



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Procesos de Psicología
Clínica

Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones

Investigación Experimental

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Noguez Hernández Alejandra

Director: Doctor Omar Moreno Almazán

Dictaminadores: Maestra Christian Sandoval Espinosa

- Secretaria: Licenciada Alma Araceli Reyna García

- Suplente: Licenciada Dulce María Velasco Hernández

-Suplente 2: Licenciada Liliana Chimal Ornelas



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México; a 11 de junio del 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis padres

Que me enseñaron los principales valores que rigen mi vida: responsabilidad, honestidad, respeto, justicia, perseverancia.

A mi mamá, que aunque ya no está físicamente conmigo, fue y será la mujer más importante en mi vida, de ella aprendí a ser fuerte, a trabajar duro y siempre esforzarme para sobresalir y ser el sostén de mi familia.

A mi papá, que ha sido y sigue siendo uno de los principales apoyos emocionales en mi vida; y que me enseñó a luchar para lograr y alcanzar mis sueños.

A mi esposo e hijos

Que me apoyaron y acompañaron durante todo este proceso, con su ayuda, comprensión y paciencia. Que siempre han creído en mí y me han impulsado a ser cada día mejor, con sus palabras de aliento, de respeto y de admiración.

A mi mejor amigo Juan

Gracias por todo tu apoyo y tu amistad, durante la carrera y la realización de este proyecto, por escucharme y animarme siempre.

A mi amiga Adre

Por estar siempre para mí cuando te he necesitado y por todo tú cariño y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades educativas de la **Escuela Secundaria No. 117 “Gabriela Mistral”** Turno vespertino, así como a los alumnos de dicha institución, por permitirme aplicar y aceptar participar en este estudio.

A todos mis profesores por el apoyo recibido durante toda la carrera; en especial a mi director el **Doctor Omar Moreno Almazán**, por su apoyo, enseñanzas y su paciencia; gracias a su valiosa asesoría, fue posible la conclusión de este estudio.

A mí querida **Universidad Nacional Autónoma de México**, donde me he desarrollado académicamente, como profesionista, como ser humano y que me ha dado tanto.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1 ADOLESCENCIA.....	7
Conceptos y definición	7
Aspectos psicológicos de la adolescencia	7
Desarrollo cognitivo en la adolescencia.....	8
Desarrollo psicosocial en la adolescencia	9
Crisis de identidad.....	10
Salud mental en adolescentes	12
Trastornos psicológicos más frecuentes en la adolescencia.....	13
Trastorno de conducta o trastorno disocial.....	13
Trastorno depresivo	14
Trastornos de ansiedad.....	14
CAPÍTULO 2 AUTOLESIONES.....	15
Definición de autolesiones.....	15
Características sintomáticas definitorias	15
Incidencia y prevalencia	16
Clasificación.....	17
Factores de riesgo para el desarrollo de autolesiones.....	17
Modelos explicativos de la autolesión	18
Diagnóstico.....	19
Diagnóstico diferencial.....	20
Tratamiento de la autolesión en el adolescente.....	21
Terapia Cognitivo Conductual de la autolesión en el adolescente	21
Prevención de las autolesiones.....	22
CAPÍTULO 3 REGULACIÓN EMOCIONAL.....	23
Definiciones y Concepto.....	23
Modelos de la regulación emocional	23
Déficits de regulación emocional en los trastornos clínicos	24
Trastornos depresivos.....	24
Trastornos de Ansiedad.....	25
Evaluación de la regulación emocional.....	26
Intervenciones centradas en la regulación emocional	27
CAPÍTULO 4 ANSIEDAD.....	31

Definiciones.....	31
Neurobiología de la ansiedad.....	31
Etiología de la ansiedad.....	32
Clasificación de los trastornos de ansiedad	32
Manifestaciones sintomáticas.....	33
Consecuencias	35
Ansiedad en adolescentes.....	35
CAPÍTULO 5 METODOLOGÍA	37
Justificación	37
Planteamiento del problema	37
Pregunta de investigación.....	38
Tipo y diseño de investigación y de intervención	38
Objetivos	38
Objetivo general:.....	38
Objetivos específicos:.....	38
Hipótesis.....	39
Selección de la muestra	39
Participantes.....	40
Escenario	40
Materiales	40
Instrumentos	40
Variables Dependientes	41
Variable Independiente.....	42
Procedimiento	42
Consideraciones éticas.....	44
CAPÍTULO 6 RESULTADOS	45
CAPITULO 7 DISCUSIÓN.....	56
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS	65

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición biopsicosocial intensa, por lo cual es un periodo crítico, que puede condicionar la presencia de alteraciones en la salud física, problemas de conducta y trastornos emocionales; si él o la adolescente no cuenta con un ambiente social y familiar adecuado para llevar a cabo las tareas principales de esta etapa, como son el logro de la autonomía y de la identidad personal.

Asimismo, esta fase crucial del desarrollo humano, es un periodo en el cual se puede incidir de manera positiva con intervenciones de prevención, detección oportuna y limitación del daño, para favorecer la salud física y mental.

En este contexto, se ha identificado la conducta autolesiva; considerando que en la actualidad las autolesiones son un fenómeno poco estudiado en nuestro país, debido al estigma social que genera y que en la mayoría de los casos no se reporta, ya que es una práctica que permanece oculta y que en raras ocasiones el adolescente requiere o solicita atención médica y/o psicológica; por lo cual esta conducta ha sido identificada por algunos autores como la “epidemia silenciosa”.

Por estos motivos se consideró relevante llevar a cabo este estudio con el propósito de implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivas conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad en adolescentes que se autolesionan. Se desarrolló una intervención grupal dirigida a adolescentes escolarizados que se autolesionan sin intención suicida, pertenecientes a una institución educativa de la Ciudad de México.

En el presente documento se abordan los principales aspectos teóricos de la adolescencia, las autolesiones, la regulación emocional y la ansiedad; para continuar con la metodología de esta investigación, los resultados obtenidos, la discusión y sugerencias, todos estos contenidos aportan el contexto y la información necesaria para conocer todo el proceso de cómo se desarrolló este estudio, los resultados encontrados y las conclusiones del mismo.

CAPÍTULO 1 ADOLESCENCIA

Conceptos y definición

La Adolescencia es un periodo de la vida en el que se presentan múltiples e intensos cambios en los aspectos físico, psicológico y social, estos cambios pueden causar emociones negativas. Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer, y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y, también, crecimiento y maduración. Esta etapa se inicia con la pubertad, aspecto puramente orgánico, y termina alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial (Hidalgo, et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud (2018), define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes”.

Aspectos psicológicos de la adolescencia

De acuerdo con la Guía de Atención al Adolescente, de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (2015), la tarea central de este período es la búsqueda de la identidad. Lograr una identidad personal involucra varios aspectos:

- La aceptación del propio cuerpo
- El conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad
- La identidad sexual
- La identidad vocacional
- Una ideología personal (filosofía de vida), que incluya valores propios (identidad moral).

El logro de la autonomía es otra de las tareas del desarrollo en la adolescencia, esto es, cuando el joven logra ser emocional y económicamente independiente, implica que se va separando de su familia de origen y se integra a un grupo de iguales.

Asimismo, este periodo se caracteriza por el desarrollo de las competencias emocionales, es decir la capacidad de manejar o autorregular las emociones; así como el desarrollo de las competencias sociales, lo cual implica la habilidad para relacionarse efectivamente con otros.

El desarrollo cognitivo, avanza desde el pensamiento concreto (operatorio concreto) al abstracto (operatorio formal). Adquieren habilidades de razonamiento más avanzadas, que incluye por ejemplo, la habilidad de pensar en todas las posibilidades y la de razonamiento hipotético-deductivo, que le permiten resolver los problemas de una mejor manera. Cuando logran el pensamiento abstracto (o formal) pueden comprender ideas y sentimientos de otras personas y ser empáticos con ellas (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2015).

Desarrollo cognitivo en la adolescencia

La adolescencia es una etapa de tanto de oportunidades como de riesgos, es una época donde los adolescentes se relacionan sentimentalmente con sus pares, algunos comienzan su vida laboral y participación en la sociedad adulta, no obstante la adolescencia también es una etapa en que los jóvenes pueden participar en ciertas conductas que limitan sus posibilidades (Davidoff, 1989).

Por lo anteriormente mencionado es impórtate conocer el desarrollo cognitivo y social de los adolescentes, son diversas las teorías que abordan este tema sin embargo para términos del presente estudio se abordará la Teoría cognoscitiva de Jean Piaget.

Piaget partió de la idea que los niños, al igual que los otros animales nacen con la necesidad y habilidad para adaptarse en su ambiente, la adaptación se da de forma natural mientras los organismos interactúan con su entorno y lo enfrentan, de esta interacción se desarrollan las capacidades mentales de manera automática, esta adaptación está compuesta por dos subprocesos; asimilación en donde las experiencias se categorizan en términos conocidos y se usan términos conocidos además de conceptos y estrategias existentes, y segundo la acomodación como la creación de nuevas tácticas o la modificación o combinación de la viejas para manipular algún desafío (Davidoff, 1989).

Piaget desarrollo una serie de fases o etapas de desarrollo cognitivo en donde logros de cada fase se basan en los de la etapa anterior, en total son 4 etapas las cuales son; etapa Sensoriomotriz (0-2 años), Etapa Preoperacional (2-7 años), De operaciones concretas (7-11 años) y de operaciones formales (11 años a adulto).

Por la naturaleza de este estudio, se describirá la etapa de las operaciones formales, ya que en esta etapa transcurre la adolescencia. En este periodo, los adolescentes desarrollan la capacidad de comprender lógica abstracta, es decir, pueden considerar lo que es probable ya que no están limitados por el “aquí y ahora”. Así mismo los adolescentes son capaces de analizar hipótesis, pueden apoyar posiciones contrarias a lo que acontece, anticipan, planean, analizan, comprenden las metáforas y construyen teorías, pueden mantener varias cosas en sus mentes al mismo tiempo, cuando resuelven un problema pueden generar varias opciones de solución, durante esta etapa los adolescentes, evalúan preguntas extensas he intentan encontrar sentido a la vida, su identidad, la realidad social, religión, justicia, el significado de la responsabilidad, etc., durante esta etapa las contradicciones son molestas para los adolescentes ya que se cuestionan temas abstractos como la existencia de dios o dioses, al término de esta etapa los jóvenes adquieren el mismo aparato mental que los adultos (Davidoff, 1989).

Desarrollo psicosocial en la adolescencia

Tradicionalmente, la adolescencia se divide en tres etapas: adolescencia temprana, media y tardía. La adolescencia temprana comprende de los 10 a 13-14 años, la adolescencia media de los 14-15 a los 16-17 años y la adolescencia tardía de los 17-18 años en adelante (Gaete, 2015).

Adquisición de objetivos psicosociales durante la adolescencia (Hidalgo, et al., 2017):

- Adolescencia temprana: se interesan menos por los padres, su comportamiento y humor son inestables, se preocupan más por el cuerpo, lo que los hace inseguros y tienden a la comparación; se interesan por los amigos del propio sexo, sienten ternura hacia sus iguales, lo que puede llevarles a tener sentimientos, miedos o relaciones homosexuales. Asimismo, existe mayor capacidad cognitiva, un creciente autointerés y fantasías, sus intereses vocacionales pueden ser irreales o ideales. Tienen una mayor necesidad de intimidad (escribir su diario), surgen los

sentimientos sexuales, existe una falta de control de impulsos que puede causar desafío a la autoridad y comportamientos de riesgo.

- **Adolescencia media:** aumentan los conflictos con los padres y se dedican más tiempo a los amigos. Empiezan a aceptar su cuerpo, intentan hacerlo más atractivo. Pueden aparecer trastornos alimenticios, por la influencia social. Se integran en la subcultura de sus amigos, adoptando sus valores, reglas y forma de vestir. Se integran más en relaciones heterosexuales y en clubes. Aumenta la capacidad intelectual y la creatividad, adquieren la capacidad de reconocer los sentimientos de los demás. Disminuyen sus aspiraciones idealistas (notan sus limitaciones y pueden sentir baja autoestima y depresión). También aparecen los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, que pueden llevarlos a tener conductas arriesgadas.
- **Adolescencia tardía:** Se integran de nuevo en su núcleo familiar, empiezan a aceptar los consejos y los valores de sus padres. Algunos adolescentes tienen dificultades para conseguir la madurez e independencia económica. Se completa el crecimiento y desarrollo, y los cambios son aceptados. La imagen solo preocupa si surgió alguna alteración. El grupo social va perdiendo interés. Hay menos exploración y experimentación, y ocupan más tiempo en establecer relaciones íntimas; se forman las parejas. el pensamiento ya es abstracto y con proyección de futuro, y se establecen objetivos vocacionales prácticos y realistas. Se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, y se establece la capacidad para comprometerse y establecer límites. Se produce la independencia económica.

Crisis de identidad

Como ya se mencionó anteriormente, uno de los objetivos fundamentales durante la adolescencia es la búsqueda de identidad, incluso Erickson (1974), afirma que la elección vocacional, el crecimiento físico acelerado y la madurez genital, son elementos cruciales en la búsqueda de identidad (Dirinó, 2015).

Según Erickson (1950/2009), la búsqueda de identidad es un concepto formado por metas, valores y creencias que se desarrolla durante la adolescencia, es un proceso sano que se crea sobre las bases de los logros conseguidos en las etapas anteriores a la adolescencia, es decir la confianza, la autonomía, la iniciativa, etc., todos estos aspectos

contribuyen a que los jóvenes enfrenten los retos de la vida adulta, sin embargo esto no significa que los adolescentes resuelvan por completo la crisis de identidad, ya que incluso los aspectos relacionados con la identidad siguen presentes durante la vida adulta.

Durante la infancia los niños adquieren habilidades necesarias para tener éxito dentro de su cultura, una vez llegada la adolescencia necesitan encontrar formas productivas de utilizar dichas habilidades, por lo que cuando a los jóvenes se les dificulta decidir su identidad ocupacional, es muy probable que caigan en conductas negativas, como actos delictivos o embarazos no deseados (Papalia, et al, 2009).

En este contexto, la influencia que ejercen los padres es fundamental para la construcción de la identidad del adolescente, esto se lleva a cabo por medio de la transmisión de conocimientos, valores, costumbres, etc. y los patrones de interacción personal, que cumplen la función de modelos a seguir; asimismo, los padres juegan un papel primordial en la construcción de su autoestima, mediante la transmisión de confianza, seguridad, interés, los halagos o cumplidos, que los incluyan en la toma de decisiones familiares y que favorezcan la adquisición de su independencia (Davidoff, 1989).

Por otro lado, su grupo de iguales es también significativo para el logro de la identidad, así como para la adquisición de autoestima; es en este ámbito donde pueden expresar sus opiniones, son aceptados, pueden ser escuchados para pedir consejos y apoyo sobre situaciones o pensamientos que son importantes, o son una fuente de preocupación para ellos, ya que estos grupos se forman con base a sus afinidades, cultura e intereses comunes (Davidoff, 1989).

Los adolescentes que resuelven sus crisis de identidad de manera exitosa desarrollan el valor de la fidelidad, lealtad, esperanza o sensación de pertenecer a una persona amada o a los amigos y compañeros, la fidelidad también puede significar una identificación con una serie de valores, ideología, religión, política, algún interés creativo a un grupo étnico, la fidelidad es una extensión de la confianza y durante la adolescencia se adquiere importancia en la confianza en sí mismo (Papalia et al, 2009).

El peligro principal de la adolescencia es la confusión de identidad o de rol, que puede retardar en gran medida la llegada de la adultez psicológica, sin embargo es normal

cierto grado de confusión de identidad, ya que esta misma explica la naturaleza desorganizada de muchas de las conductas de los jóvenes, así como conductas de inhibición que presentan, el pertenecer a cierto grupo y poca tolerancia ante las diferencias, son defensas en contra de la confusión de identidad, la teoría de Erikson describe el desarrollo de la identidad masculina como la norma, de acuerdo a esto un hombre no es capaz de tener verdadera intimidad sino hasta después que obtiene una identidad firme, y por otro lado las mujeres se definen así mismas por medio del matrimonio y la maternidad, por eso es que las mujeres desarrollan su identidad por medio de la intimidad y no antes de la misma (Papalia, 2009). Aunque esta orientación masculina de la teoría de Erikson ha causado críticas, su concepto de crisis de identidad ha inspirado una vasta cantidad de investigaciones valiosas al respecto.

Salud mental en adolescentes

El termino salud mental tal vez sea equivocado debido a que la mayoría de las veces se refiere a salud emocional, aunque la mayoría de los niños tiene una adaptación bastante adecuada. Leslie, Newman, Chesney y Perrin, (2005/2009), mencionan que uno de cada 10 niños y adolescentes ha sido diagnosticado con una enfermedad mental que es suficientemente grave como para producir algún deterioro.

Los eventos estresantes son parte de la niñez y en su mayoría los niños aprenden a superarlos, sin embargo el estrés que es doloroso puede generar problema psicológicos, los factores estresantes como la guerra o el abuso infantil, pueden tener repercusiones a largo plazo sobre el bienestar físico y psicológico, no obstante inclusive bajo estas condiciones algunos niños muestran una destacable resiliencia para superar estos duros momentos (Papalia et al 2009).

El psicólogo infantil David Elkind (1981, 1986, 1997, 1998/2009), menciona que las tensiones de la vida moderna generan en los adolescentes lo que denomina como “niño apresurado” es decir los niños actuales, así mismo advierte que las presiones de la vida moderna están forzando a los jóvenes a crecer de manera apresurada lo que provoca que la sus infancias sean muy estresantes.

De acuerdo a Papalia et al (2009) hoy en día se espera que jóvenes tengan éxito en la escuela, en los deportes y que estén a la altura de las necesidades emocionales de sus padres, son expuestos a muchos problemas de los adultos a través de los medios de

comunicación o en la vida real mucho antes que dominen los problemas de la juventud, a cortas edades conocen sobre el sexo, violencia, algunos jóvenes tienden a cambiarse con frecuencia de residencia dejando atrás escuelas y amistades, el ritmo de vida está diseñado de manera tan inflexible que puede resultar demasiado estresante, es importante destacar que los adolescentes no son adultos pequeños ya que sienten y piensan como adolescentes y necesitan vivir esta etapa acorde a su edad para poder lograr un desarrollo sano.

Debido a las grandes cantidades de estrés a la que están expuestos los niños y adolescentes, no es de sorprenderse que la ansiedad en este grupo haya aumentado en gran medida (Twenge, 2000/2009).

Según La Organización Mundial de la Salud (2009), la adolescencia es una etapa decisiva para que se establezcan y se conserven los hábitos sociales y emocionales necesarios para una adecuada salud mental, como los hábitos de sueño saludable, la práctica de actividad física regular, el desarrollo de habilidades para mantener relaciones interpersonales, para enfrentar situaciones adversas, para la resolución de conflictos y para aprender a manejar sus emociones. Para esto es necesario que cuente con un ambiente familiar, social y educativo favorables. Así mismo, menciona que se estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales, sin embargo, estos no se diagnostican ni se tratan adecuadamente.

Trastornos psicológicos más frecuentes en la adolescencia

Trastorno de conducta o trastorno disocial

Es una conducta repetitiva y persistente que se caracteriza por acciones en contra de la sociedad que violan los derechos de otras personas, las normas y reglas adecuadas para la edad, que generalmente están relacionadas con situaciones familiares, sociales y escolares que las originan y mantienen (Vásquez, et. al., 2010).

El diagnóstico se establece de acuerdo a los criterios del DSM-V, que incluyen: agresión a personas y animales, destrucción a la propiedad, fraudulencia o robo y violaciones graves a las normas. Entre un 40-50% de niños y adolescentes con este trastorno, presentan trastorno antisocial de la personalidad en la edad adulta, sin embargo, muchos de ellos desaparecen en la edad adulta en especial los de inicio en la adolescencia (Sánchez, 2015).

Trastorno depresivo

La Organización Mundial de la Salud (2020), define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Durante la adolescencia las manifestaciones clínicas, como los cambios en estado de ánimo, pueden ser considerados como una conducta normal, debido a los cambios hormonales, lo cual puede complicar el diagnóstico y evitar el tratamiento oportuno (Pintado, et. al., 2010). Asimismo, la agresividad e irritabilidad, pueden ocultar los síntomas de depresión como la tristeza, problemas para dormir o falta de autoestima; del mismo modo, en esta etapa de la vida, la depresión es más compleja, lo cual representa un mayor riesgo de que el adolescente cometa suicidio (Alzuri, et. al., 2017).

La depresión suele presentar comorbilidad con trastornos de ansiedad hasta en un 40%, también con trastornos de conducta y con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Sánchez, 2015).

El tratamiento es farmacológico, psicológico y social. Los fármacos se emplean para el control inicial de los síntomas y en la depresión de etiología principalmente endógena. Igualmente, se emplea la psicoterapia individual y/o familiar (Alzuri, et. al., 2017).

Trastornos de ansiedad

El trastorno de ansiedad se caracteriza por presentar como síntoma principal una ansiedad intensa, exagerada y persistente que afecta e incluso incapacita a quien la padece, impidiendo el desempeño en su vida diaria (Cárdenas, et. al., 2010).

Es una de las psicopatologías más comunes en la adolescencia, algunos de los trastornos de ansiedad más frecuentes en esta etapa son ansiedad generalizada, ataques de pánico o crisis de angustia, agorafobia, trastorno por ansiedad de separación y fobia social. (Sánchez, 2015).

El tratamiento de los trastornos de ansiedad se enfoca en controlar los síntomas, evitar las complicaciones como trastornos depresivos y de ansiedad; asimismo, se emplea el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo conductual (Sánchez, 2015).

CAPÍTULO 2 AUTOLESIONES

Definición de autolesiones

Se define como conducta autolesiva a todas aquellas conductas que ocasionan de forma deliberada e intencional daños al propio cuerpo y que no tienen propósito suicida (Chapman, et, al., 2016/2018). Se caracteriza por un acto intencional y repetitivo con el fin de hacer daño al propio cuerpo sin la ayuda de otra persona, que puede ocasionar lesiones en los tejidos corporales, hematomas, fracturas, cicatrices o marcas (Luna & Montaña, 2012/2018).

El daño auto infligido de forma deliberada y sin intención suicida, incluye conductas como cortarse, producirse quemaduras, pincharse, lesiones por rascado etc. y están encaminadas a buscar alivio de una gran tensión emocional (Ibáñez, et. al., 2012/2018). Se ha encontrado que cortarse es la forma más común de autolesión en las mujeres, mientras que en los hombres es golpearse así mismo (Brown & Plener, 2017/2018).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2014), en el capítulo de afecciones que necesitan más estudio, define la autolesión no suicida como una “conducta por medio de la cual el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p.ej.: cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso)”. Para ser diagnosticada, la conducta autolesiva debe presentarse en al menos cinco días del último año. Además, ésta debe realizarse con la finalidad de aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, para resolver una dificultad interpersonal, o para inducir un estado de sentimientos positivos.

Se asocia con dificultades interpersonales, sentimientos o pensamientos negativos, como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo (American Psychiatric Association, 2014).

Características sintomáticas definitorias

- a) Daño físico: la persona se produce a sí misma lesiones en la piel, con el propósito de alcanzar alivio psicológico (Bados, 2017).

- b) Intencionalidad: la autolesión es deliberada, la persona decide conscientemente lesionar su cuerpo, no se trata de accidentes (Bados, 2017).
- c) Baja letalidad: la persona que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida. El daño físico auto infligido generalmente no pone en riesgo la vida de la persona (Nixon & Heath, 2009/2013).
- d) Socialmente inaceptable: no tiene un significado social específico, es decir, no se busca únicamente la aprobación, la aceptación, ni la pertenencia a grupos sociales, asimismo, no se trata de una moda; puede iniciar por imitación, sin embargo el significado de la autolesión es personal (Favazza, 1996/2017).
- e) Mecanismo de enfrentamiento: por lo cual la finalidad principal es reducir el sufrimiento emocional (Bados, 2017).
- f) No hay una causa física: La autolesión no es debida a una causa física, tal como una intoxicación (con medicamentos y/o por el abuso de sustancias), una enfermedad o deficiencia mental (Prinstein, 2008/2017).

Incidencia y prevalencia

Los estudios muestran una prevalencia-vida de 7.58% en preadolescentes, mientras que en adolescentes es del 13-28% en la población comunitaria y del 40-80% en la clínica. En adultos psiquiátricos la prevalencia es de un 20%, y la prevalencia-vida es de un 11.5-25.6% (Wilkinson, 2011/2015). La edad más frecuente de inicio se sitúa entre los 11 y los 15 años, y la media a los 12.5 años (Nixon et al., 2008/2015).

En una investigación realizada por Albores, et al. (2014), en una muestra de niños y adolescentes mexicanos, encontraron una prevalencia de autolesiones del 5.6% definida con los criterios de autolesiones propuestos para el DSM-5. Asimismo, la edad de inicio fue de 11.9 años (rango 6-15 años). La mayoría de los criterios del DSM-5 tuvieron mayor frecuencia en las niñas que en los niños.

En otro estudio efectuado por Chávez, et al. (2015), en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos con la finalidad de estimar la prevalencia de las conductas autolesivas, concluyeron que el 37.9% manifestó haberse hecho daño a propósito sin la intención de quitarse la vida (65.7% mujeres y el 34.3% hombres); el método más utilizado fueron las cortaduras (87%) y con mayor incidencia entre los 18 y 20 años de edad (84%).

Asimismo, Castro, et al. (2017), llevaron a cabo una investigación con estudiantes universitarios mexicanos, en la cual encontraron que del total de la muestra (564 estudiantes), el 30.9% se habían autolesionado de manera experimental de una a cuatro ocasiones, mientras que el 26.9% presento autolesiones no suicidas de manera recurrente (cinco o más ocasiones) en algún momento de su vida. Las autolesiones reportadas con mayor frecuencia fueron cortarse a sí mismos (48.0%). Las personas con autolesiones recurrentes reportaron mayores niveles de depresión e impulsividad, y menos autoeficacia que aquellas que habían experimentado con estos comportamientos o sin ninguna historia de autolesiones no suicidas en su vida.

Clasificación

Existen otras clasificaciones de la autolesión, sin embargo, por la finalidad de este estudio y la población a quien va dirigido, se incluye la clasificación de la conducta autolesiva de Simeon & Favazza (2001/2017):

- a) Impulsiva: la autolesión es intencional y tiene una motivación psicológica, incluye cortarse la piel, quemarse, golpearse, etc.
- b) Autolesión repetitiva: es una actividad organizada y repetitiva, es de interés central para quien la realiza; puede incluir elementos rituales como en un mismo lugar, un mismo objeto, un mismo procedimiento
- c) Autolesión episódica: ocurre ocasionalmente, la persona no atribuye mucha importancia a este comportamiento, no se identifica con una conducta específica asociada a su pauta de autolesión.

Factores de riesgo para el desarrollo de autolesiones

De acuerdo con De la Fuente (2018), los factores de riesgo se dividen en:

- a) Factores sociodemográficos: sexo femenino (negligencia emocional de los padres, relación inestable con el padre, abuso sexual, violencia física); edad, es más frecuente en la adolescencia temprana y media.
- b) Factores caracteriales o rasgos de personalidad: altos niveles de impulsividad y reactividad emocional durante la adolescencia; falta de autoestima, autocrítica que se asocia con sentimientos de fracaso e inferioridad; presencia de agresividad; dificultades para la expresión e identificación de sentimientos.

- c) Factores psicosociales: separaciones en la infancia, relación disfuncional con los padres, maltrato infantil (físico o emocional, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física), sufrir bullying y rechazo social, por imitación, amigos o conocidos comienzan a emprender conductas autolesivas.
- d) Factores psicopatológicos:
- Trastornos afectivos: depresión, trastorno bipolar.
 - Trastornos alimenticios
 - Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
 - Adicciones
 - Trastorno borderline de la personalidad

Modelos explicativos de la autolesión

- **Modelo ambiental:** las variables del ambiente son condicionantes en el desarrollo y mantenimiento de las autolesiones. Este comportamiento puede ser reforzado de manera interna por medio del sentimiento de alivio que produce, o por medio de las respuestas positivas del ambiente inmediato como atención, cuidado, o preocupación (Suyemoto, 1998); asimismo, considera que el conflicto emocional está fuera de la persona, quien aprende a manipular y controlar el ambiente a través de la autolesión (Marín, 2013). Este modelo se basa en las corrientes conductuales y sistémicas, ya que considera que la autolesión se origina por el modelado o el reforzamiento indirecto, se refuerza a través del condicionamiento operante y cumple una función reguladora, manteniendo el equilibrio del sistema (Suyemoto, 1998).
- **Modelo de las pulsiones:** se basa principalmente en la corriente psicoanalítica, la autolesión es el resultado de la represión de las pulsiones de vida, de muerte y sexual. En este modelo, Firestone y Seiden (1990) proponen que la autolesión es un sustituto del suicidio, por lo cual se trata de un mecanismo de enfrentamiento que ayuda a evitarlo. La autolesión tiene dos funciones: 1) proporciona gratificación sexual, 2) proporciona un castigo por sentimientos sexuales, permitiendo así evitar las conductas sexualmente motivadas, así como controlar la sexualidad y maduración psicosexual en general (Suyemoto, 1998/2013).
- **Modelo de regulación afectiva:** el acto de autolesionarse tiene la finalidad expresar y externalizar emociones perturbadoras e intolerables, asimismo se

crea un sentido de control sobre estas emociones (Allen, 1995; Chowanec et al., 1991; Darche, 1990; Dubovsky, 1978; Ettinger, 1992; Friedman et al., 1972; Ghaziuddin et al., 1992; Herpertz, 1995; Himber, 1994; Leibenluft et al., 1987; Raine, 1982; Woods, 1988/1998). Emociones como ira, ansiedad, frustración y vergüenza, se presentan antes de la autolesión, después de auto dañarse los pacientes experimentan sensaciones de alivio y calma (Marín, 2013).

- **Modelo de Disociación:** la autolesión se encuentra estrechamente relacionada a experiencias disociativas, éstas proporcionan la relajación y el alivio posterior. Asimismo, postula que la autolesión termina con un estado disociativo perturbador, la conducta autolesiva busca crear y mantener un sentido de identidad (Marín 2013).
- **Modelo los limites/fronteras:** la autolesión cumple la función de afirmar los límites de sí mismo. Marcar la piel puede ayudar a crear un sentido de mayor independencia, autonomía y distinción de los otros (Klonsky, 2007/2013). La sangre y las cicatrices crean una representación única, distinta y separada de sí mismo. Se basa en la teoría de las relaciones de objeto, así como en la psicología del desarrollo del yo. Las raíces de la autolesión se encuentran en la infancia, en una falla para formar representaciones de objeto estables (debido a experiencias de poca empatía con los padres), de modo que la persona experimenta de forma recurrente y en especial durante la adolescencia, un temor al abandono, así como a perder su identidad al relacionarse con otros; como resultado, la autolesión es una manera de mantener la identidad y la separación de los demás (Suyemoto, 1998/2013).
- **Modelo integral (de evitación de la experiencia):** sugiere que la autolesión es reforzada negativamente cuando se busca reducir estados emocionales perturbadores. La persona que se autolesiona tiene una tendencia a la evitación, posiblemente relacionada a la baja tolerancia al estrés, respuestas emocionales más intensas, habilidades de regulación emocional deficientes y/o falta de estrategias de enfrentamiento adecuadas (Marín, 2013).

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014), incluyen: que la persona en el último año, durante al menos 5 días, se haya auto infligido de manera intencional daño en la superficie de su cuerpo. Asimismo,

la autolesión debe estar asociada a dos o más de los siguientes: pensamientos negativos, periodo de preocupación acerca de la conducta a realizar, impulso de realizar la autolesión y la actividad se realiza con un propósito que puede ser el de aliviar un sentimiento negativo. La conducta y sus consecuencias causan un deterioro funcional en áreas como la interpersonal, académica u otras y no puede deberse a ningún otro trastorno mental o médico.

Diagnóstico diferencial

- Diferencias entre la Autolesión y el intento suicida (Marín, 2013):
 - a) En la autolesión, el malestar emocional generalmente es intermitente. la persona con ideación suicida puede cursar por periodos prolongados y constantes con malestar emocional intenso, tristeza, desesperanza y desamparo.
 - b) Habitualmente la autolesión es crónica y de alta frecuencia; los actos suicidas normalmente son producto de reacciones agudas y de intención letal en presencia de estrés crónico.
 - c) En la autolesión, la persona suele recurrir a más de un método a través del tiempo. Por el contrario, las personas con intento suicida usualmente recurren a un solo método para terminar con su vida.
 - d) La persona recurre a la autolesión para manejar su estrés o malestar, por el contrario, quien intenta suicidarse presenta una visión de túnel, producto de un malestar prolongado, por lo cual existe una gran dificultad para contemplar otras alternativas diferentes a terminar con su vida.
 - e) La finalidad de la autolesión es aliviar el malestar emocional; el suicida busca terminar por completo con su experiencia, escapar del dolor emocional crónico, que lo considera como intolerable.
 - f) La autolesión produce una mejora anímica rápida; después de un intento suicida, el estado emocional de la persona puede mantenerse crítico, y agravarse aún más.
 - g) La autolesión produce daño físico en grado mínimo a medio; en el intento suicida suele producirse un daño físico serio debido a la intención de terminar con la vida.

- h) En la autolesión suele existir una muy pobre imagen corporal. En el intento suicida suele existir una depresión significativa, asociada a una ira intensa debida al malestar emocional percibido como inevitable.

Tratamiento de la autolesión en el adolescente

Como primera línea de tratamiento se emplean las terapias cognitivo conductuales, que ayudan al paciente a controlar sus emociones y a desarrollar técnicas para mejorar sus habilidades sociales y de resolución de problemas. Asimismo, está el tratamiento farmacológico, el cual se enfoca más en tratar las comorbilidades, que la misma autolesión (De la Fuente, 2018). En algunas ocasiones se indicarán antidepresivos por su función reguladora de la serotonina y del estado de ánimo. Los niveles de serotonina bajos se asocian a las autolesiones, impulsividad y agresividad. También pueden estar indicados los antipsicóticos. El tratamiento de los procesos desencadenantes puede ser fundamental, como el autismo, la depresión, la esquizofrenia, las tendencias suicidas, los trastornos alimentarios, el trastorno bipolar, el trastorno del control de impulsos y el trastorno límite de la personalidad (Fleta, 2017).

Terapia Cognitivo Conductual de la autolesión en el adolescente

Se han identificado cuatro terapias cognitivo-conductuales efectivas a aplicar en el caso de comportamientos autolesivos (De la Fuente, 2018):

- Manual assisted cognitive-behavioural therapy (MACT) (51): Integra una terapia de solución de problemas con técnicas cognitivas en las que se incluye técnicas de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas.
- Dialectical behavioural therapy for adolescents (DBT-A): Es una terapia dialectica conductual en la que se combina entrenamiento en habilidades, exposición con prevención de respuesta y técnicas de mindfulness.
- Cognitive bahavioural therapy (CBT): Terapia en la que se entrenan habilidades y actitudes necesarias para estimular la resolución de problemas de forma eficaz.
- Mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A): Esta terapia está basada en la mentalización. Consiste en sesiones individuales y familiares en las que se trata de incrementar la capacidad de autocontrol y la regulación emocional.

Prevención de las autolesiones

Las intervenciones dirigidas a los adolescentes que se autolesionan incluyen psicoterapias grupales manualizadas, en comparación al uso del apoyo psicológico estándar. Para ello se incorporan técnicas de resolución de problemas y de mindfulness a estos programas protocolizados. En cuanto a las intervenciones con padres y profesores se realizan terapias familiares y programas psicoeducativos (De la Fuente, 2018).

Algunas estrategias que pueden servir en el momento de necesidad para evitar autolesionarse, permitirán canalizar la ira, otras sentir la sensación de una lesión sin llevarla a cabo realmente: pintar con un bolígrafo rojo la piel en lugar de cortarla, cubrir con vendajes el lugar donde le gustaría cortarse, crear una herida con maquillaje, golpear una almohada o saco de boxeo, hacer ejercicio físico, gritar o hacer mucho ruido, hablar con un amigo (no necesariamente de la autolesión), pintar o hacer algo artístico que represente nuestros sentimientos en ese momento, coger cubitos de hielo con la mano, romper algo que no sea valioso (sin hacerse daño), chutar fuerte un balón contra una pared, dar palmadas hasta que pique la mano, masajear en lugar de lesionar la zona, morder algo muy picante o amargo, depilarse con cera, pintarse las uñas, ordenar el armario por colores, contar hasta 100 o 500, contar las baldosas, luces, etc, disfrazarse, jugar a un videojuego, aprender palabrotas en otro idioma, entre otras muchas posibilidades (Hawton, et al., 2000/2017).

CAPÍTULO 3 REGULACIÓN EMOCIONAL

Definiciones y Concepto

La regulación emocional es el proceso a través del cual los individuos modulan sus emociones y modifican su comportamiento para alcanzar metas, adaptarse al contexto o promover el bienestar tanto individual como social (Eisenberg & Spinrad, 2004; Gross, 1998; Robinson, 2014; Thompson, 1999/2016).

Se plantea que las personas con una adecuada regulación emocional, están más capacitadas para mantener un mayor compromiso social, para resolver problemas y comunicarse efectivamente. Por tanto, posibilita las relaciones sociales satisfactorias, y un desarrollo socioemocional adecuado (Cuervo & Izzedin; 2007/2014).

Modelos de la regulación emocional

- El modelo procesual de regulación emocional (Gross, 1999): para este modelo la regulación emocional se estudia dependiendo del lugar en el que la estrategia de regulación se inserta dentro del proceso de generación de la emoción (Gross, 1999/2017). Para este autor, el proceso de generación de emociones se divide en varias fases: situación, atención, interpretación y respuesta. Con respecto a la situación, cada persona adquiere la capacidad de exponerse o no ciertas situaciones que le pueden generar emociones negativas o experiencias positivas; una vez dentro de la situación, la persona puede modificar algunos elementos de dicha situación (Hervás & Moral, 2017). En lo que se refiere a la atención, una vez que se ha presentado la situación, es posible modificar el foco de atención con la finalidad de regular la posible respuesta emocional, ya sea en aspectos externos o internos. En cuanto a la interpretación de la situación, ésta es un mecanismo clave para regular la respuesta emocional. En lo que concierne a la respuesta emocional, esta se puede regular influyendo en sus distintos componentes: experiencia emocional, manifestación conductual o la activación fisiológica, por medio de diversas técnicas terapéuticas (Hervás & Moral, 2017).

- Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional: este modelo sugiere que se requiere un proceso activo de elaboración y comprensión emocional, con la finalidad de que las reacciones emocionales disminuyan. Plantea que no sólo las emociones intensas o las situaciones traumáticas requieren de un procesamiento emocional, sino que dicho procesamiento es beneficioso ante cualquier emoción; para lograr un procesamiento y regulación emocional óptimos, son necesarias las siguientes tareas o procesos (Hervás y Moral, 2017):
 - 1) Apertura emocional: es la capacidad para tener acceso consciente a las emociones.
 - 2) Atención emocional: es prestar atención a la información emocional.
 - 3) Aceptación emocional: es la ausencia de juicio negativo ante la propia experiencia emocional.
 - 4) Etiquetado emocional: es la capacidad para nombrar con claridad las emociones propias.
 - 5) Análisis emocional: capacidad para reflexionar y entender el significado y las implicaciones de las emociones.
 - 6) Modulación emocional: se refiere a la capacidad de la persona para modular sus respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias, que pueden ser emocionales, cognitivas o conductuales.

Déficits de regulación emocional en los trastornos clínicos

Trastornos depresivos

Las investigaciones realizadas demuestran que existe un déficit de regulación emocional en personas con depresión, debido a que sus estados de ánimo son más duraderos (Peeters, et. al. 2003/2011) y su disposición para llevar a cabo actividades positivas está disminuida (Lewinsohn & Graf, 1973/2011). Sin embargo, las dificultades de regulación emocional también existen en personas con alto riesgo de padecer este trastorno, la evidencia científica demuestra que las personas vulnerables y con mayor déficit de regulación emocional, son más propensas a presentar sintomatología depresiva (Beevers & Carver, 2003; Gilboa & Gotlib, 1997/2011).

Asimismo, se ha demostrado que la gravedad de los síntomas en pacientes depresivos está asociada a una disminución en la reparación percibida (Hervás, 2011); además se ha observado que las variables que intervienen en la regulación emocional, coinciden

con algunas de las variables de personalidad asociadas a la depresión como neuroticismo, estilos de apego o autoestima (Hervás & Vázquez, 2006/2011).

Otros estudios han concluido que los pacientes depresivos presentan dificultades para regular su estado de ánimo con recuerdos positivos (Joorman, et. al., 2007/2011); esto puede explicarse según el modelo del procesamiento emocional, a que las personas con depresión, tienen dificultades una o varias de las habilidades emocionales, tales como claridad emocional, aceptación emocional, etc. (Hervás, 2011).

Trastornos de Ansiedad.

- A) *Trastorno de pánico.* Algunas investigaciones han concluido que los pacientes con este trastorno tienden a evitar, suprimir y contener las emociones perturbadoras, así como a expresarlas (Baker, et. al, 2004; Katerndahl, 1999; Tull & Roemer, 2007/2017). Asimismo, estos pacientes muestran importantes dificultades en las etapas de la apertura emocional y la aceptación emocional (Hervás & Moral, 2017). Otro déficit en estas personas es la baja claridad emocional (Gratz & Roemer, 2004; Tull & Roemer, 2007/2017); que podría estar asociada con su baja capacidad para etiquetar emociones (Baker et al., 2004/2017).
- B) *Trastorno de ansiedad generalizada.* En la actualidad se afirma que las personas con este trastorno, utilizan la evitación y la supresión, como estrategias para evitar las imágenes internas negativas, las sensaciones y las emociones perturbadoras, así como déficits emocionales en diversas áreas (Hervás & Moral, 2017). Algunos autores plantean que estos pacientes tienen déficits emocionales en cuatro áreas específicas: una elevada intensidad emocional, una reducida comprensión de las emociones, un rechazo a la propia experiencia emocional y uso de estrategias de regulación emocional disfuncionales (Mennin et al 2005; Mennin, et. al., 2007/2017).
- C) *Trastorno de estrés postraumático.* La existencia de este trastorno puede estar condicionada por una incapacidad cognitiva y emocional para asimilar su experiencia traumática, como consecuencia del empleo de estrategias disfuncionales (Rachman, 2001/2017). Los pacientes con este trastorno presentan altos niveles de alexitimia (Frewen, et al., 1998; Yehuda et al., 1997/2017); además de una baja claridad emocional y con una reducida aceptación emocional (Tull et al., 2007/2017). Un estudio reciente ha concluido

que la combinación de la falta de expresión emocional y el uso de estrategias de evitación, condiciona una mayor gravedad de síntomas postraumáticos (Monson, et. al. 2004/2017).

Evaluación de la regulación emocional

- Escala de Alexitimia de Toronto, es útil para analizar el grado de apertura emocional. La puntuación obtenida puede oscilar entre 20 y 100, considerándose como alexitimia cuando el individuo obtenga una puntuación igual o superior a 61 (Martínez-Sánchez, 1996/2017). Esta escala también se puede separar en tres factores: (a) Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional, (b) Dificultad para describir los sentimientos y (c) Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. La evaluación deberá estar complementada con una evaluación a través de entrevista (Hervás & Moral, 2017).
- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, explora 5 áreas básicas del funcionamiento emocional. Asimismo, permite evaluar la eficacia de las intervenciones, ya que es sensible al cambio. Las subescalas de desatención, confusión y rechazo emocional, indican procesos básicos que pueden estar alterados; las otras dos, interferencia y descontrol, señalan el estado general de desregulación emocional que presenta la persona (Hervás & Jódar, 2008/2017).
- Cuestionario de Regulación Cognitivo Emocional (CERQ), mide nueve procesos de afrontamiento: 1) auto-culpa; 2) culpar a otros; 3) la aceptación, 4) centrarse en la planificación (tomar las medidas necesarias para manejar la situación); 5) reorientación positiva (centrarse en las experiencias positivas), 6) rumiación; 7) reevaluación positiva (dando al evento una especie de significado positivo); 8) la puesta en perspectiva (devaluación de la importancia del evento); y 9) catastrofismo. La auto-culpa, culpar a los demás, la rumiación y el catastrofismo son considerados como estilos de afrontamiento desadaptativos (Garnefski, et. al., 2001/2011).
- Inventario de Estrategias de Regulación Cognitiva de los Afectos (ICARUS), evalúa estrategias orientadas hacia la evitación de sentimientos (como la disociación y los pensamientos suicidas), o el desvío de la atención (como la autocrítica/auto culparse y culpar a otros), y estrategias orientadas hacia el

compromiso, el crecimiento, la aceptación y la observación consiente (Kinkead, et. al., 2011).

- Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), desarrollado por Gross & John (2003), evalúa las diferencias individuales entre dos tipos de estrategias de regulación emocional: la supresión de la expresión emocional y la reevaluación cognitiva. Está compuesto por 10 ítems, 6 correspondientes al factor de reevaluación cognitiva y 4 al factor de supresión.

Intervenciones centradas en la regulación emocional

Entrenamiento en regulación emocional (Berking, 2010/2017):

La efectividad de los actuales tratamientos en salud mental se puede ver incrementada por:

- La identificación de las habilidades generales de regulación emocional que forman parte del desarrollo, mantenimiento y tratamiento de un amplio abanico de trastornos mentales.
- El desarrollo de intervenciones no específicas para cada trastorno que puedan mejorar estas habilidades.
- Incorporando estas intervenciones a módulos de tratamiento que contengan componentes específicos para cada trastorno

Las habilidades básicas de regulación emocional son importantes por varias razones entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Las emociones negativas que no son necesariamente parte de los criterios diagnósticos en un trastorno específico a menudo provocan patrones de conducta que sí se asocian con el trastorno.
- Las emociones negativas que no son necesariamente parte de los criterios diagnósticos en un trastorno específico a menudo interfieren en las estrategias de afrontamiento e implementación aprendidas durante el tratamiento.
- Muchos pacientes sufren más de un trastorno que podría explicarse, al menos parcialmente, por déficits generales en regulación emocional.

Habilidades específicas de regulación emocional para modificar las emociones en la dirección deseada y/o para aceptar y tolerar las emociones indeseadas:

- Ser consciente de las propias emociones y del procesamiento emocional.
- Identificar y etiquetar emociones.
- Interpretar las sensaciones corporales relacionadas con emociones correctamente.
- Entender los mensajes de las emociones.
- Darse apoyo a uno mismo en situaciones emocionalmente estresantes o intensas
- Aceptar las emociones.
- Tolerar las emociones negativas.
- Enfrentarse a situaciones emocionalmente estresantes o angustiosas para alcanzar metas más importantes.
- Modificar activamente emociones negativas para sentirse mejor.

Terapia de Regulación Emocional (Mennin & Fresco, 2009/2017):

La terapia de regulación emocional parte de la premisa de que en los trastornos emocionales los problemas disfuncionales podrían deberse a carencias o disfunciones en los siguientes mecanismos y que, por tanto, los tratamientos deben abordar la intervención en dichos mecanismos:

1. Mecanismos motivacionales, que aparecen por un desequilibrio producido en el sistema de sensibilidad a la recompensa - que busca el logro o la recompensa-, y el sistema de sensibilidad al castigo -que trata de conseguir seguridad y reducir la amenaza-. Cuando el sistema de sensibilidad al castigo está hiperactivado la persona intenta mantenerse en una posición segura a toda costa y trata de evitar las amenazas de una forma inadecuada. El desequilibrio entre los dos sistemas se manifestaría a través de conductas poco efectivas en la resolución de múltiples situaciones vitales.

2. Mecanismos regulatorios, los cuales permiten responder con flexibilidad a los eventos de la vida de acuerdo con los objetivos y/o valores personales y los cambios ocurridos en el contexto. Las personas con trastornos emocionales a menudo fallan en el aumento o la disminución de ciertas experiencias de un modo apropiado en relación a un contexto específico.

3. Consecuencias del aprendizaje contextual, es decir, adaptación, entendiéndola como la capacidad de entender y proporcionar respuestas conductuales, flexibles y adaptativas, contextualmente apropiadas. Las personas con trastornos emocionales a menudo muestran un repertorio conductual pobre e inflexible como respuesta a situaciones que habitualmente promueven las conductas de evitación, escape o inactividad como medio para afrontar y manejar situaciones y reacciones emocionales.

Entrenamiento en procesamiento emocional óptimo (Hervás, 2012/2017):

El entrenamiento en procesamiento emocional óptimo es un programa de intervención individual y transdiagnóstico de 6 sesiones de duración ampliable, el programa está basado en la idea de que, más allá de lo que sucede antes de que la emoción se active (lo cual evidentemente es importante y está muy trabajado por la terapia cognitiva), muchos problemas psicológicos se consolidan por las dinámicas negativas que se desarrollan una vez las emociones se han activado.

Por lo que el entrenamiento en procesamiento emocional se divide en tres fases:

- A. Psicoeducación sobre emociones: se tratan de reducir las ideas negativas sobre las emociones, y sobre todo dotar de sentido a las mismas dentro de un marco de aceptación y utilidad de las mismas. Para dar sentido, será crucial que las personas comprendan el funcionamiento general de las emociones, así como el sentido específico de cada una de ellas, así como entender qué es lo que está fallando en su forma de afrontarlas. Por tanto, es un componente clave que implica bastante contenido nuevo que la persona debe asimilar.
- B. Entrenamiento en habilidades emocionales específicas: se entrenan habilidades emocionales específicas que son necesarias para un procesamiento emocional óptimo y que se corresponden con las fases del modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional
- C. Entrenamiento del procesamiento emocional completo con situaciones emocionales reales: Para tales efectos se integran progresivamente las habilidades aprendidas para aplicarlas y automatizarlas, fundamentalmente a través de un diario de emociones en el que se van integrando progresivamente las diferentes habilidades

A lo largo del entrenamiento en procesamiento emocional la persona aprende a modular sus emociones con diferentes estrategias, pero también aprende que, para que esas estrategias sean eficaces, debe abrirse interiormente a su experiencia emocional con total aceptación y ser capaz de analizar y comprender lo que siente, para finalizar el entrenamiento se aplica todo lo aprendido a situaciones desagradables del pasado que hayan tenido relevancia en la vida de la persona debido a su impacto o intensidad, como bien puede ser un accidente, una pérdida, etc., este ejercicio permite consolidar lo aprendido así como realizar una introspección de eventos significativos pasados que han tenido relevancia al momento de construir sus esquemas del mundo, de los otros o de sí mismo (Hervás, 2012/2017).

CAPÍTULO 4 ANSIEDAD

Definiciones

De acuerdo con Cárdenas, et. al. (2010), la ansiedad es una emoción normal por la que las personas pasan, ya que es parte de mecanismos básicos de supervivencia y da respuesta a situaciones que se presentan de manera espontánea y resultan ajenas, sorprendidas e incluso amenazantes. Asimismo, es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida en diferentes momentos de la vida cotidiana.

La ansiedad tiene como función principal prepararnos para actuar o en caso contrario para huir de la situación, visto desde esta perspectiva la ansiedad es una emoción relacionada a la adaptación y preservación, ya que funge como catalizador para confrontar situaciones estresantes (Cárdenas, et al, 2010).

Zung, (1971/2016) define a la ansiedad como un estado mental de constante sufrimiento y esta emoción no permite que el sujeto se sienta capaz de controlar los eventos futuros, de esta manera existen quienes creen que la ansiedad se puede aprender cuando los miedos naturales del sujeto suceden con objetos y sucesos previamente neutrales.

Para otros autores la ansiedad es una emoción basada principalmente en el sentimiento de miedo, temor, aprensión, inseguridad, resultado de que las personas sienten amenazado su entorno, y no cuentan con los medios para resolver esas situaciones adecuadamente (Baeza, et. al., 2008).

Neurobiología de la ansiedad

Entre las estructuras neuroanatómicas de la ansiedad se encuentra la amígdala, la cual coordina y regula las reacciones de alarma que se activan ante el miedo y la ansiedad; asimismo, el locus ceruleus, recibe información externa e interna, envía señales a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos relacionados con el miedo y la ansiedad, se activa debido a cambios fisiológicos como disminución de la presión y el volumen sanguíneo, cambios de temperatura, hipoglicemia, entre otros. El tálamo, por su parte, retransmite señales sensoriales a la amígdala en situaciones de peligro; el hipotálamo, participa en la activación simpática y en la liberación neuroendocrina y neuropéptica (liberación del factor liberador de corticotropina,

vasopresina y oxitocina) provocada por el estrés. Otra estructura relacionada, es la sustancia gris periacueductal, a través de ella se transmiten las reacciones de respuesta al miedo, como la conducta defensiva y de “congelamiento”. El hipocampo, está conectado con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. La corteza orbitofrontal, se relaciona con la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, así como en la selección y planeación de las conductas ante una amenaza; y en la monitorización de la efectividad de dichas respuestas (Reyes, 2010).

Etiología de la ansiedad

Las causas de la ansiedad se dividen en (Reyes, 2010):

- Factores biológicos: se habla que existe una predisposición genética para la mayoría de los trastornos de ansiedad, principalmente para el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social.
- Factores psicosociales: estresores psicosociales como problemas de relaciones interpersonales, conflictos académicos y laborales, situaciones económicas y sociales adversas, pérdidas o duelos, cambios en los contextos o situaciones de la vida diaria, etc.
- Factores traumáticos: como accidentes graves, desastres naturales, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, entre otros.
- Factores cognitivos y conductuales: distorsiones cognitivas, como sobrevalorar la situación o el pensamiento causante de ansiedad y subestimar la capacidad personal para enfrentarlos. Asimismo, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas, por medio del condicionamiento y la generalización.

Clasificación de los trastornos de ansiedad

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2014), los trastornos de ansiedad se clasifican en:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo Selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

Manifestaciones sintomáticas

La sintomatología de la ansiedad se clasifica en los siguientes grupos (Baeza, et. al., 2008):

Síntomas Psicológicos: sentimiento de inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, sensación de vacío, temor a perder el control, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos temor a la muerte, a la locura o al suicidio.

Síntomas Físicos: Mareo, hipertensión, cefalea, náuseas y vómito, taquicardia o palpitaciones, opresión de pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, nudo en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

Síntomas Conductuales: Estados de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad estar quieto o en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimiento torpe de las manos y brazos, cambio en la voz, expresión facial, asombro, duda.

Síntomas Intelectuales o Cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

En cuanto a la ansiedad en adolescentes los síntomas que ayudan a detectar los trastornos de ansiedad son: inseguridad, temor, preocupación, pensamientos negativos y

temor anticipado ante hechos que se consideran adversos, en ocasiones se acompañan de síntomas somáticos como lo son: cardiovasculares, taquicardia, hipertensión arterial, sensación de falta de aire y dificultades respiratorias, dolores abdominales, cólicos, sequedad de boca, transpiración profusa, cefaleas y contracturas musculares (Martínez & Meneghello, 2000/2012).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2014), para hacer el diagnóstico de ansiedad se debe identificar, al menos un periodo de seis meses, la presencia de los siguientes síntomas, que son denominados criterios diagnósticos:

A. Ansiedad y preocupación excesivas con una duración de 6 o más meses, sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades en diferentes contextos, como pueden ser el laborar o el académico entre otros.

B. Dificultad de controlar la preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se vinculan a tres o más de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses), en niños solo se necesita un solo síntoma:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatiga fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento,

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia como alguna droga, medicamento o alguna alteración médica.

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como puede ser ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa

en el trastorno de ansiedad social, contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Consecuencias

Dentro de las consecuencias de la ansiedad, se habla que existen las positivas y negativas, que dependen de la cantidad de estrés, si este es moderado, ayuda a activar los mecanismos necesarios para poner el organismo en alerta, aumenta la capacidad para relacionar conceptos, la velocidad de procesamiento, el pensamiento y la anticipación, entre otros; con respecto a las negativas, se incluyen las siguientes (Cano & Dongil, 2004):

- Trastornos psicofisiológicos: Cardiovasculares: hipertensión, arritmia, infarto, enfermedad coronaria. Digestivos: intestino irritable, úlceras. Respiratorios: asma. Dermatológicos: soriasis, acné, eccema. Otros: cefaleas, dolor crónico, infertilidad.
- Trastornos del Sistema Inmune: Enfermedades infecciosas: gripe, herpes, alergias. Enfermedades inmunológicas: evolución del cáncer.
- Trastornos del estado de ánimo: Depresiones, distimia, trastornos bipolares.
- Adicciones: Ansiolíticos, tabaco, alcohol, otras sustancias.
- Otros desórdenes mentales: anorexia, bulimia, insomnio, terrores nocturnos desordenes sexuales, trastornos del control de impulsos: tricotilomania, autolesiones, somatización, hipocondría.

Ansiedad en adolescentes

La ansiedad suele presentarse de forma normal por periodos cortos en diferentes etapas de la vida, durante la adolescencia es común que se presente miedo a ciertas situaciones sociales y ansiedad sobre su competencia en diversas áreas. Se estima que entre el 2,8% y 32% de los niños y adolescentes pueden sufrir un trastorno de ansiedad (Tayeh, et. al, 2016).

En la adolescencia son más frecuentes los trastornos de ansiedad en las mujeres, en especial los ataques de pánico y las fobias específicas. Es la edad en que se inicia la fobia social y los ataques de pánico. La presencia de síntomas de ansiedad en la

adolescencia duplica el riesgo de padecer ansiedad en la edad adulta, también aumenta el riesgo de depresión, abuso de sustancias y fracaso escolar (Sánchez, 2015).

- Trastorno de ansiedad generalizada: la característica principal es que el adolescente muestra una excesiva preocupación en diversos contextos, sin alguna alteración orgánica, así como una incapacidad de controlar el grado de preocupación, alterando el desarrollo normal del adolescente, lo cual ocasiona deterioro social y/o académico, estas alteraciones tienen periodos de exacerbación (García, 2011).
- Ataques de pánico: se caracterizan por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intensos, sin la existencia de un peligro real, que se acompaña al menos de 4 de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aire o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo, despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez, puede acompañarse de una sensación de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar (Sánchez, 2015).
- Fobias específicas: es el miedo marcado y constante y no razonable ante la presencia o anticipación de algún objeto o situación específica, que impide o dificulta la realización de actividades habituales; la exposición a tal estímulo provoca casi siempre una respuesta ansiosa, como un ataque de pánico (Tayeh, et. al, 2016).
- Fobia social: el adolescente tiene una ansiedad excesiva con respecto a la posibilidad de hacer algo o actuar de una forma que resultara humillante o vergonzosa. Incluye el temor a hablar, comer o escribir en público, ir a fiestas públicas o hablar con figuras de autoridad. Cuando se enfrentan a tales situaciones experimentan síntomas intensos de ansiedad. Suele acompañarse por la idea de que los demás tienen hacia ellos pensamientos devaluatorios (Díaz & Santos, 2018).

CAPÍTULO 5 METODOLOGÍA

Justificación

Las autolesiones en adolescentes representan un serio problema de salud pública, ya que suelen asociarse con trastornos como depresión, ansiedad, conductas adictivas, entre otros. No obstante la gravedad de esta conducta, se carece de registros adecuados sobre su incidencia y prevalencia, debido a que, generalmente el adolescente mantiene oculta esta práctica y solo un reducido número de pacientes requiere y solicita atención médica y/o psiquiátrica (Fleta, 2017, Flores, et. al, 2018), lo que dificulta proporcionarles la debida atención psicológica que necesitan.

Asimismo, los adolescentes se encuentran dentro un grupo de alto riesgo y vulnerabilidad debido a que esta es una etapa crítica de la vida, por los múltiples cambios físicos y psicosociales que en ésta ocurren y es en este periodo, en el cual se pueden originar graves trastornos mentales de la edad adulta.

Un estudio reciente realizado en la ciudad de México encontró que el 27,90 % de los adolescentes se autolesionan (Mayer, et. al. 2016/2018) en concordancia con lo reportado en otros países y en estudios previos (Albores, et. al, 2014; Plener, et. al, 2016; Yates, et. al, 2008; /2018).

Planteamiento del problema

Las autolesiones sin intención suicida en adolescentes son un fenómeno poco estudiado, sobre todo en nuestro país, sin embargo, en la actualidad representan un grave problema de salud pública debido a su presentación cada vez más frecuente (Flores, et. al, 2018); así como a su elevada comorbilidad con conductas adictivas como el consumo de drogas; bulimia, promiscuidad sexual, antecedentes de abuso sexual, bullying y desintegración familiar (Sánchez, 2017); asimismo, por su asociación con trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, trastorno límite de la personalidad, autismo, esquizofrenia, intento de suicidio y suicidio consumado (Albores, et. al, 2014).

Esta conducta puede persistir por el alivio emocional que ocasiona el daño físico, el logro de la disociación de sentimientos intolerables, la percepción de control que

genera, a que permite comunicar el malestar percibido, reduce el estrés, aclara la mente, libera endorfinas, ayuda a concentrarse y produce la sensación de “estar vivo” (Ferrández, 2013; Manca, 2011/2017).

Con respecto a su prevalencia en el área clínica, se estima que del 30 al 40% de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna autolesión (Jacobson, et. al, 2008/2018). Algunos estudios en la población general, concluyeron que del 13,01% al 29,02 % de los adolescentes practicaron alguna conducta autolesiva al menos una vez en la vida (Baetens, et. al, 2011; Brausch & Gutiérrez, 2010/2018).

Por todo lo anteriormente mencionado, se consideró relevante llevar a cabo un estudio en adolescentes que se autolesionan con el objetivo de Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.

Pregunta de investigación

¿Una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales, disminuirá los niveles de ansiedad y aumentará las estrategias de regulación emocional en adolescentes que se autolesionan?

Tipo y diseño de investigación y de intervención

Diseño de investigación pre-experimental, que consiste en aplicar un estímulo o tratamiento a un grupo y posteriormente realizar la medición de una o más variables con el fin de evaluar si ocurrió algún cambio en éstas (Hernández, et. al, 2010).

Objetivos

Objetivo general:

Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad en adolescentes que se autolesionan.

Objetivos específicos:

- Aplicar instrumentos psicológicos validados para determinar la presencia y frecuencia de autolesiones en una población de adolescentes escolarizados.

- Establecer la posible relación entre autolesiones, dificultades de regulación emocional y ansiedad en adolescentes.
- Implementar un taller dirigido a adolescentes que se autolesionan enfocado en intervenciones para favorecer la regulación emocional.
- Evaluar la efectividad de la intervención grupal por medio de la aplicación de instrumentos pre y post tratamiento.

Hipótesis

Hipótesis alterna (H1): la frecuencia en la práctica de autolesiones en los participantes del programa de intervención, disminuirá posterior a dicha intervención, por lo tanto, sus indicadores serán diferentes.

Hipótesis Nula (H0): la frecuencia en la práctica de autolesiones en los participantes del programa de intervención, permanecerá igual posterior a dicha intervención, por lo tanto sus indicadores serán semejantes.

Hipótesis alterna (H1): los índices de ansiedad presentes en los participantes del programa de intervención, disminuirán posterior a dicha intervención, por lo tanto, sus indicadores serán diferentes.

Hipótesis Nula (H0): los índices de ansiedad presentes en los participantes del programa de intervención, permanecerán iguales posterior a dicha intervención, por lo tanto, sus indicadores serán semejantes.

Hipótesis alterna (H1): los índices de dificultades de regulación emocional presentes en los participantes del programa de intervención, disminuirán posterior a dicha intervención, por lo tanto, sus indicadores serán diferentes.

Hipótesis Nula (H0): los índices de dificultades de regulación emocional presentes en los participantes del programa de intervención, permanecerán iguales posterior a dicha intervención, por lo tanto, sus indicadores serán semejantes.

Selección de la muestra

Los participantes se seleccionaron por medio de muestreo no probabilístico. Se trató de 31 adolescentes escolarizados entre 12 a 15 años que cumplieron con los criterios de inclusión.

Participantes

Un total de 31 adolescentes, 21 mujeres y 10 hombres, entre 12 a 15 años de edad, que se autolesionaron por lo menos cinco ocasiones en el último año, sin intención suicida; que completaron los inventarios de evaluación; que desearon participar en el taller y que contaron con el consentimiento informado firmado por sus padres o tutores.

Escenario

Escuela Secundaria Diurna número 117 “Gabriela Mistral”, turno vespertino, ubicada en la Ciudad de México.

Materiales

Computadora, proyector, equipo de sonido, pizarrón, marcadores, hojas de papel, plumas, lápices, diario de emociones, formatos de autorregistros e instrumentos psicológicos.

Instrumentos

Cédula de Indicadores sobre Autolesión. Adaptada por (González et al., 2003), es un cuestionario que incluye nueve preguntas, algunas son para seleccionar, mientras otras son abiertas. Este cuestionario, además de indicar si es que el individuo se ha autolesionado alguna vez en su vida, indica el número de veces que lo ha hecho, la edad de la última vez que lo hizo, los motivos por los que se autolesiona o se autolesionó, los métodos utilizados, el propósito por el que se lesionó, si es que buscó ayuda o fue ayudado luego de autolesionarse, de quién buscó ayuda y si es que la autolesión fue realizada con deseos suicidas (González et al., 2003).

Test de Ansiedad de Zung “A”. Autor William W.K Zung (1971), se aplica hasta la actualidad en población adolescente y adulta, es una escala de cuantificación de síntomas, la cual está validada y contiene un alto grado de confiabilidad, consta de 20 preguntas cada uno se refiere a sintomatología o característica ansiosa como síntomas o signos. La puntuación es dada de uno a cuatro puntos, las puntuaciones de 0 a 40 puntos indican un estado normal o sin presencia de ansiedad, de 41 a 47 puntos Ansiedad Moderada, de 48 a 55 puntos Ansiedad Marcada y de 56 o mayor es Ansiedad Grave. Este instrumento fue validado en una muestra mexicana de 920 personas con edades entre los 14 y 60 años, donde se encontró un alfa de Cronbach de $r = .77$ y una

estructura factorial de cuatro dimensiones que explicaron el 45.5 % de la variabilidad total (Hernández et al., 2008/2017).

Escala de Dificultades de Regulación emocional (DERS-E; Hervás y Jódar, 2008).

Este instrumento corresponde a la versión adaptada al español de la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz y Roemer, 2004) y evalúa diversos déficits que pueden afectar a una óptima regulación emocional. Cuenta con 5 sub escalas: *Descontrol emocional*, que mide las dificultades para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas; *interferencia cotidiana*, que hace referencia a las dificultades para concentrarse y cumplir tareas cuando se experimentan emociones negativas; *desatención emocional*, que apunta a las dificultades para atender y tener conocimiento de las emociones; *confusión emocional*, que consiste en la dificultad para conocer y tener claridad respecto de las emociones que se están experimentando y *rechazo emocional*, que alude a reacciones de no aceptación del propio malestar emocional. El instrumento se responde en una escala con formato Likert (1 = casi nunca, 5 = casi siempre), donde mayor puntaje indica más dificultades. Las cinco subescalas del DERS-E tienen un buen nivel de consistencia interna: Descontrol ($\alpha = .91$), Rechazo ($\alpha = .90$), Interferencia ($\alpha = .87$), Desatención ($\alpha = .73$) y Confusión ($\alpha = .78$). Marín, et al. (2012), probaron las propiedades psicométricas del formato en español (DERS-E) con una población no clínica de adolescentes en México. La confiabilidad de las subescalas fue alta ($\alpha = .68$ to $.85$) y la validez concurrente fue significativa ($r = .51$ to $.76$, $p \leq .05$).

Variables Dependientes

- Autolesiones: es la conducta mediante la cual la persona se produce daños físicos a sí mismo, con la finalidad de obtener alivio a un sufrimiento o tensión emocional.
- Regulación emocional: es la capacidad del individuo para reconocer y manejar sus emociones, adecuándolas al contexto y situación de manera apropiada.
- Ansiedad: es un estado emocional que se caracteriza por una constante preocupación o temor a situaciones que el individuo percibe como amenazantes, y que se manifiesta por medio de signos y síntomas psicofisiológicos.

Variable Independiente

- Intervención grupal cognitivo conductual: es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, las cuales buscan modificar conductas a través del cambio de pensamiento sobre sí mismos, sobre otros y sobre su entorno, así como acerca de las diferentes situaciones que viven.

Procedimiento

En primer lugar se estableció contacto con el director de la institución educativa para informarle sobre el objetivo de la intervención y solicitarle autorización para la realización de la misma.

A continuación se informó a los alumnos el objetivo del estudio y se les proporcionó el consentimiento informado que fuera firmado por sus padres o tutores, para ser incluidos en el proceso de selección.

Posteriormente se llevó a cabo la selección de las participantes para el grupo de tratamiento, por medio de la aplicación de los instrumentos en la institución educativa, y mediante la calificación de dichos instrumentos, para identificar a los adolescentes que cumplieron con los criterios anteriormente mencionados.

Al contar con los instrumentos calificados, se procedió a informar a los adolescentes seleccionados y a sus padres o tutores sobre la temática del taller y se solicitó su autorización para su participación en el mismo, para proceder a la aplicación de la intervención.

Se realizó un taller con un total de diez sesiones de dos horas, cada una del 6 al 21 de mayo del 2019, de 15:50 a 19: 20 horas, dos grupos de 31 alumnos que cumplieron los criterios del DSM-V para autolesiones sin intención suicida. Sede: Escuela Secundaria No. 117 “Gabriela Mistral”, Turno Vespertino.

Primera sesión:

- Inicio de la intervención: Presentación con el grupo.
- Actividad de integración: “la cadena de presentaciones”
- Evaluación inicial
- Introducción a las autolesiones

Segunda sesión:

- Psicoeducación sobre autolesiones: sus características, causas, consecuencias y alternativas para evitar autolesionarse.

Tercera sesión:

- Psicoeducación sobre las emociones y la regulación emocional: aceptación de las emociones como mecanismo regulador.

Cuarta sesión:

- Psicoeducación sobre las emociones y la regulación emocional: identificación de los factores de vulnerabilidad, estrategias para tolerar la frustración, actividades para regular las emociones y establecer un plan de acción.

Quinta sesión:

- Continuación del plan de acción
- Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.

Sexta sesión:

- Psicoeducación sobre la Restructuración Cognitiva a partir de la terapia cognitiva de Beck: explicar cuáles son las distorsiones cognitivas, como se relacionan con la conducta y emociones e identificar algunas y sustituirlas por ideas más apropiadas.

Séptima sesión:

- Psicoeducación sobre habilidades sociales: comunicación y asertividad.

Octava sesión:

- Psicoeducación sobre habilidades cognitivas: solución de problemas y pensamiento creativo.

Novena sesión:

- Continuación del plan de acción y recapitulación de los temas tratados.

Decima sesión:

- Psicoeducación sobre estrategias concretas para prevenir las recaídas.
- Finalización de la intervención: aplicación de evaluación final.

Al finalizar la intervención, se aplicaron nuevamente los instrumentos para evaluar la efectividad del taller y se informó a los participantes y a las autoridades educativas sobre los resultados obtenidos.

Consideraciones éticas

Los padres o tutores de los alumnos firmaron el consentimiento informado antes de la aplicación de los instrumentos para la selección de los participantes, así como para autorizar la intervención.

Los alumnos fueron informados sobre los objetivos de la aplicación de los instrumentos, así como de la intervención y se les solicitó su participación de manera voluntaria.

Se aseguró en todo momento la confidencialidad de la información obtenida durante el proceso de selección de participantes, así como durante la intervención y en la post evaluación de la misma; del mismo modo, se mantuvo el anonimato de los participantes en la presentación de resultados de este estudio.

Se proporcionó a las autoridades educativas de la institución, la relación de alumnos que cumplieron los criterios de autolesiones para su participación en el taller, así como para asegurar su seguimiento y tratamiento psicológico posterior.

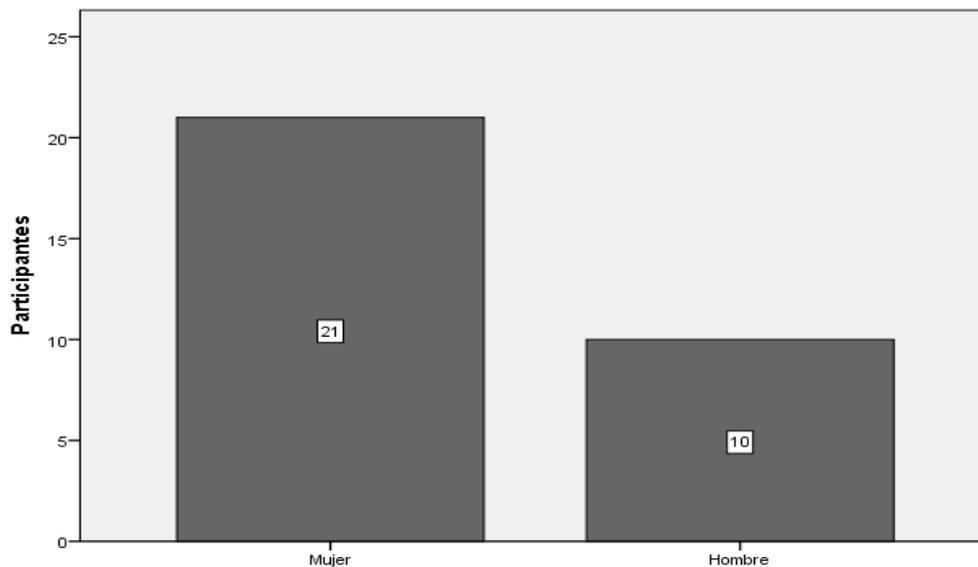
CAPÍTULO 6 RESULTADOS

Para conocer las condiciones relacionadas con el presente estudio, se dividieron los resultados en tres partes: primero se describen las características de las principales variables como lo son; sexo y edad de los participantes. Posteriormente, se describen los resultados obtenidos en la pre evaluación realizada en la presente investigación, los cuales son: *La Cédula de Indicadores sobre Autolesión* que indica si es que el individuo se ha autolesionado, cantidad de veces, los métodos utilizados, el propósito, entre otros; la *Escala de Dificultades de Regulación emocional (DERS)* que mide la dificultad de expresar adecuadamente las emociones y *Test de Ansiedad de Zung*, que mide el nivel de ansiedad en adolescentes. Por último se describen los resultados obtenidos en la post evaluación de las pruebas antes mencionadas.

En primer lugar, se describe el sexo de la muestra, el cual se encuentra representado en la Figura 1.

Figura 1.

Sexo de los participantes

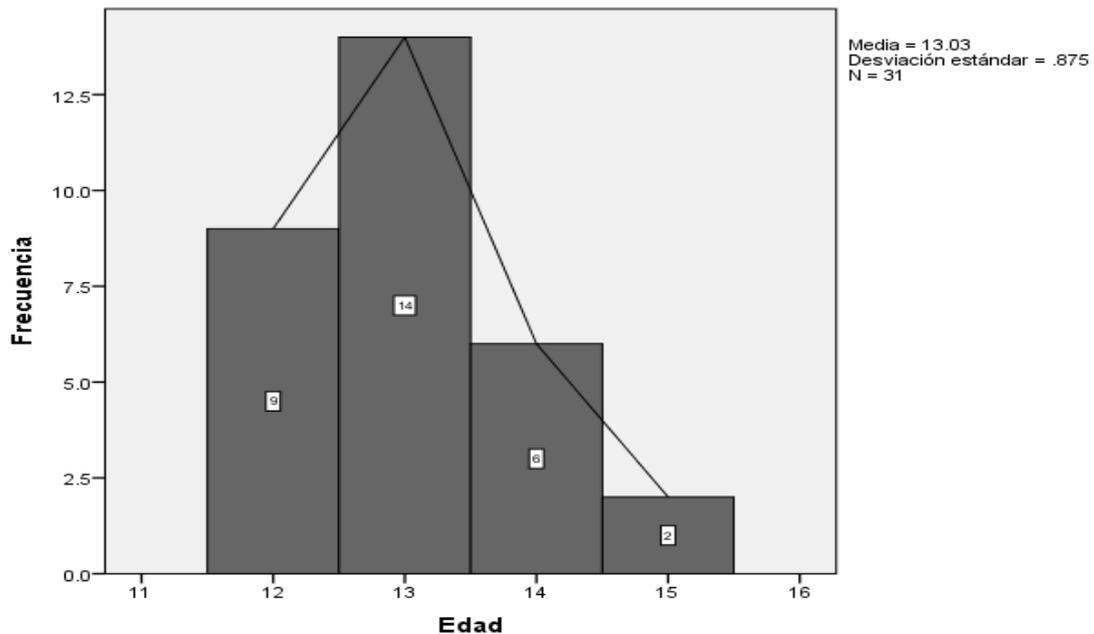


Nota: se muestra el sexo de los participantes, donde se observa que fueron 21 mujeres y 10 hombres para un total de 31 adolescentes.

A continuación, como se puede observar, en la figura 2 se muestra las edades de los participantes.

Figura 2.

Edad de los participantes



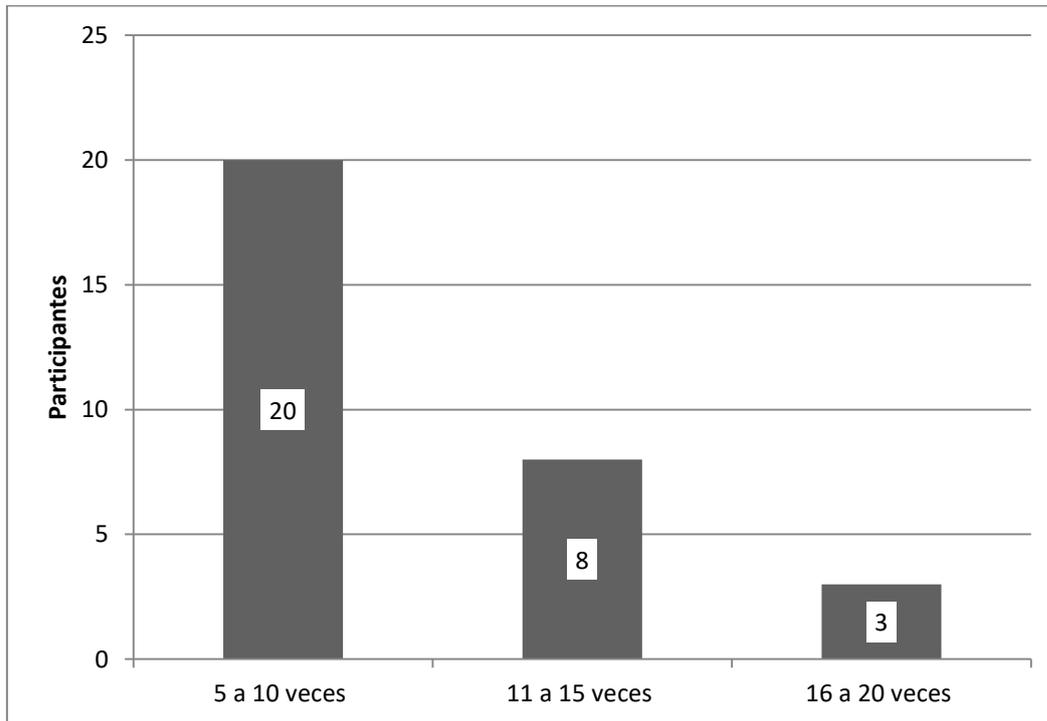
Nota: Se muestra las edades de los 31 participantes. La edad mínima es de 12 años y la edad máxima de 15 años. El promedio (Media) de edad es de 13 años (DE=.875). La moda que es la edad que más se repite son los 13 años.

Como se mencionó al principio del capítulo, en la segunda parte se muestran los resultados obtenidos en la aplicación de la Cédula de Indicadores sobre Autolesión, DERS y ZUNG antes de la intervención cognitivo conductual.

En la figura 3 se puede apreciar la frecuencia en la práctica de autolesiones en el último año, por parte de los participantes de esta investigación.

Figura 3.

Frecuencia en la práctica de autolesiones en la pre evaluación



Nota: Se presenta la frecuencia en la práctica de autolesiones, se observa que 20 de los participantes se autolesionaron de 5 a 10 veces, 8 de los participantes se autolesionaron de 11 a 15 veces y 3 de los adolescentes se autolesionaron de 16 a 20 veces.

La tabla 1 muestra los motivos principales que reportaron de los adolescentes para autolesionarse.

Tabla 1

Motivos para autolesionarse

Motivo para autolesionarse	Participantes
Problemas familiares	18
Obtener alivio emocional	12
Curiosidad	1
Total	31

Nota: se muestran los motivos de los participantes para autolesionarse, 18 fueron por problemas familiares, 12 para obtener alivio emocional y 1 por curiosidad.

En la tabla 2 se observan las principales formas de autolesión reportadas por los participantes.

Tabla 2

Formas de autolesión

Formas de autolesión	Participantes
Cortarse	18
Golpearse	9
Pincharse	2
Morderse	1
Quemarse	1
Total	31

Nota: se muestran las principales formas de autolesión, 18 de los participantes se cortan, 9 se golpean, 2 se pinchan, 1 se muerde y 1 se quema.

La tabla 3 muestra los resultados obtenidos en el pre-test DERS.

Tabla 3.

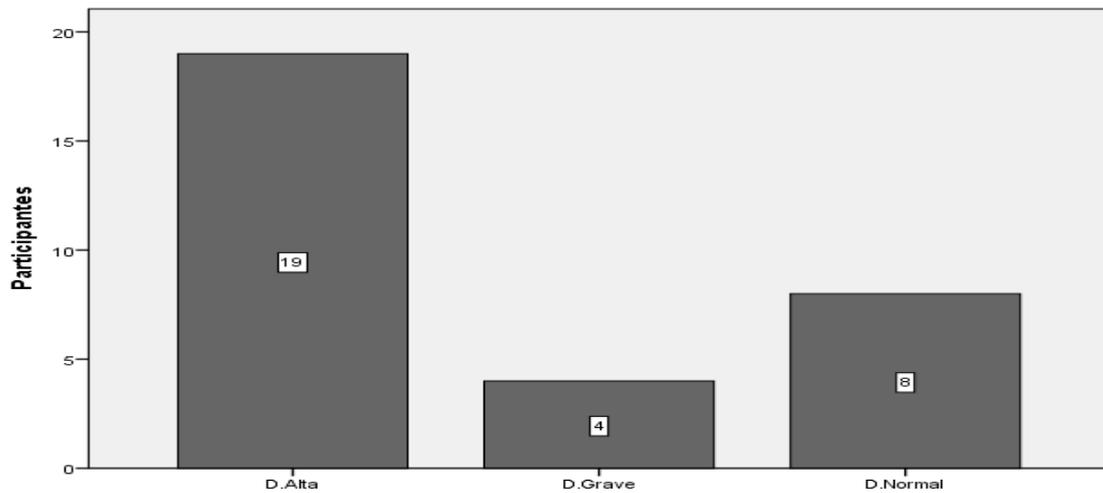
Resultados pre-test DERS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido D.Normal	8	25.8	25.8	25.8
D.Alta	19	61.3	61.3	87.1
D.Grave	4	12.9	12.9	100.0
Total	31	100.0	100.0	

Nota: se puede observar en nivel de dificultad para expresar emociones de parte de los participantes antes de la intervención, en donde 8 participantes puntuaron con dificultad normal, 19 con dificultad alta y 4 con dificultad grave.

La figura 4 muestra gráficamente los resultados encontrados en el pre-test DERS.

Figura 4.
Resultados pre-test DERS



Nota: resultados encontrados en el pre-test DERS

La tabla 4 muestra los resultados obtenidos en el pre-test de ZUNG

Tabla 4.
Resultados pre-test ZUNG

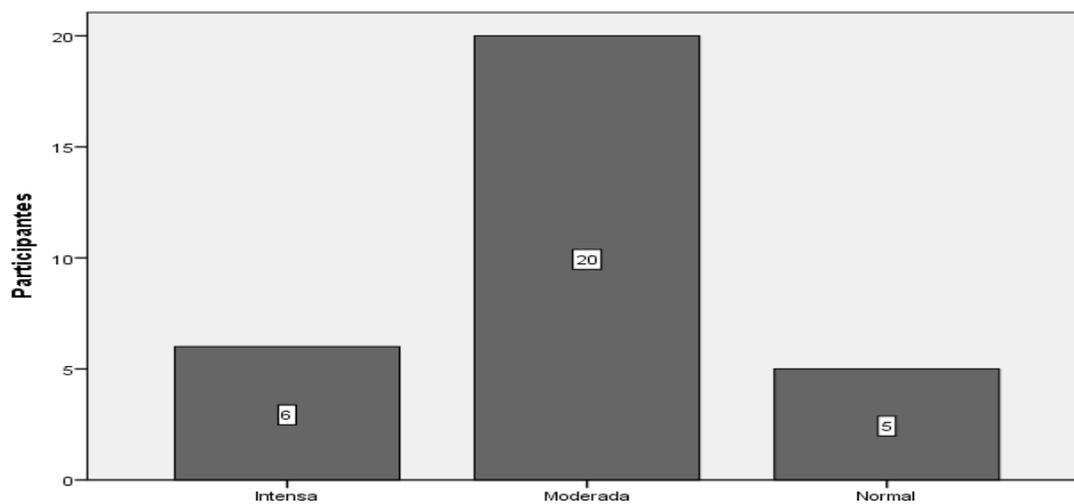
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Normal	5	16.1	16.1	16.1
Moderada	20	64.5	64.5	80.6
Intensa	6	19.4	19.4	100.0
Total	31	100.0	100.0	

Nota: se puede observar en nivel de ansiedad de parte de los participantes antes de la intervención cognitivo conductual, en donde 5 participantes puntuaron con ansiedad normal, 20 con ansiedad moderada y 6 con ansiedad intensa.

En la figura 5 se muestran gráficamente los resultados obtenidos en el pre-test de ZUNG

Figura 5.

Resultados pre-test ZUNG



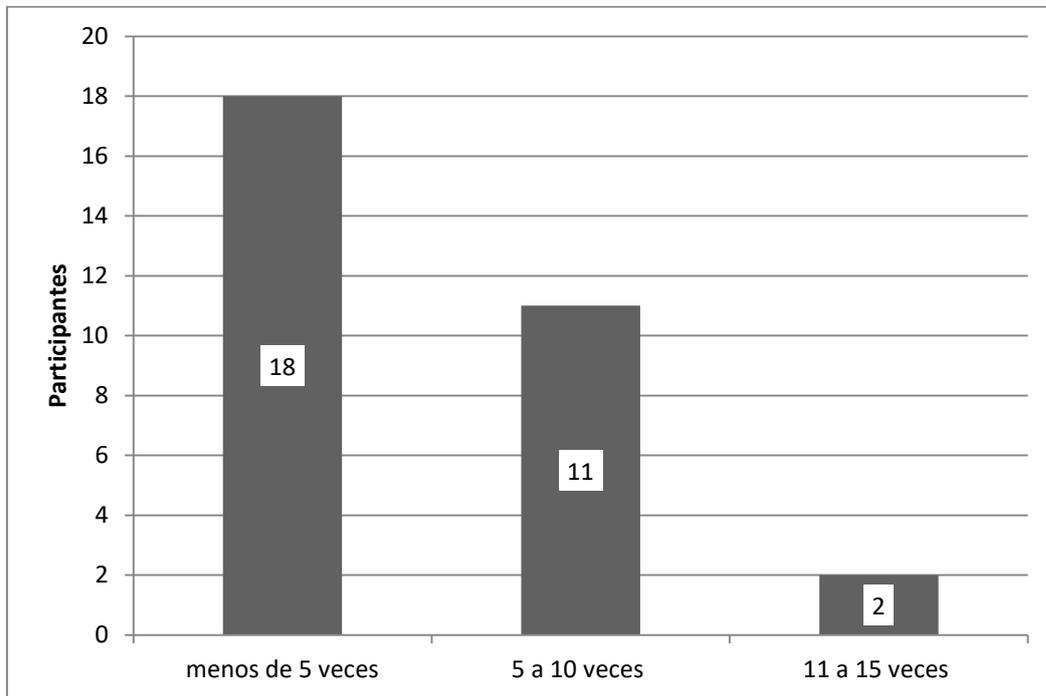
Nota: resultados encontrados en el pre-test ZUNG

Por último, se presentan los resultados obtenidos en la post evaluación de la intervención.

En la figura 6 se muestra la frecuencia en la práctica de autolesiones por parte de los participantes posterior a la intervención.

Figura 6.

Frecuencia en la práctica de autolesiones en la post evaluación



Nota: se observa la frecuencia en la práctica de autolesiones post intervención, donde 18 de los participantes se autolesionaron menos de 5 veces, 11 lo hicieron de 5 a 10 veces y 2 de 11 a 15 veces.

A continuación, las tablas 5 y 6 muestran la prueba T de Student para comparar el grado de diferencia entre las medidas pre y post intervención de la frecuencia en la práctica de autolesiones en los participantes.

Tabla 5

Medidas de la frecuencia de autolesiones pre y post intervención

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	PreAuto	1.45	31	.675	.121
	PostAuto	.48	31	.626	.112

Nota: Se muestra una disminución de la frecuencia en la práctica de autolesiones, entre la pre y post evaluación de los participantes.

Tabla 6

Comparación de la frecuencia de autolesiones pre y post intervención

Prueba de muestras emparejadas						
		Diferencias emparejadas		T	GI	Sig. (bilateral)
		95% de intervalo de confianza de la diferencia				
		Inferior	Superior			
Par 1	PreAuto – PostAuto	.852	1.083	17.131	30	.000

Nota: Se muestra una significancia de .000 de la comparación entre la pre y post evaluación en la frecuencia de la práctica de autolesiones.

La prueba T arrojó un resultado de 0.000 respecto a Alfa= 0.05 ($0.000 < 0.05$). Lo que demuestra que hay una diferencia significativa en la frecuencia en que los participantes se autolesionan, antes y después del tratamiento cognitivo conductual, con lo cual se puede concluir que este último, si tuvo efectos positivos en tal conducta de los participantes.

En la tabla 7 se observan los resultados obtenidos en el post evaluación del DERS.

Tabla 7

Resultados post-test DERS

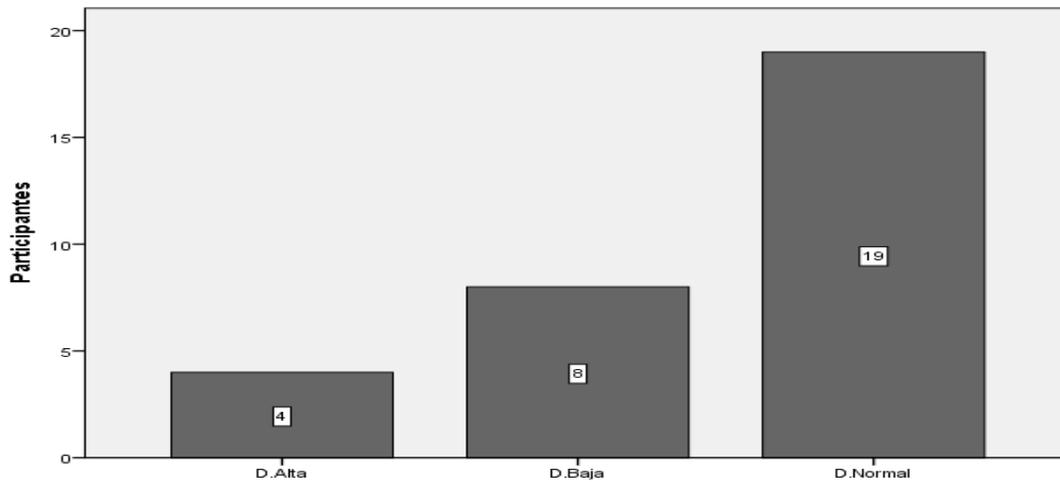
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	D.Baja	8	25.8	25.8	25.8
	D.Normal	19	61.3	61.3	87.1
	D.Alta	4	12.9	12.9	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Nota: se muestra el nivel de dificultad para expresar emociones de parte de los participantes después de la intervención cognitivo conductual, en donde 8 participantes puntuaron con dificultad baja, 19 con dificultad normal y 4 con dificultad alta.

La figura 7 muestra gráficamente los resultados encontrados en el post-test DERS.

Figura 7.

Resultados post-test DERS



Nota: resultados encontrados en el post-test DERS

En la tablas 8 se puede observar la prueba Chi-cuadrado de Pearson que señala la diferencia significativa entre las medidas pre y post-test DERS.

Tabla 8

Prueba de Chi-cuadrado pre y post-test DERS

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36.828 ^a	12	.000
Razón de verosimilitud	15.922	12	.195
Asociación lineal por lineal	5.278	1	.022
N de casos válidos	31		

Nota: Se muestra una significancia de .000 de la correlación entre el pre-test y post-test DERS

En la prueba Chi-cuadrado se obtuvo un resultado de 0.000 respecto a Alfa= 0.05 (0.000 < 0.05). Lo que señala que hay una un cambio significativo en el control de las emociones de los participantes, antes y después de la intervención, con lo cual se puede concluir que esta, si tuvo efectos positivos en dicha conducta.

La tabla 9 muestra los resultados obtenidos en el pos-test de ZUNG

Tabla 9

Resultados post-test ZUNG

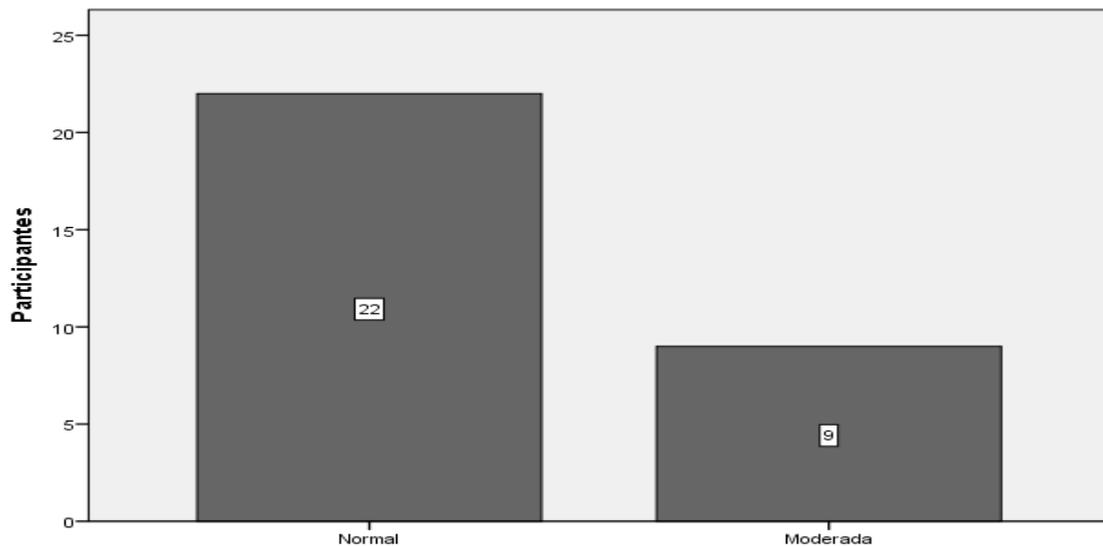
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	22	71.0	71.0	71.0
	Moderada	9	29.0	29.0	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Nota: se muestra el nivel de ansiedad de los participantes después de la intervención cognitivo conductual, en donde 22 participantes puntuaron con ansiedad normal y 9 con ansiedad moderada.

La figura 8 muestra gráficamente los resultados encontrados en el post-test ZUNG

Figura 8.

Resultados post-test ZUNG



Nota: resultados encontrados en el post-test ZUNG

Por último, la tabla 10 muestra la prueba Chi-cuadrado de Pearson para comprobar la diferencia significativa entre las medidas pre y post-test ZUNG.

Tabla 10

Prueba de Chi-cuadrado pre y post-test ZUNG

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.255 ^a	6	.000
Razón de verosimilitud	9.949	6	.127
Asociación lineal por lineal	.408	1	.523
N de casos válidos	31		

Nota: Se muestra una significancia de .000 de la correlación entre el pre y post-test de nivel de ansiedad de los adolescentes.

La prueba de Chi-cuadrado arrojó un resultado de 0.000 respecto a Alfa= 0.05 ($0.000 < 0.05$). Lo que muestra una diferencia significativa antes y después del taller, en el nivel de ansiedad de los participantes, por lo cual se puede afirmar que la intervención tuvo un efecto positivo.

CAPITULO 7 DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad en adolescentes que se autolesionan.

En primer término, como se puede apreciar, del total de la muestra (N=31), el sexo predominante de los participantes fueron mujeres (N= 21) en comparación a los hombres (N= 10). En lo que respecta a las formas de autolesión, el mayor número de participantes (N=18), refirió que se autolesionan por medio de cortes en la piel (mujeres); seguido por el método de golpearse (N=9), que corresponde a los hombres. Estos datos son similares con hallazgos reportados en la literatura (Albores, et al., 2014; Castro, et al. 2017; Chávez, et. al., 2015; Chávez, et. al., 2018; Ulloa, et. al., 2013).

Asimismo, se estableció una correlación positiva entre ansiedad y dificultades de regulación emocional en los adolescentes que se autolesionan en concordancia con diversos autores que lo han investigado (Ávila & Pachar, 2016; Castro, et al. 2017; Frias, 2017; Marín, 2013; Ulloa, et. al., 2013).

Se establecieron las hipótesis alternas de que la frecuencia de autolesiones, los índices de ansiedad y las dificultades de regulación emocional, disminuirían posterior a la intervención.

Con respecto a la frecuencia en la práctica de autolesiones, las cifras reportadas por los participantes demuestran una disminución, al finalizar la intervención con respecto a las reportadas al inicio; la mayoría de los participantes (N=20) refirieron autolesionarse de 5 a 10 veces; seguido por la frecuencia de 11 a 16 veces (N=8) y de 16 a 20 veces (N=3); para que al final de la intervención, la mayoría de los adolescentes (N=18), informaron autolesionarse menos de 5 veces; seguido de 5 a 10 veces (N=11) y de 11 a 15 veces (N=2).

En cuanto a las dificultades de regulación emocional, en los resultados obtenidos en las mediciones post evaluación se puede apreciar que, estas disminuyeron en comparación con los datos obtenidos antes de la intervención; en los resultados pre-test se observa que 19 de los participantes presento dificultad alta, 8 dificultad normal y 4 con

dificultad grave; en el post-test, 19 presentaron dificultad normal, 8 dificultad baja y 4 con dificultad alta.

En lo referente a los niveles de ansiedad, se observa que también descendieron, ya que en la pre evaluación 20 de los adolescentes resultaron con ansiedad moderada, 6 con intensa y 5 con normal; mientras que en la post evaluación, 22 de los participantes obtuvo un puntaje de ansiedad normal, y 9 ansiedad moderada.

De acuerdo con estos resultados obtenidos, se puede apreciar que las pruebas T de Student y las de Chi-cuadrado de Pearson muestran resultados de 0.000 respecto a $\text{Alfa} = 0.05$ ($0.000 < 0.05$), lo que demuestra que hay una diferencia significativa en la práctica de autolesiones, en los niveles de dificultad de regulación emocional y en los índices de ansiedad en las medidas pre y post intervención de los 31 participantes. Por lo cual se puede concluir que se aceptan las hipótesis alternas planteadas al inicio de la intervención, en las cuales se afirma que la frecuencia en la práctica de autolesiones, los índices de ansiedad y las dificultades de regulación emocional, disminuirían posterior a la intervención.

Todos los datos anteriores, coinciden con los resultados obtenidos en intervenciones grupales llevadas a cabo previamente (Frias, 2017; Marín 2013) y en estudios de caso en los cuales se aplicaron técnicas similares a la de este estudio (Garza-Laguera & Castro, 2016; Cerca, 2017). Cabe señalar que existen escasos estudios similares al presente, desarrollados y reportados en la literatura científica, que impiden poder llevar a cabo una más amplia contrastación de resultados.

Asimismo, con los hallazgos encontrados, se reafirma que en la actualidad la terapia cognitivo conductual sigue siendo uno de los pilares para el tratamiento de las conductas autolesivas en adolescentes.

Entre las limitaciones de la presente investigación, se considera que por el tipo de población y el lugar donde se llevó a cabo la intervención, el tiempo fue limitado, ya que se requiere dar seguimiento a los adolescentes, con el fin de continuar las intervenciones grupales, así como proporcionar terapia individual y llevar a cabo evaluaciones periódicas, para poder comprobar la efectividad a largo plazo de la intervención.

Igualmente, otra limitante resulto ser el número de alumnos, que sobrepaso la cantidad recomendada para el desarrollo de un taller, sin embargo por la falta de tiempo y espacio se tuvieron que integrar para que no quedaran fuera de la intervención.

Por todo lo anterior, se recomienda llevar a cabo más intervenciones y estudios similares a este, para poder contar con más información que aporte conocimiento sobre las autolesiones en adolescentes. Así como, incluir a los padres y profesores en las intervenciones, para que, quienes están en contacto directo con los adolescentes sean una red de apoyo durante su tratamiento y seguimiento. Del mismo modo, se sugiere contar con programas institucionales que garanticen el apoyo y atención psicológica a los alumnos de las diversas instituciones educativas, con el fin de detectar y tratar oportunamente los trastornos emocionales de los adolescentes.

REFERENCIAS

- Albores, L., Méndez, J., García, A., Delgadillo, Y., Chávez, C. & Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(4), 159-168. Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-159-168-346514.pdf>
- Alzuri, F., Hernández, M. & Calzada U. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 3 (7), 152-154. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n3/rf01307.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V* (5ª Ed).
- Bados, J. (Ed.). (2017). *Fortalecimiento de las habilidades de los adolescentes que se auto-agreden del corregimiento el Manzano, municipio de Taminango Nariño*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Cead Pasto-Nariño. Recuperado de <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/13144/1085246702.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Benitez, M. & Caballero, B. (2017). Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*, 20 (1), 221-231. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.11>
- Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la Ansiedad*. España: Díaz de Santos. Recuperado de <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788506.pdf>
- Cano, V. & Dongil, C. (2004). *La ansiedad*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. España. Recuperado de <https://bemocion.sanidad.gob.es/emocionEstres/docs/Ansiedad.pdf>
- Cárdenas, E., Feria, M., Palacios, L. & De la Peña, F., (2010). *Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría

- Ramón de la Fuente Muñiz, México. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
- Castro, E., Benjet, C., Juárez, F., Jurado, S., Lucio, M. & Valencia, A. (2017). Autolesiones no suicidas en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. *Salud Mental*, 5 (40), 192-199. <http://dx.doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.025>
- Cerca, U. (2017). Terapia racional emotiva conductual y autolesión: una propuesta de intervención con una adolescente. *Revista de estudios clínicos e investigación psicológica*, 7 (14). Recuperado de <https://www.revistacecip.com/index.php/recip/article/view/124>
- Chávez, H., Muñoz, O., Becerra, O., Mares, R. & Chávez, P. (2015). Prevalencia de la Conducta Auto-lesiva en estudiantes de la Universidad de Guanajuato (Primer ingreso Campus León). *Revista jóvenes en la Ciencia*, 2 (1), 117-121. Recuperado de <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/94/pdf1>
- Chavez, F., Hidalgo, R. & Muñoz, N. (2018). Relaciones intrafamiliares y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes mexicanos que se autolesionan sin intención suicida. *Salud y Sociedad*, 9 (2), 130-144. DOI: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2018.0002.00001>
- Davidoff, L., (1989). *Introducción a la psicología* (3ª ed.). McGraw-HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. De C.V.
- De la Fuente, M. R. (2018). *Autolesiones en la Adolescencia* [Tesis de licenciatura], Universidad de Valladolid, España. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30252/TFG-M-M1124.pdf;jsessionid=ACA2522513581DD2451327E5AE137525?sequence=1>
- Díaz, S. & Santos, V. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6 (1), 21-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317303>

- Dirinó, L. (2015). Adolescencia, tiempo de crisis y de transiciones. *Revista Ciencias de la Educación*, 26 (47), 258-270. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/47/art16.pdf>
- Espinoza, Y. C. (2017). *Características psicosociales en los adolescentes con conductas autolesivas pertenecientes a la unidad educativa "Velasco Ibarra" del cantón buena fe*. [Tesis maestría], Universidad de Guayaquil, Colombia. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26523/1/TESIS%20KAREN.pdf>
- Fleta, Z. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45.
- Flores, S., Cancino, M. & Figueroa, V. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública*, 44(4), 200-216. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n4/1561-3127-rcsp-44-04-200.pdf>
- Frias, B. (2017). *Intervención grupal para el tratamiento psicológico de autolesiones no suicidas en adolescentes: un estudio piloto*. [Tesis maestría] Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, España. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146365/tfm_2016-17_MPGS_cfb640_643.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Garza-Laguera, G. & Castro, C. (2016). Terapia Breve en un caso de autolesión no suicida. *Psicología Clínica y Psicoterapia*. Recuperado de <https://www.psicologiaincientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida/>
- García, S. (2011). Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Médica Clínica Condesa*, 22 (1), 77 – 84. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703959>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 6 (86), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gómez, P. & Calleja, B. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8 (1), 96-117. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>

- Hérvas, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19 (2), 347-372. Recuperado de https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiaadelaregulacionemocionalpapeldelosdeficitemocionales.pdf
- Hervás, G. & Moral, G. (2017). Regulación Emocional Aplicada Al Campo Clínico. *Formación Continuada a Distancia. Consejo General de la Psicología de España*. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Hidalgo, G., González, C. & Hidalgo, V. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21 (4), 233-244. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- Kinkead, B., Garrido, R. & Uribe O. (2011). Modalidades Evaluativas en la Regulación Emocional: Aproximaciones actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (1), 29-39. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807002.pdf>
- Marín, T., Robles, G., González., F. & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERSE) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35 (6), 521-526. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58225137010.pdf>
- Marín, T. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan* [Tesis doctoral], Universidad Nacional Autónoma de México, México. http://www.ciencianueva.unam.mx/bitstream/handle/123456789/78/28_desarrollo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mollá, L., Batlle, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L., Pérez, V. & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20 (1), 51-61. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408

- Organización Mundial de la Salud. (2018, Marzo). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud Mental del Adolescente*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, Marzo). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Papalia, E., Wendkos, S. & Duskin R., (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia* (11ª ed.). McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Pérez, A. (Ed.). (2015). *Guía de Atención al Adolescente*. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado de
<https://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>
- Pérez, D. & Guerra, M. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368-375. Recuperado de
<http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v86n3/ped11314.pdf>
- Pintado, M. Jiménez, H., Padilla, R., Guerra, C. & Antelo C. (2010). Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general. *Rev Psicol. Psiquiatr Nino Adolesc*, 9 (1), 11-27. Recuperado de
https://psiquiatriainfantil.org/2010/2010_2.pdf
- Ramírez, P. & Hernández, E., (2012). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 20 (2), 63-70. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2012/eim122b.pdf>
- Reyes, T. (2010). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. Recuperado de
<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Sánchez, P. (2015). Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2 (3), 80-

91. Recuperado de https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_80-91_Trastornos_psiqui%C3%A1tricos.pdf
- Sánchez, S. (2017). Autolesión y mentalización: viaje a través de las heridas. *Clínica e Investigación Racional*, 11 (2), 337-351. DOI: 10.21110/19882939.2017.110208
- Tayhe, P., Agámez, P. & Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. *Precop Scp*, 15 (1), 6-18. Recuperado de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Trujano, R. (2017). “Síndrome de Cutting”: su decoconstrucción a través de terapias narrativas o postmodernas. Estudio de caso. *Alternativas en Psicología*, 37, 64-78. Recuperado de <https://www.alternativas.me/attachments/article/146/05%20-%20S%C3%ADndrome%20de%20cutting.pdf>
- Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 5 (18), 531-554. Recuperado de <http://www.brown.uk.com/selfinjury/suyemoto2.pdf>
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K., Victoria, G., (2013) Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 5 (36), 417-420. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n5/v36n5a10.pdf>
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L. & de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno Disocial*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno_disocial.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Cartas descriptivas del taller

<u>CARTA DESCRIPTIVA</u>							
Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas				
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México				
Fecha:	6 de mayo 2019.	Duración:	2 horas				
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.							
PRIMERA SESIÓN							
Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Inicio del taller y Encuadre Presentación	Explicar a los participantes los objetivos de la intervención, así como darles a conocer los temas a tratar durante el taller.	20 minutos	Se llevó a cabo la presentación con el grupo, se dieron a conocer los objetivos del taller, asimismo, se presentó un panorama general de los temas a tratar, número de sesiones, horarios y fechas.	Los participantes	Pizarrón y marcadores	Explicación oral	Preguntar si hay dudas y aclaración de las mismas
Actividad de integración: “la cadena de	Favorecer la integración grupal de los	40 minutos	Los participantes se agruparon en parejas y se les dio un tiempo determinado	Los participantes	Tarjetas de cartulina y marcadores.	Compartir sus experiencias	Que contesten que tanto

presentaciones”	participantes.		para que se presentaran entre ellos, posteriormente se sentaron en un círculo de modo que podían verse de frente, entonces cada uno presentó a la otra persona y así se fue dando la cadena de presentaciones, hasta que todos los participantes se presentaron. Después se les pidió que pusieran su nombre en una tarjeta y se la colocaran en un lugar visible.			propias	conocen a la persona que están presentando
Las autolesiones Introducción a las autolesiones	Introducir a los participantes en el tema de las autolesiones, con el propósito de inicien el proceso de reflexión sobre el porqué se autolesionan.	60 minutos	Se proyectó a los participantes el cortometraje “A través de mi piel”. Posteriormente se les pidió que de manera voluntaria dieran su opinión e impresiones sobre el tema y contenido del cortometraje. A continuación, se les pidió que cada uno de los asistentes realizara por escrito una reflexión sobre el tema de las autolesiones y para finalizar se presentaron las conclusiones del tema.	Los participantes	Pizarrón, marcadores, computador a y proyector	Ver video Compartir sus experiencias propias	Oral y por escrito, responder preguntas y escribir reflexión.

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México
Fecha:	7 de mayo 2019.	Duración:	2 horas
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.			

SEGUNDA SESIÓN

Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Las autolesiones Recapitulación del tema visto en la sesión anterior.	Favorecer el aprendizaje por medio de la memoria.	30 min.	Se realizó un breve recordatorio sobre el tema de introducción a las autolesiones visto en la sesión anterior con la participación de los asistentes al taller.	Los asistentes	Pizarrón y marcadores	Explicación oral	Preguntarles si hay dudas
Las autolesiones Psicoeducación sobre autolesiones: sus características, causas, consecuencias y alternativas para evitar autolesionarse.	Incrementar los conocimientos sobre las autolesiones y su prevención para fomentar la conciencia de la conducta y favorecer la motivación para la adquisición de conductas saludables.	90 min.	Se llevó a cabo una lluvia de ideas, pidiendo a los participantes que de manera voluntaria expusieran lo que saben a cerca de las autolesiones. Las ideas que fueron surgiendo se anotaron en el pizarrón y posteriormente se realizó una exposición para retroalimentar las ideas y concluir el tema.	Los asistentes	Pizarrón, marcadores, computadora y proyector.	Lluvia de ideas Explicación oral	Que contesten que tanto conocen sobre el tema y preguntarles si hay dudas

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México
Fecha:	8 de mayo 2019.	Duración:	2 horas
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.			

TERCERA SESIÓN

Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Las autolesiones Recapitulación del tema visto en la sesión anterior.	Favorecer el aprendizaje por medio de la memoria.	30 min.	Se realizó un breve recordatorio sobre el tema de las autolesiones visto en la sesión anterior con la participación de los asistentes al taller.	Los asistentes	Pizarrón y marcadores	Explicación oral	Preguntarles si hay dudas
Las emociones y regulación emocional “Frasas incompletas”.	Brindar a los asistentes estrategias para aprender a expresar y reconocer sus emociones, para favorecer la	30 min.	Se les pidió que respondieran las siguientes frases incompletas: Cuando estoy callado/a con mis amigos, me siento... Cuando me enojo con alguien,	Los asistentes	Hojas de papel, plumas y lápices.	Explicación oral Compartir sus experiencias propias.	Valorar que tanto saben reconocer y expresar sus emociones

<p>Psicoeducación sobre las emociones y la regulación emocional: aceptación de las emociones como mecanismo regulador</p>	<p>adquisición de conductas adaptativas.</p>	<p>40 min. 20 min.</p>	<p>me siento... Cuando tengo un problema, me siento... Cuando estoy contento/a, lo demuestro... Cuando tengo miedo, busco... Posteriormente, realizó una discusión grupal en la que, de manera voluntaria, compartieron sus respuestas. Se destacó la importancia de identificar las emociones.</p> <p>Se llevó a cabo la presentación Manejo de las emociones a los participantes.</p> <p>Se les proporcionó a los participantes un diario de emociones y se les explicó la manera de llevarlo a cabo, y que lo presentaran a la inicio de las sesiones restantes del taller.</p>		<p>Pizarrón, marcadores, computadora y proyector.</p> <p>Diario de emociones, Pizarrón, y marcadores,</p>	<p>Exposición</p> <p>Explicación oral Compartir sus experiencias propias</p>	<p>Preguntarles si hay dudas</p> <p>Valorar que tanto saben reconocer y expresar sus emociones</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México
Fecha:	9 de mayo 2019.	Duración:	2 horas
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.			

CUARTA SESIÓN

Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Las emociones y regulación emocional Recapitulación del tema visto en la sesión anterior	Favorecer el aprendizaje por medio de la memoria.	30 min.	Se realizó un breve recordatorio sobre el tema de las emociones visto en la sesión anterior con la participación de los asistentes al taller y se revisó el diario de emociones que cada uno de los participantes se llevó y completo en su casa.	Los asistentes	Diario de emociones, pizarrón y marcadores	Explicación oral.	Preguntarles si hay dudas
Las emociones y regulación emocional. “Expresa lo que sientes”	Brindar a las asistentes estrategias para identificar factores de vulnerabilidad, así como para tolerar la frustración, las actividades para	60 min.	Se solicitaron voluntarios para representar algunos casos. En cada uno de ellos tenían que expresar sus sentimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Identifica tus emociones. • Acéptalas como tuyas. • Muestra tus sentimientos. • Exprésalos de forma positiva. 	Los asistentes	Hojas de papel, plumas, pizarrón y marcadores.	Juego de roles	Preguntarles si hay dudas Valorar que tanto saben reconocer y expresar sus emociones

<p>Psicoeducación sobre las emociones y la regulación emocional: como controlar tus emociones.</p>	<p>regular las emociones y establecer un plan de acción.</p>	<p>30 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresa con tu cuerpo lo que dices con palabras. <p>Se les dio 15 minutos para que se organizaran y planearan la representación y otros 15 para representar los casos.</p> <p>Se expuso el tema: como controlar tus emociones. Posteriormente cada uno de los participantes inició un plan de acción para realizar actividades que les ayude a regular sus emociones.</p>		<p>Pizarrón, marcadores, computadora y proyector.</p>	<p>Exposición</p>	<p>Preguntarles si hay dudas</p> <p>Valorar que tanto saben reconocer y expresar sus emociones</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------	-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México
Fecha:	13 de mayo 2019.	Duración:	2 horas
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.			

QUINTA SESIÓN

Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Las emociones y regulación emocional. Recapitulación del tema visto en la sesión anterior. Continuación del plan de acción.	Favorecer el aprendizaje por medio de la memoria.	30 min.	Se realizó un breve recordatorio sobre el tema de las emociones visto en la sesión anterior con la participación de los asistentes al taller. Se continuó y concluyó con la elaboración del plan de acción para regular las emociones, por parte de los participantes	Los asistentes	Pizarrón y marcadores.	Explicación oral	Preguntarles si hay dudas
Autorregulación emocional. Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación	Instruir a los participantes para que aprendan a relajarse, con el fin de que incrementen su percepción de control	90 min.	Se llevó a cabo el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, y se explicó que se pueden utilizar en situaciones de estrés,	Los asistentes	Computadora bocinas y proyector	Demostración practica	Observación directa de como realizan lo demostrado

<p>muscular progresiva.</p>	<p>sobre las respuestas del cuerpo, asimismo brindar una herramienta adaptativa para cuando sientan ansiedad.</p>		<p>tensión, ansiedad. Se enfatizó que es necesario practicar en casa para perfeccionar la respuesta.</p>				
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México
Fecha:	14 de mayo 2019.	Duración:	2 horas
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.			

SEXTA SESIÓN

Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Autorregulación emocional. Recapitulación del tema visto en la sesión anterior.	Favorecer el aprendizaje por medio de la memoria	30 min.	Se realizó un breve recordatorio sobre el tema autorregulación emocional visto en la sesión anterior con la participación de los asistentes al taller.	Los asistentes	Pizarrón y marcadores.	Explicación oral	Preguntarles si tienen dudas
Distorsiones cognitivas Reestructuración Cognitiva a partir de la terapia cognitiva de Beck.	Brindar a los asistentes estrategias para identificar sus distorsiones cognitivas que originan y favorecen la conducta autolesiva.	60 min.	Explicar a los asistentes cuales son las distorsiones cognitivas y como los pensamientos se relacionan con las emociones y las conductas y enfatizar que, si se cambia el pensamiento, se logran cambiar la emoción y la conducta. Instruir la forma de llevar a cabo el autorregistro de	Los asistentes	Computadora y proyector. Hoja de autorregistro	Exposición Explicación oral	Preguntarles si hay dudas Valorar que tanto saben

<p>Autorregulación emocional. Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.</p>	<p>Instruir a los participantes para que aprendan a relajarse, con el fin de que incrementen su percepción de control sobre las respuestas del cuerpo, asimismo brindar una herramienta adaptativa para cuando sientan ansiedad.</p>	<p>30 min.</p>	<p>sustitución de pensamientos erróneos Con base en el autorregistro, detectar algunas distorsiones cognitivas, cuestionar, analizar y sustituir las creencias y suposiciones erróneas por ideas más apropiadas. Continuar el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva,</p>		<p>de sustitución de pensamientos erróneos, pizarrón y marcadores. Computadora bocinas y proyector</p>	<p>Demostración practica</p>	<p>identificar sus distorsiones cognitivas Observación directa de como realizan lo demostrado</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México
Fecha:	16 de mayo 2019.	Duración:	2 horas
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.			

SEPTIMA SESIÓN

Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Distorsiones cognitivas. Recapitulación del tema visto en la sesión anterior	Favorecer el aprendizaje por medio de la memoria	30 min	Se realizó un breve recordatorio sobre el tema distorsiones cognitivas visto en la sesión anterior con la participación de los asistentes al taller.	Los asistentes	Pizarrón y marcadores.	Explicación oral	Preguntarles si tienen dudas
Habilidades Sociales. Psicoeducación sobre habilidades sociales: comunicación y asertividad.	Dar a conocer a los adolescentes las habilidades de comunicación y de asertividad para que aprendan a relacionarse con los demás y a mejorar la comunicación verbal y no verbal; como herramientas	90 min.	Se inició con el tema de comunicación, para esto, se pidió a los asistentes que contestaran la siguientes preguntas: ¿Hay temas de los que no se puede hablar en tu familia? ¿Sabes por qué no se puede hablar de esos temas? ¿Hablan de lo que les molesta? ¿Hablan de sus sentimientos?	Los asistentes	Hojas de papel, plumas, lápices, pizarrón, marcadores, computadora y proyector.	Explicación oral Exposición	Preguntarles si tienen dudas

	para la adquisición de conductas adaptativas		<p>¿Qué podrías hacer para mejorar la comunicación con tu familia?</p> <p>Se les solicitó que llevaran a cabo la respuesta a la última pregunta con su familia, y en la siguiente sesión pregúntales si la comunicación se ha mantenido, ha mejorado o se ha hecho más difícil.</p> <p>Posteriormente se expuso el tema de la comunicación, para retroalimentar y concluir con el tema.</p> <p>Se continuó con el tema de asertividad, para lo cual, solicitaron voluntarios que pasaran al frente y tomaran, de una bolsa, un papel en donde se describe una situación que deberían representar frente al grupo, ellos decidieron cómo responder ante la situación. Al finalizar, se promovió una discusión en donde el grupo opinó si se expresaron claramente respetando a los demás. Para concluir se realizó una breve exposición sobre asertividad</p>			<p>Exposición</p> <p>Explicación oral</p> <p>Aprendizaje basado en problemas</p>	<p>Preguntarles si tienen dudas</p> <p>Valorar que tanto saben identificar y expresar sus emociones</p>
--	----------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México
Fecha:	17 de mayo 2019.	Duración:	2 horas
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.			

OCTAVA SESIÓN

Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Habilidades Sociales Recapitulación del tema visto en la sesión anterior.	Favorecer el aprendizaje por medio de la memoria	30 min.	Se realizó un breve recordatorio sobre el tema habilidades sociales, visto en la sesión anterior con la participación de los asistentes al taller	Los asistentes	Pizarrón y marcadores.	Explicación oral	Preguntarles si tienen dudas.
Habilidades Cognitivas Psicoeducación sobre habilidades cognitivas: solución de problemas y pensamiento creativo.	Enseñar a los adolescentes las habilidades de solución de problemas y pensamiento creativo, para promover la capacidad de resolver problemas y fomentar la creatividad, como herramientas para la adquisición de conductas adaptativas	90 min.	Se pidió a los participantes que formaran equipos de 5 personas., se les realizaron 4 preguntas y cada equipo tuvo 15 minutos para escribir una respuesta a un problema planteado. Los demás equipos escucharon la respuesta y opinaron al respecto. Para finalizar se expuso el tema: Habilidades de pensamiento.	Los asistentes	Hojas de papel, plumas, pizarrón y marcadores	Explicación oral Aprendizaje basado en problemas Exposición	Preguntar si tienen dudas Valorar que habilidades tienen para la solución de problemas

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México
Fecha:	20 de mayo 2019.	Duración:	2 horas
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.			

NOVENA SESIÓN

Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Habilidades Cognitivas Recapitulación del tema visto en la sesión anterior.	Favorecer el aprendizaje por medio de la memoria.	30 min.	Se realizó un breve recordatorio sobre el tema habilidades cognitivas, visto en la sesión anterior con la participación de los asistentes al taller.	Los asistentes	Pizarrón y marcadores.	Explicación oral.	Preguntarles si tienen dudas.
Las emociones y regulación emocional. Diario de emociones	Brindar a las asistentes estrategias para identificar factores de vulnerabilidad, así como para tolerar la	60 min.	Se revisaron los diarios de emociones de los participantes y su plan de acción, se aclararon dudas	Los asistentes	Pizarrón, marcadores, Diario de emociones y	Explicación oral.	Preguntarles si tienen dudas.

<p>y plan de acción para regular las emociones.</p> <p>Autorregulación emocional.</p> <p>Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva</p>	<p>frustración, las actividades para regular las emociones y establecer un plan de acción.</p> <p>Instruir a los participantes para que aprendan a relajarse, con el fin de que incrementen su percepción de control sobre las respuestas del cuerpo, asimismo brindar una herramienta adaptativa para cuando sientan ansiedad.</p>	<p>30 min.</p>	<p>que surgieron sobre estas actividades.</p> <p>Continuar el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.</p>		<p>plan de acción.</p> <p>Computadora bocinas y proyector</p>	<p>Demostración práctica</p>	<p>Observación directa de como realizan lo demostrado.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------------------------

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del taller:	Intervención Cognitivo Conductual para regular emociones en adolescentes con autolesiones	Horario:	15:30 a 17:30 horas
Nombre de la instructora:	Noguez Hernández Alejandra	Lugar:	Ciudad de México
Fecha:	21 de mayo 2019.	Duración:	2 horas
Objetivo General: Implementar y evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en técnicas cognitivo conductuales enfocadas a regular emociones y disminuir ansiedad.			

DECIMA SESIÓN

Contenido Temas/Subtemas	Objetivos Específicos	Duración (hrs.: min.)	Actividades a desarrollar	Requerimientos		Técnica Didáctica	Técnica Evaluación
				R. Humanos	Material/ Equipo		
Prevención de recaídas Psicoeducación sobre estrategias concretas para prevenir las recaídas.	Dar a conocer a los asistentes las estrategias para prevenir las recaídas durante su proceso de adaptación.	60 min.	Se realizó una exposición sobre estrategias para prevenir las recaídas. Asimismo, se llevó a cabo un recordatorio sobre los temas vistos en el taller con la participación de los asistentes.	Los asistentes	Pizarrón, marcadores, computadora y proyector	Explicación oral	Preguntarles si hay dudas
Evaluación del taller	Aplicar instrumentos psicológicos de evaluación final con el propósito de contrastarlos con la evaluación inicial para valorar el efecto de la intervención	60 min.	Aplicación de los instrumentos psicológicos para la evaluación final Se pidió a los asistentes que dieran su opinión e impresiones sobre el taller y expresaran su evaluación por escrito del mismo.	Los asistentes	Tests, plumas, lápices y hojas de papel	Explicación oral	Preguntarles si hay dudas

Anexo 2. Consentimiento Informado

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS IZTAPALAPA
DIRECCION DE SERVICIOS EDUCATIVOS JUÁREZ
ESCUELA SECUNDARIA DIURNA NUM. 117 "GABRIELA MISTRAL" TURNO VESPERTINO
JOSE ZUBIETA No.54 COL. JUAN ESCUTIA C. P. 09100 TEL 57-45-13-76

EL QUE SUSCRIBE MTR. GUILLERMO VALENCIA RODRIGUEZ, DIRECTOR DEL PLANTEL SE DIRIGE A USTED PARA INFORMARLE QUE EL DIA 17 Y 18 DE DICIEMBRE, SE LLEVARÁ A CABO LA APLICACIÓN DE QUESTIONARIOS CON EL PROPÓSITO DE IMPLEMENTAR UN TALLER DE REGULACIÓN EMOCIONAL PARA ADOLESCENTES. POR LO CUAL SOLICITO SU AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL MISMO.

NOMBRE DEL ALUMNO _____ GRUPO _____

SI _____ NO _____ FIRMA DEL TUTOR _____

MTRO. GUILLERMO VALENCIA RODRIGUEZ
DIRECTOR DEL PLANTEL



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México a 29 de abril del 2019.

Yo _____

Padre o tutor del alumno (a):

grado _____ grupo _____ autorizo para éste asista al taller de Regulación Emocional que se llevara a cabo en la Escuela Secundaria Gabriela Mistral, del 6 al 21 de Mayo del presente con un total de 10 sesiones de 2 horas, cada sesión durante el turno vespertino. Que será impartido por la estudiante de la Licenciatura en Psicología Alejandra Noguez Hernández, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Con la supervisión y asesoría del Dr. Omar Moreno Almazán Director del Módulo: Seminario de Titulación.

Firma del padre o tutor.

Anexo 3. Cedula de Indicadores sobre autolesión

CÉDULA DE INDICADORES SOBRE AUTOLESIÓN

Ahora vas a encontrar una serie de preguntas sobre ti. Te pedimos que las respondas con la mayor sinceridad posible.

1. ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)?

Si _____ Nunca _____

2. ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, en el último año?

_____ Veces Nunca lo he hecho _____

3. ¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño?

_____ Años Nunca lo he hecho _____

4. ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño?

_____ Años Nunca lo he hecho _____

5. La última vez que te hiciste daño ¿cuál fue el motivo para hacerlo? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa)

.....
.....
.....

Nunca lo he hecho _____

6. La última vez que te hiciste daño ¿cómo lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible)

.....
.....
.....

Nunca lo he hecho _____

7. La última vez que te hiciste daño:

Tuviste que ir al hospital

Alguien te ayudó, pero no te llevó al hospital

Recibiste apoyo emocional

Nadie se enteró de lo que pasó

Nunca lo he hecho

8. La última vez que te hiciste daño ¿buscaste ayuda o consejo de alguien?

Sí No

¿Por qué?

.....
.....
.....

Nunca lo he hecho

9. ¿De quiénes buscaste ayuda o consejo?

Un familiar (papá, mamá, hermano(a), etc.

Un amigo(a) o compañero(a) de escuela

Un sacerdote, pastor, etc.

Un maestro(a), orientadora, etc.

Un psicólogo(a), psiquiatra, etc.

Un médico general, enfermera

Otros.....

Anexo 4. . Escala de Dificultades de Regulación emocional (DERS-E)

DERS

Por favor, indica con qué frecuencia se te pueden aplicar las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

1. Casi Nunca (0-10%)
2. Algunas Veces (11-35%)
3. La Mitad de las veces (36-65%)
4. La mayoría de las veces (66-90%)
5. Casi siempre (91-100%)

1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

Anexo 5. Test de Zung “A”

TEST DE ZUNG “A”

Nombres y Apellidos: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Instrucción: _____ Ocupación: _____

		Raramente	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre	
1	Me Siento más nervioso y ansioso de lo normal.					
2	Siento miedo sin ver razón para ello.					
3	Me enfado con facilidad o tengo momentos de mal humor.					
4	Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar.					
5	Siento que todo me va bien y nada malo me va a pasar.					
6	Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan.					
7	Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello, espalda.					
8	Me siento débil y me canso con facilidad.					
9	Me siento tranquilo y puedo estar sentado.					
10	Siento que mi corazón late con rapidez.					
11	Estoy preocupado por los mareos que siento.					
12	Tengo periodos de desmayo o algo así.					
13	Puedo respirar bien, con facilidad.					
14	Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y los pies.					
15	Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones					
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia.					
17	Mis manos las siento secas y cálidas.					
18	Siento que mi cara enrojece y me ruboriza.					
19	Puedo dormir con facilidad y descansar bien.					
20	Tengo pesadillas.					

40 = Normal 41-47 = Ans. Mod. 48-55 = Ans. Mar. 56 o > = Ans. Grave