



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
CLAVE 8967-25



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE DISREGULACIÓN EMOCIONAL
Y AUTOLESIÓN EN POBLACIÓN
ESTUDIANTIL ADOLESCENTE**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MARIO RAFAEL GARCÍA PÉREZ

ASESORA
MARIA DEL CARMEN CORRALES MORALES

ORIZABA, VERACRUZ.

JUNIO 2022



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.

Agradecimientos

A Dios. Por susurrarme al oído el camino hacía mi vocación.

A mis tres madres. Mi mamá Mayra, la primera y más importante de todas; mi primer y eterno amor. Mi mamá Esther, por enseñarme sobre la vida, carácter y determinación. Mi mamá Elia, por amarme y elegirme como tú hijo.

A mi abuelo Urbano. Tus palabras me seguirán para toda la vida, abuelito.

A mi hermana Tere. Por ser el conejillo de indias para mis prácticas y trabajo estando siempre la disposición de apoyarme.

A mi familia. Por brindarme el amor, la paciencia, la responsabilidad y la gracia por sonreír.

A mis maestros. Por enseñarme sobre la vida, las personas, las ciencias, y la Psicología.

A mi asesora de Tesis. Por permitirme ser su discípulo, por su gran paciencia, sabiduría y comprensión.

A Miss Patricia Santillán “Patito”. Por cautivar en mí el amor a la Psicología. Un cósmico abrazo hasta cualquier lugar del universo donde te encuentres.

Al Instituto de Estudios Superiores Vera-Cruz. Por permitirme respirar, vivir y soñar la Psicología desde dentro y fuera de sus instalaciones. Por la exigencia y la calidad.

Al Instituto Guadalupe. Por participar en mi formación académica y brindar las facilidades y excelente atención para la realización metodológica de este trabajo de tesis para la obtención del grado en Psicología.

A mis amigos. A Iván, por ser el mejor de mis amigos, a Mariela por tus abrazos, a Jimena por ser mi caja de resonancia, a Karen por las millas de viaje, a Emanuel por las horas de risas. A Jabnel por una amistad sin secretos. A Saira, por el hombro convertido en almohada.

A ti. Por tu mirada, tus abrazos, las orejas punteagudas, la sinusitis, el zapateado Oaxaqueño y por el increíble y embriagante amor que experimenté por ti por el simple hecho de existir.

Índice

Agradecimientos	
Resumen	
Marco Teórico	
Introducción...	1
Capítulo 1. Autolesión...	9
1.1. La autolesión...	9
1.2. Relación entre Emociones y Autolesión	10
1.3. Tipos de Autolesiones	12
1.4. Compulsión de la Autolesión.....	14
1.5. Construcción de la Emoción en la Autolesión... ..	16
Capítulo 2. Regulación Emocional	19
2.1. Emoción	19
2.2. Función de las Emociones	20
2.3. El proceso de la Activación Emocional	21
2.4. Regulación y Disregulación Emocional.....	27
2.5. El rol de la Cognición en la Regulación Emocional	30
2.6. Autolesión y Disregulación Emocional.....	31
Capítulo 3. Adolescencia	34
3.1 Autolesión en la Adolescencia.....	36
3.2. Factores de Riesgo en Adolescentes que se Autolesionan en México.....	37
3.3. Disregulación Emocional en la Adolescencia	39
Capítulo 4. Metodología	42
4.1. Diseño	42
4.2. Pregunta de Investigación.....	43
4.3. Variables	43
4.4. Instrumentos	44
4.5. Sujetos	46
4.6. Marco Contextual	47
4.7. Procedimiento	48

Resultados	51
Análisis de Resultados	56
Recomendaciones.....	65
Referencias.....	67
Anexos.....	74
Anexo A. Oficio de solicitud para la aplicación de instrumentos	75
Anexo B. Instrumento “Dificultades en la Regulación Emocional en Español” (DERS-E).....	76
Anexo C. Instrumento “Cuestionario de Riesgo en Autolesión”	77
Anexo D. Gráfica No. 5. Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito (cortarte o marcarte la piel, golpearte...)?	79
Anexo E. Gráfica No. 6. Pregunta 2. ¿Alguna vez trataste de lastimarte pero te arrepentiste justo antes de hacerlo?	80
Anexo F. Gráfica No. 7. Pregunta 3. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito?	81
Anexo G. Gráfica No. 8. Pregunta 4. Edades de la muestra	82
Anexo H. Gráfica No. 9. Pregunta 5. ¿Cuándo fue la última vez que lo hiciste?	83
Anexo I. Gráfica No. 10. Pregunta 6. ¿Qué tan seguido te has lastimado en el último mes?.....	84
Anexo J. Gráfica No. 11. Pregunta 7. ¿Qué tan seguido te has lastimado en los últimos 6 meses?	85
Anexo K. Gráfica No. 12. Pregunta 8. ¿Qué tan seguido te has lastimado en el último año?	86
Anexo L. Gráfica No. 13. Pregunta 9. ¿Cuándo te has lastimado lo has hecho con la intención de quitarte la vida?	87
Anexo M. Gráfica No. 14. Pregunta 10. ¿Qué tan probable es que te vuelvas a lastimar?	88
Anexo N. Gráfica No. 15. Pregunta 11. ¿Qué tanto quisiera volver a lastimarte?	89
Anexo O. Gráfica No. 16. Pregunta 12. ¿Qué tan difícil es dejar de lastimarte?	90
Anexo P. Gráfica No. 17. Pregunta 13. ¿Antes de lastimarte de enteraste de alguien más que lo hiciera?	91

Anexo Q. Gráfica No. 18. Pregunta 14. ¿Antes de lastimarte viste que alguien lo hiciera? 92

Índice Gráficas

Gráfica No. 1. Puntuaciones por sujeto de los cuestionarios DERS-E y CRA	51
Gráfica No. 2. Frecuencia de resultados DERS-E	52
Gráfica No. 3. Correlación DERS-E – CRA	53
Gráfica No. 4. Género de la muestra	54
Gráfica No. 20. Pregunta 16. ¿Cómo te has lastimado?	54
Gráfica No. 21. Pregunta 17. Cuando te has lastimado crees que lo has hecho por:	55

Resumen

Las autolesiones son un fenómeno con menos de un siglo de observación que, hasta nuestros días, genera preocupación como una conducta de riesgo a nivel internacional. A lo largo de estos años, diferentes perspectivas teóricas han intentado explicar el origen de la autolesión y han arrojado diferentes resultados. Como parte de los históricos intentos del ser humano de explicar el origen de las cosas que lo rodean, surge el estudio a continuación para investigar la génesis de las conductas autolesivas, considerada como un problema de salud pública a nivel internacional (Aguirre, 2017), introduciendo la disregulación emocional o dificultades en la regulación emocional, como la variable que provoca su aparición. El objetivo de esta investigación radicó en observar la relación entre una deficiente regulación emocional y la aparición de conductas autolesivas, aplicando los cuestionarios “Deficiencias en la Regulación Emocional en Español” (DERS-E) (Marín et al., 2012) y “Cuestionario de Riesgo en Autolesiones” (CRA) (Solís & Gómez-Peresmitré, 2020) y correlacionando ambos resultados obtenidos de una muestra de adolescentes de 15 a 18 años de edad. Con este procedimiento, fue posible concluir que en esta muestra poblacional, la regulación emocional presenta un grado de afinidad “intermedio” o “moderado” en relación a la conducta autolesiva, sin cumplir la hipótesis originalmente planteada. Sin embargo, fue posible obtener información valiosa acerca del funcionamiento de la autolesión en relación a las dificultades en la regulación emocional intercalando criterios demográficos de los participantes, así como resultados cualitativos que demuestran la existencia de ésta en un índice de correlación de Pearson no concluyente. Esto nos permite contrastar la existencia de una discrepancia entre los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos de las pruebas en donde se observan diferentes niveles de afinidad entre las variables. Como recomendación para futuras apuestas en la comprobación de la causalidad de la disregulación emocional y la autolesión, se invita a considerar ampliamente una selección de sujetos de prueba que cumplan con criterios basados en factores de riesgo demográficos que permitan apreciar de forma más evidente ambos fenómenos. Así mismo, presentar un cuestionario diferente que permita medir la variable de la autolesión con mayor énfasis en las motivaciones de los aplicadores de incurrir en la conducta autolesiva podría arrojar resultados concluyentes en pro de demostrar la hipótesis originalmente planteada para este estudio.

Palabras clave: Autolesión, Conducta Autolesiva, Disregulación Emocional, Adolescente.

Introducción

“Cualquiera puede ponerse furioso... Eso es fácil. Pero estar furioso con la persona correcta, en la intensidad correcta, en el momento correcto, por el motivo correcto, y de la forma correcta... Eso no es fácil” (Coleman, S/a. p. 4).

¿Qué es el equilibrio? Para Aristóteles, parece tratarse de la capacidad del ser humano para percibir el actuar necesario para expresarse. Lo cual, ha resultado dificultoso para la humanidad de hace dos milenios y en la actualidad. El estudio de la psique humana ha recorrido un milenario camino de ensayo y error, encontrándose actores poco resonantes en la literatura contemporánea, ya sea por parecer desactualizados o fuera de contexto. Sin embargo, aporta grandes líneas de pensamiento a constructos cada vez más refinados y abstractos en el ámbito de la psicología (Coleman, S/a. p. 4).

Aristóteles nos habla acerca de un punto medio, sobre la capacidad de encontrar con exactitud de fuerza en la voz, con las gesticulaciones necesarias, con la fuerza e intensidad correcta y, sobre todo, ir dirigido hacia la persona correcta. Básicamente, habla sobre la virtud de equilibrar las fuerzas internas y externas de la persona para un funcionamiento funcional.

Tomando esta idea como ejemplo, un termostato casero puede resultar un sinónimo ideal para poder explicar dicho fenómeno. Este es un mecanismo encargado de regular la temperatura de la casa en función del clima externo a ella; en las frías noches de invierno, activando la calefacción mientras la temperatura desciende y en los calurosos días de verano, activando el aire acondicionado cuando la sensación del calor comienza a volverse insoportable, logrando así un equilibrio térmico dentro de la casa.

Ahora tomemos este ejemplo y trasladémoslo al funcionamiento del cuerpo humano; cuando la temperatura corporal desciende, nuestro cuerpo reacciona contrayendo los músculos estriados del cuerpo y haciendo “temblar” los músculos para producir calor, al tiempo en que contrae los poros para evitar que el poco calor almacenado salga por ahí.

En cambio, cuando el calor agobia, produce secreciones líquidas a través de esos mismos poros para enfriar la superficie del tejido tisular, al mismo tiempo que

retiene la mayor cantidad de líquidos posibles y disminuye la frecuencia cardiaca. Todo este proceso metabólico tiene como objetivo asegurar el correcto funcionamiento fisiológico del cuerpo, evitando en última instancia la muerte por alguno de los dos estados.

Pero ¿Qué sucede cuando este funcionamiento homeostático falla o no regula lo que debe de regular? En el primer ejemplo, representaría una descomposición de la temperatura del lugar, haciendo pasar un mal rato a sus habitantes con temperaturas más altas o bajas de las acostumbradas. En el segundo ejemplo, hablaríamos de una descompensación metabólica que pondría en riesgo la vida de la persona y, en el último ejemplo, significaría una desregularización de las funciones emocionales que rigen la capacidad de esta persona de iniciar, mantener y regular los eventos a los que se enfrenta diariamente, impidiendo mantener con eficacia su funcionalidad en el área biológica, psicológica y social de la persona.

Como seres humanos no nacemos con la capacidad de mediar y regular nuestras emociones en torno a ciertos acontecimientos que producen en nosotros un desborde de energía. Conforme vamos creciendo, aprendemos ciertas formas, socialmente aceptadas, de rectificar y modular nuestras emociones de acuerdo a las características de la situación, conformando una regulación constante entre el medio interno, emocional, irracional y neuroquímico, con el medio externo, social y cultural (Hervás y Moral, 2017).

Hervás y Moral (2017) coincidiendo con trabajos previos como los de Silva (2005) y Garrido-Rojas (2006) menciona que estos aprendizajes suceden de manera relacional, adquiridos con el paso del tiempo de familiares, amigos y personas con las que cotidianamente interactuamos. Aunque, como en el ejemplo del termostato ineficiente, existen personas que pueden no contar con los aprendizajes y habilidades necesarias para enfrentar el mundo o bien, que dichos aprendizajes, aunque cumplen su función al intentar regular la emoción presente, su eficacia en torno a lo perjudicial para su salud física, social y psicológica queda comprometida y representa un riesgo para la salud pública. Continuando con los efectos aversivos de una ineficaz regulación emocional, Hervás y Moral (2017), compartiendo conclusiones similares a las de Marín

y otros autores (2012) afirman que dicha deficiencia en esta regulación puede causar estragos en ámbitos familiares, escolares y laborales, entre otros.

Como ejemplos de ellos, es posible encontrar casos como el alcoholismo, la drogadicción, la depresión (Ibáñez-Aguirre, 2017). Y la anorexia nerviosa, el vomiting, las conductas autolesivas, y los intentos suicidas, entre otros padecimientos mentales (Nardone & Selekman, 2013).

Tal es la repercusión de las experiencias de vida de una persona, que el no contar con las habilidades necesarias para enfrentarla, puede condicionar a la persona a una vida con serias dificultades emocionales, relacionales y problemáticas que representan un serio problema para la salud pública a nivel internacional (Ibáñez-Aguirre, 2017).

La autolesión, como procedimiento utilizado para manejar los conflictos internos y externos de las personas, representa a nivel mundial una problemática de salud pública, afectando a millones de jóvenes de todos los extractos sociales a niveles preocupantes (Balbi et al., 2013).

Por este motivo, durante esta investigación surge la interrogante: ¿Cuál es la relación existente entre la disregulación emocional y la aparición de la autolesión en adolescentes de 15 a 18 años?

Se eligió a esta población adolescente entendiendo que la bibliografía consultada es constante a lo largo de los años en torno a que muestra que esta población cuenta con los índices más altos de incidencia en distintas conductas autolesivas, así como los factores de riesgo socio-emocionales que pretende cubrir la regulación emocional (Frías et al., 2012. Balbi et al., 2013. Trujano 2017).

Distintos autores (Najar, 2011. Balbi et al., 2013 Aguirre, 2017. Trujano 2017. Solis & Gómez-Peresmitré, 2020) y organizaciones internacionales (UNICEF 2009, 2012. OMS, 2017) abordan la importancia epidemiológica que el fenómeno de la autolesión representa para la salud pública, manifestando cifras preocupantes a nivel internacional y, específicamente, en México. El peligro radica, concuerdan las distintas fuentes, en que el promedio de la población estadística que manifiesta estos comportamientos autolesivos se encuentra en la etapa conocida como adolescencia que,

años más, años menos, se encuentra diferenciada en la segunda década de vida y viene acompañado de cambios anatómicos y neuroquímicos necesarios para la madurez cognitiva y emocional (Papalia et al., 2012).

Ante estos cambios, los estados de ánimo y comportamiento de los adolescentes se vuelven en ocasiones erráticos y con tendencias a adoptar conductas de riesgo, como la autolesión, como un mecanismo de afrontamiento para lograr regular sus emociones, a pesar del daño físico que esto les podría causar (Hervás y Moral, 2017). De tal modo, organizaciones y autores por igual, plantean estrategias de prevención e intervención para tratar no solo de las conductas autolesivas, si no de diferentes comportamientos considerados de riesgo en la población adolescente, manteniendo programas con políticas integrales de tratamiento (UNICEF, 2012. OMS 2017).

Si bien, antes de la realización de este estudio la institución educativa en donde se llevó a cabo la aplicación de las pruebas psicométricas, la realización de esta experimentación permitió a la administración escolar tomar conocimiento y acción sobre los casos particulares en los que podía ser corroborada la hipotética correlación generada aquí mediante los diferentes postulados teóricos que hacían referencia entre las variables de experimentación (Hervás y Moral, 2017. Trujano 2017. Solis & Gómez-Peresmitré, 2020). De tal modo, aunque se buscó generar una correlación estadística entre la muestra estudiada, estos resultados permitieron acciones pertinentes para intervenir con efectividad donde fuera requerido, y así, evitar una escalada de comportamientos compensatorios en consecuencia entre la población afectada (Hervás y Moral, 2017).

La elección de los sujetos se vió influenciada por diferentes circunstancias. Una de ellas es debido al hecho de que el investigador en jefe de esta estudio haya sido alumno de educación media en esta institución, por lo que posteriormente, a lo largo de su formación universitaria sostuvo lazos profesionales con cuerpo administrativo y educativo, lo que le permitió participar en actividades de corte psicológico con diferentes generaciones y conocer de primera mano tanto testimonios, como situaciones referentes a la problemática de la autolesión de la mano de alumnado y de los docentes.

El segundo motivo se debe a la infraestructura utilizada por la institución para la continuación de las actividades educativas de los estudiantes en su modalidad vía internet por causa de la pandemia mundial de Covid-19. Con estas herramientas, tanto la aplicación de los instrumentos, como la recopilación de datos resultarían automatizadas y se cumplirían con las medidas sanitarias establecidas por la Secretaría de Educación Pública de México (Méndez, 2020).

Esta información llevó a establecer como hipótesis que, existe relación significativa entre la dificultad en la regulación emocional y la realización de conductas autolesivas en adolescentes. Con este abordaje se sugiere la existencia de dificultades en la capacidad del adolescente de regular sus emociones, lo cual provoca la aparición y realización de conductas autolesivas que permitan mediar como una estrategia de afrontamiento a la respuesta emocional, alcanzando el objetivo propuesto.

La investigación se basa en la existencia teórica de una relación entre dos variables; una de tipo independiente, y otra de tipo dependiente. La disregulación emocional hace referencia a la variable independiente, siendo esta la capacidad /habilidad emocional de una persona para manejar, iniciar, mantener y culminar estados emocionales diversos mediante habilidades regulatorias (Hervás & Moral, 2017). Por su parte, la autolesión hace referencia a la variable dependiente, siendo esta toda aquella conducta dirigida a lastimarse a sí mismos, ya sea física o psicológicamente.

En consecuencia, el objetivo general de este estudio es observar la relación entre la disregulación emocional y la aparición de conductas autolesivas.

Con base en el fin anterior, se lograron determinar los siguientes objetivos específicos, cuya concatenación lógica permitirá conocer, comprender y analizar los diferentes aspectos teóricos y metodológicos para la descripción del fenómeno de la autolesión desde una perspectiva relacional:

- Explicar el funcionamiento emocional de la conducta autolesiva en la población objetivo.
- Evidenciar el funcionamiento psíquico de la regulación emocional.
- Abordar las características biológicas, psicológicas y sociales de la población de estudio, así como su vulnerabilidad ante factores de riesgo en la actualidad.

- Medir mediante el instrumento “Escala de Dificultades en la Regulación Emocional” (DERS-E) los niveles de autolesión existentes en la población objetivo.
- Evaluar mediante el test “Cuestionario de Autolesiones en Adolescentes” la conducta autolesiva en la población objetivo.
- Inspeccionar mediante el índice de correlación de Pearson las semejanzas estadísticas resultantes de los datos arrojados del test “Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E)” y el “Cuestionario de Autolesiones en Adolescentes”, aplicados en adolescentes de entre la población objetivo.
- Analizar la correlación surgida entre ambas la disregulación emocional y la conducta autolesiva.

En conformidad con los protocolos universitarios para la realización de esta investigación científica, encontramos en esta tesis de grado temas como el de la regulación emocional, perteneciente al enfoque cognitivo-conductual que permite hacer uso de herramientas para la confrontación, manejo y uso efectivo, factible como funcional de las emociones, como las dificultades que esta pueda tener en la vida cotidiana, convirtiéndose en diferentes conductas de riesgo con un fin compensatorio. Así mismo, una profunda mirada hacia el fenómeno de la autolesión, observando los procesos emocionales en los sujetos de la muestra que llevaron como resultado la manifestación de esta conducta.

La población objetivo utilizada para la realización de esta investigación fueron los alumnos del Instituto Guadalupe que cursaban el nivel Preparatorio de estudios, en la ciudad de Córdoba, Veracruz, la cual, constaba al momento de la realización de este estudio con una plantilla de 86 alumnos, cuyas edades oscilaban entre los 15 y 18 años de edad estudiando durante el ciclo escolar 2020-2021. Las pruebas aplicadas a esta población fueron “Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E)” (Marín et al., 2012) y el “Cuestionario de Riesgo en Adolescentes” (Solís & Gómez-Peresmitré, 2020) para así buscar la existencia de una interacción significativa entre la dificultad en la regulación emocional y la aparición de conductas autolesivas mediante la correlación estadística. No se tomaron en consideración aspectos socioeconómicos ni precedentes sobre alguna psicopatología previa.

La construcción de los capítulos para la justificación teórica del planteamiento de la hipótesis tiene por comienzo, en el capítulo primero, la variable “Autolesión” desde sus fundamentos conceptuales, mostrando el funcionamiento de la autolesión, su clasificación y los procesos psicofisiológicos de la compulsividad, así como los mecanismos compulsivos de la autolesión.

El segundo capítulo, consta de la explicación sobre la composición de la variable “Regulación emocional”, que muestra los preceptos que llevaron a la consolidación teórica de este fenómeno psicológico, así como los procesos de funcionalidad a los que se someten, con sus respectivas consecuencias psicosociales. Del mismo modo, se describe el proceso de disfuncionalidad que presenta la regulación emocional, trasladada a las diferentes dificultades en cuanto al uso de estrategias funcionales y adaptativas para afrontar estados emocionales adversos.

El tercer capítulo aborda la etapa de vida que atraviesa de la población objetivo; La adolescencia. En él, se describen las características biológicas, psicológicas y sociales que rodean esta etapa del ser vivo, así como las vulnerabilidades a ciertos factores de riesgo que estos adolescentes pueden llegar a ser predisponentes o directamente a padecerlos.

En el cuarto capítulo, se presenta la justificación metodológica llevada a cabo en esta investigación, desde la explicación de las variables utilizadas, la descripción detallada de la población, el contenido, medición y análisis de las pruebas a aplicar, siendo descritos de igual manera, el proceder meticuloso de los pasos que llevaron el desarrollo del estudio.

Por último, se detallan los resultados obtenidos sobre el proceso correlacional planteado, teniendo como corolario el índice de correlación de Pearson $r = 0.44199738$ que demuestra una afinidad entre variables moderada, teniendo como conclusión una hipótesis nula. Es en el desarrollo del análisis de los resultados cualitativos donde se encuentran grandes diferencias con el resultado cuantitativo, al observarse la existencia de dificultades de regulación emocional en uno de los ítems del CRA. De esta manera es posible concluir que, aunque los resultados cuantitativos aseguren una afinidad moderada en la relación entre variables, el análisis cualitativo afirma que estas se

encuentran relacionadas y es preciso encontrar en las respuestas del CRA la influencia de la disregulación emocional en las motivantes de la conducta autolesiva, confirmando los entredichos bibliográficos de diversos académicos mencionados en el Marco Teórico.

Marco Teórico

Capítulo 1. Autolesión

Según su contexto, una conducta puede ser funcional o disfuncional en varianza de los criterios salud-enfermedad en uso por aquellas personas que conformen una sociedad en un momento histórico determinado. Para algunas poblaciones, la diferencia entre salud y enfermedad puede representar una creencia religiosa, un estado fisiológico o una conducta socialmente no aceptada, lo cual marca una pauta en su percepción como observadores, trato hacia los padecientes y posibles opciones de abordaje sobre su manejo (Casadó, S/a). Bleda, 2006).

Los trastornos mentales, así como el resto de las llamadas enfermedades, comenta Bleda (2006), tienen su conceptualización en el quehacer social de determinar lo que es sano y normal, de lo que no es sano, y no es normal, para ello, ya sea mediante fundamentación estadística o funcional de los organismos que comprendan este cúmulo social, catalogan y establecen diversos comportamientos como sanos y funcionales y otros como enfermo y disfuncionales. Uno de estos padecimientos mentales considerados como patológicos es la llamada “autolesión sin intención suicida”, la cual, ha sido foco de la atención de las instituciones e investigadores a lo largo de varias décadas y su conceptualización ha ido cambiando a lo largo de los años (Casadó, S/a).

Este fenómeno es abordado desde la perspectiva de un comportamiento disfuncional que, puede o no, ser predisponente al suicidio (Frías et al., 2012. Balbi et al., 2013. Nardone & Selekman, 2013. Trujano, 2017. Flores-Soto et al., 2018. Solís & Gómez-Peresmitré, 2020), aunque según su contexto cultural, según Casadó, puede entenderse como expiación de pecados, agradecimiento, mecanismo para la regulación de emociones o de enfrentamiento, por lo que la determinación teórica del concepto de la autolesión debe de entenderse desde los fines pertinentes que sean de índole e interés para el mantenimiento de la salud pública, tanto en México, como para el resto del mundo.

1.1. La Autolesión

La autolesión es una conducta que ha ido tomando relevancia en, al menos, los últimos 90 años, siendo comprendida en sus principios como “suicidio focal”, en donde

esta conducta era conceptualizada erróneamente más como un método de suicidio que como una estrategia que permitiera el autoalivio, con los errores en la tipificación y clasificación que esto suponía para la época (Flores-Soto et al., 2018). Posteriormente, ha ido adquiriendo un mayor peso en la importancia que se le da al momento de tratar con ella. Casadó (S/a), explica que para la realización del DSM-IV, la autolesión solo se tenía considerada como un síntoma dentro de diferentes trastornos más complejos, como el trastorno de personalidad limítrofe o el trastorno autista, lo que dificultaba su diferenciación en las motivaciones que las personas tenían para realizar estos comportamientos disfuncionales, suerte que cambia en la redacción de la más reciente del DSM (V) en donde es tipificada como “Autolesión no suicida” y coloquialmente conocida como “automutilación”, “autodañarse” o “autoherirse”.

Definiendo el concepto desde una recopilación bibliográfica reciente de conceptos, Solís & Gómez-Peresmitré (2020), comentan que la conducta autolesiva “es un acto intencional y autoinflingido; conlleva un daño corporal de baja letalidad, de naturaleza socialmente inaceptable; tiene como finalidad reducir el dolor emocional” (p. 126). Por lo tanto, tomando como ejemplo este concepto y el de referencias consultadas de diferentes autores (Frías et al., 2012. Balbi et al., 2013. Nardone & Selekmán, 2013. Trujano, 2017) es concluyente decir que la autolesión es un comportamiento autoagresivo, compensatorio y no suicida que provoca daño tisular directo e indirecto en el cuerpo humano, además de tener la condicionante de ser incongruente con el contexto sociocultural en el que se realiza.

Es gracias a esta definición que se formula en conjunto con el resto de definiciones que será posible enlazar los diferentes aspectos que componen el fenómeno de la autolesión para alcanzar el entendimiento necesario capaz de responder a las preguntas y objetivos de investigación desarrollados en el apartado que permitan a esta investigación concluirse idóneamente.

1.2. Relación entre Emociones y Autolesión.

Autores modernos (Balbi et al., 2013. Nardone & Selekmán, 2013 Ibáñez-Aguirre, 2017) abordan el tema de la autolesión a través de una perspectiva epistemológica basada entre emociones y la compulsividad en búsqueda del placer

como antítesis a la concepción de un trastorno aislado o comórbido a alguna otra afección mental, como parte de una visión reduccionista y lineal de causa-efecto.

Estos autores (Balbi et al., 2013. Nardone & Selekman, 2013 Ibáñez-Aguirre, 2017), hacen hincapié en que el uso y prevalencia de la conducta autolesiva tiene, entre diferentes fines, el de la regulación de emociones de difícil manejo cognitivo. Estas emociones suelen tener apariciones reiteradas en los ambientes familiares y sociales del individuo, lo que genera el elemento aversivo constante que permite a esta conducta adquirir tintes compulsivos y refractarios en relación al tiempo al que este se encuentra expuesto diariamente.

Ibáñez-Aguirre (2017) parafraseando a Buzz, describe un par de hipótesis acerca de la causalidad de la autolesión donde, tanto un temperamento difícil, como cierto grado de vulnerabilidad para el manejo de problemáticas en circunstancias de riesgo y emocionalmente estresantes son detonantes predominantes para las conductas autoagresivas. Dichas problemáticas, a la par de ciertos periodos de violencia tanto en la vivencia familiar, como en la social y a la incapacidad per se de mantener relaciones interpersonales funcionales, tienen la influencia en conjunto de derivar en estas conductas (Ibáñez-Aguirre, 2017).

Ibáñez-Aguirre (2017) tomando como referencia a APA, hace mención que “para protegerse de las agresiones externas y el estrés el individuo utiliza mecanismos de afrontamiento” (p. 17). Estos mecanismos son generados a través de los aprendizajes resultantes de las constantes interacciones emocionalmente significativas que el sujeto enfrenta durante las primeras etapas de su vida, condicionadas por las relaciones funcionales o disfuncionales que las moldean, refuerzan o castigan (Balbi et al., 2013).

En cuanto al fenómeno de la autolesión se refiere, Balbi y otros autores (2013), Ibáñez-Aguirre (2017) y Trujano (2017) concuerdan que, tanto niños como adolescentes, suelen atacarse a sí mismos en lugar de enfrentar sus conflictos. De esta manera, intentan evadirlos en pro de mantener cierta estabilidad emocional y obtener cierto control sobre ellos. Ibáñez-Aguirre (2017) menciona que, a pesar de que el menor intente manejar las situaciones y circunstancias en su ambiente mediante la razón y la cognición, el adolescente se vuelve contra si a manera de autolesión, como mecanismo

congruente para la liberación del enojo, la ira y la agresividad entre otras, permitiendo su satisfacción.

Balbi y otros autores (2013) y Nardone & Selekman (2013) afirman que la autolesión a menudo se acompaña de otros trastornos como es el caso de la bulimia, el síndrome de vomiting, el abuso de drogas y ciertas conductas sexuales riesgosas. Personas que manifiestan conductas autolesivas a menudo carecen de ciertos mecanismos y habilidades necesarias para la vinculación con su entorno y el autocuidado, así como inmadurez emocional y necesidad de aprobación, que resulta perjudicial al momento de identificar y manejar sus emociones desencadenando una reacción impulsiva, incapaz de ser razonada previamente, mediante la autolesión (Balbi et al., 2013. Nardone & Selekman, 2013).

Aunado a las situaciones que confluyen interpersonalmente en el sujeto ante la realización de conductas autolesivas, la compulsividad presente en estas conductas complementa el duelo a voces de dicha conducta disfuncional. Nardone & Selekman (2013) mencionan que “en la mayoría de los casos el efecto sedativo frente al dolor psíquico causado por la práctica del comportamiento disfuncional y compensatorio se transforma, en unos meses, en una forma de ritual placentero” (p. 14).

La repetición, para diferentes autores (Balbi et al., 2013. Nardone & Selekman, 2013. Ibáñez-Aguirre, 2017), es el componente esencial en el mecanismo disparador de las conductas autolesivas, siendo en un principio una sensación aversiva, convirtiéndose poco a poco en placer autoinducido, generado conscientemente, a través de la compulsión.

1.3. Tipos de Autolesiones

El que la comunidad médica y psiquiátrica haya decidido conceptualizar y tipificar la conducta de la autolesión como una “enfermedad” independiente de la aparición de otros trastornos o padecimientos emocionales influyó en una enorme ola de investigaciones y diversas clasificaciones en torno a este comportamiento. Entre las más relevantes tipificaciones encontramos las realizadas por Flores-Soto y otros autores (2018), en donde logran determinar la autolesión bajo dos categorías; El propósito analgésico o curativo y el comunicativo. En contraste a estas categorías,

Selekman & Nardone (2013) encuentran los fines compulsivos y sedativos en una categoría y como mecanismo de afrontamiento de emociones difíciles de manejar en la segunda.

Respecto a la complejidad de las autolesiones, Ibáñez-Aguirre (2017) basándose en el trabajo realizado por Kinsky & Glen, las clasifica en cuatro niveles progresivos, como lo son:

1) Autoagresiones psicológicas, a modo de procedimiento de acción intrapunitiva, por ejemplo, el desprecio hacia sí mismo; 2) Comportamientos autolíticos o autolesivos, como por ejemplo, los cortes en los brazos y muslos que el individuo se aplica a sí mismo; 3) Autoaniquilación sin deseo de suicidio, como las automutilaciones; 4) Comportamientos suicidas que tienden a progresar, ideaciones, planificación, intentos fallidos y suicidio consumado. (p. 66)

Compartiendo las propuestas clasificatorias de Favazza, Flores-Soto (2018), enmarca y describe diferentes tipos de autolesiones recopiladas, las cuales comprenden: autolesión culturalmente sancionada, autolesión patológica, autolesión mayor, estereotípica. superficial/moderada, compulsivo, episódico y repetitivo. Así mismo, continua Flores-Soto (2018), la autolesión puede ser dividida en tres subcategorías:

- **Autolesión mayor:** se encuentran algunas de las formas más severas de automutilación como: enucleación de ojos, castración, amputación de una extremidad o comerse la propia carne; estos comportamientos suelen ser desordenados y con una destrucción significativa del tejido corporal. La autolesión mayor está comúnmente asociada con la psicosis (episodios agudos psicóticos, esquizofrenia, manía y depresión) y con la intoxicación por drogas. (p. 205)

- **Autolesión estereotípica:** incluye comportamientos que son monótonos y repetitivos y a veces con patrones rítmicos. Algunos actos estereotípicos son: extracción de dientes, presionarse los ojos, golpes continuos de la cabeza, morderse o dislocarse una articulación. No es común encontrar un significado

simbólico, un contenido racional o un afecto asociado a estas acciones, las que, a diferencia de otros tipos de autolesión, ocurren en presencia de observadores. (p. 205)

- **Autolesión superficial/moderada:** se refiere a acciones eventuales o repetitivas de baja mortalidad y restringida lesión a nivel de piel. Es la más común de las categorías y en ella están incluidos comportamientos tales como cortarse y quemarse. En contraste con la de tipo estereotípica esta categoría es escasa de ritmo, usualmente tiene un referente simbólico y requiere del uso de implementos, como utensilios filosos o fuego. (p. 205)

Entre los fenómenos autolesivos más comunes, diversos autores (Balbi et al., 2013. Nardone & Selekmán, 2013. Ibáñez-Aguirre, 2017. Trujillo, 2017) concuerdan en diversos comportamientos que componen esta categoría, por ejemplo: el vómito autoinfligido, la bulimia nerviosa, picarse con agujas y alfileres, desvalorarse, abusar de alcohol y drogas, desollarse y pellizcarse hasta sangrar, culpabilizarse, morderse, golpearse partes no peligrosas en el cuerpo, despreciarse, arrancarse vellos y cabellos, introducirse objetos no esterilizados debajo de la piel y producirse quemaduras con cigarrillos, cerillas, material flameable o mediante frotamiento, entre otras.

Flores (2017) y Trujillo (2017) concuerdan que la ubicación de estas heridas es variada, aunque es mayormente frecuente encontrarlas en muñecas, brazos, antebrazos, pecho, cadera y piernas. Si bien, para algunos teóricos como Balbi y otros autores (2013), Flores (2017) e Ibáñez-Aguirre (2017) conductas como las autolesiones pueden ir de la mano con ideación o intento de suicidio, sería incorrecto clasificarlas como un acto suicida pleno, ya que mientras el suicida quiere morir, el autolesionador pretende vivir.

1.4. Compulsión de la Autolesión.

Los siguientes dos subtemas son estructurados para abordar el primer objetivo específico de la investigación, el cual consta de explicar el funcionamiento de la conducta autolesiva.

Existen muchos enfoques y aproximaciones teóricas que intentan explicar el condicionante compulsivo de las conductas autolesivas para sentar tener un punto de

referencia entorno a la comprensión y planeación de un tratamiento, así como de la prevención de su aparición y su morbilidad.

Este rubro es explicado brevemente por Nardone & Selekman en su libro “Hartarse, vomitar, torturarse” (2013), aunque son Balbi y otros autores (2013) quienes profundizan en la descripción de este fenómeno y de lo teorizado por Nardone & Selekman, coincidiendo en la existencia de dos efectos fundamentales en los rituales compulsivos, como en el caso de la autolesión: El primero de ellos denominado “efecto anestésico” y el segundo, “efecto de búsqueda del placer en el dolor”, expandiendo la explicación acerca de ambos.

El primer caso, Balbi y otros autores (2013) describen como en un principio “los rituales autolesivos tienen la función de reducir la sensación de estrés y se utilizan como estrategias de afrontamiento para mitigar de forma rápida algunas sensaciones y emociones dolorosas causadas por experiencias personales y relaciones vividas como negativas” (p. 47).

Según explican Balbi y otros autores (2013) y Nardone & Selekman (2013), los primeros rituales autolesivos cumplen con el objetivo de reducir las sensaciones estresantes y utilizan los cortes como una medida para afrontarlas, provocando la liberación automática de endorfinas, aliviando brevemente el dolor físico y el sufrimiento psicológico. Dicha conducta se da comúnmente como una forma de “coping”, sin mayor objetivo que el de detener el malestar psíquico.

El segundo efecto para Balbi y otros autores (2013), “se produce cuando la compulsión autolesiva es extremadamente placentera, es decir, cuando la tortura física repetida se convierte en un placer” (p. 47). Se trata de un efecto parecido al síndrome de vomiting, narrado por Nardone & Selekman (2013), en donde el resultado obtenido de estas conductas autolesivas es semejante a un placer excesivamente satisfactorio, donde se realiza la conducta compulsiva con el objetivo de obtener la sensación excitatoria en el sistema nervioso, más que sedativa y a manera de “acting out” como en el primer caso.

Es así como ambos fenómenos... <vomiting y la autolesión>... aparecen como conductas autoregulatoras y compensadoras, convirtiéndose en una compulsión

imposible de frenar de manera conciente, a pesar de los constantes intentos y justificaciones racionales por parte de la persona para hacerlo (Nardone & Selekman, 2013).

La compulsividad de la autolesión se basa, en conclusión, en un ciclo donde se busca proveer de respuestas neurológicas satisfactorias, por medio de la liberación neuroquímica de endorfinas, el dolor producido de manera temporal por los cortes realizados, lo cual lleva a la persona a aumentar periódicamente la frecuencia de dicha conducta, esperando así elevar la intensidad satisfactoria del mismo (Nardone & Selekman, 2013).

1.5. Construcción de la Emoción en la Autolesión.

Como ha sido observado a lo largo del primer capítulo, la autolesión surge con un fin instrumental sobre la emoción para facilitar su manejo y derivarlo hacia otro sentir que pueda hacer más sencillo su expresión (Balbi et al., 2013. Nardone & Selekman, 2013. Flores, 2017. Ibañez-Aguirre, 2017. Trujillo, 2017). Una manera de entender como es delimitada socialmente la conducta de la autolesión es abordada por Casadó (S/a), en ella, explica que la diferencia entre una conducta entendida como patológica y otra que no lo es tiene límites difusos y paradójicos, lo que dificulta el entendimiento como observador que podamos darle. Si bien, existen conductas autolesivas que ante determinados contextos y situaciones son culturales aceptadas y reforzadas, como en el caso de la autolesión vista como mecanismo de expiación desde el catolicismo, es el fin instrumental que le damos a la misma lo que le atribuye su valor como conducta disfuncional y patológica.

Coincidiendo en lo comentado por Casadó (S/a), Flores-Soto y otros autores (2018) profundizan en la construcción de las autolesiones desde una perspectiva social-relacional:

La exclusión en esa conceptualización de las autolesiones culturalmente establecidas obedece a que estas prácticas sociales son acostumbradas por varias generaciones de una misma cultura y, si bien es frecuente que sean de la misma naturaleza de daño físico, están encuadradas en un contenido de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros. Estas prácticas en

su mayoría tienen un importante simbolismo, por lo tanto, no se consideran como transgresiones o medios distorsionados de la expresión de la subjetividad personal. (Flores et al., 2018. p .203)

Retomando los postulados presentados por Nardone & Selekman (2013), Balbi y otros autores (2013) explican que en un principio la autolesión sobre la piel suele tener un fin operativo sobre el sufrimiento y la angustia psíquica, derivándolo a un foco más intenso neuroquímicamente hablando, neutralizando el padecer psíquico y escape o “acting out” de la situación aversiva.

Cuando la conducta se convierte en repetitiva, tiende a relacionarse con la sensación de placer, generando un mecanismo extra al de la evasión, y que convierte la conducta en una compulsión satisfactoria (Nardone & Selekman, 2013).

A la par, estos mecanismos instrumentales en la disipación del dolor son preservador y constituidos a lo largo del tiempo mediante el componente social. Laborda (2020) refiere que el aprendizaje social es esencial para entender las autolesiones y su propagación durante el pasar de los años. En su artículo, Laborda (2020) explica que “el simple hecho de discutir el tema o de saber que un amigo está involucrado puede ser suficiente para reforzar positivamente los propios comportamientos del adolescente en relación con ese tipo de lesiones” (S/p).

En una investigación compartida por Laborda en su mismo artículo (2020), señala que han encontrado que:

Discutir el asunto entre amigos “puede servir como una experiencia de vinculación, reforzando aún más este comportamiento. De acuerdo con los resultados, los hallazgos de un estudio de 102 pacientes psiquiátricos hospitalizados sugirieron que si un adolescente sabía o incluso creía que su amigo estaba participando en una autolesión no suicida, era más probable que el adolescente” replicara el comportamiento, sostiene la investigación en sus conclusiones. (S/p)

Balbi y otros autores (2013) y Ospina y otros autores (2020) refieren que, aunados al aprendizaje de la conducta autolesiva por parte de sus pares, el fenómeno de “contagio” logra suceder por medio de vías alternas, como medios de comunicación,

películas, canciones y el internet, siendo esta última una vasta base de datos que contiene testimonios, procedimientos y anécdotas de miles de jóvenes que de igual manera lo practican, concentrados en blogs, páginas de internet y chats que funcionan a manera de “refuerzos narrativos” que mantienen y promueven este tipo de conductas, como una cultura de autolesión retroalimentada a sí misma.

En otro estudio reciente, Agüero y otros autores (2018), se encontraron que las redes sociales suelen ser un sitio donde para diferentes personas que realizaban conductas autolesivas interactuaban, intercambiaban opiniones, procedimientos, solicitaban ayuda y buscaban contenerse, entre otras cosas. En estos grupos resultaba común la búsqueda de un espacio donde pudieran sentirse entendidos y validados ante las conductas que realizaban, permitiéndoles a menudo resignificar sus lesiones y hablar con naturalidad.

Es posible dilucidar que el contagio social constituye uno de los principales focos de atención para entender el surgimiento de la autolesión en los adolescentes. Su método de contagio y la facilidad con lo cual son transmitidos los conocimientos y procedimientos necesarios para realizarlos permiten que se trate de una problemática de preocupación internacional, atrayendo la mirada de investigadores e instituciones para su estudio a profundidad. Durante la revisión bibliográfica de este capítulo fue posible apreciar detalladamente diversos aspectos fenomenológicos acerca de la autolesión desde diferentes enfoques y esquemas, obteniendo una visión integral sobre lo que se percibe como tal. Es mediante esta recopilación teórica que se permite comenzar a plantear las bases y relaciones sobre el papel que juegan las emociones y los procesos regulatorios-cognitivos sobre la conducta autolesiva.

Capítulo 2. Regulación Emocional

Una de las principales complicaciones al momento de definir un concepto y, en este caso particular, parte de una variable de la cursante investigaciones es el hecho de tener que explicarlas, y es que un fenómeno se puede observar desde diferentes perspectivas y tener distintas connotaciones teóricas (Watzlawick & Krieg, 1995). Gómez & Calleja (2016) afirman que dichas aproximaciones teóricas hacia un concepto único de emoción, en lugar de discrepar entre sí, son complementarias, tanto en funciones, procesos, componentes y aparición.

Sin embargo, ante este dilema epistemológico, y, debido a la necesidad de plantear un punto de referencia para abordar el fenómeno de la emoción y de la regulación de emociones, la óptica de este trabajo se desarrollará desde diferentes puntos de partida para enriquecerse en la variedad de puntos desde el cual es posible observarlo.

2.1. Emoción

Teniendo en cuenta este punto de partida, tenemos la definición de Aramendi (2016) que parafraseando a Salovey & Mayer hace mención de que “las emociones son respuestas que surgen ante acontecimientos internos o externos, de significado positivo o negativo, para las personas que lo experimentan. Entendida como respuesta, vemos que aquí la emoción tiene un claro valor adaptativo para el individuo” (p. 11).

Para Rodríguez (2013) las emociones son “básicamente experiencias subjetivas cuyo núcleo es el placer o el dolor” (p. 356). De estas, se derivan las emociones conocidas universalmente, las cuales tienen el propósito de preparar a la persona para estar lista y mantener, establecer o interrumpir la relación que se mantenga con el medio que esta habite.

Rodríguez (2013) menciona brevemente a Evans, enumerando lo que para ellos pueden ser consideradas emociones básicas, innatas e universales que son percibidas por todo ser humano. Estas son: Alegría, angustia, enfado o enojo, miedo, sorpresa y asco.

Para referentes de la psicología en emociones como Belli y otros autores (2010), consideran que “las emociones corresponden a experiencias corporales

naturales que las personas recubren de lenguaje para expresarlas, siendo considerada esa expresión como irracional y subjetiva” (p. 3). Estas emociones son sentidas y posteriormente procesadas mediante el lenguaje en forma de discurso. Dichas emociones poseen la característica de no ser pensadas racionalmente. Sin embargo, se conjugan con conductas aprendidas socialmente por lo que recientemente se ha comenzado a verlas como construcciones sociales.

En conclusión, para Gómez & Calleja (2016), una emoción es una respuesta del individuo ante los estímulos del entorno que coordina diferentes sistemas y tiene como objetivo proporcionar información para influir en él según sus necesidades. Sumado a los postulados de Belli y otros autores (2010), estas respuestas emocionales son constituidas a partir de la interacción social y tienen un papel específico en la sociedad.

2.2. Función de las Emociones

Para gran parte de los autores citados en esta investigación (Mestre & Guil, 2012. Rodríguez, 2013. Hervás & Moral, 2017) las emociones fungen un papel meramente adaptativo como mediador entre el ambiente y la persona, cuyo objetivo consiste en garantizar la supervivencia de la misma.

Siguiendo con esta premisa, Aramendi (2016) cita a Scherer en torno a una clasificación en la cual, señala tres funciones principales en las emociones:

Presentan la valoración de la importancia de un estímulo, especialmente en las necesidades del individuo, sus prioridades e intenciones. Transmiten el estado de la persona y sus pretensiones de comportamiento hacia otras que están a su alrededor. Prepara fisiológicamente como físicamente al individuo para la acción adecuada. (p. 17-18)

Rodríguez (2003), propone que las emociones generan una tendencia al movimiento y a la acción, las cuales parten de una rápida e inconsciente valoración sobre lo que sucede alrededor de la persona para salvaguardar su integridad y que precede a una evaluación tanto conciente como racional para analizar el riesgo. Así mismo, cada emoción posee sus propias características de activación neurofisiológica mediante las cuales se expresa y responde a una condición filogenética propia de cada especie.

Belli y otros autores (2010) miran más allá de un fin instrumental y general de las emociones, haciendo hincapié en la calidad social de las emociones. Bajo esta idea, parafraseando a Oatley, explican que las emociones tienen una función primordial en la comunicación, constantemente retroalimentada por los demás. Mediante este enfoque, las emociones no solo son manifestaciones neuroadaptativas, si no que adquieren calidad de interrelacionales y discursivas, vitales para el desarrollo del lenguaje (Belli et al., 2010).

2.3. El Proceso de la Activación Emocional

Las emociones no solo son fuerzas interiores inconscientes e irracionales cuyo origen, desarrollo y finalización difieran intempestivamente unas de las otras. En cambio, según algunos autores (Belli et al., 2010. Mestre & Guil, 2012. Rodríguez, 2013), estas mantienen un proceso de desenvolvimiento similar y progresivo. Para Belli y otros autores (2010), el primero en sugerir dicha premisa acerca de las emociones fue Aristóteles, quien afirmaba que estas son provocadas por la manera en la que las personas juzgamos un evento determinado en relación a lo que estos signifiquen para nosotros.

En este proceso se ven involucrados tanto aspectos filogenéticos como ontogenéticos del organismo, que de la mano crean una experiencia emocional progresiva capaz de ser observada y diferenciada. Uno de los muchos trabajos referentes al proceso emocional es el de Mestre & Guil (2010), quienes tomando en cuenta los escritos de Palmero & Fernández, muestran un desarrollo emocional mediante una perspectiva socioconstruccionista. En él, proponen una secuencia encadenada del proceso emocional que, en orden, es el siguiente: “Estimulo, percepción, sentimiento, evaluación-valoración, sentimiento, respuesta fisiológica, orexis y expresión” (p. 62).

Bajo este proceso, Mestre & Guil (2012) estipulan que el estímulo forma parte del proceso de activación del sistema de regulación emocional, capaz de activar los sistemas de procesamiento emocional límbicos, poniendo en marcha dicho procesamiento afectivo. Dicho estímulo puede tratarse de un elemento interno (Intrapsíquico) o externo (Interpsíquico). Dependiendo la durabilidad y la conciencia

que el individuo tenga acerca de dichos estímulos, será la intensidad de la respuesta (Mestre y Guil, 2012).

La percepción del estímulo se centra en la capacidad consciente de la persona de percibir dicho evento estimulante, comenzando por la captación sensitiva del mismo y comparándolo con los conocimientos o experiencias previas que la persona haya tenido con este elemento (Mestre y Guil, 2012). En este tipo de percepción consciente, entra en juego las valoraciones religiosas, el sistema de creencias y el juicio, etc. que la persona tiene acerca del estímulo, lo cual le permite explicar su realidad de una u otra manera pudiendo influir en la durabilidad e intensidad del evento emocional (Mestre & Guil, 2012).

Existe, para Mestre & Guil (2012), un tipo de percepción inconsciente, cuyo estímulo no alcanza los umbrales de conciencia del mismo, produciendo un procesamiento automatizado del mismo sin que se haya prestado conscientemente atención a ello, ejemplo de ello son los arco reflejos, sobre los cuales tomamos conciencia solo cuando ya han sucedido, y no durante el proceso emocional en el que sucedieron.

En la evaluación y la valoración del estímulo tendrá como resultado cual emoción, de la amplia gama de posibilidades, la persona experimentará (Mestre & Guil, 2012). En este momento del proceso emocional, entra en juego la interpretación que la persona le dé al estímulo en curso, las consecuencias que pueda tener el evento en sí mismo o en su contexto, así como la connotación de acuerdo al ambiente en el que se esté dando (Mestre & Guil, 2012).

De la misma forma, la intensidad de las emociones puede deformar el sistema de evaluación, provocando que su interpretación y valorización cambien dramáticamente (Mestre & Guil, 2012). Como resultado, las consecuencias podrían traer aún más repercusiones a la persona de las que originalmente se hubieran suscitado (Mestre & Guil, 2012).

Desde este punto, menciona Mestre & Guil (2012), es entendible que, “cuando uno está deprimido es más fácil que las valoraciones se realicen de una forma negativa que si se está jubiloso” (p. 66).

Como resultado del consecuente proceso, se producirá una respuesta fisiológica congruente con la emoción resultante de la evaluación y la valoración del evento (Mestre & Guil, 2012). Cuando este estímulo no es lo suficientemente intenso para captar nuestra atención e interpretarlo, este es procesado automáticamente mediante connotaciones homeostáticas “defensivas” de nuestra mente, con el fin de cuidarla de efectos que pongan en riesgo su equilibrio (Mestre & Guil, 2012). Este “sistema defensivo” está preprogramado, según Mestre & Guil (2002) de respuestas instintivas, genéticas o innatas que tienen como finalidad disminuir el efecto que el estímulo pueda tener en el aparato psíquico. Todo esto bajo un discernimiento de un estímulo amenazante o no amenazante.

La experiencia emocional o sentimiento, como su nombre lo indica, refiere a la toma de conciencia sobre la emoción que está teniendo lugar, tanto psicológica como fisiológicamente (Mestre & Guil, 2012). Esta experiencia afectiva consciente permite a la persona discernir la emoción de otras que no lo son y etiquetarla según el contexto socio-cultural en el cual se encuentre imbuido al momento de experimentarla (Gergen, 2006).

Aunque tomar conocimiento y lograr percibir el flujo que el proceso emocional está tomando, ser conscientes de ello no implica que el proceso se esté llevando a cabo a nivel cognitivo (Mestre & Guil, 2012). En este sentido, el proceso puede estarse presentando sin que el procesamiento de la información alcance el umbral del foco de atención. (Rodríguez, 2013).

Como Mestre & Guil (2012) han mencionado anteriormente, existen procesos inconscientes en los cuales el procesamiento emocional sucede sin la percepción y evaluación consciente tanto del estímulo disparador como de la emoción. De esta manera, la persona puede llegar a experimentar cierto malestar, siendo incapaz con dar con el motivo aparente (Mestre & Guil, 2012). Solo mediante la evaluación y valoración de los resultados fisiológicos ocasionados en el cuerpo, tanto la valoración posterior del contexto como de la experiencia sobre la que se está evaluando, dará como resultado a la persona la percepción de la experiencia subjetiva de la emoción (Mestre & Guil, 2012).

La respuesta fisiológica se encuentra precedida por la evaluación como por la valorización de la carga emocional emergente y es congruente con la experiencia subjetiva de la emoción en caso de que el foco de atención del individuo haya percibido de manera importante el impulso que haya dado lugar al proceso emocional (Mestre & Guil, 2012). En caso de que el proceso ocurra de manera inconsciente, el sujeto solo será consciente del fenómeno emocional hasta después de percibir las adaptaciones fisiológicas en su cuerpo provocadas por el estímulo emergente (Mestre & Guil, 2012).

Ante esta respuesta, el sistema nervioso activa dos de los principales sistemas de defensa del organismo, que son el sistema simpático adrenomedular & el sistema adenohipofisario adrenocortical, los cuales se encargan de la liberación de los neurotransmisores necesarios para la activación fisiológica propia de cada emoción (Mestre & Guil, 2012). Tal es el caso del miedo, teniendo un crecimiento importante en la secreción de epinefrina en el organismo, así como de norepinefrina en el caso de la ira (Mestre & Guil mencionando a Henry, 2012) y endorfinas en la aparición de dolor (Nardone & Selekman, 2013).

Tal medida fisiológica tiene como objetivo la adaptabilidad las condiciones emocionales (Rodríguez, 2013) y las corporales (Mestre & Guil, 2012) para hacer frente a las condiciones externas que provocaron dicha respuesta emocional.

La orexis, para Mestre & Guil (2012) “hace referencia a las tendencias de acción, el deseo, los impulsos. La orexis permite entender como la evaluación-valorización da lugar a las conductas intencionales. Es la conexión entre la emoción y la intención de conducta (algo así como la motivación)” (p. 70). Es la orexis el segmento en el proceso emocional en donde se da lugar la intencionalidad de manifestar cierta conducta o actitud. Esta puede incluir la expresión emocional controlada y la ausencia o represión emocional como medios para alcanzar un objetivo determinado (Mestre & Guil, 2012).

Para ejemplificar este punto, Mestre & Guil (2012) lo ilustran de la siguiente manera:

Tras la evaluación-valoración de un estímulo como peligroso para la integridad de un sujeto, este experimenta subjetivamente miedo y casi de modo

automático, se produce una tendencia de acción dirigida a evitar ese estímulo bien huyendo o bien enfrentándose a él. En cambio, en otras emociones, como la tristeza, parece no existir esa clara relación motivacional, pues puede no observarse conducta manifiesta alguna, entre otras razones por la baja activación del arousal del sujeto, pero es un estímulo para los demás para recibir ayuda. Así que de alguna manera la tristeza oculta la intención de la petición de ayuda. (p. 70)

De acuerdo con esta idea, la transformación de la motivación en algo tangible, se da mediante relaciones dialécticas con sistemas de creencias ajenos a manera de interacciones continuas que permite su confirmación o su reorganización, según sea el caso (Mestre & Guil, 2013). De esta manera, la motivación surge del proceso emocional en el sujeto y se co-construye en torno a las relaciones que este mantiene con otras personas (Rodríguez, 2013), lo que permite poder expresarla de una manera u otra, coherente con el entorno en el cual la persona habita (Gergen, 2006).

Por último, se encuentra la fase del proceso de la expresión emocional. Es decir, la manifestación intencionada o no, de la conducta (Mestre & Guil, 2012).

Al igual que en los segmentos mencionados anteriores del proceso, se puede presentar la posibilidad de que dicha expresión se produzca una manera automática, sin que exista conciencia ni control voluntario sobre de ella. La manifestación de la expresión emocional es observable en los rasgos faciales, los movimientos, posturas corporales y en la producción de articulación verbal, bajo las condicionantes de espontaneidad e impulsividad (Mestre & Guil, 2012).

Por el contrario, esta expresión puede darse de manera consciente, ejerciendo una clase de control voluntario sobre como la emoción es manifestada de manera externa en la realidad de la persona. Esto da cabida a que esta, deliberadamente, suprima la emoción emergente en pos de un objetivo un estado emocional agradable (Mestre & Guil, 2012).

Ante esta situación, Mestre & Guil (2012) sugieren la posibilidad de dos modalidades conscientes sobre la expresión emocional: Control absoluto sobre la expresión exterior y el control razonado de la expresión. En el primero, es posible

denotar como la persona suprime, reprime o inhibe cualquier manifestación emocional visible que pueda ser percibida.

En el segundo elemento, “implica un análisis de la forma apropiada de expresar la emoción, sin que ello conlleve consecuencias negativas. De este modo, se reduce la presión que genera la experiencia de una emoción, utilizando para ello procedimientos personal y socialmente aceptados” (Mestre & Guil, 2012. p. 71).

En ambas modalidades, es posible observar la forma en la que los factores socioculturales y los distintos aprendizajes durante la vida de la persona ocasionan sobre los efectos biológicos (Mestre & Guil, 2012). De esta manera, la expresión de las emociones queda sujeta al bagaje cultural, como lo menciona Gergen (2006) en el que la persona se encuentre sometida, encontrando emociones socialmente aceptadas cuya manifestación es permitida y otras que no lo son.

Dentro de la expresión emocional, como parte intrínseca a esta variable, ocurre la conducta intencional como la culminación y ejemplificación de la expresión emocional de manera comportamental (Mestre & Guil, 2012). La sucesión de las variables mencionadas en el proceso emocional dan como resultado una conducta motivada, dado que poseen, para Mestre & Guil (2012) dos características esenciales: Activación y dirección. De esta manera, puede existir la motivación para realizar alguna acción, aunque no necesariamente se realice.

Todas las variables mencionadas, a excepción de la percepción del estímulo y la respuesta fisiológica, individualmente, no poseen el peso cognitivo suficiente para que, en caso de permanecer ausentes durante el proceso de activación, eviten que este se pueda manifestar (Mestre & Guil, 2012). Pueden pasar desapercibidas conscientemente o procesadas mediante mecanismos automáticos inconscientes encargados de proteger la susceptibilidad del sujeto ante determinados eventos considerados como excepcionales y cuya percepción y evaluación resulten significativas para la persona (Mestre & Guil, 2012).

En conclusión, el proceso emocional puede manifestarse tanto conciente como inconscientemente, independiente de la aparición de ciertas variables propias de la sucesión afectiva.

2.4. Regulación y Disregulación Emocional

Existen diferentes aristas e interpretaciones teóricas desde las cuales se intenta describir y ejemplificar los fenómenos de la regulación emocional. Una de las definiciones que más se acerca a cubrir los intereses de esta investigación es la acuñada por Hervás & Moral (2017), que citando a Gross, afirman que esta “se refiere aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuando las tenemos y sobre como las expresamos” (p. 3). Por otro lado, un concepto similar desde la aproximación teórica de Garrido (2006) que citando a Thompson, habla sobre la regulación emocional como “el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos a menudo,, con el objetivo de alcanzar una meta” (p. 499).

Por último, Marín y otros autores (2012) definen a la regulación emocional “como un proceso que implica el monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales con la finalidad de acceder a las propias metas” (p. 522).

Estas definiciones nos hacen mención de un complejo proceso de regulación y mediación emocional, por el cual una persona puede hacer frente a circunstancias que produzcan en ella una reacción neurofisiológica de algún tipo. Sin embargo, para Hervás & Moral (2017) al mismo tiempo, la mayoría de estas definiciones carecen de una diferenciación detallada sobre la calidad y eficacia de los procesos regulatorios, lo cual deja al margen aquellos procesos que, si bien cumplen su objetivo como reguladores emocionales, resultan ineficaces y disfuncionales, representando un peligro para las personas que las manifiesten y para aquellas que le rodeen.

Aunando en tal controversia, Hervás & Moral (2017), parafraseando a McNally, hace hincapié en la importancia de tal diferenciación, debido a que “muchas conductas problemáticas como el consumo de alcohol u otras sustancias, o las conductas auto-lesivas se están conceptualizando como estrategias disfuncionales de regulación” (p. 3).

En contraste a procedimientos reguladores adaptativos y funcionales, Hervás & Moral (2017) definen la desregularización afectiva “como la presencia de un déficit en

la activación y/o efectividad de las estrategias de regulación empleadas por una persona ante sus estados afectivos negativos” (p. 3).

Marín y otros autores (2012) hacen mención acerca de una de las definiciones más ampliamente aceptadas en el ámbito científico acerca de la disregulación emocional, perteneciente a Linehan, en ella detalla que:

Dicha disfunción involucra la presencia de dificultades para: 1. Identificar experiencias emocionales específicas, 2. Modular la activación fisiológica asociada, 3. Modular el malestar y 4. Confiar en las respuestas emocionales como interpretaciones validas de experiencias vitales. Por tanto, la DE condiciona a una persona a la autoinvalidación y en consecuencia la desorienta en relación con la manera de actuar y sentir en general. (p. 522)

Hervás & Moral (2017) realizan una categorización completa sobre los diferentes procesos desadaptativos y los afectos negativos que pueda generar la disregulación emocional en las personas. En este rubro, los autores, hablan de al menos tres vías sobre las cuales la desregularización emocional se hace presente en el ámbito clínico:

- **Desregularización por déficit de activación.** La primera vía se puede observar en aquellas situaciones en las cuales una persona no activa estrategias de regulación a pesar de experimentar intensos estados de disforia. Esta falta de activación de estrategias se puede convertir en parte importante del problema clínico como sucede, por ejemplo, en la depresión. (p. 3)

- **Desregulación por déficit de eficacia.** En segundo lugar, podemos situar la ineficacia de las estrategias de regulación empleadas ya que la activación de estrategias de regulación no tiene por qué conducir forzosamente a la regulación de un estado emocional negativo. (p. 3)

- **Desregulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional.** Algunas personas, ante sus reacciones emocionales negativas, activan estrategias de regulación inadecuadas para corregir dichas experiencias pero no las consiguen. Por el contrario, lo que encuentran es que sus reacciones son más intensas y descontroladas. A menudo, esto es la consecuencia de usar

estrategias contraproducentes (p.ej.). evitación/rechazo/supresión emocional que, lejos de reducir la intensidad de la experiencia, la intensifican. Por lo tanto, la desregulación puede no ser un problema de activación o eficacia, si no que a veces los intentos de regulación, en sí mismos, son el problema. (p .3)

Estos autores mencionan que existen otros tipos de regulación emocional, la cual parte desde una concepción ineficaz cuyo objetivo de disminuir la experiencia emocional es alcanzado, pero conllevan a efectos secundarios adversos y desadaptativos para el entorno de la persona y para su salud, tal es el ejemplo de conductas como el consumo de alcohol y otras sustancias, así como el caso de las autolesiones (Hervás & Moral, 2017).

En una revisión teórica de índole psicoanalítica, Garrido (2006) analiza y categoriza, una tipología de modelos de regulación emocional en relación a determinados estilos de apego propuestos por el psicoanalista John Bowlby. En ellos, encontramos diferencias entre los estilos seguro, ansioso-ambivalente y ansioso-evitativo, así como una intrínseca relación entre los aprendizajes de habilidades de regulación emocional de los niños y las habilidades de paternaje de los padres, envueltos en una construcción interaccional constituida a lo largo de la infancia de los menores.

Así pues, para Garrido (2006), mientras para chicos con Apego seguro era fácil hablar abiertamente de su sentir con otros, tanto positiva como negativamente el poder afrontar las problemáticas de manera adaptativa y eficiente, para los otros dos, incurrían en ciertos mecanismo tanto de afrontamiento como de regularización propios y parecidos a los correspondientes a la misma categoría a la que pertenecían (Garrido, 2006).

Respecto a la similitud de la regulación emocional con el control de emociones o impulsos, Ato y otros autores (2004), enfatizan la importancia de distinguir estas, considerando que la primera tiene un carácter flexible y adaptable según el ambiente o la situación que se presente, a diferencia del segundo, donde se requiere suma atención racional en controlar el proceso emocional, impidiendo la adaptación del individuo al ambiente y optando por su supresión. Además, tales mecanismos de afrontamiento

precisan estar asociados a su utilización crónica, propiciando la aparición de psicopatologías y problemáticas conductuales (Ato et al., 2014).

Esta idea es reforzada por el manifiesto de Rodríguez (2013), que citando a Benito Espinoza, afirma que “un afecto no puede ser reprimido ni suprimido, sino por medio de otro afecto contrario y más fuerte. Una pasión solo puede ser vencida por otra pasión, no por la razón a secas” (p. 355).

2.5. El Rol de la Cognición en la Regulación Emocional

El siguiente subtema fue desarrollado para dar respuesta al segundo objetivo específico, el cual pretende evidenciar el funcionamiento psíquico de la regulación emocional.

Autores como Silva (2005), Garrido (2006), Mestre & Guill (2012), Hervás & Moral (2017) coinciden en que la cognición es el nódulo central mediante el cual se es capaz de regular cualquier emoción que se nos presente según el contexto sobre el cual se encuentre la persona.

En este sentido, Silva (2005) nos ofrece una perspectiva neuropsiquiátrica de la regulación emocional, mostrando mediante una extensa revisión bibliográfica sobre diversas investigaciones acerca del funcionamiento neurofisiológico en zonas como la orbitofrontal, dorsolateral y ventromedial de la corteza prefrontal del cerebro que fungan como los encargados de tanto regular como mediar las reacciones emocionales que el sistema límbico y en específico la amígdala, puedan producir.

Además, según estudios propuestos por Calvo y otros autores (2014), sugieren algunas investigaciones utilizando resonancias magnéticas funcionales, donde las personas con ciertas dificultades en torno a la regulación emocional que son negativas o ineficaces muestran una exagerada actividad neuronal en zonas límbicas como la amígdala y la ínsula, directamente relacionadas con la capacidad de reducir el estrés, afectando el bienestar psíquico de la persona.

A pesar de que la neurofisiología nos ofrece una explicación detallada acerca de su papel dentro del proceso emocional, Rodríguez (2013), argumenta que la inteligencia y la razón ocupa solo una porción tanto secundaria como auxiliar en el proceso que conlleva la realización de una conducta, siendo las emociones o pasiones

las que ocupan el protagonismo en este fenómeno. Sin embargo, no deja de ser fundamental en el desarrollo de la representación de significados y comportamientos que se le asigna a cada emoción.

De esta manera, la emoción surge como la fuerza motora que provoca movimiento de cualquier índole en la persona, siendo la razón la cual encamina y brinda la mejor alternativa para alcanzar la mayor satisfacción y alternativa posible, dado que esta última está condicionada plenamente por la emoción. Esto sucede cuando una experiencia emocional resulta particularmente traumática, dando como resultado la anulación completa de funcionamiento cognitivo, racional y coherente (Rodríguez, 2013).

En su tesis, Rodríguez (2013) continua explicando que la segmentación y explicación del proceso emocional debe darse con una concepción tanto del cuerpo como la mente como un solo organismo, que distribuye la información que recibe y se adapta en torno a las consecuencias que para este pueda traer, evitando caer en conceptualizaciones de Descartes sobre la dualidad mente-cuerpo, así como las consecuentes vertientes psicológicas y médicas que surgieron a partir de este paradigma, haciendo énfasis en el papel que recae en la mente para el desarrollo psíquico de las emociones.

2.6. Autolesión y Disregulación Emocional

Mestre & Guill (2012), explican que gracias a infinidad de estudios referentes al fenómeno de la regulación emocional, que el equilibrio psíquico y la aceptación de las propias emociones es un pilar fundamental en la vivencia plena del ser humano no solo en relación a su ambiente social y familiar, si no consigo mismo, sus relaciones interpersonales, tanto de sistema de creencias, como de su sentido de vida. Un desequilibrio, por el contrario, acarrearía innumerables repercusiones para consigo mismo como para su alrededor, provocando afectaciones al bienestar, la salud física, mental y social.

Haciendo referencia a lo presentado en el subtema “2.5. El rol de la cognición en la regulación emocional”. Silva (2005), explica un poco más acerca de este fenómeno: “Un número considerable de programas de investigación convergen en

establecer que la psicopatología surge en parte debido a un proceso de regulación deficiente, ya sea por el tipo de estrategia utilizada o como producto de una diferenciación afectiva poco desarrollada” (p. 202).

Existe una estrecha relación entre el acto de la autolesión y la disregulación emocional, siendo Hervás & Moral (2017) quienes profundizan acerca de esta dicotomía, afirmando, dentro del marco de la regulación emocional que:

Los pacientes usan las autolesiones y los intentos de suicidio como una forma de escapar y evitar sus intensos estados emocionales negativos. De hecho, lo cierto es que estos actos suelen reducir dicha emocionalidad negativa, por lo que se consolidarían a largo plazo por un proceso de refuerzo negativo. (p. 13)

Basándose en la investigación de Chapman, Hervás & Moral (2017) concluyen que en estos pacientes se ha observado relación entre una mayor intolerancia al malestar y el rechazo emocional, este último, fuertemente relacionado con una mayor frecuencia a conductas autolesivas. Con esta información, confirman que “las conductas autolesivas y parasuicidas podrían ser parcialmente consecuencia de actitudes emocionales disfuncionales como el rechazo emocional o la intolerancia al malestar” (Hervás & Moral, 2017. p. 13).

Alcanzando conclusiones similares, Marín y otros autores (2012) explican que la disregulación emocional:

Se ha asociado con una gran cantidad de patologías emocionales y del comportamiento, entre las cuales se encuentran las autolesiones, el trastorno límite de la personalidad, el consumo de sustancias, la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico y el trastorno por estrés postraumático. (p. 522)

Balbi y otros autores (2013) & Nardone & Selekman (2013) mencionaban un proceso similar acerca del establecimiento del fenómeno de la autolesión como un método compulsivo de autorregulación emocional, en su calidad tanto compulsiva como compensatoria, el cual se afianzaba y reforzaba con el paso del tiempo como el único remedio eficaz ante las aflicciones provocadas en la persona.

Gracias a estos datos podemos comprender que el funcionamiento de la regulación emocional se encuentra provisionado de las experiencias e interacciones que

las personas hayan mantenido con anterioridad, modificando estas según la eficiencia que logren tener hasta obtener resultar el objetivo deseado, a pesar de lo contraproducentes y nocivas entorno a la calidad de estas. Del mismo modo, es posible diferenciar los distintos tipos de desregulaciones emocionales presentes, así como los efectos que pueden ocasionar como procesos tendientes a generar conductas de riesgo o simplemente resultar ineficaces para el objetivo deseado.

Capítulo 3. Adolescencia

La adolescencia como término descriptivo del periodo de transición entre la niñez y la adultez es relativamente joven, siendo en el siglo XX reconocida formalmente por las sociedades de occidente (Papalia et al., 2012). En las sociedades preindustriales y, en retrospectiva histórica, la adolescencia no era considerada como algo que existiese. En cambio, se creía que la niñez antecedía con inmediatez a la adultez, provocando que los ahora “adolescentes” fueran tratados como adultos, respondiendo a las exigencias sociales, religiosas y culturales que la época mantenía (Papalia et al., 2012). Con el pasar de los años, esta nueva construcción social ha ido modificando la perspectiva bajo la cual se les conceptualiza, las edades en las que comprende y las características que comparte, dependiendo de la cultura en la que se les observe (Papalia et al., 2012).

Esta adolescencia o juventud, para algunas instituciones o autores (ONU, S/a), es una etapa extremadamente compleja de las muchas que atraviesa el ser humano durante el recorrer de su vida. Existen autores con definiciones, características y edades delimitando esta etapa tan diversa como colores en el universo. Más que un concepto a definir, la adolescencia en un lapso de tiempo donde ocurren fenómenos y acontecimientos únicos en la vida del ser humano. Los intentos de investigadores (Papalia et al., 2012. Fernández, 2014) e instituciones (ONU, UNICEF, OMS, SS) giran en torno a la determinación de rangos de edad junto a características biológicas, psicológicas y socioculturales en el joven, siendo infrecuente una definición unificada entre la comunidad científica y académica.

La mayoría de los autores e instituciones concuerdan respecto a la enumeración de características de la adolescencia así como a las edades de inicio y fin de esta etapa (Papalia et al., 2012. Güemes-Hidalgo et al, 2017). En ella reseñan en gran medida un conjunto de fenómenos y características, aunados a los ya concurrentes rangos de edad situados en la segunda década de vida, referenciando la adolescencia. En esta conceptualización, los seres humanos en esta etapa de vida se encuentran iniciando un proceso de maduración hormonal, que desencadenarán una serie de cambios cruciales en el ámbito fisio-anatómico, cognoscitivo, emocional y conductual de la persona. Este

proceso, está condicionado por múltiples sucesos, situaciones y experiencias vividas con familia, amigos o pares que ayudarán a definir su identidad de cara a afrontar la siguiente etapa en el proceso de vida del ser humano; la adultez.

En cuanto a la definición conceptual, académicos como Güemes-Hidalgo y otros autores (2017) definen etimológicamente la palabra 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” (p. 234). Fernández, por su parte (2014) ahonda no solo en la enumeración de características y define la adolescencia como:

Época de la vida en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Autoestima, autonomía, valores e identidad se van afirmando en este proceso. (p. 449)

En cuanto a la delimitación del rango de edades de la adolescencia, la Organización Mundial de la Salud menciona que la adolescencia se encuentra entre los 10 y los 19 años de edad, dividida tanto en temprana como tardía. Durante esta etapa, en el individuo ocurren diferentes tipos de maduración fisiológica, psicológica y sociológica que terminarán moldeando la personalidad de cada uno de ellos (Secretaría de Salud, 2015).

La ONU (S/a), por su parte, menciona que la juventud se contempla desde 1981 teniendo con fines estadísticos entre los 15 y 24 años de edad, siendo este rango de edad aprobado por la asamblea general de cara al Año Internacional de la Juventud celebrada en 1985. Así mismo, la ONU (S/a) menciona que tanto la definición como los detalles del concepto de Juventud están sujetos a variables socioculturales, económicas y políticas dependiendo el país de origen.

Unicef Uruguay (S/a), por un lado, menciona que la adolescencia transcurre de los 10 años a los 21 y atraviesa 3 etapas; Adolescencia temprana, de los 10 a los 13 años que comienza con cambios tanto hormonales, como fisiológicos en el niño. La adolescencia media, de los 14 años a los 16, con mayor énfasis en la maduración emocional y en la consolidación de la personalidad. Por último, la adolescencia tardía

de los 17 años hasta los 21, donde comienza a percibirse una edificación y consolidación de la persona como individuo, logrando así definir su personalidad.

Los siguientes tres subtemas tienen como meta brindar respuesta al tercer objetivo específico de esta investigación. En él se busca abordar las características biológicas, psicológicas y sociales de la población de estudio, así como su vulnerabilidad ante factores de riesgo en la actualidad.

3.1. Autolesión en la Adolescencia:

En una extensa recopilación de datos estadísticos, Frías y otros autores (2012) y Balbi, y otros autores (2013) concuerdan en distintos parámetros relativos a la epidemiología mundial de las conductas autolesivas, en estos, afirman que entre el 10% y el 15% de la población mundial han practicado o practican conductas autolesivas, cuya etapa de iniciación varía en ampliamente dentro de sus investigaciones, aunque coinciden en un promedio de edades de entre los 10 y 20 años.

Este dato que es particularmente alarmante si se consideran las cifras estadísticas de la UNICEF (2009) donde estima que en (2009) existían en el mundo 1,200 millones de jóvenes de entre los 10 y 19 años de edad. Los adultos, sin embargo, representaban una minoría estadística en dichas conductas (UNICEF, 2009)

Para 2017, la Organización Mundial de la Salud (2017) aseguró en la Conferencia Mundial sobre la Salud de los Adolescentes que en 2015, el número de muertes provocadas por conductas autolesivas había ascendido a 67,149 en adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años en el mundo.

Específicamente las cifras recogidas en México, según la UNICEF (2012) existían 13.2 millones de adolescentes entre los 12 y 17 años de edad, que representaba el 11.8% de la población nacional en el 2010, según el último censo conocido en el país.

En una nota para la BBC Mundo, se revelaron notas de la investigadora Mexicana Dora Santos Bernard sobre las cifras estimadas de autolesión en México, las cuales circulaban entre 3 y 5 millones de menores en el país (Najar, 2011). En México. Según Solis & Gómez-Peresmitré (2020) dependiendo de los criterios utilizados para la detección de autolesión, se ha identificado una prevalencia de entre 5.6 a 17.1%,

cifras llamativas para este autor dado que se considera que hasta 50% de las personas que se producen autolesiones pueden padecer un trastorno mental y estar relacionados de modo indirecto con otros comportamientos autodestructivos, como el abuso de sustancias adictivas y ayunos para el cuidado de la imagen corporal.

3.2. Factores de Riesgo en Adolescentes que se Autolesionan en México.

Flores y otros autores (2018) determinan tres factores de riesgo predominantes ante la conducta autolesiva:

- **Factor biológico:** Mencionan que, desde una perspectiva orgánica, es posible interpretar la autolesión como una serie de irregularidades neuroquímicas que interfieren con la capacidad del organismo de regular sus emociones de forma eficiente. La primera de ellas, de la serotonina, cumple la función de regular la agresividad y la impulsividad en las personas. Un bajo nivel en la producción de este neurotransmisor suele estar relacionado con la incapacidad de manejar la agresividad y los impulsos emocionales de manera conciente (Flores-Soto et al., 2018).

Otra explicación del apartado biológico por Flores-Soto y otros autores (2018) y ampliamente documentado por Nardone & Selekman (2013) en referencia a la compulsión comprendida en el “vomiting” es la del efecto placentero de los opioides relacionado a estímulos dolorosos. Mediante esta perspectiva, la automutilación genera una respuesta placentera que disminuye el estrés y aumenta las sensaciones placenteras, similar a un modelo de autoadicción que genera un ciclo compulsivo (Flores-Soto et al., 2018).

Además de las alteraciones a nivel neuroquímico, Flores-Soto y otros autores (2018), afirman que ciertos trastornos mentales mantienen comorbilidad con las conductas autolesivas:

Se reporta que un 99,01 % de las personas que se autolesionaba presentaba alguna de las siguientes patologías: depresión, desorden de la personalidad, síndrome de estrés postraumático, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno disociativo, trastorno de despersonalización, ansiedad y pánico. Por lo cual, se llegó a la conclusión de que existe una elevada relación de esta conducta con alteraciones químicas en el organismo. (p. 208)

- **Factor psicológico:** Esta perspectiva hace referencia a la incapacidad cognitiva y emocional de la persona de hacerle frente al estrés del ambiente, así como de encontrar una estrategia adecuada para manejarlo. Estos mecanismos deficientes son precedidos por la incapacidad de conceptualizar y verbalizar el sentir y malestar psíquico, sentimientos interiorizados de culpa, incapacidad para conciliar el llanto, entre otros.

En cuanto a las patologías asociadas, Flores-Soto y otros autores (2018) relacionan los trastornos alimenticios con las conductas autolesivas. De esta manera, aseguran, el objetivo de la persona es el causarse daño variando las conductas ejecutadas, debido a sentimientos de culpa y negación de su autopercepción corporal. Del mismo modo, mencionan Flores-Soto y otros autores (2018), los traumas emocionales y episodios ansioso-depresivos son relacionados con este tipo de conductas autolesivas: “Entre estos sobresalen el abuso físico y/o sexual, abandono emocional y conflictos familiares durante la infancia y/o la adolescencia y se identifican como indicadores de la gravedad y cantidad de comportamientos autolesivos” (p. 209).

Ante esta óptica, las conductas autolesivas surgen como un mecanismo compensatorio y compulsivo donde compensan la incapacidad de expresión y regulación emocional, así como donde, aunque parcial e ineficientemente, han logrado la consecución del objetivo sedativo al dolor, repitiéndolo debido al éxito aparente (Selekman y Nardone, 2013. Flores-Soto et al., 2018).

- **Factores sociales:** Flores-Soto y otros autores (2018) han encontrado evidencia respecto a que personas con tendencias a la soledad y el retraimiento, aunado a otros factores psicológicos inherentes a la persona. El ámbito social funge como un evidente iniciador, conservador y transmisor de esta clase de conductas. Ante este aspecto, estos autores (Flores-Soto et al., 2018) mencionan las diferencias socioculturales propias de cada género y como en cada uno de ellos, los mecanismos de afrontamiento tienden a ser diferentes, otorgando resultados diversos. En el caso de las mujeres, comentan, la incidencia en conductas como la autolesión son más frecuentes, debido a la presión social por comportarse de manera más mesurada,

retrayendo sus emociones y dificultando su expresión. Por el contrario, en la población masculina, es más común encontrar conductas violentas, temerarias o agresivas que son mejor vistas que mostrar a cabalidad sus emociones.

Esta clara diferencia repercute en que, en un sesgo de demográfico de género, la mujer es más propensa a la realización de conductas autolesivas que el hombre, siendo la adolescencia la etapa de vida de predominante frecuencia en la que son realizadas.

Para culminar, explican que los conflictos interpersonales también son puntos clave para comprender el origen del malestar psíquico que aqueja a los adolescentes. En este sentido, señalan que situaciones como el divorcio de los padres, abuso sexual, físico o psicológico, presiones familiares, pérdida de seres queridos, padres adictos, estrés escolar, identidad sexual, formar relaciones insatisfactorias con terceros o el asumirse con un rol diferente al asignado ante las exigencias familiares o circunstanciales son factores determinantes para la aparición de las conductas autolesivas.

Un importante factor de riesgo es el estadio del desarrollo donde se presenten las condiciones oportunas para que se suscite la conducta autolesiva. Para Papalia y otros autores (2012), este fenómeno puede implicar la llegada a la pubertad y adolescencia, etapas en donde en ellos se ven proyectados grandes cambios, tanto neuroquímicos y físicos, como cognitivos y emocionales, por lo que durante estas etapas pueden presentar cierto grado de inmadurez emocional, incapacidad de juicio y planeación racional, lo cual puede repercutir en su toma de decisiones, provocando incapacidad de regular sus emociones y conflictos adyacentes, así como otras problemáticas, reaccionando de forma violenta e irracional.

3.3. Disregulación Emocional en la Adolescencia.

La adolescencia es para Papalia y otros autores (2012), una etapa de grandes cambios, tanto físicos, como emocionales y cognitivos, en ella, suceden la mayor parte de los cambios indispensables para el desarrollo ideal de la adultez humana. Uno de estos cambios, específicamente los referentes a la maduración emocional, constituyen un factor determinante en el desarrollo psicosocial de la persona, provocando

perturbaciones en el bienestar de vida del adolescente en desarrollo en caso de no consolidarse adecuadamente.

La estructura cognoscitiva del adolescente durante esta etapa se encuentra inmadura y en constante estructuración, lo que genera grandes cambios de humor, desconocimiento de manejo de estas emociones nacientes y su afrontamiento repentino a ellas (Fernández, 2014. Güemes-Hidalgo et al, 2017). En consecuencia, Papalia y otros autores (2012), afirman que “los adolescentes procesan la información relativa a las emociones de manera diferente que los adultos”. (p. 361). Lo cual puede generar distintas conductas de riesgo precedidas por arrebatos emocionales intensos y escasas opciones de solución (Papalia et al., 2012).

Estudios como los de Steinberg, Baird y Yurgelun-Todd permitieron a Papalia y otros autores (2013), concluir sobre los adolescentes que “el desarrollo del cerebro inmaduro puede permitir sentimientos que anulan la razón e impiden que presten atención a las advertencias que los adultos consideran lógicas y persuasivas.

Frías y otros autores (2012), Balbi y otros autores (2013) y Trujano (2017) concuerdan que es en la adolescencia donde diversas conductas autolesivas mantienen una mayor incidencia de aparición, acentuada en mayor parte, por una marcada inmadurez cognitiva y emocional durante esta etapa (Papalia et al., 2012), siendo estadísticamente el género femenino quienes mayor predominancia demográfica mundial mantienen con respecto al género masculino (Nardone & Selekman, 2013).

Respecto al sesgo socio-relacional Frías y otros autores (2012) confirman la presencia de serias problemáticas interpersonales en esta población, ya sea en el subsistema familiar o en el escolar, causantes de las dificultades en la regulación emocional. Generalmente, se presenta en la mayoría de los casos de bajos grados de autoestima, así como bullying, acoso por parte de iguales y abuso sexual, siendo algunas de las conductas comórbidas de dichas problemáticas intrapersonales (Frías et al., 2012).

Cabe concluir que la disregulación emocional coincide con la ausencia de herramientas y estructuras cognitivas necesarias para el eficiente afrontamiento de situaciones emocionalmente estresantes, con lo cual un adolescente cae preso de la

situación madurativa en la que se encuentra, buscando otras alternativas, ya sea instintivas o socialmente aprendidas para responder a las exigencias entre su medio y su persona.

Capítulo 4. Metodología

El alcance de esta investigación, en sus inicios, era de un carácter exploratorio debido a la reciente conceptualización de la variable independiente regulación emocional en teóricos occidentales y la confluente, pero no suficiente, documentación de un fenómeno previamente estudiado desde una nueva epistemología capaz de dar respuesta eficaz al entendimiento de este fenómeno. Con la revisión más detallada de la literatura y la ampliación de los horizontes teóricos y estructurales de la investigación, el carácter de esta tomó un alcance del tipo correlacional al encontrar grandes relaciones teóricas bien documentadas sobre la variable dependiente a experimentar: La autolesión.

4.1. Diseño.

Para este estudio fue utilizado un estudio de tipo cuantitativo, dado la calidad de ambos cuestionarios donde su medición era recabada de forma numeral, por lo que para Hernández (2014), el estudio cuantitativo “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4).

El diseño de esta investigación se estableció cuasiexperimental debido al proceso de selección de la población en la cual se aplicaron los instrumentos, ya que debido a su carácter estudiantil previamente conformado, no fue necesario someter a rigurosidad probabilística la integración de estos a la muestra definitiva (Hernández, 2014).

De igual manera, para la designación y delimitación del alcance que este trabajo tiene y, en cumpliendo el objetivo general que esta tiene, se utilizó un estudio correlacional para experimentar sobre las variables seleccionadas y observar su comportamiento. En palabras de Hernández (2014), el objetivo de una investigación de alcance correlacional es “conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (p. 93).

De esta manera, podemos manipular una variable causal o independiente para modificar los valores de una variable dependiente y, posteriormente, analizar el

comportamiento de ambas variables para determinar, o no, la existencia de algún tipo de correlación estadística (Hernández, 2014).

El diseño metodológico del estudio se decidió cuasiexperimental debido a la selección de la población objetivo a utilizar, ocasionado en consecuencia a su carácter estudiantil conformado previamente al cabo del inicio del curso escolar en turno (Hernández, 2014). Por tal motivo, se realizó el experimento con una muestra compuesta de 19 sujetos, seleccionados mediante un tipo de muestreo denominado “por conveniencia”, procedentes de un grupo escolar y que habían obtenido los criterios de inclusión necesarios para ser contemplados en el estudio.

4.2. Pregunta de Investigación

Por lo tanto, con esta metodología se pretende dar respuesta al planteamiento de respuesta trazado: ¿Cuál es la relación existente entre la disregulación emocional y la autolesión en adolescentes?

Así mismo, surgen preguntas de investigación secundarias entorno a lo recabado a lo largo del estudio: ¿La causalidad de la autolesión debe su origen al coexistir de diversas variables que provoquen la aparición de este fenómeno además de las dificultades en la regulación emocional? Y ¿Cuál es el rol del contagio social en la diseminación de la conducta autolesiva en la población que la realiza?

4.3. Variables

La variable independiente (VI) a efectuar en esta investigación es “disregulación emocional” o “dificultades en la regulación emocional”, la cual es definida por Hervás & Moral (2017) como “la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de las estrategias de regulación empleadas por una persona ante sus estados afectivos negativos” (p. 3). Esta variable será medida mediante la prueba Dificultades en la Regulación Emocional en español (DERS-E) de Marín y otros autores (2012), dentro de un formato de llenado digital de su cuestionario de aplicación en línea, mediante la herramienta Google Forms.

La variable dependiente (VD) es “autolesión”, siendo definida por Solís-Espinoza & Gómez-Peresmitré (2020) como “un acto intencional y autoinfligido; conlleva un daño corporal de baja letalidad, de naturaleza socialmente inaceptable;

tiene como finalidad reducir el dolor emocional” (p. 126). Esta variable será medida mediante el Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA) de Solís y Gómez-Peresmitré (2020), dentro de un formato de llenado digital de su cuestionario de aplicación en línea, mediante la herramienta Google Forms.

4.4. Instrumentos

Para lograr medir las variables propuestas en esta investigación, se optó por utilizar dos pruebas psicológicas. Para medir la variable independiente de la disregulación emocional, se utilizará la prueba Dificultades en la Regulación Emocional en español (DERS-E) aplicada y validada en una población estudiantil por Marín y otros autores (2012) que consta de 24 reactivos de opción múltiple, los cuales comprenden cuatro subescalas (Atención-Desatención, Claridad-Confusión, Aceptación-Rechazo y Regulación-Descontrol) (Ver Anexo B). En cuanto a su objetivo, de la Rosa-Gómez y otros autores (2021), “este instrumento de medición fue diseñado para evaluar la capacidad de regulación emocional percibida a nivel de rasgo e identificar dificultades clínicamente relevantes” (p. 83).

Esta prueba ha sido ampliamente adaptada y validada en otros países como EEUU, Turquía, España, Argentina, Chile, Colombia, Cuba y México, entre otros países, siendo traducida a varios idiomas, logrando replicar características de validez y confiabilidad de manera adecuada en relación a la versión original (de la Rosa-Gómez et al., 2021).

En una revisión histórica de la prueba original surgida en 2004, de la Rosa-Gómez y otros autores (2021) Mencionan que, en sus diferentes ensayos clínicos, el DERS “ha demostrado buenas propiedades psicométricas en muestras clínicas con diferentes edades” (p. 84). En México, las reproducciones más exitosas en este rubro son las elaboradas por Marín y otros autores (2012) en una escuela secundaria de la ciudad de México a 455 estudiantes, con un rango de edad que variaba entre los 13 y los 95 años. En él, realizaron un análisis factorial exploratorio que mostraba datos consistentes adaptándose a una prueba de 24 reactivos, teniendo como resultado una validez y correlación con resultados significativos para la investigación que se estaba realizando (Marín et al., 2012).

Para medir la variable dependiente se utilizará el Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA) de Solís, M y Gómez-Peresmitré, G. (2020) que consta de 17 reactivos de opción múltiple comprendidos por 4 subescalas (Frecuencia, Efecto adictivo, Contagio Social, Información Adicional) (Ver Anexo C). Esta prueba fue validada en una población estudiantil del grado Secundaria de la Ciudad de México, en una muestra de 629 alumnos y con un rango de edad de 11 a 15 años, resultando en una prueba adecuada para la evaluación de la autolesión, así como elementos infrecuentemente estudiados mediante instrumentos de medición del “Self Injury” como la dificultad para dejar de autolesionarse y el contagio social como factor de riesgo.

La prueba Cuestionario de Riesgo de Autolesión fue sometida con base a diferentes procesos como “de validación contenido (evaluación de expertos), laboratorios cognoscitivos (para asegurar comprensión/significado de los ítems), validez de constructo, análisis factorial exploratorio (AFE) confirmatorio (AFC), y consistencia interna (coeficientes alpha y omega)” (p. 123).

Por último, como instrumento de apoyo, ambas pruebas fueron digitalizadas en el formato “Formularios de Google” de la plataforma “Google Classroom”, la cual era utilizada por la institución escolar para la realización cotidiana de las actividades educativas para la enseñanza a distancia. Esta plataforma educativa constituye, en palabras de Fernández (2020):

Es una herramienta creada por Google en 2014, y destinada exclusivamente al mundo educativo. Su misión es la de permitir gestionar un aula de forma colaborativa a través de Internet, siendo una plataforma para la gestión del aprendizaje o Learning Management System. (p. 1)

Gracias a las facilidades otorgadas por este medio electrónico, fue posible traspasar los cuestionarios originales a digitales, manteniendo sus indicaciones de llenado y formatos en todo momento. Además, la plataforma permitía distribuir los cuestionarios con los parámetros utilizados para seleccionar a la población y monitorear su llenado. Por último, permitió concentrar los datos duros de las respuestas de los cuestionarios en archivos separados del tipo .xlsx, facilitando así su manejo y

análisis. La plataforma Google Classroom comenzó a ser utilizada por la población estudiantil a principios del Ciclo Escolar 2020-2021, por lo que la población tenía conocimiento sobre el funcionamiento de la misma, evitando problemáticas afines al uso de instrumentos y herramientas digitales.

4.5. Sujetos

La población objetivo para esta investigación fueron 86 alumnos del nivel Preparatorio del Instituto Guadalupe. El género de esta población comprende a tanto a sujetos masculinos como femeninos de entre 15 y 18 años de edad cumplidos, los cuales se encontraban cursando los ciclos escolares de Agosto-Julio 2019-2022, Agosto-Julio 2020-2023 y Agosto-Julio 2021-2024 en el centro educativo al momento de la selección.

Para realizar el proceso de experimentación, se eligió una muestra de sujetos de tipo no probabilística, en donde el criterio de selección de los integrantes de esta se decidió por conveniencia, decisión apoyada en los resultados que se esperaban obtener, en donde la manifestación de la realización de la conducta auto lesiva era el principal valor a compartir entre sus iguales (Hernández & Carpio, 2019). Otros valores de inclusión en la muestra fueron:

- Ser alumno/a con correo electrónico institucional verificado proporcionado por el instituto Guadalupe para su modalidad de clases en línea.

- Estar inscrito en los cursos Agosto-Julio 2019-2022, Agosto-Julio 2020-2023 y Agosto-Julio 2021-2024.

- Tener más de 15 años con cero días cumplidos y menos de 18 años, 11 meses con 30 días cumplidos al momento de responder las pruebas.

- Manifestar, mediante la pregunta No. 3 del Cuestionario de Riesgo de Autolesión, haberse autolesionado.

- Responder correctamente a las preguntas solicitadas por los cuestionarios DERS-E y CRA.

Los criterios de exclusión de la muestra fueron:

- No ser alumno/a con correo electrónico institucional verificado proporcionado por el instituto Guadalupe para su modalidad de clases en línea.

- No estar inscrito en los cursos Agosto-Julio 2019-2022, Agosto-Julio 2020-2023 y Agosto-Julio 2021-2024.

- Tener menos de 15 años con cero días cumplidos y más de 18 años, 11 meses con 30 días cumplidos al momento de responder las pruebas.

- No manifestar, mediante la pregunta No. 3 del Cuestionario de Riesgo de Autolesión, haberse autolesionado.

- Responder incorrectamente a las preguntas solicitadas por los cuestionarios DERS-E y CRA.

Como resultado, se obtuvo una muestra conformada por 19 sujetos adolescentes que representaban el 22% de la población, en donde sujetos 13 resultaron mujeres y seis resultaron hombres, siendo estos estudiantes vigentes del plantel con correo institucional del Instituto Guadalupe, presentando edades oscilantes de entre los 15 años con cero días cumplidos y los 18 años, 11 meses, con 30 días cumplidos que manifestaron abiertamente haberse lastimado en alguna ocasión mediante la prueba CRA.

4.6. Marco Contextual

Los sujetos de la muestra son hombres y mujeres residentes de la ciudad de Córdoba, Veracruz (89.5%) y ciudades aledañas a esta: Amatlán de los Reyes (5.3%), Cuitláhuac (5.3%). Son estudiantes adolescentes de habla española que comprenden una edad de entre los 15 y los 18 años con 11 meses y 30 días cumplidos. Estos sujetos de estudio se encuentran estudiando el nivel Preparatorio en el centro educativo Instituto Guadalupe (Clave de incorporación a la SEP 30PBH0019K) ubicada en Av. 15-B, #700. C.P. 94580 en la ciudad de Córdoba, Veracruz el Plan de Estudios de la SEP 2021-2022 cursando los semestres 1°, 3° y 5°.

Sin embargo, existe una variable contingente que ha modificado las condiciones tanto intrínsecas como extrínsecas de la población objetivo y su presencia física en el plantel, debido a la pandemia mundial de Covid-19. Esta situación llevó a los centros educativos alrededor del mundo a cerrar sus instalaciones a estudiantes, docentes y personas administrativo para evitar acrecentar la ola de contagios que se avecinaba. Como consecuencia, los planteles educativos se vieron en la necesidad de generar

medios de comunicación eficientes que les permitieran a los alumnos retomar el curso académico (Rendón, 2020).

Específicamente, los sujetos de estudio del Instituto Guadalupe utilizan una plataforma educativa llamada “Google Classroom” que permite a docentes y a alumnos mantener un contacto cercano con los canales de comunicación necesarios para retomar las actividades educativas correspondientes desde el final del ciclo escolar 2020-2021 y poder culminarlo de manera satisfactoria hasta la actualidad en que se realiza esta investigación.

Debido a esto, y respetando las normativas sanitarias emitidas por la SEP y respaldadas por la institución educativa Instituto Guadalupe, se eligió la aplicación en línea, aprovechando las herramientas de la plataforma educativa en cuestión, permitiendo así la realización exitosa de esta investigación y asegurando evitar el riesgo de contagios a la población estudiantil objetivo (Méndez, 2020).

4.7. Procedimiento

1) Se contactó al departamento administrativo del centro educativo “Instituto Guadalupe” para cotejar las posibilidades de la realización de una investigación de corte cuasiexperimental en su población bachiller. Se explicaron los fines científicos de la investigación y el proceso que representaba para alcanzar el grado de licenciado en Psicología, así como las características que la población objetivo debía tener para pertenecer al estudio.

2) Afinados los detalles generales y específicos sobre la aplicación de las pruebas, el uso de los datos y la privacidad con la que se manejaran los mismos, así como las intenciones documentadas oficialmente (Ver Anexo A), se procedió a establecer una fecha para enviar la declaración de privacidad y uso de datos obtenidos de las pruebas por parte de la Institución educativa. Al término, se procedió a informar sobre la fecha a los participantes en la que los cuestionarios de los instrumentos estarían disponibles en la plataforma educativa para su llenado.

3) Debido al interés existente por parte de la institución educativa en obtener los datos resultantes de ambas pruebas para intervenir puntualmente en las deficiencias psicológicas y en casos particulares clínicamente significativos ambas

pruebas fueron aplicadas a los 86 estudiantes de la población Preparatoria del Centro Educativo.

4) El día 15 de Diciembre del año 2021 fueron liberadas ambas encuestas estando disponibles las 24 horas del día en la plataforma educativa para su llenado. Por temas referentes a las vacaciones invernales y, posteriormente, a situaciones administrativas de la institución que se encontraban fuera del control del investigador, se tomó se recolectaron los datos de ambos formularios hasta el día 17 de enero del año 2022.

5) Dadas las características de la plataforma donde se traspasaron las pruebas, la recopilación de los datos obtenidos fueron vaciados inmediatamente en un archivo “.xlsx” conocido como “hoja de cálculo”

6) Con los resultados de ambas pruebas transcritos en archivos “.xlsx” separados en distintos libros, se observó que, de haber estado disponibles los cuestionarios para una población de 86 alumnos, solo fue contestada de manera correcta por 82 de ellos.

7) Posteriormente, se procedió a depurar los datos de los sujetos que no contuvieran los datos de y se conformó la muestra, compuesta por 19 sujetos; 13 mujeres y 6 hombres, quienes representaron el 22% de la población total Preparatoria del plantel.

8) Una vez obtenidos los resultados en las condiciones ideales para la conformación de la muestra estos fueron sometidos a un proceso estadístico correlacional.

8) Se realizó la calificación de ambas pruebas por sujeto y se obtuvieron sumatorias totales por alumno para someterlas mediante un procedimiento estadístico dentro de la aplicación Excel que permitiera obtener el coeficiente de correlación de Pearson expresada mediante la función:

$$r_{xy} = \frac{\sum Z_x Z_y}{N}$$

Así como la fórmula de la ecuación de la recta:

$$\hat{y} = a + bx$$

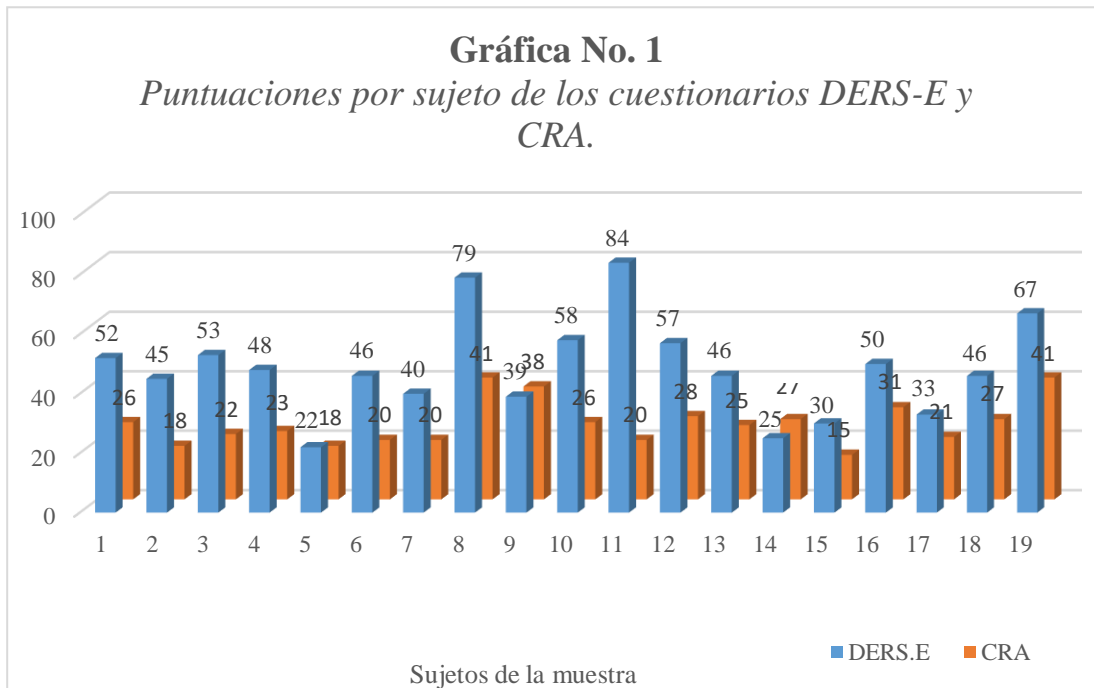
9) El posible análisis de datos tiene una fuerte orientación cuantitativa, dada la manera en la que fueron medidas las variables y la estructura de los instrumentos en cuestión, además del método de comprobación científica de la factible relación mediante el índice de correlación de Pearson. Sin embargo, la misma estructura de estos instrumentos permite el análisis e interpretación restantes cualitativos que pueden compartir similitudes con el apartado teórico, generan conclusiones similares o diferir de estos postulados, permitiendo así un nuevo punto de debate.

Resultados

En este apartado, se ha procedido a describir los resultados obtenidos a través de la labor metodológica anteriormente definida. La información arrojada de ambas pruebas, así como el resultado del índice de correlación de Pearson utilizando la regresión lineal simple se encuentran presentados gráficamente aquí. De esta manera, se asegura dar respuesta a las preguntas de investigación descritas en este estudio, observando el comportamiento entre variables y contrastando el resultado con la hipótesis sugerente como propuesta para explicar el fenómeno de la autolesión en la población examinada.

Serán presentados los resultados obtenidos, haciendo alusión a las gráficas preparadas para observar los datos de una manera tal que permitan su mayor entendimiento e interpretación.

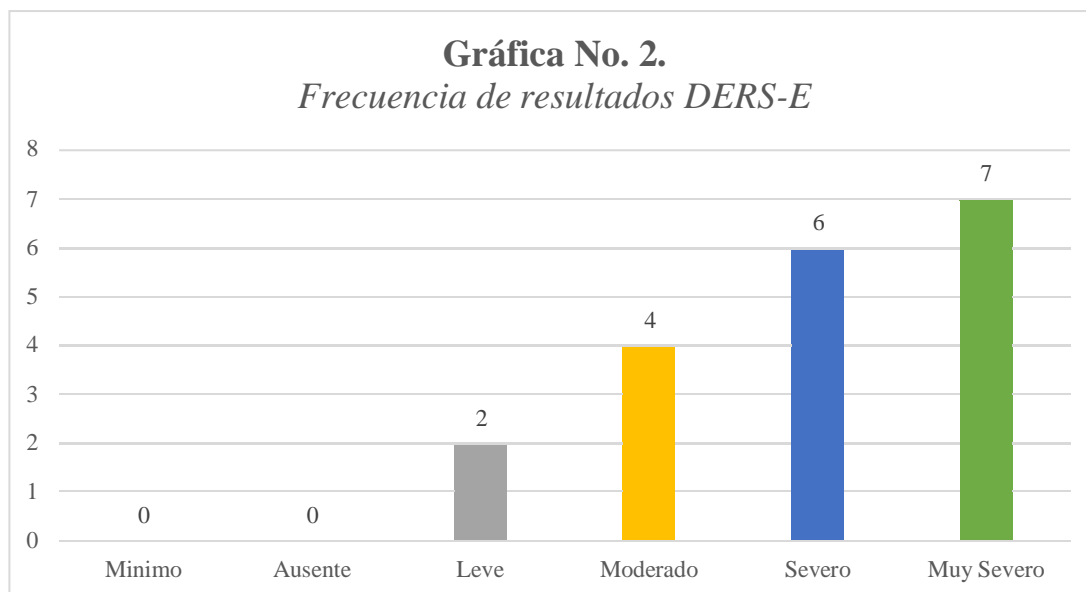
Es necesario puntualizar la decisión de no analizar ni graficar los resultados individuales obtenidos en la prueba DERS-E debido a la variabilidad de los resultados obtenidos en la muestra, los cuales no pueden representar o ejemplificar una singularidad cuantitativa. La explicación cualitativa a este fenómeno será desarrollada en el apartado del Análisis de Resultados a continuación de esta sección.



Para comenzar fueron contrapuestos los resultados de los dos cuestionarios según cada sujeto de la muestra sobre un archivo “.xlsx” sobre una hoja de cálculo del programa Excel 2013, determinando la sumatoria de las calificaciones por instrumento de medición, lo que facilitó su análisis estadístico y cualitativo de manera óptima (Gráfica No. 1).

Con la gráfica No. 1, además de alcanzar el cuarto y quinto objetivo específico, fue posible observar las diferencias entre puntuaciones por cuestionario, en el cual, existían unas cuantas en donde la diferencia entre ambos datos resultaba significativa, lo que comenzaría a sugerir que las variables no mantenían una relación significativa, aunque esto solo sería comprobable mediante el procedimiento estadístico de la regresión lineal simple y el índice de correlación de Pearson.

Ante esta superposición, se logró observar en la gráfica No. 2 que, de los 19 adolescentes de la muestra que presentaban indicios de autolesión, siete obtuvieron una puntuación de “Muy severo” (+52) en el DERS-E, seis alumnos obtuvieron una puntuación de “Severo” (45-51), cuatro de ellos tuvieron una puntuación de “Moderado” (27-44) y solo en dos adolescentes se presentó el indicador “Leve” (17-26).



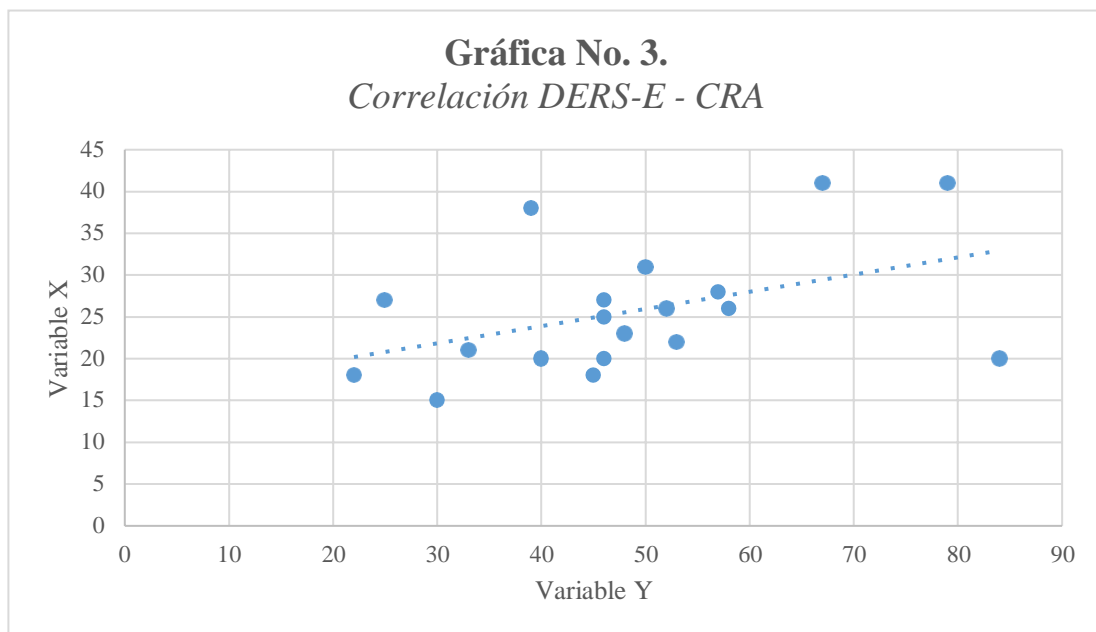
Una vez obtenida la tabla de ambos resultados, el siguiente paso fue determinar si existía algún tipo de relación entre las variables dependiente e independiente del

estudio, para esto, se utilizó en la aplicación Excel para generar el coeficiente de correlación lineal mediante la ecuación de la recta donde:

$$\hat{y} = a + bx$$

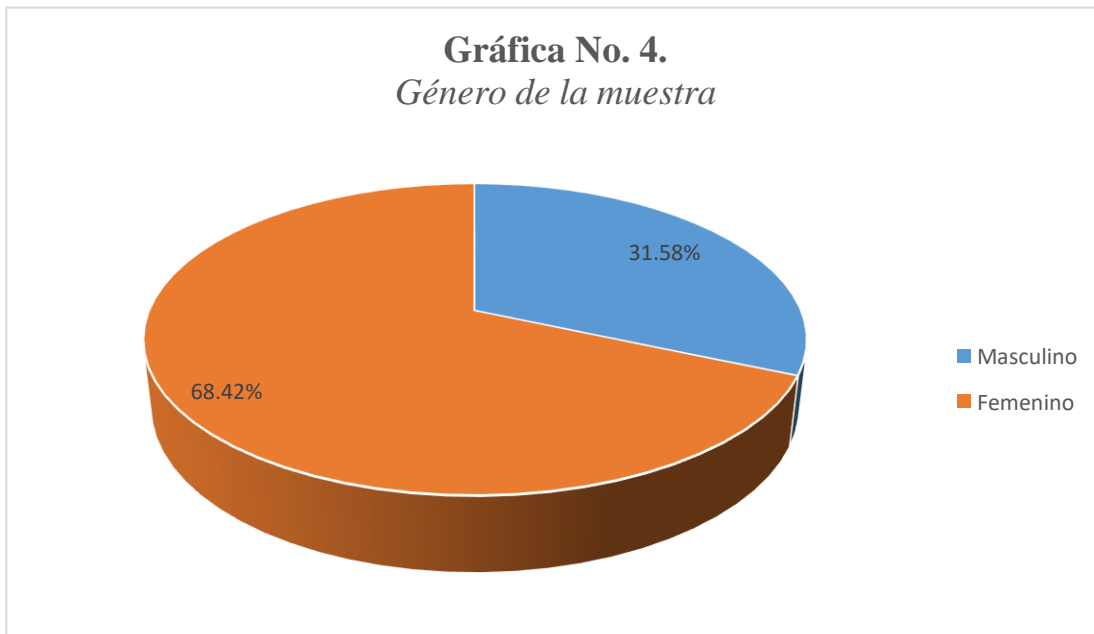
$$\hat{y} = 15.597311 + 0.2061425x$$

Con los valores de a y b obtenidos, se procedió a graficar los resultados para obtener un resultado lineal que permitiera apreciar la naturaleza de la asociación realizada (Ver gráfica 3). Una vez graficados los resultados se expresó mediante el índice de correlación de Pearson el grado de asociación entre las variables experimentadas, arrojando que $r=0.44199738$ como una pendiente positiva, obteniendo un 44% de afinidad.



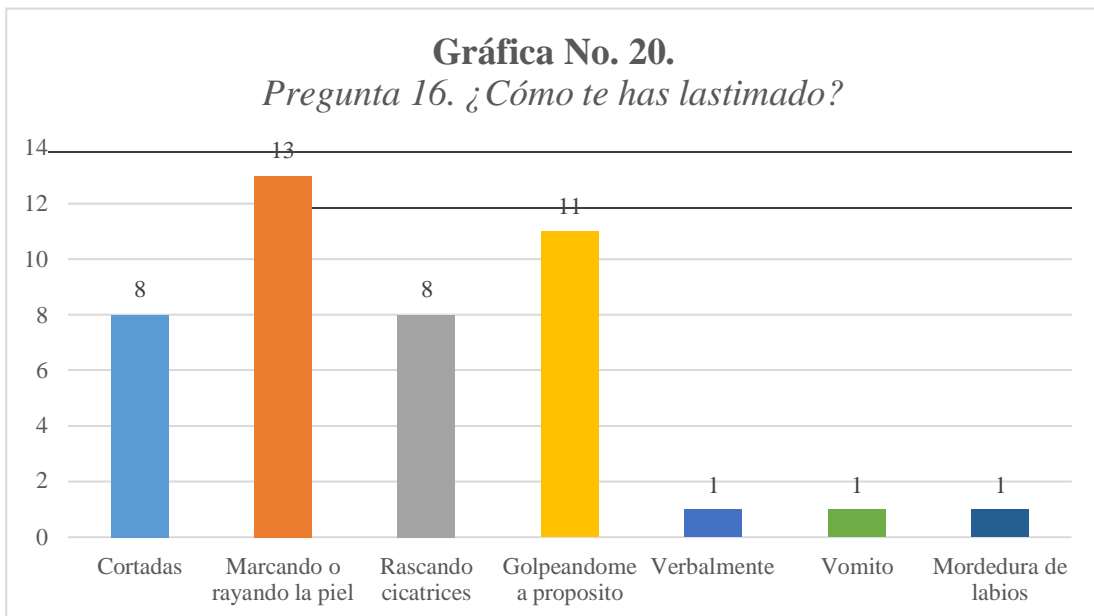
Este índice de correlación de Pearson nos permite darle respuesta a la pregunta de investigación presentada para el estudio en torno a observar la magnitud de la afinidad entre las variables disregulación emocional y autolesión y comprobar la hipótesis seleccionada. Ante la incógnita que representa esta pregunta, podemos aseverar, en torno a los resultados estadísticos observables que la relación que mantienen las variables experimentadas es de un valor intermedio y, por lo tanto, no es determinante para indicar que se existe una correlación lineal entre la regulación emocional y la autolesión.

Gráfica No. 4.
Género de la muestra



Además de la información concluyente hacia la pregunta de investigación, el primer punto observado en la gráfica No. 4, es el descrito en el apartado demográfico de los factores de riesgo de la conducta autolesiva, donde se observa la aparición de estas según el género, siendo el femenino (68.42%) el porcentaje más representativo de la muestra de sujetos, en contraste del masculino (31.58%).

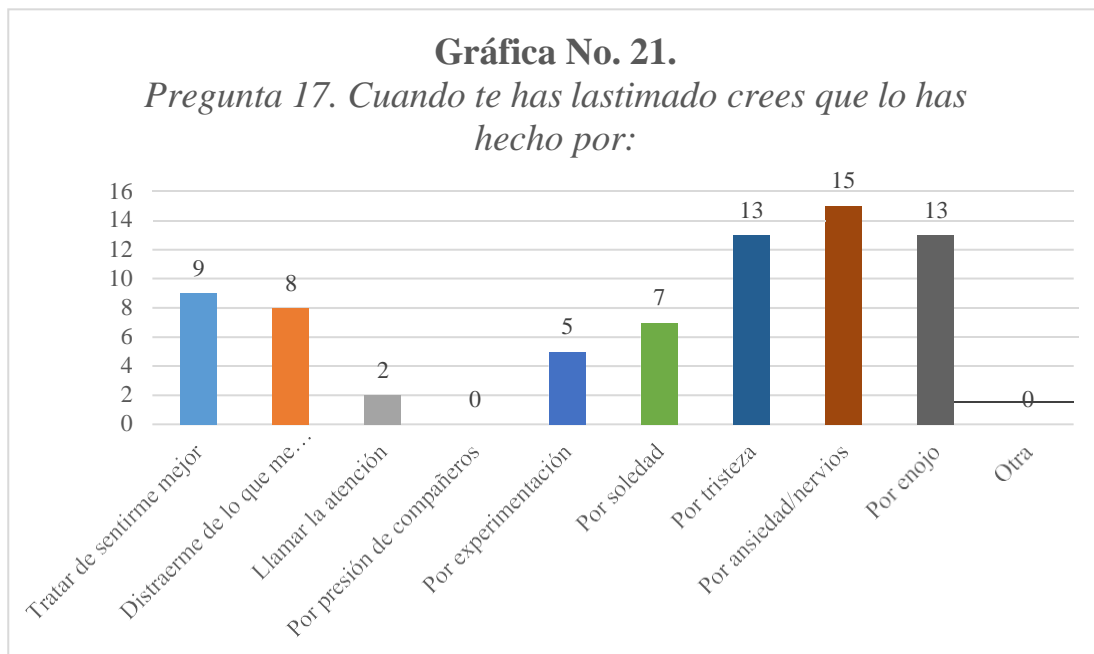
Gráfica No. 20.
Pregunta 16. ¿Cómo te has lastimado?



De igual manera, dentro de los hallazgos más sobresalientes que arrojó la

experimentación realizada, fue la observación de los métodos de autolesión como estrategias que se presentaban como dificultades para regular sus emociones (Gráfica No. 20) y sobre sus motivaciones para realizarlas (Gráfica No. 21).

Por último, en la gráfica No. 21, es posible observar las motivaciones que intervienen en la realización de las conductas autolesivas mencionadas en la gráfica anterior. En ella, hace referencia que los fenómenos emocionales “Enojo, ansiedad/nervios y tristeza” son los más frecuentes ante la intención de regular estos estados emocionales desagradables mediante la autolesión, seguidos de “Tratar de sentirme mejor, distraerme de lo que me está molestando y por soledad” como situaciones estresantes que también la generan.



Análisis de Resultados

Gracias a los datos arrojados acerca del índice de correlación de Pearson sobre la afinidad de ambas variables, fue posible determinar diferentes directrices en torno a las causantes que podrían estar provocando la variable de la autolesión. Si bien, el resultado mostró que no existe una correlación lineal entre variables y, por lo tanto, la hipótesis planteada no se cumple en esta investigación, es imperativo analizar el por qué de estos datos y su relación con la naturaleza del fenómeno de estudio. El análisis a continuación fue desarrollado con base en los resultados obtenidos del índice de correlación de Pearson y de la regresión lineal simple, así como el análisis cualitativo de las respuestas obtenidas de las pruebas Cuestionario de Riesgo en Autolesiones (CRA) y la variabilidad en las respuestas obtenidas en la prueba Dificultades en la Regulación Emocional en Español (DERS-E) que si bien, no tienen una explicación cuantitativa, es posible relacionar con el apartado teórico este fenómeno.

Con la finalidad de dar un análisis sobre estos resultados, es estimado observar la probabilidad de que otra variable con mayor afinidad en su relación esté causando la conducta autolesiva. Ante esta interrogante no se cuenta con los medios suficientes y la información para brindar respuesta a esto. Haciendo alusión a los datos obtenidos de la Gráfica 3 es posible determinar que, al obtener $r=0.441997$, no es posible tener certeza de una correlación lineal entre las variables, pero sería erróneo concluir la inexistencia de algún tipo de correlación entre variables. La interpretación de r depende de si este valor se acerca o aleja de -1 y $+1$ en caso de que exista una correlación lineal o, dado el caso contrario, que se encuentre cercana a 0 . El movimiento que una variable dependiente pueda llegar a tener independientemente del efecto que la variable independiente pueda llegar a ejercer en ella puede deberse a la variación aleatoria u otras variables no medidas y contempladas en el estudio.

Sin embargo, dicha relación arroja información relevante acerca de la conexión existente entre ambas variables y otros factores que logren incidir en ella. Debido a esto, es posible determinar que, aunque no es posible observar la existencia de una correlación lineal, hay evidencia acerca de una afinidad la una de la otra, lo cual infiere que, si bien las dificultades en la regulación emocional no son una variable fuertemente

relacionada con la aparición de la conducta autolesiva, esta podría ser una de muchas otras causantes con diferentes grados de dependencia a la variable “autolesión”, lo que daría respuesta a una de las preguntas de investigación ¿La causalidad de la autolesión debe su origen al coexistir de diversas variables que provoquen la aparición de este fenómeno además de las dificultades en la regulación emocional?

Por lo tanto, como conclusión ante el cumplimiento del sexto objetivo específico y a la pregunta principal de investigación: *¿Cuál es la relación existente entre la disregulación emocional y la autolesión en adolescentes?* Que estas variables experimentadas no mantienen una fuerte afinidad entre sí, según muestra el índice de correlación de Pearson ($r=0.441997$) obtenido como parte del proceso estadístico de los resultados de ambos instrumentos. Del mismo modo, en cuanto a la hipótesis planteada para este estudio, es posible ultimar que no es posible concluir que el comportamiento de la variable autolesión es afín a la presencia de la variable de la disregulación emocional ya que no existe un grado de relación fuertemente ligado entre ellas, demostrado mediante el índice de correlación de Pearson

Sin embargo, estos corolarios cuantitativos divergen de los postulados bibliográficos presentados por Marín y otros autores (2012), Balbi y otros autores (2013), Hervás & Moral (2017), Ibáñez-Aguirre (2017) y Solis & Gómez-Peresmitré (2020), así como de la evidencia cualitativa arrojada en los incisos 16 y 17 de las gráficas No. 20 y 21, respectivamente.

Este análisis surge de la controversia como resultado de contrastar los resultados cuantitativos y los cualitativos en donde logramos encontrar que, mientras el resultado del coeficiente de correlación de Pearson indica una correlación moderada entre las variables, la interpretación de los datos arrojados en los ítems finales del CRA muestra información concluyente diferente:

En las respuestas de las preguntas 16 y 17 mostradas en las gráficas No. 20 y No. 21 respectivamente, es posible dilucidar de manera cualitativa los tipos de autolesiones utilizadas más frecuentes y las razones por las cuales son ocasionadas. En la pregunta 16, observable en la gráfica No. 20, es posible comparar los resultados con los supuestos acerca de la tipología de la autolesión de Balbi y otros autores (2013),

Nardone & Selekman (2013), Ibáñez-Aguirre (2017) y Trujillo (2017) en el que el método más frecuente entre la muestra es el de “Marcarse o rayarse la piel (13), seguido de “Golpearse a propósito” (11) y como tercer lugar, “Cortarse” y “Rascando cicatrices” (8), permitiendo observar que no solo es uno el método por el cual la muestra estudiantil busca provocarse daño a sí mismos, sino que es recurrente buscar más de un método de autolesión en la consecución del objetivo. De esta manera, se cumple la realización del séptimo objetivo específico de esta investigación.

Por otra parte, el ítem 17 apreciado en la gráfica No. 21, hace referencia acerca de las motivaciones de los adolescentes para autolesionarse. En ella, es posible observar que la razón más frecuente para hacerlo es “Por ansiedad/nervios” (15), seguido de “Por tristeza” empatado con “Por enojo” (13) y teniendo como tercero “Tratar de sentirme mejor” (9).

En un artículo sobre características, significados y contextos, Agüero (2018) menciona que los eventos de vida estresantes con mayor incidencia en una muestra de 36 adolescentes que se autolesionaban fueron los conflictos familiares, las crisis vitales y el sentirse solo, siendo 25 de los 36 quienes se autolesionaban con el objetivo de lograr regular sus emociones. Sin embargo, la investigación contaba con un corte descriptivo y no correlacional, por lo que no fue posible demarcar la relación existente entre la disregulación emocional y la autolesión, aunque dejó como resultado la misma pauta aquí presente.

Las motivaciones arrojadas, como resultado del inciso 17, concuerdan con las motivaciones encontradas en adolescentes que han presentado conductas autolesivas y han sido documentadas por distintos autores (Balbi et al., 2013. Nardone & Selekman, 2013. Ibáñez-Aguirre, 2017. Hervás & Moral (2017. Trujillo, 2017. Flores-Soto et al., 2018) en cuanto a la tipología de la autolesión y a sus múltiples manifestaciones conductuales.

Esta controversia abre diferentes puntos para su análisis: El primero de ellos es la interrogante sobre si el coeficiente de correlación de Pearson está explicando la relación real entre variables en los resultados de la muestra del estudio, dado que parte del instrumento de medición de la autolesión (CRA), visible en las gráficas No. 20 y

21, arroja datos sobresalientes afirmando una relación con motivantes y estrategias autolesivas como las mayormente predominantes en su ejecución.

Estos ítems arrojan la existencia de diversos factores que derivan en la dificultad de regular las emociones en la muestra experimentada. Así, se observa que las estrategias con dificultades en la regulación emocional existen (presencia medida de diferentes métodos de autolesión), así como los motivos que originan estas conductas autolesivas (presencia de diferentes motivos que provocan el autolesionarse) pero no se encuentra un índice de correlación fuertemente vinculado entre variables ($r=0.441997$).

El segundo punto de interés que destaca de esta controversia es si fue correcta la selección del CRA como instrumento para medir la autolesión en la muestra, dado que si bien tiene la capacidad de detectar las conductas autolesivas, frecuencia, efecto adictivo, contagio social, motivantes y estrategias de autolesión como información adicional. Solo estos dos últimos elementos (Preguntas 16 y 17 respectivamente) contienen valor relacionable con las dificultades en la regulación emocional. Esto genera la duda sobre si otro instrumento con mayor orientación a detectar vertientes de la regulación emocional como causante de las autolesiones hubiera obtenido un mayor grado de correlación en el índice de Pearson.

El tercer y último punto de reflexión sobre esta controversia es la temporalidad de los valores medidos, los cuales tienden al cambio debido a su concepción humana. Ante este punto, es importante resaltar que existían diversos sujetos de la muestra presentaban autolesiones con una antigüedad superior a un año (Ver Anexo K), por lo que los valores obtenidos sobre el DERS-E pudieron haber sido diferentes en la época de autolesión de estos, que podrían trascender en el tiempo tres, cinco o más años en el pasado, recordando que la edad promedio del primer acto autolesiva se originó a los 12 años con 9 meses de edad (Véase Anexo G). El tema de la temporalidad es crucial para entender esta controversia, ya que el CRA dedica 4 de los 17 ítems evaluados a la obtención de frecuencia de la autolesión (Véase Anexo H, I, J y K respectivamente).

Aunado a los resultados que demostraban correlación, en los mismos datos, se encontró que existen alumnos que manifestaron realizar la conducta autolesiva aunque

sus niveles de disregulación emocional en el DERS-E indicaron razones de “Ausente”, “Leve” o “Moderado” en la gráfica No. 2. Lo anterior es información relevante dado que podría indicar la presencia de otros motivantes más allá de una dificultad en la capacidad de afrontar emociones y situaciones complicadas. Es posible que, con base al postulado por Hervás & Moral (2017) en el Capítulo I, estos sujetos recurrieran a este tipo de conductas en la búsqueda de estrategias que le permitieran regular sus emociones sin conseguir el efecto deseado o que, habiendo cumplido su objetivo regulador o sedativo, hayan continuado con sus actividades cotidianas sin mayor inconveniente.

Retomando la edad de origen que donde se suscitaron las conductas autolesivas, aunque variada en el momento de su aparición, no existe algún predisponente determinado que origine una incidencia marcada sobre cierta edad. Sin embargo, congruente con el repertorio bibliográfico de Frías y otros autores (2012) y Balbi y otros autores (2013), la muestra reflejó que las edades de inicio de la conducta autolesiva varía en un rango de 11 años 6 meses como mínimo, a 15 años como máximo, con un promedio de 12 años 9 meses aproximadamente (Ver Anexo G). Estas etapas coinciden con el paso de la educación primaria a la secundaria, la cual, es un periodo de aparición recurrente de las conductas autolesivas en los sujetos de la muestra, ya sea motivada por dificultades en la regulación de emociones u otras variables con afinidad sobre la conducta autolesiva que desconocemos.

Además de estos datos demográficos, la información acerca del género es un elemento retomado del apartado teórico y que es posible percibir en los resultados obtenidos. Gracias a la gráfica No. 4 es posible corroborar la información presentada por Nardone & Selekman (2013), Flores-Soto y otros autores (2018) donde coinciden en que es el género femenino (68.42%) la población más recurrente en presentar conductas autolesivas en contraste al género masculino (31.58%) como consecuencia de ser un factor de riesgo social. De esta manera, explican que la manera en que los adolescentes proponen estrategias para el afrontamiento de situaciones estresantes tiene un condicionamiento social y representativo de cada género (Flores-Soto et al., 2018), conclusión que podemos compartir dados los resultados mostrados en la gráfica No. 4.

Un punto de interés que ha surgido para el análisis de este estudio se basa en considerar el rol del contagio social de la autolesión en la muestra, presente en los incisos 13, 14 y 15 del CRA. En ellos, se observa el proceso sobre el contagio en una posible exposición a la interacción con personas que han sabido que se autolesionan (Ver Anexo P) y otras en donde han presenciado la ejecución de las conductas autolesivas (Ver Anexo Q). Sin embargo, lo realmente interesante resulta observar las respuestas de la pregunta 15, la cual hace referencia sobre si alguna vez alguien habría sugerido a nuestros sujetos autolesionarse. En este inciso, el 100% de la muestra refirió nunca haber sucedido, lo cual podría sugerir que, estarían encubriendo a algún conocido o amigo que estuviera realizando estas conductas, o bien, entre la misma población que se autolesiona, este tipo de conductas no son sugeridas por quienes la practican.

Estos resultados, acompañados de las diferentes aseveraciones de diversos autores respecto al ámbito relacional de propagación de la autolesión permite responder otra de las preguntas de investigación formuladas a lo largo de la realización del estudio: ¿Cuál es el rol del contagio social en la diseminación de la conducta autolesiva en la población que la realiza? Recordando las palabras de Balbi y otros autores (2013), Agüero (2018), Laborda (2020) y Ospina y otros autores (2020), concuerdan en que es común que la aparición de las conductas autolesivas en los adolescentes se dé mediante el aprendizaje y el reforzamiento social, donde el entorno del menor influye en la manera en como este afronta su día a día. Elementos sociales como amigos, videos explicativos, redes sociales y otras fuentes de comunicación suelen ser frecuentes medios sobre los cuales son mostrados esta clase de comportamientos, por lo tanto son aprendidos, mantenidos y promovidos relacionalmente.

Para concluir, gracias a los datos obtenidos de la experimentación de este estudio y aunados al análisis como resultado de la comparación de estos con los fundamentos teóricos y estudios revisados a lo largo de los capítulos del Marco Teórico que, aunque la afinidad entre variables se encuentre moderadamente relacionada, esta es indicativa de algún tipo influencia entre estas. Sin embargo, es importante señalar que para a lo que los resultados cuantitativos refieren, no es completamente

determinante, lo cual deja la interrogante sobre que otras variables podrían tener mayor injerencia sobre la conducta de la autolesión o si la medición con un instrumento con diferentes elementos a medir sobre el fenómeno de la autolesión podrían arrojar datos diferentes, congruentes con la información recopilada bibliográficamente. Por lo tanto, la hipótesis planteada sobre que existe relación significativa entre la disregulación emocional y las conductas autolesivas en adolescentes queda descartada en esta investigación

Con estos hallazgos fue posible visualizar que no todos los sujetos de la muestra que manifestaban la conducta autolesiva presentaban altos niveles de dificultades en la regulación emocional, lo que permite inferir la existencia de otras estrategias desconocidas, ya sean funcionales o no, presentes que les permitieran regular sus emociones.

Cabe mencionar que la ausencia de gráficas y resultados particulares de la prueba DERS-E se debió a que estos resultados mostraban inconsistencias en grupo por reactivo, y estos, a su vez, no mostraban una realidad que permitiera generalizar criterios como si los mostraba la prueba CRA, esto debido a que la estructura con la que fue formulado este cuestionario difiere de la primera en cuestión. Esto significó que los resultados de ambas pruebas no mostraran una fuerte afinidad en el índice de correlación de Pearson, debido a la poca afinidad que estas mostraban entre sí, pero que, a pesar de que cuantitativamente el análisis no podría contemplar la relevancia de información, cualitativamente es posible determinar los motivos por los cuales los resultados de la muestras en la prueba DERS-E mostraron resultados tan variados entre sí y como ello tiene congruencia con lo presentado en el apartado teórico.

El primer motivo de ellos, es mencionado indirectamente por todos los autores consultados en el primer capítulo del Marco Teórico, Autolesión, el cual hace referencia a la temporalidad y frecuencias de aparición de las conductas autolesivas según cifras epidemiológicas a nivel mundial. En estas cifras, tanto instituciones (UNICEF, 2012. OMS, 2017) como autores (Frías et al., 2012. Balbi et al., 2013 y Trujano, 2017) mencionan la incapacidad de determinar una edad precisa en el surgimiento de las conductas autolesivas, obteniendo así en promedio un lapso

aproximado de tiempo de entre los 12 y los 18 años de edad, en la población adolescente, que varía según contexto social y autor. La problemática con tener rangos de edades tan amplios, implica un desfase de edad en relación a la capacidad cognitiva y madurativa de los adolescentes al realizar las conductas autolesivas (Papalia et al., 2012), aspecto indispensable en el análisis de la regulación emocional (Hervás & Moral 2017). Es por eso que, la investigación al contemplar alumnos en un amplio periodo de tiempo de tres años, podemos encontrarnos con diferentes realidades psicológicas en cada uno de los 19 sujetos de la muestra, obteniendo así resultados tan diversos que pueden no presentar la constante necesaria para correlacionar variables.

El segundo de los motivos se debe a la temporalidad de la medición del fenómeno de la regulación emocional. A diferencia del CRA, el DERS-E es incapaz de determinar el tiempo y frecuencia de aparición del fenómeno estudiado, dado que este trata de un proceso cognitivo y no de una conducta, como en el caso de la autolesión (Hervás & Moral, 2017). Ante esta situación, podemos observar sujetos que, a pesar de obtener una puntuación de “Muy severa” en la disregulación emocional, han pasado más de un año sin haberse autolesionado y por el contrario, sujetos con una puntuación media en la prueba de las dificultades en la regulación emocional, obtuvieron resultados elevados en la prueba de autolesión, indicando no solo que se autolesionaban, sino que también no obtuvieron puntuaciones significativas de disregulación emocional, aunque en las últimas preguntas del CRA se manifestaban las incongruencias con este apartado.

Estas inconsistencias nos permiten observar que el cuestionario del DERS-E no obtiene resultados satisfactorios al ser comparados en paralelo con otras pruebas donde se evalúen conductas, temporalidad y frecuencia de las mismas, siendo el análisis por sujeto de la muestra de ambos resultados una forma diferente de analizar la información en la que la prueba y datos obtenidos del DERS-E puedan obtener mayor relevancia y congruencia entre estas.

Por otro lado, se entiende que, la disregulación emocional es un amplio campo de estudio que necesita seguir siendo analizado a profundidad con hipótesis que permitan extender su área de desarrollo y que puede representar un gran avance en el

entendimiento del proceso en la activación emocional, así como en el de la aplicación de estrategias y mecanismos regulatorios o compensatorios eficientes y capaces de satisfacer las necesidades de los empleadores sin comprometer la calidad de vida de estos en el proceso.

Recomendaciones

Este apartado está encaminado a presentar ideas hacia futuras exposiciones entre la relación y comportamiento de las variables de la disregulación emocional como de la autolesión, por lo que las sugerencias, cuestionamientos e hipótesis presentadas a continuación son realizadas con base a la experiencia obtenida de la experimentación entre variables y del análisis tanto cuantitativo como cualitativo resultado de la información arrojada de ambos cuestionarios. De esta manera, se espera con esto permitir el futuro desarrollo de más campos de estudio que permitan entender el fenómeno de la regulación emocional, la manera en cómo este se compone y de la influencia sobre otras variables en las que exista cierta influencia, como con la autolesión. Así mismo, se espera sea posible encontrar respuestas a la aparición de la autolesión en estudiantes adolescentes como en otro tipo de poblaciones para obtener pautas que permitan entenderlo e intervenirlo.

Sería apropiado proponer diferentes instrumentos que permitan evaluar mediante diferentes ángulos el fenómeno de la autolesión, tomando como eje principal las dificultades en la regulación emocional presentes y probar nuevamente su correlación, esperando cambie el nivel de afinidad entre variables. También, el modificar la población sobre la cual se trabaja, siendo posible obtener resultados diferentes variables demográficos, socioculturales e histórico-emocionales. En el caso del DERS-E se aconseja que su análisis se realice en solitario y se evite sea en cumulo de varios sujetos, esto debido a que se ha observado que la complejidad en la estructuración del proceso de la regulación emocional es variado y diverso e influyen muchas variables no contempladas dentro de la prueba, lo que arrojaría datos no concluyentes para las expectativas del investigador. Además, un análisis individual correlacionado con los resultados de una segunda prueba podría obtener resultados más satisfactorios y acordes a una propuesta teórica y metodológica enfocada de corte exploratorio.

Así mismo, someter a un proceso de depuración más estricto con una muestra que contenga solo población que ha realizado conductas autolesivas en, al menos, la última semana o el último mes desde la aplicación del instrumento que mida este

fenómeno. Con esta corrección, la variable de la autolesión podría tener una injerencia significativa en cuanto devolver un índice de correlación de Pearson con atenuaciones más dependientes, similares a los postulados bibliográficos de lo mencionado en los capítulos del Marco Teórico de la investigación.

Por último, un fenómeno extenso por sí mismo y que requeriría su propio estudio centrado en ello es el del “contagio social”. Este apartado, es recopilado mediante las preguntas 13, 14 y 15 del CRA (Véase Anexos P y T para gráficas No. 17 y No. 18 respectivamente). En ellos es posible observar el comportamiento de los aprendizajes vicarios como resultado con algún tipo de interacción con alguna persona quien previamente se autolesionara. Sería imperante realizar una detección oportuna sobre el funcionamiento del contagio social sobre conductas de riesgo como las autolesivas sobre la población estudiantil adolescente, y como éstas están ligadas a la propagación del contagio de este tipo de conductas, generando así una problemática de salud pública a gran escala.

Referencias

Bibliográficas

- Balbi, E. Boggiani, E. Dolci, M & Rinaldi, G. (2013). *Adolescentes violentos; Con los otros, con ellos mismos*. Herder Editorial.
- Gergen, K. (2006). *El yo saturado; Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Ediciones Paidós Ibérica,
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill (6ta ed.).
- Mestre, J & Guil, R. (2012). *La regulación de las emociones. Una vía a la adaptación personal y social*. Ediciones Pirámide. (1º Ed.)
- Nardone, G. & Selekman, M. (2013). *Hartarse, vomitar, torturarse: La terapia en tiempo breve*. Herder Editorial.
- Papalia, D. Feldman, R. Martorell, G. (2012) *Desarrollo Humano*. McGraw-Hill/Interamericana editores.
- Watzlawick, P & Krieg, P. (1995). *El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo*. Editorial Gedisa.

Medios electrónicos

- Agüero, G. Medina, V. Obradovich, G. Berner, E. (2018). Comportamientos autolesivos en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Arch Argent Pediatr*. 116(6). 394-401. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.394>
- Aramendi, A. (2016). La regulación emocional en educación infantil: La importancia de su gestión a través de una propuesta de intervención educativa. [Tesis de grado. Universidad de Valladolid] Repositorio Institucional. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17470>

- Ato, E. Gonzáles, C. & Carranza, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de psicología*. 20(1). 69-79.
https://www.um.es/analesps/v20/v20_1/07-20_1.pdf
- Belli, S. Harré, R. Iñiguez, L. (2010). Emociones y Discurso: Una mirada a la narrativa científica de la construcción social del amor. *Primasocial* (4).
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3632596.pdf>
- Bleda, J. (2006) Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*. 7. 149-160,
<http://dx.doi.org/10.20932/barataria.v0i7.241>
- Calvo, R. Solórzano, G. Morales, C, Kassem, M. Codesal, R. Blanco, A. Gallego, L. T. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud* (25). 19-35.
<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original3.pdf>
- Casadó L. (S/a) Cuando de la herida emana lo que de la boca es silenciado: símbolos y significados de las prácticas autolesivas entre los jóvenes. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: De las teoría a las prácticas académicas y profesionales*. 51-61. <https://www.ankulegi.org/wp-content/uploads/2012/03/0204Casado-Marin.pdf>
- Coleman, D. (S/a) Inteligencia Emocional. *Kairós*.
[http://descargar.lelibros.online/Daniel%20Goleman/La%20Inteligencia%20Emocional%20\(60\)/La%20Inteligencia%20Emocional%20-%20Daniel%20Goleman.pdf](http://descargar.lelibros.online/Daniel%20Goleman/La%20Inteligencia%20Emocional%20(60)/La%20Inteligencia%20Emocional%20-%20Daniel%20Goleman.pdf)
- Diccionario Panhispánico de Dudas. (2005). Real Academia Española (1º ed.). Consultado el 16 de Abril de 2019. <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?key=termostato>

- de la Rosa-Gómez, A. Hernández-Posadas, A. Valencia, P. D. & Guajardo-Garcini, D. A. (2021). Análisis dimensional de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-15) en universitarios mexicanos. *Evaluar* 21(2). 80-97. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/download/34401/34776/118968>
- Fernández, A. M. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *EDUCAR*. 50(2). 445-466. <https://raco.cat/index.php/Educar/article/view/287063>
- Fernández, Y. (2020). Google Classroom. Qué es y cómo funciona. *Xataka*. Consultado el 5 de febrero. <https://www.xataka.com/basics/google-classroom-que-como-funciona>
- Flores, S. (2017). Cuting o cortes en la piel; Una práctica que habla. *Revista Electrónica Poiésis* (32), 94-100. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2302/1736>
- Flores-Soto, M. R. Cancino-Marentes, M. E. Figueroa, M. R. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44 (4), 200-216. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21458870016>
- Frías, A. Vázquez, M. Del Real. A. Sánchez, C & Giné, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes; prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. (103). 33-48. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4393274.pdf>
- Garrido-Rojas, Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38(3). 493-507. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n3/v38n3a04.pdf>

- Gómez, O. & Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Psicología*. 8(1). 96-117.
<https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/articloe/view/215/128>
- Güemes-Hidalgo, M. Ceñal, M. J. Hidalgo, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 21(4). 233-244.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- Hernández, C. E. & Carpio, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Revista ALERTA*, 2(1). 75-79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
- Hervás, G & Moral, G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. *Universidad Complutense de Madrid* (1º Ed.). <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Ibáñez-Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista de Psicología Clínica en niños y Adolescentes*. 4(1). 65-70.
<https://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-07.pdf>
- Laborda, L. A. (2020, 7 de octubre). El daño físico autoinfligido es socialmente contagioso entre adolescentes. *Radio Canadá Internacional*.
<https://www.rcinet.ca/es/2020/10/07/el-dano-fisico-autoinfligido-es-socialmente-contagioso-entre-adolescentes/>
- Marín, M. Robles, R. Gonzáles-Fortaleza, C. & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la regulación emocional” en español (DERS-E) para

- adolescentes mexicanos. *Revista Salud Mental*. 35(6). 521-526. <http://inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3506/sm3506521.pdf>
- Méndez, R. (2020) La estrategia virtual de la SEP ante la pandemia. *Redes de Tutoría*. Consultado el 12 de diciembre de 2021. <https://redesdetutoria.com/la-estrategia-virtual-de-la-sep-ante-la-pandemia/>
- Najar, A. (2011). Millones de menores mexicanos se autolesionan. *BBC Mundo*. Consultado el 15 de Agosto del 2021 del siguiente enlace: www.bbc.com/mundo/noticias/2011/09/110914_auto_lesiones_adolescentes_mexico_an
- Organización de las Naciones Unidas. (S/a). *Juventud*. Organización de las Naciones Unidas. Consultado el 15 de Diciembre del 2021 en: <https://www.un.org/es/global-issues/youth>
- Organización Mundial de la Salud. (2017, 16 de mayo). *Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse*. Organización Mundial de la Salud [Comunicado de prensa] Consultado el 09 de Abril de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>
- Ospina, M. L. Ulloa M. F. Ruiz M. F. (2019). Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Semergen*. 45(8). 546-541. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359319300784>
- UNICEF. (2011). La adolescencia; Una época de oportunidades. *Fondo de las naciones unidas para la infancia*. UNICEF Consultado el 05 de Abril de 2019.

https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf

UNICEF. (2012). La agenda de la infancia y la adolescencia 2012-2018. *Red por los derechos de la infancia en México*. UNICEF Consultado el 07 de Abril del 2019.

<https://www.unicef.org/mexico/spanish/10xinfanciatecnico.pdf>

UNICEF URUGUAY. (S/a). ¿Qué es la adolescencia? *UNICEF*. Consultado el día 15 de Diciembre de 2021 en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

Rodríguez, C. (2013) ¿Qué es una emoción? Teoría relacional de las emociones. Instituto de Terapia Relacional. *Clínica e Investigación Relacional y los autores*. 7(2). 348-372.

[https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2_2013/10-](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2_2013/10-Rodriguez-Sutil_Que-es-una-emocion_CeIR_V7N2.pdf)

[Rodriguez-Sutil_Que-es-una-emocion_CeIR_V7N2.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2_2013/10-Rodriguez-Sutil_Que-es-una-emocion_CeIR_V7N2.pdf)

Rendón, P. (2020) COVID-19: Educación en línea va más allá de dar clases por videoconferencia. *Ibero*. Consultado el 10 de Diciembre del 2021 en:

<https://ibero.mx/prensa/covid-19-educacion-en-linea-va-mas-alla-de-dar-clases-por-videoconferencia>

Secretaria de Salud (2015). La adolescencia es una etapa muy importante de la vida, que merece ser tratada aparte. *Gobierno de México*. Consultado el día 15 de Diciembre del

2021 en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>

Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 43(3). 201-209.

https://www.academia.edu/1526385/Regulaci%C3%B3n_emocional_y_psicopatolog%C3%ADa_el_modelo_de_vulnerabilidad_resiliencia

- Solis, M y Gómez-Peresmitré, G. (2020). Cuestionario de riesgo de autolesión (CRA): Propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. 6(1). 123-141.
<https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/206/562>
- Trujano, P. (2017). Síndrome de Cutting: su deconstrucción a través de terapias narrativas o postmodernas. Estudio de caso. *Revista Alternativas en Psicología*.
<https://www.alternativas.me/attachments/article/146/05%20-%20S%C3%ADndrome%20de%20cutting.pdf>

ANEXOS

Anexo A.

Oficio de solicitud para la aplicación de instrumentos



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA VERA CRUZ**
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA PLAN DE ESTUDIOS 2008
Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011
Clave de Incorporación UNAM 8967-25

SUR 31 N° 272 TEL: 01.272.724.26.24/4.03.92 ORIZABA, VER.

Orizaba; Ver. A 7 de diciembre 2021

IESV/PSIC/054/2021

Asunto: Solicitud de aplicación.

LIC. VIRGINIA TEPOLE AMADOR
DIRECTORA
INSTITUTO GUADALUPE.
CLAVE DE INCORPORACIÓN 30PBH0019K

La que suscribe Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez Girón, directora técnica de la licenciatura en Psicología, tiene a bien solicitar a ud. su apoyo para que el C. Mario Rafael García Pérez, egresado de la licenciatura en psicología, aplique los siguientes instrumentos: Dificultades en la Regulación Emocional (DER-S) y Cuestionario de Riesgo de Autolesión, (CRA) de manera digital mediante la Plataforma Google Classroom a los alumnos de bachillerato, de este instituto que usted dignamente dirige. Las pruebas estarán disponibles a partir del 10 de diciembre y se cerrarán 24 horas después.

Estos instrumentos tienen como objetivo "Observar la relación entre una deficiente regulación emocional y la aparición de conducta autolesivas.

Los resultados obtenidos y la interpretación, forman parte de la metodología, planteada para la tesis del egresado antes citado, la cual lleva como título "Relación de la regulación emocional en adolescentes con autolesión"

Sin más por el momento, agradezco la atención al presente, esperando tener una respuesta favorable a la petición descrita.

Quedo a sus órdenes ante cualquier comentario.



Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez Girón
Directora Técnica.



Anexo B.

Instrumento “Dificultades en la Regulación Emocional en Español” (DERS-E).

DERS-Español

INSTRUCCIONES: *Por favor, indica que tan frecuentemente te pasa lo siguiente en el último mes, marcando con una X en la parte derecha de cada frase la respuesta que corresponda, puedes tomar en cuenta que cada respuesta tiene el siguiente significado:*

Casi nunca (0-10%)	Algunas cosas (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)
-----------------------	---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

¿Qué tan seguido te pasa esto en el último mes?	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Tengo claros mis sentimientos.					
2. Pongo atención a como me siento					
3. Mis sentimientos me sobrepasan y estan fuera de control					
4. No tengo idea de como me siento					
5. Me cuesta trabajo entender por que me siento como me siento					
6. Le hago caso a mis sentimientos					
7. Se exactamente como me siento					
8. Estoy confundid@ por como me siento					
Para contestar todas las frases siguientes piensa en las ocasiones en que te has sentido mal en el ultimo mes. <u>Cuando me siento mal yo:</u>	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
9. Puedo reconocer como me siento					
10. Me enojo conmigo mismo por sentirme de esa manera					
11. Me cuesta trabajo hacer mis deberes					
12. Creo que así me sentire por mucho tiempo					
13. Me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas					
14. Siento que soy débil					
15. Me siento culpable por sentirme de esa manera					
16. Me cuesta trabajo concentrarme					
17. Me cuesta trabajo controlar lo que hago					
18. Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor					
19. Me molesto conmigo mismo por sentarme de esa manera					
20. Me empiezo a sentir mal conmigo mismo					
21. Creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por cómo me siento					
22. Pierdo el control de como me porto					
23. Se me dificulta pensar en algo mas					
24. Me toma mucho tiempo sentirme mejor					

Calificación: _____

Puntuacion	Diagnostico
0-8	Ausente
9-16	Mínimo
17-26	Leve
27-44	Moderado
45-51	Severo
52+	Muy severo

Nota. Debido a variables externas a la investigación, esta prueba fue digitalizada y aplicada a la población del estudio mediante la plataforma educativa “Google Classroom”. Cuestionario disponible en la siguiente liga: https://docs.google.com/forms/d/1RfaVoGPXIz7SV5DskuWrRP7X9HK-xPZh_Wv85i8-f8M/edit

Anexo C.

Instrumento de Riesgo en Autolesión (CRA)

Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA) (Solís & Gómez-Peresmitré, 2020)

Instrucciones: Lee con cuidado cada una de las preguntas y opciones de respuesta que aparecen abajo y marca con una X aquella que más se aproxime a tu manera de ser o de pensar. Te invitamos a responder lo más honestamente posible recordando que con tu apoyo se obtendrá más información sobre el tema que trata y cuyo propósito es contribuir a mejorar la calidad de vida de jóvenes como tú.

PREGUNTA	RESPUESTAS
1. ¿Alguna vez has pensado lastimarte a propósito (cortarte o marcarte la piel, golpearte...)?	Si () No ()
2. ¿Alguna vez trataste de lastimarte pero te arrepentiste justo antes de hacerlo?	Si () No ()
3. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito?	Si () No () * Si tu respuesta fue No aquí acaba el cuestionario.
4. ¿Cuántos años tenías la primera vez que lo hiciste?	Tenia ____ años.
5. ¿Cuándo fue la última vez que lo hiciste?	Hoy () Esta semana () Este mes () Hace seis meses () Este año () Hace más de un año ()
6. ¿Qué tan seguido te has lastimado en el último mes?	0 veces () 1 a 3 veces () 4 a 6 veces () Más de 6 veces ()
7. ¿Qué tan seguido te has lastimado en los últimos seis meses?	0 veces () 1 a 3 veces () 4 a 6 veces () Más de 6 veces en los últimos seis meses ()
8. ¿Qué tan seguido te has lastimado en el último año?	0 veces () 5 veces en el último año () Más de 5 veces en el último año ()
9. ¿Cuándo te has lastimado lo has hecho con la intención de quitarte la vida?	Nunca() Alguna vez() Frecuentemente() Siempre()
10. ¿Qué tan probable es que te vuelvas a lastimar?	Nada() Un poco() Regular() Bastante() Mucho()
11. ¿Qué tanto quisieras volver a lastimarte?	Nada() Un poco() Regular() Bastante() Mucho()
12. ¿Qué tan difícil es dejar de lastimarte?	Nada() Un poco() Regular() Bastante() Mucho()
13. ¿Antes de lastimarte te enteraste de alguien más que lo hiciera?	Si () No ()
14. ¿Antes de lastimarte viste que alguien lo hiciera?	Si () No ()

15. ¿Alguien te sugirió lastimarte?	Nadie () Un compañero () Un amigo () Un familiar ()
16. ¿Cómo te has lastimado? *Puedes marcar más de una opción.	Cortadas () Marcando o rayando la piel () Rascando cicatrices () Golpeándome a propósito () Otra forma: _____
17. Cuando te has lastimado crees que lo has hecho por: *Puedes marcar más de una opción.	a)Tratar de sentirme mejor () b)Distraerme de lo que me está molestando () c)Llamar la atención () d)Por presión de compañeros () e)Por experimentación (saber qué se sentía) () f)Por soledad () g)Por tristeza () h)Por ansiedad/nervios () i)Por enojo () j)Otra: _____

Nota. Debido a variables externas a la investigación, esta prueba fue digitalizada y aplicada a la población del estudio mediante la plataforma educativa “Google Classroom”. Cuestionario disponible en la [siguiente liga:](https://docs.google.com/forms/d/1PJWdD9KpbOkv28WVKKscBTcMZc3sYxIVUM02Y5lcfMw/edit)

Anexo D.

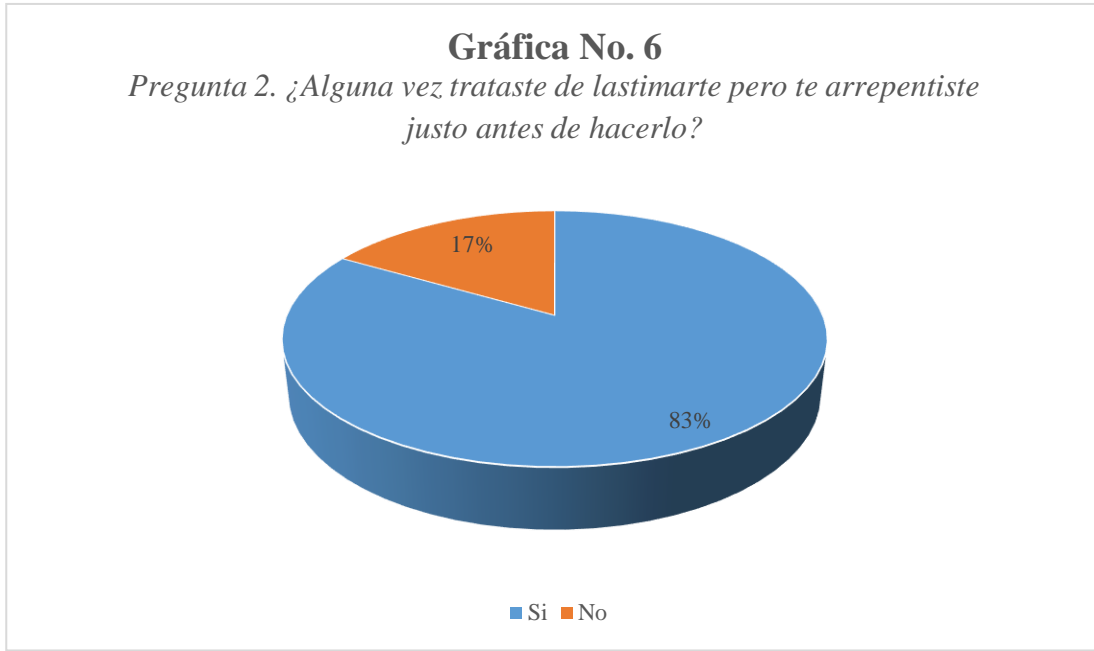
Gráfica No. 5. Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito (cortarte o marcarte la piel, golpearte...)?



La gráfica No. 5 hace alusión a la formulación y presencia de la intención suicida en algún momento de la vida del respondiente. Con esto, la pregunta pretende conocer si ha habido evidencia sobre la intención de lastimarse a propósito sin haber consolidado el acto. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo E

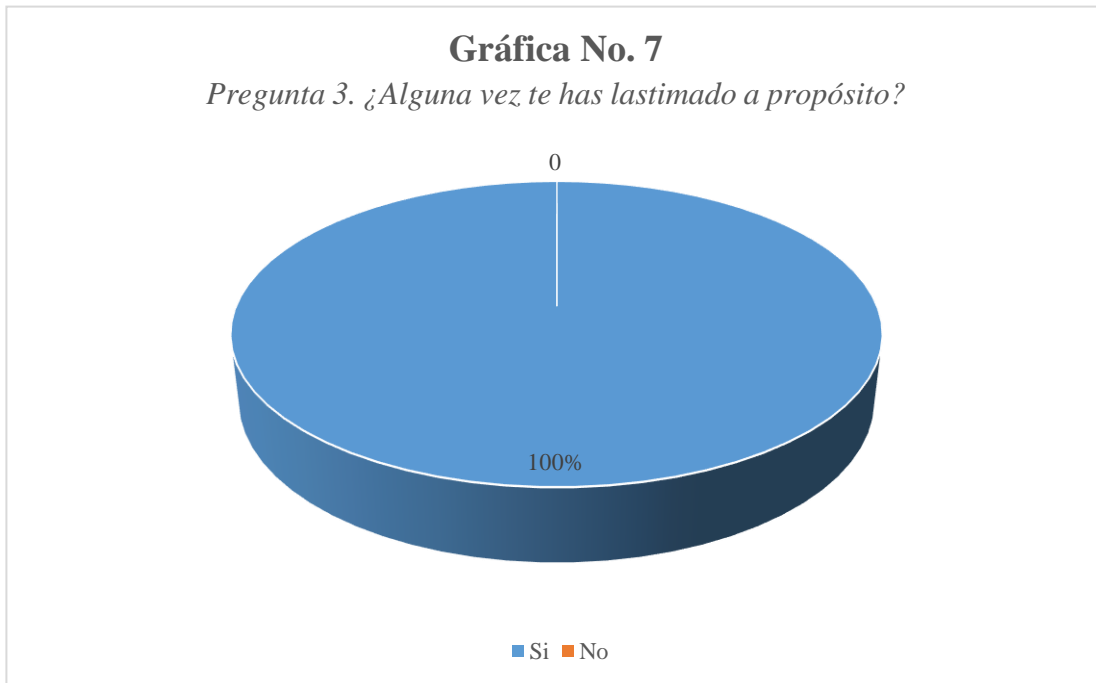
Gráfica No. 6. Pregunta 2. ¿Alguna vez trataste de lastimarte pero te arrepentiste justo antes de hacerlo?



La gráfica No. 6 representa los intentos de realizar comportamientos autolesivos sin completarlos, específicamente, por arrepentimiento. Permite conocer el grado de intencionalidad de los respondientes ante el autolesionarse, aunque sin dejar claros los motivos por los cuales se han arrepentido de realizarlo. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo F.

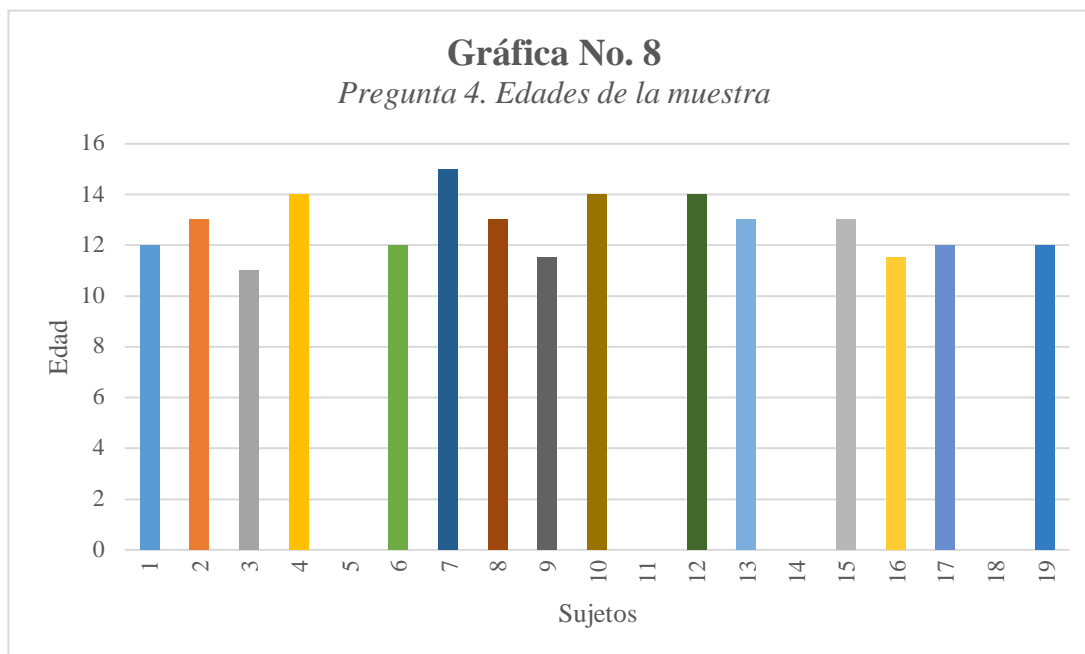
Gráfica No. 7. Pregunta 3. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito?



La pregunta de la gráfica No. 7 fue la encargada de discriminar a los sujetos examinados mediante el criterio de inclusión sobre haberse manifestado conductas autolesivas e incluirlas a la muestra de la población original y habla acerca de la manifiesta intención del sujeto sobre haberse autolesionado. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo G.

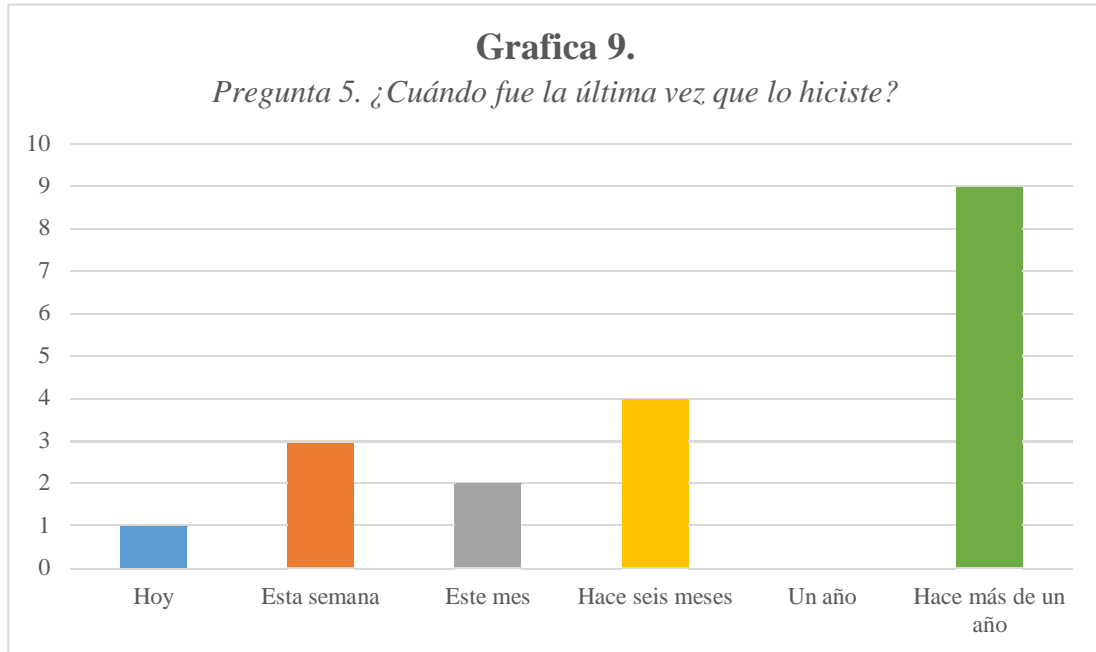
Gráfica No. 8. Pregunta 4. Edades de la muestra.



La gráfica No. 8 nos permite observar las edades de los sujetos de la muestra que respondieron a las edades del primer acto autolesivo. En ella podemos observar que los sujetos no. 5, 11, 14 y 18 omitieron responder sus edades donde iniciaron a autolesionarse. Sin embargo, es posible obtener un promedio de 12 años y nueve meses del resto de los sujetos considerados (15 sujetos), comprendiendo tres años y medio entre los 11 años, seis meses de los miembros más jóvenes de la muestra en realizarlo hasta los 15 años del participante más grande. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo H.

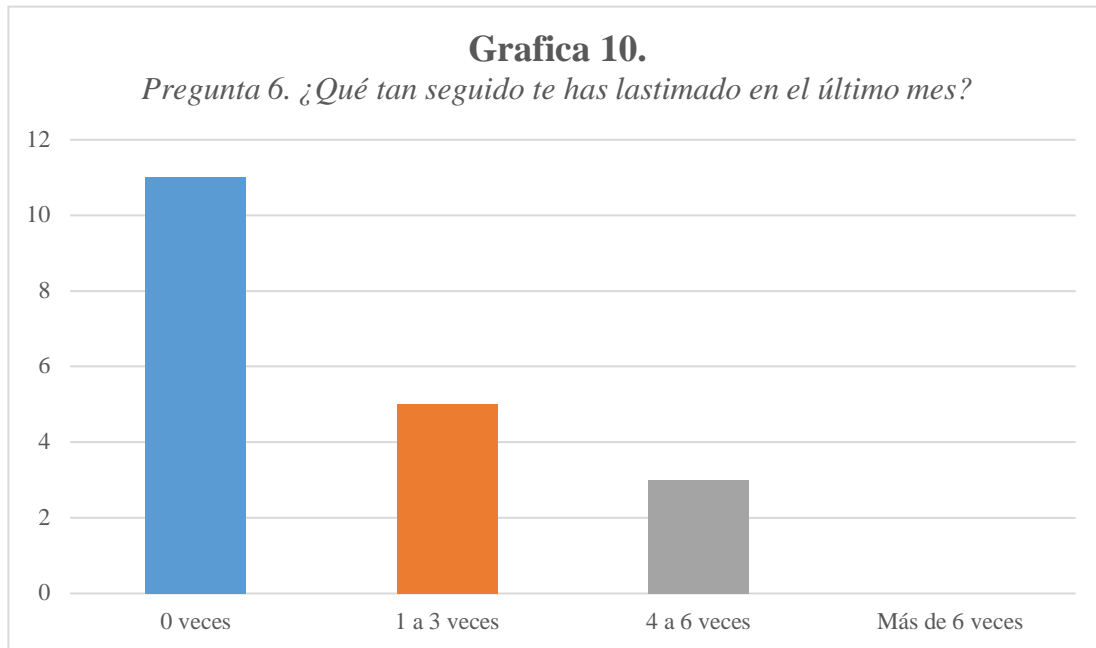
Gráfica No. 9. Pregunta 5. ¿Cuándo fue la última vez que lo hiciste?



La pregunta 5 enumerada en la Gráfica No. 9 hace referencia a la temporalidad sobre la última ejecución de la conducta autolesiva, considerando desde el día en el que ha sido contestada esta pregunta hasta más de un año de antigüedad, permitiendo observar que tan reciente ha sido manifestada la autolesión en el sujeto. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo I.

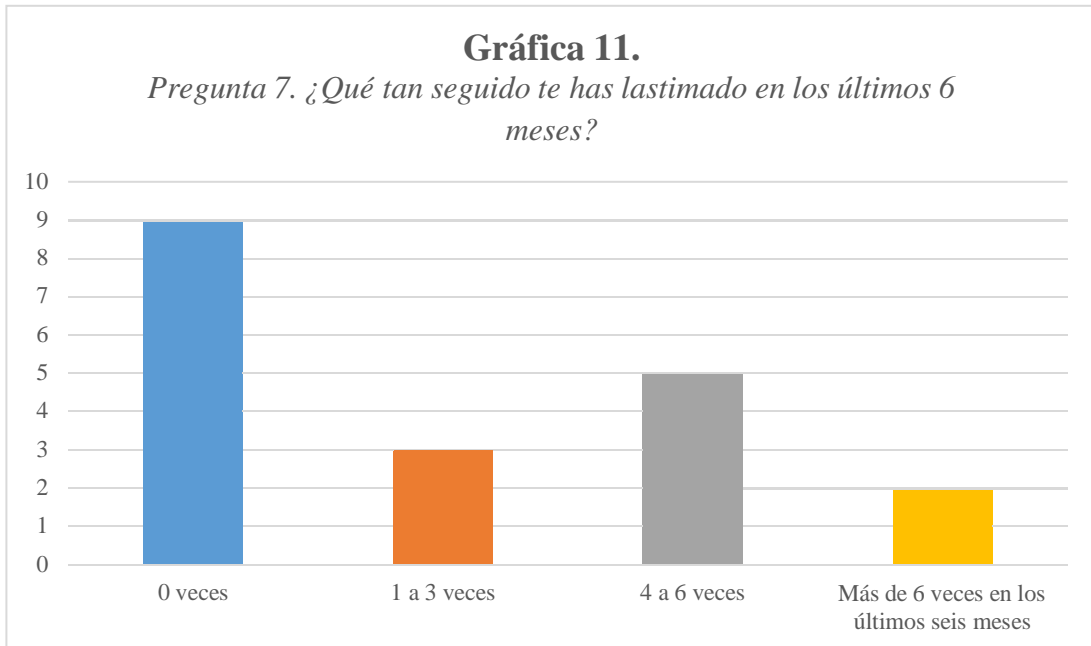
Gráfica No. 10. ¿Qué tan seguido te has lastimado en el último mes?



La representación gráfica de la pregunta 6 nos permite dilucidar la frecuencia en la que en el último mes ha sido realizada la conducta autolesiva por los sujetos de la muestra. Siendo la mínima frecuencia “0” y la máxima “6 o más”. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo J.

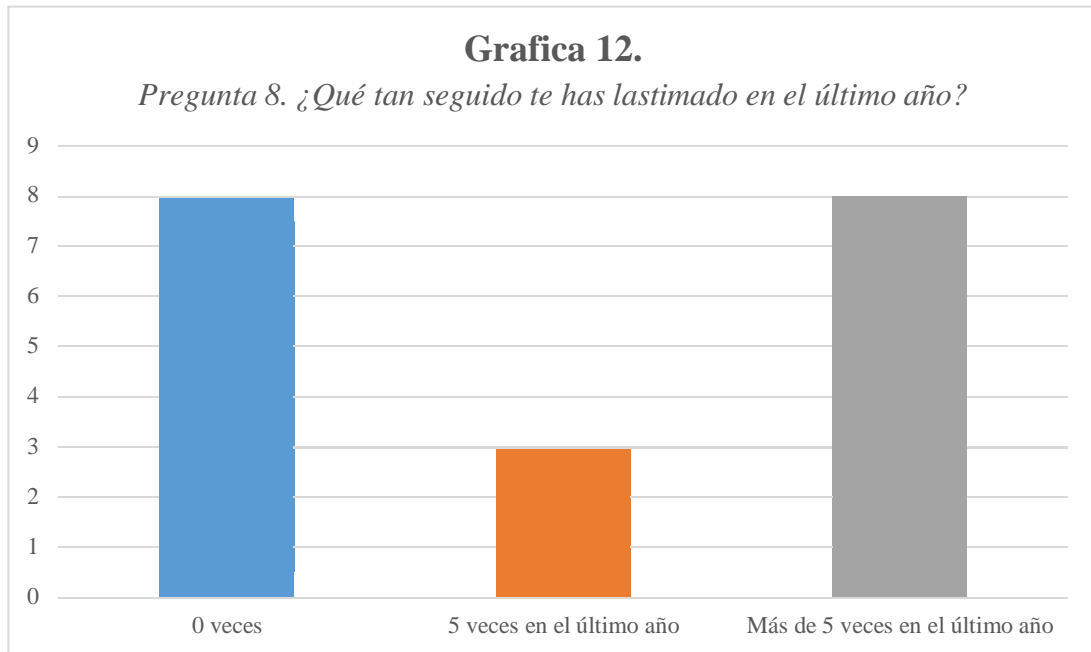
Gráfica No. 11. Pregunta 7. ¿Qué tan seguido te has lastimado en los últimos 6 meses?



Del mismo modo que en la pregunta 7, la gráfica No. 11 hace referencia a la frecuencia en la realización de la conducta autolesiva, con la excepción de que en este reactivo se mide su realización en los últimos seis meses. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo K.

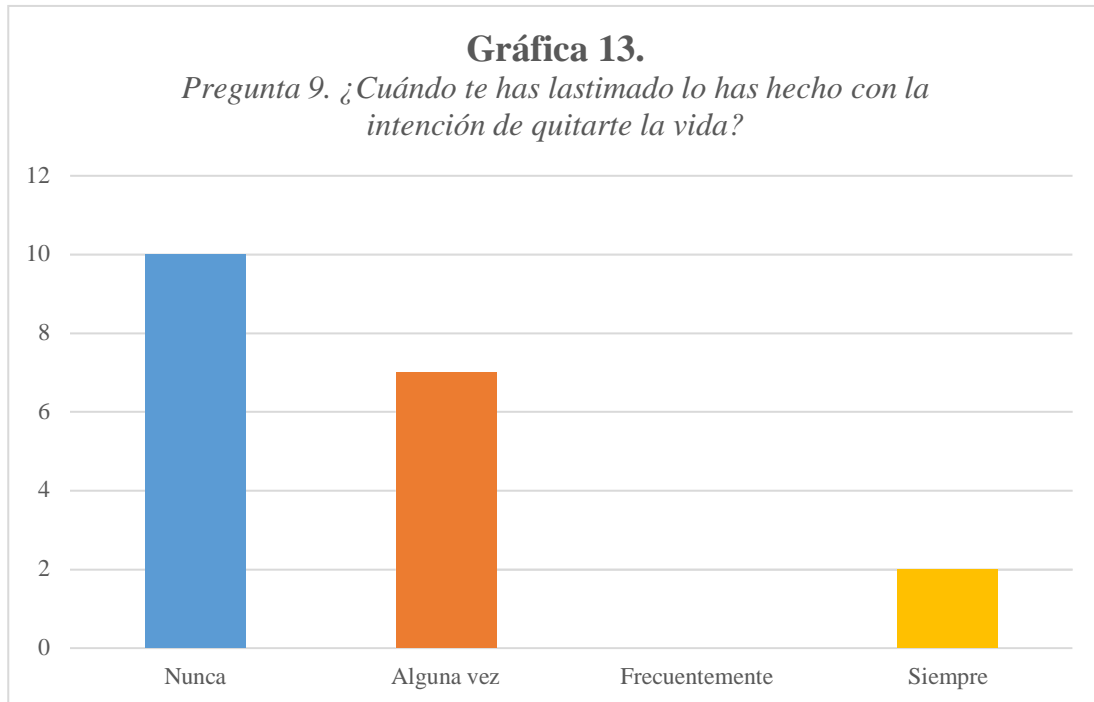
Gráfica No. 12. Pregunta 8. ¿Qué tan seguido te has lastimado en el último año?



Al igual que en las últimas dos gráficas, la pregunta 8 nos plantea la frecuencia en la que se ha realizado la conducta autolesiva al cabo del último año, en un plano de “0 veces”, “5 veces” y “Más de 5 veces”. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo L.

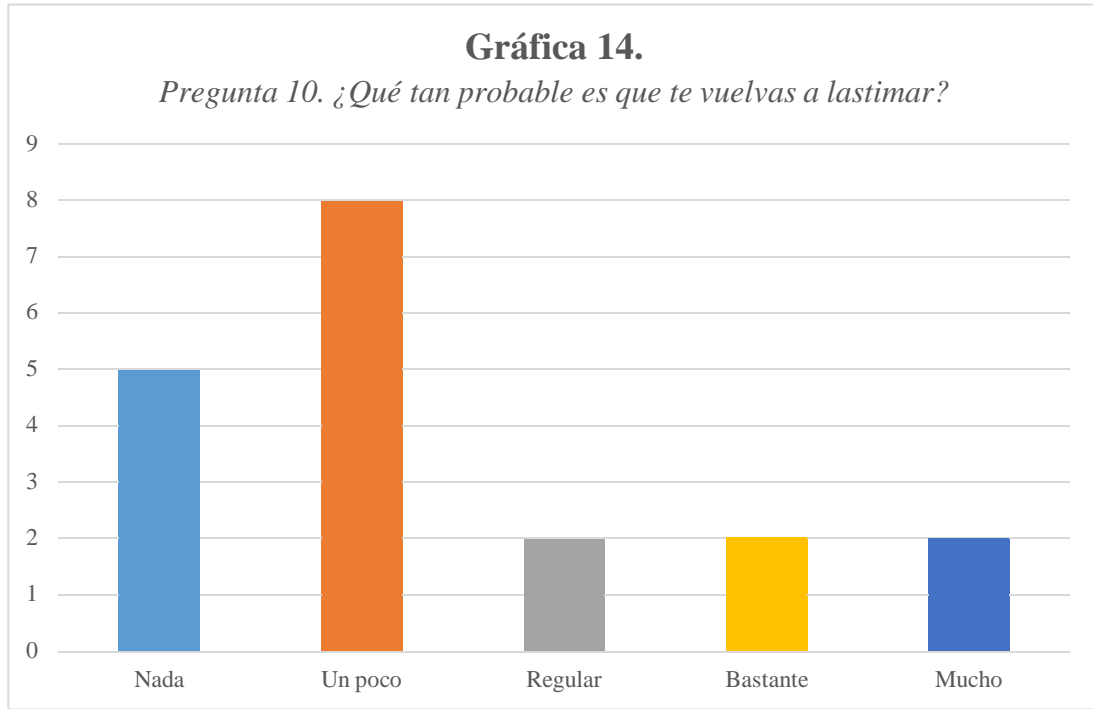
Gráfica No. 13. Pregunta 9. ¿Cuándo te has lastimado lo has hecho con la intención de quitarte la vida?



La gráfica No. 13 hace referencia a la intencionalidad suicida aunada a la realización de la conducta autolesiva. Esta pregunta es fundamental para entender si la persona no solo se ha autolesionado, si no si lo ha realizado pensando en quitarse la vida, aunque los motivos que lo impidieron son desconocidos. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo M.

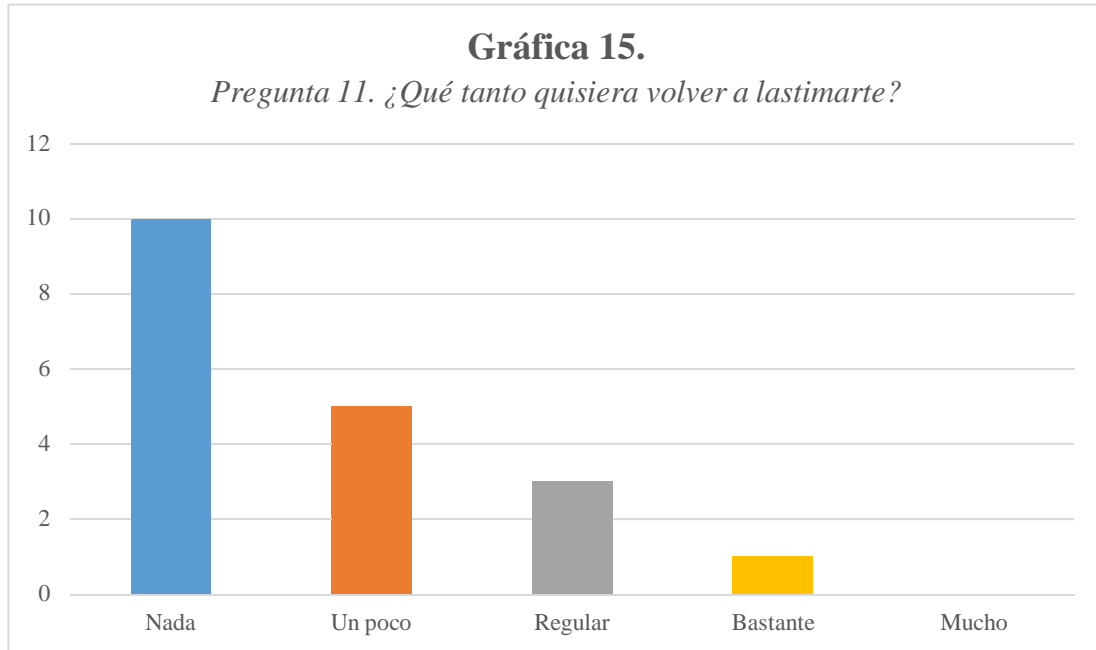
Gráfica No. 14. Pregunta 10. ¿Qué tan probable es que te vuelvas a lastimar?



La pregunta 10 de la gráfica No. 14 refiere, sobre el mismo parámetro de intencionalidad, sobre la probabilidad del sujeto examinado sobre volver a repetir la conducta autolesiva en el futuro, marcando la pauta para entender el grado de efectividad que tuvo el uso de la autolesión como estrategia para afrontar el proceso de activación emocional y manejarlo (Hervás & Moral, 2017). Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo N.

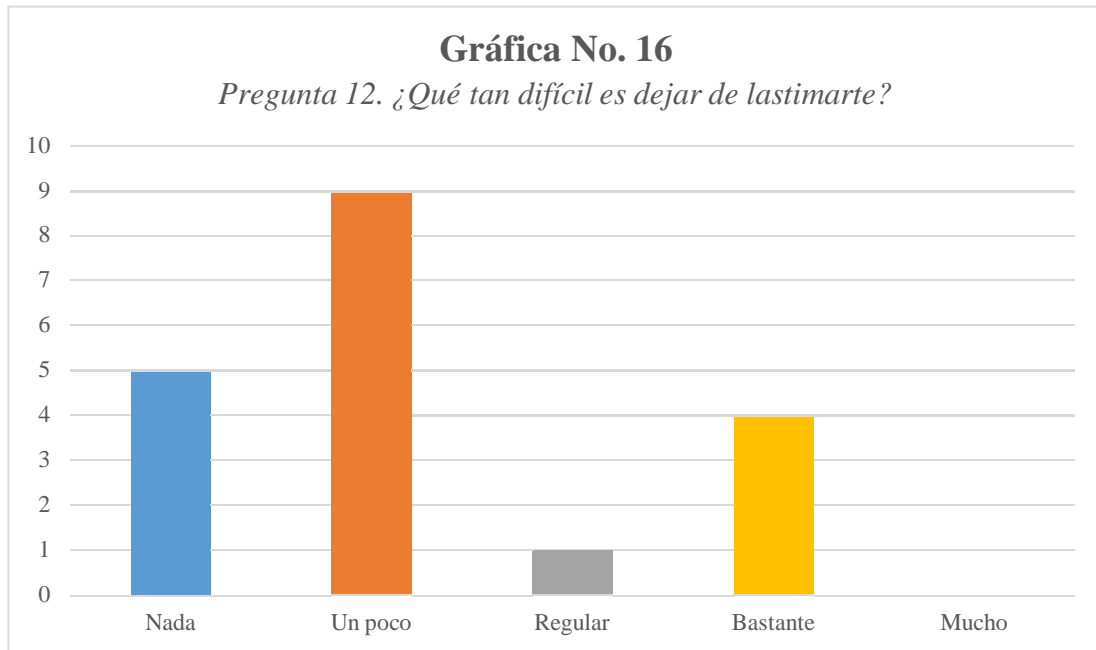
Gráfica No. 15. Pregunta 11. ¿Qué tanto quisiera volver a lastimarte?



Gráfica referente a la pregunta 11 que muestra la intencionalidad sobre querer repetir el autolesionarse en diferentes grados de intensidad dividido en escalas tipo Likert. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo O.

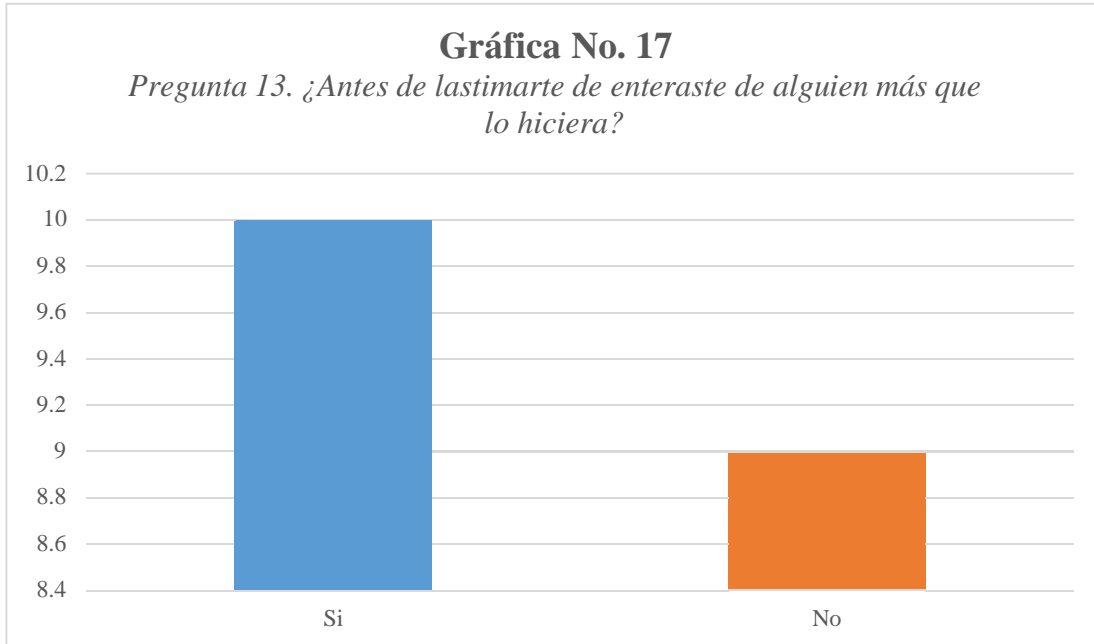
Gráfica No. 16. Pregunta 12. ¿Qué tan difícil es dejar de lastimarte?



Culminando con la última pregunta destinada al tema de la intencionalidad, el ítem 12 hace referencia a la dificultad de los sujetos de la muestra a dejar de realizar la conducta autolesiva. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo P.

Gráfica No. 17. Pregunta 13. ¿Antes de lastimarte de enteraste de alguien más que lo hiciera?

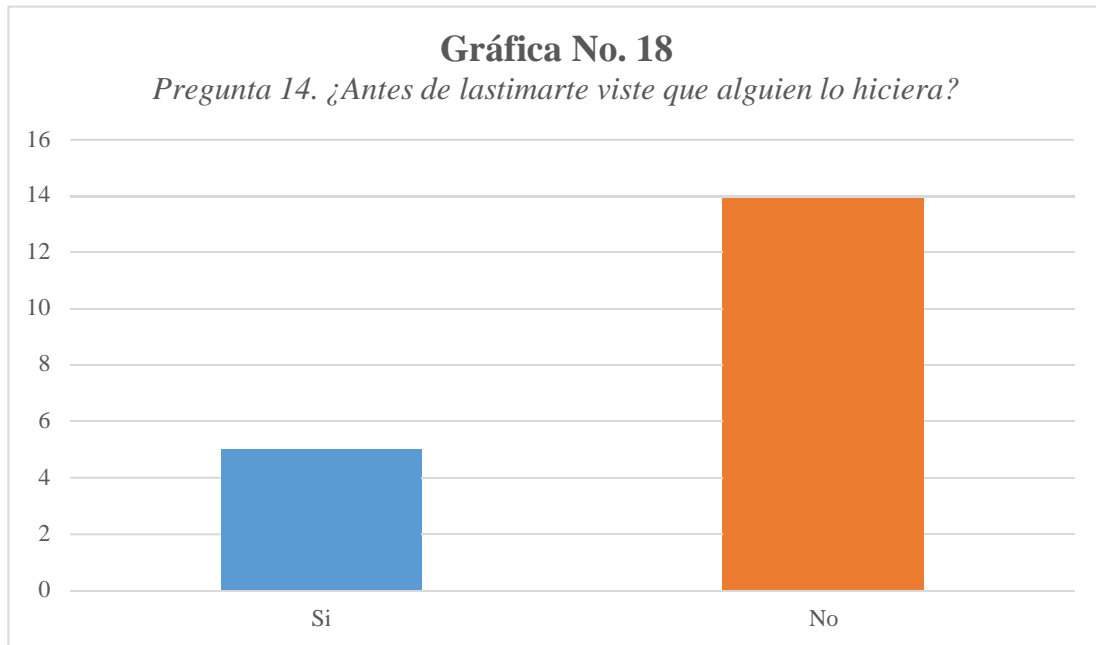


Respecto al apartado del contagio social, la pregunta 13 refiere a quien la respuesta sobre el conocimiento que este tenía sobre otras personas que se autolesionaran.

Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).

Anexo Q.

Gráfica No. 18. Pregunta 14. ¿Antes de lastimarte viste que alguien lo hiciera?



Ante el mismo tema del contagio social, en la pregunta 14 de la gráfica No. 18 se pregunta sobre si el respondiente ha visto a otra persona realizar una conducta autolesiva antes de haberla realizado el mismo. Fuente: Cuestionario de Riesgo en Autolesión (CRA).