# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

# FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

# CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**"LA PRÁCTICA DEL CUTTING Y EL DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO EN ESTUDIANTES DEL OCTAVO AL DÉCIMO AÑO DE BÁSICA, SECCIÓN DIURNA DE LA UNIDAD EDUCATIVA VICTORIA VÁSCONEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA"**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

**Autora:** Avila Avila, María José

**Tutora:** Ps. Cl. Mg. Robayo Carrillo, Jessy Mariana

**Ambato – Ecuador**

**Octubre del 2016**

## APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**"LA PRÁCTICA DE CUTTING Y EL DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO EN ESTUDIANTES DEL OCTAVO A DÉCIMO AÑO DE BÁSICA, SECCIÓN DIURNA DE LA UNIDAD EDUCATIVA VICTORIA VÁSCONEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA"** de María José Avila Avila, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, agosto de 2016

LA TUTORA

……

Ps. Cl. Mg. Robayo Carrillo, Jessy Mariana

## AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de investigación:

**"LA PRÁCTICA DE CUTTING Y EL DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO EN ESTUDIANTES DEL OCTAVO A DÉCIMO AÑO DE BÁSICA, SECCIÓN DIURNA DE LA UNIDAD EDUCATIVA VICTORIA VÁSCONEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA",** así como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, agosto de 2016

LA AUTORA

……

Avila Avila, María José

## DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, septiembre de 2016

LA AUTORA

……..……

Avila Avila, María José

## APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **"LA PRÁCTICA DE CUTTING Y EL DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO EN ESTUDIANTES DEL OCTAVO A DÉCIMO AÑO DE BÁSICA, SECCIÓN DIURNA DE LA UNIDAD EDUCATIVA VICTORIA VÁSCONEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA"** de María José Avila Avila estudiante de la Carrera de Psicología Clínica

Ambato, octubre de 2016

Para constancia firman

| | | |
|---|---|---|
| ……. | ……..... | …… |
| PRESIDENTE/A | 1er VOCAL | 2do VOCAL |

## DEDICATORIA

Dedico con gran devoción este trabajo a Dios que ha creado valiosas oportunidades para crecer como persona, además de ser la fortaleza para superar los diferentes obstáculos en el camino. Con mucho cariño, además dedico este trabajo a mi pequeña y gran familia conformada por seres humanos grandiosos, humildes, solidarios y llenos de defectos, en especial a mi madre quien ha impulsado con trabajo constante, apoyo, comprensión, enseñanza basada en valores, consejos llenos de sabiduría y amor ha hecho posible cada uno de los grandes logros a lo largo de los años recorridos, a usted madre mía que junto con mi abuelita son la inspiración más grande que Dios pudo darme para levantarme luego de cada caída, para así poder continuar en el cumplimientos de cada una de las metas planteadas.

*María José*

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida y darme un sin número de bendiciones, a mi madre Adriana Avila y mi abuelita Soledad Avila por ser ejemplos de mujeres luchadoras y trabajadoras, a Luis Montaluisa de quien he recibido apoyo incondicional, agradezco a Luis Miguel Montaluisa que con sus ocurrencias ha hecho de mi vida un verdadero desorden lleno de risas y alegrías, enseñándome que los hermanos son los mejores amigos.

A Lucia Vásquez, Piedad Tigse, Alexandra Altamirano, Psi. Cli Mario Sinchiguano, Paulina Ante, Alex Arias y Psi. Mónica Zambrano mejores amigos que han apoyado desinteresadamente mi crecimiento personal y académico.

De manera especial quiero agradecer a Oswaldo Ordoñez, por el cariño y apoyo incondicional, por ser una inspiración más para continuar con mi formación profesional, al igual que a su familia por el apoyo brindado.

Finalmente agradezco a la Universidad Técnica de Ambato por brindarme la oportunidad de formarme como Psicóloga Clínica, a mis profesores que han hecho posible este importante logro en especial a mi Tutora Psi. Cli. Mg. Jessy Robayo por su asesoramiento dentro del presente proyecto. A las autoridades, cuerpo docente y estudiantes de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi, quienes hicieron posible la culminación de este trabajo.

*María José*

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA ..... i
APROBACIÓN DEL TUTOR ..... ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO ..... iii
DERECHOS DE AUTOR ..... iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR ..... v
DEDICATORIA ..... vi
AGRADECIMIENTO ..... vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS ..... viii
ÍNDICE DE TABLAS ..... xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS ..... xi
RESUMEN ..... xii
ABSTRACT ..... xiv
INTRODUCCIÓN ..... 1
CAPÍTULO I ..... 2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN ..... 2
1.1 Tema de investigación ..... 2
1.2 Planteamiento del problema ..... 2
1.2.1 Contextualización ..... 2
1.2.2 Formulación del problema. ..... 8
1.3 Justificación ..... 8
1.4 Objetivos ..... 10
1.4.1 Objetivo general: ..... 10
1.4.2 Objetivos específicos: ..... 10
CAPÍTULO II ..... 11
MARCO TEÓRICO ..... 11
2.1 Estado del Arte ..... 11
2.1.1 Practica de Cutting ..... 11
2.1.2 Comportamiento Obsesivo Compulsivo ..... 14

2.2 Fundamento Teórico ..... 17
2.2.1 Variable Independiente La Práctica de Cutting ..... 17
2.2.1.1 Cutting o Autolesión ..... 17
2.2.1.2 Principales modelos teóricos. ..... 18
2.2.1.3 Motivos y desencadenantes ..... 20
2.2.1.4 Características. ..... 23
2.2.1.5 Clasificación de la Autolesión. ..... 24
2.2.1.6 La Autolesión un Círculo Difícil de romper. ..... 25
2.2.1.7 La Autolesión y el Suicidio ..... 26
2.2.1.8 La Autolesión y el Trauma ..... 26
2.2.1.9 Tratamiento Psicológico ..... 27
2.2.2 Variable Dependiente ..... 29
2.2.2.1 Comportamiento Obsesivo Compulsivo ..... 29
2.2.2.2 Obsesiones más frecuentes: ..... 30
2.2.2.3 Compulsiones más frecuentes: ..... 31
2.2.2.4 Historia ..... 31
2.2.2.5 Epidemiología ..... 32
2.2.2.6 Diferencia de TOC en niños/adolescentes y adultos. ..... 33
2.2.2.7 Causas ..... 34
2.2.2.8 Trastorno Obsesivo Compulsivo según los Criterios Diagnósticos del DSM-V. ..... 34
Las compulsiones se determinan por ..... 34
2.2.2.9 Criterios CIE-10 para el diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. ..... 35
2.2.2.10 Tratamiento ..... 36
2.3 Hipótesis o Supuestos ..... 38
2.3.1. Hipótesis Alternativa (H1) ..... 38
2.3.2. Hipótesis Nula (H0) ..... 38
CAPÍTULO III ..... 39
MARCO METODOLÓGICO ..... 39

3.1 Tipo de investigación ..... 39
3.2 Selección del área o ámbito de estudio ..... 39
3.3 Población ..... 39
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión ..... 40
3.4.1 Criterios de inclusión ..... 40
3.4.2 Criterios de exclusión ..... 40
3.5 Diseño muestral ..... 40
3.6 Operacionalización de Variables ..... 41
3.6.1. Variable Independiente: Práctica de Cutting ..... 41
3.6.2 Variable dependiente: Comportamiento Obsesivo Compulsivo ..... 42
3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información ..... 43
3.8 Aspectos éticos ..... 46
CAPÍTULO IV ..... 47
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS ..... 47
4.1 Variable Independiente: Práctica de Cutting ..... 47
4.2 Análisis de las formas de autolesión y su prevalencia en relación al uso por los adolescentes evaluados. ..... 49
4.3 Prevalencia de la práctica de Cutting en relación al total de estudiantes evaluados. ..... 51
4.4 Prevalencia de cutting en relación al género. ..... 53
4.5 Variable Dependiente ..... 55
4.6 Verificación de Hipótesis ..... 59
CAPÍTULO V ..... 61
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ..... 61
5.1 Conclusiones ..... 61
5.2 Recomendaciones ..... 63
BIBLIOGRAFÍA ..... 64
LINKOGRAFÍA ..... 69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA ..... 71

ANEXOS ..... 72
Anexo 1 ..... 72
Anexo 2 ..... 73
Anexo 3 ..... 74
Anexo 4 ..... 75

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1: Criterios Para El Trastorno Obsesivo Compulsivo ..... 35
Tabla No. 2: Práctica De Cutting ..... 41
Tabla No. 3: Comportamiento Obsesivo Compulsivo ..... 42
Tabla No. 4: Practica De Cutting ..... 47
Tabla No. 5: Formas De Autolesión Y Su Prevalencia En Relación Al Uso. ..... 49
Tabla No. 6: Prevalencia De La Práctica De Cutting En Relación Al Total De Estudiantes Evaluados ..... 51
Tabla No. 7: Prevalencia De Cutting En Relación Al Género. ..... 53
Tabla No. 8: Comportamiento Obsesivo Compulsivo ..... 55
Tabla No. 9: Resumen Del Procesamiento De Los Casos ..... 59
Tabla No. 10: Tabla De Contingencia ..... 59
Tabla No. 11: Formas De Autolesión ..... 60

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Práctica de Cutting ..... 48
Gráfico No. 2: Formas de Autolesión y su Prevalencia en relación al uso. ..... 50
Gráfico No. 3: Prevalencia de la Práctica de Cutting en Relación al Total de Estudiantes Evaluados ..... 52
Gráfico No. 4: Prevalencia de Cutting en Relación al Género. ..... 54
Gráfico No. 5: Comportamiento Obsesivo Compulsivo ..... 56
Gráfico No. 6: Gráfico de Barras ..... 58

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

# "LA PRACTICA DEL CUTTING Y EL DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO EN ESTUDIANTES DEL OCTAVO A DÉCIMO AÑO DE BÁSICA, SECCIÓN DIURNA DE LA UNIDAD EDUCATIVA VICTORIA VÁSCONEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA"

Autora: Avila Avila, María José

Tutora: Ps. Cl. Mg. Robayo Carrillo, Jessy Mariana

Fecha: Agosto, 2016

## RESUMEN

El presente proyecto de investigación denominado "La práctica de cutting y el desarrollo del comportamiento obsesivo compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la unidad educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga" tuvo como objetivo estudiar la relación entre la práctica de cutting y el desarrollo del comportamiento obsesivo compulsivo, en una muestra de 234 estudiantes de los octavos, novenos y décimos años de educación básica, de una población de entre 12 y 15 años.

Se recolecto información mediante el test psicométrico Cédula de Autolesión empleada para medir niveles de cutting que al final nos da una interpretación de Ausencia de Autolesión, Autolesión Leve, Moderada y Grave. Además del Inventario

de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R), que nos permite medir el comportamiento obsesivo compulsivo dándonos las siguientes interpretaciones, ausencia de TOC, rasgos de TOC y posible presencia de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Mediante el programa de Chi-Cuadrado se obtuvieron los siguientes resultados en relación a una muestra de 234 estudiantes, tenemos que 59 presentaron ausencia de autolesión y ausencia de TOC, 5 presentaron autolesión leve y ausencia de TOC, mientras que 119 presentaron ausencia de autolesión y un comportamiento obsesivo compulsivo, 32 presentaron autolesión leve y comportamiento obsesivo compulsivo, 1 presento autolesión moderada y comportamiento obsesivo compulsivo, por ultimo 10 presentaron ausencia de autolesión y posible trastorno obsesivo Compulsivo, 7 presentaron autolesión leve y posible trastorno obsesivo compulsivo, 1 presento autolesión moderado y posible trastorno obsesivo compulsivo por que se concluye que no existe relación entre la práctica de cutting y el comportamiento obsesivo compulsivo.

**PALABRAS CLAVES:** CUTTING, AUTOLESIÓN, COMPORTAMIENTO OBSESIVO_COMPULSIVO, ADOLESCENTES, DIANÓSTICO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**THEME: "THE PRACTICE OF CUTTING AND DEVELOPMENT OF OBSESSIVE COMPULSIVE BEHAVIOR IN STUDENTS THE EIGHTH TO TENTH YEAR OF BASIC EDUCATION DAYTIME SECTION OF THE EDUCATIONAL UNIT VICTORIA VAZCONEZ CUVI OF THE CITY LATACUNGA"**

**Author:** Avila Avila, María José
**Tutor:** Ps. Cl. Mg. Robayo Carrillo, Jessy Mariana
**Date:** August, 2016

## ABSTRACT

This research project called "The practice of cutting and development of obsessive-compulsive behavior in students from eighth to tenth year of basic, daytime section of the educational unit Victoria Vásconez Cuvi city of Latacunga". This project had to study the relationship between the practice of cutting and development of obsessive compulsive behavior in a sample of 234 students of eighth, ninth and tenth years of basic education, of a population of between 12 and 15 years. Information were collected by the Cedula of self-harm psychometric test used to measure levels of cutting that ultimately gives us an interpretation of Absence of self-harm, self-injury Mild, moderate and severe.

In addition to the Obsessive Compulsive Inventory Revised (OCI-R), this allows us to measure obsessive-compulsive behavior giving the following interpretations, no TOC, TOC traits and possible presence of Obsessive Compulsive Disorder. The program of Chi-Square the following results obtained in relation to a sample of 234

students. We had that 59 presented absence of self-harm and absence of TOC. 5 had mild self-injury and absence of TOC, while 119 presented absence of self harm and obsessive compulsive behavior, 32 had mild self-harm and obsessive compulsive behavior, 1 had moderate self harm and obsessive compulsive behavior, finally 10 presented absence of self-harm and possibly obsessive compulsive disorder, 7 had mild self-injury and possible obsessive compulsive disorder, 1 had moderate self-injury and obsessive compulsive disorder possible to conclude that there is no relationship between the practice of cutting and obsessive compulsive behavior.

**KEYWORDS:** CUTTING, SELF-INJURY, OBSESSIVE_COMPULSIVE BEHAVIOR, TEENS, DIAGNOSTIC.

# INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa fascinante y la más compleja en la vida de todo del ser humano, dentro de la cual se asumen nuevas responsabilidades y se comienza a adquirir independencia. Esta etapa puede resultar muy difícil si el ambiente dentro del cual se desenvuelve no es óptimo. El cutting o autolesión según Mosquera (2008) se comprende como el acto de auto infringir daño con el objetivo de liberar el dolor emocional, sin intención de terminar con la vida propia, el presente proyecto de investigación se desarrolla en torno a la práctica de cutting y su relación con el desarrollo del comportamiento obsesivo compulsivo. Los adolescentes independientemente del trabajo que desempeñen dentro de la sociedad se encuentran atravesando una etapa que demanda comprensión y apoyo, sin embargo, es inevitable estar bajo presión y omitir situaciones de estrés, por lo cual, al no existir un adecuado uso de las estrategias de afrontamiento, puede generar diversa sintomatología como puede ser la depresión, diferentes adicciones y en este caso el cutting o autolesión. Cabe recalcar que no todos los individuos reaccionan de la misma forma por lo mismo es primordial el ambiente familiar, social, entre otros. Para el presente estudio se contó con una muestra de 234 adolescentes entre los doce y quince años de edad, mediante una investigación de tipo descriptivo interrelacional cuantitativo y bibliográfico se concluye que la práctica de cutting no se encuentra relacionada con el comportamiento obsesivo compulsivo. Los beneficiarios de este estudio son los estudiantes de los octavos, novenos y décimos años de educación básica sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga, debido a que mediante este proyecto se da conocer una de las problemáticas que afecta en la actualidad a los adolescentes quienes por incertidumbre y poca apertura tienden a ocultar. De la misa manera el desarrollo del proyecto no se podría haber completado sino fuese gracias a la apertura de las autoridades de la Institución, el cuerpo docente, además de la autorización firmada por los diferentes representantes del alumnado y la participación de los estudiantes.

# CAPÍTULO I
# EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 Tema de investigación

LA PRÁCTICA DEL CUTTING Y EL DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO EN ESTUDIANTES DEL OCTAVO AL DÉCIMO AÑO DE BÁSICA, SECCIÓN DIURNA DE LA UNIDAD EDUCATIVA VICTORIA VÁSCONEZ CUVI.

## 1.2 Planteamiento del problema

### 1.2.1 Contextualización

Según Whitlock (2009) en diversos estudios realizados en varios países del mundo, mediante encuestas, se obtuvieron resultados en donde aproximadamente el 13% y el 25% de los adolescentes y adultos jóvenes presentan un historial autolesivo o síndrome de cutting. Muchos de estos jóvenes se autolesionan una o dos veces y desisten del acto. Otros llegan a presentar un comportamiento adictivo. Según Mojardin (2000) alrededor del 10 % de adolecentes entre las edades de los 10 y 16 años, alrededor del mundo están adoptando ésta práctica. Dicha cifra llega a representar el 28 % en varias zonas urbanas de países como Japón, la India, Inglaterra o Estados Unidos, además la Casa Americana de información sobre la Autolesión refiere la existencia de un 4% de autolesionadores, en relación con toda la población estadounidense.

Villarroel , Jerez, Montenegro, Montes, Igor, & Silva (2013) mencionan que a nivel mundial de acuerdo a una recopilación bibliográfica la prevalencia en poblaciones clínicas, se estima que del 30 al 40% de los adolescentes que solicitan hospitalización psiquiátrica es debido a una conducta autolesiva, se considera que dichos adolescentes cuentan con un historial autolesivo. Dentro de estudios comunitarios que se han realizado en varios países se especifica que del 13 a 29% de los adolescentes 7,8 y del 4 a 6% de los adultos 5,9 ha presentado una conducta autolesiva por lo menos una vez en la vida. Finalmente se realizó un estudio poblacional que abarco más países, en el cual se encontraron que el 4 % de la población adolescente en general se han autolesionado por lo mínimo cuatro veces en el año, además se estima que la edad de comienzo va de entre los 10 y 15 años, siendo el género femenino con mayor tendencia hacia esta conducta.

Según Castro & Troncoso (2007) mediante estudios recientes, el 1 % de la población estadounidence se auto agrede. En 1996 se estableció que del 100% de personan que se autolesionan, el 97% corresponde a mujeres comprendidas en edades de entre los 25 y 35 años, además se puede mencionar que dicha práctica se daría desde la adolescencia temprana. El cutting es un importante fenómeno común, cuya prevalencia en la población adolescente va de entre el 6,2% al 15% dentro de la salud pública, asimismo mediante varias encuestas europeas y australianas dirigidas a estudiantes universitarios, revelaron que existe un índice de 5,8% para los episodios de cutting y el 14,6% para los pensamientos de autolesión (Bennardi & Arensman, 2014).

Ulloa Flores, Contreras Hernández, Paniagua Navarrete, & Figueroa (2013) refieren que en Australia el 8.1% de la población se ha transgredido algún tipo de autolesión en algún momento de su vida. Dentro de la población adolescente existe una prevalencia de entre el 13 y 23.2%. Mientras que en pacientes que acuden a consulta médica a los diferentes hospitales del país antes mencionado, revelan que el acto de cortarse y golpearse es muy frecuente en sujetos que se autolesionan, sin contar que este comportamiento va en aumento. La práctica del cutting se asocia a diferentes

factores ambientales, además se puede corroborar mediante estudios realizados en adultos australianos que el 90% presenta al menos un cuadro que se asocie a un determinado trastorno psiquiátrico.

Purington & Whitlock (2004) mencionan que en los países occidentales se aprecia que el 0.75 % de la población presentan conductas autolesivas entre estas el cortarse la piel (cutting). En la actualidad el síndrome de cutting es el tema de mayor interés, en consecuencia, el tema más estudiado por varios investigadores dentro del área clínica. Se ha encontrado que la predominancia de los sujetos que se han cortado o quemado es 1 de cada 8.

Marín (2013) describe que la prevalencia de cutting en la ciudad de México es del 15% en jóvenes de 12 a 18 años. Mediante un informe realizado por ex alumnos Universitarios, se determina que, en Colombia, de entre los pacientes que asisten a las estaciones de primeros auxilios de manera voluntaria, el 11% presentan cortes auto-infringidos y el 17, 5% corresponde a pacientes de las cárceles y hospitales.

Silva Thyssen & Van Camp (2014) refieren que el cutting sostiene diferentes funciones, es decir que es practicado por los adolescentes muchas de las veces como un motivo vida y en muy contadas ocasiones se encuentra ligado al suicidio. Además, existe una gran similitud en la prevalencia que se da en América Latina y en los países donde la mayoría de personas es de raza caucásica como los Estados Americanos. Sin embargo, la escasez de datos sobre el tema llega a dificultar de manera importante un estudio profundo y objetivo. Argentina cuenta con una Clínica especializada en NSSI (Autolesión no suicida), misma representa un informe en el cual establece que el problema va en rápido aumento, debido a la falta de datos no se puede establecer una prevalencia objetiva y mucho menos detallada.

No se encontraron estudios específicos a nivel nacional, sin embargo, si se encontraron estudios realizados en varias ciudades del país. Uno de esos estudios fue

realizado en la ciudad de Riobamba, Manzón (2015) menciona que 23, 7 % de los adolescentes en dicha ciudad se han autolesionado en un momento dado de su vida y que debido a esto se debe de abordar el tema como un problema de índole emocional y social, además refiere que 64.1 de adolescentes se autolesionaron de 1 a 10 veces, volviéndose una costumbre ante el dolor emocional.

Según el Instituto de Neurociencias Junta de Beneficencia de Guayaquil (2015), en el "Área de vida", cada 10 adolescentes que ingresan al Instituto, 5 presentan conducta de cutting, además que en su mayoría son mujeres. En el 2015 el instituto acogió a 55 pacientes de los cuales 35 presentaban autolesiones.

Ortiz Núñez (2012) menciona que un 10% de la población investigada en el Instituto Superior Tecnológico "Hispano América" de la ciudad de Ambato, práctica el cutting, por ende, se determina que una gran mayoría del grupo investigado no ejerce dicha conducta.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) mediante estudios epidemiológicos da a conocer que un 20% de la población infantil y adolescente mundial padecen trastornos mentales entre los cuales están trastornos de ánimo, trastornos de conducta y trastorno obsesivo compulsivo, la mitad de los cuales, llegan a presentarse antes de los 14 años, además de tener porcentajes elevados en la población menor a 19 años, de manera significativa en países que invierten bajos recursos humanos y económicos dentro del área de salud mental, dando lugar al aumento de la severidad de la enfermedad. Además en el año 2014 refiere que la prevalencia de TOC en la población mundial está entre el 1% y el 3%, ante lo cual es considerado como la décima causa de discapacidad en un estudio a nivel mundial. Además, varios estudios epidemiológicos sugieren que el Trastorno Obsesivo Compulsivo es el cuarto desorden psiquiátrico más común en el mundo, con una relevante morbilidad biopsicosocial. La edad de comienzo de este trastorno puede darse entre la adolescencia e inicio de la edad adulta, cuando dichos comienzos varían entre las

edades de 35 y 40 años, deben realizarse exámenes médicos debido a que dicha aparición puede asociarse a problemas neurológicos como tumores, quistes cerebrales o depresión.

Salcedo, Vásquez, & Calvo (2011) mencionan que a nivel mundial menos del 20% de los trastornos de este tipo tienen curación tras el tratamiento farmacológico. En la gran parte de los casos presentan restablecimiento altamente eficaz, pero llegan a convertirse en enfermos crónicos, con recaídas episódicas que se dan de forma dependiente a acontecimientos de índole estresor. Un 15% de los pacientes que padecen TOC ocasionan un deterioro intenso y continuo del funcionamiento psíquico con grave alteraciones en el ámbito social y laboral.

Kohn, R; Levav, I; Caldas de Almeida, JM; Vicente B; Andrade, L; Caraveo-Anduaga, JJ; Saxena, S; Saraceno, B (2005) refieren que el Banco Mundial sostiene que entre 2000 y 2015 la población total de América Latina y el Caribe aumentará en 28%. Esas proyecciones indican que el aumento poblacional más rápido se observará en el grupo de personas de edad más avanzada. La población de 50 años de edad o más aumentará en más de 60%; la que se encuentra entre los 50 y 64 años de edad verá un aumento de 68%, y la de 65 años o más ascenderá en 49%. La población entre los 15 y 49 años de edad, que corre el mayor riesgo de sufrir trastornos mentales como TOC que aparecen en la edad adulta, aumentará en 22%. A nivel de América Latina y el Caribe en relación al sexo no se encontraron índices relevantes de la prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo, en relación a la prevalencia de este trastorno en la población es de 1.9% (media) y de 1.8% (mediana) y las tasas de prevalencia durante el año anterior fueron de 1.4% (media) y de 1.2% (mediana).

Navarra (2003) detalla la intervención de Benjamín Vicente, director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile, doctor en Epidemiología y Psiquiatría Social dentro del Primer Seminario Intensivo en trastornos de ansiedad al cual fue invitado

para ponderar el tema sobre un abanico de trastornos que aumentaron en América latina, se estima que unos 20 millones de afectados y 15 millones que pueden enfermar a lo largo de sus vida debido a siguientes trastornos mentales como el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo.

Caballero & Hannover (2012) refieren que el 76,5% de los países de América Latina y el Caribe informaron que cuentan con un plan nacional de salud mental, este plan parte desde que se estima que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, además se toma en cuenta que los trastornos mentales y neurológicos ocupan el 22% a nivel de América Latina y el Caribe. Mediante un estudio más minucioso se encuentra que la depresión es el trastorno que más aqueja a la población con 5% y que el trastorno obsesivo compulsivo representa 1,4% entre otros.

Foghini & Roldán (2010) mencionan que en ecuador el inicio de la sintomatología referente al Trastorno Obsesivo Compulsivo suele darse en la adolescencia o en principios de la adultez y no es poco común en la infancia, se estima que el 50% tienden a desarrollar TOC antes de 15 años, en cuanto al 65% se da antes de los 25 años, además mencionan que el género masculino presenta mayor tendencia a desarrollar TOC. Es muy común que las personas que presenten síntomas asociados a este trastorno tarden entre 6 y 17 años en realizar la primera consulta.

Castillo (2014) realiza un estudio en pacientes que acuden al Hospital Provincial General Docente Riobamba con una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de epilepsia, en el grupo de control se encontró que el 31,7 y 21,4 % presentaron Trastorno Obsesivo Compulsivo mientras que en la muestra se obtuvo el 38,7 y 21,6% de pacientes concluyendo que no existe relación entre las variables sin embargo gracias a este estudio se puede estimar el porcentaje de pacientes que padecen TOC y que acuden al Hospital docente Riobamba.

Olalla (2013) en su trabajo de graduación menciona que el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una alteración mental que afecta de manera significativa a la población mundial y Ecuador no es la excepción. La poca difusión acerca del TOC en nuestro país ha creado una sociedad poco empática, varias personas que padecen TOC viven actualmente un ambiente hostil sin recibir medicación o tratamiento, cabe recalcar que, a diferencia de otros trastornos, el TOC suele empeorar en el 45% a 65% de los casos, lo que indica que realmente es un trastorno muy grave. Mediante una encuesta dirigida a jóvenes quiteños, se conoció el desconocimiento que existe sobre el tema. Se estima que en ecuador se podría brindar una ayuda optima a pacientes con TOC después de 15 años, tomando en cuenta que se debe partir ya con un trabajo multidisciplinario de lo contrario sería en unos 20 o 30 años.

### 1.2.2 Formulación del problema.

¿Existe relación entre la Práctica de cutting y el desarrollo del comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga?

## 1.3 Justificación

La Adolescencia es una etapa que comprende varios cambios físicos y psicológicos, además de verse aquejados por varios estímulos estresores, que demandan tolerancia y diferentes habilidades de afrontamiento, el cutting puede desarrollarse como una de estas habilidades, misma que no es viable debido al riesgo que representa para el autolesionador. El cutting en los últimos años ha obtenido una elevada acogida en los adolescentes, quienes lo practican ya sea para descargar un dolor emocional, pertenecer a un grupo determinado y en ocasiones por seguir una moda. Por lo cual otro de los objetivos es establecer la prevalencia de esta conducta.

Por otro lado, en nuestro país existen escasa información sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) por ende los estudios realizados en base a esta problemática son muy pocos, haciendo que este proyecto tenga importancia para la comunidad

adolescentes. El trastorno obsesivo compulsivo causa un malestar significativo en la vida de quien lo padece, debido a los pensamientos recurrentes y los constantes actos de comprobación debido a las obsesiones y compulsiones propios de este trastorno, mismo que puede ser hereditario o desarrollado en un ambiente de niveles estresores altos.

La presente investigación, tuvo como fin establecer si existe relación entre la práctica de cutting y el comportamiento obsesivo compulsivo en una población adolescente no clínica. La importancia del mismo radica en que existe escasos datos sobre el tema antes mencionado, haciendo que este proyecto sea viable y enriquecedor debido a los diferentes datos con los que se puede proporcionar en primera instancia a los conocimientos que en mí respecta, en segunda instancia al departamento psicológico de la Unidad Educativa, ya que este es el primer trabajo que se realiza en la Institución sobre el Cutting y el trastorno obsesivo compulsivo, que es un tema que actualmente aqueja a la comunidad educativa y en tercera a los posteriores trabajos que se desarrollen en relación a la problemática establecida.

Este trabajo fue original, ya que es fruto de la creatividad del investigador, quien sustenta dicho trabajo en los diferentes casos que ha podido presenciar en su labor pre profesional. La elaboración de esta investigación fue factible gracias a la apertura y autorización del señor rector encargado de dirigir la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi, a más de contar con la colaboración de los estudiantes los mismos que serán beneficiados directamente, por último, el profundo interés y los gastos asumidos por el investigador, elementos fundamentales que permitirán que el desarrollo de la investigación alcance la viabilidad requerida.

## 1.4 Objetivos

### 1.4.1 Objetivo general:

- Determinar la relación entre la práctica de cutting y el desarrollo del comportamiento obsesivo compulsivo en estudiantes evaluados de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi.

### 1.4.2 Objetivos específicos:

- Establecer los niveles de autolesión en estudiantes de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi.
- Detectar el nivel de Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes que presentan autolesión.
- Identificar cual es el tipo de autolesión con mayor frecuencia entre los estudiantes evaluados.
- Conocer el género con mayor tendencia a la práctica de cutting.

# CAPÍTULO II
# MARCO TEÓRICO

## 2.1 Estado del Arte

### 2.1.1 Practica de Cutting

Kirchner (2011) publica un estudio realizado en Barcelona, dónde relaciona la Ideación Suicida y la Conducta Autolesiva en una población compuesta por 1.171, de los cuales 518 (44,2%) son chicos y 653 (55,8%) son chicas, con edades que oscilan de los 12 a los 16 años, mismo que fue desarrollado con el objetivo de identificar la prevalencia de género en las conductas auto lesivas e ideación suicida y fortalecer su capacidad de afrontamiento; consecutivamente se determina que un 11.4% hace referencia a la prevalencia de la conducta autolesiva, mientras que pensamiento suicida representa el 12.5%.

Ulloa Flores, Contreras Hernández, Paniagua Navarrete, & Figueroa (2013) realizaron un estudio en el Hospital infantil de tipo psiquiátrico de la ciudad de México con 556 pacientes con un historial autolesivo, mismos que representaron el 9.8% del total de adolescentes atendidos entre el periodo del 2005 a 2011. Varios son los motivos de consulta por lo que dichos adolescentes acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil, en donde los problemas de conducta son los más frecuentes. Diversos son los motivos que presentaron los adolescentes de dicho estudio para autolesionarse como poca paciencia ante el estrés y la manipulación con un

porcentaje del 42.1%. El 30.6% de los casos, los síntomas afectivos como la tristeza o irritabilidad se asocia a la conducta autolesiva. El 19.1% representa que los síntomas de ansiedad son también uno de los motivos para la autolesión; en el 4.5%, se asocia a síntomas psicóticos. Además, se verifico un aumento considerable, en el año 2005, el 0.4% de la población atendida presentaba conducta autolesiva, sin embargo, para el 2011 se había incrementado a 5.7%.

Díaz Rodríguez , González Sandoval , Minor Ferra, & Moreno Almazán (2008) mediante un estudio sobre la relación entre el Trastorno de personalidad y la conducta Autodestructiva en adolescentes de nacionalidad mexicana, realizado con una muestra de 19 adolescentes mexicanos, mismo que fueron estudiantes, de entre 12 y 14 años, estableciendo correspondientemente dos grupos, siendo uno de estos de control. Obtuvieron los siguientes resultados: se encontró una heterogeneidad importante entre el grupo de estudio y el grupo de control en base al Trastorno Cognitivo Conductual. Con relación al género, el femenino es aquel con mayor tendencia a desarrollar una conducta autolesiva o síndrome de cutting, representado el 73% y el 27 % corresponde al género masculino.

Nader y Morales (2008) realizan un estudio diferenciativo de cormobilidad sobre la autolesion en adolescentes, fue realizado con 47 pacientes diagnósticados con Sindrome de Automutilación (SAM), entre las edades de 13 y 21 años, con un grupo de control correspondiente. A partir del mismo se obtubieron los siguientes resultados: Trastorno de Animo, Psicosis y Trastorno del Desarrollo de la Personalidad con 85.1%, 36.2% y 74.7% respectivamente son los que se encuentran relacionados con mayor frecuencia con el Sindrome de automutilación.

Rospigliosi Tudela (2010) mediante la participación de 456 estudiantes matriculados en dos colegios que correponden respectivamente a los tres últimos años, en la ciudad de Lima en donde se busca determinar los factores asociados a la conducta Autolesiva, cabe recalacar que la población es no clínica. Se encontró que 27.4% de

los adolescentes de este estudio, se han autolesionado o que mantienen dicha conducta. Al igual que se menciono anteriormente uno de los motivos más frecuentes, por el cual los adolescentes se autolesionan es debido a angustia, ansiedad y sentimientos de tristeza. Se pudo determinar que un alto porcentaje de quienes se ven afectados no busca ayuda, además se llega a la conclusión de que la autolesión esta liagada a factores sociales y psicológicos, como lo es la discriminacion de genero, inconformidad con el propio cuerpo, conflcitos familiares etc. Finalmente se puede establecer que los adolescentes de la ciudad de Lima están expuestos de manera considerable a desarrollar dicha conducta.

Dubo, Zanarini, Lewis, & Williams (2007) de acuerdo a un estudio realizado en Estados Unidos en donde se relaciona el Trastorno Límite de la Personalidad con una infancia autolesiva, dicho estudio fue realizado a partir de 42 pacientes diagnosticados con TLP, dentro de este grupo contaron con el 71.4% de mujeres y con 28,6 % correspondiente a hombres, es decir 30 mujeres y 12 hombres, mientras que el grupo de control se estableció con 10 mujeres y 7 hombres. Se estableció un límite de edad entre las edades de 18 y 60, en el grupo de control fue de 20 a 57 años. Dentro de los resultados el 78,6% de pacientes con TPL, narraron historias de contenido autolesivo, mientras que en el grupo de control no se encontró nada relevante. Entre los resultados también se pudo concluir que el 80,9% de los pacientes diagnosticados con TPL y 29,4% del grupo de control refirieron haber tenido antecedentes de intentos suicidas.

Zetterqvist (2014) refiere de acuerdo a un estudio realizado sobre la prevalencia de la autolesión no suicida en adolescentes suecos, tiene como objetivo investigar la prevalencia, métodos, características y funciones de NSSI (Non-Suicidal Self-Injury), en una amplia muestra de 3.097 adolescentes en el condado de Östergötland, entre las edades de 15 y 17 años, quienes se encontraban cursando el primer año de escuela secundaria. El 35,6% de los adolescentes menciono haber cometido un acto autolesivo dentro del último año, además, los criterios que se establece en el DSM V

para NSSI, da a conocer que se obtuvo una prevalencia del 6,7%.

### 2.1.2 Comportamiento Obsesivo Compulsivo

Apter, A; Fallow, Jr; King, R.A; Ratzoni, G; Zohar, AH; Binder, M; Weizman, A; Leckman, JF; Pauls, DL; Kron, S; Cohen, DJ (2006) refieren en su estudio sobre las características obsesivo-compulsivos: a partir de los síntomas del síndrome estudio realizado con el objetivo de evaluar la severidad de obsesiones y compulsiones en población adolescente no clínica, de nacionalidad israelita de 16 años de edad. Dicho estudio se realizó a partir de una muestra de 861 sujetos. El 8,0% y el 6,3% de los encuestados reportaron pensamientos perturbadores e intrusivos, respectivamente, el 27% y el 72% de los adolescentes representa a quienes cumplen con los seis criterios restantes para TOC.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's (AACAP, 2012) menciona que existen casos de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en adolescentes, con episodios de tics, es por eso que el presente estudio sobre el Inicio Temprano del Trastorno obsesivo-compulsivo con y sin tics, tiene el objetivo de relacionar características clínicas y demográficas en pacientes que presentan TOC, que presentaron síntomas obsesivos compulsivos en edad temprana y tardía. Se parte de una muestra de 330 pacientes de los cuales 160 tenían comorbilidad con trastornos de tics. Dentro de la evaluación se utilizó la escala de Yale- Brown, encontrando un predominio del sexo masculino con mayor frecuencia en aquellos que presentaron antecedentes familiares.

Heyman, Fombonne, Simmons, Ford, Meltzer, & Goodman (2003) refieren que la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes siempre difiere de varios factores como la cultura, historial familiar hereditario entre otros. Un estudio a nivel nacional llevado a cabo en Reino Unido a sujetos de 5 y 15 años, en total se contó con 10 438 niños de los cuales fueron evaluados 438 niños. Dentro de los resultados se comprendieron a 25 niños con TOC, mismo que presentaron una

prevalencia creciente exponencialmente con la edad. Niños pertenecientes a una clase socioeconómica baja son más propensos a desarrollar TOC, de igual manera sucede en niños de inteligencia inferior. Se ha vuelto muy común que un bajo porcentaje busque ayuda, corroborado una vez más en que tres de los niños evaluados habían sido vistos por un especialista.

Barrett, Healy-Farret, & March (2008) mencionan que la búsqueda de una terapia objetiva para el TOC en niños y adolescentes es obligatoria puesto que este trastorno va en incremento. El tratamiento familiar de tipo cognitivo-conductual es una de las opciones de terapia, el presente estudio establece que tan fiable y eficaz llega a ser dicha terapia. Este estudio, se llevó a cabo en una clínica universitaria en Brisbane, Australia, en el cual participaron 77 sujetos entre niños y adolescentes con TOC que fueron asignados aleatoriamente. Posteriormente a la aplicación de la terapia, los niños fueron evaluados antes y después del tratamiento a los 3 y 6 meses respectivamente a como la terapia iba llegando a término. No se observaron cambios significativos sino hasta los 6 meses de seguimiento. Gracias a este seguimiento se obtuvieron resultados que respaldan la eficacia y la durabilidad de la terapia familiar basada en el corriente cognitivo conductual.

Canals, Hernández, Cosi, Lázaro & Toro (2011) detallan que el sistema factorial, confianza y autenticidad del Inventario de Obsesiones y compulsiones de Leyton, en versión española es analizada mediante un grupo de 1.514 estudiantes en edades de entre 8 y 12 años, estos participaron en la primera de dos fases del estudio, por ende, la segunda fase se llevó a cabo con 562. A pesar de que se llevó a cabo una clasificación El LOI-CV se administró en las dos etapas y solo en la segunda parte se dio un diagnóstico. El producto que se consiguió fue el siguiente: tres factores que comprenden el 45.84% de la varianza entre los ítems que evalúan Orden, controlar, contaminación, preocupación obsesiva- la superstición y compulsión mental. Como era de esperarse se obtuvo una fiabilidad aceptable del 0,79 a 0,90. En el Instrumento de LOI-CV se establecieron 21 puntos como referencia de corte, 10 puntos para la

interferencia, con una susceptibilidad de 82,4% y una determinación de 84,1% y 83,8% de manera correspondiente.

Asbahr, Castillo, Ito, Latorre, Moreira, & Lotufo-Neto (2005) refieren que carios casos de niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo, han tenido que ser tratados con terapia de preferencia cognitivo-conductual y la intervención psiquiátrica por ende farmacológica. Mediante un estudio con el objetivo de comparar la terapia cognitivo-conductual de grupo con sertralina para el tratamiento de TOC en niños y adolescentes. Se asignaron en forma aleatoria 40 sujetos de entre 9 y 17 años de edad para recibir Terapia cognitiva-conductual de grupo o sertralina, se distribuyeron 20 sujetos para cada grupo de manera correspondiente. En el primer grupo que recibió Terapia cognitiva-conductual, mismo que se basa en un protocolo apoyado en el manual de 12 semanas de terapia cognitivo-conductual adaptada para grupos, y el segundo grupo se integró a un tratamiento con sertralina por tres meses. Los dos grupos fueron evaluados antes, durante, y después del tratamiento. Con los dos tratamientos se obtuvieron una mejoría significativa, posteriormente a la finalización de los tratamientos correspondientes se hizo un seguimiento de 9 meses, obteniendo un resultado significativo a favor de tratamiento mediante la terapia psicológica grupal, ya que los sujetos de dicho grupo presento una tasa baja de recaídas.

## 2.2 Fundamento Teórico

### 2.2.1 Variable Independiente La Práctica de Cutting

(Angel , 2014; Lamboglia, 2016; Rospigliosi Tudela, 2010; Walsh, 2006) dichos autores relacionan en termino cutting o síndrome de “cutting”, con autolesión, automutilación, daño auto-infringido, conducta parasuicida, automoldeo entre otros; en el presente trabajo y debido a que es uno de los términos más conocidos, optaremos por el termino Cutting (cortarse), por ende, el resto de términos antes mencionados se usarán como sinónimos de referencia al mismo síndrome comportamental.

Dentro del desarrollo de este proyecto se tomó la corriente psicoanalítica debido a que los autores que se cita a continuación refieren que la autolesión se debe a determinados impulsos instintivos, que pueden ser calificados de sexuales, acontecimientos dolorosos que sucedieron en la infancia mismos que no fueron superados y que son la causa de diferentes problemas psicológicos reflejados en la adolescencia. Además de que desempeñan un importante papel en el desarrollo de enfermedades nerviosas y psíquicas.

#### 2.2.1.1 Cutting o Autolesión

Walsh (2006) refiere que el Cutting es el acto intencionado de hacerse daño de manera corporal, de baja letalidad, es decir que lo ejecuta sin el objetivo de morir, dicho acto dentro de la sociedad es inaceptable. Es conocida como una acción deliberada con tendencia a repetirse de manera continua, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo.

Mosquera (2008) menciona que el Cutting es el lenguaje del dolor, es una conducta extraña y en ocasiones extravagante, la cual tiene sentido si la comprendemos como una conducta aprendida, propia de una persona que sufre, el hecho de dañarse a uno mismo, lo realiza con la intención de tolerar un estado emocional, que no puede ser controlado o mostrado de una forma aceptable, es una forma de regular las propias

emociones. La mayoría de los sujetos que se autolesionan, buscan por medio de este acto aferrarse a la vida, la acogen como una amiga a la cual pueden recorrer a cualquier momento en el que se presente la crisis, por lo tanto, de ningún modo buscan la muerte. Los desencadenantes de esta práctica son muy variados, al igual que la motivación que tiene cada lesión.

#### 2.2.1.2 Principales modelos teóricos.

Marín (2013) sugiere los siguientes modelos teóricos:

1. **Modelo ambiental**

Las diferentes variables ambientales representan un papel importante en la génesis y mantenimiento de la Autolesión. El ambiente que surge de forma inmediata como la atención, cuidado, preocupación ante un acto de autolesión, genera un reforzamiento externo del comportamiento, por ende, el sujeto aprende a manipular y controlar el ambiente. Dentro del aprendizaje social puede estar también en el origen de la Autolesión, debido al seguimiento de modelos, especialmente entre pares.

2. **Modelo de las pulsiones**

Este modelo es planteado por autores con orientación psicoanalítica, explican que la autolesión tiene su origen en las pulsiones de muerte y sexual reprimidas. Siendo la autolesión un sustituto del suicidio, dando lugar a un microsuicido que es un mecanismo de enfrentamiento en donde los afectos y acciones negativos se direccionan a uno mismo.

El modelo de pulsiones sugiere dos funciones de la autolesión:

1. Proporciona gratificación sexual.
2. Proporciona un castigo por sentimientos sexuales.

Suyemoto (1998) menciona que este modelo da lugar a que el sujeto evite conductas sexualmente motivadas, además de controlar de manera autodestructiva las pulsiones

generadas por el de tema de la sexualidad y la maduración psicosexual en general.

3. **Modelo de regulación afectiva**

Este es el modelo más conocido, plantea la autolesión como un acto que permite externalizar las emociones perturbadoras, que a su vez resultan intolerables para el sujeto. El presente estudio se desarrolla en relación al modelo antes mencionado.

4. **Modelo de Disociación**

Este modelo sustenta dos corrientes:

a) **La Autolesión induce una disociación:** La autolesión es un mecanismo de afrontamiento que genera síntomas de disociación como una forma de lidiar con los afectos perturbadores, produciendo relajación y alivio por un tiempo determinado. El trabajo realizado por los investigadores Mendoza & Pellicer (2002) en pacientes con trastorno límite de la personalidad en población mexicana sustenta este enfoque, en donde encontraron cambios fisiológicos haciendo relación al afecto anestésico que disminuye el dolor físico.

b) **La autolesión rompe o termina con un estado disociativo perturbador:** El objetivo principal es de la autolesión es el de mantener un sentido de identidad cuando existen factores emocionales estresores que generar crisis de vulnerabilidad. Este modelo explica la relación que se ha establecido entre la autolesión y el trastorno de estrés postraumático, aunque no se ha determinado como se rompe una disociación, se propone que la exposición a la sangre puede ser un posible factor, debido al impacto del color, al igual que cicatrices físicas que refuerzan la continuidad del episodio disociativo, las cuales debido a la carga emocional no podrían integrarse al sentido de identidad.

5. **Modelo de los límites/fronteras**

Este modelo refiere que la autolesión cumple la función de afirmar los límites del

self. El auto infringirse daño da una sensación de separación de los individuos y del medio ambiente, sin embargo, esto puede ayudar a crear independencia y autonomía; en este sentido, la sangre y las cicatrices representan estímulos externos, separados de sí mismo ocasionando conciencia sobre la realidad del self. Dicho supuesto se sustenta en la teoría de las relaciones del objeto y en la psicología del desarrollo del yo.

Además Suyemoto (1998) menciona que  este modelo argumenta que el origen de la autolesión se da en la infancia, en una falla para formar representaciones de objeto estables, esta falla se da a partir de experiencias de poca empatía con los padres, lo que en la etapa posterior que es la adolescencia, el sujeto viene a experimentar, temor al abandono de manera constante, perdida consecuente de su identidad al relacionarse con otros sujetos afines; por lo cual la autolesión viene a ser una forma de mantener la identidad y la separación de los demás.

#### 2.2.1.3 Motivos y desencadenantes

Los motivos son muchos, complejos y únicos para cada uno. Lo que tienen en común estas personas suele ser la ausencia de un referente estable que les permita saber a qué atenerse y cómo reaccionar en las diferentes situaciones que deben vivir y afrontar.

Mosquera (2008) menciona es su libro sobre La Autolesión: El lenguaje del dolor, que los sujetos que se autolesionan, presentan sentimientos de tristeza, vacío emocional, además de dificultades para equilibrar sus sentimientos, por ende, expresarlos es imposible de imaginar. Estas personas, conocen que el cutting es un acto dañino, piensan que es algo que solo les conciernen a ellos y que no hacen daño a otras personas. Hay quienes desean dejar de hacerlo, pero se sienten incapaces de poner un alto, otros esperan que sea un símbolo de necesidad de ayuda urgente ya que les es imposible verbalizarlo.

También refiere que es claro que las habilidades adaptativas para controlar los

estímulos estresantes, no se desarrollaron adecuadamente, lo que conlleva a optar por la salida más fácil, que no represente el intento de comprender y expresar lo que siente, ya que difícilmente podrá expresarlo debido a que no sabe que es lo que ocurre o porque siente tal intensidad. Verbalizar lo que sentimos, requiere un gran esfuerzo, cuando el panorama no es claro, además de contar con ciertas habilidades de comunicación.

Comprende que el objetivo que se anhela obtener es poner fin al dolor, al caos, la confusión y al sufrimiento que contrae las diferentes presiones ambientales. El sujeto busca dar a conocer deseos, necesidades, pensamientos o sentimientos. La autolesión se convierte en el recurso que mejor funciona, por lo que hay una posibilidad mínima de que el paciente piense en fortalecer otras conductas adaptativas que tengan el mismo efecto aliviador sin la intervención de un profesional que le ayude a comprender sus comportamientos y a pensar en nuevas alternativas funcionales y positivas.

Kancyper (2013) menciona que aquello que se silenció en la infancia, es decir aquello que no fue superado en dicha etapa fue reprimido, dando lugar a su aparición en la adolescencia, de manera visible y escandalosa debido a que las palabras no son mediadoras de nada. El lugar de preferencia de los adolescentes para aulesionarse, primeramente, desean estar solos, en su dormitorio con música de fondo, aprovechan esa oportunidad para hacerlo, aún más cuando se encuentran preocupados, sensibles debido a una riña con sus padres, o por la pérdida de una pareja sentimental.

Czarnopys (2002) refiere que existen casos en los cuales los adolescentes practican el Cutting como ritual para nutrirse, por lo general después de haber sufrido algún rechazo, puesto que hacer fortalece su seguridad. Mosquera (2008) menciona que otro motivo que se plantea es la perdida por parte del sujeto de palpar la realidad o sentir que está vivo, especialmente es aquellos casos en los que la persona se percibe desconectada de su cuerpo. La disociación no solo aparece ligada a la autolesión, se

manifiesta también como una estrategia vital de afrontamiento diferente, que tiene una función similar que es huir del sufrimiento.

Conterio & Lader (1999) mencionan que se ha encontrado una alta tendencia de los sujetos que se autolesionan a la disociación. Es decir, se sienten de forma literal separados de su consistencia humana física, revelan inconvenientes para distinguir las funciones vitales de su cuerpo, como cuando están cansados, enfermos o con hambre. El cutting representa una oportunidad de focalizar al individuo tener sensaciones corporales, interrumpiendo así las experiencias de despersonalización.

(Czarnopys, 2002; Favazza, 1996) dan a conocer que otro motivo extraño, es que la autolesión da oportunidad a que la personas desarrolle la necesidad de cuidar de sí mismo, de manera inconsciente a de prestar atención a sus heridas, limpiando, desinfectando las mismas. La disminución del nivel los neurotransmisores encargados de la regulación emocional es uno de los factores relacionados con la Autolesión. Uno de los neurotransmisores que crea accesibilidad de los impulsos entre nervios que se encuentran en el cerebro es la serotonina.

Simeon, Stanley, Frances, Mann, Winchel, & Stanley (1992) encontraron que los sujetos que se autolesionan presentaron además conducta antisocial y bajos niveles de serotonina en un análisis cuyo fin fue diferenciar en personas con trastorno de personalidad con síntomas autolesivos de aquellas que no presentaban ningún tipo de psicopatología y en relación de los niveles de serotonina.

Vasquez (2009) realiza un análisis investigativo en donde se obtuvo un nivel alto de relación entre la conducta autolesiva y la alexitimia. En donde a mayor nivel de alexitimia existe una mayor incidencia de autolesiones, es decir a una mayor incapacidad para identificar las propias emociones y expresar las diferentes problemáticas afectivas mediante el lenguaje, aumenta la probabilidad de que los adolescentes acudan a la autolesión como un método de expresión.

#### 2.2.1.4 Características.

Marín (2013) refiere las siguientes caractersiticas para la autolesión:

a) **Daño físico.** La característica más importante, ya que define la presencia de cutting. Esta consiste en producirse daños a nivel de la piel, es muy común que se utilice objetos como navajas, hojas de Gillette u otros objetos; además de provocarse heridas mediante trozos de maderas, tapas de envases etc. Quemaduras ocasionadas con el uso de cigarros e irritaciones mediante material químico. En esta característica se incluye la introducción de objetos perjudiciales en orificios corporales, impedir la sanación de heridas, pincharse con objetos punzocortantes, golpearse, etc.
b) **Intencionalidad.** Se refiere a que la persona decide conscientemente lesionar parte de su cuerpo, por ende, no se pueden considerar dentro de esta característica los accidentes, otras conductas que implican riesgo como: la promiscuidad sexual, el sexo inseguro y conducta impulsiva en otras, debido a que ya se encuentran dentro de otras categorías de comportamientos no aceptables.
c) **Baja letalidad.** Mediante esta característica se establece la diferencia entre la autolesión y el suicidio. Como se mencionó anteriormente la persona que se autolesiona, no tiene como objetivo quitarse la vida.
d) **Socialmente inaceptable.** A partir del cutting, el sujeto no solo busca atención, aprobación o pertenecer a un grupo social, sino que también busca calmar el dolor emocional que no puede ser fácilmente verbalizado. Por lo tanto, dentro de esta característica no se integran los tatuajes, perforaciones, etc. No obstante, este acto puede ser iniciado y reforzado por la imitación dada en un grupo de adolescentes, pero el significado que se le da a la misma es personal.
e) **Mecanismo de enfrentamiento**. Este comportamiento tiene como objetivo la reducción de estados emocionales turbulentos, mediante la confrontación.

Debido a esto no lo podemos explicar únicamente desde puntos biológicos o neurológicos, ya que también tiene una motivación psicológica.

f) **No hay causa física.** Es decir que la autolesión no se lleva a cabo por alguna enfermedad o por el consumo de sustancias. Por lo cual, las acciones autolesivas relacionadas con a alucinaciones, delirios propios de estados psicóticos y/o retraso mental no se incluyen dentro de esta clasificación, debido a que la intencionalidad consciente es parte esencial de la Autolesión.

### 2.2.1.5 Clasificación de la Autolesión.

Se determina la siguiente clasificación según Favazza (1996)**.**

- **Mayor:** Conducta poco frecuente, que se encuentra ligada a estados psicóticos. Por ejemplo: la castración, amputación de algunos de sus miembros, sacarse los ojos, etc.
- **Estereotípica:** Se presenta especialmente en personas con retraso mental, autistas o psicóticas. se manifiesta con acciones como golpearse la cabeza en una pared de manera continua.
- **Superficial o moderada:** Este tipo de autolesión es la más común en población adolescente. Varios estudios clínicos, revelan que cortarse es la acción más común, llevada a cabo en las muñecas, parte alta de los miembros superiores y en las piernas; que por lo general se dañan los mismos sitios. Dentro de este tipo de autolesión podemos incluir, el quemarse, rascarse hasta sangrar, arrancarse el pelo, romperse los huesos, impedir que las heridas sanen y cualquier otro que represente un daño físico auto infringido.

    - **Autolesión compulsiva:** Se encuentra relacionada como el Comportamiento Obsesivo Compulsivo. Comprende un daño de tipo compulsivo como arrancarse el cabello, roce excesivo de la piel y excoriación. Estas acciones pueden ser parte de algún tipo de ritual.

- **Autolesión impulsiva:** Se divide en Episódica y Repetitiva.

    - **Autolesión Episódica:** El sujeto no brinda mucha importancia a esta acción, no se identifica como un auto lesionador.
    - **Autolesión Repetitiva:** Actividad organizada y repetitiva, es el punto de interés para la persona que se corta. Cuenta con una dinámica particular, es decir se lleva a cabo, en el mismo lugar, con un mismo objeto y un mismo procedimiento. Esta se convierte en una respuesta automática para los diferentes estímulos estresores.

### 2.2.1.6 La Autolesión un Círculo Difícil de romper.

El sujeto que recurre al castigo, como método para aliviarse, no es consciente de que esta solución es temporal y que nuevamente volverán a aparecer los sentimientos negativos, esto da lugar a un círculo.

Tenemos varios patrones según Mosquera ( 2008):

a. El sujeto una vez que se siente aliviado, comienza a sentir culpa y vergüenza por su reacción, lo cual alimenta las emociones negativas y se siente aun peor.
b. Sentirse irritable, debido a que piensa que el castigo lo merecía alguien más. Es cuando da lugar a que el sujeto se exprese, mediante un contenido desagradable y culpabilizando a otra persona.
**c.** Fluctuar entre sentirse culpable e irritable. Dentro de esto, el sujeto se siente culpable e intenta disminuir el malestar mediante algo más tolerable. Por ejemplo, puede darse que la persona rompa cosas que le recuerden a alguien importante, que no la trata como ella se merece, lo que da como resultado sentirse nuevamente culpable y por ende viene el castigo.

#### 2.2.1.7 La Autolesión y el Suicidio

Como ya se mencionó con anterioridad, la mayoría de los adolescentes que se autolesionan, buscan aliviar un dolor emocional, por ende, no buscan la muerte. Sin embargo, si las emociones no son manejadas dentro del patrón de la autolesión y al no disponer de otros recursos adaptativos, conlleva a que los deseos de morir aumenten. Muchos de los adolescentes buscan por medio de la autolesión un motivo de vida a la par de buscar alivio emocional. Diferenciar entre la autolesión y el suicidio, no es fácil por lo cual es necesario indagar los motivos que lleva al paciente a lastimarse.

Marín (2013) sostiene que la autolesión es una solución temporal a un problema temporal, mientras que el suicidio es una solución definitiva ante un problema temporal. No es difícil deducir que se trata de un acto que con el tiempo acarrea más problemas, no solo para el sujeto que se autolesiona, sino también para su familia.

#### 2.2.1.8 La Autolesión y el Trauma

Czarnopys (2002) refiere que el trauma se denomina como un obstáculo significativo dentro de la etapa de la infancia. El abuso físico, sexual, negligencia emocional y la violencia intrafamiliar son los traumas que más se relacionan con la autolesión, por ende, preexiste un vínculo entre la autolesión y el trauma. También menciona diferentes experiencias traumáticas que pueden darse en la infancia y que en etapas posteriores como la adolescencia tienden a desarrollar conducta autolesiva

1. Quienes han presenciado o han sido víctimas de abuso físico, violencia intrafamiliar, maltrato psicológico y que han sufrido abandono de tipo emocional por uno o por parte de ambos padres.

2. Infantes que han sido víctimas de abuso sexual o bien han presenciado este acto.

3. Sujetos que han experimentado una crisis vital, como el duelo debido a la pérdida de algún miembro de la familia o personas cercana, de forma muy temprana.

4. Sujetos que durante su infancia se hayan sometido a cirugías o hayan padecido incapacidad temporal debido a alguna enfermedad, también quienes hayan presenciado dicha situación en un nivel mayor en alguna de las figuras parentales

5. Adolescentes con un padre o madre alcohólico/a.

6. Niños que se enteran que son el resultado de un embarazo no deseado o que debieron sobrellevar la separación de sus padres.

7. Adolescentes que se quedaron ha cuidado de sus hermanos mayores o un pariente enfermo.

8. Niños privados de libertad debido a padres sobreprotectores.

Conterio & Lader (1999) sostienen que un patrón en común, que se encuentra en personas que se autolesionan, es el profundo sentimiento de vacío, entre ellos y sus cuidadores primarios.

#### 2.2.1.9 Tratamiento Psicológico

A continuación, se exponen diferentes terapias para autolesión según la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA, 2008).

**a) Terapia basada en solución de problemas**

Estrategia que permite fortalecer la capacidad de un individuo para buscar diferentes formas de resolver los problemas. Dicha terapia cuenta con tres fases.

1. El profesional en psicología alienta al paciente a reconocer los inconvenientes y elementos que se asocian a la Autolesión.

2. El profesional en psicología orienta al paciente en la construcción de nuevas soluciones ante los inconvenientes y dificultades que generan la autolesión.

3. El profesional en psicología a la final deberá apoyar al paciente en la elección de la mejor solución ante el problema acorde a una corriente cognitiva conductual.

**b) Terapia Cognitivo Conductual**

Esta terapia tiene como consigna, que la manera en que el paciente ve los diferentes sucesos, está relacionada con el estado de ánimo y la conducta.

**c) Entrenamiento en habilidades sociales**

- Busca lograr en el paciente una manera más efectiva de comunicación con aquellas personas con las que se ha creado un ambiente de desacuerdo.
- También se quiere obtener una mejor asertividad, confianza y seguridad en uno mismo.
- Constantemente se utilizan técnicas psicológicas como el Role Play.

**d) Reconocimiento y control de la ira**

Identificar y dominar la ira generada por estímulos estresores, con el fin de evitar que el impulso a autolesionarse aumente.
Se emplean técnicas como el termómetro de sentimientos.

**e) Terapia de Familia**

Mediante un enfoque educacional, se busca la solución del problema intrafamiliar y mejorar en las habilidades de comunicación.

### 2.2.2 Variable Dependiente

Para el presente trabajo se ha optado por desarrollar el Trastornos Obsesivo Compulsivo como tal, debido a que, dentro de este, se encuentra el Comportamiento Obsesivo Compulsivo, siendo parte del proceso a desarrollar TOC, no como una clasificación. Para el desarrollo del trastorno obsesivo compulsivo dentro de este proyecto se ha realizado desde la corriente cognitiva conductual, se ha tomado varios autores que detallan las obsesiones como pensamientos recurrentes de diferente índole esto conlleva a que se dé una conducta compulsiva que busca aliviar el malestar por los pensamientos continuos que se han producido debido a un determinado estimulo.

#### 2.2.2.1 Comportamiento Obsesivo Compulsivo

El Trastorno Obsesivo Compulsivo según Obsessive Compulsive Disorder (ODC, 2007) es una condición clínica usual y tratable. El paciente con TOC, al no ser tratado, experimenta angustia, que representa una pérdida tiempo valioso para quien lo padece. En el momento de buscar tratamiento, el TOC es muchas de las veces motivo de temor y vergüenza para quien lo sufre, sin comprender que dicho trastorno es una enfermedad al igual que lo es la diabetes o la gastritis. Por lo cual existe la opción de aprender a controlar el malestar significativo en base a avances científicos que demuestran que el TOC tiene un origen biológico, además de que existe grandes avances en pacientes con este trastorno mediante la utilización de la Terapia Cognitiva Conductual y en varios casos con el trabajo multidisciplinario, es decir en conjunto con la intervención farmacológica. El TOC, es un trastorno neurobiológico que puede afectar a todas las personas sin excepción de razas, religiones y clases sociales.

Demanda mucho tiempo, que va desde una hora o más en el día.

- Provoca estrés significativo

- Impide un desempeño optimo en las diferentes actividades que el sujeto se desenvuelve.

Mardomingo & Soutullo (2009) comprenden la palabra Obsesión que viene del Latín obsessio, también de obsidere que quiere decir asediar y de sedere que significa sentar

Del Mazo (2013) menciona que las obsesiones son pensamientos persistentes, incontrolables, no anhelados y turbulentos que surgen constantemente, provocando altos niveles de ansiedad. Las personas que sufren de TOC comprenden que sus obsesiones son incoherentes, concluyendo que la compulsión es la única forma de aliviar la ansiedad.

**2.2.2.2 Obsesiones más frecuentes:**

ODC (2007) refiere las siguientes obsesiones:

- La muerte: La persistente posibilidad de que un familiar cercano muera o ellos mismos.
- El sexo: La diferencia biológica entre niño y niña, sienten que pensar sobre este tema, no está bien.
- Enfermedades: La posibilidad de que sus padres o ellos padezcan una enfermedad crónica.
- Temor a contaminarse.
- Buscan aprobación mediante el perfeccionismo

Mardomingo & Soutullo (2009) sostiene que Compulsión viene de la palabra compellere de origen Latín, que quiere decir obligar a hacer.

Del Mazo (2013) sostiene que las compulsiones son rituales mentales que se presentan de manera frecuente, se dan a consecuencia de buscar aliviar la ansiedad producida por las obsesiones. Por ejemplo, el adolescente con un miedo obsesivo a los ladrones tiende a verificar que la puerta de su cuarto se encuentre cerrada, esto lo

realiza una y otra vez. Creando un círculo de comportamiento, debido a que la compulsión brinda un alivio temporal y termina fomentando la obsesión. En los niños es muy común encontrar solo obsesiones, sin embargo, las obsesiones y compulsiones juntas se encuentran en la mayoría de los niños de más edad y adolescentes

#### 2.2.2.3 Compulsiones más frecuentes:

ODC (2007) refiere las siguientes compulsiones:

- Higienizarse continuamente: pueden pasar una hora lavándose las manos, lo que puede ocasionar dificultades dermatológicas.
- Limpiar repetidamente: debido a que no soportan la inmundicia.
- Hacer verificaciones de manera continua.
- Inquietud excesiva por mantener el orden.
- Aglomerar cosas sin deshacerse de ninguna de ellas.
- Realizan rituales con un número determinado de veces o de una forma en concreta, ya que piensan que al no hacerlo podría pasarles algo malo bien a sus familiares o a ellos mismos.

#### 2.2.2.4 Historia

Mardomingo & Soutullo (2009) refieren que el contexto religioso se encuentra relacionado con el Trastorno Obsesivo Compulsivo desde tiempos remotos, debido a que el ambiente de dicho contexto impulsa la creación de rituales, desarrollados dentro de ceremonias repetitivas, llevadas a cabo con el objetivo de atraer cosas buenas y evitar peligros. El temor que se desarrolla en torno a las diferentes supersticiones es preferible a sobrellevar la ansiedad que puede provocar la culpabilidad por pensamientos de auto agredirse. Por ende, debemos comprender que el TOC es un trastorno mental que tiene sus orígenes hace siglos. Pierre Janet menciona el primer caso en el que se describe la presencia de TOC en niños, es en el año de 1903, donde un niño de 5 años fue diagnosticado con TOC.

También recalca una característica clínica más común en pacientes con TOC, la

tendencia a ocultar los síntomas del trastorno debido a lo extraño que estos resultan. Janet también inserta el término psicastenia que hace referencia a un tipo de trastorno con características intelectivas altas, este término comprende a las obsesiones como tics de los cuales del paciente es consciente, sin embargo, es no garantiza que los pueda controlar.

Morel (1866) hace referencia sobre los estados obsesivos, tomándolos como una enfermedad que afecta las emociones. Sigmund Freud en 1967, desglosa la obsesión en dos segmentos: un pensamiento que el sujeto no puede controlar y un período emotivo que provoca ansiedad, inseguridad, culpa e irritabilidad. El 1965 Ana Freud establece una característica diferencial en las obsesiones de los niños que es la generalidad del síndrome, por lo que refiere que las obsesiones pueden darse como indicadores ajenos o relacionados con otros síntomas.

#### 2.2.2.5 Epidemiología

Bados (2005) menciona tres obstáculos que interfieren en la investigación sobre la incidencia y presencia de TOC.

a) Las escasas investigaciones.

b) Los pacientes jóvenes, optan por esconder sintomatología y muchas de las veces debido a los padres.

c) Diferenciación objetiva entre el Trastorno Obsesivo Compulsivo, rasgos obsesivos y la personalidad obsesiva.

Salcedo, Vásquez, & Calvo (2011) detallan varios trabajos pioneros sobre TOC fue realizado por Berman en 1942, sobre la prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo en población clínica de Nueva York, mediante el cual obtuvo un 0,2% de prevalencia, además de otros estudios realizados posteriormente con la misma temática, como el que realizó Judd en el año de 1965, donde el 1,2% del total niños diagnosticados con un trastorno mental, sufrían de TOC. Hollingsworth junto a otros

investigadores obtuvieron como resultado que el 0,2% de una población clínica total de la ciudad de los Ángeles padecía Trastorno Obsesivo Compulsivo en el año de 1980. En 1947, ciudad de Barcelona, un estudio realizado por Adams, dio como resultado, un porcentaje de 2, en niños que sufrían de trastornos emocionales. En comparación con los estudios antes mencionado este último refiere una cifra alta similar al siguiente estudio, mismo que fue realizado por Mardomingo en 1989 en la ciudad de Madrid, en pacientes con trastornos psiquiátricos, en donde se obtuvo un 2,3% como resultado.

Mardomingo & Soutullo (2009) refieren detalles sobre un estudio realizado por Flament en el año de 1988, investiga un grupo de adolescentes, mediante la aplicación de una versión modificada del Inventario de Obsesiones de Leyton en una población general, en conjunto con una entrevista clínica únicamente con sujetos que arrogaron puntuaciones altas. Mediante este proceso se obtuvo una prevalencia de 0.35%. Sin embargo, estos resultados no convencen a los autores, ya que opinan que la prevalencia debía ser de un 0,70% en un grupo de 200. 000 niños y adolescentes de los Estados Unidos.

Mediante esta corta revisión se concluye que la presencia de TOC en infantes y en adultos tiene cifras similares, a diferencia de la depresión, la ansiedad o la esquizofrenia.  Ya que una característica especial de estas es que se presentan en la vida adulta.

**2.2.2.6 Diferencia de TOC en niños/adolescentes y adultos.**

Del Mazo (2013) refiere que es posible que los niños desconozcan el nivel irracional de sus obsesiones y que tan excesivas son sus compulsiones a diferencia de un adulto, además de que involucran a otras personas dentro de los rituales, que con frecuencia son los padres. Los niños tienen formas específicas de expresar el trastorno. El TOC puede iniciar entre edades de 8 y 9 años, es decir que dentro de estar edades podemos apreciar rasgos de TOC, sin embargo, existen contados casos de niños que, con tan solo 8 años, han sido diagnosticados con un cuadro clínico severo, e incluso niños de

3 y 4 años que ya presentan síntomas. En edades entre los 15 y 20 años es más frecuente que inicie el trastorno**.**

### 2.2.2.7 Causas

Encontramos las diferentes causas desde la perspectiva de ODC (2007)**.**

- Enfermedad neurológica que provoca inconvenientes en la correcta actividad de los elementos químicos propios del cerebro.
- En algunos de los casos diagnosticados son hereditarios.
- Eventos estresantes pueden desencadenar el desarrollo del trastorno.
- Científicos creen que es resultado del mal funcionamiento del área encargada de enviar los mensajes de alerta al cerebro, localizada en la corteza cerebral. Las personas que padecen TOC al contrario de las que no lo padecen, retienen estos mensajes, tomándolos en serio.
- Segmentos del cerebro encargadas de clasificar y organizar la información entrante, pueden tener alteraciones en personas que padecen TOC por lo que la toma de decisiones es un trabajo difícil**.**

### 2.2.2.8 Trastorno Obsesivo Compulsivo según los Criterios Diagnósticos del DSM-V.

**Presencia de 3 meses o más.**

| **Criterio A** | **Las obsesiones se determinan por los siguientes puntos:** |
|---|---|
| Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: | 1. Ideas impulsivas, repetitivas e incontrolables que se vive durante el trastorno, que provocan malestar significativo.<br>2. Deseos del paciente por eliminar estas ideas irracionales, contrarrestándolo con acciones es decir da paso a las compulsiones que buscan un efecto aliviador. |
| | **Las compulsiones se determinan por** |
| | 1. Son actos como: lavarse constantemente las manos, preocupación excesiva por el orden entre otros, mediante las compulsiones se busca contrarrestar las obsesiones. |

| | |
|---|---|
| | 2. Las compulsiones buscan aliviar el malestar provocado por los pensamientos, mediante actos que permitan bajar los niveles de ansiedad. Dichas compulsiones resultan excesivas debido a que no se encuentran vinculadas de manera realista. |
| **Criterio B** | Las obsesiones o compulsiones ocupan más de una hora diaria o causan un malestar importante en las diferentes actividades que realiza el sujeto. |
| **Criterio C** | Las obsesiones y compulsiones o se deben a causas fisiológicas es decir a consumo de sustancia, uso de drogas o debido a causas médicas. |
| **Criterio D** | Este trastorno no se explica mejor por los síntomas de otras alteraciones mentales |
| **Especificar si** | **Introspección aceptable:** El paciente acepta que las ideas irracionales pueden tener o no credibilidad.<br>**Poca introspección:** El paciente percibe con inseguridad si las creencias irracionales son verederas o no.<br>A**usencia de introspección.** El paciente está completamente seguro de que las ideas irracionales son ciertas, es decir presenta ideas delirantes. |
| **Especificar si** | El sujeto presento un historial de un trastorno de tics. |

Tabla No. 1: Criterios para el Trastorno Obsesivo Compulsivo
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

### 2.2.2.9 Criterios CIE-10 para el diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

De acuerdo a la revisión que hace la OMS (2001) se exponen los siguientes criterios:

A. Presencia de obsesiones o compulsiones, pueden presentarse ambas. Deben presentarse como mínimo dos semanas, ocupando gran parte del tiempo de estos días.
B. Las obsesiones y las compulsiones deben cumplir los siguientes criterios, es obligatorio que todas se presenten.
    1) El sujeto reconoce que se producen en su mente y que no son a causa de

estímulos externos.

2) Se dan de forma repetitiva y persistente, el sujeto debe reconocer que son irracionales.
3) Existe el deseo de resistirse ante la persistencia de las obsesiones o compulsiones por parte del sujeto.

C. Las obsesiones y las compulsiones causan malestar significativo en las diferentes actividades dentro de las cuales se desenvuelve el sujeto.

D. Las obsesiones y las compulsiones no se llevan a cabo por otras alteraciones mentales.

### 2.2.2.10 Tratamiento

Bados (2005) menciona que la Terapia Cognitivo Conductual, es eficaz y sustentable en el tratamiento de pacientes con TOC. Los Terapeutas Cognitivos Conductuales generalmente usan dos tipos de técnicas dentro del tratamiento psicológico, la terapia cognitiva más la exposición y prevención de respuestas (EPR). Además, el profesional puede complementar su trabajo con técnicas como auto observación y registro, además de preparar al paciente en técnicas de manejo de estrés y habilidades sociales mismas que se ven deterioradas como consecuencia del trastorno.

**Terapia Cognitiva**

Mediante esta terapia se busca ayudar al sujeto a identificar y cambiar esquemas de pensamientos que provocan ansiedad.

**Exposición y prevención de respuesta (EPR)**

Saval Manera (2015) sostiene que esta técnica utiliza series de exposiciones controladas y niveladas a los resultados que provocan las obsesiones y compulsiones. Mediante los progresos el sujeto aprende a lidiar de forma diferente a estas situaciones. Dando como resultado que la intensidad y la frecuencia en la que se van presentando respectivamente las obsesiones y compulsiones disminuya. Esta terapia

produce ansiedad intencionalmente en el paciente, que va desde niveles que el sujeto pueda soportar. Dentro de los progresos de la terapia, los pacientes descubren que la exposición no resulta tan difícil como lo habían supuesto, además de que van adquiriendo seguridad.

**Pasos a seguir dentro de la EPR:**

1. El paciente debe detallar las características de sus obsesiones y compulsiones
2. Luego de identificarlas debe ordenarlas desde las que causan menor a mayor ansiedad.
3. El terapeuta debe crear exposiciones en base a las situaciones de menor dificultad, mismas que representen un desafío para el paciente.
4. Una vez que el sujeto se encuentre inmerso en la angustia, el terapeuta debe cuidar de que el paciente evite llevar a cabo compulsiones, durante el tiempo establecido, es decir se cuidara que el paciente no realice estas conductas, primero en un tiempo de 1 minuto, luego se ira prolongando el tiempo.

ODC (2007) refiere que mediante la práctica de este ejercicio los pacientes que padecen TOC, descubren que la ansiedad es momentánea. El profesional puede utilizar diferentes recursos para crear las exposiciones, desde visualizaciones hasta grabaciones imaginarias, que permitan que el paciente se muestre ansioso. Con la repetición de los ejercicios de exposición, la ansiedad que presentan los pacientes disminuye en relación a las primeras sesiones, hasta que desaparecen totalmente. De esta forma las personas aprenden que nada malo ocurre cuando dejan de realizar los rituales compulsivos. Cuando la terapia concluye, los pacientes pueden ponerse nuevos objetivos, como encontrar un trabajo mejor, hacer nuevas amistades, optar por nuevos pasatiempos.

## 2.3 Hipótesis o Supuestos

### 2.3.1. Hipótesis Alternativa (H1)

La práctica de cutting está relacionada con el desarrollo del comportamiento obsesivo compulsivo.

### 2.3.2. Hipótesis Nula (H0)

La práctica de cutting no está relacionada con el desarrollo del comportamiento obsesivo compulsivo.

# CAPÍTULO III
# MARCO METODOLÓGICO

## 3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo interrelacional debido a que el objetivo principal es identificar la relación entre la práctica de cutting y el desarrollo del comportamiento obsesivo compulsivo, además de que tiene una orientación cuantitativa gracias a los instrumentos que cuentan con una fiabilidad y validez confiable, permitiendo una medición y tabulación objetiva. También presenta un enfoque metodológico no experimental y es también de tipo bibliográfica ya que se desarrolla en base a diferentes bases bibliográficas.

## 3.2 Selección del área o ámbito de estudio

La presente investigación se desarrolla mediante la colaboración de estudiantes del octavo a décimo año de básica, que asisten en la sección diurna de la unidad educativa Victoria Vásconez Cuvi, ubicado en la ciudad de Latacunga.

El ámbito de aplicación de este trabajo se realiza en adolescentes, por lo cual los evaluados oscilaron entre 12 y 15 años.

## 3.3 Población

La población de estudio contó con 234 estudiantes del octavo a décimo año de básica, que asisten a clases en la sección diurna.

## 3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

### 3.4.1 Criterios de inclusión

- Que sean estudiantes de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi
- Que sean estudiantes de los octavos, novenos y decimos años.
- Que cuenten con la autorización del representante.
- Que se tengan entre 12 y 15 años

### 3.4.2 Criterios de exclusión

- Que no sean estudiantes de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi
- Que no sean estudiantes de los octavos, novenos y decimos años.
- Que no cuenten con la autorización del representante.
- Que no tengan entre 12 y 15 años

## 3.5 Diseño muestral

Población=597

$X=Z(C/100)^2r(100-r)$

X=234

Muestra: 234

### 3.6 Operacionalización de Variables

**3.6.1. Variable Independiente:** Práctica de Cutting

| **Conceptualización** | **Dimensiones** | **Indicadores** | **Ítems básicos** | **Técnica e Instrumentos** |
|---|---|---|---|---|
| Walsh (2006) refiere que el Cutting es el acto intencionado de hacerse daño de manera corporal, de baja letalidad, es decir que lo ejecuta sin el objetivo de morir. Una acción deliberada con tendencia a repetirse de manera continua, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo. | Ausencia de Autolesión<br><br>Presencia de Autolesión leve<br><br>Presencia de Autolesión moderada<br><br>Presencia de Autolesión Grave | Máximo un solo episodio autolesivo (0-1) puntos.<br><br>De dos a cinco episodios autolesivos (2-10) puntos.<br><br>De 6 a 19 episodios autolesivos que demandan acompañamiento psicológico. (11-19) puntos.<br><br>Más de 20 episodios autolesivos que demanda un trabajo multidisciplinario. (20-25) puntos. | 1. Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel<br><br>3. Quemarte (con cigarrillos u otro objeto).<br><br>9. Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas).<br><br>10. Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel.<br><br>12. Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas. | **Instrumentos**<br>CÉDULA DE AUTOLESIÓN<br>**Técnicas**<br><br>Recolección de datos a base de test. |

Tabla No. 2: Práctica de Cutting
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

**3.6.2 Variable dependiente:** Comportamiento Obsesivo Compulsivo

| **Conceptualización** | **Dimensiones** | **Indicadores** | **Ítems básicos** | **Técnicas e Instrumentos** |
|---|---|---|---|---|
| ODC (2007) sostiene que el Comportamiento Obsesivo Compulsivo se comprende como rasgos del Trastorno Obsesivo Compulsivo siendo este un trastorno neurobiológico, que puede afectar a todas las personas sin excepción de razas, religiones y clases sociales. | Ausencia de TOC<br><br>Rasgos de TOC<br><br>Trastorno Obsesivo Compulsivo | No se observan conducta obsesiva o compulsiva, sujeto que se mantiene dentro de la normalidad (0 a 20) puntos.<br><br>Presenta ideas obsesivas y conducta compulsiva de diferente naturaleza que pueden generar malestar al sujeto, por lo un acompañamiento psicológico es necesario (21 a 40) puntos.<br><br>Para determinar un trastorno se debe contar con una entrevista psicológica estructurada para un diagnostico objetivo, el sujeto experimenta malestar significativo dentro de las diferentes áreas que se desenvuelve (41 a 72) puntos. | 1. Almacenar objetos, llegando a ser un estorbo.<br><br>2. Confirmar situaciones más de lo común. | **Instrumentos**<br><br>OCI-R (Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado)<br><br>**Técnicas**<br><br>Recolección de datos a base de test. |

Tabla No. 3: Comportamiento Obsesivo Compulsivo
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

### 3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

Una vez que se cumplió con el protocolo de investigación establecido, se procedió a gestionar la solicitud de apertura al Rector de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga. Se aplicaron dos diferentes reactivos a cada uno de los estudiantes evaluados de 12 a 15 años de edad, estudiantes de dicha institución.
El presente estudio se llevó a cabo de forma colectiva, cada grupo se conformó de acuerdo al número de estudiantes que conformaba cada paralelo, por lo cual no se puede dar un diagnóstico basado únicamente en la aplicación de los instrumentos psicológicos.

Los instrumentos psicológicos fueron administrados con el debido consentimiento informado de cada uno de los representantes de los estudiantes evaluados.

**Instrumentos aplicados:**

**Instrumento de evaluación en la Práctica de cutting.**

Para la evaluación del cutting se tomó un cuestionario denominado Cedula de Autolesión, que permite además de determinar esta práctica, desenvuelve el área de afectación que da paso a esta conducta lo que permitiría formar un plan de tratamiento objetivo. Se considera como un cuestionario de alta confiabilidad presenta las siguientes valoraciones y apreciaciones:

**Cédula de Autolesión (CAL).**

Es un cuestionario que consta de 13 reactivos planteados para identificar y calcular temporalmente autolesiones no suicidas. Tenemos los reactivos de 1 al 12, que ejemplifican el tipo de lesiones, cuando la respuesta es SI, esta puede seguir a contestar los apartados sobre la frecuencia, cuando fue la última vez que se llevó a

cabo la autolesión. Existe un último reactivo, esta ayuda a identificar cual es la edad en la que inicio los actos autolesivas. De los 12 reactivos, 5 son lo tomados en cuenta dentro de la calificación, misma que va sujeta al número de veces que lo realizo, por ejemplo, haberlo realizado una vez, equivale a 1 punto, de dos veces a 5 tiene puntuación de 2 y de esta forma sucesivamente. Para el análisis de los resultados se interpreta de la siguiente forma:

0-1: Ausencia de autolesión
2-10: Autolesión leve
11-19: Autolesión Moderada
20-25: Autolesión Grave.

Marín (2013) refiere que mediante un estudio en donde se busca desarrollar y evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en adolescentes que presentan conducta autolesiva, dirigido por el Dr. Miguel Israel Marín, mismo que es el autor de este instrumento de evaluación, encontró que este test es óptimo para su aplicación en adolescentes ya que presentar un alto nivel de efectividad ya que el Alfa de Cronbach es una puntuación de 0.80.

**Instrumento de Evaluación para el Comportamiento Obsesivo Compulsivo.**

En la determinación del comportamiento obsesivo compulsivo se emplea el Inventario de Obsesiones y Compulsiones (OCI R). La escala se mantiene con alta confiabilidad y validez, y se constituye en un instrumento indispensable para la evaluación y seguimiento de todo niño y adolescente con TOC.

El OCI fue creado por Foa, E. B (2002) para la evaluación de las diferentes obsesiones y compulsiones, propias de personas que padecen TOC, sin embargo, este hace más énfasis en la evaluación de las compulsiones, es decir los actos que realizan los sujetos realizan como rituales. Esta primera versión del OCI, consta de 47 agregados o preguntas, que representan a 7 sub-escalas. De estos 47 ítems 8 evalúan

acciones relacionadas con el lavado, 8 evalúa comprobaciones, 3 obsesiones de duda, 5 en relación al orden, 8 evalúa obsesiones, 3 actos de acumulación y 6 en relación a la neutralización mental. Estos ítems se los califica en una escala del o al 4. La sub escala de acumulación no entra para el resultado que nos permita diferenciar entre paciente con TOC y sin TOC. Hay que recalcar que esta creación fue dirigida a población adulta.

La segunda versión del OCI es española, este fue editada por Fullana M. y Mataix D (2004) y se realiza con el fin de eliminar escalas redundantes, omite la correlación de las sub escalas y disminuye el solapamiento de las mismas dentro de la evaluación que demandan tiempo. Por ende, se dio origen al Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R). Este nuevo instrumento cuenta con 18 ítems, desglosados, 6 sub escalas de 3 ítems. Comprobación, lavad, obsesión, acumulación, neutralización mental y orden. Cada uno de los ítems se valora de 0 a 4 puntos según el nivel de malestar que ocasiona. Podemos obtener dos resultados una relacionada con cada escalada y un resultado en total. En relación a la puntuación total tenemos rangos que señalan que de 0-20 puntos no existen ningún tipo de alteración, de 21 a 40 puntos tendremos sujetos con comportamiento obsesivo compulsivo o rasgos de TOC y de 41 a 72 puntos podremos evidenciar la posible presencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo, cabe mencionar que este instrumento solo, no aplica para establecer un diagnóstico.

Martínez, Piqueras, & Marzo (2011) refieren mediante un estudio en donde se analizó la fiabilidad del OCI-R, para su aplicación en población adolescente de nacionalidad española. Se desarrolló en población no clínica de 525 adolescentes entre las edades de 12 a 18 años. Esta investigación concluye que el instrumento psicométrico es óptimo para su aplicación en adolescentes, además de presentar un alto nivel de efectividad ya que elAlfa de Cronbach es una puntuación de 0.82.

### 3.8 Aspectos éticos

Los aspectos éticos considerados parten desde el ámbito psicológico, en donde priorizan los siguientes puntos:

- **Participación de seres humanos**

  Los Instrumentos Psicológicos utilizados en la investigación no representan ningún tipo de daño ya sea físico o psicológico para los examinados.

- **Proceso del consentimiento informado**

  Se trabaja con menores de edad, por lo cual se entrega una Hoja de Consentimiento los representantes, en donde se expone la problemática a estudiar y los diferentes aspectos éticos que se toman en cuenta.

- **Consecuencias de la participación en el estudio**

  Los resultados obtenidos serán entregados al Psicólogo de la Unidad Educativa, únicamente de aquellos casos que se hayan determinado como graves y que necesiten atención psicológica inmediata.

- **Confidencialidad de la información obtenida.**

  Los resultados en general de la investigación solo serán informados para el trabajo investigativo. A excepción de casos graves que se haya encontrado deberán ser comunicados al Psicólogo de la Institución. Fuera de los dos puntos anteriores los resultados son confidenciales.

- **Informe de los resultados de las pruebas a los participantes**

  Se informará de los resultados únicamente a los sujetos que deseen conocerlos, esto se hará de forma profesional.

# CAPÍTULO IV
# ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

## 4.1 Variable Independiente: Práctica de Cutting

| DIMENSIONES | PUNTAJE | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Ausencia de Autolesión** | 188 | 80% |
| **Presencia de Autolesión leve** | 44 | 19% |
| **Presencia de Autolesión moderada** | 2 | 1% |
| **Total** | 234 | 100% |

Tabla No. 4: Practica de Cutting
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

### Análisis Cuantitativo

En relación con el producto obtenido se interpreta que de los sujetos evaluados el 1% presenta autolesión moderada, el 19 % presenta autolesión leve y el 80% presentan ausencia de autolesión.

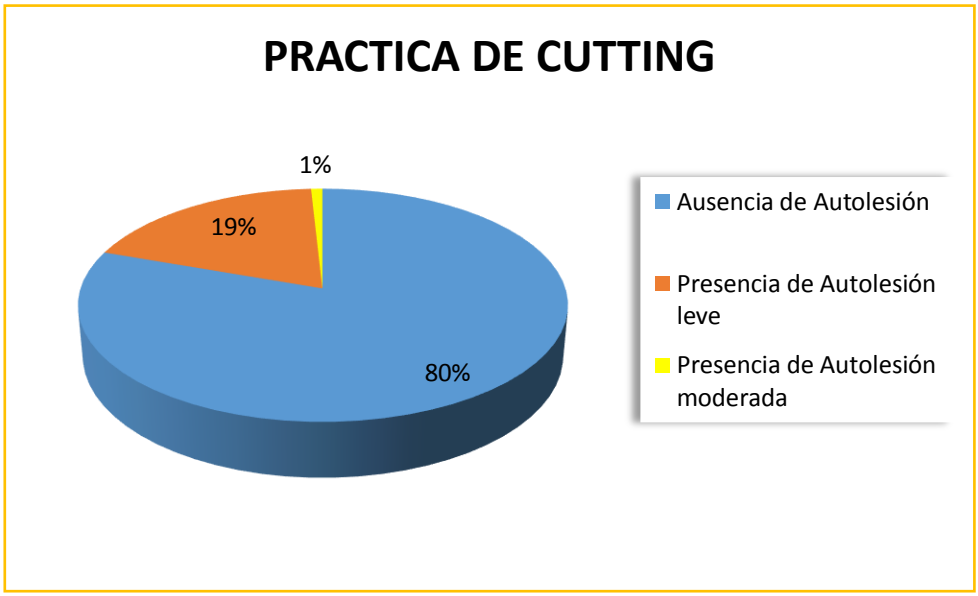


Gráfico No. 1: Práctica de Cutting
**Fuente:** La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
**Elaborado por:** Avila M.J. (2016)

## Interpretación de resultados

De acuerdo a la información recolectada mediante La Cedula de Autolesión se evidencio que un gran porcentaje de los sujetos evaluados no presentan conducta autolesiva, dichos sujetos han desarrollado herramientas de afrontamiento optimas ante las diferentes presiones ya sean familiares, sociales entre otras, que aquejan a la población adolescente actual, en comparación del pequeño grupo de sujetos que presentan autolesión leve y moderada respectivamente, cuya manera de enfrentar las emociones perturbadoras y presiones ambientales es la autolesión o práctica de cutting, dicha conducta es reforzada gracias a un familia rígida, donde los temas como la sexualidad y la muerte aún son un tabú, creando un ambiente de desconfianza y soledad para los adolescentes.

## 4.2 Análisis de las formas de autolesión y su prevalencia en relación al uso por los adolescentes evaluados.

| AUTOLESIONES SEVERAS | NÚMERO | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| 1. **Cortarse** | 39 | 58% |
| **3. Quemarse** | 3 | 5% |
| **9. Frotarse con objetos punzantes** | 13 | 20% |
| **10. Frotarse con ácido** | 1 | 2% |
| **12. Tratamiento requerido por la severidad** | 10 | 15% |

Tabla No. 5: Formas de Autolesión y su prevalencia en relación al uso.
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

### Análisis Cuantitativo

De acuerdo con los datos obtenidos, podemos apreciar que el tipo de autolesión menos frecuente es frotarse con ácido con el 1%, seguida de la acción de quemarse con el 5%, el 15% corresponde a personas que se encuentran o que estuvieron dentro de un tratamiento psicológico debido a presentar conducta autolesiva, frotarse con objetos punzantes se representa con el 20% y el 59% refiere a los sujetos que tienden a cortarse mediante objetos corto-punzantes.

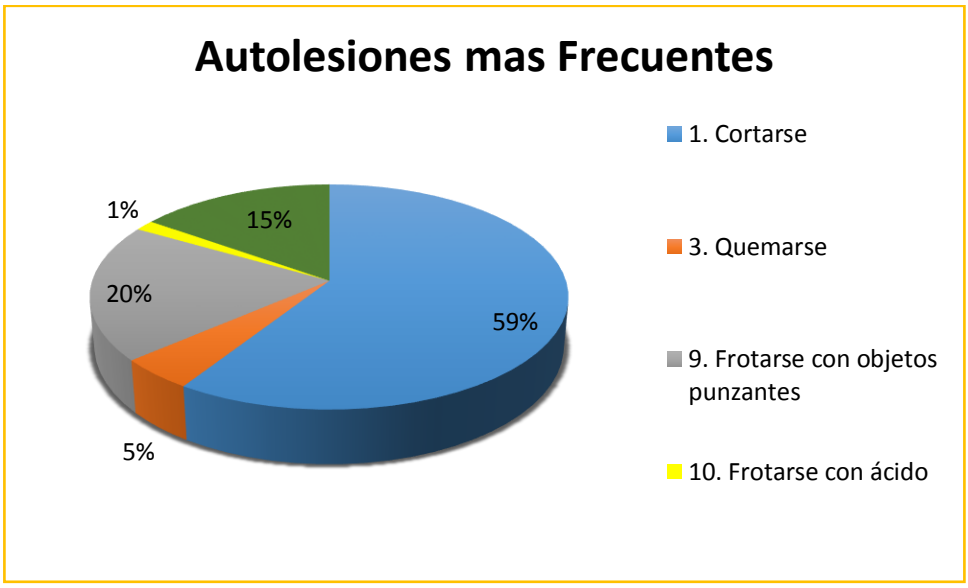


Gráfico No. 2: Formas de Autolesión y su prevalencia en relación al uso.
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

**Interpretación de resultados**

Mediante los datos obtenidos podemos evidenciar que la tendencia a cortase la piel es la más efectuada por los adolescentes, debido a que es la más compartida entre los jóvenes ya sea por las redes sociales o Blogs en los cuales los auto lesionadores comparten sus experiencias y sensaciones que dicha autolesión produce, además de que sugieren otras formas de autolesión. También puede deberse a que esta conducta es fácil de ocultar, puesto que las muñecas y las piernas son las partes del cuerpo más vulnerables. El acto de quemarse y frotarse con ácido son los menos frecuentes entre los adolescentes de la muestra evaluada, debido a que esta difícilmente puede pasar desapercibida, los adolescentes suelen quemarse con cigarrillos encendidos, sin embargo, el olor del mismo puede ser alertador. Un ítem dentro de la Cédula de Autolesión, que no hace referencia a un acto determinado, pero no menos importante, se refiere a personas que han estado o están dentro de un tratamiento psicológico, al cual se sujetan un porcentaje muy bajo, constatando en primer pocos son los

adolescentes que buscan ayuda y que son pocos los que identifican la práctica de cutting como una problemática que genera un bienestar temporal.

### 4.3 Prevalencia de la práctica de Cutting en relación al total de estudiantes evaluados.

| ADOLESCENTES | NÚMERO | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Total, adolescentes evaluados** | 234 | 84% |
| **Total, adolescentes afectados** | 46 | 16% |

Tabla No. 6: Prevalencia de la práctica de Cutting en relación al total de estudiantes evaluados.
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

**Análisis Cuantitativo**

En relación a los datos obtenidos se puede apreciar que, de los 234 estudiantes evaluados, son 46 adolescentes quienes presentan práctica de cutting, es decir del 100% de evaluados el 16% se ve afectado por esta conducta.

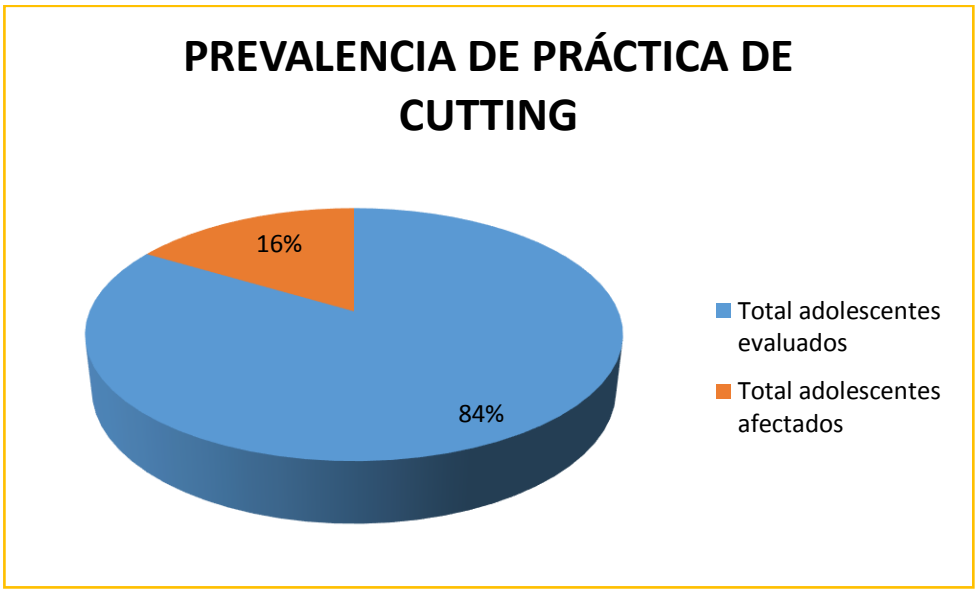


Gráfico No. 3: Prevalencia de la práctica de Cutting en relación al total de estudiantes evaluados.
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

## Interpretación de resultados

Con los datos obtenidos y mediante el análisis cuantitativo se determina que un porcentaje pequeño presenta práctica de cutting, lo que refiere que la mayoría de los sujetos evaluados han desarrollado formas adecuadas de afrontamiento y resolución de conflictos adecuados ante estímulos estresores, lo cual posteriormente permitirá establecer en el sujeto destrezas de aprendizaje y habilidades sociales gratificadoras.

### 4.4 Prevalencia de cutting en relación al género.

| ADOLESCENTES | NÚMERO | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **MASCULINO** | 16 | 35% |
| **FEMENINO** | 30 | 65% |
| **TOTAL** | 46 | 100% |

Tabla No. 7: Prevalencia de cutting en relación al género.
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

**Análisis del aspecto cuantitativo**

De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que el género masculino cuenta con 16 adolescente representando el 35% de sujetos que practican cutting. El género femenino cuenta con 30 adolescentes, que representan el 65% de sujetos que practican cutting.

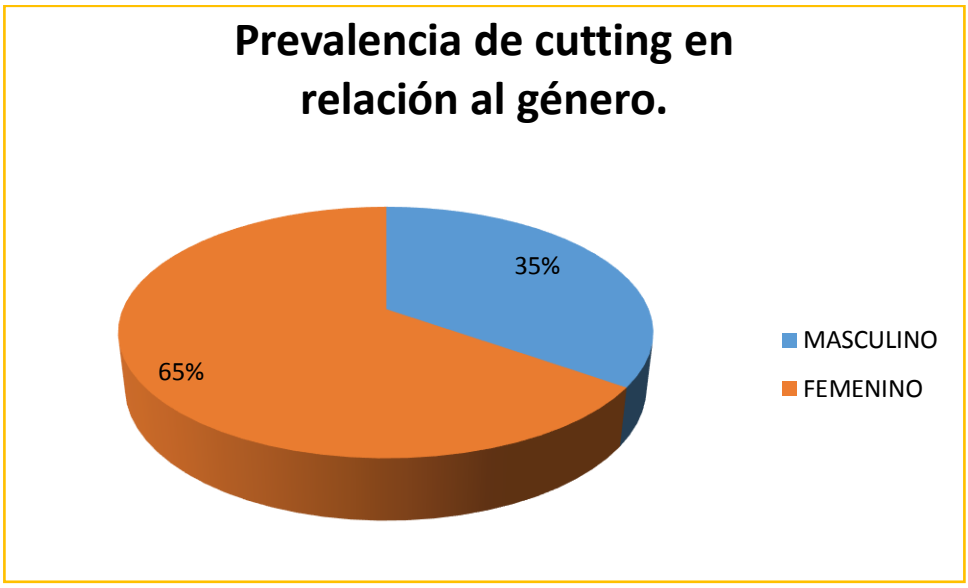


Gráfico No. 4: Prevalencia de cutting en relación al género.
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

**Interpretación de resultados**

Mediante los resultados obtenidos podemos determinar que el género con mayor tendencia a la práctica de cutting es el género femenino, debido a que dicho grupo tiene mayor prevalencia a presentar sintomatología depresiva, de baja autoestima y canalización emocional no adecuada, además de un proceso cognitivo de tipo negativo, mismo que son características propias de adolescentes con práctica de cutting.

## 4.5 Variable Dependiente

### Comportamiento Obsesivo Compulsivo

| DIMENSIONES | PUNTAJE | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Ausencia de TOC** | 64 | 27% |
| **Rasgos de TOC** | 152 | 65% |
| **Posible Trastorno Obsesivo Compulsivo** | 18 | 8% |
| **Total** | 234 | 100% |

Tabla No. 8: Comportamiento Obsesivo Compulsivo
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

### Análisis del aspecto cuantitativo

En relación con los resultados obtenidos, se interpreta que el 8 % de los evaluados presentan un posible trastorno obsesivo compulsivo, mientras que el 27% no presentan ningún tipo de alteración y el 65% corresponde a los sujetos que presentan rasgos de este trastorno, es decir presentan un comportamiento obsesivo compulsivo.

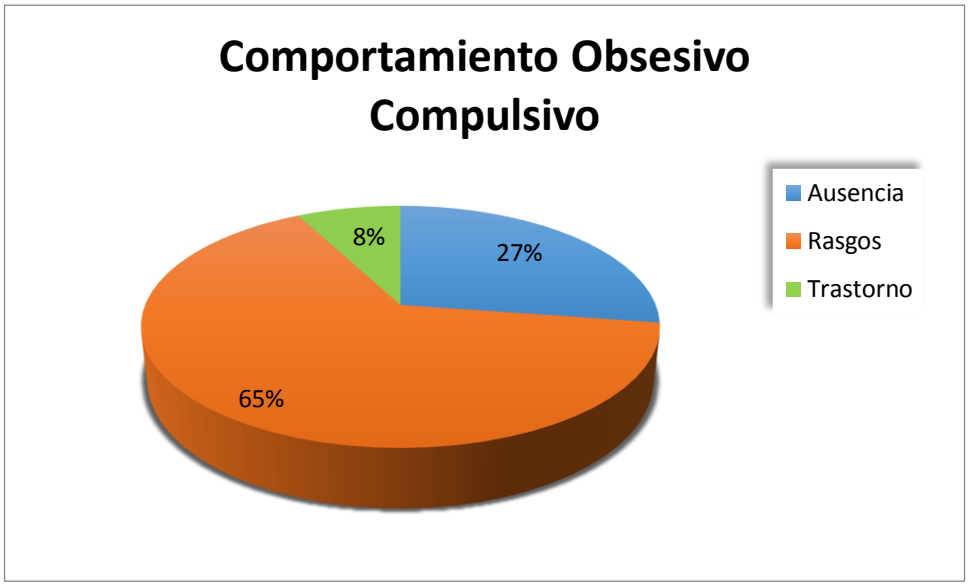


Gráfico No. 5: Comportamiento Obsesivo Compulsivo
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

**Interpretación de resultados**

Mediante la gráfica relacionada con la obtención de datos sobre el comportamiento obsesivo compulsivo, podemos apreciar que más de la mitad del grupo evaluado presentan rasgos de TOC o mantiene un comportamiento obsesivo compulsivo, dichos resultados deben ser sustentado junto a una entrevista clínica individual correctamente estructurada, ya que en este estudio se tomó únicamente los resultados del test aplicado. Dichos adolescentes que presentan rasgos y una posible presencia de TOC como trastorno es debido a las diferentes interrogantes, temores y preocupaciones que surgen alrededor del tema de la muerte y sexual. Nos encontramos dentro de una cultura dentro de la cual estos temas son considerados un tabú, lo cual dificulta que padres e hijos puedan interactuar sobre los mismos y responder ante las dudas y preocupaciones de los adolescentes. Además, el tema académico es de suma importancia y la sociedad se ha vuelve más competitiva lo que

lleva a que los estudiantes a preocuparse por sus calificaciones y su futuro profesional, por lo cual los estudiantes tienden a obsesionarse por calificaciones altas, creando un malestar significativo.

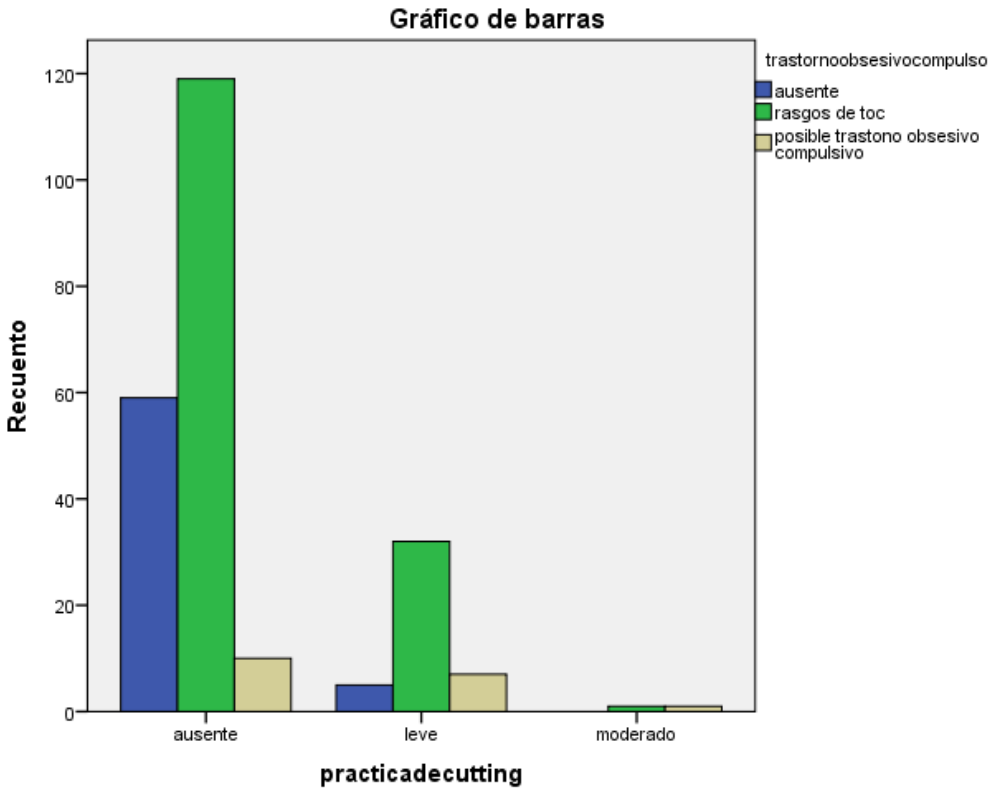


Gráfico No. 6: Gráfico de barras
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

## Interpretación

Una vez analizado los datos estadísticos de las variables de la Practica de cutting y Comportamiento obsesivo compulsivo, se determina que no existe relación entre dichas variables, puesto que los sujetos que no practican el cutting, presentaron altos niveles de rasgos de TOC, además de un nivel bajo de sujetos que presentan un posible trastorno obsesivo compulsivo, de la misma forma se evidencio que sujetos que presentaron práctica de cutting leve estuvo acompañado de niveles bajos de rasgos de TOC y posible trastorno obsesivo compulsivo. Por último, los sujetos con práctica de cutting moderado presento únicamente un nivel muy bajo de posible trastorno obsesivo compulsivo.

## 4.6 Verificación de Hipótesis

### Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Válidos | | Perdidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| Práctica de Cutting * Comportamiento Obsesivo Compulsivo | 234 | 100,0% | 0 | 0,0% | 234 | 100,0% |

Tabla No. 9: Resumen del procesamiento de los casos
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

### Tabla de contingencia Práctica de Cutting * Comportamiento Obsesivo Compulsivo

Recuento

| | | Trastorno obsesivo compulso | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ausente | rasgos de toc | posible trastono obsesivo compulsivo | |
| Práctica de cutting | ausente | 59 | 119 | 10 | 188 |
| | Leve | 5 | 32 | 7 | 44 |
| | moderado | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | | 64 | 152 | 18 | 234 |

Tabla No. 10: Tabla de contingencia
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

**Pruebas de chi-cuadrado**

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) | Probabilidad en el punto |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 16,226[a] | 4 | ,003 | ,007 | | |
| Razón de verosimilitudes | 14,533 | 4 | ,006 | ,004 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | 14,921 | | | ,002 | | |
| Asociación lineal por lineal | 13,677[b] | 1 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N de casos válidos | 234 | | | | | |

a. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

b. El estadístico tipificado es 3,698.

Tabla No. 11: Formas de Autolesión
Fuente: La Práctica de Cutting y el desarrollo del Comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes del octavo a décimo año de básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga
Elaborado por: Avila M.J. (2016)

**Interpretación:**

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson con el estadístico exacto de Fisher, se ha encontrado que la práctica de cutting no se relaciona con el desarrollo del comportamiento obsesivo compulsivo, por lo que se rechaza la hipótesis alterna, tomando en cuenta los siguientes resultados:

$X2(4) = 14,921, p>0,05$

# CAPÍTULO V
# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 5.1 Conclusiones

- En estudiantes de octavo a décimo año de educación básica, sección diurna de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi no se establece relación entre las variables establecidas, de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la presente investigación se puede evidenciar que el desarrollo del comportamiento obsesivo compulsivo no es resultado de la práctica de cutting por lo que se puede catalogar enfermedades neurológicas que desencadenan alteraciones en los neurotransmisores, eventos estresores y en algunos casos hereditario como causas del mismo.

- De acuerdo a los datos obtenidos se evidenció que el 80% de estudiantes evaluados presentan ausencia de autolesión o práctica de cutting, el 19% hace relación a estudiantes con autolesión leve y el 1% representa a estudiantes con autolesión moderada estos resultados nos indica que son pocos los evaluados que presentan autolesión, mismos que presentan tensión fisiológica provocada por emociones intolerables que provocan malestar de forma significativa, dicho acto de autolesión no tiene un objetivo suicida sino que se ejecuta con un fin de sosiego.

- Se demostró que entre los estudiantes evaluados el 27% presentan ausencia de TOC, el 65% hace referencia a estudiantes que presentan rasgos de TOC y el 8% hace relación a estudiantes con un posible Trastorno Obsesivo Compulsivo mismo que debe ser verificado mediante una evaluación psicológica más completa. Además, se encontró que, de 234 evaluados, 119 sujetos presentaron comportamiento de TOC y ausencia de autolesión, 32 sujetos presentaron comportamiento de TOC y autolesión leve y 1 sujeto presento comportamiento de TOC y autolesión moderada por lo cual se demuestra una vez más que no existe la relación entre las variables establecidas.

- Dentro de las autolesiones efectuadas o práctica de cutting con mayor frecuencias en los sujetos, se encontró que es el acto de cortarse directamente la piel con el 58%, evidenciando una vez más que esta conducta es la más conocida por medio de otros adolescentes quienes llevan tiempo efectuando dicha conducta o mediante las redes sociales y la web, en donde los contenidos expuestos y compartidos no están sujetos a parámetros de evaluación que permitan determinar los niveles de impactos en adolescentes que acceden a estos medios de comunicación.

- En relación al género, de acuerdo con el total de la población evaluada un 65% representa que el género femenino es el más propenso a la práctica de cutting, se puede mencionar que las adolescentes empiezan su vida sexual cada vez a más temprana edad, como resultado en muchos de los casos siendo relaciones temporales, ocasionando un dolor emocional alto ante el rechazo, la soledad y miedo al abandono, sin embargo al no existir recursos de afrontamiento adecuados, el cutting viene a ser uno de ellos. En cuanto, al género masculino, aunque en una menor incidencia, también se encuentra propenso a autolesionarse.

## 5.2 Recomendaciones

- Proporcionar la información necesaria sobre las causas y consecuencias del cutting, debido a que es una conducta que crece con rapidez y que afecta a los adolescentes de la actualidad, para que de esta manera las autoridades de la unidad educativa intervengan de manera objetiva, con el fin de cambiar los estilos de vida de los estudiantes y sus familias.

- Se recomienda realizar actividades de recreación por parte del Departamento de Consejería Estudiantil (DCE) de la unidad educativa, para que se pueda dar seguimiento a los adolescentes que presentan práctica de cutting, además de permitir la integración de los mismos al ambiente educativo permitiendo así garantizar su bienestar biopsicosocial.

- Se debe establecer que el principal objetivo para alcanzar con los adolescentes afectados, es la creación de habilidades de afrontamiento, para de esta manera suplantar la práctica de cutting y a la vez fomentar la seguridad y autoestima de los mismos. Además de incluir dentro de esta labor a los padres de familia ya que su participación es invaluable.

## BIBLIOGRAFÍA


Asociación Española de Psiquiatría del Adolescente. (2008). Autolesiones. *Protocolos*, 206-215.

Angel , C. (2014). Cortes a flor de piel: una aproximación psicoanalítica a la conducta de la autoincisión en la adolescencia. En F. d. Institución Universitaria de Envigado, *Katharsis* (págs. 117-140). Colombia: ISSN.

Apter, A., Fallow, J., King, R., Ratzoni, G., Zohar, A., Binder, M., y otros. (2006). Obsessive-compulsive characteristics: from symptoms to syndrome. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1424-1431.

Asbahr, F., Castillo, A., Ito, L., Latorre, M., Moreira, M., & Lotufo-Neto, F. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child &Adolescent Psychiatry*, 28-36.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de Consulta Criterios Diagnósticos del DSM V.* Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Bados, A. (2005). *Tratorno Obsesivo Compulsivo.* Barcelona: Tractament Psicològics.

Barrett, P., Healy (2008)-Farret, L., & March, J. (2008). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 131-155.

Bennardi, M., & Arensman, E. (2014). Cutting thoughts and behaviour in the influence of psychological and social factors. *Mental healt training through research network in europe*, 1-2.

Caballero, D., & Hannover, S. (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.* La Paz: Copyright.

Canals, J., Hernández, C., Cosi, S., Lázaro, L., & Toro, J. (2011). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version:Validity and reliability in Spanish non-clinical population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 81-96.

Castillo, C. (Junio de 2014). Aplicación de un programa de intervención psicológica para el mejoramiento de la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados que acuden al servicio de neurología del Hospital Provincial general docente Riobamba. *Aplicación de un programa de intervención psicológica para el mejoramiento de la adaptación psicosocial*

*en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados que acuden al servicio de neurología del Hospital Provincial general docente Riobamba*. Ambato , Tungurahua, Ecuador.

Castro, E., & Troncoso, J. (2007). La virtualización del cuerpo a través del "Cutting" y Body Art Performance. . *Athenea Digital*, 4.

Conterio, K., & Lader, W. (1999). *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injurers.* New York: Hyperion.

Conterio, K., Lader, W., & Kingson, J. (1998). *Bodily Harm: the breakthrough healing program for self-injurers.* New York: Hyperion.

Czarnopys, B. (2002). Exploring the Razor‟s edge: Understanding Adolescent SelfHarm. *Paradigm*, 12-13.

De Mathis , M., Diniz, J., Shavitt, R., Torres, A., Ferrao, Y., Fossaluza, V., y otros. (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectrums*, 362-370.

Del Mazo, A. (2013). *El Trastorno Obsesivo Compulsivo en el Mundo Infantil y Juvenil (Niños como Yo).* Barcelona: ATOC.

Díaz Rodríguez , A. C., González Sandoval , A. M., Minor Ferra, N., & Moreno Almazán, O. (2008). La Conducta Autodestructiva Relacionada con Trastornos de Personalidad en Adolescentes Mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 46-63.

Dubo, E., Zanarini, M., Lewis, R., & Williams, A. (2007). Childhood Antecedents of Self-Destructiveness in Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*, 63-69.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry (2nd ed.).* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Fireman, B., Koran, L., Leventhal, J., & Jacobson, A. (2001). The prevalence of Clinically Recognized Obsessive-Compulsive Disorder in a Large Health Maintenance Organization. *American Journal of Psychiatry*, 1904-1910.

Firestone, R., & Seiden, R. (1990). Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *Journal of American College Health*, 207-213.

Foghini, F., & Roldán, L. (2010). Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Hacia Un Modelo Integrador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 1-2.

Fullana, M. T.-F.-C. (2004). Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R). *Anxiety Disorders*, 405-485.

Granja Darquea, V. E. (2013). *Terapia Cognitiva Conductual en un Caso de Distimia, Inicio Temprano,en una Adolescente perteneciente a una Tribu Urbana Emo.* Quito: USFQ.

Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2003). Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 178-184.

Kancyper, L. (2013). *Adolescencia: El fin de la ingenuidad.* Buenos Aires: Lumen Humanitas.

Kirchner, T. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 26-35.

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente B, Andrade , L., Caraveo-Anduaga, J., y otros. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud Pública. *Panam Salud Publica*, 229-240.

Lamboglia, J. (2016). Casos de autolesión en adolescentes se atienden en el Instituto. *Instituto de Neurociencias (Junta de Beneficencia de Guayaquil)*.

Levenkron, S. (2006). *Cutting: Understanding and Overcoming Self-Mutilation.* New York: W. W. Norton and Company.

Manzón Naranjo, J. (2015). *Diseño de Intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano en base a la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes en Riobamaba.* Cuenca.

Mardomingo, M. J., & Soutullo, C. (2009). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente.* Madrid: Panamericana.

Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan.* México : UNAM.

Mendoza, Y., & Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el Síndrome de Comportamiento Autolesivo. *Salud Mental*, 10-16.

Mojardin, A. (2000). *Aguas con el cutting!* Obtenido de Didaktica: http://www.didaktica.com/index.php/noticias/128-aguas-con-el-cutting.html

Mosquera, D. (2008). *La Autolesión: El lenguaje del dolor.* Zaragoza: Ediciones Pléyades S.A.

Nader, A., & Boehme, V. (2010). Automutilación: ¿Síntoma o síndrome? *Revista de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*, 32 - 36.

Nader, A., & Morales, A. M. (2008). Síndrome de automutilación en adolescentes: Análisis comparativo de cormobilidad. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc*, 21-28.

Navarra, G. (2003). América latina, un continente agobiado por la ansiedad. *La Nación*, 1-2.

Nixon, M., & Heath, N. (2009). *Self Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention.* New York: Taylor y Francis Group.

Obsessive Compulsive Disorder. (2007). *Alivio para el TOC.* Chicago: Terry Lutz.

Olalla, A. (Diciembre de 2013). La sociedad ecuatoriana frente al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). *Universidad San Francisco de Quito ( Colegio de comunicación y Artes Contemporáneas)*.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación de la CIE-10 de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en Niños y Adolescentes.* Madrid: Panamericana.

Pristein, M. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal selfinjury: : A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1-8.

Psychiatry's, A. A. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 98-113.

Purington , A., & Whitlock, J. (2004). Self-Injury Fact Sheet. *Research facts and findings.*

Rospigliosi, S. F. (2010). *Ato-lesiones y Factores Asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana.* Lima: Creative Commons Reconocimiento-No comercial.

Salcedo, M., Vásquez, R., & Calvo, M. (20 de Diciembre de 2011). Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y adolescentes. *Colombia Psiquiatria, 40*(1), 131-144.

Saval Manera, J. (2015). Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo- compulsivo. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 75-81.

Silva Thyssen, L., & Van Camp, I. (2014). Non-Suicidal Self-Injury in Latin America. *Salud Mental*, 153-157.

Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J., Winchel, R., & Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 221-226.

Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 531-554.

Vasquez, C. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima.* Lima: PUCP.

Villarroel , 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. *Revista Neuro-Psiquiat*, 38-45.

Walsh, B. (2006). *Treating Self-Injury, Second Edition: A Practical Guide.* New York: The Guilford Press.

Zetterqvist , M. (2014). *Non-Suicidal Self-Injury in Swedish Adolescents.* Suecia: Copyright Holder.

## LINKOGRAFÍA


Albert. C. (2001). Psicopatología del trastorno obsesivo compulsivo. Obtenido de http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/253/13079244.pdf;jsessionid=D41C0ADF75C08326CF2DF16A4B191074?sequence=1

Aguila. A. (2014). El cutting es un acto suicida. Obtenido de http://www.suicidologia.com.mx/wp-content/uploads/2014/04/el-cutting-es-un-acto-suicida.pdf

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

Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Hajcak, G., Langner, R., et al. (2002). The Obsessive Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. Psychological Assessment, 14, 485-496. Obtenido de http://www.caleblack.com/psy5960_files/OCI-R.pdf

Malpica, María J.; Ruiz, Víctor M.; Godoy, Antonio; Gavino, Aurora. (Diciembre 2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. Anales de psicología. 25, 217-226. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v25/v25_2/04-25_2.pdf

Martínez-González, A E; Marzo, J C; Piqueras, J A; (2011). Validación del inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R) para su uso en población adolescente española. Anales de Psicología, 27() 763-773. Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720048023

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del Suicidio un imperativo global. Revista Informativa de la Organización mundial de Salud. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/

Ortiz Núñez, M. P. (2015). El cutting como factor determinante en las relaciones interpersonales de las estudiantes del décimo año de educación básica de los paralelos “f” y “h” del instituto superior tecnológico “hispano América” de la ciudad de ambato, de la provincia de Tungurahua. [Tesis

de grado]. Recuperado de base de datos U.T.A. http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/2818/1/tebs_2011_631.pdf

The Obsessive–Compulsive Inventory (short version, OCI-R). (Febrero 2016). Obtenido de http://www.psytoolkit.org/survey-library/obsessiveness-oci-r.html

Whitlock. J. (December 2009). The Cutting Edge: Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence. Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults. Obtenido de http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_nssi_1209.pdf

Whitlock. J. (2010). What is self-injury? Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults. Obtenido de http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/what-is-self-injury-9.pdf

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

**PROQUEST.** Ulloa Flores, Rosa Elena, Contreras Hernández, Cecilia, Paniagua Navarrete, Karina, & Victoria Figueroa, Gamaliel. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. Proquest.

**SCOPUS:** Marín Tejeda, Miguel, Robles García, Rebeca, González-Forteza, Catalina, & Andrade Palos, Patricia. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. Scopus.

**PROQUEST:** Ricardo-Ramírez, Carmenza, Álvarez-Gómez, Matilde, & Rodríguez-Gázquez, María de los Ángeles. (2015). Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. Proquest.

**EBRARY:** Donati P (2004). Manual de sociología de la familia: intervención y manejo directo. Recuperado de: http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10061365&p00=familia

**PROQUEST:** Caropreso, R. M. (5 de Junio de 2012). El modelo de terapia cognitiva conductual. En R. M. Caropreso, el modelo de terapia cognitiva conductual (págs. 50-57). Panama.

**PROQUEST:** Villanueva, E. R. (2013). Autoestima Sana. Valencia: ACDE.

## ANEXO 1

## HOJA DE CONSENTIMIENTO

Sr/Sra Representante:

**MANIFIESTA:**

a) Que acepta libremente la participación de su representado en el presente estudio sobre **la Práctica de cutting y el desarrollo del comportamiento Obsesivo Compulsivo en estudiantes de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga.**
b) Que, en función de dicha opción libre, su representado puede abandonar el estudio en el momento que lo desee. Del mismo modo el evaluador puede dar por concluida la evaluación si el participante no cumple las pautas establecidas.
c) Que conoce por medio de la directora que los datos proporcionados servirán exclusivamente para que, mediante diversos análisis, se logre dar respuestas a los objetivos y preguntas que se han planteado en este estudio.
**d)** Que entienden que **el estudio no implica ningún daño o riesgo.**

Latacunga……. de ……de 2015.

Firma: Representante

CI:

Firma: María José Avila (Directora del estudio)

CI:

**Nota:** Todos los datos obtenidos durante el presente estudio son absolutamente confidenciales, y serán utilizados de forma disociada con fines investigativos y de publicación científica.

# ANEXO 2

**INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.**

## OCI-R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. Rodea con un círculo el número que mejor describe cuánto malestar o molestia te ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

| | |
|---|---|
| **0** | En absoluto/Ninguno/Nada |
| **1** | Un poco |
| **2** | Bastante |
| **3** | Mucho |
| **4** | Muchísimo |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Acumular cosas hasta el punto que le estorban | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **2** | Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **3** | Que las cosas no estén bien ordenadas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **4** | Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **5** | Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **6** | No poder controlar sus propios pensamientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **7** | Acumular cosas que no necesita | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **8** | Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **9** | Qué los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **10** | Tener necesidad de repetir ciertos números | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **11** | Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **12** | Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **13** | Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **14** | Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/ apagado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **15** | Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **16** | Sentir que existen números buenos y malos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **17** | Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **18** | Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Bibliografía Completa:** The Obsessive-compulsive Inventory short version. Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002) Psychological Assessment, 14, 485-405. Traducción española de Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andino, O., Torrubia, R., y Mataix-Cols, D. (2004). Anxiety Disorders.

# Anexo 3

## CEDULA DE AUTOLESION

**INSTRUCCIONES:** Por favor, contesta cada pregunta en las secciones SI/NO indicadas (Primeras 12 preguntas), marcando con una X donde corresponda. Contesta "SI" aquello que hayas hecho intencionalmente, con un **claro propósito de lastimarte/herirte, pero sin intención de quitarte la vida**. Si contestaste que SI a alguna pregunta, aclara tu respuesta con las dos secciones siguientes (¿Cuántas veces lo has hecho? Y ¿Cuándo fue la última vez?), marca solo una opción por sección. Si contestaste que no, pasa a la siguiente pregunta. Contesta la pregunta 13 marcando sólo una opción de respuesta según aplique.

| **Nombre** | **Edad** | **Sexo(H/M)** | **Fecha** | **Escuela** | **Grupo** |
|---|---|---|---|---|---|

| **No.** | **¿Has hecho alguna de estas acciones a propósito, pero sin querer quitarte la vida?** | **¿Alguna Vez?** | | **¿Cuántas veces lo has hecho?** | | | | | **¿Cuándo fue la última vez?** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | **Hoy** | **Esta semana** | **Este mes** | **Este año** | **+ de 1 año** |
| 1 | Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 2 | Rayar, marcar, pinchar tu piel (SIN sangrar) | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 3 | Quemarte (con cigarrillos u otro objeto) | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 4 | Impediste que sanara tus heridas | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 5 | Sacarte sangre | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 6 | Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/pared para lastimarte | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 7 | Te golpeaste con las manos o con un objeto hasta dejarte un moretón o cicatriz | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 8 | Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 9 | Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas) | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 10 | Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 11 | Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito (anótala aquí) | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 12 | Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas | NO | SI | **1** | **2 - 5** | **6 - 10** | **+10** | **+20** | | | | | |
| 13 | Si alguna vez has hecho alguna de las conductas descritas ¿qué edad tenías al hacerlo la primera vez? Marca una de las opciones | | **Nunca lo he hecho** | | **9 o menos** | | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16+** |

(Marín, 2013)**. Bibliografía:** Marín, M. Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan. Universidad Nacional Autónoma de México.

**Anexo 4**