



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Desregulación emocional e impulsividad asociadas a las  
autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima  
Metropolitana

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Licenciado en Psicología**

**AUTORES:**

Pari Roque, Kihara Yahaira (orcid.org/:0000-0002-9685-8364)

Sanchez Del Pozo, Wilmer Julio (orcid.org/:0000-0001-6435-6522)

**ASESOR:**

Mg. Olivas Ugarte, Lincol Orlando (orcid.org/: 0000-0001-7781-7105)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Violencia

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA-PERÚ

2022

## Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a nuestras familias, quienes nos han brindado el soporte emocional y económico para no rendirnos hasta lograr nuestros objetivos propuestos.

### Agradecimiento

Estamos agradecidos con Dios por brindarnos fortaleza y sabiduría en esta bonita y difícil etapa. A nuestro asesor de asignatura, el Mg. Lincol Orlando Olivas Ugarte, por guiarnos con su amplia experiencia, paciencia y dominio en su especialidad, lo que nos permitió culminar con éxito esta investigación. Agradecemos también el apoyo de nuestras amistades que fueron parte del proceso de este trabajo.

## Índice de contenido

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	7
III. METODOLOGÍA	22
3.1. Tipo y diseño de investigación	22
3.2. Variables y operacionalización	22
3.3. Población, muestra y muestreo	24
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.5. Procedimientos	28
3.6. Método de análisis de datos	29
3.7. Aspectos éticos	31
IV. RESULTADOS	32
V. DISCUSIÓN	39
VI. CONCLUSIONES	45
VII. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	47
ANEXOS	69

## Índice de tablas

	pág.
Tabla 1. Distribución de la muestra	26
Tabla 2. Niveles de autolesiones sin intención suicida	32
Tabla 3. Niveles de desregulación emocional	32
Tabla 4. Niveles de impulsividad en adolescentes de Lima Metropolitana	33
Tabla 5. Prueba de normalidad K-S para las variables de estudio	34
Tabla 6. Resultados del modelo estructural de las autolesiones sin intención suicida	35
Tabla 7. índices de ajuste del modelo estructural sobre la desregulación emocional e impulsividad asociada a las autolesiones sin intención suicida.	35
Tabla 8. Relación entre desregulación emocional y autolesiones sin intención suicida	37
Tabla 9. Relación entre impulsividad y autolesiones sin intención suicida	37
Tabla 10. Relación entre desregulación emocional e impulsividad	38

## Índice de gráficos y figuras

Figura 1.	Estimación de la capacidad explicativa en el modelo para la desregulación emocional e impulsividad asociadas a la autolesión sin intención suicida.	pág. 34
-----------	---	------------

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo general establecer la capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida. Este fue de diseño no experimental, con corte transversal y de nivel correlacional-explicativo. Asimismo, la muestra estuvo conformada por 624 adolescentes de 12 a 17 años de edad, [M = 1.5; DE = 0.5; V = 50.3 % y M = 49.7%]. Se utilizaron tres escalas para medir cada variable, la escala DERS –SF para desregulación emocional, una escala *ad hoc* llamada ECI-R para medir impulsividad, y la Cédula de autolesiones basada en el DSM-5 para medir la variable principal. El resultado que más destacó fue que, la capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida, tuvo un efecto mediano  $r^2 = .12$  (Cohen, 1988). En futuros estudios, se recomienda a los investigadores que se profundice este, a través de un modelo SEM más complejo, por la necesidad exploratoria que aún tienen las variables que pudieran explicar mejor las autolesiones sin intención suicida (ASIS) aparte de la impulsividad, ya confirmada por este trabajo.

**Palabras clave:** Autolesiones sin intención suicida, desregulación emocional, impulsividad, adolescentes

## Abstract

The general objective of this study was to establish the joint explanatory capacity of emotional dysregulation and impulsivity on the variability of self-harm without suicidal intent. This was a non-experimental design, with a cross-sectional and correlational-explanatory level. Likewise, the sample consisted of 624 adolescents from 12 to 17 years of age, [ $M = 1.5$ ;  $SD = 0.5$ ;  $V = 50.3\%$  and  $M = 49.7\%$ ]. Three scales were used to measure each variable, the DERS-SF scale for emotional dysregulation, an ad hoc scale called ECI-R to measure impulsivity, and the DSM-5-based Self-Harm Score to measure the main variable. The most outstanding result was that the joint explanatory capacity of emotional dysregulation and impulsivity on the variability of self-harm without suicidal intent had a median effect of  $r^2 = .12$  (Cohen, 1988). In future studies, researchers are recommended to deepen this, through a more complex SEM model, due to the exploratory need that variables that could better explain self-injury without suicidal intent (ASIS) apart from impulsivity still have, since confirmed by this work.

**Keywords:** Self-harm without suicidal intent, emotional dysregulation, impulsivity, adolescents.



## I. INTRODUCCIÓN

La práctica de las conductas autolesivas se ha considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que es un factor de riesgo que eleva en un 50% la posibilidad de cometer suicidio (Beckman et al., 2016; Fen et al., 2013). En estudios diversos a comunidades, realizadas a la población general, se encontró que el 13% al 29% de los adolescentes y el 4% al 6% de los adultos ha presentado conductas autolesivas al menos una vez en su vida (Villarroel et al., 2013). Asimismo, es una realidad que en la actualidad se esté utilizando hasta las plataformas virtuales para publicar información sobre métodos de cómo practicar las autolesiones (Picazo-Zappino, 2014).

El ser humano cruza por distintos ciclos de vida, y es en la adolescencia que pasa por una etapa de transición y experimenta cambios físicos, emocionales y sociales (Viejo y Ortega, 2015). Asimismo, se considera a la autolesión como un daño autoinfligido voluntario por diversas causas, como traumas emocionales o la incorrecta forma de expresar las emociones (Sanchez, 2017; Gonzales et al., 2016; Luna, 2012). Por ello, se estima que 62 000 adolescentes murieron en el 2016 a causa de las autolesiones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Además, la edad promedio para llevar a cabo este tipo de conductas es de 12 y 13 años (Zetterqvist, 2015; MacAniff y Kiselica, 2001).

En forma general las autolesiones se pueden clasificar en dos grandes categorías, la primera refiere a las autolesiones sin intención suicida (ASIS) y la segunda a las autolesiones con clara intención de muerte (Campo, 2022). Cabe resaltar que las autolesiones no necesariamente están relacionadas al suicidio. (Sánchez, 2018; Chapman et al., 2006; Kumar et al., 2004). Sin embargo, las ASIS también son denominadas conductas parasuicidas (Quinteros et al, 2021; Soto et al., 2020; Kreitman, 1977, citado en Lozano et al., 2004), si bien ambos parecen ser lo mismo, la clave estaría en la ideación suicida previa o expectativa de muerte (Campo, 2022; Nieto et al., 2018), la cual forma parte de un continuo antes de llegar al suicidio consumado (Miranda et al., 2009). De ahí que la confusión se resuelva en función de la finalidad que persiga el adolescente para sí: vivir o morir.

De tal manera que, el objetivo de la autolesión sin intención suicida es compensar sentimientos negativos (Quinteros et al., 2021). Por otro lado, el parasuicidio busca de forma implícita o explícita la muerte recayendo en el marco del suicidio (Cañón y Carmona, 2018; Miranda, 2009). Por ello, ya debería ser catalogado únicamente como intento suicida (Rangel y Jurado, 2022), dado que fue creado en 1969 por el psiquiatra inglés Norman Kreitman para nombrar a la autolesión sin final letal de esa época (Lozano et al., 2004). Tal término, ya no se ajusta a la actualidad, debido a que la investigación científica se ha quintuplicado desde 1990 (Ibáñez, 2017; Díaz et al., 2013), permitiendo hacer la distinción entre las conductas autolesivas sin y con intención suicida.

Sin embargo, la autolesión sistemática podría dar un indicador de alto riesgo para llegar a la muerte (Quinteros et al., 2021). Puesto que, causa la destrucción intencional del tejido de la piel (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5], 2014). En consecuencia, es una preocupación actual de los investigadores y que pone en riesgo la salud mental de los adolescentes (Mollá et al., 2015). Debido a ello, se está estudiando no solo en el área hospitalaria, sino también en población no clínica (Casillas, 2020; Sarmiento et al., 2019). Sin embargo, son escasos los trabajos sobre conductas autolesivas en menores de edad (Fleta, 2017). Por ende, la United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], (2019) manifestó que se reunieron con varios expertos a nivel mundial para crear planes urgentes e innovadores frente a esta amenaza creciente.

A pesar de ello, se puede destacar las siguientes investigaciones como la de Madge et al. (2011), quienes evaluaron a 30.000 adolescentes, encontrando que las autolesiones están vinculadas a sintomatología de ansiedad, depresión, impulsividad y contextos de estrés. Lo cual pudo haber aumentado, ya que la pandemia elevó los síntomas de estos trastornos, y los que ya tenían un diagnóstico agravaron (Reynoso, 2022).

En tanto que, en Europa, el 27.6% de los adolescentes manifiestan haberse lesionado al menos una vez en su vida, presentando diferencias entre países: desde Hungría con un 17.1% hasta Francia con un 38.7%, y el 7.8% haberlo realizado de manera recurrente (Vega et al., 2018). Del mismo modo, Calvete et al.

(2015), en España, reportaron que el 32.2% de 1864 adolescentes habían cometido autolesiones graves y un 55.6% autolesiones en general, esto sin tener la intención de terminar con su vida. Esto deja entrever que, a pesar del pasar de los años, este tipo de conductas siguen vigentes.

En Estados Unidos de Norteamérica en un estudio realizado por Lloyd-Richardson et al. (2007), en estudiantes de secundaria, señalaron que, de un total de 633 alumnos, el 46.5 % se habían autolesionado. Por otro lado, en un estudio realizado por Mayer et al. (2016) en México, encontraron que, de un total de 804 adolescentes, el 27.9% practicaban autolesiones sin tener intención suicida, mientras que un 22% si presentaban esta. En definitiva, estos datos resaltan el panorama negativo que se avizora si no se intervienen estas conductas autolesivas en sus etapas más tempranas.

En Sudamérica, también se están encontrando casos de estas conductas, por ejemplo, en Chile, Leiva y Concha (2019) reportaron en su estudio que, de 186 adolescentes, el 22.7% practicaron autolesiones no suicidas, de este porcentaje el 77.3% pertenecen a mujeres. Así también, Obando et al. (2018) concluyeron en su estudio realizado en Colombia que, de un total de 1517 alumnos, el 46% presentó algún tipo de conductas autolesivas, y los métodos más usados son los pellizcos (27%), mordiscos (26.4%), cortes (22.1%), golpes (17%), rasguños (14.4%).

A nivel nacional, Gallegos et al. (2018), hicieron un estudio en Arequipa y obtuvieron como resultado que, el 34.9% de 997 adolescentes tenían pensamientos relacionados a autolesiones, mientras que un 27.9% ha llevado a cabo autolesiones en algún momento de su vida y/o lo continúa haciendo. De igual manera, en Lima Este, Cabrera (2021), pudo identificar que de 459 adolescentes de 12 a 17 años el 29.8% presenta pensamientos autolesivos, el 23.3% pensamientos suicidas y el 19.8% presentó conductas autolesivas. De ahí la necesidad imperativa de atender a esta población, sobre todo durante la adolescencia temprana, que es cuando inician este tipo de conductas (Ospina et al., 2019).

Desde la historia se evidencia que desde mediados del siglo XX se vienen estudiando las conductas autolesivas sin intención suicida, pero siempre asociadas a la sintomatología de un trastorno específico (Castro, 2014; Sweeny y

Zamecnik, 1981; Kushner, 1967). Aunque en 1970, en Gran Bretaña, varios teóricos buscaron independizar la autolesión (Flores et al., 2018), y no fue sino hasta el 2014 cuando el DSM-5 lo separó de otros trastornos, dejándolo como una afección que requería mayor estudio.

Esta investigación resulta ser importante, por tratar un tema que afecta no solo a nivel físico sino también psicológico a la población adolescente (Flores et al., 2018; Sanchez, 2017). Debido a ello, es que se realizó una revisión sistemática de los últimos diez años, con el fin de identificar principalmente los instrumentos con apropiadas evidencias de validez, confiabilidad y equidad para medir autolesión sin intención suicida, así como las variables relacionadas y factores asociados a partir de una revisión de literatura científica en lengua española.

En cuanto a las variables halladas más correlacionadas con las autolesiones sin intención suicida, se tiene a la depresión que es la característica psicopatológica más asociada a este tipo de conductas (Frías et al., 2012). Luego se tiene a la ansiedad siendo una sintomatología relacionada a motivos de consulta para las autolesiones en atención médica después de la variable depresión (Ulloa et al., 2013). De tal forma que estas dos primeras variables serían más retrospectivas, ya que se reportan mayormente cuando las ASIS ya están claramente instauradas (Marín et al., 2021), por lo que las variables que se mencionan a continuación son según la literatura las más adecuadas a la hora de buscar prevenir tales conductas desadaptativas, dado su naturaleza prospectiva para con esta afección clínica.

La regulación emocional es el conjunto de mecanismos que utiliza una persona para influir en su emoción cuando esta aparece, y particularmente en la forma en cómo se siente y lo expresa (Gross, 1998). Además, es un proceso intrínseco y extrínseco a través de los cuales las reacciones emocionales, su intensidad y tiempo, son expresamente monitoreadas, evaluadas y cambiadas (Thompson, 1994). Por ello, una de las variables que explicaría las autolesiones, es la deficiente regulación emocional. Ya que, se ha identificado como un elemento primordial en el origen y mantenimiento de estas conductas (Gonzales et al., 2016). Estas no ayudan en la tolerancia de estados emocionales con alto nivel de intensidad (Acevedo et al., 2020). Las conductas autolesivas son una clara

consecuencia de las dificultades que tienen los adolescentes para regular sus emociones, por lo que se han convertido en una estrategia para enfrentar o reducir alguna experiencia emocional negativa (Fleta, 2017; Weis et al., 2015; Gratz, 2003). En consecuencia, estas estrategias conllevan riesgos para la salud física o mental del individuo y no deberían ser etiquetadas como tal (Hervás y Moral, 2017).

Por otro lado, se dice que otro de los factores que aumenta el riesgo de autolesiones es la impulsividad según Favazza (1998), dado que este rasgo estaría presente con mayor magnitud en la personalidad de algunos individuos (Mena et al., 2007). Asimismo, este rasgo impulsivo incide en el mantenimiento de las autolesiones en los adolescentes (Frías et al., 2012). En la mayoría de las investigaciones la variable impulsividad es considerada como una puerta que inicia comportamientos de riesgo, una de ellas la autolesión (Glenn y Klonsky, 2010). Específicamente, sucede por ser una conducta repentina dentro de un estado anímico negativo que no prevé las consecuencias (Peters et al., 2016; Bresin et al., 2013). Por lo tanto, se debería tener mayor cuidado con los adolescentes que muestran en su personalidad características impulsivas elevadas.

Así también, es importante analizar la relación que sugiere la literatura entre desregulación emocional e impulsividad, ya que llevan a tener conductas impulsivas desadaptadas (Miller y Racine, 2020). Puesto que, la existencia de caracteres de personalidad impulsiva da lugar a conductas autodestructivas (Enriquez, 2018). La relación de estas también involucra la parte fisiológica, ya que ambas se relacionan con la amígdala y el sistema límbico (Lis et al., 2007). De ahí que, formas inestables y básicas de regular las emociones se relacionan con reiterados cuadros de crisis emocional y de impulsividad en situaciones emocionales (Casey et al., 2019; Ernst, 2014; Tragesser & Robinson, 2009).

Sin embargo, luego de una búsqueda exhaustiva en las diferentes bases de datos, no se encontraron estudios previos de años recientes que abarquen en su conjunto a la desregulación de emociones, así como la impulsividad, en relación con las conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes en el contexto peruano.

Por las razones expuestas, en esta investigación se formuló como problema general: ¿Cuál es la capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana?

Este estudio se justifica a nivel teórico porque permitirá identificar el grado de incidencia entre las variables y los modelos teóricos adecuados para su explicación. A nivel metodológico, ya que verificará la capacidad explicativa de la desregulación emocional y la impulsividad en las autolesiones sin intención suicida. A nivel práctico, en que los resultados permitirán a los profesionales de la psicología clínica y educativa elaborar mejores programas de prevención teniendo de referencias las variables que inciden en el realce de las autolesiones sin intención suicida, y a nivel social permitirá implementar acciones anticipadas de promoción y prevención para contrarrestar el avance de este problema en los adolescentes.

En consecuencia, el objetivo general es: establecer la capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana, y los objetivos específicos son: a) describir los niveles de desregulación emocional, impulsividad y autolesiones, b) establecer la relación entre desregulación emocional y autolesiones sin intención suicida, c) establecer la relación entre impulsividad y autolesiones sin intención suicida, y d) establecer la relación entre desregulación emocional e impulsividad.

Mientras que la hipótesis general sostiene que la desregulación emocional y la impulsividad explican significativamente la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes, y las hipótesis específicas son: a) existe relación directa entre desregulación emocional y autolesiones sin intención suicida, b) existe relación directa entre impulsividad y autolesiones sin intención suicida, y c) existe correlación directa entre desregulación emocional e impulsividad.

## II. MARCO TEÓRICO

A continuación, se mostrarán una serie de investigaciones internacionales que estudiaron las conductas autolesivas e identificaron que tanto las dificultades en la regulación emocional y la impulsividad se vinculan y explican las conductas de autolesión, estos se han desarrollado en el ámbito clínico y educativo.

Díaz (2022), describió la relación entre impulsividad y conductas autolesivas en estudiantes de una universidad del municipio de Apartadó- Colombia. Cuya muestra fue de 84 estudiantes de 18 a 45 años, para lo cual aplico el Inventario de Impulsividad de Dickman, Cuestionario de Autolesionismo (SHQ) e Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI). Resultados fueron que el 77% de la muestra no presenta conductas autolesivas, aunque el 22% sí. Además, el cutting es la forma de autolesión más recurrente. Así también, no se halló correlación significativa entre impulsividad y autolesiones. Por último, se encontró que los tres motivos para autolesionarse son: autocastigo, evasión del malestar emocional y morirse.

Nester et al. (2022), elaboraron un estudio con el objetivo de examinar las relaciones entre la desregulación de las emociones, la disociación y las autolesiones entre los pacientes con trastornos disociativos. Para lo cual participaron 291 parejas de médicos - pacientes por muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo criterios de selección. Instrumentos: la Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS; Gratz & Roemer, 2004), la Escala de Experiencias Disociativas-II (DES-II; Carlson & Putnam, 1993), El historial y la frecuencia de las autolesiones del paciente se recopilaron como parte de un formulario de datos clínicos adaptado de una encuesta realizada por Zittel Conklin y Westen (2005). Resultados: revelaron que la desregulación de las emociones se relacionó con un aumento de la sintomatología disociativa y un mayor consentimiento de las autolesiones en los últimos seis meses.

Miller y Racine (2020), evaluaron las asociaciones entre formas específicas de desregulación emocional y manifestaciones de conductas impulsivas en Canadá. Para ello, se consideró la participación de 238 estudiantes de pregrado (69% = mujeres) quienes fueron evaluados mediante la escala DERS, la Escala de

Eventos Riesgosos (CARE) y los inventarios de autolesión con síntomas de patología alimentaria. Los resultados de este estudio demostraron que la falta de claridad emocional predice la mayor parte de conductas impulsivas. Asimismo, dos de las dimensiones de la escala DERS, la no aceptación de emociones y las dificultades para alcanzar metas, también se relacionan con varios comportamientos impulsivos. Por último, concluyeron que las dificultades en la regulación emocional conducen a conductas impulsivas desadaptativas.

Por otro lado, Allen et al. (2019), presentaron un estudio realizado en EE. UU con el objetivo de evaluar la relación entre las autolesiones no suicidas (NSSI) y la impulsividad neurocognitiva. Para su primer estudio evaluaron a adultos de la comunidad con ( $n = 33$ ) y sin ( $n = 31$ ) antecedentes de NSSI. En el segundo estudio utilizaron una muestra separada de adultos ( $n = 69$ ) con más NSSI frecuentes y recientes. Se utilizó el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), Escala de autoevaluación (SRS), Programación para la personalidad adaptativa y no adaptativa-2 (SNAP-2) subescala de impulsividad, Programa de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), Tareas de juego de críticas (CGT), Escalas visuales analógicas (VAS) y Entrevista sobre pensamientos y comportamientos autolesivos (SITBI). Ambos estudios demuestran que las NSSI más frecuentes y recientes se asocian con la impulsividad neurocognitiva, específicamente en contextos emocionales negativos que involucran críticas reales o imaginarias de cerca.

Gallego (2019), investigó acerca de ANS en adolescentes en España, uno de sus objetivos fue examinar la relación entre las ANS y las distintas variables, como la desregulación emocional, este estudio fue de diseño transversal y se realizó mediante un cuestionario de autoinforme a 1733 adolescentes desde los 11 a 19 años. Los resultados demostraron que el 24.2% de los adolescentes refirieron haberse lesionado al menos una vez en su vida y el 12.7% lo hace de forma recurrente, también demostraron que los que se autolesionan tienen mayores niveles de desregulación emocional y la funcionalidad es principalmente intrapersonal, es decir, tienen como finalidad aliviar o eliminar estados emocionales negativos.

Obando et al. (2018), realizaron una investigación en Colombia, cuyo objetivo consistió en la caracterización de la autolesión y en la identificación de



variables clínicas asociadas a una muestra de adolescentes y de pacientes, se utilizó una metodología mixta con una muestra de 1517 adolescentes y 43 pacientes, para ello aplicaron el Inventario de Afirmaciones acerca de la Conducta Autolesiva (ISAS), la Escala de Habilidades Sociales (MESSY), la Escala de Impulsividad de Barratt en adolescentes (BIS-11) y Communities That Care-Youth Survey (CTC-YS). Los resultados indican que un 46% de la muestra ha presentado algún tipo de conducta autolesiva, además una relación entre la autolesión y factores personales, en mayor significancia con la impulsividad, la búsqueda de sensaciones ( $p < .05$ ).

Raupp et al. (2018), se plantearon como objetivo caracterizar la práctica de conductas autolesivas en mujeres adolescentes a través de la investigación de la expresión y manejo de las emociones. Se desarrolló un estudio de casos múltiples, en el que participaron cuatro niñas de entre 13 y 15 años. Se utilizó la Escala de Valoración de Síntomas-90-R y una entrevista semiestructurada. Como resultados se encontraron que hay precocidad del inicio de la conducta autolesiva, su carácter aditivo y se usa para expresar sentimientos, especialmente ira, y se observó que las técnicas más utilizadas en la producción de autolesiones fueron la búsqueda de alivio a los sentimientos negativos y la dificultad en la regulación de las emociones.

Espinoza (2017), realizó un estudio para describir los factores psicosociales en adolescentes con conductas autolesivas, para ello utilizó un grupo de 21 alumnos adolescentes de nivel escolar Bachillerato en Ecuador. Los instrumentos que utilizaron fueron el Inventario de personalidad Cornell Index, IDARE para ansiedad, IDERE para depresión y el test de funcionamiento familiar. Se encontró que existió un dominio del sexo femenino, familias disfuncionales y reensambladas, "Temores y mala adaptación", "Depresión" y "Sentimientos de inferioridad" resultaron alarmantes como características personológicas y las principales causas de autolesiones resultaron ser, control de impulsos, expresión de necesidades y búsqueda de afecto, y por último quedar bien con el grupo.

Por otro lado, no se encontraron estudios en los últimos años a nivel nacional sobre estas variables, a pesar de su búsqueda en las diferentes revistas indexadas en las bases de datos, he aquí la importancia de poder investigar esta problemática

para poder sentar las bases en futuras investigaciones que quieran estudiar estas variables.

Para dar paso a las teorías que sustentarán el presente estudio, se presentará en primer lugar, cómo se explican las autolesiones sin intención suicida desde el enfoque cognitivo conductual. Se considera como el punto más resaltante en este enfoque a la cognición, que es un componente que va a marcar la conducta de las personas. Este permite trabajar con elementos multicausales al momento de intervenir en las patologías. De esta manera, se podría explicar las conductas a través de más de un proceso subyacente; cognitivo, conductual, fisiológico y emocional (Ruiz et al., 2012).

Así también, la parte conductual del modelo teórico ha sido el resultante de varios constituyentes que han maniobrado en la vida de la persona, sin dejar fuera los factores sociales o biológicos (Ruiz et al., 2012). Esto con la meta de lograr el cambio cognitivo, conductual y emocional para transformar o exterminar la base de la conducta desadaptada. Siempre guiándose desde el enfoque empírico para explicar las conductas humanas.

La variable problema de esta investigación se explicará mediante el modelo teórico del aprendizaje social de Bandura (1989), con la cual se entenderá la obtención de nuevas conductas como las autolesiones sin intención suicida en los adolescentes.

Este modelo plantea que las personas aprenden de la observación de terceros y no solo de la presencia de un estímulo con otro (condicionamiento clásico) o de algún refuerzo (condicionamiento operante) (Gonzales, 2016). De tal forma que los individuos aprenden por su naturaleza social (Ríos, 2011). Es por ello que, los seres humanos son capaces de aprender varias conductas, habilidades y actitudes derivadas del aprendizaje vicario. De otro modo, si el aprendizaje fuera solo construido desde sus propios actos, este sería más lento (Bandura, 1989). De modo que, las autolesiones en los adolescentes serían comportamientos adquiridos por el medio social que les rodean y el valor agregado que este le va dando.

Desde el modelo del aprendizaje social, se explicaría el inicio de la conducta con el componente cognitivo que deriva de la apreciación subjetiva del adolescente que adquiere la conducta mediante la observación directa (Bandura, 1989; 2003). Asimismo, otro punto importante es la imitación no sólo como repetición de la conducta, sino también mediante la simbolización de la información para ser repetida posteriormente (Bandura, 1989). En consecuencia, una conducta desadaptativa o autolesiva pudo haber sido observada e interpretada como una acción adecuada para ser replicada y aliviar su malestar emocional.

Para ello, Bandura (1989) menciona los siguientes motivos: refuerzo pasado, por el cual el cuerpo va a entregar un estímulo, luego el refuerzo prometido que es la retribución que se recibe, el refuerzo vicario implica recibir o percibir al modelo como reforzador de conducta. De tal manera que, relacionándolo con las expectativas sintomatológicas de las autolesiones (DSM-5, 2014), el refuerzo pasado se relacionaría con las sensaciones cognitivas negativas. Luego el refuerzo prometido se relaciona con la espera de que la lesión alivie un estado afectivo negativo. En cambio, el refuerzo vicario sería para la manipulación o resolución de conflictos interpersonales. Todo ello con la finalidad de recibir algo significativo para el autolesionado que lo lleva a repetir la conducta desadaptativa.

Por otro lado, desde el modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional de Rachman en 1980, quien afirma que, es un proceso que absorbe y canaliza las reacciones emocionales que pueden llegar a ser muy tensas o persistentes, interviniendo oportunamente en la vida de las personas (Hervás, 2011; Cabanach et al., 2018; Gonzáles et al., 2017). Este modelo está comprendido por seis tareas que posibilitan un óptimo procesamiento de la emoción, permitiendo una eficaz regulación emocional.

Desde el modelo de regulación emocional de Rachman en 1980 se explicaría que los sentimientos negativos manifestados por los autolesionadores (DSM-5, 2014), serían a causa de un inadecuado procesamiento emocional debido a no poder llevar a cabo las seis tareas para la adecuada modulación de sus emociones (Hervás, 2011). Por ello, se entendería que en los adolescentes con conductas autolesivas ante la falta de apertura emocional, sumado a la incapacidad de darse

cuenta de su estado emocional negativo, que al mismo tiempo no lo acepta, además de no poder darle una denominación clara que permita un análisis emocional, por lo cual le impediría ver las consecuencias que traen consigo, para finalmente ante la nula percepción de sus estados emocionales negativos no utilizarían las estrategias adecuadas para regular de forma cognitiva las emociones y las conductas autolesivas que usan para modular dichos estados negativos.

Para la última variable, se usó la teoría de impulsividad de Barrat del año 1993, desde una perspectiva biopsicosocial, explica la impulsividad por tres dimensiones, la impulsividad cognitiva, motora y no planificada (Stanford et al., 2009). Asimismo, se extrae de este modelo teórico solo dos dimensiones, impulsividad cognitiva e impulsividad motora, renombrando esta última como conductual. Desde el aspecto cognitivo basándose en el concepto de atención de Luria (1975), este sería caracterizado por la falta de control y concentración en las respuestas, y a nivel motor con la teoría del aprendizaje de Hull, (1943) que trata sobre un actuar rápido y espontáneo, buscando disminuir el impulso fisiológico (Paredes y López, 2004).

Esto quiere decir que, la impulsividad puede ser vista desde dos perspectivas, a nivel cognitivo, por la carencia de un control y concentración, y a nivel conductual por la dificultad de poder controlar un comportamiento. Es por ello que las autolesiones se darían por una falta de control, así como de concentración en su estado afectivo, debido a ello emitiría un comportamiento autolesivo que usaría para expectorar el impulso interno que no puede reprimir.

Con relación a la precisión de la terminología del constructo problema del título de investigación autolesión sin intención suicida (ASIS) se muestra el origen de las palabras, así como el significado en su conjunto desde un enfoque salubrista psicológico desde el cual se trabajó dicha temática.

La Real Academia Española, menciona que el término auto, proviene de la raíz griega *auto*, que indica propio o por uno mismo. En cuanto a la palabra lesión, tiene su origen del latín *laesio*, *-onis*, que se refiere a un daño corporal producido por una herida, golpe o enfermedad. Asimismo, el término sin del latín *sine*, indica escasez o falta de algo. Por cuanto, el término intención viene del latín *intentio* -

onis, que señala que es la determinación de la voluntad en orden a un fin. Igualmente, la palabra suicida viene del latín *siucidium* – *sui-* de sí mismo, que señala a la conducta que tiene la intención de matar a la propia persona (RAE, 2022). Esto quiere decir que, la ASIS es un daño corporal ocasionado por la misma persona sin la intención de morir.

No obstante, para esta investigación es preciso examinar el término desde el punto de vista psicológico dándole así un sentido más amplio en el cual trabajar, por lo tanto, la ASIS es una conducta mediante la cual una persona se autoinflige intencionalmente lesiones en la superficie corporal, las cuales producen sangrado, hematoma o dolor, con la perspectiva de que la lesión solo conlleva a un perjuicio físico leve o moderado, sin intención suicida. Además, estas se realizan para los siguientes propósitos: para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, para resolver una dificultad personal y para inducir a un estado de sentimientos positivos (DSM-5, 2014). Por ello, es necesario marcar una diferencia entre este tipo de conductas con las que si presentan ideación de muerte.

En cuanto al marco histórico del constructo de autolesión sin intención suicida se comenzará desde el precursor que estudió la autolesión hasta llegar al constructo final que fue motivo de este trabajo, de igual forma se verá la progresión de sus principios a través de los años por medio de otros autores.

De tal manera que el antecesor de la investigación en lo que refiere al tema, es el Psiquiatra Karl Menninger, quien mostró el comportamiento autolesivo como un sustento y evidencia del “instinto de muerte” de Freud (Chaney, 2018). Es así que, Menninger en su obra de 1938, “El hombre contra sí mismo” se refirió al termino como “suicidio focal” (Flores et al., 2018). A raíz de este concepto surgieron graves interpretaciones al considerar que la autolesión no era un intento de suicidio, sino una manera de autoaliviarse.

Años más tarde, en 1970, teóricos de Gran Bretaña señalaron que las autolesiones merecían un apartado propio dentro de las alteraciones psicológicas (Flores et al., 2018). Así pues, en 1974 autores como George Bach definieron las ASIS con el constructo automutilación, indicando que no todas las personas violentas son iguales, hay algunas que son destructivas hasta consigo mismas. Aún

años más tarde en 1991, Winchel y Stanley siguieron con dicha nomenclatura para analizarla desde la biología señalando que era a causa de una baja función serotoninérgica.

Por otro lado, en 1987 ya se analizaba por separado otro tipo de autolesión llamada “self cutting o auto cortadores” para la cual sugerían tratarla con hipnosis como terapia alternativa a las clásicas de farmacológica y electroconvulsiva (Malon y Berardi). Ante esta diversidad de formas de autolesión, en 1996 Armando Favazza entrega un catálogo de las autolesiones que se daban en distintas culturas, manifestando su interés por conocer si alguna era realizada con fines autocurativos. El hecho de dividir la conducta patológica, de las autolesiones que se daban culturalmente, se ciñe a que dichas prácticas sociales son tradiciones enmarcadas en creencias compartidas por todos los miembros de una comunidad (Flores et al., 2018). Esto hace referencia a que las autolesiones también podrían tener su origen en las costumbres practicadas por algunas culturas con fines curativos.

Posteriormente en 1999 se seguía mencionando la palabra automutilación para referirse a la amputación de dedos, romperse los huesos o ingerir sustancias tóxicas (Conterio et al., 1998). Lo cual también derivó en el reclamo de los tratantes (Simeon y Favazza, 2001), así como de los autolesionadores por el término peyorativo y extremo con el que se les denominó (Walsh, 2006). Ellos sustentan que, en general, utilizan dicha acción para contrarrestar la angustia psicológica (Walsh, 2006). No obstante, todos ellos lo explican como una conducta intencional de lastimarse a sí mismo, para modificar el estado de ánimo.

Acercándose ya al siglo XXI, el término más frecuente y notorio es el de “autolesión” o “autolesión no suicida” ANS (Walsh, 2006). Sobre ello, Jacobson et al. (2008) hicieron referencia de que los adolescentes que presentaban tanto conductas suicidas como no suicidas las mantenían más tiempo que los que solamente practicaban las ASIS. Así también, Klonsky (2009) llamó a este comportamiento como autolesiones no suicidas. Continuando con dicho término, para Wilkinson y Godyer (2011) estas se diferencian de las conductas suicidas en su etiología. Usando el mismo nombre de ANS, Mollá et al. (2015) indicaron que

varias de las intervenciones psicológicas reducían la cantidad de autolesiones, pero que carecían de apoyo empírico. Asimismo, Mayer et al. (2016) usaron solo el término autolesiones para relacionarlo con ideación suicida, encontrando que ambas dan como resultado una mayor psicopatología y adversidad social, es por ello que, las autolesiones deben ser estudiadas longitudinalmente (Cipriano et al., 2017), esto con la finalidad de saber la progresión de un posible trastorno a futuro y poder actuar a tiempo.

Luego de ello, en Vega et al., 2018, se resaltaba la influencia marcada que tienen los medios de comunicación debido a que los adolescentes buscan información y comparten sus ANS. En 2019, se siguió reportando un aumento en los casos relacionados con redes sociales, por lo que se resaltó la intervención prematura de médicos de atención primaria para detectar su aparición (Ospina et al.). Ese mismo año, se asoció los factores de riesgo psicosocial en el desemboque de estas conductas lesivas (Del Brío et al., 2019). Ante ello, también surgía la terapia de mentalización, un nuevo enfoque para tratar las “conductas autolesivas no suicidas” (Sarmiento, 2019). Por ello, nace la necesidad de poder tomar en cuenta cada factor de riesgo para lograr intervenir a tiempo en la progresión de estas conductas.

Continuando con las medidas que pudieran ayudar a atenuar esta problemática, Ferro et al. (2020) plantearon aumentar la investigación de las ANS para determinar en qué momento de la adolescencia se pasaba de una intencionalidad no suicida a una contraria. Teniendo en cuenta que la literatura indica como punto de corte, los 15 años de edad para manifestar un cambio en la intención de la conducta lesiva. A esto le ha seguido algo más alarmante, ya que en el 2021 se reportó en varios países (México, 2014; Ecuador, 2016; Perú, 2017) que la mayor incidencia de esta conducta se da en mujeres (Cabrera, 2021). Estos son datos que habría que considerarse al momento de realizar una investigación y sobre todo para realizar un programa de prevención.

Como se ha podido notar a lo largo de la historia de las autolesiones, siempre fue una alteración psicológica que requería una clasificación propia que permita tener una evaluación estándar, sin embargo, hasta hoy en día se sigue disponiendo

de la anamnesis y la observación clínica como mejores herramientas para hallar tales conductas. Por consiguiente, si no se apresura a tener instrumentos adecuados tomados de estudios transversales, así como longitudinales, en población adolescente que permitan determinar factores y variables asociadas, el panorama es que esta conducta siga en aumento como ha ido pasando los últimos años.

En lo que se refiere al marco conceptual que delimita las concepciones con las que se orientará este trabajo, se tendrá a autores que explican la autolesión sin intención suicida desde las últimas dos décadas y finalmente el concepto principal con el que el que los autores principales del instrumento lo respaldaron.

Uno de los primeros terapeutas que ha dedicado más de 30 años al estudio de la autolesión fue el Dr. Barent Walsh (2006), quien se refirió a ella como aquel acto deliberado de perjuicio físico de baja contundencia, y socialmente recriminable, cometida para disminuir o transmitir la angustia. De igual manera, Mangall y Yurkovich (2008) indican que “es una conducta directa que causa lesiones físicas leves a moderadas, que se lleva a cabo sin una intención suicida consciente y que ocurre en la ausencia de psicosis y/o deterioro intelectual orgánico” (p. 176). Es decir, estas conductas tienen la particularidad de realizarse sin la intención de poner en riesgo la vida de una persona.

De igual forma los Drs. Favazza y Rosenthal especialistas en psiquiatría, desde 1993, también explicaban que, la autolesión es la agresión intencionada sobre el propio cuerpo, sin ser consiente de una intención suicida. Del mismo modo, el psicólogo Clínico de la universidad de Harvard Matthew Nock refiere que “es un daño corporal directo y deliberado en ausencia de intención suicida” (2010, p. 151). Cabe resaltar la marcada diferencia que existe con alguna conducta suicida.

Ampliando un poco más el concepto, señalando un factor social, el Prof. del Departamento de psicología de la Univ. de Columbia Británica, Dr. Elisha David Klonsky, quien manifiesta la ANS como “la destrucción del tejido corporal sin intención suicida y con fines no sancionados socialmente” (2007, p. 1039). Del mismo modo, el médico pediatra Jesús Fleta en el 2017, resalta el auto daño físico



y la intención para con esta acción, manifestando que son comportamientos lesivos premeditados, que no tienen un propósito suicida.

Finalmente, desde un punto de vista oficial en el DSM-5 (2014), se definió como aquella acción en el que la persona se ha infligido con intención de provocarse lesiones en la superficie corporal hasta producir sangrado, hematomas o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar golpear, frotar en exceso), con la posibilidad de que la lesión solo conlleva un daño físico sea leve o moderado sin la intención de provocar muerte. En consecuencia, este trabajo se guiará del concepto que indica el DSM-5, por haber evidenciado mayor prevalencia en el estudio del autor original creador de la Cédula de autolesiones para adolescentes.

En cuanto a la variable desregulación emocional, a pesar de la dificultad en la definición de regulación y desregulación emocional, los investigadores escogieron un principal elemento que se involucra en ambos conceptos, este es, el control emocional (Albert et al., 2008; Garrido-Rojas, 2006).

En relación con ello, algunos autores proponen que el manejo de esta dificultad en la habilidad para modular o controlar la emoción, implicaría la realización de intervenciones que favorezcan el desarrollo de la regulación emocional (Coté et al., 2010; Caycedo et al., 2005). Por ello, a continuación, se muestran diferentes perspectivas centradas en la regulación de emociones.

Una de las primeras propuestas fue la de Thompson quien en 1994 define a la regulación emocional como procesos internos y externos que ayudan mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos y los procesos fisiológicos con el objetivo de alcanzar una meta (Hervás y Moral, 2017). Asimismo, en 1998 Gross, agrega que son el conjunto de mecanismos utilizados para influir no solo en las emociones cuando aparecen, sino también en la forma en que se sienten y se expresan (Sánchez y Díaz, 2009; Hervás y Moral, 2017). Esto quiere decir que, la ausencia de estos mecanismos podría desencadenar en un mal manejo o control emocional de una persona.

En esa misma línea, Gómez y Calleja (2016-2017) confirman su definición sobre regulación emocional, procesos y estrategias que evidencian los individuos.

Por ello, se considera que la definición más resaltante es la de Gross y Thompson del 2007, puesto que afirman que la percepción de una situación va a depender de las experiencias y características de la persona, por lo cual puede haber distintos motivos que desaten una emoción, confirmando que una persona puede usar estrategias de regulación emocional, antes, durante o después que esta aparezca (Pascual y Conejero, 2019). Es decir, la regulación emocional está presente o no en una persona dependiendo de sus experiencias y sus cualidades.

Sin embargo, un concepto que define la desregulación emocional como tal, es el planteado por Linehan (1993), quien refirió que esta es una elevada vulnerabilidad para regular una emoción, así como un déficit en la habilidad de la modulación emocional (Vargas y Muños-Martinez, 2013; Elices y Cordero, 2011). Esto quiere decir que, una persona que presente indicadores de un pobre manejo de sus emociones y pierda el control de su comportamiento con facilidad, lo más probable es que la desregulación emocional sea una característica de esta.

Finalmente, en lo que refiere a la variable impulsividad se compartirán conceptos de autores que concuerdan en algunos puntos, así como de sus ampliaciones y diferencias hasta el autor con el que se trabajará la impulsividad.

Con respecto a los términos de impulsividad y agresividad suelen ser asociados como sinónimos, este último es toda conducta que intenta provocar perjuicio físico o psicológico a personas, cosas, sean estas animadas o inanimadas (López et al., 2008). Estando más enfocada a la destrucción o humillación de las personas (Laplanche et al., 2004). En cambio, la impulsividad puede ser positiva ante una situación que sea un riesgo para la persona o negativa cuando produce comportamientos adictivos (Liu et al., 2013). Por lo tanto, es un predecesor de la agresividad por lo cual sujetos impulsivos son relativamente más agresivos de forma verbal y física (López et al., 2008; Farrington, 1989). Ello, es una problemática que se manifiesta en la niñez logrando su afloración total en la adolescencia (Dodge y McCourt, 2010). De tal forma que, la impulsividad podría relacionarse significativamente con las conductas autolesivas, permitiendo ser un predictor de esta.

La impulsividad es vista por muchos autores como una acción que no se medita sobre los efectos posteriores, al respecto el Neuropsicólogo Celma (2015), indica que es un escaso autocontrol del comportamiento, sobre una rápida toma de decisión sin tener en consideración las consecuencias. En esa misma línea, Dickman (2000), entendió la impulsividad como un rasgo de la personalidad multidimensional y complicado que se exterioriza en la conducta por una predisposición desmedida a realizar actos no planeados, además, la llamó impulsividad disfuncional (Castro y Castro, 2016). Por ello, se dice que la impulsividad es un rasgo presente e inherente en todas las personas, lo único que la diferencia de una a otra es su nivel de intensidad.

Del mismo modo, Alcázar-Córcoles et al. (2010) refieren que la impulsividad es la tendencia a emitir una respuesta rápida, sin presencia de reflexión, que se caracteriza por comportamientos inadecuados, pobre planificación y que con frecuencia expone al individuo al riesgo de implicarse delictivamente. Del mismo modo, Moeller et al. (2001) define a la impulsividad como una predisposición hacia reacciones rápidas sin planificar, a estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas para la persona impulsiva y los demás. Esto indica que, en cierta medida la impulsividad puede predisponer a que ocurran conductas que no necesariamente sean planeadas por uno mismo.

Por su parte Osorio (2013), refiere que “la impulsividad es producida por una pobre toma de decisiones que llevan a resultados nefastos” (p. 195). Asimismo, Adan (2012) refiere que, es la tendencia a actuar con falta de previsión, sin analizar las consecuencias que pueden ocurrir.

Por último, el concepto que se tendrá en cuenta para la impulsividad es el de Patton et al., (1995) quienes manifiestan que, es el pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a posibles consecuencias autodestructivas, interfiriendo en la supervivencia y estabilidad del organismo. Estos conceptos, indican a grandes rasgos que el origen de la impulsividad es multidimensional.

En lo que refiere a definiciones que guiarán el marco de este trabajo investigativo se distinguirá las elegidas para cada variable implementada, siguiendo al autor original de cada escala o constructo.

De tal manera que para la variable autolesión sin intención suicida, se tomará la indicada por el DSM- 5 (2014), el cual la define como aquella acción en la que, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión solo conlleva un daño físico leve o moderado.

Para la desregulación emocional, Linehan (1993) refirió que es una elevada vulnerabilidad para regular una emoción, así como un déficit en la habilidad de la modulación emocional (Vargas y Muños-Martinez, 2013; Elices y Cordero, 2011). Esta definición ignora aquellos factores que alteran las conductas emocionales, pero le da énfasis en las características morfológicas de las respuestas emocionalmente desreguladas (Gratz, 2007; Cole et al., 1994). Esto quiere decir que, la desregulación emocional es un factor que podría predisponer en la persona el llevar a cabo conductas inadecuadas.

Con respecto a la definición que seguirá la presente investigación sobre impulsividad, se toma en cuenta al estudio realizado por Patton et al. (1995) quienes identificaron a priori tres dimensiones: motores (Im), cognitivos (Ic) y no planificados (Inp). Sin embargo, se tomó en cuenta considerar solo dos de estas dimensiones, ya que, son las más comunes en las diferentes escalas creadas para medir esta variable. Esto va respaldado con lo referido por, Hull y Luria, quienes concluyeron que la impulsividad es aquel actuar rápido y espontáneo, por lo que no permite concentrarse en los demás estímulos del ambiente y mucho menos razonar sobre las consecuencias de esta conducta (Paredes y López, 2004).

Respecto a la dimensionalidad de las variables, se presenta a continuación como se disgrega cada una según el autor con el que se trabajó en cada escala de medición utilizada en esta investigación.

De modo que, la cédula de autolesiones sigue también los criterios psicológicos del DSM-5, de tal manera que la anterior definición se divide en dos subtipos de lesión, así pues, en la primera dimensión se encuentra: autolesión por debajo de la piel, estas involucran introducir por debajo de la piel con ácido, frotando objetos o con objetos punzantes. Para la segunda dimensión: autolesión por encima de la piel. Estas involucran arrancar por encima la piel, uñas o pelo, pellizcar, rascar

o morder (Vilchez, 2017). Por ello, serán estas las dimensiones que respalden la variable principal de estudio.

Basándose en las características esenciales que provienen de la literatura y que hacen referencia a la desregulación emocional, Gratz y Roemer (2004) explican la desregulación emocional integrando en dimensiones que buscarán explicar las diferentes características de esta variable. A continuación, se presentan los seis factores: 1) no aceptación, quiere decir que no aceptan sus respuestas emocionales. 2) metas, presencia de dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterando. 3) impulsividad, dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado. 4) estrategias, acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas 5) consciencia, falta de consciencia emocional 6) claridad, falta de claridad en la expresión de emociones. Estas dimensiones se explican desde el modelo de procesamiento emocional de Gross.

En base a las características sustanciales que provienen de la literatura, específicamente se hace referencia a la impulsividad, que está conformada por seis factores primarios, los cuales son: impulsividad atencional, el segundo impulsividad motora y el tercero impulsividad de planificación (Patton et al., 1995).

Dentro de este estudio, se vio conveniente enfatizar a la impulsividad atencional, considerándola como el nivel cognitivo que implica falta de control y concentración en las respuestas, y la impulsividad motora, nombrándola como el nivel conductual que se refiere a reacciones espontáneas y rápidas para disminuir un impulso fisiológico. Es así que, la escala ad hoc le da un auténtico sentido a la conducta impulsiva a nivel general con fines prácticos e investigativos.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

##### **3.1.1. Tipo de investigación**

Esta investigación es de tipo básica, ya que va a cubrir una necesidad reconocida y específica a través del conocimiento científico (Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica [CONCYTEC], 2018).

##### **3.1.2. Diseño de investigación**

En cuanto al diseño es no experimental, con corte transversal y de nivel correlacional-explicativo. Es no experimental porque no se manipulan las variables de estudio (Hernández y Mendoza, 2018; Kerlinger y Lee, 2002). Asimismo, es transversal, ya que se dará en un solo momento de tiempo, además es correlacional, porque los antecedentes permiten hacer generalizaciones que asocian variables (hipótesis) sobre las cuales trabajar, y es explicativo ya que pretende explicar las causas de fenómenos físicos o sociales (Hernández y Mendoza, 2018; Hernández et al., 2010).

#### **3.2. Variables y operacionalización**

##### **Variable 1: autolesiones sin intención suicida**

El manual DSM-V (2014), define a las autolesiones sin intención suicida como “acción en el que el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión solo conlleva un daño físico leve o moderado” (p. 803).

Las autolesiones sin intención suicida se definen operacionalmente por los resultados obtenidos de la Cédula de autolesiones basada en el DSM-V, instrumento que consta de 12 reactivos con escala de respuesta de tipo Likert, cuyos valores se comprenden entre 1 (nunca) hasta 5 (siempre) (Albores-Gallo et al., 2014). Asimismo, sus dimensiones son, autolesión por debajo de la piel (5, 1, 2, 12, 8) y autolesión por encima de la piel (7, 10, 9, 6, 11, 3, 4). La calificación de la Cédula de Autolesiones varía entre un mínimo de 12 y un máximo de 60 puntos

donde las puntuaciones más altas manifiestan mayor frecuencia de autolesiones. Además, esta variable cuenta con indicadores como, introducir por debajo de la piel con ácido, frotando objetos o con objetos punzantes, y arrancar por encima la piel, uñas o pelo, pellizcar, rascar o morder. Por último, su escala de medición es de tipo ordinal.

### **Variable 2: desregulación emocional**

Linehan en 1993 refirió que la desregulación emocional “es una elevada vulnerabilidad para regular una emoción, así como un déficit en la habilidad de la modulación emocional” (Elices y Cordero, 2011, p. 136).

Respecto a la definición operacional la desregulación emocional se define por los resultados de la escala de Dificultades en la regulación de emociones propuesta por Kaufman et al. (2015) y adaptada por Navarro et al. (2021). Es una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde 0 = casi nunca, 1 = a veces, 2 = aproximadamente la mitad del tiempo, 3 = la mayor parte del tiempo y 4 = casi siempre. Las dimensiones de esta escala son, no aceptación (7, 12, 16), metas (8, 11, 13), impulsividad (9, 14, 17), estrategias, (10, 15, 18) conciencia (1, 4, 6) y claridad (2, 3, 5). La calificación del DERS varía entre un mínimo de 0 y un máximo de 72 puntos, donde más puntuación expresa mayor grado de dificultades en la regulación de emociones, se agrega que para obtener el puntaje total se debe convertir los ítems de la dimensión conciencia, ya que están planteados de manera inversa. Asimismo, presenta los siguientes indicadores, no aceptar sus respuestas emocionales, presencia de dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterando, dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado, acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas, falta de conciencia emocional y falta de claridad en la expresión de emociones. Por último, su escala de medición es ordinal.

### **Variable 3: impulsividad**

Alcázar-Córcoles et al. (2010) refieren que la impulsividad es la “tendencia a emitir una respuesta rápida, en ausencia de reflexión, y se caracteriza por comportamientos inadecuados, poco planificados y que frecuentemente ponen al individuo en riesgo de implicación colectiva” (p. 292).

En cuanto al nivel de impulsividad se define operacionalmente por la Escala de Impulsividad en Adolescentes (ECI-R) de 6 ítems que se encuentra dividida en dos dimensiones con formato de respuesta tipo Likert desde nunca = 1 hasta siempre = 6; la primera dimensión es impulsividad conductual (1, 2, 3) y la segunda impulsividad cognitiva (5, 6, 7), que se encuentran redactados en sentido directo. La calificación de la ECI-R varía entre un mínimo de 1 punto y un máximo de 36 puntos, donde la puntuación más alta expresa mayor grado de impulsividad.

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

#### **3.3.1. Población**

La población es la totalidad de unidades de estudio, que cuenten con las características requeridas para ser tomadas dentro de la investigación, estas a su vez pueden ser personas, conglomerados, hechos o fenómenos, que tengan los requisitos para su integración (Ñaupas et al., 2018; Hernández, y Mendoza, 2018). Para este trabajo se tomó en cuenta a la población adolescente de Lima Metropolitana que consta de 881,256 (Resolución Viceministerial N° 233-2021-MINEDU (2021). En tal sentido, se consideró a los que tenían la edad de 12 a 17 años, la cual es comprendida como la etapa adolescente según la Resolución Ministerial N° 538-2009 (2009).

Por otro lado, los criterios de inclusión fueron: adolescentes de entre 12 a 17 años, que recibieron la autorización de sus padres para participar del estudio y accedan a este de manera voluntaria, y los participantes que completen todo el protocolo de evaluación. Así también, los criterios que se tomaron en cuenta para excluir a los participantes de ser parte de la muestra fueron: adolescentes que no enviaron los protocolos de evaluación, padres que no aceptaron el consentimiento informado, adolescentes que no aceptaron el asentimiento informado, el llenado del formulario de manera lineal y los participantes que marcaron más de tres verdaderos en la escala de veracidad.



### 3.3.2 Muestra

La muestra viene a ser una porción de la población total a investigar, por ende, contiene las mismas características de esta (Ñaupas, 2018; Hernández; Mendoza, 2018). Para el presente estudio se tomó en cuenta la participación de 624 adolescentes, ya que según la literatura recomienda el número de casos absolutos, siendo adecuada una muestra mínima de 200 (Ventura et al., 2020; Vargas y Mora, 2017; Hair et al., 2014; Stevens, 2009).

**Tabla 1**

*Distribución de la muestra*

Criterios sociodemográficos		fi	%
Sexo	Varón	314	50.3
	Mujer	310	49.7
Edad	12	126	20.2
	13	111	17.8
	14	135	21.6
	15	64	10.3
	16	94	15.1
	17	94	15.1
Distrito de residencia	Lima Norte	352	56.4
	Lima Este	13	8.5
	Lima Sur	8	1.3
	Lima Centro	57	9.1
	Callao	154	24.7
Estructura familiar ¿Vive con ambos padres?	No	188	30.1
	Si	436	69.9
Total		624	100

### 3.3.3 Muestreo

El muestreo para este estudio fue no probabilístico por conveniencia, ya que solo se seleccionaron aquellos casos que aceptaron ser incluidos en el estudio, esto estuvo acompañado de proximidad y accesibilidad de los participantes para los investigadores (Otzen y Manterola, 2017).

### **3.3.4 Unidad de análisis**

Se empleó a un adolescente entre 12 y 17 años de Lima Metropolitana.

## **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.4.1. Técnica**

Se recolectó la información mediante la técnica de la encuesta, la cual permitió recoger datos según un protocolo establecido, seleccionando la información de interés, que procede de la realidad, mediante preguntas en forma de cuestionario (Kuznik et al., 2010). Asimismo, este estudio se realizó por medio de la encuesta virtual que admitieron la recolección de los datos de una manera rápida, amplia, con menos coste, entre otros (Vidal, 2012).

### **3.4.2. Instrumentos**

#### **Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida Basada en el DSM-5**

Es un instrumento basado en el DSM-V que se logró seleccionar luego de una búsqueda dentro de la literatura científica de entre otros instrumentos que miden las autolesiones. Los autores originales fueron Albores-Gallo et al. (2014) y para este estudio se utilizó la validación hecha por Vilchez (2017). Es un cuestionario de 12 reactivos que puede ser aplicado en el ámbito psicoeducativo y clínico, su administración puede ser individual o colectiva, de manera presencial a lápiz y papel o de forma virtual por formulario de Google. Esta cédula cuenta con evidencias de validez y fiabilidad considerada dentro de los parámetros aceptables que se lograron luego de su aplicación a 1252 estudiantes universitarios ecuatorianos ( $n=551$  hombres,  $n=701$  mujeres). Se revisó primero la estructura interna mediante un análisis factorial exploratorio obteniendo un  $KMO = .874$  y el de esfericidad de Bartlett  $p < .001$ , y con un total de varianza explicada del 47.46%, indicando adecuados parámetros. Asimismo, el alfa de Cronbach para la población total de ítems de autolesión y para cada una de sus dimensiones, están dentro de los parámetros aceptables. El alfa total para el cuestionario es alto,  $\alpha = .84$ . Para las dimensiones de autolesión por debajo de la piel,  $\alpha = .78$ , y autolesión por encima de la piel,  $\alpha = .76$ , la fiabilidad es moderada. En la primera prueba piloto aplicada a una muestra de 200 adolescentes se pudo encontrar por medio de un análisis factorial

confirmatorio (AFC) los siguientes índices de ajuste del modelo de dos factores correlacionados: CMIN/DF = 4.634, CFI = .819, TLI = .774, SRMR = .079, RMSEA = .0135, por último, se calculó el alfa y omega mediante un análisis de fiabilidad de la escala total ( $\alpha = .88$ ;  $\omega = 90$ ). En la segunda prueba piloto aplicada a una muestra de 299 adolescentes se pudo encontrar por medio de un análisis factorial confirmatorio (AFC) los siguientes índices de ajuste del modelo de dos factores correlacionados: CMIN/DF = 2.824, CFI = .912, TLI = .890, SRMR = .052, RMSEA = .078, por último, se calculó el alfa y omega mediante un análisis de fiabilidad de la escala total ( $\alpha = .90$ ;  $\omega = 82$ ).

### **Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones con población hispanohablante (DERS-S SF)**

La escala DERS-S es la herramienta más completa para medir las dificultades en la regulación emocional. Varias versiones breves de esta escala en inglés se encuentran en la literatura, sin embargo, esta es una versión breve en inglés de 18 ítems propuesta por Kaufman et al. (2015) y validado al español por Navarro et al (2021). Esta escala puede ser aplicada en el ámbito educativo, clínico y social, su administración puede ser de forma individual o colectiva, de forma presencial a lápiz y papel, o virtual mediante formularios de Google. Para la validación de esta escala se utilizó una muestra de 351 hispanohablantes nativos y población no clínica en Colombia. Los índices de fiabilidad para la versión breve del DERS son adecuados ( $\alpha = 0.83$ ). Respecto a los resultados de correlación entre dimensiones muestra que la dimensión conciencia no se relaciona significativamente con las demás dimensiones. Para probar la validez del constructo, se utilizó un análisis diferencial utilizando como criterios el género y la edad. La comparación de las medias (prueba t de Student) muestra que no hay diferencias por género. Los resultados del análisis factorial confirmatorio muestran que los valores obtenidos son los mismos planteados por los autores originales de la versión breve, los índices fueron excelentes: ( $X^2/df = 1.19$ , CFI= .99, TLI = .99, RMSEA=.02). En los resultados de validez convergente y divergente se obtuvo que el DERS se correlacionó negativamente con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y positivamente con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, cabe resaltar que la correlación de esta última fue muy baja. En la primera prueba piloto

aplicada a una muestra de 200 adolescentes se pudo encontrar por medio de un análisis factorial confirmatorio (AFC) los siguientes índices de ajuste del modelo multidimensional de factores correlacionados: CMIN/DF = 2.125, CFI = .923, TLI = .901, SRMR = .719 RMSEA = .075, por último, se calculó el alfa y omega mediante un análisis de fiabilidad de la escala total ( $\alpha = .87$ ;  $\omega = .96$ ). En el segundo piloteo aplicado a una muestra de 299 adolescentes se pudo encontrar por medio de un análisis factorial confirmatorio (AFC) los siguientes índices de ajuste del modelo multidimensional de factores correlacionados: CMIN/DF = 1.853, CFI = .920, TLI = .898, SRMR = .051 RMSEA = .054, por último, se calculó el alfa y omega mediante un análisis de fiabilidad de la escala total ( $\alpha = .77$ ;  $\omega = .79$ ).

### **Escala de conducta Impulsiva en Adolescentes (ECI-R)**

Para medir la variable de impulsividad se tomó en consideración la Escala de conducta Impulsiva en Adolescentes (ECI-R). Esta escala *ad hoc* se basa en el enfoque cognitivo (“atención voluntaria”-Luria, 1975) conductual (“impulso o drive”-Hull, 1943) para medir la conducta impulsiva, tomando de referencia dos dimensiones de la escala de impulsividad de Plutchik y Van Praag, 1989 (citado en Alcázar-Córcoles et al., 2015), y Patton et al., 1995, que son autoconcepto impulsivo y concentración, estas a su vez han sido renombradas como, impulsividad conductual e impulsividad cognitiva, que cuenta con formato de respuesta tipo Likert: Nunca (1), Casi nunca (2), Algunas veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5), y Siempre (6). Esta escala presentó un AFE adecuado (KMO = .850).

### **3.5. Procedimientos**

Se empezó con la elaboración de un formulario de Google drive para la recogida de datos de manera virtual, en el cual se especificó el título de la investigación y las instrucciones para su correcto llenado. Luego se anexó el consentimiento informado para que el apoderado autorice la participación del menor, como también el asentimiento informado para que el mismo adolescente acepte participar voluntariamente en el llenado del formulario. Asimismo, se insertaron los datos sociodemográficos como la edad, sexo y la zona de residencia. Después de ello, se agregaron los instrumentos de medida de las variables con sus

debidas instrucciones, junto con una escala de veracidad para evaluar la autenticidad de las respuestas y se procedió a la repartición del formulario por las distintas redes sociales. Por último, después del recojo de datos se llevó a cabo la depuración de las respuestas teniendo en cuenta los criterios de inclusión acordadas para el estudio, esto se realizó mediante una hoja de cálculo en Excel para que pueda pasar por los filtros correspondientes.

### **3.6. Método de análisis de datos**

Finalizado el proceso de filtro de datos, se procedió a enviar los datos al programa SPSS versión 25 para poder resolver los objetivos propuestos en la investigación. Se analizó mediante la estadística descriptiva los niveles en los que se presentan las variables, determinando la distribución de frecuencias y porcentajes en la muestra a estudiar (Bologna, 2011).

En cuanto, a la hipótesis general se utilizó la estadística multivariada para la obtención de un modelo de ecuaciones estructurales (SEM), se eligió CB-SEM como el enfoque de análisis de datos, ya que permite examinar el carácter distintivo de la desregulación emocional, impulsividad y las autolesiones mediante el modelado de variables latentes (Muñoz et al., 2020; Pérez et al., 2013).

En un primer paso, se realizó el modelo de medida en AMOS realizando un análisis factorial confirmatorio (AFC) que señaló las relaciones entre las variables observadas y las variables latentes, en un segundo paso se realiza un AFC indicando el modelo estructural con las relaciones directas de las variables exógenas con la endógena del modelo guiado por la teoría hipotetizada previamente (Kline, 2016; Catena et al., 2003). Lo anterior da lugar al análisis de regresión estructural acompañado del análisis canónico para obtener la correlación de las variables independientes (Pérez, 2004).

La calidad del modelo estructural planteado se evaluó iniciando con la normalidad multivariante en el programa IBM SPSS Amos versión 24 (AMOS) tomando el índice de normalidad inferencial multivariada  $|c.r| < + - 1.96$  y la curtosis multivariada  $< 5$  (Kline, 2016; Bentler y Wu, 2002; Mardia, 1970). Luego de ello, se siguió con los criterios de ajuste, para tal razón, se utilizó el estimador de máxima

verosimilitud mediante el software SPSS Amos, de tal manera que los índices de ajuste específicos tendrán los siguientes puntos de corte: el índice de ajuste confirmatorio (CFI) debe ser igual a .90 para considerarse un ajuste aceptable, y cercano a .95 correspondería a un ajuste superior (Muñoz et al., 2020; Hu y Bentler, 2009; Bentler, 1992). Luego, el índice de Tucker Lewis (TLI), es aceptable cuando es igual a .95 (Rojas, 2020), mientras que, el error cuadrático de aproximación (RMSEA) se considera un ajuste razonable cuando es igual a .10 y cercano a .06 para un ajuste superior (Muñoz et al., 2020; Hu y Bentler, 2009). Además, el residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR), tiene un ajuste aceptable cuando es igual a .08 y para que tenga un ajuste superior debe ser cercano a .05 (Muñoz et al., 2020; Hu y Bentler, 2009).

Por último, se hace uso del índice de ajuste absoluto  $X^2$ , el cual debe ser no significativo ( $p > .05$ ) para que el modelo sea considerado aceptable. No obstante, es bien sabido que el chi cuadrado tiende a ser muy sensible a los tamaños de muestra (Muñoz et al., 2020), sobre todo cuando son grandes (Iacobucci, 2010) y continuamente manifiesta un valor no adecuado, a pesar de que los modelos originan un buen ajuste en los demás índices propuestos (Muñoz et al., 2020; Kline, 2016). Es por lo anterior, que se sigue la recomendación para modeladores de SEM, que indica evaluar principalmente los índices específicos por su tendencia a estabilizarse con los tamaños de muestras grandes (Iacobucci, 2010).

Luego, para la contrastación de las hipótesis específicas se utilizará la estadística inferencial, examinando primero la distribución de los datos con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, tomando en cuenta el  $p$  valor  $< .05$  para la significancia estadística (Pedrosa et al., 2014). Mientras que para establecer el tipo y nivel de relación entre las variables se usarán los coeficientes de acuerdo con el cumplimiento de los supuestos de normalidad, ya que si este se cumple se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson, de lo contrario correspondería utilizar el coeficiente de correlación por rangos de Rho Spearman (Mondragón, 2014). Para lo anterior, se utilizarán los grados de relación según coeficiente de correlación de Hernández, Fernández y Baptista (2014), como correlación positiva débil (+0.01 a +0.10), correlación positiva media (+0.11 a +0.50), correlación positiva considerable

(+0.51 a +0.75), correlación positiva muy fuerte (+0.76 a +0.90), correlación positiva perfecta (+0.91 a +1.00).

Para concluir, se aplicarán los criterios de Cohen (1988), tanto en la hipótesis general como para las específicas, para la interpretación de los tamaños del efecto del coeficiente de determinación ( $r^2$ ), como tamaño del efecto pequeño .01, mediano .09, y grande .25.

### **3.7. Aspectos éticos**

Desde una perspectiva ética para el desarrollo del presente estudio, se tomó en cuenta los lineamientos éticos para proteger y resguardar la confidencialidad e integridad de los participantes. Para ello, se procedió primero a solicitar la autorización de los padres o apoderados para la participación del adolescente, seguido de la aceptación del menor quien fue responsable de completar el formulario, aquí se detalló que los resultados obtenidos son confidenciales y habrá protección en la recopilación de los datos (Resolución n° 190-2018-CDN-C.PS.P, 2018, 16 de julio).

De la misma manera, para la redacción del estudio se tuvo en cuenta los lineamientos establecidos por la American Psychological Association [APA] (7th ed.) para los derechos de autoría o pertenencia intelectual, y se mostró el origen de donde se adquirió la información, preservando así el código de ética y evitar el plagio (APA, 2020). Para finalizar, el presente estudio tuvo la finalidad de garantizar y atestiguar la precisión y entendimiento científico, ya que, acató con los métodos, normas y técnicas APA. Asimismo, los datos que se obtuvieron de las encuestas no fueron falseados, al igual que los resultados no fueron manipulados a conveniencia de los investigadores.

Por otro lado, se cumplió con dos de los principios de ética de investigación de la universidad César Vallejo. El principio de autonomía, ya que las personas que sean partícipes de esta investigación tienen la capacidad de elegir su participación o retiro de la investigación en el momento que lo requieran. Además, el principio de beneficencia, que indica que este estudio procura generar bienestar y beneficios para los autores.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Análisis descriptivo

**Tabla 2**

*Niveles de autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana*

Autolesiones sin intención suicida		
	fi	%
Nivel bajo	201	32.2
Nivel medio	238	38.1
Nivel alto	185	29.6
Total	624	100.0

En la tabla 2 se puede observar los niveles en los que se presentan las autolesiones sin intención suicida en los adolescentes, empezando por el 32.2 % que evidencian un bajo nivel, el 38.1 % un nivel medio, y un 29.6 % un nivel alto. En ese sentido, los datos evidencian que la mayor parte de los adolescentes se ubican entre el nivel bajo y medio de autolesiones, predominando este último. Estos datos podrían tomarse en cuenta en una posible intervención, ya que se puede evidenciar la presencia de las ASIS en los adolescentes de Lima Metropolitana, además los porcentajes en los que se presentan ya pueden ser consideradas como signo de alerta.

**Tabla 3**

*Niveles de desregulación emocional en adolescentes de Lima Metropolitana*

Desregulación emocional		
	fi	%
Nivel bajo	75	12.0
Nivel medio	99	15.9
Nivel alto	450	72.1
Total	624	100.0



En la tabla 3 se puede observar que el 12 % de los adolescentes presentan desregulación emocional en un bajo nivel, el 15.9 % de ellos un nivel medio, y un 72.1 % un nivel alto de desregulación. Asimismo, la mayoría de los adolescentes evidencian un nivel alto de desregulación emocional. Esto quiere decir que, muchos de los adolescentes están teniendo dificultades para gestionar adecuadamente sus emociones y esto está repercutiendo a su vez en la práctica de conductas inadecuadas, una de ellas es la ASIS como se está demostrando en este estudio.

**Tabla 4**

*Niveles de impulsividad en adolescentes de Lima Metropolitana*

	Impulsividad	
	fi	%
Nivel bajo	286	45.8
Nivel medio	270	43.3
Nivel alto	68	10.9
Total	624	100.0

En la tabla 4 se presentan los niveles de impulsividad que tienen los adolescentes participantes de este estudio. Primero, se puede apreciar que el 45.8 % de los adolescentes evidencian impulsividad en un nivel bajo, así también, el 43.3 % de ellos manifiestan un nivel medio, por último, un 10.9 % un nivel alto de impulsividad. Asimismo, se resalta que la mayoría de los adolescentes evidenciaron impulsividad en niveles bajo y medio. Estos datos evidencian que la impulsividad está presente en un bajo y medio nivel, sin embargo, hay presencia de esta variable, y habría que también tenerlo en cuenta, ya que en conjunto con otras variables podrían significar factores de riesgo para los adolescentes.

## **4.2 Análisis inferencial**

### **4.2.1 Prueba de normalidad**

**Tabla 5**

*Prueba de normalidad K-S para las variables de estudio*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Autolesiones	0.191	624	0.000
Desregulación emocional	0.066	624	0.000
Impulsividad	0.068	624	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

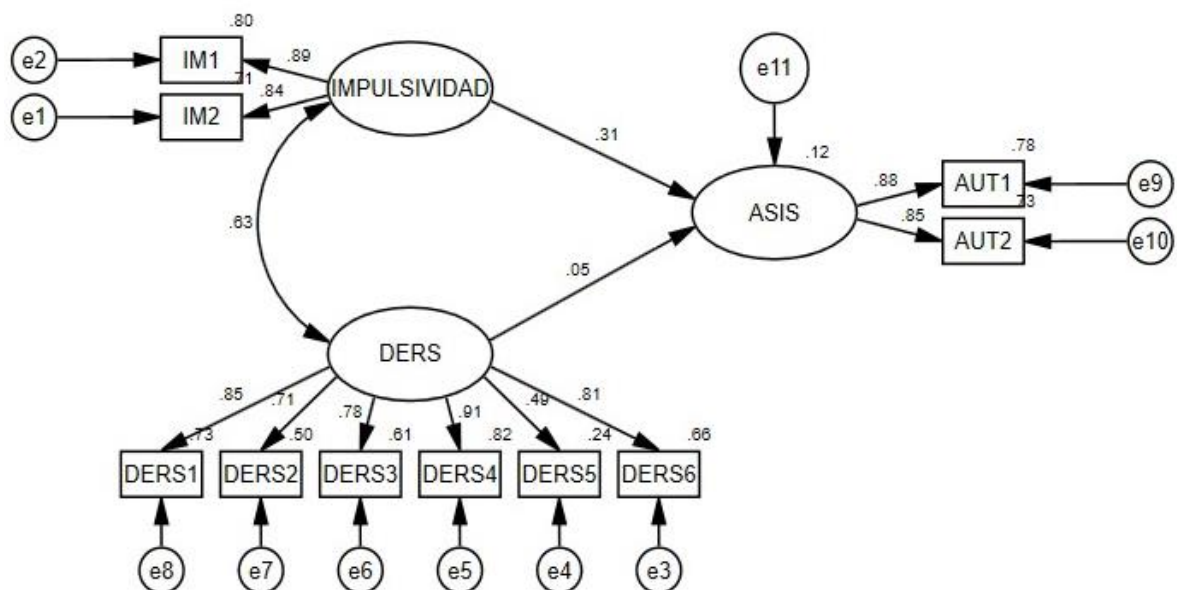
En la tabla 5 se aprecia que, para las tres variables de estudio, el valor  $p$  es menor a .05; por lo tanto, para la contrastación de hipótesis se aplicó el estadístico no paramétrico Rho Spearman.

### 4.3 Prueba de hipótesis

#### 4.3.1 Hipótesis general

**Figura 1**

*Estimación de la capacidad explicativa en el modelo para la desregulación emocional e impulsividad asociadas a la autolesión sin intención suicida.*



Resultados del modelo estructural de autolesiones (n=624)

**Tabla 6***Resultados del modelo estructural de las autolesiones sin intención suicida*

Relaciones hipotéticas	Estimaciones estandarizadas	t-valor	p-valor
DERS → AUTOLESIONES	0.05	0.8	.402
IMPULSIVIDAD → AUTOLESIONES	0.31	4.9	<.000
DERS ↔ IMPULSIVIDAD	0.63	10.9	<.000
DERS—IMPULSIVIDAD → AUTOLESIÓN	Correlación múltiple al cuadrado ( $r^2$ )	Tamaño del efecto	Mediana variabilidad explicada
	.12	Efecto mediano	
AJUSTE DEL MODELO	$X^2=68,987$ ; $DF=32$ ; $CMIN/DF= 2.1$ ; $p<.001$ ; $CFI= .98$ ; $TLI= .98$ ; $RMSEA= .04$ ; $SRMR= .026$		

**Tabla 7***Índices de ajuste del modelo estructural sobre la desregulación emocional e impulsividad asociada a las autolesiones sin intención suicida.*

Índice de ajuste	Esperado	Obtenido
$X^2$ y grado de libertad (CMIN/DF)	CMIN/DF 2 a 3 (Escobedo et al., 2016)	2.1
Índice de Ajuste comparativo (CFI)	$CFI \geq .90$ (Rosario y Rovira, 2016)	0.98
Índice Tucker Lewis (TLI)	$TLI \geq .95$ (Rojas, 2020)	0.98
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	$RMSEA \leq .06$ (Muñoz et al., 2020)	0.04
Índice residual de la raíz cuadrada media (SRMR)	$SRMR \leq .05$ (Muñoz et al., 2020)	0.03

*Los índices de ajuste del modelo estructural presentan valores adecuados según la literatura psicométrica.*

En las tablas 6, 7 y en la figura 1, se muestran los resultados a nivel de ajuste absoluto y comparativo, bajo el supuesto de dos variables exógenas que influyen sobre la variable endógena de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes. Se realizó el análisis de regresión estructural, donde se destaca la variable exógena de impulsividad por su relación con las autolesiones de forma directa y significativa (.31,  $p < .05$ ), por el contrario, para la variable de desregulación emocional se obtuvo una relación directa y no significativa (.05,  $p > .40$ ) con las autolesiones. Además, la capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida, tuvo un efecto mediano,  $r^2 = .12$  (Cohen, 1988), rechazando de esta forma la  $H_0$ .

Al mismo tiempo que la relación planteada entre desregulación emocional e impulsividad arrojó un valor significativo de (.63,  $p < .05$ ), a fin de cuentas, la capacidad explicativa del modelo es del 12% aproximadamente, lo que hace ver que deben existir otras variables con mayor potencia para explicar este problema. Por ello, si se quisiera intervenir en la prevención de las conductas autolesivas en los adolescentes de Lima Metropolitana, habría que tomar en cuenta el elaborar un plan de acción que ayude a brindar herramientas para el control de los impulsos, por el contrario, la desregulación emocional se descartaría por la baja influencia que tiene sobre las autolesiones, y se tomarían en cuenta otras variables que juntas a la impulsividad cooperen en la prevención de la problemática de las autolesiones en los adolescentes.

### 4.3.2 Hipótesis específicas

**Tabla 8**

*Relación entre desregulación emocional y autolesiones sin intención suicida*

		Autolesiones sin intención suicida	
		Coefficiente de correlación	,308**
Rho de Spearman	Desregulación emocional	Sig. (bilateral)	0.000
		n	624

Nota: La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

En la tabla 8 se puede observar que, la desregulación emocional y las autolesiones sin intención suicida se relacionan. Esta relación es estadísticamente significativa, directa y de una magnitud media ( $p < .05$ ,  $r = .308$ ,  $r^2 = .09$ ). Esto quiere decir que, se rechaza  $H_0$ , por lo que sería necesario profundizar entre estas dos variables para estudiar más a detalle su relación y saber si podría tomarse en cuenta en un posible plan de acción contra las autolesiones en adolescentes.

**Tabla 9**

*Relación entre impulsividad y autolesiones sin intención suicida*

		Autolesiones sin intención suicida	
		Coefficiente de correlación	,328**
Rho de Spearman	Impulsividad	Sig. (bilateral)	0.000
		n	624

Nota: La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

En la tabla 9 se puede observar que existe relación entre la impulsividad y las autolesiones sin intención suicida. Esta relación es estadísticamente significativa,

directa y de una magnitud media ( $p < .05$ ,  $r = .328$ ,  $r^2 = .11$ ). Esto quiere decir que, se rechaza  $H_0$ , por lo que tendría que tomarse en cuenta también a la variable impulsividad si se quiere intervenir en las autolesiones. Además, se debe tomar en cuenta que en conjunto con la desregulación emocional actúan como un factor de riesgo en los adolescentes que tienen ideas de conductas autodestructivas.

**Tabla 10**

*Relación entre desregulación emocional e impulsividad*

		Impulsividad	
		Coeficiente de correlación	,547**
Rho de Spearman	Desregulación emocional	Sig. (bilateral)	0.000
		n	624

Nota: La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

En la tabla 10 se puede observar que existe relación entre la variable desregulación emocional e impulsividad. Esta relación es estadísticamente significativa, directa y de una magnitud considerable ( $p < .05$ ,  $r = .547$ ,  $r^2 = .30$ ). Esto significa que, se rechaza  $H_0$ , dando a entender que, a mayor desregulación emocional, mayor impulsividad, y viceversa. Estos datos, demuestran que tanto la desregulación emocional como la impulsividad, son variables que no hay que perder en cuenta, ya que, al estar correlacionadas, podrían desencadenar diferentes conductas y acciones negativas en una persona, y sobre todo en un adolescente, ya que es la edad donde con más frecuencia y mayor intensidad suele presentarse.

## V. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con el objetivo de establecer la capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana. En ese sentido, a continuación, se discuten los principales resultados, comparándolos con investigaciones previas, e interpretándolos según los modelos teóricos que se utilizaron para sustentar las variables de estudio.

Sobre la hipótesis general se plantea que la desregulación emocional y la impulsividad explican significativamente la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes, empero los resultados indicaron que las dos variables exógenas en conjunto sobre las autolesiones sin intención suicida (ASIS) solo produjeron un efecto mediano ( $r^2 = .12$ ) (Cohen, 1988). No obstante, el modelo SEM fue confirmado parcialmente por la variable impulsividad, mas no por la variable de la desregulación emocional, de esta forma se manifiesta la relevancia en parte de la teoría hipotetizada a priori. Este resultado se contrapone a los encontrados por Nester (2022) donde la desregulación de las emociones se relacionó con una mayor incidencia de las autolesiones. Asimismo, tiene similitud con el trabajo de Allen et al. (2019), quienes demostraron que las autolesiones más frecuentes y recientes se asocian con la impulsividad neurocognitiva. No obstante, se contrapone al estudio de Díaz (2022), quien no encontró significancia en la relación de las autolesiones con la impulsividad, probablemente por la diferencia poblacional.

Por otro lado, los resultados encontrados en este estudio pueden ser respaldados por la investigación de Obando et al. (2018), donde lograron identificar a la impulsividad como el mayor factor personal para cometer autolesiones tanto para adolescentes y pacientes. Además, en este estudio se encontró que la mayoría de adolescentes presentaban un alto nivel de desregulación emocional (72.1 %), pero el nivel de autolesiones en ellos se manifestaba mayormente en un nivel medio (38.1). Esto quiere decir que, no necesariamente un alto nivel de desregulación emocional llevará a cometer conductas autodestructivas, pero sí que estas influyen significativamente en la impulsividad, lo cual puede llevar a cometer conductas impulsivas en general (Miller y Racine, 2020).

Aunque la variable desregulación emocional, no tiene un valor predictivo, es necesario destacar que se podría seguir profundizando sobre la función de dicha variable en el modelo explicativo SEM de las autolesiones. Ya que, es vinculada reiteradamente en los antecedentes como un punto en el que el adolescente con ASIS tiene dificultad para el control de sus emociones (Raupp et al., 2018; Díaz et al., 2013), llevándolo a cometer la autolesión para aliviar o eliminar estados emocionales negativos (Gallego, 2019).

Por la razón antes expuesta, habría la probabilidad que la desregulación emocional funcione mejor como variable mediadora entre la autolesión y otras variables asociadas. Puesto que, desde la teoría de regulación emocional de Rachman indica que sirve para absorber o canalizar las reacciones emocionales, mas no sería para emitir una conducta específica como las autolesiones, sino para controlar las conductas causada por las emociones (Cabanach et al., 2018; Gonzáles et al., 2017). Esto podría señalar que primero se daría la angustia psicológica (Walsh, 2006), por lo cual surgiría la impulsividad desde sensaciones internas (Moeller et al., 2001), ante ello una pobre regulación emocional recién haría que se genere una reacción del adolescente emitiendo una conducta desadaptada impulsiva como lo son las ASIS (Miller y Racine, 2020).

Por otro lado, con lo que respecta a los resultados correlacionales para la primera hipótesis específica, refiere que existe relación directa entre desregulación emocional y las autolesiones sin intención suicida (ASIS), esta relación es estadísticamente significativa, directa y de una magnitud media ( $p < .05$ ,  $r = .308$ ,  $r^2 = .09$ ). Tales resultados coinciden con los alcanzados por Gallego (2019), quien menciona que los adolescentes autolesivos si presentan mayores niveles de desregulación emocional, lo cual les permite un alivio para las emociones negativas que sienten.

Lo anterior se refuerza desde la teoría del aprendizaje social de Bandura, donde se explica que la conducta autolesiva se vería fijada en el adolescente por medio del refuerzo pasado en donde hubo una sensación negativa que logró regularla emocionalmente con las autolesiones, dando paso luego al refuerzo



prometido con el que se realizan las ASIS (Bandura, 1989), el cual es esperar que la lesión alivie un estado afectivo negativo (DSM-5, 2014).

De acuerdo con la segunda hipótesis específica, la variable impulsividad también se relaciona con la variable de autolesiones, esta relación es estadísticamente significativa, directa y de una magnitud media ( $p < .05$ ,  $r = .328$ ,  $r^2 = .11$ ). Esto se puede comparar con los resultados obtenidos por Allen et al, (2019) en su trabajo con adultos, con y sin antecedentes de autolesión, quienes detectaron también que las ASIS se relacionan con la impulsividad neurocognitiva concretamente vinculada a circunstancias emocionales negativas. De igual manera, Obando et al. (2018) en su estudio sobre caracterización e identificación de las ASIS y variables clínicas asociadas logró identificar a la impulsividad como el mayor factor personal para cometer autolesiones tanto para adolescentes y pacientes. Además, la impulsividad demostró tener una relación sustancialmente más potente que la desregulación emocional, al impactar de forma significativa sobre las ASIS. Asimismo, Glenn y Klonsky (2010), también lo ratifican en su trabajo con autolesivos confirmados, donde también existió relación significativa respecto a la frecuencia de las autolesiones y la impulsividad.

Esta relación entre impulsividad y las autolesiones también vendría justificada desde la teoría del aprendizaje social de Bandura, siendo que estas reacciones impulsivas autodestructivas (Enriquez, 2018) serían aprendidas mediante la apreciación subjetiva y la observación directa del adolescente. Asimismo, resalta la imitación no solo como duplicación literal de la conducta, sino también como el significado simbólico que le da el sujeto para ser replicada luego (Bandura, 1989; 2003). De tal forma que, además de derivarse de haber observado alguna experiencia pasada, el acto impulsivo sería replicado por haber sido aprendido como un método para lidiar con sensaciones cognitivas negativas.

Por lo tanto, es probable que dicha experiencia venga dada de los padres, considerando que la investigación señala a la violencia intrafamiliar (83.50 %) como una característica que está presente en gran parte de adolescentes autolesivos (Gallegos et al., 2018; Ulloa et al., 2013). Aunque Fleeta (2017), señaló que la presencia de solo uno de los padres significó una característica negativa en el 50

% de los adolescentes estudiados. No obstante, para este trabajo se obtuvo que la mayoría de la población encuestada (69.9 %) vive con ambos padres.

De acuerdo a lo anterior, esta relación significativa entre ambas variables se entendería también desde la teoría biopsicosocial de la impulsividad de Barrat (1993). Ya que, al verse nublado el aspecto cognitivo en el adolescente, este no reflexionaría sobre su actuar, dándose un comportamiento inadecuado (Alcázar-Córcoles et al., 2010) y es en este punto, de no tener conciencia sobre la acción, donde se relacionan las ASIS con la impulsividad, provocando desde lesiones leves a moderadas (Mangall y Yurkovich, 2008).

Asimismo, el confirmar la correlación de la impulsividad sobre las ASIS, contemplaría elaborar programas preventivos sobre rasgos impulsivos presentes en algunas personas de la población adolescente (Mena et al., 2007). Debido a que, la impulsividad aparece en la mayoría de las investigaciones como un factor que da inicio a comportamientos riesgosos (Glenn y Klonsky, 2010). Además, Espinoza (2017), detectó que una de las causas de las ASIS es la ausencia de control de impulsos, de tal forma que se podría trabajar sobre estos dos factores antes mencionados, para prevenir o tratar esta problemática.

Para la tercera hipótesis, los resultados indican la presencia de la correlación entre la desregulación emocional y la impulsividad. Esta relación es estadísticamente significativa, directa y de una magnitud considerable ( $p < .05$ ,  $r = .547$ ,  $r^2 = .30$ ). Así también, se obtuvo una correlación significativa de magnitud considerable entre ambas variables en el modelo explicativo de las autolesiones (.63,  $p < .05$ ). Estos resultados son semejantes a los mostrados por Miller y Racine (2020), donde evaluaron formas específicas de regulación emocional confirmando su relación con la impulsividad, además de mencionar que la no aceptación de las emociones acarrea conductas impulsivas desadaptativas. En ese sentido, la parte fisiológica también relaciona ambas variables a nivel del sistema límbico y la amígdala (Lis et al., 2007). Por lo cual la manifestación de la desregulación emocional trae consigo también una mayor impulsividad en los adolescentes.

Estas coincidencias con los antecedentes tanto con los resultados de este estudio posibilitan la idea de trabajar programas preventivos sobre técnicas de

regulación emocional para evitar cuadros de crisis emocional e impulsividad en los adolescentes (Casey et al., 2019; Ernst, 2014). Ya que, ambas variables en conjunto están asociadas a tener conductas impulsivas desadaptadas, como las autolesiones (Miller y Racine, 2020; Enriquez, 2018). Por ello, sería conveniente trabajar en técnicas y herramientas que ayuden a manejar las emociones en los adolescentes, para que puedan manifestarlas mediante conductas más adaptativas, dado que estas ayudarían a influir positivamente en la forma en que se sienten y expresan las emociones (Sánchez y Díaz, 2009; Hervás y Moral, 2017)

Conviene también, subrayar que esta correlación se da a nivel conceptual en la parte de los procesos internos como la emoción y la cognición que provocan la impulsividad (Patton et al., 1995). Puesto que, en la desregulación emocional se daría justamente la vulneración del estado interno afectivo (Vargas y Muños-Martinez, 2013; Elices y Cordero, 2011). Ambos supuestos decantarían en la generación de la reacción impulsiva (Miller y Racine, 2020; Enriquez, 2018). Por ello, al no poder modular o cambiar la ocurrencia de los estados afectivos que es lo que permite el tener una buena regulación emocional (Hervás y Moral, 2017), estos se exteriorizarían en una conducta no planeada, llamada por Dickman (2000) como impulsividad disfuncional.

Por otro lado, es necesario hacer hincapié sobre las limitaciones de este estudio. En primer lugar, la confianza de no tener un autoinforme que mida específicamente impulsividad con reactivos adecuados para población adolescente, significó crear una escala *ad hoc* para los fines de esta investigación, lo cual demandó un mayor costo y tiempo para su construcción.

En segundo lugar, el tamaño muestral pudo haber sido mayor, ya que, a pesar de tener una muestra adecuada, se pudo observar que las cargas de las hipótesis iban mejorando conforme esta se incrementaba, esto a causa de la tendencia a marcar de forma negativa y lineal a los ítems, probablemente por el prejuicio cultural que tienen la variable ASIS e impulsividad.

En tercer lugar, otra limitación encontrada fue la técnica de aplicación de instrumentos, ya que, al realizarse de forma virtual, no se pudo tener exigencia y control sobre la muestra, evitando posibilidades de una mejor precisión al momento

de recoger los datos, esto a su vez lo pone en desventaja ante estudios realizados de manera presencial.

En cuarto lugar, la capacidad neófito de los investigadores sobre los modelos explicativos, no permitió abordar esta problemática desde otros puntos de vista que investigadores con mayor experiencia en el enfoque SEM pudieran tener, cuyo conocimiento hubiera facilitado el planteamiento desde un inicio de un modelo un poco más complejo que involucre variables mediadoras como parte del modelo estructural planteado en este trabajo. A pesar de estas limitaciones, los resultados de este estudio amplían la literatura, no solo sobre las variables que pueden explicar y predecir las conductas autolesivas, sino también los modelos SEM sobre esta problemática en población adolescente, debido a su escasa producción a nivel de pregrado.

En resumen, existe evidencia parcial sobre la capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional e impulsividad asociadas a las autolesiones. Sin embargo, se propone continuar con esta línea de investigación, con un mayor tamaño y control sobre la muestra, para verificar la consistencia y validez de los hallazgos. Por último, se le invita al lector interesado, a profundizar en las referencias bibliográficas utilizadas para este estudio, de tal forma que pueda vislumbrar un mayor panorama sobre esta problemática social.

## VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, se presentan las siguientes conclusiones:

1. La capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida, tuvo un efecto mediano  $r^2 = .12$  (Cohen, 1988).
2. En el modelo estructural planteado, se destaca la variable exógena de impulsividad, ya que su relación es directa y significativa ( $.31, p < .05$ ) con las autolesiones, mientras que la desregulación emocional tuvo una relación directa, y no significativa ( $.05, p > .40$ ).
3. La capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida, tuvo un efecto mediano  $r^2 = .12$  (Cohen, 1988).
4. La desregulación emocional y las autolesiones sin intención suicida se relacionan, esta es estadísticamente significativa, directa y de una magnitud media ( $p < .05, r = .308, r^2 = .09$ ).
5. La impulsividad y las autolesiones sin intención suicida. Esta relación es estadísticamente significativa, directa y de una magnitud media ( $p < .05, r = .328, r^2 = .11$ ).
6. Existe relación entre la variable desregulación emocional e impulsividad, y esta es estadísticamente significativa, directa y de una magnitud considerable ( $p < .05, r = .547, r^2 = .30$ ).

## VII. RECOMENDACIONES

De acuerdo con la realización de esta investigación, se presentaron las siguientes recomendaciones:

1. En futuras investigaciones, se recomienda y anima a los investigadores que se profundice este estudio a través de un modelo SEM más complejo, por la necesidad exploratoria que aún tienen las variables que pudieran explicar mejor las ASIS, y que se sumen a la ya identificada impulsividad en este modelo explicativo para poder determinar cuál sería el circuito o modelo completo que explicarían esta conducta.
2. Se sugiere que en próximas investigaciones se centren en ampliar más la literatura, analizando la variable ASIS, de tal forma que, se pueda lograr dar un lugar específico en futuras ediciones en la sección II del Manual DSM-5, como diagnóstico oficial de trastorno mental, lo cual permitirá proporcionar un lenguaje común en los investigadores y clínicos, a fin de detectar con criterios estandarizados oficialmente para diagnosticar estas conductas desadaptativas.
3. Al mismo tiempo, se recomienda seguir utilizando la escala de impulsividad ECI-R, no solo por su practicidad sino también para revalidar sus evidencias psicométricas en la población específica que se requiera evaluar.
4. Reproducir este estudio con una muestra de mayor tamaño, a la cual se pueda tener más control y sea evaluada por un mayor período de tiempo, para tener resultados más enriquecedores.

## REFERENCIAS

- Acevedo, Y., Lizcano, J. y Serrano, H. (2020). *Conductas autolesivas en los adolescentes una revisión documental* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia] Repositorio Universidad Cooperativa de Colombia. <https://docplayer.es/197220127-Las-conductas-autolesiva-en-los-adolescentes-una-revision-documental.html>
- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *Adicciones*, 24(1), 17-22. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/113/109>
- Albert, J., Lopez-Martin, S., Fernandez-Jaen, A., y Carretie, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Neurología de la Conducta*, 47(1), 39-45. [https://www.psicologos-montevideo.com/uploads/5/6/7/2/56720165/revneuroitdah-alteraciones\\_emocionales2008.pdf](https://www.psicologos-montevideo.com/uploads/5/6/7/2/56720165/revneuroitdah-alteraciones_emocionales2008.pdf)
- Albores-Gallo, L., Méndez, J., Xóchitl, A., Delgadillo, Y., Chávez, C. y Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-159-168-346514.pdf>
- Alcázar-Córcoles, M., Verdejo, A., Bouso, J. y Bezos, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Revista de neurología*, 50(5), 291-299. [https://www.researchgate.net/publication/331126451\\_Neuropsicologia\\_de\\_la\\_agresion\\_impulsiva](https://www.researchgate.net/publication/331126451_Neuropsicologia_de_la_agresion_impulsiva)
- Alcázar-Córcoles, M., Verdejo, A. y Bouso, J. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(5):161-9. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-161-9-505471.pdf>

- Allen, K., Fox, K., Schatten, H. & Hooley, J. (2019). Frequency of nonsuicidal self-injury is associated with impulsive decisionmaking during criticism. *Psychiatry Research*, 271, 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.022>
- American Psychological Association [APA] (7th ed.). (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association*. <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - 5) (5° ed.)*. Madrid: Editorial. Médica Panamericana.
- Bach, G. (1974). Habitual Violence and Self-Mutilation. *Am J Psychiatry*, 131(9), 1018-1020. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.9.1018>
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development, Six theories of child development*, 1-60. <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1989ACD.pdf>
- Barratt, E. (1983). The biological basis of impulsiveness: the significance of timing and rhythm disorders. *Personality and Individual Differences*, 4(4), 387-391. Doi: 10.1016/0191-8869(83)90004-1
- Barratt, E. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. McCown, J. Johnson, & M. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment*, 39–56. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10500-003>
- Beckman, K., Mittendorfer-Rutz, E., Linchtenstein, P., Larsson, H., Almqvist, C., Runeson, B., & Dahlin, M. (2016). Mental illness and suicide after self-harm among young adults: long-term follow-up of self-harm patients, admitted to hospital care, in a national cohort. *Psychological Medical*, 46(16), 3397-3405. <https://doi.org/10.1017/s0033291716002282>
- Bentler, P. (1992). Sobre el ajuste de modelos a covarianzas y metodología al boletín. *Boletín Psicológico*, 11(2), 400 – 404. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.112.3.400>



- Bentler, P. y Wu, E. (2002). *EQS structural equations program manual*. Encino, ca: multivariate software, Inc. [https://www.mvsoft.com/wp-content/uploads/2021/04/EQS\\_6\\_User\\_Guide\\_R8.pdf](https://www.mvsoft.com/wp-content/uploads/2021/04/EQS_6_User_Guide_R8.pdf)
- Bologna, E. (2011). *Estadística Para Psicología y Educación*. Editorial Brujas. [https://www.academia.edu/27629330/Estadistica\\_Para\\_Psicologia\\_y\\_Educacion\\_1ed\\_Bologna](https://www.academia.edu/27629330/Estadistica_Para_Psicologia_y_Educacion_1ed_Bologna)
- Bresin, K., Carter, D. & Gordon, K. (2013). The relationship between trait impulsivity, negative affective states, and urge for nonsuicidal self-injury: A daily diary study. *Psychiatry Research*, 205(3), 227-231. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178112005343?via%3Dihub>
- Cabanach, R., Souto, A., González, L. y Corrás, T. (2018). Afrontamiento y regulación emocional en estudiantes de fisioterapia. *Universitas Psychologia*, 17(2). [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/17-2%20\(2018\)/64755019014/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/17-2%20(2018)/64755019014/)
- Cabrera, N. (2021). Autolesiones no suicidas y variables sociodemográficas en adolescentes limeños. *Unifé*, 29(1), 59-77. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/download/2350/2417>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L. & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-228. <http://www.psicothema.com/pdf/4256.pdf>
- Campo, A. (2022). *Comportamientos suicidas: perspectivas del siglo XXI*. Unimagdalena. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mtxmEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1975&dq=autolesiones+no+suicidas+a+nivel+mundial+2022&ots=FM3T4sLmYg&sig=IE8lrhvtx89frhWRZpnmxyNeGfc#v=onepage&q=autolesiones%20no%20suicidas%20a%20nivel%20mundial%202022&f=false>
- Cañón, S. y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es).

- Casey, B., Heller, A., Gee, D. & Cohen, A. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience Letters*, 693, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055>
- Casillas, D. (2020). La autolesión como forma de expresión de las emociones: El papel que juega la retroflexión en las autolesiones. *Revista de la Universidad del Valle de Atemajac*, (96), 30-37. <http://www.univa.mx/publicaciones/revistas/2020/No-96-enero.pdf#page=32>
- Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 77(4), 226-235. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n4/a05v77n4.pdf>
- Castro, S. y Castro, F. (2016). Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología (Internet)*, 9(2), 22-30. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2016.2706>
- Catena, A., Ramos, M. y Trujillo, H. (2003). *ANÁLISIS MULTIVARIADO: Un manual para investigadores*. Biblioteca Nueva. [https://www.researchgate.net/publication/281711073\\_Analisis\\_multivariado\\_Un\\_manual\\_para\\_investigadores](https://www.researchgate.net/publication/281711073_Analisis_multivariado_Un_manual_para_investigadores)
- Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V., y Delgado, A. (2005). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Suma Psicológica*, 12(2), 157-173. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2567519.pdf>
- Celma, J. (2015). *Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo*. Ediciones San Juan de Dios. [https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases\\_teoricas\\_y\\_clinica\\_comportamiento\\_impulsivo.pdf](https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases_teoricas_y_clinica_comportamiento_impulsivo.pdf)
- Chaney, S. (2018, 16 de enero). Cómo los psicoanalistas de la década de 1930 pensaban que las autolesiones explicaban la guerra.

<https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-history-self-harm/201801/how-1930s-psychoanalysts-thought-self-harm-explained-war>

Chapman, A, Gratz, K y Brown, M (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394. doi:10.1016/j.brat.2005.03.005

Cipriano, A., Cella, S. & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 8(8), 1946. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29167651/>

Cohen, J. (2nd ed.). (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>

Cole, P., Michel, M. & Teti, L. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev*, 59(2-3), 73-100. doi:10.2307/1166139

Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). Código de ética profesional del psicólogo peruano. [https://sipsych.org/wp-content/uploads/2015/09/Peru\\_-\\_Codigo\\_de\\_Etica.pdf](https://sipsych.org/wp-content/uploads/2015/09/Peru_-_Codigo_de_Etica.pdf)

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica –CONCYTEC. (2018). Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación tecnológica - reglamento renacyt. [https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento\\_renacyt\\_version\\_final.pdf](https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf)

Conterio, K., Lader, W. & Kingston, W. (1998). *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injuries*. Hyperion. <https://acortar.link/EysQ3l>

Coté, S., Gyurak, A., & Levenson, R. (2010). The ability to regulate emotion is associated with greater well-being, income and socioeconomic status. *Emotion*, 10(6) 923-933. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175372/>

- Del Brío, P., Vázquez, M. y Imaz, C. (2019). Adolescente con autolesiones no suicidas en un entorno de adversidad psicosocial. *Arch Argent Pediatr*, 117(5), 485-488. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n5a16.pdf>
- Díaz, I. (2022). *Relación entre impulsividad y autolesiones en estudiantes universitarios* [Trabajo de pregrado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia. [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/25824/13/D%c3%adaz Idalis\\_2021\\_ImpulsividadAutolesionesUniversitarios.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/25824/13/D%c3%adaz%20Idalis_2021_ImpulsividadAutolesionesUniversitarios.pdf)
- Díaz, M., García, R., De León, V., Pérez, M., Baca, E., y Carballo, J. (2013). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 137-145. doi:10.1016/j.rpsm.2013.09.003
- Dickman, S. (2000). Impulsivity, arousal and attention. *Personality and Individual Differences*, 28(3), 563–581. doi:10.1016/s0191-8869(99)00120-8
- Dodge, K., & McCourt, S. (2010). Translating models of antisocial behavioral development into efficacious interventions policy to prevent adolescent violence. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 277 – 285. doi: 10.1002/dev.20440.
- Elices, M. y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), junio, 132-152. <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847405006.pdf>
- Enriquez, C. (2018). *Rasgos de personalidad y su relación con las conductas autodestructivas en los adolescentes de 16 a 18 años de edad del colegio de Bachillerato 27 de febrero de la ciudad de Loja periodo 2017-2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja] Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Loja. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20913/3/TESIS%20Cynthia%20Enriquez.pdf>

- Escobedo, M., Hernández, J., Estebane, V. y Martínez, G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Ciencia y trabajo*, 18 (55), 16 – 22. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v18n55/art04.pdf>
- Espinoza, K. (2017). *Características psicosociales en los adolescentes con conductas autolesivas pertenecientes a la unidad educativa “Velasco Ibarra” del cantón buena fe* [Tesis de maestría, Universidad de Guayaquil] Repositorio Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26523>
- Ernst, M. (2014). The triadic model perspective for the study of adolescent motivated behavior. *Brain and Cognition*, 89, 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2014.01.006>
- Farrington, D. (1998). Predictors, causes and correlates of male youth violence. *Crime and Justice*, 24, 421–475. doi:10.1086/449284
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Jhu Press. <https://acortar.link/milbhs>
- Favazza, A. & Rosenthal, R. (1993). Diagnostic Issues in Self-Mutilación. *Hospital and community psychiatry*, 44(2), 134–140. [https://www.researchgate.net/publication/14765806\\_Diagnostic\\_Issues\\_in\\_Self-Mutilation](https://www.researchgate.net/publication/14765806_Diagnostic_Issues_in_Self-Mutilation)
- Favazza, A. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 186(5), 259-268. 10.1097/00005053-199805000-00001
- Fen, Y., Fei, P. & Wey, F. (2013). Parental bonding and personality characteristics of first episode intention to suicide or deliberate self-harm without a history of mental disorders. *BMC Public Health* 13(421), 1-8. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1471-2458-13-421.pdf>
- Ferro, L., Franco, J., Izquierdo, V., Gonzales, L. y Villegas M. (2020). Relación de conductas autolesivas con fines no suicidas y depresión en población adolescente escolarizada. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*,

<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/3149/2702>

- Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia una conducta emergente. *Boletín Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45. <https://dialnet.unirioja.es/revista/25898/V/47>
- Flores, M., Cancino, M., y Figueroa, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 200-216. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2018/csp184p.pdf>
- Frías, A., Vásquez, 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/servlet/articulo?codigo=4393274>
- Gallego, B. (2019). *Factores de riesgo y de protección de las autolesiones no suicidas en población adolescente española*. [Tesis doctoral, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir]. RIUCV. <https://1library.co/document/y933gwjy-factores-riesgo-proteccion-autolesiones-suicidas-poblacion-adolescente-espanola.html>
- Gallegos-Santos, M., Casapia, Y. & Rivera, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Interacciones*, 4(2), 143-151. <https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/57/120>
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342006000300004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004)
- Glenn C., & Klonsky, E. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67–75. <https://doi.org/10.1037/a0017427>

- Gómez, O. y Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación Psicológica*, 8(1), p. 96-117. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>
- Gonzales, L., Vasco, I. y Nieto, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855292>
- González, R., Souto-Gestal, A. y Fernández, R. (2017). Perfiles de regulación emocional y estrés académico en estudiantes de fisioterapia. *European Journal of Education and Psychology*, 10(2), 57-67. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888899217300119>
- Gratz, K. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. <https://www.semanticscholar.org/paper/Risk-Factors-for-and-Functions-of-Deliberate-An-and-Gratz/c243f9fb5d397a950460937e6bdc2f063aa920e0>
- Gratz, K. (2007). Targeting Emotional Dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091-1103. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17932982/>
- Gratz, K. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://acortar.link/aMKes3>
- Gross, J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. (1999). Emotion and regulation. In L.A. Pervin & O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.). 525-552. New York: Guildford. <https://acortar.link/NdjAoX>

- Gross, J. & Thompson, R. (2007). Emotion regulation Conceptual Foundation. *Conceptual foundations*, 1-23. [https://www.researchgate.net/publication/303248970\\_Emotion\\_Regulation\\_Conceptual\\_Foundations](https://www.researchgate.net/publication/303248970_Emotion_Regulation_Conceptual_Foundations)
- Hair, J., Black, W., Babin, B. y Anderson, R. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7a ed.). Pearson Education Limited. <https://files.pearsoned.de/inf/ext/9781292035116>
- Hernández, R y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGRAW-HILL. [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). McGRAW-HILL. [https://www.academia.edu/25455344/Metodolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_investigaci%C3%B3n\\_Hernandez\\_Fernandez\\_y\\_Baptista\\_2010\\_](https://www.academia.edu/25455344/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_Hernandez_Fernandez_y_Baptista_2010_)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.
- Hervás, G. y Moral, G. (2017, 1ª ed. julio-septiembre). Regulación emocional aplicada al campo clínico[curso]. *FOCAD para División de Psicoterapia*, Madrid, España. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Hu, L. y Bentler, P. (2009). Criterios de corte para índices de ajuste en análisis de estructura de covarianza: Criterios convencionales versus nuevas alternativas. *Modelado de ecuaciones estructurales: una revista multidisciplinaria*, 6 (1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>



- Ibáñez, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 65-70. <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-07.pdf>
- Jacobson, C., Muehlenkamp, J., Miller, A. & Turner, J. (2008). Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375. doi: 10.1080/15374410801955771
- Kaufman, E., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. & Crowell, S. (2015). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and Replication in Adolescent and Adult Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443-455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ta ed.). Mc Graw-Hill/Interamericana. <https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>
- Kline, R. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4ta ed.). The Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-Kline/9781462523344>
- Klonsky, E. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17014942/>
- Klonsky, E. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 260–268. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Kumar, G., Pepe, D. & Steer, R. (2004). Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 830–836. DOI: 10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2
- Kushner, A. (1967). Two cases of auto-castration due to religious delusions. *Br J Med Psychol*, 40(3), 293-298.

<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.2044-8341.1967.tb00580.x>

- Kuznik, A., Hurtado, A. y Espinal, A. (2010). El uso de la encuesta de tipo social en traductología. Características metodológicas. *MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación*, (2), 315-344. <https://www.redalyc.org/pdf/2651/265119729015.pdf>
- Iacobucci, D. (2010). Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advance topics. *Journal of Consumer Psychology* 20(1), 90–98. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1057740809001120>
- Laplanche, J., Pontalis, J. y Lagache, D. (2004). Diccionario de psicoanálisis. Paidós. <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf>
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J. & Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Psychiatry Neurosci*, 32(3) 162-173. <https://www.jpn.ca/content/jpn/32/3/162.full.pdf>
- Liu, W., Lee, Goldweber, A., Petras, H., Storr, C. Ialongo, N., & Martins, S. (2013). Impulsivity trajectories and gambling in adolescence among urban male youth. *Addiction*, 108(4), 780-788. doi:10.1111/add.12049
- Leiva, J. y Concha, A. (2019). Autolesiones no suicidas y su relación con el estilo de apego en una muestra no clínica de adolescentes chilenos. *Salud & Sociedad*, 10(1), 84-99. <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/3198/3183>
- López-Aguado, M., y Gutiérrez-Provecho, L. (2019). Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), 1–14. <http://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>
- López, L., Sanchez, A. y Fernández M. (2008). Impulsividad, autoestima y control cognitivo en la agresividad del adolescente. *EduPsykhé*, 7(1), 81-99. <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/3806/2752>

- Lozano, C., Huertas, A., Martínez, C., Ezquiaga, E., García, E. & Rodríguez, F. (2004). Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 11-22. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n91/v24n3a02.pdf>
- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, 37(8), 1183-92. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17349105/>
- Luna, I. (2012). Transgresiones corporales, autolesión impulsiva y psiquiatría. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. *Interpsiquis*, 1-23. <http://www.psiquiatría.com/bibliopsiquis/handle/10401/5323>.
- MacAniff, L., & Kiselica, M. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling and Development*, 79(1), 46-52. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01942.x>
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E., Fekete S., Van Heeringen, K., Ytsgaard, M. & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499–508. doi:10.1007/s00787-011-0210-4
- Malon, D. & Berardi, D. (1987). Hypnosis with Self-Cutters. *American Journal of Psychotherapy*, 41(4), 531–541. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.4.531>
- Mangall, J., & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in psychiatric care*, 44(3), 175-184. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2008.00172.x>
- Mardia, K. (1970). Measures of Multivariate Skewness and Kurtosis with Applications. *Biometrika*, 57(3), p. 519-530. <https://academic.oup.com/biomet/articleabstract/57/3/519/253220?login=false>

- Marín, M., Martínez, K. y Torres, C. (2021). Quality of attachment, trauma, psychopathology, and frequency of non-suicidal self-injury in Mexican adolescents suffering from psychosocial vulnerability: Description of a risk profile. *Salud Mental*, 44(2), 53-63. 10.17711/SM.0185-3325.2021.009
- Mayer, P., Morales, N., Figueroa, G. & Ulloa, R. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Revista Salud Pública de México*, 58(3), 335-336. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>
- Mena, I., Correa, R. y Armando N. (2007). Alteraciones neuro-funcionales en trastornos del ánimo que cursan con conductas auto-mutilatorias: estudio de perfusión regional cerebral a partir de la técnica de Neuro-SPECT Tc99-HMPAO. *Alasbimn Journal* 9(36), 57-70. [https://web.uchile.cl/vignette/borrar1/alasbimn/CDA/sec\\_b/0,1206,SCID%253D19905,00.html](https://web.uchile.cl/vignette/borrar1/alasbimn/CDA/sec_b/0,1206,SCID%253D19905,00.html)
- Miller A, y Racine S. (2020). Emotion regulation difficulties as common and unique predictors of impulsive behaviors in university students. *Journal of American College Health*, 2-8. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1799804>
- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud mental*, 32(6), 495-502. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n6/v32n6a7.pdf>
- Moeller, F., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J. & Swann, A. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. [https://www.researchgate.net/publication/11661915\\_Psychiatric\\_Aspects\\_of\\_Impulsivity](https://www.researchgate.net/publication/11661915_Psychiatric_Aspects_of_Impulsivity)
- Mollá, L., Batlle, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L., Perez, V. y Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61. [http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/14408/pdf\\_41](http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/14408/pdf_41)

- Mondragón, A. (2014). Uso de la correlación de spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento científico*, 8(1), 98-104. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.08111>
- Muñoz, R., Hanks, H. & Hellman CH. (2020). Hope and Resilience as Distinct Contributors to Psychological Flourishing Among Childhood Trauma Survivors. *American Psychological Association* 26(2), p. 177-184. <https://psycnet.apa.org/record/2019-60770-001>
- Navarro, O., Restrepo-Ochoa, D., Rommel, D., Ghalaret, J. & Fleury-Bahi, G. (2021). Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale with a Spanish speaking population (DERS-S SF). *CES psicología*, 14(2), 71-88. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.5360>
- Nester, M., Brand, B., Schielke, H. & Kumar, S. (2022) An examination of the relations between emotion dysregulation, dissociation, and self-injury among dissociative disorder patients, *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2031592, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20008198.2022.2031592>
- Nieto, Cecilia Marino; Chafey, María I. Jiménez; Caraballo, Carilu Pérez. (2018). Perfil de estudiantes universitarios/as que han tenido intentos suicidas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 29(2), 364-375. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6773572.pdf>
- Nock, M. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6(1), 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Ñaupas, H., Validivia, M., Palacios, J. y Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación Cuantitativa - Cualitativa Y Redacción de Tesis* (5ta ed.). Ediciones de la U. <https://corladancash.com/wp-content/uploads/2020/01/Metodologia-de-la-inv-cuanti-y-cuali-Humberto-Naupas-Paitan.pdf>
- Obando, D., Trujillo, A. y Prada, M. (2018). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 189-200.

<https://pdfs.semanticscholar.org/afd9/328f66d54d6a77c36a23d2b57616b2646fbd.pdf>

- Osorio, R. (2013). Impulsividad y agresividad en adolescentes. *El malestar de los jóvenes*. 195-197. Ediciones Diaz de Santos. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ocazinjpw\\_QC&oi=fnd&pg=PA195&dq=la+impulsividad&ots=snsXgikgS6&sig=chyVuOW7zzo-0T4anflib58gsCo#v=onepage&q=la%20impulsividad&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ocazinjpw_QC&oi=fnd&pg=PA195&dq=la+impulsividad&ots=snsXgikgS6&sig=chyVuOW7zzo-0T4anflib58gsCo#v=onepage&q=la%20impulsividad&f=false)
- Ospina, M., Ulloa, M. y Ruiz, L. (2019). Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *SEMERGEN*, 45(8), 546-551. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359319300784>
- Otazú, A. y Torres, L. (2014). *Impulsividad disfuncional y conductas autodestructivas en estudiantes universitarios* [Tesis de pregrado, Universidad católica de Santa María]. <https://1library.co/document/q7w395dz-impulsividad-disfuncional-y-conductas-autodestructivas-en-estudiantes-universitarios.html>
- Otzen, T y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Paredes, C. y López, M. (2004). Factores motivacionales de la conducta aprendida. *Seminario Medico*, 56(2), p. 123-134. <https://n9.cl/7y17p>
- Pascual, A. y Conejero, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(1), 74-86. [https://www.redalyc.org/jatsRepo/2430/243058940007/html/index.html#redalyc\\_243\\_058940007\\_ref29](https://www.redalyc.org/jatsRepo/2430/243058940007/html/index.html#redalyc_243_058940007_ref29) Reyes
- Patton, J., Stanford, M., & Barratt, E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768. <https://search.proquest.com/docview/236936081?accountid=37408>

- Pedrosa, I., Juarros, J., Robles, A., Basteiro, J. y García, E. (2014). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar?. *Universitas Psychologica*, 13(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.pbad>
- Pérez, C. (2004). *Técnicas de Análisis Multivariante de Datos*. Pearson Prentice Hall.  
[https://www.academia.edu/15630810/Tc3a9cnica\\_de\\_anc3a1lisis\\_multivariante\\_spss](https://www.academia.edu/15630810/Tc3a9cnica_de_anc3a1lisis_multivariante_spss)
- Pérez, E., Medrano, L. y Sánchez, J. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(1), p. 52-66. <https://www.redalyc.org/pdf/3334/333427385008.pdf>
- Peters, E., Baetz, M., Marwaha, S., Balbuena, L., & Bowen, R. (2016). Affective instability and impulsivity predict nonsuicidal self-injury in the general population: A longitudinal analysis. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(17), 1-7.  
<https://bpded.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40479-016-0051-3.pdf>
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 42(3), 125–132.  
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/89/ESP/16-89-ESP-125-132-661031.pdf>
- Quinteros, A., Sanchez, L., Agredo, J. y Oviedo, L. (2021). Parasuicidio en púberes y adolescentes escolarizados. *Revista Espacios*, 42(7), 1-21.  
<https://www.revistaespacios.com/a21v42n07/a21v42n07p01.pdf>
- Rangel, J. y Jurado, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Raupp, C., Marin, A. y Mosmann, C. (2018). Comportamientos autolesivos y administración de emociones en mujeres adolescentes. *Psicología clínica*, 30(2), 289-308.  
<https://www.redalyc.org/journal/2910/291057852006/291057852006.pdf>

- Real Academia Española [RAE]. (2022). Significado de eficacia. <https://dle.rae.es/eficacia?m=form>
- Resolución Viceministerial N° 233-2021-MINEDU (2021). Ministerio de Educación del Perú [MINEDU]. N° 233-2021-MINEDU. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2036996/RVM%20N%C2%B0%20233-2021-MINEDU.pdf.pdf>
- Resolución Ministerial N° 538-2009-MINSA (2009). Ministerio de Salud [MINSA]. El Peruano No 401155. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246361-538-2009-mins>
- Reynoso, E. (2022). Efectos de la COVID-19 en la Salud Mental de Niños y Adolescentes: Una Revisión. *Polo del Conocimiento*, 7(3), 247-264. [10.23857/pc.v7i3.3729](https://doi.org/10.23857/pc.v7i3.3729)
- Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. *Revista Perspectivas de la Comunicación*, 4(1), 123-140. [https://www.researchgate.net/publication/277273859\\_Comunicacion\\_en\\_salud\\_Conceptos\\_y\\_modelos\\_teoricos](https://www.researchgate.net/publication/277273859_Comunicacion_en_salud_Conceptos_y_modelos_teoricos)
- Rojas, L. (2020). robustez de los índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio a los valores extremos. *Revista de matemática: teoría y aplicaciones*, 27(2), 383-404. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/matematica/article/view/33677>
- Rosario, E. y Rovira, L. (2016). Revisión de las propiedades psicométricas y estructura interna de la escala de compromiso organizacional usando el modelo de ecuaciones estructurales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 27(1). 166 – 182. <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233245623011.pdf>
- Ruiz, A., Díaz, M, y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. UNED. <https://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1286.%20Mamual%20de%20t%C3%A9cnicas%20de%20intervenci%C3%B3n%20cognitivo%20conductuales.pdf>
- Sánchez, R. y Díaz, R. (2009). Identificación de las estrategias de regulación emocional para la frustración y el enojo mediante una medida psicométrica.



- Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 54-69.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2009/mip091f.pdf>
- Sanchez, T. (2017). Autolesión y mentalización: viaje a través de las heridas. *Revista electrónica de psicoterapia*, 11(2), 337-351.  
[https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V11N2\\_2017/08Sanchez\\_2017\\_Autolesion-Mentalizacion\\_CeIR\\_V11N2.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V11N2_2017/08Sanchez_2017_Autolesion-Mentalizacion_CeIR_V11N2.pdf)
- Sánchez, T. (2018). Autolesiones en la adolescencia: significados, perspectivas y proyección para su abordaje terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 185-209.  
<https://revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/196/103>
- Sarmiento, P., Pérez, C., Durán, Y., Upegui, D. y Rodríguez, F. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 7(3), 65-75.  
<https://acortar.link/61igU1>
- Simeon D. y Favazza A. (2001). Self-Injurious Behaviors: Assessment and Treatment. American psychiatric publishing.  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=XAZtKwiLhB0C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Simeon+y+Favazza,+2001&ots=7WWry3Whkt&sig=qDPQ6yWREiCKb4L9sQIGsshUfmw#v=onepage&q=Simeon%20y%20Favazza%2C%202001&f=false>
- Soto, A., Villarroel, P., & Véliz, A. (2020). Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 8(3), 2-9. <https://doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672>
- Stanford, M., Mathias, C., Dougherty, D., Lake, C., Anderson, E. & Patton, J. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences* 47(5), 385-395.  
[http://homepages.se.edu/cvonbergen/files/2013/01/Fifty-Years-of-the-Barratt-Impulsivenss-Scale\\_An-Update-and-Review.pdf](http://homepages.se.edu/cvonbergen/files/2013/01/Fifty-Years-of-the-Barratt-Impulsivenss-Scale_An-Update-and-Review.pdf)
- Stevens, J. (2009). Applied multivariate statistics for the social sciences (5a. ed.). Routledge. <https://onx.la/7bdc8>

- Sweeny, S. & Zamecnik K. (1981). Predictors of self-mutilation in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 138(8), 1086-1089. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7258387/>
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52. doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x
- Tragesser, S., & Robinson, R. (2009). The role of affective instability and UPPS impulsivity in borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 370-383. DOI: 10.1521/pedi.2009.23.4.370
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. y Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36(5), 417-420. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n5/v36n5a10.pdf>
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2019, 5 de noviembre) Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales: Alrededor del 15% de los adolescentes de países de ingresos bajos y medios ha considerado el suicidio. UNICEF. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>
- Vargas, R. y Muños-Martínez, A. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240. <https://www.redalyc.org/pdf/3051/305128932003.pdf>
- Vargas, T. y Mora, R. (2017). Tamaño de la muestra en modelos de ecuaciones estructurales con constructos latentes: *Un método práctico. Actualidades Investigativas en Educación*, 17(1), 1-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/aie.v17i1.27294>
- Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, A., Lara, A., Méndez, I., Martínez, R., Romero, S. y Pascual, J. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué?. *Actas*

españolas de psiquiatría, 46(4), 146-155.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6522853>

Ventura, J., Caycho, T. y Barboza, M. (2020). ¿Cuántos participantes son necesarios?: Un método para estimar el tamaño muestral en SEM. *Archivos argentinos de pediatría*, 118(5), e510-e513.  
[https://www.researchgate.net/publication/344024389\\_Cuantos\\_participantes\\_son\\_necesarios\\_Un\\_metodo\\_para\\_estimar\\_el\\_tamano\\_muestral\\_en\\_SEM](https://www.researchgate.net/publication/344024389_Cuantos_participantes_son_necesarios_Un_metodo_para_estimar_el_tamano_muestral_en_SEM)

Vidal, R. (2012). Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Papers: revista de sociología*, 97(1), 193-223.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3846220>

Viejo, C. y Ortega, R. (2015). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*, 7(2), 109-118.  
<http://www.DialnetCambiosYRiesgosAsociadosALaAdolescencia-6360213.pdf>

Vilchez, J. (2017). Validación en Población Ecuatoriana de una Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida Basada en el DSM-5. 7. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 51(2), 163-169.  
<https://doi.org/10.21865/RIDEP51.2.12>

Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M., y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>

Walsh, B. (2006). *Treating self-injury. A practical guide* (2da ed.). The Guilford Press. <https://acortar.link/6Vd8cl>

World Health Organization (WHO). (2020). *Preventing suicide: a global imperative*, *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. Ginebra: WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- Weis, N., Gratz, K. & Lavender, J. (2015). Factor Structure and Initial Validation of a Multidimensional Measure of Difficulties in the Regulation of Positive Emotions: The DERS-Positive. *Behavior Modification*, 39(3), 1-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25576185/>
- Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 103-108. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0156-y>
- Winchel, R. y Stanley, M. (1991). Biology of Self-Mutilation. *Am J Psychiatry* 148(3), 306-317. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.3.306>
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(31), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>

## ANEXOS

### Anexo 1. Matriz de Consistencia interna

TÍTULO: Desregulación emocional e impulsividad asociadas a las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana						
AUTORES: Pari Roque, Kihara Yahaira y Sánchez Del Pozo, Wilmer Julio						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
¿Cuál es la capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana?	<p><b>Objetivo general:</b> Establecer la capacidad explicativa conjunta de la desregulación emocional y la impulsividad sobre la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana:</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> a) describir los niveles de desregulación emocional, impulsividad y autolesiones, b) establecer la relación entre desregulación emocional y autolesiones sin intención suicida, c) establecer la relación entre impulsividad y autolesiones sin intención suicida, y d) establecer la relación entre desregulación emocional e impulsividad.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> La desregulación emocional y la impulsividad explican significativamente la variabilidad de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b> a) existe relación directa entre desregulación emocional y autolesiones sin intención suicida, b) existe relación directa entre impulsividad y autolesiones sin intención suicida, y c) existe correlación directa entre desregulación emocional e impulsividad.</p>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>Variable 1: Autolesión sin intención suicida</b>		
			D1: Autolesión por debajo de la piel	Indicadores	Ítems	Escala
			D2: Autolesión por encima de la piel	Introducir por debajo de la piel con ácido, frotando objetos o con objetos punzantes	5,1,2,12,8	Ordinal
				Arrancar por encima de la piel, uñas o pelo, pellizcar, rascar o morder	7,10,9,6,11,3,4	
			<b>DIMENSIONES</b>	<b>Variable 2: Desregulación Emocional</b>		
			D1: No aceptación	Indicadores	Ítems	Escala
			D2: Metas	No aceptar sus respuestas emocionales	7,12,16	Ordinal
			D3: Impulsividad	Presencia de dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterando	8,11,13	
			D4: Estrategias	Dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado	9,14,17	
			D5: Conciencia	Acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas	10,15,18	
			D6: Claridad	Falta de conciencia emocional	1,4,6	
			<b>DIMENSIONES</b>	<b>Variable 3: Impulsividad</b>		
			D1: Impulsividad cognitiva	Indicadores	Ítems	Escala
D2: Impulsividad conductual	Falta de control y concentración en las respuestas.	1, 2, 3	Ordinal			
	Conducta rápida y espontánea, que busca disminuir el impulso fisiológico.	5, 6, 7				

**Anexo 2.** Matriz de operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>V1. Autolesión sin intención suicida</b>	Acción en el que el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión solo conlleva un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida) (DSM-5, 2014)	El instrumento aplicado consta de 12 reactivos con escala de respuesta de tipo Likert, cuyos valores se comprenden entre 1 (nunca) hasta 5 (siempre) (Albores-Gallo et al., 2014).	Autolesión por debajo de la piel	Introducir por debajo de la piel con ácido, frotando objetos o con objetos punzantes	5,1,2,12,8	Ordinal
			Autolesión por encima de la piel	Arrancar por encima de la piel, uñas o pelo, pellizcar, rascar o morder	7,10,9,6, 11,3,4	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
<b>V2. Desregulación emocional</b>	Linehan (1993) refirió que la desregulación emocional es una elevada vulnerabilidad para regular una emoción, así como un déficit en la habilidad de la modulación emocional.	Se trata de una escala en versión en inglés de 18 ítems propuesta por Kaufman et al. (2015) y adaptada por Navarro et al. (2020). Se les pide a los participantes que indiquen con qué frecuencia cada elemento es aplicable a sí mismos en una escala Likert de 5 puntos.	No Aceptación	No aceptar sus respuestas emocionales	7,12,16	Ordinal
			Metas	Presencia de dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterando	8,11,13	
			Impulsividad	Dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado	9,14,17	
			Estrategias	Acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas	10,15,18	
			Conciencia	Falta de conciencia emocional	1,4,6	
			Claridad	Falta de claridad en la expresión de emociones	2,3,5	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
<b>V3. Impulsividad</b>	Patton et al. (1995) expresan que la impulsividad es un pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias autodestructivas, interfiriendo de forma importante en la supervivencia y estabilidad del individuo.	La impulsividad se define operacionalmente por la Escala de Impulsividad en Adolescentes (ECI-R) que se encuentra dividida en dos dimensiones con formato de respuesta tipo Likert desde nunca = 1 hasta siempre = 6; la primera dimensión es la impulsividad y la segunda impulsividad cognitiva, que se encuentran redactados en sentido directo.	Impulsividad conductual	Conducta rápida y espontánea, que busca disminuir el impulso fisiológico.	1, 2, 3	Ordinal
			Impulsividad cognitiva	Falta de control y concentración en las respuestas.	4, 5, 6	



### Anexo 3. Instrumentos

#### Cédula de Autolesiones de Albores-Gallo et al. (2014)

Validación en población Ecuatoriana de Vilchez (2017)

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

**Marca la respuesta más cercana a tu realidad**

1 = Nunca

2 = Casi Nunca

3 = A veces

4 = Casi siempre

5 = Siempre

CÉDULA DE EVALUACIÓN DE AUTOLESIONES						
1	Cortándote la piel	1	2	3	4	5
2	Frotándote la piel con un objeto	1	2	3	4	5
3	Introduciéndote un objeto debajo de las uñas	1	2	3	4	5
4	Pellizcándote la piel	1	2	3	4	5
5	Utilizando un lápiz, compás, una aguja, cutter (navaja) u otro objeto para realizar marcas en la piel	1	2	3	4	5
6	Rascándote las cicatrices	1	2	3	4	5
7	Tirando de la piel que se descama después de una quemadura	1	2	3	4	5
8	Quemándote la piel con cigarrillos o con sustancias acidas o corrosivas	1	2	3	4	5
9	Arrancándote el pelo, las pestañas o cejas (no por razones estéticas o cosméticas)	1	2	3	4	5
10	Arrancándote las uñas	1	2	3	4	5
11	Mordiéndote a ti mismo	1	2	3	4	5
12	Pegándote en partes del cuerpo, como en la cabeza, o dándote golpes a ti mismo	1	2	3	4	5



**Escala de Dificultades en la Regulación Emocional con  
población hispanohablante (DERS-S SF)**

Autor: Gratz y Roemer's (2004)

Versión en inglés: Kaufman et al. (2005)

Validación con población hispanohablante: Navarro et al. (2021)

**Instrucciones:** por favor, lee cada oración cuidadosamente e indica con qué frecuencia te ocurre. Marque las respuestas que se ajusten a tu caso.

0 = Casi nunca

1 = A veces

2 = Aproximadamente la mitad del tiempo

3 = La mayor parte del tiempo

4 = Casi siempre

1	Pongo atención a cómo me siento	0	1	2	3	4
2	No sé cómo me siento	0	1	2	3	4
3	Me cuesta entender mis sentimientos	0	1	2	3	4
4	Le doy importancia a lo que estoy sintiendo	0	1	2	3	4
5	Estoy confuso sobre lo que siento	0	1	2	3	4
6	Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones	0	1	2	3	4
7	Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera	0	1	2	3	4
8	Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo	0	1	2	3	4
9	Cuando estoy molesto, pierdo el control	0	1	2	3	4
10	Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido	0	1	2	3	4
11	Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
12	Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esa manera	0	1	2	3	4
13	Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme	0	1	2	3	4
14	Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento	0	1	2	3	4
15	Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor	0	1	2	3	4
16	Cuando estoy molesto me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera	0	1	2	3	4
17	Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento	0	1	2	3	4
18	Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor	0	1	2	3	4

## ECI-R

Autores: Patton, Barratt y Stanford (1995)

Alcázar-Córcoles, Verdejo y Bouso-Sáiz (2015)

**INSTRUCCIONES:** No te detengas demasiado tiempo en las oraciones. Responde rápido y honestamente marcando en la opción que más te represente.

Nº	PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	¿Actúas impulsivamente según el momento?	1	2	3	4	5	6
2	¿Pierdes la paciencia a menudo?	1	2	3	4	5	6
3	¿Te descontrolas sin poder evitarlo?	1	2	3	4	5	6
4	¿Te resulta difícil concentrarte?	1	2	3	4	5	6
5	¿Te resulta difícil quedarte quieto?	1	2	3	4	5	6
6	¿Eres descuidado y distraído?	1	2	3	4	5	6

## ESCALA V-D

**Instrucciones:** por favor, señala si las siguientes afirmaciones se parecen o no a tu situación personal. Las opciones de respuesta son Verdadero o Falso.

<b>PREGUNTAS</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
1. Nada de lo que he hecho hasta ahora podría haber sido mejor.	1	0
2. Siempre me he llevado muy bien con todos sin excepción.	1	0
3. Jamás en la vida me he reído de un chiste grosero.	1	0
4. Nunca me he puesto de mal humor por ninguna razón.	1	0
5. Jamás he criticado a los demás por ningún motivo.	1	0

## Formulario de Google



Sección 1 de 9

### ESTUDIO CIENTÍFICO SOBRE LA CONDUCTA EN EL ADOLESCENTE



En las siguientes páginas se presentan cuatro cuestionarios breves, que deberán ser leídos con mucha atención.

<https://forms.gle/r5RKsok9rGHWEVgy5>

#### **Anexo 4.** Cuestionario sociodemográfico

Edad:

12 (1)

13 (2)

14 (3)

15 (4)

16 (5)

17 (6)

Sexo:

Varón (1)

Mujer (2)

Estructura familiar: ¿Vives con ambos padres?

No (1)

Sí (2)

Zona de residencia:

Lima Centro (1)

Lima Norte (2)

Lima Sur (3)

Lima Este (4)

Callao (5)

## Anexo 5. Autorización de los instrumentos

### Cédula de Autolesiones Sin Intención Suicida

26/11/21 23:36

Gmail - Permiso para el uso de Validación en Población Ecuatoriana de una Cédula de Autolesiones



Kihara Yahaira Pari Roque <kiharapari2000@gmail.com>

#### Permiso para el uso de Validación en Población Ecuatoriana de una Cédula de Autolesiones

2 mensajes

Kihara Yahaira Pari Roque <kiharapari2000@gmail.com>  
Para: jvil@hotmail.de

22 de noviembre de 2021, 10:33

Estimado Jose L. Vilchez

Es un placer para mí poder dirigirme a usted en esta oportunidad. Mi nombre es Pari Roque Kihara Yahaira, de nacionalidad peruana, actualmente estudiante de psicología, junto con mi compañero; Wilmer J. Sánchez Del Pozo, estamos investigando el tema: Desregulación emocional e impulsividad asociadas a las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana, por lo que le escribo para solicitar permiso y consentimiento para el uso de la Validación en Población Ecuatoriana de una Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida Basada en el DSM-5, que nos ayudará para realizar este estudio.

Adjunto permiso solicitado por parte de la escuela de psicología de nuestra Universidad.


Cabe resaltar que ya obtuvimos el permiso de los autores originales de la cédula, pero necesitamos su permiso, ya que utilizaremos la cédula con 12 ítems que figura en su artículo.

Agradecemos su apoyo y me despido con un saludo fraterno a la distancia.

Atte.

Kihara Yahaira Pari Roque

Lima, Perú.

 CARTA J. VILCHEZ.pdf  
610K

Jl Vilchez <jvil@hotmail.de>  
Para: Kihara Yahaira Pari Roque <kiharapari2000@gmail.com>

22 de noviembre de 2021, 11:27

Estimados,

Sirva este email como confirmación del permiso. Mucha suerte con la investigación.

Atentamente,

Jl.

De: Kihara Yahaira Pari Roque <kiharapari2000@gmail.com>

Enviado: lunes, 22 de noviembre de 2021 10:33

Para: jvil@hotmail.de <jvil@hotmail.de>

Asunto: Permiso para el uso de Validación en Población Ecuatoriana de una Cédula de Autolesiones

[El texto citado está oculto]



**CARTA N°0971- 2021/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN**

Los Olivos 22 de Noviembre de 2021

Autor:

- Jose L. Vilchez

Presente -


De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a PARI ROQUE, KIHARA YAHAIRA, con DNI 63256960 y SANCHEZ DEL POZO, WILMER JULIO, con DNI 46529449 estudiantes del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; con código de matrícula N° 7001134149 y 6700269112 quienes realizarán su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: Desregulación emocional e impulsividad asociadas a las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana, este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento CÉDULA DE AUTOLESIONES SIN INTENCIÓN SUICIDA BASADA EN EL DSM-5 a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar le los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca  
Coordinadora de la Escuela de Psicología  
Filial Lima - Campus Lima Norte

# Escala de Dificultades en la Regulación Emocional con población hispanohablante (DERS-S SF)

26/11/21 23:32

Gmail - Autorización para el uso de la Escala DERS



Kihara Yahaira Pari Roque <kiharapari2000@gmail.com>

## Autorización para el uso de la Escala DERS

2 mensajes

**Kihara Yahaira Pari Roque** <kiharapari2000@gmail.com>  
Para: oscar.navarro\_carrascal@unimes.fr

12 de noviembre de 2021, 20:06

Estimado Oscar Navarro

Es un placer para mí poder dirigirme a usted en esta oportunidad. Mi nombre es Kihara Yahaira Pari Roque, actualmente estudiante de psicología, junto con mi compañero Wilmer J. Sánchez Del Pozo, estamos investigando el tema: Desregulación emocional e impulsividad asociadas a las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana, por lo que le escribo para solicitar permiso y consentimiento para el uso de la Validación de una versión breve de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional con población hispanohablante (DERS-S SF), que nos ayudará para realizar este estudio y obtener el grado académico de Licenciados en Psicología.

Adjunto permiso solicitado por parte de la escuela de psicología de nuestra Universidad.

Agradecemos su apoyo y me despido con un saludo fraterno a la distancia.

Atte.

Kihara Yahaira Pari Roque

Lima, Perú.

 CARTA DERS.pdf  
234K

**Oscar Navarro Carrascal** <oscar.navarro\_carrascal@unimes.fr>  
Para: Kihara Yahaira Pari Roque <kiharapari2000@gmail.com>

15 de noviembre de 2021, 4:03

Cordial saludo y gracias por su mensaje. Efectivamente pueden utilizar la escala corta de DERS, espero convenga a sus objetivos. Quedamos atentos a cualquier duda

Muchos éxitos

Cordial saludo  
Oscar NAVARRO

---

**De:** "Kihara Yahaira Pari Roque" <kiharapari2000@gmail.com>  
**À:** "Oscar Navarro Carrascal" <oscar.navarro\_carrascal@unimes.fr>  
**Envoyé:** Samedi 13 Novembre 2021 02:06:39  
**Objet:** Autorización para el uso de la Escala DERS

[El texto citado está oculto]

**CARTA N° 0923-2021/EP/PSLUCV LIMA NORTE-LN**

Las Olivas 10 de Noviembre de 2021

Autor:

Oscar Navarro, Diego Restrepo Ochos, Delphine Rommel, Jean Michel Ghalaret, Ghazlane Fleury Bahi

Presente -


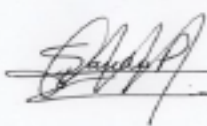
De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a PARI ROQUE, KIHARA YAHAIRA, con DNI N° 63256960 y SANCHEZ DEL POZO, WILMER JULIO, con DNI N° 46529449 estudiantes del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; con código de matrícula N° 7001134149 y 6700269112 quienes realizarán su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: "Desregulación emocional e impulsividad asociadas a las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de Lima Metropolitana", este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL PARA ADOLESCENTES-DERS a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar le los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca  
Coordinadora de la Escuela de Psicología  
Filial Lima - Campus Lima Norte

## **Anexo 6. Consentimiento y asentimiento informado**

### Consentimiento informado

Estimado padre de familia:

La participación de su menor hijo es voluntaria y anónima, los datos entregados serán tratados confidencialmente, no se comunicarán a terceras personas, y esta información recogida se utilizará únicamente para los propósitos de este estudio científico. El proceso completo consiste en la aplicación de cuatro cuestionarios breves con una duración aproximada de 15 minutos en total.

Acepto que mi menor hijo(a) participe.

No (1)

Si (2)

### Asentimiento informado

Estimado/a participante:

Tu participación es voluntaria y anónima para esta investigación, los datos entregados serán tratados confidencialmente, y esta información recogida se utilizará únicamente para los propósitos de este estudio.

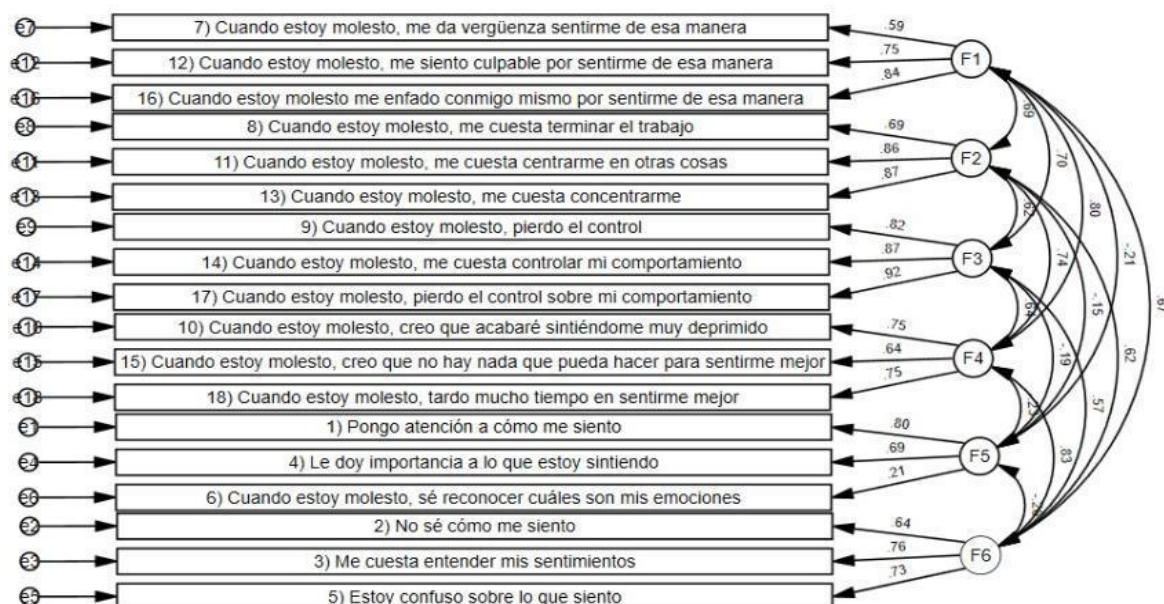
No (1)

Si (2)

## Anexo 7. Primera prueba piloto

**Figura 2**

*Validez de constructo por análisis factorial confirmatorio (AFC) de la Escala DERS-SF*



Índices de ajuste del modelo multidimensional de factores correlacionados:  
 CMIN/DF = 2.125, CFI = .923, TLI = .901, SRMR = .0719 RMSEA = .075

**Tabla 11**

*Confiabilidad por consistencia interna de la Escala DERS-SF*

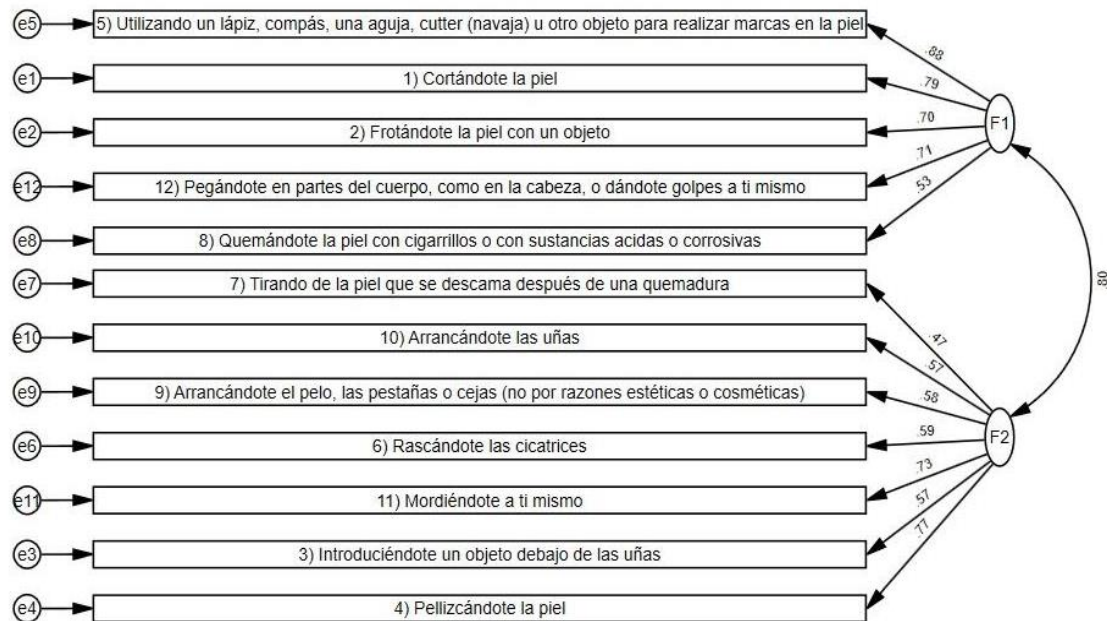
Estadísticas de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald	N de elementos
DERS-SF	.90	.96	18
No aceptación	.78	.77	3
Metas	.84	.85	3
Impulsividad	.90	.90	3
Estrategias	.75	.76	3
Conciencia	.52	.61	3
Claridad	.76	.75	3

n = 200

**Figura 3**

*Validez de constructo por análisis factorial confirmatorio (AFC) de la Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida*



Índices de ajuste del modelo de dos factores correlacionados: CMIN/DF = 4.634, CFI = .819, TLI = .774, SRMR = .0799, RMSEA = .0135

**Tabla 13**

*Confiabilidad por consistencia interna de la Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida*

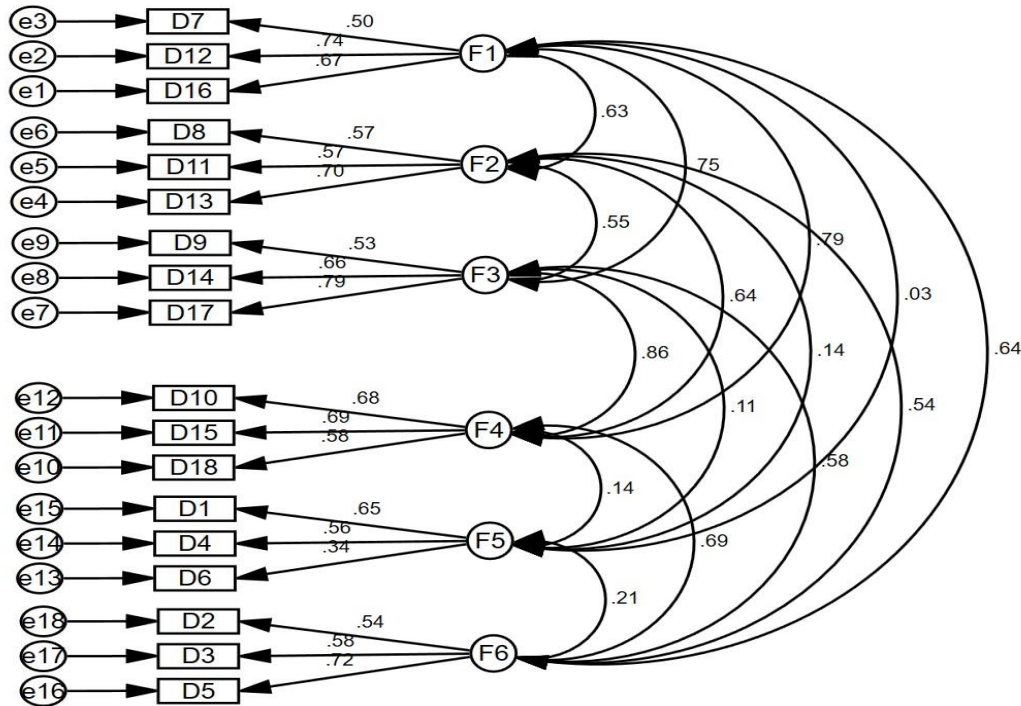
Estadísticas de fiabilidad			
	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald	N de elementos
Cédula de autolesiones	.88	.90	12
Por debajo de la piel	.81	.85	5
Por encima de la piel	.81	.81	7

n = 200

**Anexo 7. Segunda prueba piloto**

**Figura 4**

*Validez de constructo por análisis factorial confirmatorio (AFC) de la Escala DERS-SF*



Índices de ajuste del modelo multidimensional de factores correlacionados: CMIN/DF = 1.853, CFI = .920, TLI = .898, SRMR = .051, RMSEA = .054.

**Tabla 14**

*Confiabilidad por consistencia interna de la Escala DERS-SF*

Estadísticas de fiabilidad			
	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald	N de elementos
DERS-SF	.83	.79	18
No aceptación	.66	.67	3
Metas	.64	.64	3
Impulsividad	.70	.70	3
Estrategias	.68	.69	3
Conciencia	.50	.53	3
Claridad	.35	.65	3

n = 299

**Tabla 15**

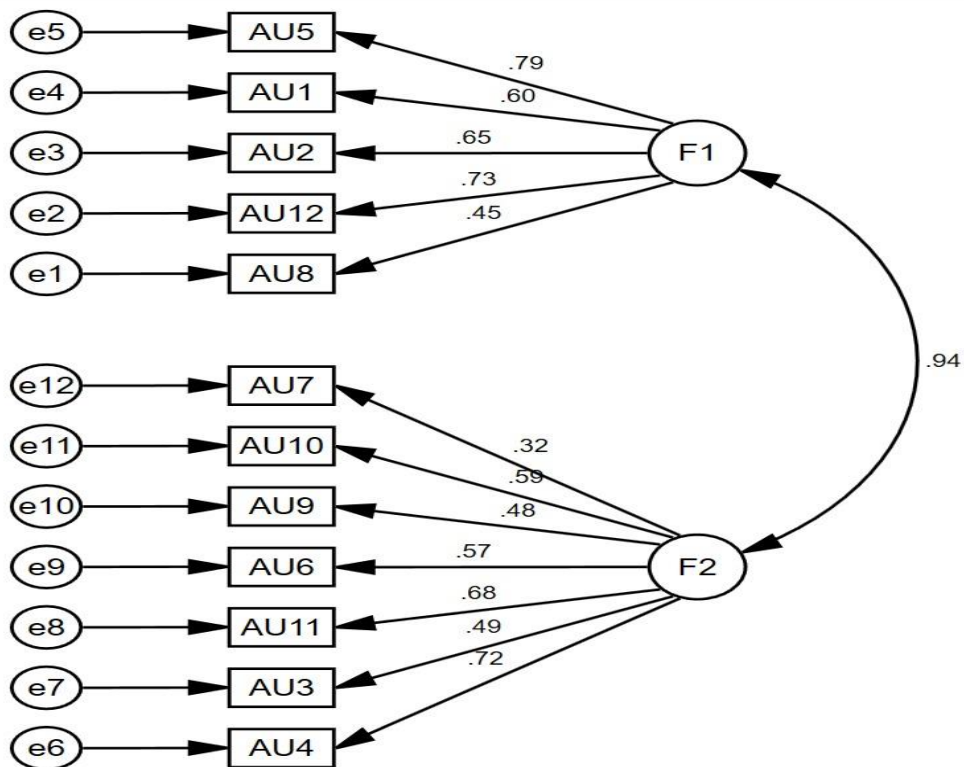
*Validez de constructo por análisis factorial exploratorio (AFE) de la Escala ECI-R*  
Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0.850
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	596.577
	gl	15
	Sig.	0.000

n = 299

**Figura 5**

*Validez de constructo por análisis factorial confirmatorio (AFC) de la Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida*



Índices de ajuste del modelo de dos factores correlacionados: CMIN/DF = 2.824, CFI = .912, TLI = .890, SRMR = .052, RMSEA = .078



**Tabla 16**

*Confiabilidad por consistencia interna de la Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida*

Estadísticas de fiabilidad			
	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald	N de elementos
Cédula de autolesiones	.86	.79	12
Por debajo de la piel	.76	.78	5
Por encima de la piel	.76	.76	7

n = 299

## Anexo 8. Curso de conducta responsable en investigación aprobada

Bienvenido (a): KIHARA YAHAIRA PARI ROQUE

Menú del usuario


Datos Generales	Experiencia Laboral	Formación Académica	Idiomas	Líneas de Investigación	Proyectos (I+D+i)	Producción Tecnológica y/o Industrial	Producción Científica	Distinciones y premios
-----------------	---------------------	---------------------	---------	-------------------------	-------------------	---------------------------------------	-----------------------	------------------------

**NOVEDADES**

- Línea de investigación principal: Se ha agregado la opción para seleccionar la línea principal.

**PERFIL**

**KIHARA YAHAIRA PARI ROQUE**



Conducta Responsable en Investigación

Fecha: 22/10/2021

INICIO | GUÍA CALIFICACIÓN | RENACYT | WILMER JULIO SANCHEZ DEL POZO | Manual de uso | Cerrar Sesión

Bienvenido (a): WILMER JULIO SANCHEZ DEL POZO

Menú del usuario


Datos Generales	Experiencia Laboral	Formación Académica	Idiomas	Líneas de Investigación	Proyectos (I+D+i)	Producción Tecnológica y/o Industrial	Producción Científica	Distinciones y premios
-----------------	---------------------	---------------------	---------	-------------------------	-------------------	---------------------------------------	-----------------------	------------------------

**NOVEDADES**

- Línea de investigación principal: Se ha agregado la opción para seleccionar la línea principal.

**PERFIL**

**WILMER JULIO SANCHEZ DEL POZO**



Conducta Responsable en Investigación

Fecha: 22/10/2021