



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TÍTULO

**“Funcionalidad familiar y autolesionismo en los
estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional
Calasanz de la ciudad de Loja”**

*Tesis previa a la obtención del
título de Médica General*

AUTORA: Gabriela del Cisne Mora Medina

DIRECTORA: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

**Loja - Ecuador
2019**

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de octubre del 2019

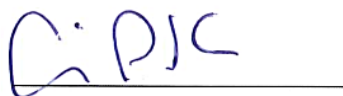
Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo previo a la obtención del título de Médica General de autoría de la estudiante Gabriela del Cisne Mora Medina, titulado “*Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la unidad educativa fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja*”, ha sido dirigido y revisado durante su ejecución por mi persona y se ha llevado a cabo de acuerdo a lo establecido en el correspondiente cronograma por lo cual autorizo su presentación y posterior sustentación pública.

Atentamente,



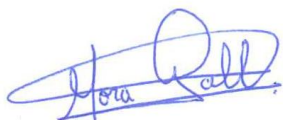
Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

AUTORÍA

Yo, Gabriela del Cisne Mora Medina, declaro ser autora del presente trabajo de tesis previo a la obtención del título de Médica General, que se titula “**Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la unidad educativa fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja**”, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Firma: _____

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'G. Mora Medina', written over a horizontal line.

Autora: Gabriela del Cisne Mora Medina

Cédula: 1104802077

Fecha: 16/10/2019

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Gabriela del Cisne Mora Medina, declaro ser autora de la tesis titulada: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOLESIONISMO EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA”**, como requisito para optar al grado de Medica General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del exterior de las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de Octubre del dos mil diecinueve, firma la autora.

Firma:

Autora: Gabriela del Cisne Mora Medina

Cédula: 1104802077

Dirección: Cdla. Zamora Huayco

Correo Electrónico: gabriela_moram@yahoo.es

Teléfono: 072739384- 0959652026

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidenta del Tribunal: Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

Vocal: Dr. César Fabián Juca Aulestia, Esp.

Vocal: Dr. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

DEDICATORIA

A Dios, por bendecirme día a día, manteniéndome con salud y fortaleza para continuar con la meta propuesta, el llegar a ser una buena profesional.

A mis padres, quienes son el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, brindándome su apoyo y amor incondicional en cada momento de mi camino.

A mis hermanos, María, Manuel y Fernanda, cada uno con sus diferentes cualidades son un gran aporte moral y estudiantil en mi vida.

A mi compañero de vida Luis, quien ha sido mi apoyo y me ha dado una bendición muy grande, mi Elenita aunque todavía no nace es mi motor para continuar adelante.

Gabriela del Cisne Mora Medina.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, quien me protege y llena de sabiduría para lograr obtener los conocimientos necesarios para mi formación.

Gracias a la Universidad Nacional de Loja, especialmente a la Facultad de Salud Humana, que me ha colaborado en mi formación estudiantil, a través recursos académicos y de los docentes, quienes me han llenado de información fundamental para mi aprendizaje, que me permitirá defenderme en un futuro y garantizarme estabilidad laboral.

Extiendo mi gratitud a la Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, que con su paciencia y predisposición me ha guiado en la elaboración de la tesis, para lograr alcanzar mi título profesional.

Gracias a la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja, por haber abierto las puertas del establecimiento, para poder ejecutar mi investigación.

Finalmente agradecer a mis padres, hermanos, Luis, por ser mi fortaleza diaria. Gracias a todos.

Gabriela Mora Medina.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
INDICE.....	vii
1 Título	1
2 Resumen	2
Summary.....	3
3 Introducción.....	4
4 Revisión de la literatura.....	7
4.1 Familia.....	7
4.1.1 Conceptos.	7
4.1.2 Clasificación de la familia.....	7
4.1.2.1 Funcionalidad.	7
4.1.2.2 Disfuncionalidad.....	8
4.1.2.2.1 Causas de disfuncionalidad	9
4.1.2.2.2 Consecuencias de la disfuncionalidad.....	10
4.1.3 Dimensiones.	11
4.1.3.1.1 La comunicación.....	11
4.1.3.1.2 Clima familiar.....	11
4.1.3.1.3 Afecto.	12
4.1.3.1.4 Autoridad.....	12
4.1.3.1.5 Roles.....	13
4.1.3.1.6 Relación entre los padres.....	13
4.1.3.1.7 Creencias valorativas de la familia.....	13
4.1.3.1.8 Adaptabilidad.	13
4.1.3.1.9 Permeabilidad.....	13
4.1.3.1.10 Cohesión.....	14
4.1.4 Instrumentos para valorar la funcionalidad familiar.....	14
4.1.5 Funciones.....	14
4.1.6 Tipología.....	15

4.1.6.1 Concepto.....	15
4.1.6.2 Tipos.....	15
4.2 Autolesionismo.....	16
4.2.1 Concepto.....	16
4.2.2 Epidemiología.....	16
4.2.3 Fisiopatología.....	17
4.2.4 Autolesiones suicidas.....	18
4.2.5 Autolesiones no suicidas.....	20
4.2.6 Características clínicas.....	21
4.2.7 Clasificación.....	21
4.2.8 Factores de riesgo.....	22
4.2.9 Motivos.....	23
4.2.10 Métodos.....	24
4.2.11 Diagnóstico.....	24
4.2.12 Diagnóstico diferencial.....	25
4.2.13 Tratamiento.....	26
4.2.14 Consecuencias.....	28
4.2.15 Prevención.....	29
5 Materiales y métodos.....	30
5.1 Tipo de estudio.....	30
5.2 Área de estudio.....	30
5.2.1 Lugar.....	30
5.3 Universo.....	30
5.4 Muestra.....	30
5.4.1 Tamaño de la muestra.....	30
5.4.2 Criterios de inclusión.....	31
5.4.3 Criterios de exclusión.....	31
5.5 Técnica.....	32
5.6 Instrumentos.....	32
5.7 Procedimiento.....	33
5.8 Equipo y materiales.....	34
5.9 Análisis estadístico.....	34
6 Resultados.....	36

7	Discusión	43
8	Conclusiones.....	46
9	Recomendaciones	47
10	Bibliografía.....	48
11	Anexos.....	57

1 Título

Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa
Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja

2 Resumen

La adolescencia es una etapa muy importante en la vida, este período se caracteriza por una gran transición, en la cual ocurren numerosos cambios tanto físicos, como hormonales y emocionales. Estos cambios, en ocasiones acompañados por problemas familiares pueden desencadenar ciertas prácticas conductuales negativas, como el autolesionismo, el cual aparece como fuente de escape ante adversidades que se presentan en el ciclo vital. El presente trabajo investigativo de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; tiene como objetivo identificar mediante el Test de FF-SIL el nivel de funcionalidad familiar de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja, así como detectar la presencia de autolesionismo por sexo y grupo etario; y finalmente establecer la relación existente entre la disfunción familiar y la presencia de autolesionismo. A través de la aplicación del Test de FF-SIL y una encuesta estructurada por la autora para detectar la presencia de autolesionismo. La muestra estuvo conformada por 118 estudiantes seleccionados por muestreo no probabilístico. Y se obtuvieron los siguientes resultados: El 51,7% de estudiantes pertenecen a familias moderadamente funcionales y 2,5% a familias severamente disfuncionales; el 49,2% se autolesionó; el 61,7% pertenece al sexo femenino; el 55,9% tienen entre 15 a 19 años. Al relacionar la presencia de autolesionismo y la funcionalidad familiar, se evidenció una fuerte asociación, con un OR de 4.5 y 3.5 para el sexo masculino y femenino respectivamente. Lo cual indica que la disfuncionalidad familiar está relacionada con la presencia de prácticas autolesivas en los adolescentes.

Palabras clave: Prácticas autolesivas, Disfunción familiar, Adolescentes. Cutting.

Summary

Adolescence is a very important stage in life, this period is characterized by a great transition, in which numerous physical, hormonal and emotional changes occur. These changes, sometimes accompanied by family problems can trigger certain negative behavioral practices, such as self-harm, which appears as a source of escape from adversities that occur in the life cycle. The current quantitative, descriptive and cross-sectional research work aims to identify through the FF-SIL Test the level of family functionality of the students of the “Calasanz” Fiscomisional Educational Unit of the city of Loja, as well as to detect the presence of self-harm by sex and age group; and finally establish the relationship between family dysfunction and the presence of self-harm. Through the application of the FF-SIL Test and a survey structured by the author to detect the presence of self-harm. The sample consisted of 118 students selected by non-probabilistic sampling. And the following results were obtained: 51.7% of students belong to moderately functional families and 2.5% to severely dysfunctional families; 49.2% self-injured; 61.7% belong to the female sex; 55.9% are between 15 and 19 years old. When relating the presence of self-injury and family functionality, a strong association was evidenced, with an OR of 4.5 and 3.5 for the male and female sex respectively. This indicates that family dysfunctionality is related to the presence of self-injurious practices in adolescents.

Keywords: Self-injurious practices, Family dysfunction, Adolescents, Cutting.

3 Introducción

La familia constituye el pilar fundamental de la sociedad, es la base de la identidad personal que adoptan los hijos (Vásquez-Garibay et al., 2015).

Una familia funcional es aquella familia que tiene la capacidad de adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones que se presenten a lo largo de su vida: mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada uno de sus miembros (Martínez Licona, Rodríguez Gámez, Díaz Oviedo, & Reyes Arellano, 2018).

El convivir en familias sin armonía, e incumplimiento de funciones tiende a poner en riesgo la integridad y salud individual de sus miembros, siendo más afectados los adolescentes, llegando a presentar trastornos en su conducta a consecuencia de los cambios que surgen en esta etapa de la vida (González Sábado, Martínez Cárdenas, Martínez González, Martínez González, & Blanco Suárez, 2016).

Dentro de los trastorno de conducta que pueden llegar a manifestar, se encuentra el autolesionismo que es el acto deliberado de causarse daño mediante cortes, quemaduras, mutilaciones, en la cual se excluyen las ingestas de medicamentos y venenos con intención suicida, es una estrategia pasajera para aliviar el dolor y experiencias traumáticas; o para autocastigarse (Leiva Pereira & Concha Landeros, 2019).

Las conductas autolesivas en niños y adolescentes constituyen un importante problema de salud pública con tasas de incidencia anual en niños y adolescentes entre 12,3 y 37,4 por 10000 (Morgan et al., 2017). El establecimiento de cifras de prevalencia de autolesiones en la población general es difícil debido a la escasez de datos (Bousoño et al., 2019).

En Australia un estudio realizado en adolescentes reflejó que las prevalencias de autolesionismo van del 13 al 23.2%. Las formas más frecuentes de autolesión corresponden a cortes, golpes y quemaduras; menos frecuentes son: la inserción de objetos

bajo la piel, el rascarse en exceso, el morderse, el arrancarse el cabello o la ingesta de cuerpos o líquidos extraños. Diversas son las razones por las cuales lo hacen los sujetos que se autolesionan, como la búsqueda de regulación afectiva, el control de impulsos o llamar la atención. Numerosos factores se han asociado a esta conducta en los adolescentes, entre los que se cuentan la presencia de psicopatología en ellos o sus familiares, y la disfunción familiar (Elena, Flores, Hernández, Navarrete, & Figueroa, 2013).

En Estados Unidos, según las cifras ofrecidas por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), los comportamientos autolesivos fueron en el 2008 la causa de al menos 666.000 visitas a los servicios de emergencia, aproximadamente el 12% de los adolescentes estadounidenses lleva a cabo alguna forma de conducta autolesiva (Myer, 2011).

En Loja se realizó una entrevista a una estudiante de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz, quien mencionó autolesionarse con la finalidad de aliviar el dolor y problemas familiares, dicha situación se comentó que era practicada por varios compañeros.

Las autolesiones crónicas se han asociado con una amplia variedad de problemas de salud, tanto psiquiátricos como somáticos; y a pesar de la elevada prevalencia de autolesionismo, los tratamientos con apoyo empírico siguen suponiendo un vacío en la práctica clínica (Mollà et al., 2015).

Una mayor parte de la población que se autolesiona no busca asistencia médica, y la prevalencia en muestras no clínicas es del 13 - 28%, lo cual lo evidencia como un problema relevante que puede pasar desapercibido (Leiva Pereira & Concha Landeros, 2019).

Por ende es oportuna la presente investigación dada la relevancia social del tema y la aplicación a la práctica clínica de atención primaria de salud para una identificación temprana de dicha problemática.

A partir de lo anteriormente mencionado, surgió la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar y autolesionismo en estudiantes de la Unidad Educativa Calasanz de la ciudad de Loja?

En base aquella se planteó el objetivo general en busca de determinar la funcionalidad familiar y autolesionismo en estudiantes de la Unidad Educativa Calasanz de la ciudad de Loja. A través del cumplimiento de los objetivos específicos que tuvieron la finalidad de Identificar mediante el Test de FF-SIL el nivel de funcionalidad familiar de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja; Detectar la presencia de autolesionismo según el sexo y grupo etario en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la Ciudad de Loja y establecer la relación existente entre la disfunción familiar y la presencia de autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja.

4 Revisión de la literatura

4.1 Familia

4.1.1 Conceptos. Familia es la base de la sociedad, el modelo a seguir de los individuos frente a los diferentes conflictos (López Morales et al., 2016).

La familia influye en el desarrollo de los niños, debido a que los hijos adquieren hábitos y valores acordes con su cultura, a través de la educación y el ejemplo, los integrantes comparten un mismo espacio (Martínez Licona et al., 2018).

Familia y hogar son términos que frecuentemente se utilizan de forma arbitraria y confusa, pero ellos tienen interrelación por el parentesco que se pueda dar en el hogar y por satisfacer las necesidades de cada uno de sus integrantes que los conforman (Gutiérrez Capulín, Díaz Otero, & Román Reyes, 2017).

4.1.2 Clasificación de la familia La familia se puede clasificar según:

4.1.2.1 Funcionalidad. La funcionalidad familiar es aquella familia que tiene la capacidad de adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones que se presenten a lo largo de su vida, mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada uno de sus miembros (Martínez Licona et al., 2018).

La funcionalidad familiar tiene como finalidad satisfacer las necesidades de cada uno de los integrantes de una familia, generando satisfacción en su entorno mediante su interacción mutua (Juárez Montoya, Ponce Rosas, & Rodríguez López, 2016).

En una familia funcional es relevante que exista compromiso por parte de cada uno de los integrantes para lograr el cumplimiento de las diferentes obligaciones, mediante el

establecimiento de horarios e implementación de reglas, respetando las diferentes opiniones y costumbres que posean (Serrano Manzano & Rodríguez Figueroa, 2016).

Una familia funcional se caracteriza por la capacidad que posee para enfrentar los diferentes conflictos, logrando afrontarlos (Juárez Montoya et al., 2016).

4.1.2.2 Disfuncionalidad. Según Hunt (2007) plantea dos definiciones de familia disfuncional: “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia” y “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente” (Pérez Lo Prresti & Reinoza Dugarte, 2011).

La familia puede volverse disfuncional, cuando no cumple con sus funciones, generando relaciones tensas entre las personas que la conforman, afectándose el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y viéndose afectada la capacidad para afrontar situaciones conflictivas (Gonzales Flores, Díaz Muñoz, & Cueva Loyola, 2017).

Es posible que no ocurran los reajustes necesarios ante los procesos de cambio y se provoquen alteraciones en su funcionamiento (Alonso-Castillo & Ang, 2017).

Las familias disfuncionales no logran resolver sus crisis, generando desequilibrio y desestructuración familiar, son familias que pueden presentar patologías de origen social u orgánico, son renuentes a recibir apoyo entre ellos mismos y el entorno, en donde la persistencia e intensidad de los síntomas los hace ser severamente disfuncionales (Juárez Montoya et al., 2016).

4.1.2.2.1 Causas de disfuncionalidad.

- **Violencia intrafamiliar.** Es el maltrato físico, psicológico, económico o sexual que se produce dentro del seno familiar causado por alguno de sus integrantes, a alguno de sus miembros generando daños en su personalidad y estabilidad emocional (Ruiz Hernández, Alzuri Falcato, Lòpez Angulo, Hernández Cabrera, & Calzada Urquiola, 2019).

El abandono, la negligencia, la falta de atención afectiva, de protección, el descuido en la alimentación y vestuario causado por algún miembro de la familia a algún integrante lo amerite se considera maltrato familiar (González Cuètara et al., 2018).

La violencia intrafamiliar afecta a varias familias sin distinción alguna, sin importar la clase social a la que pertenezcan, edad de sus integrantes o religión (Arrom Suhurt et al., 2015).

La violencia intrafamiliar puede asociarse a abandono, aislamiento, estrés, problemas familiares, escasa comunicación y falta de apoyo entre los miembros del hogar, no solamente afecta a quien la recibe directamente sino también a quien la vive de forma indirecta, dentro del hogar se encuentra un grupo vulnerable ante estas situaciones como son los adolescentes llevándolos a experimentar diversas emociones, atentando contra su autoestima e identidad propia, llegando a confundirlos al estar en un núcleo familiar inestable afectándolos psicológica, socialmente, en áreas de desarrollo como la autonomía y sus relaciones familiares, todo ello pudo generar un patrón repetitivo de violencia ante la sociedad (Ramos Martínez & Casique Casique, 2016).

- **Violencia física.** Es aquella en la que se utiliza algún tipo de material para producir daño corporal. La violencia física puede ser directa la cual se ejerce sobre la víctima como una pelea o un golpe, e indirecta en la cual el daño se produce sobre las pertenencias de la víctima (Valle Barbosa et al., 2019).
- **Violencia sexual.** Es la imposición de actos sexuales contra la voluntad de la otra persona, exponiéndolo a actividades sexuales no permitidas o a la manipulación a través de la sexualidad (Negrete Buendía & Pèrez Sàncchez, 2015).

- **Violencia Psicológica.** Es aquella en la cual las actitudes del agresor tienen como finalidad causar temor e intimidación mediante descalificaciones e insultos a su víctima (Negrete Buendía & Pèrez Sàncnez, 2015).
- **Violencia escolar.** Serrano e Ibarra señalaron que la violencia escolar puede ser entendida como “Cualquier tipo de agresión que se da en contextos escolares. Puede ir dirigida hacia alumnos, profesores o propiedades. Estos actos tienen lugar en instalaciones escolares, en los alrededores del centro, y en las actividades extraescolares”. Álvarez García y otros (2011) manifestaron que “Es una conducta intencionada con la que se causa daño. Presentes mayoritariamente en el contexto educativo la violencia física, verbal, exclusión social, disrupción en el aula y la violencia a través de las Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación” (Valle Barbosa et al., 2019).
- **Violencia de pareja.** Es el ataque intencional de tipo físico, psicológico o sexual de un miembro de la pareja contra el otro, en una relación romántica. Iniciándose generalmente con abusos verbales, hasta concluir en agresiones sexuales e incluso el asesinato (Alba Robles, Navarro Pèrez, & Lòpez Latorre, 2015).
- **Violencia económica.** Basada en no cubrir las necesidades básicas de la persona a cargo y ejercer control y manipulación a través de recursos económicos (Negrete Buendía & Pèrez Sàncnez, 2015).

4.1.2.2.2 Consecuencias de la disfuncionalidad.

Psíquicas en la que el sujeto siente desvaloración, baja autoestima y estrés emocional ocasionado por el maltrato; Físicas se manifiestan en forma de hematomas, heridas, fracturas, quemaduras, acto sexual forzado produciendo cambios en la personalidad y relaciones interpersonales; Psicosociales caracterizadas por marginación y exclusión de ciertas actividades sociales y familiares (Negrete Buendía & Pèrez Sàncnez, 2015).

4.1.3 Dimensiones.

4.1.3.1.1 La comunicación. Las relaciones familiares se basan en la comunicación mediante el intercambio de pensamientos, vivencias y emociones, que son exteriorizadas a través del lenguaje verbal o no verbal (Gallego, 2012).

El funcionamiento familiar adecuado depende de la capacidad de identificar y de comunicar efectivamente pensamientos y emociones dentro de la familia (Sánchez, 2011).

La comunicación posee diferentes tipos, así tenemos: Bloqueada, se caracteriza por poco diálogo, es cuando cada uno de los integrantes de la familia se comunican superficialmente y no desean establecer vínculos afectivos; Dañada, se basa en reproches, críticas destructivas. La distancia y el silencio entre quienes conforman la familia generan vínculos débiles; Desplazada, busca la mediación de un tercero para que resuelva las diferencias entre los miembros de la familia, este acto puede generar dependencia ante la solución de problemas por parte del tercero, lo que genera distancia afectiva entre los integrantes de la familia y Directa, se expresa de una manera clara los acuerdos y desacuerdos que existan, coherencia entre lo verbal y no verbal, promoviendo unión entre los familiares aun cuando se presenten situaciones de desacuerdo (Gallego, 2012).

Otra manera de clasificar a la comunicación es: La comunicación verbal que se produce a través de palabras y la comunicación no verbal, proyectada mediante la expresión corporal, y contacto visual. Ser conscientes de ello es de gran ayuda para vivir en un clima de armonía (Pi Osoria & Cobián Mena, 2016).

4.1.3.1.2 Clima familiar. Está relacionado con la manera de interaccionar social, física, afectiva e intelectualmente de los padres con sus hijos en el hogar. Es uno de los factores con suma importancia en el ajuste psicosocial de los hijos debido a que ejerce una influencia significativa tanto en su conducta. Un clima familiar positivo se fundamenta en el apoyo, confianza y unión afectiva entre padres e hijos (Sánchez, 2011).

Un clima cálido, de intimidad entre los miembros de una familia constituye una forma óptima para enfrentar situaciones difíciles lo cual favorece el desarrollo emocional de todos los que la conforman (Pi Osoria & Cobián Mena, 2016).

4.1.3.1.3 *Afecto*. Es una de las interacciones fundamentales en la vida de las personas que potencia su satisfacción y desarrollo cuando son capaces de sentirse amados, respetados y reconocidos (Gallego, 2012).

Existen cinco clases de interés afectivo: Indiferente en la cual la calidad de la afectividad es baja, lo cual genera frustración entre sus miembros, generando separación emocional, baja autoestima; Interesado sin sentimientos da lugar a frustración, inseguridad, problemas de autoestima e identidad; El narcisista, existe solo para satisfacer sus necesidades individuales sin presentar interés en los demás; Fusionado sensación de necesidad exagerada e interdependencia; Empático alto grado de involucramiento afectivo, genera autonomía y una correcta autoestima (Pi Osoria & Cobián Mena, 2016).

La manera en que tratan los padres a sus hijos y la forma en que se tratan entre ellos es el cimiento emocional de la vida (González-Illescas & Magos-López, 2012).

La presencia del padre y la madre son básicas en la creación de vínculos afectivos con sus hijos, debido a que los progenitores tienden a formar su personalidad (Martínez-Priego, Anaya-Hamue, & Salgado, 2014).

4.1.3.1.4 *Autoridad*. Según el diccionario RAE (2010) la autoridad “es el crédito que por su mérito y fama, se da a una persona en determinada materia”. Desde la sociología la autoridad “significa la facultad que tiene una persona para orientar y determinar conducta de otras” (Gallego, 2012).

Los padres intentan promover el cumplimiento de normas y obligaciones, la responsabilidad, respeto, iniciativa, el entendimiento de reglas, la cooperación de sus hijos, la comprensión de los distintos roles de vida (Sánchez, 2011).

4.1.3.1.5 Roles. Culturalmente las manifestaciones de amor, ternura y llanto son característicos de la mujer, mientras que los hombres se distinguen por ser fuertes. A nivel económico generalmente el padre es el proveedor del hogar aunque existen casos que provee la mujer (Gallego, 2012).

4.1.3.1.6 Relación entre los padres. La armonía entre los padres permite establecer en forma efectiva las diferentes funciones: económica, social, cultural, educación y división de roles. El cumplimiento de lo anterior posibilita a los padres obtener estabilidad en su hogar (Sánchez, 2011).

4.1.3.1.7 Creencias valorativas de la familia. Las creencias valorativas de la familia son aquellas mediante las cuales los miembros evalúan la vida familiar como positiva o negativa. Una evaluación positiva fomenta la adopción de los valores y las normas de conducta que intentan transmitir por medio de las enseñanzas los padres a los hijos; La percepción de una valoración negativa generara el rechazo de dichos valores y normas o simplemente se adoptan de manera externa (Valdés, Ferrer & García, 2010).

4.1.3.1.8 Adaptabilidad. La adaptabilidad es la capacidad que poseen los integrantes de una familia para asumir el mando y establecer reglas según se amerite bajo las diversas situaciones y entorno. Se han identificado cuatro niveles de adaptabilidad: rígida (muy baja adaptabilidad), estructurada (baja a moderada adaptabilidad), flexible (moderada a alta adaptabilidad) y caótica (muy alta adaptabilidad) (Villarreal-Zegarra & Paz-Jesús, 2017).

4.1.3.1.9 Permeabilidad. Según Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane en 1994 la definieron como “La capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones” (Fuentes Aguilar & Merino Escobar, 2016).

4.1.3.1.10 Cohesión. La cohesión es la distancia o proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los integrantes de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada uno de los que la conforman (Medellín, Rivera, López, Kañán, & Rodríguez, 2012).

Las bases de una buena cohesión familiar se sustentan en el afecto y cooperación que existe entre sus integrantes, que van creando rutinas y expectativas similares que refuerzan la unión familiar (Pi Osoria & Cobián Mena, 2016).

Los niveles de cohesión son: Desligada, Separada, Conectada y Aglutinada (Villarreal-Zegarra & Paz-Jesús, 2017).

4.1.4 Instrumentos para valorar la funcionalidad familiar. Han sido creados con el propósito de poder entender cómo funciona una familia, su estructura, el ambiente en el que conviven y la manera de distribuirse el poder en el hogar, por tal motivo existen varios instrumentos internacionales validados para lograr estudiar la funcionalidad familiar entre ellos: APGAR familiar, FACES IIIII y Test de FF-SIL los cuales constan de diversas variables para lograr realizar el estudio de cuán funcional o no es una familia (Fuentes Aguilar & Merino Escobar, 2016).

4.1.5 Funciones. La familia cumple con varias funciones entre ellas: La Económica, que es el principal sustento para lograr educarse, alimentarse, vestirse; Afectiva que es la fomentación cariñosa de habilidades, valores y hábitos, la cual depende de la estabilidad emocional de sus miembros (Martínez Vasallo, 2015).

Dentro de las funciones que ejerce la familia se encuentra la reproducción biosocial, y mediante las respectivas enseñanzas el niño en un futuro sea un adulto con valores, responsable y productivo para la sociedad (Fuentes Aguilar & Merino Escobar, 2016).

Una familia está encargada de enseñar a sus integrantes, especialmente a sus hijos inteligencia emocional, que es cuando conocen sus propias emociones, enseñándoles así a actuar con asertividad, autocontrol y empatía (Pi Osoria & Cobián Mena, 2016).

4.1.6 Tipología.

4.1.6.1 Concepto. Comprende el número de miembros que integran una familia y el parentesco sanguíneo, legal o afectivo que puedan llegar a tener (Villarreal-Zegarra & Paz-Jesús, 2017).

4.1.6.2 Tipos. Existen los siguientes tipos de familia:

- La familia nuclear, tradicionalmente conformada por un padre que es el proveedor, una madre encargada de la reproducción y del hogar e hijos. Actualmente los roles de proveedor y jefe es independiente de cada familia; Familia Extensa se integrada con miembros de diferentes generaciones (Vásquez-Garibay et al., 2015).
- Monoparental es la familia constituida por un solo progenitor e hijos (Villarreal-Zegarra & Paz-Jesús, 2017).
- La familia unipersonal es una familia integrada por una sola persona; La familia de coresidentes está formada por personas que viven en el mismo espacio, sin que exista entre ellos una relación de pareja; Las familias emergentes, esta clasificación abarca las familias de padres solteros, de parejas del mismo sexo y las familias reconstituidas, que son aquellas que se forman cuando uno o los dos cónyuges han tenido relaciones previas (López, 2016).
- Una Familia anuclear puede estar integrada por hijos que viven sin sus padres, siendo cuidados por abuelos, tíos, primos o hermanos (Villarreal-Zegarra & Paz-Jesús, 2017).

4.2 Autolesionismo

4.2.1 Concepto. Autolesionismo es la pérdida de la continuidad de cualquier parte de tejido corporal sin la intención de llegar a la muerte. Los cortes son las manifestaciones más frecuentes para realizar dicha conducta seguidos de las quemaduras, arañazos y golpes (Gallego Jiménez et al., 2017).

Por medio del autolesionismo independientemente del motivo, una persona busca provocarse daño físico, sin importar el daño físico que puede llegar a causarse. Estas manifestaciones son frecuentes en la población adolescente (García-Mijares, Alejo-Galarza, Mayorga-Colunga, Guerrero-Herrera, & Ramírez-Garcíaaluna, 2015).

Es una estrategia utilizada para calmar el dolor emocional; para el control del dolor extremo y experiencias traumáticas; para relajarse y como autocastigo (Leiva Pereira & Concha Landeros, 2019).

No se denomina autolesión si dentro de los propósitos se encuentran: satisfacción sexual, decoración de la piel, rituales espirituales (Carvajal, Andrade, Díaz, Mendoza, & Salgueiro, 2015).

Dentro del campo de la Psiquiatría se han empleado varios términos para llegar a un concepto que defina a las conductas autolesivas como: “tentativa de suicidio, conductas autolíticas, autodestrucción, autolesión, intento de autolesión, parasuicidio, automutilación-superficial moderada, autoheridas, autodaño, autolesión repetitiva, autoagresión deliberada”, sin que hasta la actualidad se llegue a un concepto unitario (García Prado & Boira Sarto, 2018).

4.2.2 Epidemiología. El autolesionismo se puede presentar en la adolescencia debido a que es una etapa vulnerable del desarrollo en la que se encuentran los jóvenes, caracterizada por inestabilidad emocional, y cambios hormonales que el adolescente debe

hacer frente influyendo de manera positiva o negativamente en el individuo (Arciniegas, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud, “La adolescencia es el tránsito entre la niñez y la edad adulta, etapa que transcurre entre los 10 y 19 años” (Gutiérrez, Felipe, Arias, & Antonio, 2015).

Dentro de las poblaciones que se autoinfligen y no han sido diagnosticadas, el 17.2% corresponde a los adolescentes, el 13.4% a los adultos jóvenes, y el 5.5% a adultos (Gallego Jiménez et al., 2017).

Se estima que aproximadamente el diez por ciento de los adolescentes presentan pr (Ibáñez Aguirre, 2017).

El Cutting acto que pueden realizarlo hombres o mujeres, de cualquier cultura, comienzan en la adolescencia 10 y 16 años. Algunos continúan efectuándolo entre los 18 y 25 años de edad. Las mujeres muestran predilección por cortes superficiales en los antebrazos, mientras que los hombres optan por quemarse o golpearse los miembros (Villaroel et al., 2013).

Las mujeres poseen mayor riesgo de presentar patrones de autolesión sin intención suicida que los hombres (Vilchez, 2019).

La presencia de autolesionismo es independiente de los factores culturales, estatus socioeconómico o área de residencia (Bousoño et al., 2019).

4.2.3 Fisiopatología. Fisiopatológicamente dentro de las diversas hipótesis que existen para explicar por qué un adolescente opta por autolesionarse se encuentra la descrita por Bessel Van der Kolk que afirma que “La autolesión trata la angustia, ya que descarga opioides endógenos y el incremento de ellos, produce calma y lucidez. Se sugirió que

puede crearse un ciclo adictivo en el que la disminución natural de opioides endógenos durante un tiempo después de cortarse lleva a que algunos de los que se autolesionan busquen un estado de calma en un nuevo intento, consciente o no, de conseguir una nueva descarga de opioides” (Arciniegas, 2016).

Otra hipótesis es la participación del sistema de serotonina en el acto de autolesionarse, encontrándose que la irritabilidad es la conducta central vinculada con los niveles de la serotonina. Si los niveles son normales, la irritabilidad se expresa gritando o aventando cosas. Si los niveles de serotonina están disminuidos, la agresión aumenta inclinándose hacia la autolesión, el suicidio o agredir a sus semejantes (Carvajal et al., 2015).

El placer que produce el autolesionarse explica el efecto de alivio al que está asociado. A su vez la repetición de dicho fenómeno, como relajante ante angustia, lo vuelve compulsivo generándose un circuito de angustia y alivio. El alivio que produce el cortarse es transitorio y la anestesia incita una a buscar adrenalina volviéndose un patrón repetitivo (Kuras De Mauer & May, 2015).

4.2.4 Autolesiones suicidas. El suicidio es un proceso planificado y complejo, que lo realiza una persona con la finalidad de quitarse la vida para resolver sus problemas personales, asociado a variables cognitivas, emocionales y de personalidad, antecedentes e historia familiar, factores socioculturales, ambientales y biológicos. El riesgo suicida se refleja en la falta de deseo de vivir, generación de ideaciones referidas a la autodestrucción, la muerte y la elaboración de planes concretos para quitarse la vida (Galarza, Castañeiras, & Fernández Liporace, 2019).

Cada año fallecen por suicidio aproximadamente 800 000 personas en el mundo, en Ecuador durante las dos últimas décadas alrededor de 300 jóvenes y adolescentes entre 10 a 24 años de edad se quitaron la vida anualmente. Según el último informe sobre el suicidio en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las tasas de suicidio de adolescentes de 10 a 19 años y de 15 a 24 de Ecuador fueron 7,5 y 13,6 por 100 000 respectivamente (Gerstner, Soriano, Sanhueza, Caffè, & Kestel, 2018).

El comportamiento suicida que puede llegar a adoptar un adolescente se asocia a varios factores: pobreza, falta de empleo, duelo, problemas personales, problemas familiares, rupturas amorosas y problemas legales o laborales, antecedentes previos de suicidio en la familia, abuso de sustancias tóxicas, consumo excesivo de alcohol y estupefacientes, maltrato infantil, rechazo social, puede ser desencadenado por algunos trastornos mentales: depresión, esquizofrenia, o por enfermedades orgánicas, (Hernández Soto & Villareal Casate, 2015).

Existen diferentes tipos de suicidio: Suicidio consumado, se consigue intencionadamente acabar con la vida; Suicidio frustrado el suicidio no se produce por la inexperiencia de la persona en el manejo del método empleado; Parasuicidios en el cual la persona se produce daño, sin la intención de quitarse la vida, buscando llamar la atención de su entorno con consecuencias no letales, pero que pueden accidentalmente causar su muerte; Equivalentes suicidas en las cuales un sujeto se expone voluntariamente a situaciones de peligro extremo como conducir a máxima velocidad, practicar deportes de alto riesgo o consumo excesivo de alcohol o drogas (Echeburúa, 2015).

La gravedad del intento suicida se puede clasificar: Leve: Existe ideación suicida, sin planes concretos para realizarlo; Moderado: existe ideación suicida, con intentos previos y factores de riesgo adicionales; Grave: idea determinada de producirse daño; con intento suicida previo, existiendo más de 2 factores de riesgo, el sujeto muestra desesperanza, rechaza la ayuda y no rectifica su idea suicida; Extremo: varios intentos suicidas con muchos factores de riesgo y puede agravarse con la autoagresión (Hernández Soto & Villareal Casate, 2015).

Los métodos para ejecutarse un suicidio pueden ser distintos por la influencia del entorno, la cultura, la época, la raza, el sexo, la edad y el medio rural o urbano, la accesibilidad, la aceptación social (Santurtún, Santurtún, Agudo, & Zarrabeitia, 2017).

Existen fármacos y tóxicos que pueden emplearse para un intento autolítico como los antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos, sales de Litio, alcohol etílico o etanol,

intoxicación por organofosforados Según el nivel de dichas sustancias en la sangre, la clínica puede variar desde grados leves con alteración de la coordinación motora y aumento en el tiempo de respuesta a estímulos, hasta niveles elevados causando coma y depresión respiratoria (Pacheco Tabuena, 2008).

Es recomendable realizar una terapia integral con el apoyo del entorno del paciente, el tratamiento puede centrarse dependiendo del caso en las autolesiones, la ideación suicida, la desesperanza. En ocasiones de mayor gravedad es necesaria la hospitalización del paciente dependiendo de la gravedad clínica del episodio, la letalidad del plan; presencia de patología mental de base o comorbilidades (Echeburúa, 2015).

4.2.5 Autolesiones no suicidas. Son lesiones que se produce una persona en la superficie de su propio cuerpo con el objetivo de aliviar sentimientos negativos logrando sentir una sensación de alivio con la seguridad que dicho acto no ocasionara su muerte (Galarza et al., 2019).

La causalidad de las conductas autolesivas puede asociarse a personas con las siguientes características: Temperamento difícil, que presenta una persona negativa y poco sociable, con poco tolerancia ante situaciones estresantes, que conlleva a una inadecuada autorregulación por ende adopta comportamientos autoagresivos. Apego inseguro en el que el adolescente es incapaz de separarse de las personas que están en su entorno generando vínculos dependencia (Ibáñez Aguirre, 2017).

Las personas que ejecutan dichas prácticas están buscando sentido a su realidad o simplemente lo realizan por experiencia corporal, ante problemas familiares, abuso, acoso escolar, abuso infantil asociados a una baja autoestima e insatisfacción corporal. Muchas de estas conductas pueden ser influenciadas por sus propios compañeros, y por el Internet que ofrece métodos de como poder ocultar las cicatrices producidas, esta conducta puede ser realizada para ocultar sentimientos negativos, o para dar a conocer la fortaleza que posee el adolescente ante una situación compleja (Gallego Jiménez et al., 2017).

4.2.6 Características clínicas. La característica de la autolesión es que el joven se produce lesiones repetitivas, dolorosas en la superficie de su propio cuerpo; la finalidad es disminuir las emociones negativas, incluso como autocastigo dando como resultado una sensación de alivio. La lesión suele realizarse con algún objeto afilado: un cuchillo, aguja, estilete, incluso un tabaco originando una quemadura superficial, o llegar a quemar la piel frotándola de manera repetida con un borrador. Entre las zonas de lesión frecuentes están el antebrazo y muslo. Una sesión de lesiones puede conllevar una serie de cortes superficiales paralelos, separados por 1 o 2 centímetros, en una localización accesible. Los cortes resultantes sangrarán y dejarán cicatrices (Leiva Pereira & Concha Landeros, 2019).

Autolesiones crónicas se han relacionado con varios problemas de salud, tanto psiquiátricos como somáticos (Mollà et al., 2015).

Los Cutters usualmente, refieren que el autolesionismo los ayuda a aliviar una depresión, esta conducta es de riesgo ya que indirectamente los podría conducir al suicidio, debido a que personas que lo practican pueden necesitar cortes más profundos, para aliviar el dolor que sienten, llegando a ocasionarse la muerte. El dolor aproxima a la realidad, produciéndose un estado virtual, de alivio, lo real desaparece quedando un abismo entre el cuerpo y los problemas personales (Carvajal, Choque, Poppe, Gantier, & Rivera, 2014).

Las lesiones de los cortes suelen ser ocultadas por el adolescente usando ciertas prendas de vestir y accesorios o mintiendo acerca de la conducta realizada a padres, amigos, maestros y hermanos (Morantes, 2016).

4.2.7 Clasificación.

- La autolesión mayor incluye manifestaciones extremas como la enucleación del ojo o la amputación de una parte del cuerpo que son actos que se producen como parte de un proceso psicótico agudizado o algún simbolismo religioso. Anoréxicas y drogadictos, con sus creencias irracionales de poder, control e ideas fuera de la realidad (Morales, 2014).

- La autolesión estereotipada es característica de procesos de déficit cognitivo como el retraso mental severo y profundo, observado en el autismo, cuyo patrón característico son los golpes en la cabeza, movimientos voluntarios, repetitivos como son los balanceos. (Ibáñez Aguirre, 2017).
- La autolesión compulsiva abarca la tricotilomanía, la onicofagia o la parasitosis delirante (Morales, 2014).
- La autolesión impulsiva dentro de la cual se encuentra el autolesionismo, las formas de más peligrosas son las que asumen un patrón repetitivo, generando adicción en el paciente, que si no son tratadas a tiempo pueden terminar en suicidio o pueden continuar por muchos años en su vida (Morales, 2014).
- Síndrome de automutilación. Caracterizado por reiterados episodios de angustia, ira y frustración a través de heridas autoinflingidas buscando sentir liberación y recuperar la calma y culpa (Ibáñez Aguirre, 2017).
- Trastornos asociados. Causados por experiencias traumáticas en la infancia como: Maltrato sexual, físico, escolar y psicológico; trastorno de estrés postraumático, de situaciones negativas; trastornos por consumo de sustancias; el trastorno límite de la personalidad (Ibáñez Aguirre, 2017).
- En el trastorno de personalidad histriónica pueden aparecer autolesiones por lo general para llamar la atención.; Trastornos de personalidad pueden ocasionar el autolesionismo (Fleta Zaragozano, 2017).

4.2.8 Factores de riesgo. La existencia de algún trastorno emocional como trastornos de personalidad, trastorno de estrés postraumático o ataque de pánico, sentir desesperanza, pertenecer al género femenino, depresión, impulsividad, ansiedad, características obsesivo-compulsivas, baja autoestima e insatisfacción corporal (Gallego Jiménez et al., 2017).

Existen factores intrapersonales sobre manera de cómo cada individuo maneja el estrés, o responde a situaciones de angustia y factores interpersonales siendo influenciados por el modelo de crianza, apego y entorno (Leiva Pereira & Concha Landeros, 2019).

El déficit en las estrategias de afrontamiento para la vida y la baja autopercepción de capacidades para manejar situaciones estresantes (Arciniegas, 2016).

Malas relaciones familiares, aprender a vivir con la ausencia de uno de sus padres, convivencia inadecuada entre los integrantes de la familia (Sánchez Mascaraque, 2017).

4.2.9 Motivos. En cuanto a los actos que motivan la realización de las lesiones también se puede realizar una clasificación de ellos: Modelo de regulación de los afectos en el que se busca aliviar sentimientos negativos; Modelo de disociación, implementado cuando existen estados de disociación, pérdida de la personalidad o de la realidad; Modelo de conducta suicida alternativa, es usado como un mecanismo por el cual el ejecutor se resiste al deseo de quitarse la vida; Modelo de influencia interpersonal, método utilizado para manipular a personas que están a su alrededor; Modelo de límites interpersonales, el joven busca diferenciarse de las demás personas; Modelo de castigo, método de refuerzo o generación de conductas deseables socialmente; Modelo de búsqueda de sensaciones, usado para alcanzar satisfacción (Villaroel et al., 2013).

Dentro de los motivos para que los jóvenes adquieran tendencias autolesivas son: La percepción de ser una molestia y carga para los demás, llegando incluso a odiarse a sí mismos y el sentimiento de no pertenecer al entorno que abarca sensación de soledad y aislamiento social (Galarza et al., 2019).

Los motivos por los cuales los adolescentes acuden a aliviar sus penas a través de las conductas autolesivas se encuentran el control de impulsos o puede ser simplemente para llamar la atención de otros (Vilchez, 2019).

Las personas que se autolesionan buscan: Refuerzo social negativo, a fin de escapar de demandas sociales y refuerzo social positivo, para atraer la atención, la compasión y la ayuda de otras personas (Ibáñez Aguirre, 2017).

4.2.10 Métodos. Los cortes con estiletes, cuchillos, tijeras o alambres son los métodos más utilizados por las mujeres mientras que los hombres prefieren los arañazos, hematomas, contusiones y fracturas (Sánchez-Sánchez, 2018).

4.2.11 Diagnóstico. Los siguientes son criterios propuestos en el Manual Diagnóstico de Psiquiatría, pero aún no han sido validados:

- En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).

Nota: La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.

- El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
 - Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
 - Para resolver una dificultad interpersonal.
 - Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

- Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
 - Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
 - Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.

- Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
- El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., *piercings*, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
- El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello), trastorno de excoiación (dañarse la piel]) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

4.2.12 Diagnóstico diferencial. Trastorno límite de personalidad, condición mental severa caracterizada por inestabilidad afectiva, comportamientos impulsivos, autolesiones y relaciones interpersonales sin estabilidad que pueden llegar a ser muy disfuncionales. Se estima que la prevalencia en la población general está entre el 3% y el 7%³⁻⁵. El trastorno límite de la personalidad engloba cerca del 26% de los trastornos de personalidad y causa una considerable morbimortalidad durante la juventud. (Palomares, McMaster, Díaz-Marsá, Montes, & Carrasco, 2016). Las personas con trastorno límite de la personalidad presentan comportamientos agresivos y hostiles, mientras que la autolesión no suicida se asocia con las fases de cercanía, y con las relaciones positivas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Trastorno de comportamiento suicida, la distinción entre la autolesión no suicida y el trastorno de comportamiento suicida se basa en que el objetivo del deseo de morir (trastorno de comportamiento suicida), o bien experimentar alivio como en el caso de la

autolesión no suicida, las personas que recurren al autolesionismo han asociado que una sesión de cortes, aunque dolorosa, es benigna a corto plazo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Tricotilomanía. Es un trastorno crónico, que se caracteriza por el hecho de arrancarse el cabello, muchos adolescentes con tricotilomanía expresan temor de que sus amigos descubran su falta de cabello y los critiquen. Esto puede contribuir a las discusiones familiares (Torales & Di Martino Ortiz, 2016).

Trastorno de excoriación. El trastorno de excoriación aparece con más frecuencia en las mujeres y se procede a excoriar una zona de la piel que la persona consideré antiestética, manchada o el cuero cabelludo, la excoriación está precedida por un estado de ansiedad y la refieren como placentera, aunque el individuo es consciente del daño que se produce. No se asocia con el uso de ningún instrumento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Asociado a los trastornos de la conducta alimentaria está el fenómeno impulsivo se presenta propiamente en el campo de la alimentación pero, en la medida en que la desorganización de la personalidad es mayor, aparece también en comportamientos ajenos a lo alimentario: abuso de sustancias ilícitas, abuso sexual, robo, y autoagresiones como conductas purgativas (Chadler, 2012).

4.2.13 Tratamiento. El primer paso es el más difícil, el de admitir o hablar acerca de autolesionismo. Para ello se puede recurrir a una persona de confianza. Averiguar qué sentimientos o situaciones está causando esta actitud, ira, presión para ser perfecto, presión social, una pérdida o un trauma. La mayoría de las personas con tales problemas necesitan de un profesional de salud mental para reformar su vida (Carvajal et al., 2014).

Terapia cognitivo-conductual, consiste en un máximo de 6 sesiones protocolizadas en un manual detallado, el contenido incluye resolución de problemas, ventajas e inconvenientes de autolesionarse, estrategias cognitivas básicas para gestionar emociones y

pensamientos negativos, búsqueda de estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas. Y la terapia dialéctico-conductual (DBT), asume que visiones opuestas pueden existir en la misma persona a la vez como por ejemplo, deseo de vivir o de morir, que pueden resultar en conflicto. Aceptar esta tensión y promover el cambio es un aspecto central de la DBT. En la adaptación a la población adolescente, se incluye a la familia para mejorar las habilidades y estructurar el ambiente de los adolescentes y en sesiones de terapia familiar, que tiene por objetivo flexibilizar el pensamiento de manera que se puedan integrar los dos polos de la dicotomía. Los dilemas que se valoran clave en esta etapa vital son los siguientes: “Excesiva indulgencia o control autoritario”; “Normalizar conductas patológicas o patologizar conductas normales”, y “Forzar autonomía o acoger dependencia. También se reduce la duración, de 1 año a 16 semanas, para hacerla más atractiva a los adolescentes, dado que tienden a asistir a un número limitado de sesiones, añadiendo una segunda fase de tratamiento (en grupo) de 16 semanas, y que es opcional, para los que continúen teniendo dificultades (Mollà et al., 2015).

Por lo que respecta a los tratamientos psicofarmacológicos, la mayoría de estos han sido dirigidos a algunos de los factores de riesgo asociados al comportamiento autolesivo, principalmente el ánimo depresivo. Sobre esta cuestión, existe una notable controversia en relación al papel de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), existiendo un meta-análisis con muestras de adolescentes deprimidos que revelan un discreto aumento en la incidencia autolesiva tras su administración, mientras que ensayos clínicos recientes evidencian más bien una falta de respuesta con dicho tratamiento. En cuanto a los psicofármacos seleccionados exclusivamente para la remisión de las autolesiones, se postula el uso de la naloxona por su acción como antagonista opiáceo, siendo necesarias investigaciones controladas para clarificar su potencial terapéutico (Frías Ibañez, Vázquez Costa, Del Real Peña, Sánchez, & Giné, 2012).

El apropiado entrenamiento de un profesional de la salud mental en identificar las características y motivaciones de una conducta autolesiva específica, permite evaluar el riesgo vital de un paciente para planificar las intervenciones terapéuticas necesarias y suficientes en cada situación clínica. Subvalorar la intencionalidad autolítica de un

paciente, malinterpretando sus motivaciones puede conducir a la catástrofe de no identificar ni ofrecer ayuda a un futuro suicida (Villaroel et al., 2013).

La Terapia Racional Emotiva Conductual implementada para que los pacientes y familiares adquieran pensamientos más racionales y constructivos respecto a la percepción de su relación, y de tal manera promover la expresión de las emociones, convirtiéndolos en personas más asertivas, logrando controlar sus emociones con la finalidad de reducir o erradicar las conductas autolesivas (Cerca Uc, 2017).

4.2.14 Consecuencias. El acto de cortarse se puede realizar con instrumentos compartidos, lo que incrementa la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Dentro de las consecuencias de esta conducta las personas que la practican mencionan sentir alivio inmediato, llegando a convertirse en un patrón adictivo. Las heridas causadas pueden hacerse más profundas y numerosas ocasionando daños a su salud y cicatrices (Leiva Pereira & Concha Landeros, 2019).

La sociedad al observar la piel lastimada genera impacto y rechazo por la sociedad (Kuras De Mauer & May, 2015).

Las conductas autolesivas son un factor de riesgo que aumenta hasta en un 50% la probabilidad de llegar a cometer suicidio (Obando, Trujillo, & Prada, 2018).

Según Joiner, el hecho de que un adolescente tienda a autolesionarse paulatinamente puede ser el causante de que presente tendencias suicidas, debido a una disminución del miedo ante dicha conducta y a un incremento de la tolerancia al dolor (Galarza et al., 2019).

4.2.15 Prevención. Las iniciativas para la prevención de conductas autolesivas y suicidio deben centrarse en la identificación factores de riesgo, estrategias que permitirán canalizar la ira o adquirir conductas distractoras que ayuden a desfogar las sensaciones negativas como golpear una almohada, hacer ejercicio físico, gritar, desahogarse con un amigo, pintar, romper algo que no sea valioso, contar hasta 100 o 500, jugar a un videojuego, aprender otro idioma (Fleta Zaragozano, 2017).

5 Materiales y métodos

5.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

5.2 Área de estudio

5.2.1 Lugar. La investigación se realizó en la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja ubicada en la Av. Orillas del Zamora y Av. Isidro Ayora.

5.3 Universo

400 Estudiantes de 8vo a 3° de Bachillerato de la sección nocturna de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja del período Septiembre-Julio 2017-2018.

5.4 Muestra

5.4.1 Tamaño de la muestra.

La muestra de esta población, se determinó haciendo uso del muestreo probabilístico, se presentaron los siguientes datos: 400 estudiantes de la sección nocturna(N), la confianza que se requirió es del 99% que determinó que $k=2,58$, se deseó un error muestral del 10% (e). Se consideró que el 50% de estudiantes son hombres y mujeres equitativamente, así mismo hay la posibilidad equitativa de casos positivos tanto como negativos. ($p=q=0.5$). Para lo cual se empleó la fórmula que se presenta a continuación (Aguilar-Barojas, 2005).

$$n = \frac{k^2 pqN}{(e^2(N-1)) + k^2 pq}$$

$$n = \frac{2.58^2 (0.5)(0.5)(400)}{(10^2(400-1)) + 2.58^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{665.64}{5.6541}$$

$$n = 117.726$$

$$n \approx 117.726$$

Por lo tanto, se necesitó una muestra de 118 estudiantes de la sección nocturna.

5.4.2 Criterios de inclusión.

- Estudiantes del colegio Calasanz que deseen colaborar en la investigación, previa firma de consentimiento informado.
- Estudiantes entre 12 y 19 años de edad.
- Estudiantes sección nocturna.

5.4.3 Criterios de exclusión.

- Estudiantes que no asistan regularmente a clases.
- Estudiantes que han sido diagnosticados de algún trastorno mental.
- Estudiantes que pertenezcan al Bachillerato Internacional (BI)

5.5 Técnica.

Para la recolección de información de los estudiantes se empleó una encuesta estructurada por la autora de la investigación para determinar la presencia de autolesionismo y para la detección del nivel de funcionalidad familiar se empleó el Test de FF-SIL.

5.6 Instrumentos.

Se llevó a cabo con la estructuración del consentimiento informado (**Anexo 1**), el cual estuvo elaborado según lo establecido por el comité de evaluación de ética de la investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consta de: introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de recolección de datos, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, riesgos, confidencialidad, resultados.

Para la determinación del nivel de funcionalidad familiar se empleó el test FF-SIL (**Anexo3**). Que fue diseñado y valorado en Cuba en 1994, por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane, con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad familiar. Que consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen la dinámica familiar. La Calificación de FF-SIL permite evaluar la funcionalidad familiar, la puntuación se obtiene por la suma de los ítems de la siguiente manera, en base a las cinco opciones de respuesta: Casi nunca: 1; pocas veces: 2; a veces: 3; muchas veces: 4; y casi siempre: 5 puntos; considerándose así: De 14 a 27 familia severamente disfuncional; De 28 a 42 familia disfuncional; De 43 a 56 familia moderadamente funcional; De 57 a 70 familia funcional.

Para la detección de la presencia de autolesionismo se aplicó la encuesta elaborada por la autora de la tesis” Gabriela del Cisne Mora Medina” (**Anexo4**). La cual constó de 11 preguntas en total.

5.7 Procedimiento.

El presente estudio se llevó a cabo luego de haber sido emitida la correspondiente aprobación del tema de investigación por parte de la directora de la carrera de medicina, posteriormente se solicitó la pertinencia y la asignación del director de tesis.

Posteriormente se procedió a realizar una prueba piloto de la encuesta estructurada por la tesista en 30 estudiantes del Instituto Superior tecnológico Beatriz Cueva de Ayora con la finalidad de determinar el nivel de comprensión de los términos empleados en la misma, refiriendo los encuestados que fue comprensible.

Se realizó los trámites pertinentes hacia el rector de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz, se dialogó con el Rector y el departamento psicológico explicándoles la temática y la relevancia que posee el detectar la funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes, para lograr mediante la difusión de la información concientizar a los adolescentes ante estas conductas e inducirlos a recibir el apoyo necesario otorgado por dicho departamento y de su familia; consecutivamente se calculó la muestra mediante la fórmula de muestreo probabilístico.

Se necesitó una muestra de 118 estudiantes de la sección nocturna, para lo cual se eligió un paralelo al azar de octavo a tercero de bachillerato, posteriormente se otorgó el test de FF-SIL y la encuesta estructurada para la recolección de datos.

Finalmente a la recolección de datos, se clasificó toda la información obtenida, de manera ordenada y sistemática, en cuadros y tablas para facilitar la tabulación de datos haciendo uso del programa Excel y el paquete estadístico SPSS para codificar las variables, de esta manera poder analizarlas y cumplir con los objetivos establecidos en el estudio.

5.8 Equipo y materiales.

Con el fin de llevar a cabo el presente estudio, se utilizaron los siguientes equipos: ordenador portátil con los programas de procesamiento de datos instalados y funcionales, impresora y scanner. En cuanto a los materiales para realizar esta investigación se utilizaron los siguientes: suministros de oficina, libros de texto con temática pertinente, revistas científicas y reportes de salud. Así mismo se hizo uso de las instalaciones de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz.

5.9 Análisis estadístico.

Luego de haber aplicado el formulario de encuesta a los 118 estudiantes que conformaron la muestra de este estudio, la información obtenida fue procesada, organizada y almacenada en el programa de datos Microsoft Excel 2016 mediante la creación de una base de datos, una vez realizada la base de datos en el programa antes mencionado, se procedió a tabular y analizar estadísticamente los datos obtenidos de acuerdo a los objetivos propuestos con la ayuda del programa estadístico SPSS statics versión 20.

Para el primer objetivo, se calculó la puntuación total alcanzada en el Test de FF-SIL de cada uno de los formularios de encuesta de manera sistemática, y de acuerdo a este puntaje se clasifico a los estudiantes en cuatro categorías que fueron: Familia severamente disfuncional; Familia disfuncional; Familia moderadamente funcional; y finalmente Familia funcional. Una vez clasificados los formularios de encuestas en una de estas cuatro categorías, se procedió a calcular la frecuencia (F) y porcentaje (%) de cada categoría, y posteriormente se procedió a presentar estos resultados en una tabla y un gráfico de barras, determinando así el nivel de funcionalidad familiar en los estudiantes que participaron en la presente investigación.

Para el segundo objetivo, se clasifico la muestra de acuerdo al sexo y grupos etarios establecidos en los formularios de encuesta, y posteriormente se calcularon sus respectivas frecuencias (F) y porcentajes (%). Hecho esto, se determinó también la frecuencia (F) y

porcentaje (%) de los alumnos que presentaban conductas autolesivas y también se procedió a clasificarlos de acuerdo al sexo y grupos etarios. Posteriormente se presentaron estos resultados en tablas y gráficos. Detectando así, la presencia de autolesionismo según el sexo y grupo etario en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja.

Finalmente, para el tercer objetivo, se reclasificaron las cuatro categorías de funcionalidad familiar y se las agrupo en dos categorías: familias funcionales y familias disfuncionales, luego de lo cual se realizó una tabla de contingencia para el cruce de variables, la cual relaciono el nivel de funcionalidad familiar con la presencia o ausencia de conductas autolesivas, y posteriormente se hicieron las respectivas pruebas estadísticas, que en este estudio fueron el chi cuadrado de Pearson (χ^2), el p-valor y la fuerza de asociación medida a través del Odds Ratio (OR). Finalizando con la presentación de los resultados en una tabla de datos.

6 Resultados

Resultados para el primer objetivo. Identificar mediante el Test de FF-SIL el nivel de funcionalidad familiar de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja.

Tabla 1

Nivel de funcionalidad familiar de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja

Nivel de Funcionalidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Severamente Disfuncional	3	2,5
Disfuncional	37	31,4
Moderadamente Funcional	61	51,7
Funcional	17	14,4
Total	118	100,0

*Fuente: Formulario de Encuesta elaborado por la investigadora, 2018
Elaboración: Gabriela del Cisne Mora Medina*

Análisis. En lo que respecta a la funcionalidad familiar de los participantes del estudio, el 51,7% tienen familias moderadamente funcionales y tan solo un 2,5% proceden de familias severamente disfuncionales.

Resultados para el segundo objetivo. Detectar la presencia de autolesionismo según el sexo y grupo etario en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja.

Tabla 2

Presencia de Autolesionismo por sexo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja.

Autolesionismo	Sexo						Total
	Masculino			Femenino			
	F	%S	%	F	%S	%	F
%							
Presencia	29	40,8	24,6	29	61,7	24,6	58
49,2							
Ausencia	42	59,2	35,6	18	38,3	15,3	60
50,8							
Total	71	100,0	60,2	47	100,0	39,8	118
100,0							

*Fuente: Formulario de Encuesta elaborado por la investigadora, 2018
Elaboración: Gabriela del Cisne Mora Medina*

Análisis. Las prácticas autolesivas estuvieron presentes en el 40,8% de los estudiantes de sexo masculino; mientras que, en el sexo femenino, las mismas estuvieron presentes en el 61,7% de estudiantes.

Tabla 3

Presencia de Autolesionismo por grupos etarios en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja.

Autolesionismo		Grupo Etario						Total
		10 – 14 años			15 – 19 años			
F	%	F	%GE	%	F	%GE	%	
Presencia	49,2	6	24,0	5,1	52	55,9	44,1	58
Ausencia	50,8	19	76,0	16,1	41	44,1	34,7	60
Total		25	100,0	21,2	93	100,0	78,8	118
100,0								

*Fuente: Formulario de Encuesta elaborado por la investigadora, 2018
Elaboración: Gabriela del Cisne Mora Medina*

Análisis. El 76% de los estudiantes pertenecientes al grupo etario comprendido entre los 10 a 14 años, no presentan prácticas autolesivas, mientras que 55,9% de los estudiantes del grupo etario comprendido entre los 15 a 19 años, si presentan este tipo de prácticas.

Resultados para el tercer objetivo. Establecer la relación existente entre la disfunción familiar y la presencia de autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja.

Tabla 4

Relación entre la presencia de autolesionismo y el nivel de funcionalidad familiar en los estudiantes masculinos de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja.

Autolesionismo	Funcionalidad Familiar		Total
	Disfuncional	Funcional	
Presente	16	13	29
Ausente	9	33	42
Total	25	46	71

$\chi^2=8,562$; valor de $p=0,003$; IC=95% (1.597 – 12.751)

OR=4,513; IC=95% (1.597 – 12.751)

*Fuente: Formulario de Encuesta elaborado por la investigadora, 2018
Elaboración: Gabriela del Cisne Mora Medina*

Análisis. Existe una mayor prevalencia de conducta autolesiva en el grupo de estudiantes que poseen familias disfuncionales, que en aquellos que proceden de familias funcionales, ésta diferencia de prevalencia presenta un valor de $p < 0,05$ por lo tanto, tiene significancia estadística. Presentando, además, una fuerza de asociación OR de 4,513. Lo cual indica que la disfuncionalidad familiar está relacionada con la presencia de prácticas autolesivas.

Tabla 5

Relación entre la presencia de autolesionismo y el nivel de funcionalidad familiar en las estudiantes femeninas de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja.

Autolesionismo	Funcionalidad Familiar		Total
	Disfuncional	Funcional	
Presente	12	17	29
Ausente	3	15	18
Total	15	32	47

$\chi^2=3,122$; **valor de p**=0,077; **IC**=95% (0.834 – 14.944)

OR=3,529; **IC**=95% (0.834 – 14.944)

*Fuente: Formulario de Encuesta elaborado por la investigadora, 2018
Elaboración: Gabriela del Cisne Mora Medina*

Análisis. Existe diferencia entre el grupo de estudiantes que poseen familias funcionales y aquellas que proceden de familias disfuncionales, sin embargo, en este caso se presenta un valor de $p > 0,05$ por lo tanto, no tiene significancia estadística. No obstante, se presenta una fuerza de asociación OR de 3,529. Lo cual indica que la disfuncionalidad familiar está relacionada con la presencia de prácticas autolesivas.

Tabla 6

Relación entre la presencia de autolesionismo y el nivel de funcionalidad familiar en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja, que se encuentran entre las edades de 10 a 14 años.

Autolesionismo	Funcionalidad Familiar		Total
	Disfuncional	Funcional	
Presente	3	3	6
Ausente	4	15	19
Total	7	18	25

$\chi^2=1,895$; valor de $p=0,169$; IC=95% (-0,622 – 3,265)

OR=3,750; IC=95% (0,537 – 26,188)

*Fuente: Formulario de Encuesta elaborado por la investigadora, 2018
Elaboración: Gabriela del Cisne Mora Medina*

Análisis. Existe diferencia entre el grupo de estudiantes que poseen familias funcionales y aquellos que proceden de familias disfuncionales, sin embargo, en este caso se presenta un valor de $p > 0,05$ por lo tanto, no tiene significancia estadística. No obstante, se presenta una fuerza de asociación OR de 3,750. Lo cual indica que la disfuncionalidad familiar está relacionada con la presencia de prácticas autolesivas en este grupo de edad.

Tabla 7

Relación entre la presencia de autolesionismo y el nivel de funcionalidad familiar en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja, que se encuentran entre las edades de 15 a 19 años.

Autolesionismo	Funcionalidad Familiar		Total
	Disfuncional	Funcional	
Presente	25	27	52
Ausente	8	33	41
Total	33	60	93

$\chi^2=8,171$; valor de $p=0,004$; IC=95% (1,485 – 9,824)

OR=3,819; IC=95% (1,485 – 9,824)

*Fuente: Formulario de Encuesta elaborado por la investigadora, 2018
Elaboración: Gabriela del Cisne Mora Medina*

Análisis. Existe una gran diferencia entre el grupo de estudiantes que poseen familias funcionales y aquellos que proceden de familias disfuncionales, ésta diferencia presenta un valor de $p < 0,05$ por lo tanto, tiene significancia estadística. Presentando, además, una fuerza de asociación OR de 3,819. Lo cual indica que la disfuncionalidad familiar está relacionada con la presencia de prácticas autolesivas en este grupo de edad.

7 Discusión

La familia es el principal cimiento de la sociedad, en base al adecuado ejemplo y enseñanzas se adquieren diferentes conductas para afrontar la vida. Una familia disfuncional puede influir en la adaptabilidad de sus integrantes, sobre todo de un grupo tan vulnerable como los adolescentes, debido a la inestabilidad emocional que presentan por los cambios físicos, psicológicos y sociales que atraviesan, estos cambios junto a la desarmonía existente en el hogar pueden llegar a asociarse y desencadenar conductas negativas, como el autolesionismo, pensando en que es un medio de salida a sus conflictos personales, convirtiéndose en un problema tanto a nivel clínico y social.

Ante los pocos estudios de dicha problemática en nuestro país y ciudad, quizás por ser ocultada por las personas que la realizan, por temor a la sociedad o sus propios padres o familias, la presente investigación fue planteada siendo de gran relevancia por ser un posible predictor de intento suicida, siendo oportuna su detección a tiempo y así disminuir el número de casos presentes que han pasado desapercibidos.

El presente estudio que se realizó en la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz en 118 estudiantes reflejó, que, el 51,7% tienen familias moderadamente funcionales y tan solo un 2,5% proceden de familias severamente disfuncionales, funcional 14.4% y disfuncional 31.4%. El cual mostró resultados semejantes con un estudio titulado “Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia” realizado en 289 participantes (126 hombres y 163 mujeres), con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años reportó que el 67% de la población objeto de estudio presentó una buena funcionalidad familiar y el 12% de los individuos participantes refieren disfuncionalidad familiar grave (Salamanca, Siabato, & Forero, 2017). Otro estudio similar realizado en 196 adolescentes titulado “Violencia escolar y funcionalidad familiar en adolescentes de la institución educativa Santa Edelmira. Trujillo, 2015”, reportó Disfunción familiar severa 22.44%, funcionalidad familiar moderada 48.97%, funcionalidad familiar normal 28.57%. (Gonzales Flores et al., 2017). Concuerta que el nivel de disfuncionalidad familiar es bajo en comparación con la funcionalidad familiar que oscila entre lo moderadamente funcional y funcional.

En cuanto a la presencia de autolesionismo según el sexo y el grupo etario en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la Ciudad de Loja, se obtuvo los siguientes resultados que el 49,2% de los estudiantes participantes en esta investigación presentaban comportamientos autolesivos. Las prácticas autolesivas estuvieron presentes en el 40,8% de los estudiantes de sexo masculino; mientras que, en el sexo femenino, las mismas estuvieron presentes en el 61,7% de estudiantes. El 76% de los estudiantes pertenecientes al grupo etario comprendido entre los 10 a 14 años, no presentan prácticas autolesivas, mientras que 55,9% de los estudiantes del grupo etario comprendido entre los 15 a 19 años, si presentan este tipo de prácticas. Dichos resultados se asemejan con el estudio realizado en los alumnos de un Colegio Fiscal de la Ciudad de Cuenca durante el año lectivo 2014-2015, de los 224 estudiantes que fueron encuestados la prevalencia de autolesionismo fue de 29%, ante la pregunta ¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir?, 128 respondieron que sí, que representó una prevalencia de 57.14%; por sexo, 98 estudiantes (76.6%) del sexo femenino respondieron afirmativamente mientras que solo 30 (23.4%) alumnos del sexo masculino lo hicieron (Arciniegas, 2016). Mientras que los datos obtenidos difieren de una investigación realizada en España desde el 1 de noviembre del 2011 al 31 de octubre del 2012 en 267 adolescentes de entre 11 y 18 años que fueron seleccionados de las consultas ambulatorias del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz, mostró que aproximadamente el 21,7% presentaba conducta autolesiva (Díaz et al., 2017). Igualmente difieren los resultados obtenidos en una investigación realizada en 997 estudiantes entre los 13 y 18 años de edad, titulada “Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa” la cual indicó que existe una prevalencia de 34.9% en relación a pensamientos autolesivos, mientras un 27.9% de los evaluados se ha autolesionado, siendo la edad promedio de inicio de las autolesiones los 12.61 años (Gallegos-santos, Casapia Guzman, & Rivera Calcina, 2018).

Con Respecto a la relación existente entre la disfunción familiar y la presencia de autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja, en nuestro estudio se evidenció que la prevalencia de autolesionismo en adolescentes masculinos proviene de familias disfuncionales y funcionales en relación 4.5:1. Esto quiere decir que un adolescente masculino procedente de una familia disfuncional tiene un 81.6% más probabilidades de adoptar conductas autolesivas que

aquellos adolescentes con familias funcionales, y en adolescentes femeninas la prevalencia de autolesionismo que provienen de familias disfuncionales y funcionales es de 3.5:1. Esto quiere decir que una adolescente femenina procedente de una familia disfuncional tiene un 77.9% más probabilidades de adoptar conductas autolesivas que aquellas adolescentes con familias funcionales. El grupo etario comprendido entre 15 a 19 años de edad, procedente de una familia disfuncional tiene un 79.2% más probabilidades de adoptar conductas autolesivas que aquellos adolescentes de la misma edad con familias funcionales en relación 3.8:1. Cuyo desencadenante concuerda con la investigación realizada en los alumnos de un Colegio Fiscal de la Ciudad de Cuenca durante el año lectivo 2014-2015 que evidenció que los problemas familiares en un 46.8% fueron los desencadenantes de la conducta autolesiva. (Arciniegas, 2016). Encontrándose una similitud relevante en el estudio “Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa” el cual reportó que uno de los desencadenantes más frecuente de las prácticas autolesivas anteponiéndose la influencia del estado de ánimo negativo 48.2%, son los problemas en el ámbito familiar 39.9% (Gallegos-santos et al., 2018).

En México, un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, el cual consistió en una revisión de todos los expedientes de adolescentes de 12 a 17 años, que fueron atendidos por autolesiones en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2011, reflejó que el 22.5% se producía autolesiones y que el 43.3% acudió por iniciativa de sus padres, en los expedientes se mencionaba que las lesiones eran posteriores a discusiones con sus padres de forma impulsiva, con el objeto de disminuir la frustración y/o para provocar culpa en la persona con la que discutían (Elena et al., 2013).

8 Conclusiones

- El nivel de funcionalidad familiar de los adolescentes según los estudios realizados mayoritariamente es moderadamente funcional, lo que refleja que existe una relación aceptable entre sus integrantes, mientras que la disfunción familiar es baja.
- El autolesionismo está presente en una proporción relevante en la población comprendida entre 15-19 años de edad, siendo las mujeres siendo más propensas a adquirir dichas conductas.
- Los hombres con familias disfuncionales tienen mayor tendencia a presentar conductas autolesivas a diferencia de las mujeres que lo hacen independientemente de la funcionalidad familiar que posean.

9 Recomendaciones

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública del Ecuador y a la Universidad Nacional de Loja capacitar a los Médicos para la captación oportuna de estos pacientes, realizar un plan de información, educación y comunicación dirigida al ámbito familiar, en cuanto a la importancia de mantener una relación familiar sana.
- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, crear e implementar estrategias conjuntas con el personal de salud, para la prevención y detección oportuna de las conductas autolesivas y así prestar las medidas o tratamiento a tiempo.
- Se recomienda mediante campañas de Salud la identificación oportuna de factores de riesgo ante las conductas autolesivas a los que están expuestos los adolescentes de mayor edad provenientes de familias disfuncionales.

10 Bibliografía

- Aguilar-Barojas, S. (2005). Formulas Para El Calculo De La Muestra En Investigacion De Salud. *Salud De Tabasco*, 11(1), 333–338. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
- Alba Robles, J. L., Navarro Pèrez, L., & Lòpez Latorre, M. J. (2015). LA VIOLENCIA DE PAREJA ENTRE ADOLESCENTES: REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS ACTUALES Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN. *Revista de Derecho Y Ciencias Sociales*, 69–86.
- Alonso-castillo, M., & Ang, N. (2017). FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN FAMILY FUNCTIONALITY AND ALCOHOL USE AMONG HIGH SCHOOL, 17(1), 87–96.
- Arciniegas, X. (2016). Autolesiones sin Intención Suicida en Alumnos de un Colegio Fiscal de la Ciudad de Cuenca ., 8, 35–39.
- Arrom Suhurt, C. H., Arce Ramìrez, A. C., Arrom, C. M., Fresco Arrom, P., Arrom, M. A., & Romero Nuñez, M. M. (2015). Artículo Original / Original Article Violencia intrafamiliar según características sociodemográficas en una población pediátrica, 13(3), 58–63.
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., ... Bobes, J. (2019). Consumo de alcohol y factores de riesgo de conductas autolesivas en adolescentes españoles. *Adicciones*, xx. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1239>
- Carvajal, H., Andrade, B., Díaz, J., Mendoza, H., & Salgueiro, G. (2015). Síndrome de Cutting (Autolesionismo), 43–48.

- Carvajal, H., Choque, C., Poppe, V., Gantier, D., & Rivera, Y. (2014). AUTOLESIONISMO : SÍNDROME DE CUTTING, 22, 50–55.
- Cerca Uc, R. I. (2017). Terapia Racional Emotiva Conductual Y Autolesión : UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON UNA ADOLESCENTE. *Revista de Estudios Clínicos E Investigación Psicológica*, 7(14), 5–16.
- Chadler, E. (2012). La impulsividad como interfase patogénica en los trastornos alimentarios, 1–25.
- Díaz, M., Neira, D., García-nieto, R., León-martinez, V. De, Pérez, M., Baca-garcía, E., & Carballo, J. J. (2017). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental (Barcelona)*, 8(3), 137–145. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.09.003>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Elena, R., Flores, U., Hernández, C. C., Navarrete, K. P., & Figueroa, G. V. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil, 36(5), 417–420.
- Fleta Zaragozano, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de La Sociedad de Pediatría de Aragón*, 47(2), 43–47. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6338962>
- Frías Ibañez, Á., Vázquez Costa, M., Del Real Peña, Á., Sánchez, C., & Giné, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes : prevalencia , factores de riesgo y tratamiento, 33–48.

Fuentes Aguilar, A. P., & Merino Escobar, J. M. (2016). *VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR*.

Galarza, A. L., Castañeiras, C. E., & Fernández Liporace, M. (2019). Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología Y Ciencias Afines*, 35(2), 307–326. <https://doi.org/10.16888/interd.2018.35.2.4>

Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características.

Gallego Jiménez, M., Holguera Ortiz, S., Moro Tejedor, M., Pareja Rodríguez, M., Graell Berna, M., & Pedraz Marcos, A. (2017). Significación de la autolesión no suicida en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Nure Inv.*, 14(90), 1–9.

Gallegos-santos, M., Casapia Guzman, Y., & Rivera Calcina, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa, 4, 143–151. <https://doi.org/10.24016/2018.v4n2.106>

García-Mijares, J. F., Alejo-Galarza, G. D. J., Mayorga-Colunga, S., Guerrero-Herrera, L., & Ramírez-García Luna, J. L. (2015). Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes, 38(4), 287–292. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.039>

García Prado, G., & Boira Sarto, S. (2018). Comportamientos de autolesión en jóvenes con medida de internamiento en medio cerrado. *Escritos de Psicología*, 11(2), 92–100. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2018.0108>

Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–7. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.100>

- Gonzales Flores, E., Díaz Muñoz, V., & Cueva Loyola, F. (2017). Violencia escolar y funcionalidad familiar en adolescentes de la institución educativa Santa Edelmira . Trujillo , 2015. *Pueblo Cont*, 28(1), 87–95.
- González-Illescas, O., & Magos-López, M. (2012). La Dinamica Familiar como, 3(1), 263–282.
- González Cuètara, J. M., Loy Vera, H., Viera Ponce, T., Lugo Jàuriga, B. R., Rodríguez García, C., & Carvajal Rodríguez, E. (2018). Violencia intrafamiliar . Una mirada desde la adolescencia, 12(3), 273–285.
- González Sábado, R., Martínez Cárdenas, A., Martínez González, A., Martínez González, O., & Blanco Suárez, M. (2016). Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida. Propuesta de intervención. Policlínico Docente II. Manzanillo. Granma. *Multimed. Revista Médica*, 20(1).
- Gutiérrez, H., Felipe, L., Arias, C., & Antonio, J. (2015). Concepto de calidad de vida en la adolescencia.
- Gutiérrez Capulín, R., Díaz Otero, K. Y., & Román Reyes, R. P. (2017). El concepto de Familia en México. *CIENCIA*, 23(3), 219–228.
- Hernández Soto, P. A., & Villareal Casate, R. E. (2015). BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan*, 19(8), 1051–1058. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
- Ibáñez Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista de Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 4(1), 65–70.

Juárez Montoya, C., Ponce Rosas, R., & Rodríguez López, J. (2016). Clasificación clínica de la familia en estadios funcionales: propuesta de un instrumento para su estudio. *Archivos En Medicina Familiar*, 18(3), 65–75.

Kuras De Mauer, S., & May, N. (2015). Cortarse solo : Acerca de las autolesiones en la piel. *Controversias En Psicoanálisis de Niños Y Adolescentes*, 16, 1–6.

Leiva Pereira, J. E., & Concha Landeros, A. M. (2019). Autolesiones no suicidas y su relación con el estilo de apego en una muestra no clínica de adolescentes chilenos. *Salud & Sociedad*, 10(1), 84–99. <https://doi.org/10.22199/s07187475.2019.0001.00006>

López, H. (2016). Los once tipos de familias en México.

López Morales, C., López Valenzuela, A., González Heredia, R., Brito-Zurita, O., Rosales Partida, E., & Palomares Uribe, G. (2016). Estructura familiar y estado de nutrición en adolescentes de Sonora, México, 181–187.

Martínez-Priego, C., Anaya-Hamue, M. E., & Salgado, D. (2014). Desarrollo de la personalidad y virtudes sociales : relaciones en el contexto educativo familiar, 17(3), 447–467. <https://doi.org/10.5294/edu.2014.17.3.3>

Martínez Licon, J., Rodríguez Gámez, G., Díaz Oviedo, A., & Reyes Arellano, M. (2018). Nociones y concepciones de parentalidad y familia. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0148>

Martínez Vasallo, H. (2015). La familia : una visión interdisciplinaria. *Electrón*, 523–534. Retrieved from <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2852/1502%0A5>

- Medellín, M., Rivera, M., López, J., Kañán, G., & Rodríguez, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia , México, *35*(2), 147–154.
- Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., ... Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes : revisión de los tratamientos psicológicos, *1*(1), 51–61. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>
- Morales, J. C. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas : Una aproximación diagnóstica y psicopatológica., *77*(4).
- Myer, T. (2011). Comportamientos. *Nursing*, *29*(9), 8–13. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(11\)70292-8](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(11)70292-8)
- Negrete Buendía, R. L., & Pérez Sánchez, S. (2015). Violencia intrafamiliar : desde el ámbito psicológico-social. *PsicoEducativa: reflexiones Y Propuestas*, *1*, 9–12.
- Obando, D., Trujillo, Á., & Prada, M. (2018). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, *23*(3), 189–200. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278>
- Pacheco Tabuena, T. (2008). Intento Autolítico Mediante Ingesta De Fármacos Y Tóxicos: Perfil Psicosocial En Un Servicio De Emergencia Pre-Hospitalaria. *Psicopatología Clínica Legal Y Forense*, *8*, 57–78.
- Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., Montes, A., & Carrasco, J. (2016). Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad, *44*(6).

- Pérez Lo Prresti, A., & Reinoza Dugarte, M. (2011). EL EDUCADOR Y LA FAMILIA DISFUNCIONAL. *Educere.Revista Venezolana de Educación*, 15(52), 629–634.
- Pi Osoria, A. M., & Cobián Mena, A. E. (2016). Clima Familiar : una nueva mirada a sus dimensiones e interrelaciones. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 20(2), 437–448.
- Psiquiatría, A. A. de. (2014). *MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES* (5th ed.).
- Ramos Martínez, I., & Casique Casique, L. (2016). Pensamientos y emociones que experimenta el adolescente ante la violencia que ejerce el padre contra la madre. *Jòvenes En La ciencia.Revista de Divulgaciòn Científica*, 2(1), 112–117.
- Ruiz Hernández, M., Alzuri Falcato, M., Lòpez Angulo, L. M., Hernández Cabrera, Y., & Calzada Urquiola, Y. (2019). Violencia intrafamiliar directa percibida por adolescentes. *Revista Finlay [Revista En Internet]*, 71–81.
- Salamanca, Y., Siabato, E., & Forero, I. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia, 15, 431–442. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1512729042016>
- Sánchez-Sánchez, T. (2018). Autolesiones En La Adolescencia: Significados , Perspectivas Y Prospección Para Su Abordaje Terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 29(May), 185–209.
- Sánchez, P. (2011). Una aproximación a la relación entre el rendimiento académico y la dinámica y estructura familiar en estudiantes de primaria, 13, 177–196.
- Sanchez Mascaraque, P. (2017). Urgencias psiquiátricas en la adolescencia.

ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia, V, 61–68. Retrieved from https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA_ADOLESCERE/vol5num2-2017/61-68.pdf

Santurtún, M., Santurtún, A., Agudo, G., & Zarrabeitia, M. T. (2017). Método empleado en las muertes por suicidio en España: Envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22(3–4), 73–80.

Serrano Manzano, B., & Rodríguez Figueroa, M. (2016). FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA Y SU INCIDENCIA EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ADOLESCENTES. *Didasc@lia: D&E*, VII.

Torales, J., & Di Martino Ortiz, B. (2016). Una pequeña puesta al día sobre la tricotilomanía, 7(4), 465–471. <https://doi.org/10.7241/ourd.20164.127>

Valle Barbosa, M. A., Muñoz de la Torre, A., Robles Bañuelos, R., Vega Lòpez, M. G., Flores Villavicencio, M. E., & Gonzalez Perez, G. J. (2019). La violencia y acoso escolar en una escuela de Guadalajara, México. *Revista Iberoamericana de Educaciòn*, 79, 43–58.

Vásquez-Garibay, E. M., González-Rico, J. L., Romero-Velarde, E., Sánchez-Talamantes, E., Navarro-Lozano, M. E., & Nápoles-Rodríguez, F. (2015). Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños Mexicanos. *Gaceta Medica de Mexico*, 151, 788–797.

Vilchez, J. L. (2019). Validación en Población Ecuatoriana de una Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida Basada en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación*, 51(2), 163–169. <https://doi.org/10.21865/RIDEP51.2.12>

Villaroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico, *51*(1), 38–45.

Villarreal-Zegarra, D., & Paz-Jesús, A. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos Y Representaciones*, *5*(2), 21–42. <https://doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.158>

11 Anexos

ANEXO 1



Consentimiento Informado

Consentimiento Informado dirigido a los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz, a quienes se les invita a participar en la investigación “Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja”.

PARTE I: Información

Introducción

Gabriela del Cisne Mora Medina, estudiante de décimo ciclo de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. Se encuentra realizando un trabajo de investigación acerca de la Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja, quien va a proporcionar información e invitarle a participar de esta investigación.

Si no entiende alguna palabra o término puede hacer preguntas ahora o más tarde.

Propósito

Esta investigación permitirá detectar el nivel de funcionalidad familiar y la presencia de autolesionismo que existe en los estudiantes, en el caso, de que exista influencia de parte de la misma, se dará a conocer al departamento de Psicología, con el fin de ayudar a concientizar a los estudiantes ante estas conductas.

La familia es vital para toda persona, especialmente para el adolescente que se encuentra en una etapa de cambio continuo tanto a nivel emocional como físico, dichos cambios pueden hacerlos susceptible a enfrentar sus problemas adoptando prácticas nuevas como el autolesionismo, que es la lesión física intencionada y es más frecuente en esta etapa de transición a la adultez.

Esta investigación consiste en la aplicación del test de FF-SIL, que es un cuestionario que determinara el nivel de funcionalidad familiar, y se empleará una encuesta estructurada por la autora, Gabriela Mora, misma que consta de 11 preguntas con la finalidad de detectar la presencia de autolesionismo. Por ende se invita a los estudiantes de la Unidad Educativa Calasanz a participar en dicha investigación.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted está en derecho de elegir participar o no.

La investigación durará aproximadamente entre 20 y 30 minutos, durante ese tiempo, será necesario que usted responda todas las preguntas de las encuesta entregadas por el investigador, en caso de existir una duda sobre cualquier pregunta en la encuesta, usted está en total libertad de hacer las preguntas que crea convenientes para esclarecer la duda. Una vez acabas de responder las preguntas de las encuestas finalizará la investigación.

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su institución. La información obtenida en esta investigación será confidencial, de uso exclusivo del

investigador, la información recolectada para esta investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en lugar de su nombre.

El conocimiento generado que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted, si así lo desea. No se compartirá información confidencial. Después se publicaran los resultados al comité de investigación de la Universidad Nacional de Loja para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde puede comunicarse con la Srta. Gabriela del Cisne Mora Medina, teléfono celular 095-965-2026 e-mail gabriela_moram@yahoo.es

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado(a) a participar en la investigación “Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja”.

Entiendo que tendré que responder todas las preguntas del Test FF-SIL y de la encuesta estructurada entregadas por el investigador de la Universidad Nacional de Loja.

Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada usando el nombre y el correo que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme en caso de cambiar de idea.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Día/mes/año.

ANEXO 2

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Medicina

Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la Ciudad de Loja

Srta. /Sr estudiante le solicito de manera muy comedida, se digne responder el siguiente test de FF-SIL con el objetivo de Identificar el nivel de funcionalidad familiar en los adolescentes del colegio Calasanz de la ciudad de Loja. La información proporcionada es absolutamente confidencial. Marque con una X la respuesta que usted considera correcta.

TEST DE FF-SIL El test FF-SIL fue diseñado y valorado en Cuba en 1994, por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane, con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad familiar.

	SITUACIÓN	Casi nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas veces	Casi Siempre
1	Las decisiones importantes se toman en conjunto.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos					

- sin insinuaciones, en 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 alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.
- 9** Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté recargado.
- 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 uno son respetados por toda la familia.
- 14** Nos demostramos el cariño que nos tenemos

ANEXO 3

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Medicina

Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa
Fiscomisional Calasanz de la Ciudad de Loja

Encuesta: Srta. /Sr estudiante le solicito de manera muy comedida, se digne responder las preguntas de la siguiente encuesta con el objetivo de evaluarla cuantitativamente. La información proporcionada es absolutamente confidencial. Marque con una X la respuesta que usted considera correcta.

Sexo: Masculino Femenino

1. ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño físico a propósito, por ejemplo cortarse, quemarse, golpearse usted mismo sin llegar a hacerlo? Si la respuesta es no gracias por su colaboración.

Si

No

2. ¿Cuántas veces ha intentado hacerse daño, sin llegar a realizarlo?

1-3 veces

4-7 veces

8-10 veces

3. Señale el rango de edad aproximado, en el cuál usted manifestó el primer intento de hacerse daño físico.

Entre 10-14 años

Entre 15-19 años

4. ¿Cuál fue el motivo por el que usted intento hacerse daño apropiado?

Problemas familiares

Dificultades de pareja

Inconvenientes con amigos/as

Mala relación con profesores

Tensión/estrés por tareas, exámenes

Abuso sexual

Aceptación social/Pertenecer a un grupo

5. Actualmente ha logrado el propósito de cortarse, quemarse o golpearse a sí mismo. Si su respuesta es No, gracias por su colaboración, caso contrario continúe con la encuesta.

Si

No

6. ¿Hace qué tiempo se lastimó la última vez?

Hace unas horas

Hace un día

Hace una semana

Hace un mes

Hace un año

Más de un año

7. Qué rango de edad tiene actualmente?

Entre 10-14 años

Entre 15-19 años

8. ¿Qué método emplea para lesionarse o hacerse daño?

Corta algunos sitios de su cuerpo

- Golpea zonas de su cuerpo.
- Quema partes de su cuerpo
- Rasca en exceso
- Muerde partes de su cuerpo
- Arranca el cabello

9. ¿Qué lugar de su cuerpo lesiona o daña?

- Brazos
- Antebrazos
- Piernas
- Muslos (Están más arriba de la rodilla)
- Abdomen (estómago, vientre)
- Cabeza

10. ¿Qué instrumento emplea para hacerse daño?

- Estilete
- Cuchillo
- Gillette
- Cigarrillo
- Sus propias manos

11. ¿Cuál es el motivo por el que se produce lesiones físicas?

- Problemas familiares
- Dificultades de pareja
- Inconvenientes con amigos/as
- Mala relación con profesores
- Tensión/estrés por tareas, exámenes
- Abuso sexual
- Aceptación social/Pertenecer a un grupo

Gracias por su colaboración

ANEXO 4

Aprobación del tema



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCION CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0083 CCM-FSH-UNL

PARA: Gabriela del Cisne Mora Medina
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 24 de Agosto de 2017

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su solicitud presentada en esta Dirección, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo **se aprueba** su tema de trabajo de tesis denominado: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOLESIONISMO EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA”**, por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo

NOT

ANEXO 5: Informe de pertinencia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
 DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0211 CCM-FSH-UNL

PARA: Gabriela del Cisne Mora Medina
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustàn
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 4 de septiembre de 2017

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOLESIONISMO EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA”**, de su autoría, que su tema es pertinente, de acuerdo al informe del Dr. Héctor Velepucha Velepucha, por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustàn.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
 DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo
 NOT

ANEXO 6: Oficio de asignación de director de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0364 CCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Ana Puertas Azanza
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 02 de Octubre de 2017

ASUNTO: DESIGNAR DIRECTOR DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha designado como Director de tesis, tema, **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOLESIONISMO EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA”**, autoría del Srta. **Gabriela del Cisne Mora Medina**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo
NOT

ANEXO 7: Autorización para el desarrollo de la investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0416 CCM-FSH-UNL

PARA: Padre Osvaldo Espinoza Fernando
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 06 de Octubre de 2017

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Gabriela del Cisne Mora Medina**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para obtener datos de los estudiantes del nivel básico y bachillerato, luego se procederá a realizar encuestas, información que le servirá para la realización de la tesis: titulada "**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOLESIONISMO EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA**", trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dr. Ana Puertas Azanza, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo
NOT



ANEXO 8: Certificación de la traducción del resumen al idioma inglés



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**
Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés, del Resumen de Tesis titulada: "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOLESIONISMO EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA", autoría de la Señorita Gabriela del Cisne Mora Medina , con número de cédula 1104802077, egresada en la Carrera de Medicina, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 15 de Octubre de 2019

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.



