo así una pauta clínicamente significativa.

- **Diferencias entre la autolesión y el trastorno obsesivo compulsivo TOC:**

La APA (2002). Menciona que el TOC se asimila a la conducta de autolesión, en relación a que las autolesiones pueden conceptuarse como compulsión que alivia una tensión emocional intensa las características diferenciales son:

- a) El trastorno obsesivo compulsivo está caracterizado por la presencia de cogniciones poco elaboradas, repetitivas y obsesivas, cogniciones ilógicas y bizarras, que generan ansiedad constante e intolerable con serias dificultades para suprimirlas. En cambio, la autolesión se dificulta el control de los impulsos, y las personas pueden cursar con ideas reiteradas acerca de la necesidad de autolesionarse, pero en este caso son cogniciones egosintónicas, es decir, que las cogniciones no son molestas incluso pueden generar reacciones emocionales positivas.
- b) Caballo, Salazar & Carrobles (2011). Menciona que en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) las compulsiones son actos conductuales y/o mentales de naturaleza mecánica, automática, estereotipada ejecutadas como una forma de encontrar alivio a la ansiedad experimentada, este alivio suele ser temporal y limitado. En la autolesión se genera un alivio inmediato y a menudo completo, de tal modo se puede continuar con las actividades rutinarias.
- c) Walsh (2006). Menciona que las compulsiones propias del TOC pueden incluir en forma exclusiva “actos” mentales no observables, tales como recitar frases que disminuyen la ansiedad generada por las obsesiones. En las autolesiones son en todos los casos actos objetivos respecto al daño en tejido corporal.

- **Variables internas asociadas a autolesión:**

**a) Ansiedad asociada con autolesión.**

Chartrand, Sareen, Toews y Bolton (2012). Mencionan que la ansiedad se encuentra vinculada a la dinámica de origen de la autolesión, estas dos variables comúnmente se asocian. La variable ansiedad puede diferenciar a los adolescentes con historial de autolesiones e identificar a aquellos con la pauta más severa; además en la etapa de la adolescencia aun no es totalmente clara la relación.

**b) Disregulación de emociones asociada con autolesión.**

Gross (2010). Menciona que la regulación emocional es como un proceso de evaluación y modificación de las reacciones emocionales con la finalidad de acceder a las propias metas.

Slee, Garnefski, Spinhoven y Arensman (2008). Mencionan que la asociación de la disregulación fue capaz de diferenciar a aquellos adolescentes que presentaban autolesión de aquellos que no poseen el problema, y las mayores puntuaciones permitieron puntualizar a las pautas más severas de autolesión; además la disregulación emocional predecía la ocurrencia de autolesión.

**c) Depresión y suicidio asociados con autolesión.**

Asarnow, Porta, Spirito, Emslie, Clarke, y Wagner (2011). Mencionan que los síntomas depresivos y variables asociadas a ellos: enojo contra sí mismo, intentos suicidas, baja autoestima, estrés emocional, ansiedad, malestar emocional, entre otros., pueden diferenciar a los adolescentes que presentan autolesiones de los que no. En el perfil depresivo subyacente a mayor índice de depresión, es más severa y frecuente la forma de autolesión, hecho que sugiere una posible relación predictiva.

Zlotnick, Mattia y Zimmerman (2000). Refieren que si la autolesión y el intento suicida se asocian por la variable depresión, existen diferencias por ejemplo en la autolesión habría menor intención letal y búsqueda de alivio de la tensión emocional, contrario al intento suicida que se asocia directamente con una intención letal consciente. Además ambas problemáticas pueden ser variantes de una misma sintomatología con distintos grados de severidad de depresión con mayor o menor disfunción, desadaptación e inestabilidad emocional general.

**d) Trastorno límite de la personalidad asociado con autolesión.**

Ferrara, Terrinoni y Williams (2012). Mencionan que la asociación entre autolesiones y síntomas del trastorno límite de la personalidad son pocos con manifestación psicopatológica severa; un diagnóstico positivo de trastorno de personalidad sólo puede constatarse en población adulta.

**e) Impulsividad asociada con autolesión.-**

APA (2002). Menciona que en términos de nosología la autolesión es catalogada por algunos autores como un trastorno del control de los impulsos. La dificultad para resistir un impulso y una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o los demás es la característica principal de estos trastornos, generalmente los individuos que padecen el trastorno perciben una sensación de activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede haber o no culpa.

Vanrinden & Vandereycken (1997). Menciona que la asociación entre impulsividad y autolesión se ha documentado en población clínica en adolescentes que presentaban conductas autolesivas así como adolescentes diagnosticados con trastorno de impulsividad presentaban un patrón de desajuste general; es decir, por tener un historial de conductas problema y de riesgo, tales como agresividad, delincuencia, consumo de drogas, conducta suicida y comportamiento antisocial.

**f) Síntomas disociativos asociados con autolesión.-**

APA (2002). Menciona que los síntomas disociativos se caracterizan por la alteración en funciones integradoras como conciencia, identidad, memoria y percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina, gradual, transitoria o crónica.

Messer & Fremouw (2008). Menciona que uno de los principales síntomas es la desrealización y la despersonalización. El argumento de la vinculación sigue dos instancias, la primera menciona que la autolesión induce una disociación como un mecanismo de enfrentamiento contra afectos perturbadores, y la segunda instancia presume que la autolesión permite romper con un estado disociativo perturbador.

**g) Abuso sexual, experiencias traumáticas y otras variables externas asociadas con autolesión.-**

Zlotnick, Shea, Simpson, Costello & Begin (1996). Mencionan que el enfoque de las variables externas asociadas a autolesiones desde la década de los 80's, ha sido las experiencias traumáticas infantiles que condicionan desórdenes crónicos graves en etapas posteriores. Los síntomas disociativos se han encontrado fuertemente vinculados al trauma y se ha postulado que constituyen una defensa patológica contra el mismo. En este ámbito, la negligencia paterna, el maltrato y especialmente el abuso sexual se han asociado a las autolesiones en población clínica.

**2.2.2.3 Cutting.**

Según Villaroel (2013). Mencionan en conclusión el cutting es la acción de cortarse para liberarse del dolor emocional, o por placer. El término cutting proviene del inglés cutting que significa corte, es la acción de auto infringirse heridas, ya sea con navajas o con cualquier otro objeto afilado como vidrios, laminas, o puntas. La conducta puede ser de tipo impulsiva, estereotipada, mayor y compulsiva.

Bennun, (1984). Menciona que es una conducta autolesiva que puede estar asociada o no algún tipo de trastorno además con y sin intención letal.

Según Crawford, Thomas, Khan, & Kulinskaya (2007). Para ser diagnosticado, los síntomas deben presentar el siguiente criterio:

- Preocupación por el daño físicamente provocado
- Imposibilidad para resistirse a las conductas auto-dañinas que resultan en lesiones de tejido.
- Incremento de la tensión previa a la autolesión una y sensación de alivio después del acto.
- En la automutilación no tener una intención suicida.
- El tratamiento suele ser médico y psicológico, en el mismo incluye la administración de fármacos.

### **Tratamiento Médico:**

Según Bastidas (2017), Los síntomas de la automutilación varían. Los síntomas más comunes son: Cortarse la piel con objetos afilados (lo más común), escarbarse o quemarse la piel, rascarse o autogolpearse, picarse con agujas, golpearse la cabeza, presionarse los ojos, morderse el dedo, los labios o el brazo, estirar del pelo, picarse la piel.

El tratamiento suele ser médico y psicológico, e incluye la administración de medicamentos tales como:

- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Reguladores del estado de ánimo
- Anticonvulsivos.

Lo mejor que podemos hacer frente a este grave problema es buscar ayuda profesional tan pronto como sea posible cuando haya depresión, trauma, problemas emocionales u otros trastornos que puedan llevar a la automutilación.

### **Evaluación psicosocial y tratamiento Psicológico:**

Se puede evaluar sus funciones mentales, nivel de angustia y patologías mentales del paciente.

Además en el tratamiento psicológico puede darse de forma individual o grupal. Generalmente, el tratamiento está direccionado a tratar el conflicto emocional, el trauma o el trastorno subyacente. Además se puede incluir terapia cognitiva conductual.

Según Navarro (2013), el tratamiento en la Terapia Dialéctica Conductual se encuentra orientado:

A) Al abordaje de conductas que puedan suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas autolíticas o intentos de suicidio).

El tratamiento en TDC incluye cuatro módulos de formación de "habilidades":

- 1) Habilidades básicas de conciencia (mind-fulnessskills), incluyen dos o tres sesiones, aunque se revisan y amplían al inicio de cada uno de los otros módulos.
- 2) Habilidades de efectividad interpersonal (aproximadamente 8 semanas de duración).
- 3) Habilidades de regulación de las emociones (aproximadamente 8 semanas de duración).
- 4) Habilidades de tolerancia al malestar (aproximadamente 8 semanas de duración).

1) Las habilidades básicas de conciencia suponen una parte fundamental de la terapia. Se basan en prácticas orientales ancestrales adaptadas a la psicología de la conducta actual (mindfulness). Linehan distingue seis Habilidades Básicas de conciencia basadas en la teoría del mindfulness: tres Habilidades "Qué" (Observar, Describir y Participar) y tres Habilidades "Cómo" (no enjuiciar, centrarse en una sola cosa en tiempo presente y ser efectivo). El objetivo de las Habilidades Qué es entrenar al paciente a desarrollar un estilo de vida en el que participe de sus experiencias con conciencia, versus el estilo de comportamiento habitual de los TLP, caracterizado por las conductas impulsivas. Para ello se ejercita al paciente en la observación de su entorno, emociones y conductas, sin intentar hacer desaparecer las sensaciones que le producen. El paciente aprende a experimentar el momento tal como es, sin intentar cambiarlo. Las habilidades "Cómo" hacen referencia a la forma de llevar a cabo las habilidades "Qué".

2. Las Habilidades de Efectividad Interpersonal serían comparables con el entrenamiento en asertividad y resolución de problemas interpersonales. Los sujetos con TLP poseen, en general, buenas habilidades interpersonales. El problema se plantea cuando intentan aplicarlas a situaciones específicas. Esto se explica por la aparición de respuestas emocionales incontrolables que inhiben la aplicación de las habilidades que ya posee la persona. Estas habilidades dependen de la mejoría simultánea del resto de las habilidades de los otros módulos.

3. Los TLP presentan emociones muy intensas y variables. Desde la TDC las dificultades que presenta el individuo para regular las emociones dolorosas es una de las causas más importantes de los problemas conductuales que padecen. La respuesta conductual desadaptativa a las mismas supone un intento de mitigar el dolor.

4. Para la TDC es importante que el paciente aprenda a aceptar y manejar el malestar. Este grupo de habilidades se encuentra muy vinculado al progreso en las habilidades básicas de conciencia, ya que tiene mucho que ver con la capacidad de aceptar las situaciones tal y como aparezcan en el momento presente sin juzgarlas, sin intentar cambiarlas, observando los pensamientos o acciones sin intentar controlarlos o detenerlos. El entrenamiento en estas habilidades va principalmente dirigido a ofrecer una herramienta de supervivencia ante las crisis y a aceptar la realidad tal y como es. Linehan describe cuatro grupos de estrategias de supervivencia ante la crisis: distraerse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y los contras.

### **2.3 Definición De Términos**

Adolescentes: Poltrony, González, Báez, Díez, Martínez, Díaz & Rivas (2009), mencionan que es considerado un grupo de sujetos vulnerables dentro de una etapa única del ciclo del desarrollo evolutivo, exclusiva del ser humano la misma que se comprende dentro de una población con retraso de la independencia social y familiar.

**Familia:** Alberdi (1999), menciona que la familia es una constitución estructurada de manera jerárquica que da como resultado la conexión del individuo entre la sociedad, adaptándose a normas y reglas básicas y esenciales. En resultado es una institución básica y necesaria desde varios enfoques de las ciencias, entre ellos de la psicología.

**Funcionalidad Familiar:** Ortega, De la Cuesta y Díaz(1999), menciona que se comprende por funcionalidad familiar a la dinámica entre varios participantes de una manera asertiva, tomando en cuenta la opinión de cada una sus integrantes para satisfacer objetivos en común.

**Conductas autolesivas:** Walsh (2006), menciona que las conductas autolesivas son comportamientos de daño con intención hacia el mismo sujeto de una manera reiterativa, provoca daño físico de bajo nivel. Además este comportamiento no está aprobado dentro de los parámetros de una sociedad y su objetivo es la búsqueda del desfogue de confusiones emocionales. También se comprende como un mecanismo de defensa de enfrentamiento a situaciones aversivas para el mismo.

**Cutting:** Ortiz (2013), menciona que el cutting es un daño realizado por sujetos en su mismo cuerpo sin la intención de causarse la muerte mediante el corte. También se comprende por un daño que es practicado para el desfogue de diversos conflictos emocionales.

## **2.4 Sistema de Hipótesis**

La funcionalidad familiar tiene relación con la práctica de cutting en los adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona.

### **Hipótesis Nula**

La funcionalidad familiar no tiene relación con la práctica de cutting en los adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona.

## **2.5 Sistema De Variables**

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Funcionalidad Familiar

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Práctica de Cutting.

## **CAPÍTULO III**

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Nivel De Investigación**

La presente investigación posee el enfoque cualitativo, ya que se busca obtener datos de la frecuencia con la que se produce en el adolescente las conductas autolesivas.

El documento toma como tipo de investigación lo que corresponde a la Explorativa ya que emite una visión general a cerca de la problemática real estudiada, por otra parte es descriptiva, porque describe la consecuencia que tiene la disfuncionalidad familiar para que se practique el cutting realizando comparaciones entre las situaciones establecidas, además se toma en cuenta el tipo de Asociación de variables,, puesto que mide el nivel de relación entre las variables y los sujetos; determinando los modelos de comportamiento o manifestaciones mayoritarias; y por último tenemos de tipo Trasversal puesto que acoge a un grupo determinado de una institución en un tiempo corto de duración.

#### **3.2 Diseño**

La estrategia que se utilizara en este proyecto de investigación será de tipo documental en donde se recopilara información desde una base de datos con criterio científico ya sea de libros, revistas, periódicos, etc., que contribuya de manera eficaz a la investigación.

#### **3.3 Población Y Muestra**

La población y muestra se la tomara de los y las estudiantes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona perteneciente a la zonal 3 Distrito 18D02 ubicado en el Cantón Ambato.

La Unidad Educativa cuenta con 2118 estudiantes adolescentes en el periodo lectivo actual con un nivel escolar de Octavo Año de Educación Básica a Tercer Año de Bachillerato. En octavo, noveno y décimo año de Educación Básica existen 7 paralelos por año, en cada paralelo existen 43 estudiantes dando un total de 301 estudiantes en cada año. En primer, segundo y tercer año de Bachillerato existen 9 paralelos por año, en cada paralelo existen 45 estudiantes dando un total de 405 estudiantes en cada año.

El rango de edad está comprendido entre 11 y 19 años. En relación al sexo en la unidad educativa existe el 61% mujeres con un número total de 1292 estudiantes y el 39% de varones con un número de 826 estudiantes.

Se obtuvo la muestra mediante formula estadística:

$$n = \frac{m}{e^2(m - 1) + 1}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

m = Tamaño de la población

e = Error máximo admisible

El resultado de la muestra que se utilizará fue de 336 estudiantes adolescentes de la Unidad Educativa de octavo año a tercer año de bachillerato tomando en cuenta a 56 estudiantes por cada año.

La investigación considera como población a los estudiantes que estudian en la mencionada Unidad Educativa ya que en varias ocasiones en el periodo comprendido entre octubre 2014- febrero 2015 acudieron un gran número de estudiantes con la problemática de autolesiones mediante cortes, buscando atención al departamento psicológico del SEPE (Servicios Especializados en Protección Especial) del MIES (Ministerio De Inclusión Económica Y Social).

### **Criterios de Inclusión**

Se tomara en cuenta a:

- Adolescentes del décimo año de Educación Básica de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona.
- Adolescentes entre 11 a 19 años.
- Adolescentes que presenten autolesiones (cutting)
- Muestra de población a tomar en cuenta a 336 adolescentes de los cuales 162 hombres y 174 mujeres

### **Criterios de Exclusión**

- Adolescentes de otros años de Educación Básica de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona.
- Adolescentes entre que no estén dentro del rango de edad anteriormente mencionados.
- Adolescentes que no presenten autolesiones (cutting)

### **3.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

La técnica a utilizar en este proyecto investigativo para la recolección de datos es el análisis documental ya que se seleccionara información de varios documentos (libros impresos, libros en versión digital, publicaciones periódicas en revistas científicas, periódicos impresos u online, artículos publicado en magazine, informes de autor corporativo, informes de simposios y conferencias, tesis y trabajos de grado, enciclopedia en líneas, blogs, videos y todo lo que esté al alcance con la finalidad de sintetizar contenidos los mismos que darán la guía y pauta acertada para una investigación completa.

Además en este proyecto investigativo se toma en cuenta instrumentos de orden psicométrico los mismos que se utilizarán para la recolección de datos de los estudiantes adolescentes de la Unidad Educativa Mario Cobo Barona de la ciudad de Ambato, los mismos que son.

### **3.4.1 Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).**

El instrumento a utilizar es el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) elaborado en la Universidad de la Habana-Cuba por De la Cuesta, Pérez, y Louro (1994), diseñado y valorado con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar. El cuestionario consta de 14 reactivos, utilizando una escala tipo Likert con 5 posibles indicadores para medir nivel de funcionalidad [Casi nunca (1 punto), Pocas veces (2 puntos), A veces (3 puntos), Muchas veces (4 puntos) y Casi siempre (5 puntos)].

Entre los 14 reactivos existen 7 categorías que definen el funcionamiento familiar, dos reactivos para cada categoría Estos son:

- Reactivo 1 y 8 para la categoría cohesión,
- Reactivo 2 y 13 para la categoría armonía,
- Reactivo 5 y 11 para la categoría comunicación,
- Reactivo 4 y 14 para la categoría afecto,
- Reactivo 6 y 10 para la categoría adaptabilidad,
- Reactivo 3 y 9 para la categoría rol, y
- Reactivo 7 y 12 para la categoría permeabilidad.

Según De la Cuesta, Pérez, Louro y Bayane (1997), la confiabilidad con relación al tiempo se lo realizó mediante cálculo de coeficiente de confiabilidad de las mitades con un valor de 0.94 estable en el intervalo de la aplicación de test y retest.

La consistencia interna fue obtenida por técnica de división de mitades donde el coeficiente de confiabilidad de las mitades fue igual a 0.88 demostrando homogeneidad encontrando una alta correlación entre los ítems.

La validez se analizó mediante prueba Kappa de concordancia estableciendo una eficaz correlación.

### **3.4.2 Cédula de Autolesiones.**

La Cédula de Autolesiones elaborada por Albores (2014) consiste de 70 reactivos de respuesta dicotómica sí-no, y 4 preguntas de opción múltiple y 10 de respuesta abierta. Examina el método, la topografía, componente adictivo y los motivos desencadenantes y atenuantes para autolesionarse así como la edad de inicio de la conducta. Además explora el componente comportamental (criterios del DSM-5) de las autolesiones como son: (B1) precipitantes psicológicos, (B2) preocupaciones, (B3) las urgencias, (B4) respuestas contingentes y (C) deterioro funcional y algunas variables explicativas. El instrumento se diseñó con base en los criterios propuestos del DSM-5 para autolesiones sin intención suicida. Además las respuestas pueden organizarse en un algoritmo de diagnóstico acorde con la mencionada propuesta y explora la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado.

#### **Análisis Estadístico.-**

Se fusionaron dos bases de datos, una proveniente de la comunidad, que incluyó a 533 casos y 57 casos de la muestra clínica. Para ambos estudios, se usó un instrumento con 59 reactivos comunes ya que al completar la primera fase se decidió agregar 19 reactivos para orientar la cédula para uso clínico. Estos fueron los reactivos: 21- 22, 43, 54- 56, 61, 64-65,70- 78, cuyo contenido puede consultarse en el anexo.

#### **Consistencia Interna.-**

La consistencia internase analizó mediante el coeficiente de Kuder-Richardson para reactivos dicotómicos donde resultó con un coeficiente de KR= 0.96, para la escala común de 59 reactivos, a partir de una muestra de 590 sujetos de grupos (hospital y comunitario).

#### **Validez Concurrente y Divergente**

La validez convergente se analizó mediante los coeficientes de Pearson entre el puntaje dicotómico de los reactivos 51, 52 y 53 de la Cédula de autolesiones (¿Te lastimas con la intención de quitarte la vida?; ¿Te lastimas sin la intención de

quitarte la vida?; ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida? Respectivamente y los siguientes reactivos de los otros instrumentos:

- 1) **SITBI reactivos 1:** ¿Alguna vez has pensado en matarte?; SITBI 30: ¿Alguna vez has hecho un plan para suicidarte? SITBI 84: ¿Has hecho alguna vez un intento de suicidio en el que tuvieras alguna intención de morir?; SITBI 116: ¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir?; SITBI 143: ¿Alguna vez te has autolesionado?
- 2) **La escala de Columbia, los reactivos de Autolesiones:** ¿El(la) participante ha presentado conductas dirigidas a provocar lesiones a sí mismo(a) sin una intención suicida?; intento abortado (aborto): Cuando la persona comienza a hacer lo necesario para intentar suicidarse, pero se detiene antes de llevar a cabo realmente cualquier conducta autodestructiva; y de intento real;(IR): Una acción que pueda provocar lesiones a sí mismo(a), cometida con al menos cierto deseo de morir, como consecuencia del acto.
- 3) **YSROpt:** Suma de 8 reactivos optimistas que fueron los siguientes: 6. Me gustan los animales, 15. Soy muy honesto, 28. Trato de ayudar a otros cuando lo necesitan, 49. Soy capaz de hacer algunas cosas mejor que los demás, 59. Puedo ser muy amistoso, 60. Me gusta intentar cosas nuevas, 73. Puedo trabajar bien mis manos, 78. Tengo mucha imaginación, 88. Disfruto de la compañía de los demás, 92. Me gusta hacer reír a los demás, 98. Me gusta ayudar a los demás, 106. Trato de ser justo con los demás, 107. Disfruto de un buen chiste, 108. Trato de tomar la vida a la ligera, 109. Trato de ayudar a los demás cuando puedo.

La validez divergente se analizó mediante correlaciones de Pearson entre los reactivos categóricos del algoritmo de la cédula de Autolesiones y el puntaje dimensional de estos 8 reactivos “optimistas” de (no-psicopatología) del YSR.

### **Validez de Constructo**

La concordancia entre el diagnóstico categórico del SITBI 143 y la dimensión A dicotómica fue de 94.6 %.

### **3.5 Técnicas De Procesamiento Y Análisis De Datos**

En el proceso de aplicación del Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL):

1. Se le presenta al estudiante el documento tangible.
2. Se indica las instrucciones necesarias para el desarrollo eficaz al momento de dar respuesta en el cuestionario.
3. Se receipta el cuestionario una vez culminado su aplicación.
4. Posterior a ellos se tabula los datos obtenidos.
  - La puntuación se obtiene por la suma de los ítems y se considera mediante nominación cualitativa que va desde la expresión positiva del instrumento a expresión negativa:
    - De 70 a 57 familia funcional.
    - De 56 a 43 familia moderadamente funcional.
    - De 42 a 28 familia disfuncional, y;
    - De 27 a 14 familia severamente disfuncional.

En el proceso de aplicación de la Cédula de Autolesiones (Autoles):

1. Se le presenta al estudiante el documento tangible.
2. Se le menciona a los estudiantes las instrucciones de la misma.
3. Posterior a ello se receipta el documento.
4. Se realiza la respectiva tabulación.
  - Los datos se transformaron con un algoritmo a fin de obtener puntuaciones en una escala continua, donde un mayor puntaje indica mayor gravedad y frecuencia de cada tipo de autolesión.

Para el análisis de los datos que se recolectaran en el Cuestionario y la Cédula respectivamente, se hará uso de herramientas de estadística descriptiva tales como la obtención de la media de respuestas del grupo sujeto a estudio y el análisis gráfico de cada una de las preguntas, ya que, tal como se definió en el ítem 3.1 de este capítulo referente al nivel de investigación el tipo de estudio pretende ser explicativo y determinar el grado de correlación de las variables a analizar utilizando el programa SPSS.

El chi cuadrado es la sumatoria de probabilidades que se puedan dar de las variables normales estandarizadas mismas que son elevadas al cuadrado, la cual sirve para determinar si la muestra obtenida de los adolescentes de la unidad Educativa Mario Cobo Barona se ajusta o no a un planteamiento hipotético. A la vez permite observar si la población es o no homogénea.

## CAPÍTULO IV

### 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

#### 4.1 Recursos

##### 4.1.1 Recursos Institucionales.

- Universidad Técnica de Ambato
- Unidad Educativa Mario Cobo Barona. Ambato-Ecuador

##### 4.1.2 Recursos Humanos.

- Investigador: Mancheno Maya, Liliana Monserrath
- Tutora: Ps. Cl. Mg. Abril Lucero, Gabriela Lorena

##### 4.1.3 Recursos Físicos.

- Recursos bibliográficos
- Material de oficina
- Reactivos psicológicos

##### 4.1.4 Presupuesto.

*Cuadro N°: 1 Presupuesto*

<b>RECURSOS</b>	<b>VALOR</b>
1.- Materiales de escritorio.	\$800
2.- Transporte	\$100
3.- Material tecnológico	\$500
4.- Suministros de oficina.	\$200
<b>TOTAL:</b>	<b>1.600</b>

Elaborado por: Mancheno, L. (2016)  
Fuente: Investigación

## 4.2 Cronograma De Actividades

Cuadro N. 2 Cronograma De Actividades

AÑO	2015												2016												2017			
ACTIVIDADES	MESES																											
	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	AB					
Elaboración del perfil y Aprobación del Proyecto	█	█																										
Desarrollo del Planteamiento del Problema		█	█																									
Desarrollo del Marco Teórico			█	█	█	█	█	█	█	█	█																	
Definición del Marco metodológico							█	█	█	█																		
Revisión del tutor	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█					
Finalización del proyecto de investigación.																				█	█	█						
Revisión de calificadoros																					█	█	█					
Defensa del proyecto de investigación																							█					

Elaborado por: Mancheno, L. (2016)

Fuente: Investigación

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 5.1 Bibliografía

Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.

Balarezo, L. (1995) *Psicoterapia*. Ediciones de la Universidad Católica del Ecuador.

Caballo, V., Salazar, I., &Carrobles, J. (2001). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Gross, J. (2010). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: The Guilford Press

Klonsky, D., Muehlenkamp, J., Lewis, S., Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal Self-Injury. Advances in Psychotherapy*. USA: Hogrefe.

Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia familiar*. Barcelona: Granica.

Vanderlinden, J., &Vandereycken, W. (1997). *Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. Pennsylvania: Brunner/Mazel Publishers.

## 5.2 Linkografía

- Alberdi, I. (1999). La nueva familia española. Taurus: Madrid. Recuperado de <http://www.marisolcollazos.es/Sociologia-complemento/Alberdi/Resumen-la-nueva-familia-espanola.pdf>
- Albores, L. (2014). *Validación de una cédula diagnóstica de autolesiones en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México*. (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxocGljb21pc2lvbmludmVzdGlnYWNPb258Z3g6Mjk4NjA5NWY4MzYyMzJlMg>
- Albores, L., Méndez, J., García, A., Delgadillo, Y., Chávez, C., y Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas EspPsiquiatr*, 42(4):159-68. Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-159-168-346514.pdf>
- Allen, C. (1995). Helping with deliberate self-harm: some practical guidelines. *Journal of Mental Health*, 4, 243-250. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638239550037523>
- Andrade, G. (2013). “*Estudio de las características psicológicas de niños ante el divorcio de los padres, usuarios del Centro de Protección de Derechos MIES*”. (Tesis de Diplomado). Universidad de Guayaquil. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6501/1/TESIS%20GLORIA.pdf>
- Bastidas, Guillermo (2017). SelfCuttingSindrome. Recuperado el 18 de enero del 2017. de <https://www.trastornolimite.com/noticias-tlp/self-cutting-sindrome>
- Basantes, J., & Porras, W. (2015). Personalidad y conductas autolesivas en adolescentes de la unidad educativa “Isabel de Godín” Riobamba, período

febrero-agosto 2015.(Tesis de Pre-Grado). Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1052>

Bennun, I. (1984). Psychological models of self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 166-186. Recuperado de DOI: 10.1111/j.1943-278X.1984.tb00447.x

Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F. X., Schwarz, B., Wernz, M., & Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry research*, 95(3), 251-260. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178100001797>

Brown, M., Comtois, K., Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/abn/111/1/198/>

Carreño, L. (2010). “Frecuencia de ideación suicida en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar”. Instituto Mexicano del Seguro Social. I. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32302/1/carre%C3%B1o%20perez.pdf>

Casado, I. (2011). “Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes”. (Tesis Doctoral). Universitat Rovira I Virgili. Recuperado de [http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/37364/tdx\\_tesis%20Lina%20Casad%C3%B3.pdf?sequence=1](http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/37364/tdx_tesis%20Lina%20Casad%C3%B3.pdf?sequence=1)

Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Rev Neuropsiquiatr* 77, (4), 226-235. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n4/a05v77n4.pdf>

- Celis, J. (2012). Caracterización de la función familiar en consumidores de heroína, consultantes a centros de atención en drogadicción. Pereira-Cartago. Recuperado de <http://recursosbiblioteca.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/2876/1/6168915C392.pdf>
- Collado, A., Córdoba, A., Meléndez J y Cerviño, C. (2004). Divergencias en la Percepción de la funcionalidad familiar entre padres, madres e hijos adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 36(4). Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Juan\\_Melendez8/publication/26595094\\_Divergencias\\_en\\_la\\_percepcin\\_de\\_la\\_funcionalidad\\_familiar\\_entre\\_padres\\_madres\\_e\\_hijos\\_adolescentes/links/0deec525396530cae9000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juan_Melendez8/publication/26595094_Divergencias_en_la_percepcin_de_la_funcionalidad_familiar_entre_padres_madres_e_hijos_adolescentes/links/0deec525396530cae9000000.pdf)
- Crawford, M., Thomas, O., Khan, N., Kulinskaya, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm. Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*, 190, 11-17. Recuperado de DOI: 10.1192/bjp.bp.106.025437
- Criado, M., Silva, N., Torres, G., Báez, L., Estévez, L. y Müller, S. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar con padre adolescente en San Gil. *Revista Salud UIS*, 43(1). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072011000100010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000100010)
- De la Cuesta, D., Pérez, E., y Louro I. (1994). *Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de instrumento*. (Tesis de Maestría). Facultad de Salud Pública. C. Habana. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n3/n3a05.pdf>
- De la Cuesta, D., Pérez, E., Louro, I., y Bayane, H. (1997). Funcionamiento Familiar. Construcción y Validación de un Instrumento. *Ciencias de la Salud Humana*. 1(4). 63-66. Recuperado de <file:///C:/Users/Casa/Downloads/Dialnet-FuncionamientoFamiliar-5128785.pdf>

- Lilia Albores-Gallo, et al. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(4):159-68. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-159-168-346514.pdf>
- Emperatriz, B. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. (Tesis de Grado). Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>
- Epstein, N. (1983). The McMaster family assessment device. (El dispositivo de evaluación de la familia de McMaster.) *Enjourned gfañudaudjmij*. 9(2), Recuperado de [https://www.ntnu.no/c/document\\_library/get\\_file?uuid=cd377890-a31d-4692-a9b8-47c563844862&groupId=10293](https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=cd377890-a31d-4692-a9b8-47c563844862&groupId=10293)
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege*. Baltimore: John Hopkins University Press. Recuperado de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=BwQT9fdZNdgC&oi=fnd&pg=PA4&dq=Favazza,+A.+\(1996\).+Bodies+under+siege.+Baltimore:+John+Hopkins+University+Press.&ots=9EwsXm9zyo&sig=b-V01dSg8TrCR30-9YIGNDzFMWM](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=BwQT9fdZNdgC&oi=fnd&pg=PA4&dq=Favazza,+A.+(1996).+Bodies+under+siege.+Baltimore:+John+Hopkins+University+Press.&ots=9EwsXm9zyo&sig=b-V01dSg8TrCR30-9YIGNDzFMWM)
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(8), 537-542. Recuperado de: [http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/08000/Self\\_Injurious\\_Behavior\\_in\\_Anorexia\\_Nervosa.10.aspx](http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/08000/Self_Injurious_Behavior_in_Anorexia_Nervosa.10.aspx)
- Galán, E. (2010). Funcionalidad en familias con adolescentes escolarizados en Paipa. *Avances en Enfermería*, 28(1), 72-82. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a08.pdf>
- Gómez, U. (2013). Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez. *Acta*

*médCostarric* 55(1). Recuperado de  
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v55n1/art04v55n1.pdf>

Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ort/76/2/238/>

Griffin, C., Williams, E., Stark, T., Altmeyer, K & Mason, M. (2007). Self-injurious behavior: A state-wide prevalence survey of the extent and circumstances. *Applied research in mental retardation*, 7(1), 105-116. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0270309286900226>

Gutiérrez, P., Camacho, N., & Martínez, M. (2007). Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Atención primaria*, 39(11), 597-603. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656707709861>

Herrera, S. (2016). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 13(6): 591-595. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es)

Instituto del Niño y la Familia (Diciembre 18 del 2011). Violencia infantil, los golpes que marcan futuro de los menores. *El Universo*. Recuperado de <http://www.eluniverso.com/2011/12/18/1/1422/violencia-infantil-golpes-marcan-futuro-menores.html>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Mayo 19 del 2015). Cifras de maltrato infantil son vergonzosas y aterradoras: ICBF. *El país*. Recuperado de <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/cifras-maltrato-infantil-son-vergonzosas-y-aterradoras-icbf>

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012). Encuesta Nacional de relación familiar y Violencia de Género contra las Mujeres. Recuperado de [http://www.humanas.org.ec/pdf/Violencia\\_de\\_Genero\\_Ecuador\\_encuesta\\_nacional.pdf](http://www.humanas.org.ec/pdf/Violencia_de_Genero_Ecuador_encuesta_nacional.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014). Anuario de Estadísticas Vitales Matrimonios y Divorcios 2013. Recuperado de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Matrimonios\\_Divorcios/Publicaciones/Anuario\\_Matrimonios\\_y\\_Divorcios\\_2013.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Matrimonios_Divorcios/Publicaciones/Anuario_Matrimonios_y_Divorcios_2013.pdf)
- Instituto de Planificación Familiar (2010). *El Divorcio en la Unión Europea* (núm.8). Recuperado de <http://www.abc.es/gestordocumental/uploads/Sociedad/divorcios.pdf>
- Jordán López, M. V., & Mora Cevallos, Z. N. (2013). *“Funcionalidad familiar y estado de salud en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, de la clínica de los riñones Menydia de las ciudades de Quito y Riobamba”*. (Tesis de Pre Grado) Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5927/T-PUCE-6082.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Juan, L. C. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Editorial Club Universitario. Recuperado de <http://www.editorial-club-universitario.es/pdf/575.pdf>
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., y Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas EspPsiquiatr*, 39(4), 226-35. Recuperado de: <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf>

- Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735806000961>
- Levenkron, S. (2006). *Cutting. Understanding and Overcoming Self-Mutilation*. New York: W.W. Norton & Company. Recuperado de: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.50.9.1234>
- López, M., Martínez, J., & Sánchez, M. (2005). La dimensión afectiva familiar: variables relevantes para el bienestar psicológico de estudiantes adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, 23(2), 469-482. Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/view/98211/93911>
- Maganto, C. (2004). La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo. *Sistémica Familiar*. Recuperado de [http://C:/Users/blancaeugenia/Downloads/1-39c-La-familia-desde-el-punto-de-vista-sistemico-y-evolutivo%20\(1\).pdf](http://C:/Users/blancaeugenia/Downloads/1-39c-La-familia-desde-el-punto-de-vista-sistemico-y-evolutivo%20(1).pdf)
- Marín, M. (2008). Asociación de funcionalidad familiar y adicciones en adolescentes de la UMF57. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/38110/1/marinpe%C3%B1amarcela.pdf>
- Marín, M., Robles, R., González, C., & Andrade Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 35(6), 521-526. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000600010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600010&lng=es&tlng=es)
- Mendoza, Y., & Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, 25(4), 10-16. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam024b.pdf>

- Mendoza, L., Soler, E., Sainz, L., Gil, I., Mendoza, H., & Pérez, C. (2006). Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en medicina familiar*, 8(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061d.pdf>
- Mera, A. (2015). “*Funcionamiento familiar y su influencia en las estrategias de afrontamiento en madres adolescentes víctimas de estupro internadas en el Hospital Provincial Docente Ambato*”. (Tesis de Grado). Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12297/1/Tesis%20Ana%20Mera.pdf>
- Mercado, R. (2011). “Duelo de los hijos por el divorcio”. (Tesis de Doctorado). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/33%20Duelo%20de%20los%20hijos%20por%20el%20divorcio.pdf>
- Messer, J., & Fremouw, W. (2008). A critical review of explanatory models for selfmutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3666103/>
- Moreno, J., & Chauta, L. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(1), 155-166. Recuperado de <http://www.revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1177/969>
- Nixon, M., y Heath, N. (2009). *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention*. New York: Routledge, Taylor y Francis Group. Recuperado de: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2009.60.1.127>

- Ochoa, M. (2011). Funcionalidad familiar con adolescentes programa niño trabajador área tres INFA Cuenca. Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2685>
- Olson, L., & Oulihan, D. (2000). A review of behavioral treatments used for Lesch-Nyhan syndrome. *Behaviormodification*, 24(2), 202-222. Recuperado de: <http://bmo.sagepub.com/content/24/2/202.short>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Violencia contra la mujer (núm. 239). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. Recuperado de [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2014). Maltrato infantil. (Nota descriptiva N.º 150. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). Informe sobre el Sistema de salud mental en el Ecuador. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/ecuador\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. (49 consejo directivo sesión del comité regional). Recuperado de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2012). Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A Comparative Analysis of Population-Based Data from 12 Countries [“Violencia contra la Mujer en América

Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países”]. Recuperado de [http://www.cepal.org/oig/noticias/noticias/2/50432/PAHO\\_Report\\_of\\_violence\\_against\\_Women.pdf](http://www.cepal.org/oig/noticias/noticias/2/50432/PAHO_Report_of_violence_against_Women.pdf)

Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer*, 15(3), 164-168. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300005&script=sci_arttext)

Ortiz, M. (2011). “*El Cutting Como Factor Determinante En Las Relaciones Interpersonales De Las Estudiantes Del Décimo Año De Educación Básica De Los Paralelos “F” Y “H” Del Instituto Superior Tecnológico “Hispano América” De La Ciudad De Ambato, De La Provincia De Tungurahua.*”. (Tesis de Pre Grado). Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de [http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/2818/1/tebs\\_2011\\_631.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/2818/1/tebs_2011_631.pdf)

Pattison, E. M., &Kahan, J. (2004).The deliberate self-harm syndrome.*American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872.Recuperado de: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.140.7.867>

Perdomo, A., Ramírez, C., y Galán E (2014). Asociación de la Funcionalidad familiar entre padres e hijos adolescentes en Neiva. *Comité Editorial*, 94. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a11.pdf>

Poltrony, M., González, A., Báez, I., Díaz, S., Martínez, T., Díaz, A., & Rivas, C. (2009). Lecturas adolescentes. *Graó*, (Vol. 263). Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=BrZeIaQ1IC4C&oi=fnd&pg=PA5&dq=lhttps://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=BrZeIaQ1IC4C&oi=fnd&pg=PA5&dq=l>

- Portal de Recursos de Psicología, Educación y Disciplinas Afines. (2009). Maltrato infantil -Estadísticas. Recuperado de <http://reeduca.com/maltratoinfantil-estadistica.aspx>
- Prinstein, M. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidalselfinjury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1-8. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/76/1/1/>
- Ramírez, C., Méndez, E., Barrón, F., Riquelme, H., & Cantú, R. (2010). Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil. *Revista Atención Familiar*, 7(7), 61-73. Recuperado de <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.pdf>
- Rangel, J., Valerio, L., Patiño, J., & García, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *RevFacMed UNAM*, 47(1), 24-27. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
- Robichaux, D. (2002). *El sistema familiar mesoamericano y sus consecuencias demográficas: un régimen demográfico en el México indígena*. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de [http://data.over-blog-kiwi.com/1/38/03/91/20150909/ob\\_4d95d1\\_david-robichaux-el-sistema-familiar-m.pdf](http://data.over-blog-kiwi.com/1/38/03/91/20150909/ob_4d95d1_david-robichaux-el-sistema-familiar-m.pdf)
- Rueda, A., & Acosta, C. (2012). Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Avances en Enfermería*, 29(1), 75-86. Recuperado de <http://168.176.5.108/index.php/avenferm/article/view/35856/36722>
- Russ, M. J., Roth, S. D., Lerman, A., Kakuma, T., Harrison, K., Shindlecker, R. D., & Mattis, S. (2005). Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, 32(6), 501-511. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0006322392902180>

- Salazar, J. (2014). “Consumo de alcohol y su incidencia en la Funcionalidad Familiar en el barrio Yanayacu perteneciente al cantón Salcedo en el periodo Marzo 2012 Noviembre 2012”. (Tesis de Grado). Universidad Técnica de Ambato Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/6621/1/Tesis%20Edith%20Salazar%20Jim%C3%A9nez.pdf>
- Santos, D. (2011). Autolesión, Información y Apoyo. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1052>
- Simeon, D., y Favazza, A. (2001). Self-Injurious behaviors, phenomenology and assessment. En Simeon y Hollander (Eds). *Self-Injurious behaviors, assessment and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Association. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=NpeQ3q5e58MC&oi=fnd&pg=P>
- Suicidios en Ecuador. (04 de septiembre del 2014). *El Universo*. Recuperado de <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2014/09/04/nota/3711351/suicidios-ecuador-aumentaron-34-2000-2012-segun-oms>
- Superintendencia de Notariado y Registro. (2012). *Los divorcios en Colombia crecieron un 26,2% en el primer semestre*. Recuperado de [https://www.supernotariado.gov.co/portalsnr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14982:los-divorcios-en-colombia-crecieron-un-262-en-el-primer-semestre&catid=339:noticias-2012&Itemid=667](https://www.supernotariado.gov.co/portalsnr/index.php?option=com_content&view=article&id=14982:los-divorcios-en-colombia-crecieron-un-262-en-el-primer-semestre&catid=339:noticias-2012&Itemid=667)
- Slee, N., Garnefski, N., Van der Leeden, R., Arensman, E. y Spinhoven, P. (2008). Cognitive Behavioral Intervention for self harm: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 202-211. Recuperado de <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/14255/artikel%20BJP.pdf?sequence=1>

- Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1052>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2000). Maltrato. Recuperado de [http://www.unicef.cl/archivos\\_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf](http://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf)
- Vallejo, R; Sanchez-Barranco, F; y Sanchez-Barranco, P. (2004). Separación o divorcio: Trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 92, 91-110. Oct-Dic, 2004. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000400006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400006)
- Villaruel G, Jerez C, Montenegro M, Montes A, Igor M, & Silva I, Hernán. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 51(1), 38-45. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272013000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000100006&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-92272013000100006
- Walsh, B. (2006). *Treating self-Injury. A Practical Guide*. New York: The Guilford Press. Recuperado de: <https://www.scribd.com/doc/283469458/Desarrollo-de-La-AutolesionR3&dq=The+dialectical+Behavior+Therapy+Skills+Workbook.&ots=qeN4W2DoD-&sig=uSbheVZalsK67HcP00KSIax6nY0>
- Zavala, M., Ríos, M., García, G., & Rodríguez, C. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*, 9(3), 257-270. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a06>

### 5.3 Citas Bibliográficas - Bases De Datos Uta

**EBRARY.**Marín, M. (2009). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitiva conductual para adolescentes que se autolesionan*. México: Ciencia Nueva UNAM. Recuperado de <http://www.ebrary.com>

**EBRARY.**McKay, M., Wood, J., &Brantley, J. (2007).*The dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. California: New Harbinger Publications Inc. Recuperado de <http://www.ebrary.com>

**EBRARY.**Beck, A. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión*. México: Desclee de Brouwer. Recuperado de <http://www.ebrary.com>

**ELSEVIER.**Klonsky, D., &Olino, T. (2008).Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 22-27 1572-1584. DOI: 10.1016/S2007-4719(14)70394-1

**ProQuest.**Asarnow J, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, y Wagner. (2011). Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the Tordia Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 50(8):772–81.Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1152148982?accountid=36765>

**ProQuest.**Zlotnick C, Mattia I, y Zimmerman M. (2000). Clinical correlates of selfmutilation in a sample of general psychiatric patients. *J NervMentDis* 187(5), 296–301. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1023285393?accountid=36765>

**ProQuest.**Chartrand H, Sareen J, Toews M, Bolton JM.(2012). Suicide attempts versus non suicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample.*Depress Anxiety*. 29(3):172–9. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/748353798?accountid=36765>

- ProQuest.**Ferrara M, Terrinoni A, y Williams R. (2012). Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc Psychiatry MentHealth*.6:12.Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1501741623?accountid=36765>
- ProQuest.**Zlotnick, C., Shea, T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996).The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse and self-mutilation.*Comprehensive Psychiatry*, 37, 12-16.Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1023284165?accountid=36765>
- Scielo.**Navarro-Leis, Manuela a yaLópez Hernández-ARDIETA, Marcos. Terapiascognitivoconductuales para el Tratamiento de lostrastornos de personalidad. *Psicol Acci*ñ. [enlínea]. 2013, vol.10, n.1, pp.33-44. ISSN 2255-1271.Â <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>.

## ANEXOS

### ANEXO 1. CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL).

#### CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

SEXO M/F
EDAD
AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA

- Casi nunca (1).
- Pocas veces (2)
- A veces (3).
- Muchas veces (4).
- Casi siempre (5).

	Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					

5 .Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6 .Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

**PUNTUACIÓN TOTAL:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. CÉDULA DE AUTOLESIÓN.

### CÉDULA DE AUTOLESIONES (AUTOLES)

Nombre: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino \_\_ Femenino  
\_\_ #de años escolaridad \_\_\_\_ .Vives con ambos padres \_\_ sólo mamá \_\_ sólo papá  
\_\_ padre o madre y pareja \_\_ Cuántos focos hay al interior de tu casa \_\_\_\_ Tu desempeño  
escolar es: bueno \_\_ regular \_\_ malo \_\_

¿Alguna vez tú te has hecho *daño intencionalmente* hasta provocar sangrado o dolor de la siguiente manera?:

#### *Tacha la respuesta verdadera*

#### *Tipo de lesión*

- SI NO ¿Te has cortado la piel?
- SI NO ¿Te has frotado la piel con un objeto?
- SI NO ¿Has introducido algún objeto debajo de la piel o uñas?
- SI NO ¿Te has pellizcado la piel?
- SI NO ¿Has usado un lápiz, compás, una aguja, cutter (navaja) u otro objeto para realizar marcas en la piel?
- SI NO ¿Te has rascado cicatrices?
- SI NO ¿Has jalado la piel que se descama después de una quemadura de sol?
- SI NO ¿Te has quemado la piel con cigarrillos o con sustancias acidas o corrosivas?
- SI NO ¿Has arrancado tu pelo, las pestañas o cejas (no por razones cosméticas)?
- SI NO ¿Te has arrancado las uñas?
- SI NO ¿Te has mordido?
- SI NO ¿Te has pegado en partes del cuerpo, en la cabeza, o te has dado cachetadas?
- SI NO ¿Tienes sentimientos o pensamientos negativos antes de lastimarte?
- SI NO ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con depresión, antes de lastimarte?
- SI NO ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con ansiedad antes de lastimarte?
- SI NO ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con tensión antes de lastimarte?

- SI NO ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con coraje, antes de lastimarte?
- SI NO ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con estrés, antes de lastimarte?
- SI NO ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con autocrítica, antes de lastimarte?
- SI NO ¿Antes de lastimarte tienes un periodo de preocupación o de resistencia para realizar esta conducta?
- SI NO ¿Cuándo te lastimas sientes preocupación por realizar esta conducta?
- SI NO ¿Después de lastimarte sientes preocupación por haber realizado esta conducta?
- SI NO ¿La necesidad de realizar los actos para lastimarte te vienen con frecuencia aunque no siempre los ejecutas?
- SI NO ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de sentimientos negativos?
- SI NO ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de ideas negativas?
- SI NO ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de dificultades personales?
- SI NO ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te despiertan sentimientos positivos?
- SI NO ¿La liberación de la tensión ocurre durante la práctica del acto para lastimarte?
- SI NO ¿La liberación de la tensión ocurre inmediatamente después de realizarlo?
- SI NO ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como tus tareas escolares?
- SI NO ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como tus tareas escolares?
- SI NO ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como socializar con tu familia o amigos?
- SI NO ¿La idea de lastimarte vino de ti mismo(a)?
- SI NO ¿La idea de lastimarte vino al ver o saber que alguno de tus amigos/as lo hacía?
- SI NO ¿La idea de lastimarte vino al ver a algún familiar hacerlo? Menciona quién\_\_\_\_\_
- SI NO ¿La idea de lastimarte vino al verlo en cine, televisión, internet o comics?
- SI NO ¿Te lastimas en antebrazos y muñecas?
- SI NO ¿Te lastimas en brazos y codos?

- SI NO ¿Te lastimas en muslos y rodillas?
- SI NO ¿Te lastimas en abdomen y tórax (pecho o espalda)?
- SI NO ¿Te lastimas en la cara?
- SI NO ¿Te lastimas en cabeza?
- SI NO ¿Te lastimas en glúteos o genitales?
- SI NO ¿En el último mes te has lastimado de 1 a 3 veces?
- SI NO ¿En los últimos 6 meses te has lastimado 1 a 3 veces?
- SI NO ¿En el último año te has lastimado 5 o más veces?
- SI NO ¿Cuándo te lastimas prefieres estar solo(a) ?
- SI NO ¿Cuándo te lastimas prefieres estar acompañado de amigos/as?
- SI NO ¿Cuándo te lastimas te escondes de los demás?
- SI NO ¿Le has dicho a alguien que te lastimas? menciona a quién\_\_\_\_\_
- SI NO ¿Te lastimas con la intención de quitarte la vida?
- SI NO ¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?
- SI NO ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida?
- SI NO ¿Cuándo te lastimas sin intención de morir te vienen ideas de quitarte la vida?
- SI NO ¿Alguna vez te realizaste un tatuaje para sentir dolor?  
En qué parte de tu cuerpo tienes tatuaje?  
Menciona\_\_\_\_\_cuántos\_\_\_\_\_
- SI NO Si No 56. ¿Alguna vez te realizaste una perforación (piercing) para sentir dolor? Menciona\_\_\_\_\_cuántos\_\_\_\_\_
- SI NO ¿Te lastimas para demostrar la desesperación que sientes?
- SI NO ¿Te lastimas porque quieres castigarte?
- SI NO ¿Te lastimas porque quieres asustar a alguien?
- SI NO ¿Te lastimas porque consigues atención de los demás?
- SI NO ¿Te lastimas para evitar suicidarte?
- SI NO ¿Te lastimas porque querías saber si alguien realmente te ama?
- SI NO ¿Te lastimas porque buscas la aceptación de un grupo?
- SI NO ¿Te lastimas porque te acosan en la escuela (bullying)?
- SI NO ¿Te lastimas porque tu acosas a alguien en la escuela (eres bully)?
- SI NO ¿No sabes por qué te lastimas?

- SI NO ¿No puedes dejar de hacer el acto que te lastima?
- SI NO ¿Sientes como si tuvieras una adicción a lastimarte?
- SI NO ¿Quieres dejar de hacer el acto que te lastima?
- SI NO ¿Alguna vez dejaste de lastimarte por más de 6 meses?
- SI NO ¿Después de ese periodo reiniciaste la conducta de lastimarte?
- SI NO ¿Hubo alguna situación, emoción o estrategia que ocurrió para dejar de lesionarte? Menciona \_\_\_\_\_
- SI NO ¿Hubo alguna situación, emoción o condición que ocurrió para volver a lesionarte? Menciona \_\_\_\_\_
- SI NO Alguna vez por lesionarte te refirieron con algún psicólogo, pedagogo, médico, psiquiatra, Trabajador social. En caso afirmativo: Fuiste? SI\_\_\_ o No\_\_\_
- SI NO ¿Alguna vez consultaste con un médico o fuiste a un hospital por haberte lesionado?
- SI NO ¿Hubo un evento que provocó que tú empezaras a lastimarte? Cual:  
 \_\_\_ Divorcio de padres \_\_\_ Muerte de familiar \_\_\_ Terminar con pareja \_\_\_ Acoso (Bullying) \_\_\_ Otro.  
 Menciona \_\_\_\_\_
- SI NO ¿Hay eventos que disminuyen los actos para lastimarte?  
 \_\_\_ Entretenimiento \_\_\_ Estar ocupado(a) \_\_\_ Tener pareja \_\_\_ Estar de viaje, Otro. Menciona \_\_\_\_\_
- SI NO ¿Conoces a alguien que realiza actos para lastimarse como los que mencionamos? Quién: amigo(a)\_\_\_ familiar \_\_\_ pareja \_\_\_ compañero(a) de la escuela \_\_\_
- SI NO Alguna vez has compartido con algún amigo(a) los objetos con los que te cortas?
- SI NO ¿Sabías que compartir objetos con los que te cortas es riesgoso porque puedes contraer SIDA, hepatitis y otras enfermedades?
- SI NO ¿Tomas algún medicamento? Cuál\_\_\_\_\_
- SI NO ¿El medicamento induce o aumenta el deseo de lastimarte?
- SI NO ¿El medicamento disminuye el deseo de lastimarte?
- SI NO ¿Alguna vez le dijiste a alguien que te autolesionas? A quién\_\_\_\_\_

¿A quién te gustaría decirle que te autolesionas? Puedes seleccionar más de una) maestro(a), b) padre/madre, c) psicólogo, d) médico, e) pediatra, f) trabajador social, g) psiquiatra h), enfermera i) amigo(a), j) hermano(a) k) padre de la iglesia

¿Cuánto tiempo pasó desde que te comenzaste a lastimar hasta que alguien se dió cuenta (o tú le dijeras que te autolesionas)? Menciona \_\_\_\_\_ años, o \_\_\_\_\_ meses

¿Si has solicitado atención para tus autolesiones, cuánto tiempo pasó desde que comenzaste a lastimarte hasta que solicitaste la atención medica? Menciona \_\_\_\_\_ años, o \_\_\_\_\_ meses

¿La búsqueda de ayuda fue porque descubrieron que te lesionabas? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Cómo lo descubrieron y quién lo hizo \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenías cuando empezaste a realizar actos para lastimarte? \_\_\_\_\_ años

¿Alguna vez alguien ha tratado de abusar sexualmente de ti? A qué edad: \_\_\_\_\_ años

¿Recientemente cambió la forma en que te autolesionas? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Aumentó de intensidad \_\_\_ Disminuyó de intensidad \_\_\_ Cambiaste la parte del cuerpo que te autolesionas \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_ menciona \_\_\_\_\_