



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

# **Comprensión y abordaje de las autolesiones no suicidas en adolescentes, desde el marco de la Terapia Dialéctico Conductual**

Trabajo final de grado

Modalidad: Monografía

Montevideo, abril 2025

Estudiante: Kevin Rodrigo Rodríguez Moraes

C.I: 5.051.493-0

Tutora: Prof. Agda. Gabriela Fernández Theoduloz

Revisor: Prof. Tit. Silvana Contino

## Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>Adolescencia.</b> .....	<b>5</b>
Concepto de adolescencia.....	5
<b>Cambios en la adolescencia.</b> .....	<b>8</b>
Adolescencia y la segunda ventana de oportunidades .....	8
Proliferación neuronal.....	9
Poda sináptica .....	10
Mielinización .....	10
Toma de decisiones, conductas de riesgo y salud mental en la adolescencia.....	11
<b>Procesos de regulación emocional</b> .....	<b>14</b>
¿Qué es una emoción? .....	14
Emoción y sentimientos, ¿son lo mismo?.....	15
Sentimientos.....	15
<b>Regulación Emocional</b> .....	<b>15</b>
Autorregulación emocional.....	17
Estrategias de regulación emocional.....	19
Desregulación emocional.....	23
<b>Autolesiones no suicidas</b> .....	<b>26</b>
<b>Abordaje de las autolesiones no suicidas en adolescentes desde el marco de la Terapia Dialéctico Conductual</b> .....	<b>28</b>
Contexto y surgimiento de la terapia dialéctico conductual. ....	28
Fundamentos teóricos de la DBT.....	29
Estructura de la La Terapia Dialéctico Conductual .....	30
Etapas del tratamiento DBT.....	32
Adaptación del modelo de la Terapia Dialéctico Conductual para el trabajo con adolescentes .....	35
<b>Síntesis final</b> .....	<b>38</b>
<b>Referencias:</b> .....	<b>41</b>

## Resumen

El presente trabajo aborda el fenómeno de las autolesiones no suicidas en la adolescencia desde el modelo de la Terapia Dialéctico Conductual adaptado a esta población (DBT-A). Para ello, se realiza inicialmente un recorrido conceptual por la etapa adolescente, entendida como una etapa del desarrollo marcada por profundos cambios neurobiológicos, psicológicos y sociales, en el que se ponen en juego tareas evolutivas fundamentales. En este contexto, la regulación emocional y el desarrollo de la autorregulación cobran especial relevancia, ya que su déficit se asocia con la emergencia de conductas desadaptativas, como las autolesiones no suicidas (NSSI). Las autolesiones, comprendidas como estrategias disfuncionales de afrontamiento frente a estados emocionales intensos, se presentan con alta prevalencia en la población adolescente, representando un desafío clínico urgente. En respuesta a esta problemática, la DBT-A ofrece un abordaje estructurado y validado empíricamente, centrado en la enseñanza de habilidades para mejorar la regulación emocional, la tolerancia al malestar, la efectividad interpersonal y la atención plena. A su vez, incorpora un trabajo activo con el entorno familiar y un quinto módulo específico para abordar los dilemas dialécticos adolescente-familia. La evidencia empírica respalda su eficacia, demostrando una disminución significativa de las NSSI, así como mejoras en la estabilidad emocional y las relaciones interpersonales. Este trabajo propone una mirada comprensiva e integradora que articula teoría, herramientas clínicas y evidencia para abordar una problemática compleja y sensible en el campo de la salud mental adolescente.

**Palabras clave:** *Adolescencias, autorregulación, autolesiones no suicidas, DBT-A.*

## **Abstract**

This thesis addresses the phenomenon of non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescence through the framework of Dialectical Behavior Therapy adapted for this population (DBT-A). To this end, it begins with a conceptual overview of adolescence, understood as a developmental stage marked by profound neurobiological, psychological, and social changes, during which critical developmental tasks are at play. Within this context, emotional regulation and the development of self-regulation acquire particular importance, as their deficits are associated with the emergence of maladaptive behaviors such as NSSI. Self-injury is understood as a dysfunctional coping strategy in response to intense emotional states and is highly prevalent among adolescents, representing a pressing clinical challenge. In response to this issue, DBT-A offers a structured and empirically validated approach, focused on teaching skills to improve emotional regulation, distress tolerance, interpersonal effectiveness, and mindfulness. Additionally, it includes active involvement of the family environment and a fifth skills module specifically designed to address dialectical dilemmas between adolescents and their families. Empirical evidence supports its effectiveness, showing a significant reduction in NSSI, as well as improvements in emotional stability and interpersonal relationships. This work proposes a comprehensive and integrative perspective that connects theory, clinical tools, and scientific evidence to address a complex and sensitive issue in the field of adolescent mental health.

**Key words:** *Adolescence, self regulation, non suicidal self injuries, DBT-A*

## Introducción

En las últimas décadas, las autolesiones no suicidas (NSSI, por sus siglas en inglés) se han convertido en una problemática de creciente prevalencia e impacto en la salud mental de adolescentes, tanto en contextos clínicos como comunitarios. Estas conductas, definidas por el daño físico deliberado sin intención suicida, suelen asociarse con alto sufrimiento psíquico y dificultades en la regulación emocional. Estudios indican su relación con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, impulsividad, y experiencias de invalidación emocional en vínculos primarios, lo que las convierte en un fenómeno complejo que exige abordajes específicos y basados en evidencia (Nock, 2010; Klonsky, 2007).

Este trabajo se propone abordar las autolesiones no suicidas en la adolescencia desde el modelo de la Terapia Dialéctico Conductual adaptada a esta población (DBT-A). Para ello, se parte de un recorrido conceptual por la adolescencia como etapa del desarrollo atravesada por profundos cambios neurobiológicos, cognitivos, afectivos y sociales, en la que emergen con fuerza tareas evolutivas como la consolidación de la identidad, la autonomía y la capacidad de autorregulación emocional. En este contexto, se destaca el papel central que tiene la regulación y autorregulación emocional en la aparición, mantenimiento y tratamiento de conductas problemáticas, entre ellas las NSSI.

La elección de la DBT-A como enfoque se basa en su sólida fundamentación teórica y en su eficacia empíricamente validada para intervenir en problemáticas como las autolesiones, la desregulación emocional severa y el riesgo suicida en adolescentes (Miller et al., 2007; Mehlum et al., 2014). A diferencia del modelo original para adultos, la DBT-A incorpora adaptaciones específicas para esta población, como el trabajo activo con figuras parentales, un módulo adicional centrado en los dilemas familiares, y un lenguaje más accesible y validante. Así, la DBT-A busca no solo reducir conductas de riesgo, sino también mejorar de forma sostenida la calidad de vida, el funcionamiento interpersonal y el bienestar emocional.

A lo largo del trabajo, se buscará articular los conceptos teóricos y clínicos fundamentales que permiten comprender y abordar las NSSI desde esta perspectiva, integrando los aportes de la psicopatología del desarrollo, la teoría dialéctica conductual y los estudios empíricos actuales. Esta articulación permitirá dar cuenta de los desafíos que plantea el trabajo clínico con adolescentes, así como de las posibilidades de intervención que ofrece un enfoque estructurado, validante y orientado al cambio.

## **Adolescencia.**

La adolescencia es una etapa vital bisagra en lo que refiere al desarrollo de las personas. En ella suceden cambios que abarcan diferentes dimensiones como la biológica, la social y la psicológica, entre otras. En gran medida la madurez física, emocional y cognitiva que podemos alcanzar en la adultez dependen de dichos cambios (Godoy, 2017). En este primer apartado se visitarán brevemente algunos conceptos de adolescencia a la par que se intentará dar una definición holística de la misma, así como cambios importantes que suceden en dicho estadio y sus características.

### **Concepto de adolescencia.**

El constructo de “la adolescencia” ha sido ampliamente trabajado por distintas disciplinas como pueden ser la biología, la medicina, la sociología o la psicología, entre otras. Como concepto ha cambiado a lo largo de la historia y cabe destacar que sigue en mutación pues, de la mano con el desarrollo de las técnicas de neuroimagen (entre otras herramientas), la investigación en este campo parece estar lejos de acabar. Sin embargo, antes de continuar es pertinente realizar una puntualización. Si bien hablar de “la adolescencia” en singular impresiona ser una expresión poco precisa pues parece homogeneizar una etapa vital y quitarle peso al componente ambiental, en este trabajo y por un motivo de redacción el término “la adolescencia” será utilizado para referirse a las diferentes adolescencias y sus complejidades.

David Amorín (2015) plantea que el concepto de adolescencia es un fenómeno moderno, pero que las diferentes concepciones históricas que ha habido de ella guardan ciertas similitudes. El autor sitúa en el año 1762, con la publicación del libro “El Emilio” de J. J. Rousseau, el comienzo de la “nueva noción de adolescencia” (pág. 121). Por otro lado, el primer psicólogo en estudiar la adolescencia con detenimiento fue Stanley Hall, quien en 1914 publicó su manual titulado “Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education”. La publicación salió a la luz en dos volúmenes; es en el segundo volumen donde Hall definió a las adolescencias como: “una etapa con comienzo en la pubertad, en torno a los 12 o 13 años y con final entre los 22 o 23 años”. El autor menciona que la adolescencia como período se caracteriza por presentar tendencias contradictorias, así como una etapa de tormenta y estrés.

El diccionario de la Real Academia Española define el término adolescente como: “edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Sin embargo, Javier Quintero (2020) se distancia de definiciones temporales de la adolescencia como esta porque produce que “nos encontremos en una inusitada variabilidad tanto en los tiempos como en las diferentes culturas, e incluso dentro de una misma sociedad” (pág. 20). Quintero plantea una distinción entre el concepto de pubertad y adolescencia y define a esta última como:

Proceso de maduración biopsicosocial que implica muchas más variables que la maduración biológica y que, además, puede ser un proceso mucho más prolongado en el tiempo. Se trata de un fenómeno complejo que, junto a esos cambios fisiológicos propios de la pubertad, incluye cambios psicológicos y sociales a los que se unen los cambios propios de la maduración del cerebro. (pp. 20-21)

Javier Quintero (2020) afirma que los límites de la adolescencia continúan siendo difusos y que no hay consensos acerca de una definición universal de esta etapa. En línea con esta dificultad para conceptualizar la adolescencia como etapa del desarrollo plantea que acompañados a estos cambios físicos, psicológicos y sociales se suma la asincronía temporal entre cambios, donde cada transformación tiene su propio ritmo sin atender al de otras transformaciones.

Por su parte, Sarah-Jayne Blakemore (2018) entiende a la adolescencia como “una etapa crucial del proceso por medio del cual llegamos a ser seres individuales y sociales” (pág. 12). Menciona como los cambios que ocurren en el cerebro se ven reflejados y determinan la forma en la que nos relacionamos y actuamos en todos los aspectos de nuestras vidas. Por otro lado, Susan Sawyer y colaboradores plantean que definir la adolescencia se ha caracterizado por ser un enigma. Sin embargo, destacan que conceptualizar esta etapa evolutiva implica necesariamente tomar elementos de análisis que exceden lo puramente etario y agregan a su estudio las variables de desarrollo biológico y las transiciones de roles sociales, así como también patrones de desarrollo situados geográfica e históricamente (Sawyer et al., 2018). De esta forma, Sawyer y colegas demuestran cómo, si bien existen ciertos hitos compartidos en el desarrollo de la adolescencia, los tiempos de inicio y final están en interacción con el medio en los cuales se producen.

Casas Rivero y colaboradores (2006) conciben a la adolescencia como un periodo clave que nos lleva de la niñez a la vida adulta, con intensos y numerosos cambios. Debido a estos cambios, conceptualizarla requiere establecer una distinción entre aquellos cambios esperados y los patológicos. Si bien los autores establecen que el desarrollo es un *continuum*, dividen a la adolescencia en tres etapas: temprana, media y tardía.

La adolescencia temprana es aquella comprendida entre los 11 a 13 años de edad. Se caracteriza por el crecimiento corporal y por la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Esta etapa es la que da inicio al distanciamiento entre aquello en lo que me estoy convirtiendo y el niño/a que fui. Con esta transición comienzan a aparecer las conductas tendientes a la independencia, así como un interés creciente al movimiento exogámico y consecuentemente a una pérdida de interés para realizar actividades con padres y madres. La adolescencia media abarca de los 14 a los 17 años de edad. Para esta etapa los cambios físicos han sido atravesados casi en su totalidad (95%). A diferencia de la adolescencia temprana donde prima un pensamiento de tipo concreto, para esta segunda etapa se logra un pensamiento de carácter abstracto. Aparece aquí también el popularmente conocido los sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad propios de la adolescencia que pueden tener consecuencias muy negativas como veremos más adelante.

Por último, encontramos a la adolescencia tardía. Esta etapa abarca desde los 17 hasta los 21 años. El desarrollo físico para este punto ya ha finalizado, los/as adolescentes son capaces de pensar y actuar teniendo en cuenta las consecuencias a futuro de sus actos. La relación con padres y madres tiende más a la simetría y los grupos sociales pierden relevancia. En esta etapa las relaciones de amistad tienden a filtrarse y aquellas que persistan usualmente tienden a perdurar en el tiempo. Aunque tradicionalmente se tiende a establecer divisiones claras entre las etapas de la adolescencia, Quintero (2020) advierte que los límites de esta etapa del desarrollo son difíciles de determinar, ya que pueden observarse conductas propias de adolescentes tanto en menores de 12 años como en personas mayores de 21. Lo que aquí parece ser indudable es que la adolescencia como etapa inherentemente trae consigo distintos e importantes cambios que afectarán nuestra forma de percibir, interactuar y accionar en el mundo.

## **Cambios en la adolescencia.**

Si bien la adolescencia es conocida popularmente como la época en la que ocurre una mayor cantidad de cambios y transformaciones (Bueno, 2023), el presente trabajo abordará escuetamente aquellos cambios que atañen a la estructura del cerebro adolescente y que tienen efectos en las conductas.

## **Adolescencia y la segunda ventana de oportunidades**

Como ha sido mencionado antes, la adolescencia es un período el cual se caracteriza por estar atravesado por numerosos cambios que afectan distintas áreas como la biológica, conductual, social y contextual (Dahl y Suleiman, 2017). A menudo es tratada por algunos autores (Dahl y Suleiman, 2017; Jara Males y Sorio, 2013; Fuhrmann et al., 2015) como una *segunda ventana de oportunidades* para el desarrollo. Pero, ¿a qué se refiere esto? La primera infancia, es decir, el período contenido entre los 0 a 5 años de vida, es denominado como *la primera ventana de oportunidades para el desarrollo* (Jara Males y Sorio, 2013). Este concepto se basa en que, durante esta etapa, los procesos de aprendizaje se realizan con mayor facilidad que en cualquier otro momento del ciclo vital y por lo tanto es un momento privilegiado para estimular el desarrollo de cada individuo.

El concepto de *segunda ventana de oportunidades* hace referencia a la adolescencia, específicamente a la adolescencia temprana puesto que este momento es considerado un punto de inflexión para la prevención e intervención temprana, donde esta última podría establecer patrones saludables de comportamiento, aprendizaje social y emocional (Dahl y Suleiman, 2017; Fernández-Theodoluz, 2022). Tomando en cuenta esta idea es que Dahl y Suleiman plantean el concepto de *oportunidades para espirales positivas*. Estos autores plantean que también es importante centrarse desde un enfoque positivo para pensar la adolescencia. A partir de esta premisa afirman que en esta etapa el cerebro es muy flexible y tiende a adaptarse rápidamente a los cambios (pág. 23). Esta capacidad de modificación y adaptación es la llamada neuroplasticidad que consiste en la capacidad inherentemente dinámica del Sistema Nervioso Central para reorganizarse y adaptarse a nuevas situaciones, aprendizajes o cambios en el entorno. Permite también que el cerebro forme nuevas conexiones neuronales y modifique las existentes en respuesta a experiencias, aprendizaje, lesiones o enfermedades (Garcés-Vieira y Suárez Escudero, 2014; Ismail et al., 2017; Sierra y Quianella, 2019).

Sin embargo, el cerebro no permanece igualmente permeable a lo largo de toda la vida. Existen intervalos de tiempo donde este es particularmente receptivo a ciertos estímulos o experiencias ambientales. Estos periodos de tiempo son llamados *periodos sensibles*, los mismos tienen un momento de inicio y cierre determinado donde los circuitos neuronales están altamente “motivados para cambiar”. Durante estos períodos, las experiencias específicas tienen un impacto significativo en la estructura y función del cerebro, promoviendo la formación de conexiones y la organización de circuitos neuronales (Ismail et al., 2017; Lipina, 2024).

Durante este período sensible es que se dan, entre otros, tres procesos que están sujetos a períodos genéticamente programados y limitados en el tiempo que son claves para poder entender el funcionamiento del cerebro adolescente y su desarrollo (Ismail et al., 2017).

### *Proliferación neuronal*

El desarrollo de la corteza cerebral es un proceso altamente complejo, el cual cuenta con múltiples subprocesos necesarios para que el desarrollo sea completo (Medina Alba et al., 2015; Kanatani et al, 2005). Uno de estos subprocesos es el llamado *proliferación neuronal*, se trata del proceso mediante el cual se generan nuevas neuronas dando lugar a su vez a la formación de nuevas conexiones sinápticas (Hernández et. Al., 2018; Núñez et al., 2022). Este proceso es fundamental durante el desarrollo y continúa en menor medida en ciertas áreas del cerebro adulto, como el hipocampo. Se encuentra estrechamente vinculado a la plasticidad cerebral, es decir, la capacidad del cerebro para adaptarse en función de las experiencias y aprendizajes. La plasticidad sináptica en la adolescencia permite moldear redes neuronales a partir del entorno, generando una base neurobiológica para el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales complejas (Blakemore y Choudhury, 2006). Sin embargo, este desarrollo no ocurre de manera homogénea. Mientras que estructuras como el sistema límbico relacionado con la experiencia emocional y la búsqueda de recompensas, maduran de forma temprana, la corteza prefrontal continúa desarrollándose hasta la adultez temprana. Esta asincronía puede generar un desbalance que se traduce en una mayor propensión a la impulsividad, a la toma de decisiones arriesgadas y a dificultades en la regulación emocional, características frecuentemente observadas durante esta etapa del desarrollo (Steinberg, 2008; Casey et al., 2008).

### *Poda sináptica*

La poda sináptica es el proceso por el cual el cerebro elimina las conexiones sinápticas aún no consolidadas o que se utilizan con poca frecuencia (Godoy, 2017; Núñez et al., 2022). La poda sináptica es un proceso mediante el cual el cerebro elimina aquellas conexiones sinápticas que no se han consolidado o que se utilizan con poca frecuencia (Godoy, 2017; Núñez et al., 2022). Comienza en la preadolescencia y se extiende hasta, al menos, la segunda década de vida. No sólo se trata de un proceso esperado, sino que es un proceso fundamental para el desarrollo de un cerebro saludable, ya que su propósito es optimizar el funcionamiento neuronal y aumentar la eficiencia energética (Kanatani et al., 2005). Varios estudios han indicado que una poda sináptica deficiente está asociada a un exceso de espinas dendríticas, sinapsis inmaduras y excesiva conectividad entre las neuronas que tienen posibles consecuencias como la epilepsia o la esquizofrenia, entre otras patologías (Paolicelli et al., 2011; Godoy, 2017). Estos cambios estructurales se reflejan en mejoras en las habilidades como el razonamiento lógico, evaluar pros y contras, el razonamiento, la toma de decisiones y el control de las emociones (Godoy, 2017; Núñez et al., 2022).

### *Mielinización*

A la par que la sustancia gris está disminuyendo en un principio en la zona posterior y luego en la corteza prefrontal, la sustancia blanca va en aumento durante la adolescencia hasta la adultez temprana (Godoy, 2017). Este proceso denominado mielinización es crucial en el desarrollo del cerebro adolescente. Consiste en la formación de una sustancia llamada mielina, que recubre los axones y actúa como un aislante eléctrico. La mielinización tiene como objetivo facilitar y hacer más rápida y estable la transmisión neuronal entre diferentes partes del sistema nervioso mejorando la conectividad del sistema (Paus, 2005). La maduración progresiva de las fibras mielinizadas también contribuye a una mayor integración funcional entre regiones subcorticales (como la amígdala), asociadas con la reactividad emocional, y regiones corticales superiores, responsables de la inhibición y la evaluación contextual (Paus et al., 2008). Este desarrollo favorece la capacidad de los adolescentes para autorregularse emocionalmente, aunque, dada la asincronía madurativa, puede observarse una brecha temporal entre el impulso emocional y la capacidad de gestión racional del mismo (Steinberg, 2010). Este proceso ocurrirá hasta la adolescencia tardía y la adultez temprana (Blakemore, 2018; Núñez, Fernández-Theoduloz y González, 2022; Godoy, 2017).

## **Toma de decisiones, conductas de riesgo y salud mental en la adolescencia**

Uno de los temas de análisis más populares vinculados a la adolescencia es la *toma de decisiones*. Diversos autores han propuesto diferentes modelos que la explican, así como innumerables investigadoras/es han estudiado a lo largo del mundo qué factores se ponen en juego y afectan la toma de decisiones en la adolescencia.

A partir del siglo XXI ha surgido una nueva perspectiva sobre la toma de decisiones durante la adolescencia, que parte de los avances en la neurociencia del desarrollo para su fundamento y resalta la importancia de los vínculos interpersonales y emocionales en el desarrollo del cerebro (Collins y Laursen, 2004; Collins y Steinberg, 2008). De la mano de este enfoque surge el *modelo de los sistemas duales*, propuesto por Steinberg (2010). Afirma que la toma de decisiones en los adolescentes está determinada por la interacción de dos sistemas neurales que se desarrollan asincrónicamente. En primer lugar, podemos encontrar el sistema socioemocional que está orientado hacia la búsqueda de recompensas y está impulsado por emociones y deseos inmediatos (Broche y Cruz, 2014). Tiende a ser más activo durante la adolescencia debido al desarrollo temprano de las áreas subcorticales del cerebro, más específicamente con la remodelación que se da del sistema dopaminérgico dentro de las áreas límbicas y paralímbicas (Broche 2015; Fernández-Theodoluz, 2022).

En segundo lugar, encontramos el sistema de control cognitivo que es responsable del procesamiento racional y lógico de la información (Broche y Cruz, 2014). Está asociado con el desarrollo de la corteza prefrontal, que madura más lentamente y no alcanza su plena capacidad hasta mediados de los 20 años, su desarrollo se da de forma gradual y lineal (Broche, 2015; Steinberg, 2010). De acuerdo a este modelo, las dificultades para tomar decisiones acertadas y en ocasiones incurrir en conductas de riesgo, no responde a una incapacidad para identificar o valorar posibilidades o consecuencias, sino que está asociada al desequilibrio entre el sistema socioemocional y el sistema de control cognitivo (Steinberg, 2009).

Como se ha mencionado previamente, la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez, donde se esperan determinados cambios físicos, biológicos o psicológicos que acompañen a los/as adolescentes a lo largo de toda su vida (Quintero, 2020). Es por esto que las posibles consecuencias de algunas conductas no deseadas hacen que este período evolutivo sea considerado un período de especial vulnerabilidad (Paula, 2016). En esta etapa, la toma de decisiones y las conductas de riesgo pueden pensarse de forma

relacionada. Tomando como marco de referencia el *modelo ecológico* de Bronfenbrenner (1994), puede entenderse que las concepciones, creencias y juicios que atraviesan tanto la toma de decisiones como las conductas de riesgo, están atravesados por múltiples niveles de influencia. En el microsistema, influyen factores como la salud mental y la historia de aprendizaje del individuo; mientras que, en el mesosistema, adquieren relevancia los vínculos con la familia y los grupos de pares, cuyas interacciones moldean de manera significativa su desarrollo.

Blakemore (2018) plantea que los adolescentes son menos propensos que niños y adultos a morir por causas relacionadas a la salud. Sin embargo, tienen mayores posibilidades de incurrir en accidentes que terminen con un desenlace fatal (pág. 161). A esta aparente contradicción Ron Dahl (2004) la llamó *paradoja de la salud adolescente*. Un grupo etario con altas tasas de mortalidad a pesar de una salud física robusta, pero con la presencia de conductas de riesgo a pesar de un desarrollo en los mecanismos y mejoras involucradas en la toma de decisiones. En sintonía con esto, diversos artículos han sugerido que los adolescentes son más propensos a las conductas y toma de decisiones arriesgadas en comparación a los/as adultos/as, además, las conductas temerarias se ven potenciadas por la presencia de pares (Gardner y Steinberg, 2004; Cavalca et al., 2013; Osmont et al., 2021).

Es en la adolescencia donde se estima que aparecen la mitad de los trastornos relacionados a la salud mental que posteriormente pueden afectar al adulto o adulta (Quintero, 2020). Según la OMS (2024) una de cada seis personas entre 10 a 16 años padece algún tipo de trastorno mental. Sumado a esto, enfermedades como la depresión, los trastornos de ansiedad o el consumo problemático de sustancias (por citar algunos ejemplos) encuentran en la adolescencia su etapa de comienzo, pudiendo algunas de ellas extenderse hasta la adultez o siendo diagnosticadas tardíamente (Expósito Romero, 2020; Junta Nacional de Drogas, 2024; Martínez Colange et al., 2023; OMS, 2020).

En Uruguay el panorama de la salud mental de los/as adolescentes parece no ser mucho más alentador de lo que muestran los datos internacionales. Los resultados de la última Encuesta Nacional de Juventudes (ENAJ) que data del año 2023 arrojaron que uno de cada cuatro adolescentes en el Uruguay dice sentirse tan “triste” o “desesperado” que dejó de realizar sus actividades durante al menos dos semanas (MIDES, 2023). El 12% consideró quitarse la vida, del cual el 4% lo materializó llevando a cabo un intento de autoeliminación (IAE), mientras que el 8% se autolesionó intencionalmente. Por su potencialidad, su posible

aparición acompañada de la ideación suicida (Eguiluz, 1995)<sup>1</sup> y sumado al contexto ya mencionado en el que se encuentra nuestro país en cuanto a salud mental adolescente, es que estos datos revisten un problema de salud pública aún más acentuado.

Unos de los modelos explicativos sobre los cuales se concibe, explica y trabaja acerca de las autolesiones no suicidas es el de la autorregulación emocional (Sánchez, 2018). Si bien aún es pronto para asegurar una conexión inequívoca entre las autolesiones y la desregulación emocional, existen investigaciones al respecto que las vinculan y encuentran en esta última un predictor de la conducta autolesiva, así como también una forma desadaptativa de regulación emocional (Ibañez et al., 2012; Sánchez, 2018; Bautista et al., 2022; Schmidt, 2023). Pero, ¿de qué estamos hablando cuándo hablamos de “*autorregulación emocional*”?

---

<sup>1</sup> Eguiluz (1995) define a la ideación suicida como “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir”.

## Procesos de regulación emocional

### ¿Qué es una emoción?

Antes de definir la *autorregulación emocional* resulta pertinente definir primero qué es una emoción. Ferreira y Arrieta (2022) definen a las emociones como un conjunto de cambios que tienen un patrón distintivo, y funcionan como programas de acción con el propósito de promover la vida y la adaptación social. Estos patrones pueden generarse a partir de estímulos internos o externos y producen respuestas a nivel fisiológico y conductual que resultan funcionales a nuestra adaptación al medio y a la conservación y mantenimiento de la vida (Palmero et al., 2006; Barlow et al., 2016). Antonio Damasio en su libro “El extraño orden de las cosas” (2018) clasifica a las emociones en dos tipos. En primer lugar, define a las emociones primarias, estas son: sorpresa, alegría, furia, miedo, asco y tristeza. Destaca que las emociones primarias son evolutivamente conservadas y transculturales (Ekman, 1992), lo que Rosetti (2017) definiría como “prehistoria emocional”. En segundo lugar, encontramos a las emociones secundarias: simpatía, compasión, amor, vergüenza, culpa, orgullo, celos, envidia, gratitud, entre otras. A diferencia de las emociones primarias, estas emociones poseen un componente social, que dependen del aprendizaje y del contexto cultural sobre el cual se desarrollen los mismos.

Barlow et al. (2016) proponen que las emociones primarias tienen el objetivo de alertarnos de situaciones externas o internas y de motivarnos a actuar en respuesta a ellas. Las conductas llevadas a cabo a partir de las emociones son llamadas Conductas Impulsadas por la Emoción (CIE), estas conductas en ocasiones pueden ser difíciles de cambiar o resistir cuando sentimos emociones. Antonio Damasio (2018) plantea que si bien las respuestas emocionales o las CIE (tomando el concepto de Barlow) responden a un patrón dominante, estas no son rígidas, sino que poseen la característica de ser mutables.

Por otra parte, Barlow et al. (2016) trabajan el concepto de “experiencia emocional”. Este hace alusión a la forma en que las personas perciben y procesan sus emociones de manera subjetiva. Las experiencias emocionales están integradas por 3 partes principales: fisiológica, cognitiva y conductual. El componente fisiológico refiere a las respuestas físicas inherentes a los estados emocionales. Un ejemplo ilustrativo de este componente puede ser, por ejemplo, la aceleración en el ritmo cardíaco o la sudoración en las manos ante una entrevista de trabajo en respuesta a una emoción como la ansiedad. El componente cognitivo está relacionado a qué pensamos cuando atravesamos estados emocionales, por ejemplo, un

adolescente que recibe una crítica por parte de un docente y a raíz de su enojo piensa: “siempre me están llamando la atención a mí”. Por último, el componente conductual se refiere a las conductas que se realizan en respuesta al estado emocional, la CIE, mencionadas anteriormente.

### **Emoción y sentimientos, ¿son lo mismo?**

A menudo en conversaciones al intentar encontrar un concepto o explicar lo que anteriormente definimos como emoción podemos decir: “es lo que sentimos cuando...”. Sin tener la intencionalidad y probablemente desconociéndolo es que podemos llegar a unir conceptos como emoción y sentimiento, ¿son lo mismo?

#### *Sentimientos*

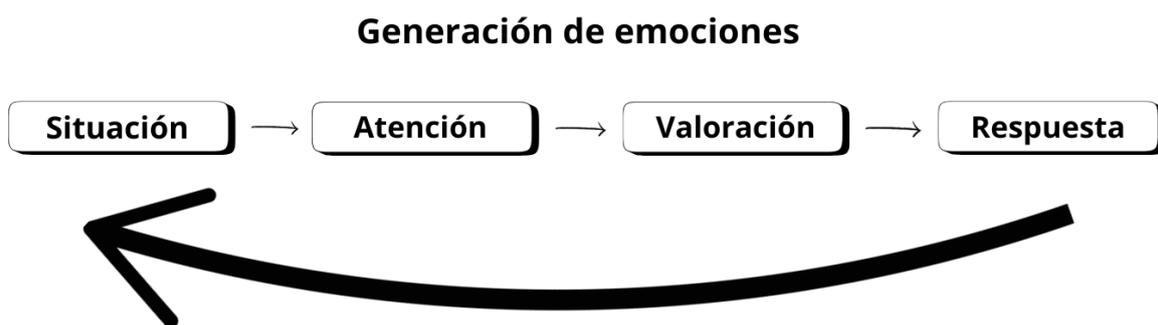
Las emociones son la raíz de los sentimientos, de forma que, los sentimientos pueden ser definidos como experiencias mentales que surgen a partir de la interpretación que el cerebro realiza de los cambios fisiológicos-conductuales del organismo cuando se ve atravesado por la emoción (Rossetti, 2017; Ferreira y Arrieta, 2022). Los sentimientos son el resultado de la elaboración que hacemos de las experiencias por las cuales transitamos, pueden ser sostenidos en el tiempo y condicionar nuestro accionar ya que se almacenan y permiten hacer predicciones (adaptativas o no) y anticipar experiencias futuras. (Rossetti, 2017; Ferreira y Arrieta, 2022). En contraparte, las emociones tienden a ser agudas e intensas.

### **Regulación Emocional**

La regulación emocional (RE) ha sido conceptualizada como el proceso por el cual las personas pueden desarrollar estrategias, que permiten ajustar sus respuestas emocionales a distintas situaciones con el fin de adaptarse al contexto y modificar su comportamiento para alcanzar metas a nivel social (Eisenberg y Spinrad, 2004; Thompson, 1994). Las estrategias llevadas a cabo pueden ser adaptativas o desadaptativas (Schäfer et al., 2017). Gross y Jazaieri (2014) afirman que la regulación emocional puede ser intrínseca/intrapersonal o extrínseca/interpersonal. La primera de ellas está relacionada con la regulación de las propias emociones, la segunda tiene ver con la acción de regular las emociones de otra persona. Los mismos autores afirman que para que suceda una regulación de manera adaptativa, se tiene que tener en cuenta tres elementos principales: conciencia, objetivos y estrategia.

La *conciencia* está ligada a la capacidad de las personas de identificar las emociones que está experimentando en un momento puntual y el contexto en el cual suceden. Para poder ser consciente de la emoción que se está experimentando es necesario poder reconocer las emociones y las señales corporales que producen, lo que Goleman (1995) llamó *reconocimiento emocional*. El segundo elemento al que los autores llamaron *objetivos*, tiene que ver con lo que se pretende lograr con la regulación, los objetivos incluyen aumentar o disminuir la magnitud o intensidad de la experiencia, expresión o fisiología emocional. El tercer elemento a considerar es la estrategia llevada a cabo, que será la que posibilitará el cumplimiento del objetivo planteado previamente. La estrategia emocional puede variar en función del lugar dónde se sitúa (interno o externo), el nivel de conciencia (implícita o explícita), la direccionalidad de la regulación, es decir a dónde apunta puede ser duración, intensidad o frecuencia y el apoyo que se busca para resolver una situación (en uno mismo u otros).

La capacidad de regular las emociones de forma exitosa es indispensable para afrontar hechos estresantes que pueden emerger en distintos planos de la cotidianidad de las personas. La ausencia de esta habilidad en los adolescentes está relacionada con la depresión, ansiedad, problemas de conducta y un bajo rendimiento académico (Velasco et al., 2004; Rodríguez, 2017). Uno de los modelos que explican cómo se generan las emociones y cómo percibimos, reaccionamos y accionamos a partir de las experiencias emocionales es el *modelo de proceso de la regulación emocional* propuesto por Gross y Thompson (2007).



**Figura 1.** Modelo de proceso de regulación emocional. Traducido de Gross y Thompson (2007).

El mismo describe la generación de las emociones como un proceso que se desarrolla en una secuencia de cuatro etapas: situación (s), atención (a), valoración (v) y respuesta (r). Inicialmente, se presenta una situación que es relevante para el individuo. Posteriormente, la atención se dirige hacia aspectos específicos de dicha situación. Luego, se realiza una valoración cognitiva<sup>2</sup> que determina el significado y la relevancia emocional del evento, lo que finalmente conduce a una respuesta emocional que puede manifestarse en niveles experienciales, conductuales y fisiológicos. Este modelo ha influido en el desarrollo de estrategias de regulación emocional que buscan intervenir en diferentes puntos de este proceso secuencial.

Para ejemplificar este modelo podemos pensar en un estudiante que va a rendir un examen (s). Su atención (a) se ve capturada por este evento. A medida que se acerca la fecha, la frecuencia con la que piensa en ello aumenta. Simultáneamente, el estudiante realiza una valoración subjetiva. Es decir, determinada por sus rasgos de personalidad, su contexto y sus objetivos (Werner y Gross, 2010) le atribuye un valor particular a dicha situación. Posteriormente y a partir de la valoración realizada, se desprenden distintas respuestas (r) que pueden ser experienciales, comportamentales o fisiológicas (Gross y Jazaieri, 2014). Las respuestas experienciales abarcan los sentires frente a dicha situación, las respuestas comportamentales pueden incluir la organización llevada a cabo, las conductas de estudio, entre otras. Mientras que las respuestas fisiológicas están relacionadas con la manifestación corporal de la interpretación de la experiencia emocional. En el caso de un estudiante que posea rasgos ansiógenos, las respuestas fisiológicas pueden ser aceleración de ritmo cardíaco o sudoración de las manos. Una vez iniciado este proceso, la generación de las emociones no se desarrolla como un continuo secuencial e inmutable, sino que puede ser sensible al cambio. Las distintas respuestas llevadas a cabo pueden ser modificadas a través de estrategias que llamaremos estrategias de *autorregulación emocional*.

### **Autorregulación emocional**

Conceptualizar de forma unívoca un constructo puede ser poco preciso, aún más cuando el mismo ha cobrado tanta relevancia y se ha escrito tanto en los últimos años dentro de lo que la psicología se refiere (Vargas y Muñoz-Martínez, 2013; Jimeno y López, 2019). La *autorregulación emocional* (AE) puede definirse como la capacidad de monitorear,

---

<sup>2</sup> Proceso fundamental en la regulación emocional, implica la interpretación y evaluación de un evento con el fin de determinar su significado y relevancia emocional (Gross y Thompson, 2007).

controlar, evaluar y modificar las propias emociones para alcanzar objetivos personales o sociales, así como controlar las emociones perturbadoras que pueden desequilibrar psicológicamente al sujeto (Salovey y Mayer, 1990; Hofmann et al., 2012). Si bien muchos estudios que abordan esta temática tienden a vincular la experiencia emocional con emociones displacenteras o de alta activación, lo cierto es que la autorregulación emocional cumple un rol igualmente relevante frente a todo tipo de emociones, independientemente de su valencia o carga afectiva (Cole et al., 1994; Gross y Thompson, 2007).

Según Gross (1998)<sup>3</sup> en su modelo de proceso de regulación emocional, regularse implica procesos conscientes y automáticos que permiten manejar las emociones de manera adaptativa, desde la selección de situaciones hasta la modulación de respuestas emocionales. Por otro lado, Thompson (1994) describe esta habilidad como un proceso intrínseco que permite a las personas influir en sus emociones, cuándo las experimentan y cómo las expresan. Eisenberg y colaboradores (2010) han trabajado acerca de la influencia de la AE en el desarrollo socioemocional, señalando que un manejo eficaz de las emociones se asocia con una mejor adaptación social, mayor resiliencia y menor riesgo de trastornos afectivos.

Tal como plantea Fernández-Theoduloz (2022), a medida que los/as adolescentes crecen se espera que se tornen más capaces de regular influencias sociales y emocionales. Sin embargo, no siempre el crecimiento se ve acompañado del desarrollo de la capacidad de autorregularse de forma eficaz. Una capacidad de autorregularse no adquirida o disminuída está asociada con trastornos del estado de ánimo como por ejemplo ansiedad, depresión, Trastorno límite de personalidad (TLP), consumo de sustancias y conductas de riesgo (Linehan, 1993; Schulze et al., 2016; Aldao et al., 2016; Joorman y Gotlib, 2010; Fernández-Theoduloz, 2022). Por el contrario, la eficacia de la AE está ligada a menores niveles de ansiedad y depresión, ya que pueden gestionar eficazmente sus respuestas emocionales ante situaciones estresantes (Tugade y Fredrickson, 2004; Ochsner y Gross, 2005; Aldao et al., 2010; Zhao et al., 2022). Asimismo, la AE se vincula con una mayor resiliencia, permitiendo a los sujetos interpretar adaptativamente experiencias adversas y ajustarse a cambios en su entorno. Las personas con una AE eficaz tienden a desarrollar relaciones personales satisfactorias y una mejor interacción social debido a la utilización de estrategias que permiten el manejo de conflictos y la expresión de las emociones.

---

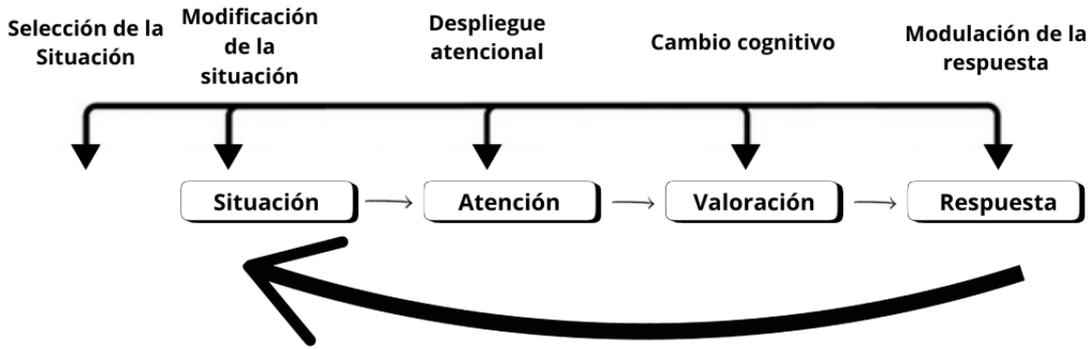
<sup>3</sup> Ver anexo: Figura 1.

### *Estrategias de regulación emocional*

Las estrategias de regulación emocional pueden clasificarse en adaptativas y desadaptativas, dependiendo de su impacto en el bienestar psicológico y su efectividad en la gestión emocional (Gross, 1998, 2015). Las estrategias adaptativas favorecen una regulación saludable de las emociones, promoviendo el bienestar y reduciendo la vulnerabilidad ante trastornos emocionales (Aldao et al., 2010). Por otra parte, las estrategias de regulación emocional desadaptativas son aquellas que, a diferencia de las adaptativas, tienden a incrementar el malestar psicológico y la vulnerabilidad ante trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión (Compte Boix, 2014; Mikulic, 2021; Bautista et al., 2022). Se caracterizan también por ser estrategias cuyos resultados no suelen ser ajustados a las necesidades del contexto y no logran un ajuste emocional exitoso (Aldao et al., 2010). Este tipo de estrategias se caracterizan por proporcionar un alivio a corto plazo, pero ante su repetición y uso a largo plazo pueden resultar ineficaces o perjudiciales para la salud (Gross y Thompson, 2007).

Retomando el planteo del *modelo de proceso de la regulación emocional* propuesto por Gross (1998), el autor clasifica en dos grupos a las estrategias emocionales: las estrategias regulación emocional centradas en la modificación de la emoción antes de su completa activación (o basadas en antecedentes) y las estrategias que actúan después de su manifestación emocional (o basadas en las consecuencias). Las estrategias basadas en los antecedentes son aquellas en las que se interviene antes de que se genere una emoción como consecuencia de la vivencia emocional. Por su parte, las estrategias de regulación emocional basadas en las consecuencias se llevan a cabo una vez la emoción ya ha sido generada.

McRae y Gross (2020) clasifican a las estrategias de regulación emocional en cinco familias que pueden ser usadas en función del momento en el que se encuentre el proceso de generación de la emoción sobre el cual se quiera intervenir.



**Figura 2.** Las cinco familias de estrategias de regulación emocional. Traducido de McRae y Gross (2020).

La primera familia de estrategias es la *selección de la situación*, está compuesta por la estrategia homóloga y la *evitación situacional*. La estrategia de la selección de situación implica elegir contextos o situaciones para introducirse (o evitar) que favorezcan generar respuestas emocionales deseadas. Por ejemplo, un estudiante que recibe una invitación para salir con amigos la noche anterior a un examen importante puede optar por no asistir, priorizando el descanso y su preparación académica, con el fin de rendir en mejores condiciones al día siguiente. La selección de la situación es efectiva porque al ser una estrategia basada en los antecedentes, permite evitar emociones negativas antes de que aparezcan (como la culpa, tomando el ejemplo anterior) o fomentar emociones positivas desde el principio (Gross, 2014).

La *evitación situacional* es una estrategia manifiesta que consiste en evitar una situación que se considera altamente amenazante (Fernández-Álvarez et al., 2017). Por ejemplo, una persona con consumo problemático de alcohol, puede hacer uso de esta estrategia y evitar de forma consciente frecuentar ambientes donde sepa que tendrá contacto con la sustancia. Si bien puede tenderse a pensar que es una estrategia eficaz pues evita el estímulo para prevenir una posible respuesta, el uso rígido de la evitación situacional está asociado a la sintomatología de la depresión y la ansiedad, así como al aumento en los pensamientos negativos repetitivos e intrusivos (Barajas, 2015; González et al., 2017).

La segunda familia de estrategias es la de *modificación de la situación*. Dentro de ella se encuentra la estrategia de *solicitud directa*. Consiste en explicitar directa y activamente ayuda, apoyo o recursos a otra persona para poder regular sus propias emociones (McRae y Gross, 2020). Por ejemplo, Mariana recibe una crítica muy dura en su trabajo por parte de su

jefe, a raíz de esto encuentra problemas para autorregularse emocionalmente. Haciendo uso de la estrategia de solicitud directa, Mariana le habla a su amiga Martina y explicándole lo sucedido y su malestar, y le pregunta si pueden hablar un rato para poder desahogarse. A diferencia de las estrategias anteriormente planteadas que forman parte de un repertorio de estrategias intrapersonal, la solicitud directa se enmarca dentro del enfoque de la regulación interpersonal de las emociones (Zaki y Williams, 2013). Si bien el interés por ambos enfoques de regulación emocional se ha incrementado recientemente, aún no existe consenso sobre dónde termina exactamente la regulación emocional no interpersonal y dónde comienza la regulación emocional interpersonal (Petrova et al., 2023).

La tercera familia de estrategias es llamada *despliegue atencional*. Está compuesta por las estrategias llamadas *desvío de la atención*, *rumiación* y *preocupación*. El *desvío de la atención* se utiliza cuando la situación es inmodificable y consiste en redirigir la atención de la situación emocional hacia aspectos no emocionales de la situación o situaciones no emocionales, para poder influir en el estado actual de las emociones (Werner y Gross 2010; Gross y Jazaieri, 2014; McRae y Gross, 2020). Por ejemplo, Juan acaba de romper con su pareja lo que lo lleva a padecer malestar emocional, en consecuencia, decide salir a caminar mientras escucha su banda favorita para desviar la atención de lo sucedido. Si bien esta estrategia puede reducir el malestar de forma inmediata, presenta limitaciones importantes. Su uso excesivo puede impedir el procesamiento emocional profundo, mantener el malestar a largo plazo al evitar el afrontamiento activo y asociarse con un estilo evitativo de regulación emocional (Aldao et al., 2010; Joormann y D'Avanzato, 2010; Gross, 2015).

La *rumiación* es una estrategia de tipo desadaptativa que consiste en centrarse de manera repetitiva y pasiva en las emociones negativas, sus causas y consecuencias, sin avanzar hacia soluciones prácticas (Toro et al., 2020). Por ejemplo, después de recibir una calificación baja en un examen, Luis piensa constantemente: "¿Por qué no estudié más? Siempre fracaso en todo. Nunca seré lo suficientemente bueno", sin tomar medidas para mejorar en el futuro. Esta forma de pensamiento en modo bucle ha sido vinculada al mantenimiento y agravamiento de trastornos como la depresión y la ansiedad, la prolongación de los estados de ánimo negativos, el comportamiento instrumental, alteraciones en el sueño y la retracción social, entre otros (Rosales, 2018; De Rosa y Keegan, 2018; Toro et al., 2020; Watkins y Roberts, 2020).

Por último, la *preocupación* puede ser considerada una forma desadaptativa de regulación emocional. Es similar en características en cuanto a la rumia, pero enfocada en el futuro (Langlois et al., 2000). Por ejemplo, Luis se preocupa constantemente por la posibilidad de reprobado un examen, pensando en escenarios negativos como perder la beca, decepcionar a sus padres o estancarse académicamente, lo que le impide concentrarse en el estudio. Investigaciones han asociado esta estrategia al desarrollo de los trastornos de ansiedad, la depresión, el insomnio, estrés y deterioro cognitivo (Borkovec et al., 1983; Nolen-Hoeksema, 2000; Harvey, 2002; McEvoy et al., 2010).

La cuarta familia de estrategias de regulación emocional es llamada *cambio cognitivo*, la misma está compuesta por las estrategias de *reevaluación cognitiva* y la *aceptación*. El *cambio cognitivo* se refiere a cambiar el significado que uno construye a partir de una experiencia emocional, con el objetivo de modificar las emociones propias (Werner & Gross, 2010; Gross y Jazaieri, 2014). La primera estrategia que encontramos dentro de esta familia es la *reevaluación cognitiva*. Considerada una estrategia adaptativa, implica generar interpretaciones o perspectivas positivas sobre situaciones estresantes para disminuir el malestar, lo que se asocia con mayores niveles de bienestar psicológico y mejor ajuste social (Werner y Gross, 2010; Cutuli, 2014). Por ejemplo, Luis tras reprobado un examen piensa “soy un fracaso, nunca voy a terminar la carrera”. Luego, realizando una reevaluación de la situación y considerando otros aspectos modifica su pensamiento: “Este examen no salió como esperaba, pero puedo aprender de mis errores y mejorar para la próxima vez”.

Por su parte, la *aceptación* es una estrategia de regulación emocional que implica permitir y experimentar las emociones tal como son, sin intentar cambiarlas, evitarlas o juzgarlas. Esta aproximación se centra en reconocer las emociones negativas y positivas, facilitando una respuesta más equilibrada y consciente ante diversas situaciones (Ford et al., 2018; Krafft et al., 2020). El uso de la aceptación está asociado a beneficios en la salud mental, incluyendo la reducción del estrés y una mayor resiliencia emocional (Troy et al., 2018).

La familia de la *modulación de la respuesta* puede ser utilizada sobre el final del proceso de generación de la emoción. Busca influir en la respuesta experiencial, conductual o fisiológica (Werner y Gross, 2010) y contiene las estrategias de *supresión expresiva* y *evitación experiencial*. La *supresión expresiva* refiere a inhibir de forma voluntaria las manifestaciones externas generadas en respuesta a la experiencia emocional de forma directa,

mientras la experiencia emocional interna persiste (Gross 1998, 2002; Werner y Gross, 2010). Por ejemplo, Juana mantiene una discusión con su pareja Tomás, ella decide no levantar la voz ni mostrar signos de enojo para que el conflicto no siga escalando y no decir palabras hirientes de las que se pueda arrepentir luego. Si bien su uso ha sido relacionado con la armonía social, la prevención de conflictos, un mayor nivel de autocontrol y por ende, menor impulsividad (Gross, 2002; Butler et al., 2003; Matsumoto et al., 2008), es considerada una estrategia desadaptativa puesto que un uso aprendido de forma rígida y automática puede provocar dificultades en la interacción social, aumento en la actividad fisiológica durante una experiencia emocional negativa, una disminución en la experiencia emocional positiva y un aumento en la manifestación somática del malestar emocional (Gross y Levenson, 1993; John y Gross, 2004; Ruiz Monterroso, 2022).

La *evitación experiencial* consiste en evitar ciertos eventos privados desagradables (sentimientos, pensamientos, etc.), e intentar alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes et al., 1996; González-Pando et al., 2018). Un ejemplo de ejecución de esta estrategia pueden ser aquellas personas que recurren al consumo de sustancias para evitar emociones negativas a raíz de experiencias emocionales en su historia de aprendizaje. Si bien esta estrategia proporciona un alivio a corto plazo, está relacionada a mayores niveles de ansiedad, depresión, poca flexibilidad psíquica, baja capacidad de adaptación y falta de apertura a la experiencia presente (Romero-Moreno et al., 2015; González-Pando et al., 2018; Domínguez et al., 2020). Por último, podemos encontrar la estrategia de *intervención fisiológica*. Consta de alterar de forma manifiesta el estado fisiológico del cuerpo mediante acciones o sustancias para de esta forma, moderar la respuesta emocional ante determinados contextos (McRae y Gross, 2020). Algunos ejemplos de esta estrategia podrían ser ejercicios de relajación, ejercicio físico o farmacoterapia.

Como hemos visto, las estrategias de regulación emocional pueden considerarse adaptativas o desadaptativas de acuerdo al tipo de uso que se les dé. Cuando estas estrategias no se desarrollan adecuadamente o se utilizan de forma ineficaz puede surgir lo que distintos autores han conceptualizado como *desregulación emocional*.

## **Desregulación emocional**

La desregulación emocional puede definirse como un patrón persistente de dificultades para identificar, aceptar, modular y expresar adecuadamente las emociones, que surge de fallas en procesos cognitivos, fisiológicos y conductuales responsables de la

regulación emocional (Linehan, 1993; Thompson, 1994; Gross, 2002; Gratz y Roemer, 2004). Este fenómeno se manifiesta en reacciones emocionales desproporcionadas, impulsividad, malestar prolongado y uso de estrategias ineficaces, significando un deterioro en el estilo de vida (Gross, 1998; Gratz y Roemer, 2004; Aldao et al., 2010; Etkin et al., 2015). Este concepto es de relevancia clínica, así como también científica, puesto que constituye un factor transdiagnóstico que parece ser central en una amplia gama de psicopatologías. Una mejor comprensión de la desregulación permitiría no solo explicar el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales, sino también diseñar intervenciones terapéuticas más eficaces (Gratz y Roemer, 2004; Aldao et al., 2010; Schäfer et al., 2016).

Como hemos visto anteriormente, la adolescencia constituye una etapa crítica del desarrollo, caracterizada por importantes cambios emocionales, cognitivos y sociales. En este contexto, la desregulación emocional adquiere especial relevancia, ya que las dificultades para identificar, comprender y modular las emociones se relacionan estrechamente con la aparición de conductas de riesgo, sintomatología depresiva, ansiedad, agresividad, autolesiones y problemas en las relaciones interpersonales (Silk et al., 2003; Cole et al., 2004). De acuerdo con Gratz y Roemer (2004), la desregulación emocional no se limita a la intensidad emocional, sino que implica una alteración en diversos procesos como la aceptación de las emociones, el control de impulsos y el uso de estrategias adaptativas de afrontamiento. Asimismo, Aldao y colaboradores (2010) destacan su carácter transdiagnóstico, señalando que este patrón de funcionamiento emocional disfuncional está presente en múltiples trastornos psicológicos, lo que subraya su valor como factor de riesgo temprano. Desde la neurociencia, Etkin y colaboradores (2015) explican que los sistemas cerebrales implicados en la regulación emocional, particularmente aquellos relacionados con el control ejecutivo y la reactividad emocional, aún se encuentran en desarrollo durante la adolescencia, lo que incrementa la vulnerabilidad en esta etapa. En consecuencia, estudiar y atender la desregulación emocional en adolescentes resulta fundamental no solo para prevenir la aparición de psicopatologías, sino también para fomentar un desarrollo socioemocional saludable y resiliente.

La desregulación emocional representa un elemento central en la comprensión de ciertas conductas problemáticas que emergen con frecuencia durante la adolescencia, a la vez que se ha identificado como uno de los principales factores subyacentes en la aparición y mantenimiento de las autolesiones no suicidas. Cuando los adolescentes carecen de

estrategias efectivas para gestionar emociones intensas o dolorosas, pueden recurrir a comportamientos autolesivos como una forma desadaptativa de aliviar o canalizar su malestar interno. Aunque momentáneamente reguladoras, suelen tener consecuencias negativas a largo plazo y reflejan una profunda dificultad para afrontar los estados emocionales de manera adaptativa y es por esto que ameritan un apartado propio.

## Autolesiones no suicidas

El concepto de autolesiones puede entenderse como un término paraguas que abarca un espectro de conductas dirigidas a autoinfligirse daño de forma deliberada, sin importar la intención subyacente. Estas acciones incluyen cortes, quemaduras, golpes o ingestión de sustancias dañinas, y se presentan en contextos clínicos y no clínicos (Favazza, 1998; Nock, 2010). Desde una perspectiva funcional, han sido asociadas a intentos de regular estados emocionales intensos, aliviar tensiones internas o comunicar malestar, aunque también pueden vincularse a experiencias traumáticas, impulsividad o trastornos psicológicos más amplios (Chapman et al., 2006; Hamza et al., 2012). En este sentido, la autolesión no debe entenderse solo como expresión de sufrimiento individual, sino como un indicador clínico que requiere abordaje integrador y basado en evidencia. La distinción entre autolesiones con y sin intención suicida es clave para una intervención adecuada, aunque ambas representan formas extremas de afrontamiento ante el malestar subjetivo (Klonsky, 2007; Nock y Favazza, 2009).

Si bien las autolesiones comprenden un espectro amplio de conductas autoinfligidas, con o sin intención suicida, en las últimas décadas ha cobrado creciente relevancia el estudio de una subcategoría específica: las *autolesiones no suicidas* (NSSI, por sus siglas en inglés). Esta diferenciación ha sido fundamental tanto en el ámbito clínico como en la investigación, ya que permite delimitar un fenómeno que, aunque comparte características formales con otras conductas autolesivas, se distingue por su intencionalidad, funciones psicológicas y perfil de riesgo (Nock y Favazza, 2009; Klonsky, 2007).

Dentro del espectro de conductas autolesivas las NSSI han sido reconocidas como una forma específica de daño corporal intencionado, realizada sin intención de provocar la muerte. Este concepto ha sido incorporado en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5 pág. 803) como una categoría en estudio, dada su elevada prevalencia y relevancia clínica, especialmente en población adolescente (American Psychiatric Association, 2013). Nock y Favazza (2009) definen las NSSI como conductas repetitivas, socialmente inaceptadas, que implican la destrucción directa del tejido corporal (cortes, quemaduras o golpes) y que se diferencian claramente del intento suicida tanto en su intencionalidad como en sus funciones. Estas acciones suelen estar motivadas por la necesidad de regular estados emocionales intensos, o de comunicar malestar emocional cuando no se cuentan con los recursos adecuados para expresarlo de forma adaptativa, a la

vez que generan estados emocionales alternativos reforzando la conducta autolesiva no suicida (Klonsky, 2007; Nock, 2010; Hooley y Franklin, 2018). Así, las NSSI se constituyen como una estrategia de afrontamiento<sup>4</sup> disfuncional frente a la desregulación emocional, lo que ha llevado a numerosos investigadores a considerarlas un importante marcador de riesgo psicológico y un foco prioritario para la evaluación e intervención clínica en la adolescencia.

En Uruguay existen escasos recursos bibliográficos que estudien la relación entre autolesiones no suicidas y adolescencias. Dada la situación actual del país en materia de salud mental, este vínculo (NSSI-adolescencias) aparece como un campo que requiere mayor investigación y profundización. Un artículo de *Archivos de Pediatría del Uruguay* (2017) indica que, si bien no hay datos de incidencia en menores de 12 años, entre un 5,1% y un 24% de quienes se autolesionan reportaron haber iniciado antes de esa edad, en línea con la evidencia internacional. Diversos estudios han señalado que la adolescencia temprana (11 a 13 años) es un período crítico para el inicio de estas conductas, coincidiendo con transiciones emocionales, cognitivas y sociales que aumentan la vulnerabilidad psicológica (Hankin y Abela, 2011). En esta línea, Glenn y Klonsky (2017) encontraron que el inicio temprano particularmente antes de los 12 años, como en el caso uruguayo, se asocia con mayor severidad clínica, incluyendo mayor frecuencia, variedad de métodos y probabilidad de hospitalización.

El objetivo de este paralelismo no es establecer una comparación entre el contexto de Uruguay con el de otros países, puesto que eso impresionaría ser un análisis apresurado y reduccionista. Los datos sobre la edad de inicio de las autolesiones no suicidas (NSSI) destacan la necesidad de estrategias preventivas y sistemas de detección precoz que permitan intervenir antes de que estas conductas se consoliden (Hankin y Abela, 2011; Glenn y Klonsky, 2017). Reconociendo a la adolescencia como una etapa especialmente vulnerable, se vuelve fundamental contar con abordajes terapéuticos eficaces y sensibles al desarrollo evolutivo. En este marco, la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) se ha posicionado como una de las intervenciones más validadas empíricamente para el tratamiento de la desregulación emocional y las conductas autolesivas en población adolescente (Linehan, 1993; Mehlum et al., 2014).

---

<sup>4</sup> Concepto desarrollado por Lazarus y Folkman (1986) quienes definieron a las estrategias de afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar demandas internas o externas que exceden los recursos del individuo.

## **Abordaje de las autolesiones no suicidas en adolescentes desde el marco de la Terapia Dialéctico Conductual**

### **Contexto y surgimiento de la terapia dialéctico conductual.**

La Terapia Dialéctico Conductual (de aquí en adelante DBT por sus siglas en inglés) fue desarrollada a finales de la década de 1980 por la psicóloga Marsha Linehan, en respuesta a las limitaciones observadas en la eficacia de los tratamientos tradicionales para personas con trastornos graves de desregulación emocional, especialmente aquellas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (TLP) y antecedentes de conductas suicidas crónicas (Linehan, 1993). En este contexto clínico, Linehan identificó que las terapias centradas exclusivamente en el cambio, como la terapia cognitivo-conductual estándar, resultaban insuficientes e incluso perjudiciales para los consultantes que experimentaban altos niveles de invalidación emocional por parte de su entorno (Linehan, 1993).

Frente a esta problemática, la autora diseñó un enfoque terapéutico que integrara de forma equilibrada estrategias de cambio conductual con técnicas de aceptación. Esta integración dio lugar a una propuesta innovadora basada en una lógica dialéctica, que como veremos más adelante, es entendida como la búsqueda constante de síntesis entre elementos opuestos, como la aceptación del consultante tal como es y la necesidad de cambio conductual para mejorar su calidad de vida (Swales y Heard, 2009).

La DBT incorpora también prácticas de mindfulness y validación emocional, entendidas como habilidades terapéuticas fundamentales para la regulación afectiva y el fortalecimiento de la alianza terapéutica (Linehan, 1993; Swales y Heard, 2009). Estas prácticas favorecen la adherencia al tratamiento en personas que suelen presentar altos niveles de impulsividad, desesperanza o desconfianza en los vínculos interpersonales tales como las personas con diagnóstico TLP (DSM V, pág. 663), población a la que apuntó originalmente la DBT.

Desde una perspectiva teórica, el enfoque de DBT se apoya en el modelo biosocial propuesto por la propia Linehan (1993, 2005), el cual sostiene que los trastornos como el TLP y las conductas autolesivas emergen de la “transacción” entre una vulnerabilidad biológica para experimentar y regular emociones intensas y un entorno invalidante que no ofrece respuestas coherentes ni reguladoras ante esas emociones (Boggiano y Gagliesi, 2018). Esta concepción ha sido extendida al trabajo con adolescentes, una población que vimos, se

ha observado una elevada prevalencia de desregulación emocional y conductas de riesgo (Miller et al., 2007; Mehlum et al., 2014).

### **Fundamentos teóricos de la DBT.**

La DBT se estructura a partir de una integración de diversos marcos teóricos que le otorgan solidez y coherencia como tratamiento psicoterapéutico. Sus principales pilares incluyen la *filosofía dialéctica*, la teoría del *aprendizaje conductual* y el *modelo biosocial de la desregulación emocional*. Esta combinación teórica permite comprender los mecanismos subyacentes a los patrones desadaptativos de comportamiento, como las conductas autolesivas, y orientar la intervención terapéutica hacia objetivos de regulación emocional y construcción de una vida plena.

El primer componente fundamental es la *dialéctica*, entendida como la síntesis entre aparentes contradicciones. En el marco terapéutico, esto se traduce en la necesidad de equilibrar la aceptación del consultante tal como es con el impulso hacia el cambio (Linehan, 1993). Esta tensión dialéctica se convierte en la base filosófica y técnica de la DBT, promoviendo una actitud terapéutica que valida la experiencia del consultante sin renunciar a la posibilidad de transformación. En este sentido, la dialéctica permite sostener la complejidad inherente a los trastornos de desregulación emocional, evitando posturas rígidas o reduccionistas tanto por parte del terapeuta como del consultante (Swales y Heard, 2009).

Otro componente central es la teoría del *aprendizaje conductual*, heredada del enfoque cognitivo-conductual a partir del cual se origina la teoría y se construyen muchas de las estrategias de la intervención de la DBT. El tratamiento enfatiza el análisis funcional de la conducta, la identificación de reforzadores, y el entrenamiento en habilidades específicas que permitan reemplazar patrones desadaptativos por conductas más adaptativas, efectivas y reguladas. A diferencia de otros abordajes cognitivos, la DBT otorga especial importancia a la contextualización emocional y relacional de la conducta, reconociendo que muchas conductas autolesivas cumplen funciones reguladoras inmediatas en contexto de sufrimiento emocional intenso (Linehan, 1993; Rizvi y Linehan, 2005).

El *modelo biosocial de la desregulación emocional* propuesto Linehan (1993), constituye la explicación central del origen y mantenimiento de los problemas emocionales que trata la DBT. Según la autora, los trastornos caracterizados por una intensa desregulación emocional como el trastorno límite de la personalidad o las conductas autolesivas, surgen de

la interacción entre una predisposición biológica a experimentar emociones con alta sensibilidad, intensidad y duración, y un entorno invalidante durante el desarrollo (Linehan, 1993, 2005). Esta invalidación puede manifestarse en formas de desatención, ridiculización o minimización del malestar emocional por parte de figuras significativas durante el desarrollo, lo que impide la adquisición de habilidades autorregulatorias eficaces en la infancia y adolescencia (Miller et al., 2007). Así, el sufrimiento emocional se intensifica y perpetúa, facilitando la aparición de estrategias disfuncionales como las NSSI. Esta dinámica, descrita también por Rizvi y Linehan (2005), contribuye a la intensificación del sufrimiento emocional y a la consolidación de patrones de afrontamiento disfuncionales, como las conductas autolesivas, que operan como intentos desajustados de regulación ante la ausencia de recursos internos y externos eficaces.

### **Estructura de la La Terapia Dialéctico Conductual**

La DBT se organiza en torno a una estructura terapéutica multifacética que combina modalidades individuales y grupales, presenciales y telefónicas, con el objetivo de abordar de manera integral los problemas de desregulación emocional y conductas autolesivas, entre otros. Esta estructura fue diseñada por Linehan (1993) para ofrecer una intervención intensiva, sistemática y sostenida, capaz de responder a las múltiples necesidades de personas con altos niveles de impulsividad, sufrimiento emocional y dificultades relacionales. Si bien la flexibilidad es una característica valiosa y necesaria para el terapeuta, la DBT es un tratamiento estructurado que encuentra en esa particularidad una de las claves que hace que sea un tratamiento efectivo (Boggiano y Gagliesi, 2018).

La DBT no solo se centra en reducir síntomas, sino que también busca promover habilidades concretas que permitan construir una vida que el consultante valore como digna de ser vivida. Tal como afirman Boggiano y Gagliesi (2018), para que un tratamiento pueda ser llamado DBT, debe cumplir con cinco funciones que serán acompañadas de cinco modos de tratamiento como vemos en la figura N°3. Las funciones son: aumentar la motivación del consultante, aumentar las capacidades del consultante, asegurar la generalización en el ambiente, estructurar el ambiente y, por último, aumentar la motivación y las habilidades del terapeuta.

**DBT Estándar**  
**Modos y Funciones**

Función	Modos de tratamiento
Aumentar la motivación	Terapia individual semanal
Aumentar las capacidades	Entrenamiento de habilidades semanal
Asegurar la generalización en el ambiente	Coaching telefónico
Estructurar el ambiente	Sesiones familiares y manejo de caso
Aumentar la motivación y las habilidades del terapeuta	Equipo de consultoría

**Figura 3.** Modos y funciones de un tratamiento DBT estándar. Extraído de Boggiano y Gagliesi (2018).

La primera función principal es el fortalecimiento de la motivación del consultante para generar cambios significativos en su vida. Este objetivo se aborda principalmente a través del espacio de terapia individual, donde se exploran las conductas problema, se identifican sus funciones y se construyen metas terapéuticas jerarquizadas. El terapeuta emplea estrategias como el análisis funcional, el reforzamiento positivo y la validación dialéctica para sostener el compromiso del consultante y fomentar una postura activa frente al proceso terapéutico. Este espacio permite abordar las barreras internas al cambio, trabajar sobre las ambivalencias y consolidar una narrativa que oriente al consultante hacia una vida que valore.

Junto con el trabajo motivacional, el tratamiento desde la DBT propone aumentar las capacidades del consultante la cual es la segunda función principal. Las capacidades son entendidas como el conjunto de habilidades necesarias para afrontar eficazmente situaciones emocionales complejas. Estas habilidades se enseñan comúnmente en formato grupal a través del entrenamiento en habilidades DBT, abordando módulos como atención plena (mindfulness), regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal. Sin embargo, también pueden ser transmitidas en sesiones individuales o adaptadas a otros contextos terapéuticos, según las necesidades del consultante y los recursos disponibles. Este enfoque flexible permite que los consultantes no solo adquieran nuevos recursos, sino que también tengan la oportunidad de practicar y recibir retroalimentación en el formato grupal, favoreciendo una internalización activa del aprendizaje.

La tercera función que podemos encontrar es asegurar que las habilidades aprendidas en el contexto terapéutico puedan ser efectivamente aplicadas por el consultante en su vida cotidiana. Esta generalización de habilidades al entorno habitual es clave para consolidar el cambio conductual y prevenir recaídas. Para facilitar este proceso, la DBT incorpora el coaching telefónico como una herramienta de apoyo entre sesiones. A través de este recurso, el consultante puede contactar al terapeuta en momentos de crisis o dificultad emocional, recibiendo orientación sobre cómo utilizar las habilidades en tiempo real y en contextos concretos. Esta modalidad promueve la transferencia activa del aprendizaje, fortalece la autonomía del consultante y reduce la probabilidad de recurrir a conductas desadaptativas en situaciones de alta vulnerabilidad emocional. Además, el coaching telefónico contribuye a mantener el vínculo terapéutico y refuerza la percepción de disponibilidad y contención, elementos fundamentales para sostener la motivación y la adherencia al tratamiento.

La cuarta función del tratamiento DBT es intervenir sobre el ambiente del consultante con el objetivo de estructurarlo de manera que apoye el proceso de cambio. Las conductas desreguladas suelen mantenerse por entornos que, sin intención, las refuerzan o que invalidan las experiencias emocionales del consultante. Por ello, la DBT busca generar modificaciones en estos contextos, ya sea a través de intervenciones familiares, educativas o comunitarias, con el fin de eliminar reforzadores de conductas disfuncionales y fortalecer aquellos que favorezcan el uso de habilidades adaptativas.

Por último, la DBT contempla la necesidad de mantener la motivación y efectividad del equipo terapéutico. El trabajo con poblaciones complejas, como adolescentes con conductas autolesivas o consultantes con trastornos graves de desregulación emocional, puede generar altos niveles de estrés profesional. Para prevenir el desgaste y sostener la adherencia al modelo, la DBT incluye reuniones regulares de equipo, concebidas como espacios de consulta, apoyo mutuo y supervisión. Estas instancias permiten a los terapeutas procesar sus propias reacciones, ajustar intervenciones y mantener una postura dialéctica y compasiva a lo largo del tratamiento.

### **Etapas del tratamiento DBT**

Boggiano y Gagliesi (2018) identifican una primera etapa denominada *pretratamiento* dentro del abordaje en DBT, cuya función es evaluar la idoneidad del consultante para el modelo y fortalecer su motivación para el cambio. Esta fase resulta fundamental para

establecer una alianza terapéutica sólida y acordar compromisos básicos que sostendrán el tratamiento. Para avanzar a la etapa siguiente se deben completar tareas específicas como clarificar metas, identificar Conductas Problema<sup>5</sup>, presentar la conceptualización de caso desde DBT y cómo propone cambiarlas a futuro, obtener el compromiso de mantenerse con vida y participación activa, introducir herramientas centrales del tratamiento como el grupo de habilidades, el coaching telefónico, el Registro Diario<sup>6</sup>, y establecer acuerdos estructurales como la regla de las 24 horas<sup>7</sup> y las 4 sesiones perdidas<sup>8</sup>, junto con una primera conceptualización del caso y un plan inicial de crisis.

Una vez concluida la etapa de pretratamiento comienza el tratamiento propiamente dicho. La primera etapa tiene como objetivo central la reducción de conductas que amenazan la vida, aquellas que interfieren con la terapia y las que deterioran gravemente la calidad de vida del consultante. Busca generar una mayor estabilidad emocional y conductual en quienes presentan un alto grado de desregulación emocional, como en casos de NSSI. La priorización de objetivos clínicos se organiza jerárquicamente, siendo las conductas de riesgo vital las que deben abordarse en primer lugar. Durante esta fase, el foco terapéutico se dirige a la adquisición y uso de habilidades conductuales aprendidas en el grupo de entrenamiento DBT, junto con el fortalecimiento del compromiso con la continuidad del tratamiento. Se implementan recursos como los registros diarios, el coaching telefónico y el análisis en cadena para identificar los factores que mantienen las conductas problema. Asimismo, se trabaja activamente en la implementación de planes de crisis y estrategias de afrontamiento alternativas. Esta etapa no busca todavía una modificación profunda de la historia personal sino una intervención intensiva en la estabilización conductual, condición indispensable para el avance a etapas terapéuticas posteriores más exploratorias o reconstructivas.

La segunda etapa del tratamiento en DBT tiene como objetivo abordar el sufrimiento emocional persistente que se manifiesta a través de trastornos residuales, tales como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos

---

<sup>5</sup> Las conductas problema son aquellos comportamientos que interfieren con el funcionamiento adaptativo de la persona y se mantienen por consecuencias internas o externas (Kendall, 2006).

<sup>6</sup> Herramientas de monitoreo utilizadas en DBT para identificar conductas problema, registrar emociones e impulsos, y favorecer el análisis conductual en sesión (Boggiano & Gagliesi, 2021).

<sup>7</sup> Establece que si el consultante realiza una conducta que amenaza su vida, no se le brinda coaching telefónico durante las siguientes 24 horas, a fin de evitar el refuerzo involuntario de la conducta (Boggiano & Gagliesi, 2021).

<sup>8</sup> Si un consultante falta a cuatro sesiones consecutivas, se considera que ha abandonado el tratamiento (Boggiano & Gagliesi, 2021).

y el trastorno de estrés postraumático. Además, en esta fase se trabaja sobre la sensación de ser un outsider, que incluye emociones como vergüenza, alta sensibilidad a la crítica, enojo, déficits en habilidades interpersonales y soledad. Estas experiencias dificultan las relaciones sociales y la autoaceptación. La intervención también se enfoca en la evitación experiencial, que se manifiesta en síntomas como el duelo inhibido, el vacío y el aburrimiento. El objetivo de esta etapa es que el consultante logre procesar estas experiencias dolorosas, reduciendo la evitación y promoviendo una mayor integración emocional, a través del uso de las herramientas específicas de DBT mencionadas anteriormente.

La tercera etapa del tratamiento tiene como objetivo principal disminuir los problemas de la vida diaria mientras se promueve el aumento del autorespeto, la calidad de vida y el apego a los valores del consultante. Esta fase busca un cambio en el enfoque del consultante, pasando de estar centrado en la resolución de los problemas más graves a experimentar una felicidad o infelicidad corriente, es decir, una vida más equilibrada y funcional, sin las crisis emocionales extremas que caracterizan las etapas anteriores. El trabajo terapéutico en esta fase se orienta a fortalecer las habilidades de resolución de problemas, permitiendo al consultante avanzar hacia sus metas personales y adquirir un mayor sentido de control sobre su vida, reduciendo la dependencia de la terapia y promoviendo la autogestión de sus emociones y comportamientos.

La cuarta etapa del tratamiento se orienta hacia la expansión de la conciencia del consultante, la experimentación de experiencias de iluminación y la plenitud espiritual. En esta fase, el consultante avanza más allá de la resolución de problemas emocionales y conductuales para explorar un sentido más profundo de liberación personal. Se busca que el consultante alcance una libertad interior, despojándose del apego excesivo a la felicidad o a la infelicidad. El objetivo es ayudar al consultante a experimentar un estado de equilibrio interno, donde ya no se encuentre sujeto a los altibajos emocionales, ni polarizaciones, sino que logre alcanzar una mayor paz interior y autocomprensión, lo que le permite enfrentar la vida con una visión más amplia.

A medida que se exploran las etapas del tratamiento en DBT, se evidencia que el modelo no solo busca estabilizar las conductas más problemáticas, sino también fomentar el crecimiento emocional y la autonomía del consultante. Este enfoque parece ser especialmente relevante en el tratamiento de adolescentes que presentan NSSI, un fenómeno que como vimos involucra una compleja interacción en la tríada desregulación emocional - dificultades

interpersonales - sufrimiento interno. La DBT, con su estructura específica de etapas y habilidades, proporciona un marco adecuado para abordar estos comportamientos, ayudando a los adolescentes a comprender y modificar las NSSI mientras aprenden nuevas formas de regulación emocional. De esta manera, el tratamiento DBT se presenta como una herramienta eficaz para promover el bienestar y la resiliencia en este grupo vulnerable.

### **Adaptación del modelo de la Terapia Dialéctico Conductual para el trabajo con adolescentes**

La adaptación del modelo de DBT para adolescentes (DBT-A) surge como una respuesta clínica a la creciente necesidad de intervenciones específicas y eficaces frente a problemáticas como la desregulación emocional severa, las NSSI y el riesgo suicida en esta población. La DBT ha demostrado efectividad en adolescentes, al ser modificada para responder a las características evolutivas, cognitivas y vinculares propias de esta etapa del desarrollo (Miller et al., 2007). Investigaciones han demostrado que la DBT-A se asocia con una disminución significativa de intentos suicidas, síntomas depresivos, ansiedad, hospitalizaciones, pero sobre todo NSSI (Katz, 2004; James et al., 2008; Fleischhaker, 2011). En esta misma línea, Mehlum y colaboradores (2014) reportaron que los adolescentes que participaron en programas basados en DBT-A mostraron mejoras sustanciales en la regulación emocional, así como una reducción notable en la frecuencia de autolesiones y conductas suicidas. Estos resultados han sido replicados en investigaciones posteriores, consolidando la eficacia del modelo en contextos clínicos diversos y con poblaciones adolescentes complejas (James et al., 2015; McCauley et al., 2018).

Una de las principales adaptaciones de la DBT-A respecto al modelo para adultos radica en la incorporación activa del entorno familiar en el proceso terapéutico. Esta inclusión se concreta mediante la participación de cuidadores primarios en los grupos de entrenamiento en habilidades y en sesiones de terapia familiar, con el fin de favorecer la generalización de las habilidades aprendidas, reforzar el cambio conductual y estructurar un ambiente más contenedor y coherente para el adolescente (Miller et al., 2007; MacPherson et al., 2012). Esta estrategia no solo fortalece el apoyo externo, sino que también permite intervenir sobre dinámicas relacionales disfuncionales que pueden contribuir al mantenimiento de las conductas problema.

A los cuatro módulos que constituyen el tratamiento en DBT ya mencionados (atención plena, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar), la DBT-A incorpora un quinto módulo de habilidades, denominado *Walking the Middle Path*, ausente en el modelo para adultos (Mollá et al., 2015). Este módulo aborda dilemas dialécticos frecuentes en la adolescencia y sus relaciones familiares, promoviendo la integración de perspectivas opuestas y una mayor flexibilidad cognitiva. Los 3 dilemas dialécticos centrales son: *indulgencia excesiva versus control autoritario*, hace referencia a los extremos entre la permisividad sin límites y la imposición de normas restrictivas que limitan la autonomía. *Normalización de conductas patológicas versus patologización de comportamientos normativos*, que tal como lo indica su nombre aborda el riesgo de interpretar como desviadas conductas propias de la adolescencia, o por el contrario, trivializar comportamientos que requieren atención clínica. Por último, *forzar la autonomía versus fomentar la dependencia*, plantea la tensión entre promover prematuramente la independencia o fomentar vínculos de dependencia que interfieren con el desarrollo de la autonomía adolescente.

Boggiano y Gagliesi (2018) destacan que el vínculo terapéutico en la DBT-A debe sostenerse en una comunicación clara y transparente, junto con una comprensión profunda de los modos de expresión emocional propios de la adolescencia. En este sentido, la DBT-A se presenta como una intervención flexible y sensible a las necesidades particulares de cada joven, lo que permite abordar casos complejos sin perder de vista la funcionalidad y la recuperación. Su abordaje, estructurado y claramente definido, brinda contención mediante límites concretos (las reglas del tratamiento) y un lenguaje accesible para el adolescente, sin dejar de lado el componente validante ni la postura dialéctica que busca equilibrar aceptación y cambio.

El abordaje de las NSSI desde la DBT-A se orienta, entre otros fines, a la reducción progresiva de dichas conductas y al fortalecimiento de habilidades emocionales, cognitivas y vinculares que contribuyan al bienestar subjetivo. Desde esta perspectiva, los resultados esperables del tratamiento pueden analizarse desde distintos niveles: conductual, emocional y relacional. A corto plazo, se espera una disminución significativa en la frecuencia, intensidad y letalidad de las NSSI, como resultado de la incorporación de estrategias alternativas para afrontar el sufrimiento emocional y los estados impulsivos que suelen preceder a estas conductas (Miller et al., 2007). Esta reducción está mediada por el aprendizaje y

generalización de habilidades específicas, principalmente aquellas vinculadas a la tolerancia al malestar y la regulación emocional abordadas en los módulos de tratamiento.

En el mediano y largo plazo, el tratamiento apunta a lograr una mayor estabilidad emocional, consolidar una identidad más integrada, fortalecer vínculos interpersonales significativos y aumentar el compromiso con un proyecto vital. Estos logros se vinculan con la internalización de habilidades que permiten al/la adolescente afrontar contextos emocionalmente desafiantes sin recurrir a conductas autolesivas. McCauley y colaboradores (2018) encontraron que los adolescentes tratados con DBT-A no solo redujeron significativamente sus autolesiones durante el tratamiento, sino que mantuvieron estos cambios a lo largo del seguimiento lo cual sugiere que la terapia promueve efectos en el tiempo.

El proceso de alta en DBT-A no se concibe como una finalización abrupta, sino con una transición progresiva hacia una mayor autonomía. Para esto, es crucial evaluar cuidadosamente la disminución de las conductas problema, el desarrollo de habilidades autorregulatorias, el fortalecimiento de redes de apoyo y la consolidación de metas personales significativas (Rathus y Miller, 2015). La planificación del alta incluye una revisión conjunta del proceso terapéutico, la elaboración de un plan de prevención de recaídas y, en caso de ser necesario, la derivación a espacios de seguimiento con menor intensidad (Linehan 1993, 2015; Miller et al., 2007; Rathus y Miller, 2015).

Asimismo, el seguimiento posterior al alta cumple una función preventiva clave, especialmente en poblaciones vulnerables con riesgo de recaída. Estudios como los de Mehlum y colaboradores (2016) destacan la importancia de mantener redes de apoyo tras la finalización del tratamiento, ya sea en modalidad individual o grupal, como forma de sostener los cambios logrados y detectar precozmente señales de riesgo. Este enfoque permite posicionar el tratamiento no solo como una respuesta a la conducta autolesiva, sino como un acompañamiento en el proceso de construcción de una vida que merezca ser vivida, tal como propone el marco filosófico de la DBT (Linehan, 1993).

## Síntesis final

El presente trabajo propone una articulación teórica y clínica en torno al abordaje de las autolesiones no suicidas (NSSI) en adolescentes desde la Terapia Dialéctico Conductual adaptada (DBT-A). Para ello, se parte de una comprensión del período adolescente como una etapa del desarrollo caracterizada por profundos cambios neurobiológicos, psicológicos y sociales. Esta complejidad implica el despliegue de tareas evolutivas fundamentales, como la consolidación de la identidad, la autonomía progresiva respecto a las figuras parentales y la regulación emocional en contextos crecientemente exigentes (Steinberg, 2005). Estos desafíos se ven amplificadas por las transformaciones cerebrales en regiones vinculadas al control inhibitorio y a la evaluación del riesgo, lo que explica en parte la mayor vulnerabilidad emocional observada en esta población (Casey et al., 2008).

En este contexto, la regulación emocional adquiere un papel central como competencia que permite gestionar la intensidad de las experiencias internas, adaptar las respuestas conductuales y sostener el funcionamiento interpersonal. Diversas investigaciones han vinculado los déficits en esta capacidad con la emergencia de comportamientos desadaptativos, entre ellos las autolesiones no suicidas (Adrian et al., 2011). Estas conductas, que implican daño corporal autoinducido sin intención letal, constituyen una estrategia disfuncional de afrontamiento ante estados afectivos intensos, y presentan una prevalencia preocupante en la adolescencia, siendo indicadoras de un malestar subjetivo significativo y de riesgo clínico aumentado (Klonsky, 2007; Nock, 2010).

Frente a esta problemática, la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993), y en particular su versión adaptada para adolescentes (DBT-A; Miller et al., 2007), ha demostrado eficacia para intervenir sobre las NSSI y sus condiciones asociadas. Esta adaptación incorpora modificaciones estructurales y técnicas para adecuarse a las características evolutivas de los adolescentes, tales como la inclusión de los cuidadores primarios en el entrenamiento en habilidades y en sesiones de terapia familiar, favoreciendo así la contención, la coherencia emocional en el entorno y la generalización de aprendizajes (MacPherson et al., 2012). Además, introduce un quinto módulo de habilidades, *Walking the Middle Path*, orientado a trabajar dilemas dialécticos propios de la relación adolescente-familia, promoviendo la integración de perspectivas opuestas y la flexibilización cognitiva.

La DBT-A se estructura en etapas que acompañan el proceso terapéutico desde la evaluación inicial hasta la consolidación del bienestar psicológico, haciendo foco en la reducción de conductas de alto riesgo, el desarrollo de habilidades para la regulación emocional y el fortalecimiento del sentido de agencia y valía personal. Diversos estudios han respaldado empíricamente su eficacia, reportando disminuciones significativas en la frecuencia de NSSI, intentos suicidas, sintomatología depresiva y ansiedad, así como mejoras en el funcionamiento general y las relaciones familiares (Mehlum et al., 2014; James et al., 2015; McCauley et al., 2018).

Finalmente, el presente trabajo se sitúa en el marco de una preocupación creciente por la salud mental adolescente en Uruguay, donde los indicadores de malestar emocional, autolesiones e ideación suicida han generado alarma a nivel clínico y comunitario (MIDES, 2023). En este sentido, se busca aportar una mirada integradora y contextualizada que articule teoría, evidencia y herramientas clínicas concretas, contribuyendo al diseño de intervenciones eficaces, sensibles y adaptadas a las necesidades reales de los adolescentes.

La problemática de las autolesiones no suicidas en la adolescencia representa un desafío de creciente preocupación, tanto por su alta prevalencia como por las implicancias emocionales, vinculares y sanitarias que conlleva. Como hemos visto, en nuestro país los indicadores que refieren a la salud mental son alarmantes. Si tomamos únicamente las NSSI como parámetro, observamos la ausencia de datos epidemiológicos específicos que den cuenta de su magnitud, lo que nos invita a preguntarnos: ¿cuánto conocemos realmente esta problemática? ¿Qué obstáculos existen hoy para su detección y abordaje oportuno? ¿Contamos con dispositivos clínicos, comunitarios y educativos preparados para dar una respuesta adecuada y sostenida? ¿Qué lugar ocupa la formación profesional en este campo dentro del sistema de salud?

En este sentido, el presente trabajo se sitúa en el marco de una preocupación creciente por la salud mental adolescente en Uruguay y busca aportar una mirada integradora, comprensiva y contextualizada sobre esta problemática. Desde el abordaje de las NSSI a través de la DBT-A, se articula teoría, evidencia empírica y herramientas clínicas concretas, con el fin de contribuir al diseño de intervenciones sensibles, eficaces y sostenidas, que acompañen el sufrimiento adolescente sin simplificarlo ni patologizarlo, promoviendo procesos de recuperación, agencia y acompañamiento significativo. Esta propuesta se enmarca en la necesidad de continuar problematizando las condiciones actuales de atención

en salud mental, la urgencia de construir prácticas clínicas éticas, contextualizadas y transformadoras, y continuar investigando en la temática con el fin de mejorar lo que funciona e indagar acerca de lo que desconocemos.

## Referencias:

- Amorín, David. (2015). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Psicolibros Waslala.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). *Emotion regulation flexibility*. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263-278.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barajas, S. (2015). *Evitación y psicopatología: un estudio a través de una tarea experimental y su relación con medidas de autoinforme*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1).
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2016). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.
- Bautista, G., Vera, J. A., Machado, F. A., & Rodríguez, C. K. (2022). *Depresión, desregulación emocional y estrategias de afrontamiento en adolescentes con conductas de autolesión*. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 137-150. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.10>
- Blakemore, S-J., (2018). *La invención de uno mismo. La vida secreta del cerebro adolescente*.
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2018). *Terapia dialéctico conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Argentina: Editorial de la universidad nacional de la plata.

- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). *Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes*. Behaviour Research and Therapy, 21(1), 9–16.
- Broche-Pérez, Y., & Cruz-López, D. (2014). *Toma de decisiones en la adolescencia: Entre la razón y la emoción*. Ciencia cognitiva, 8(3), 70-72.
- Broche, Y. (2015). *Modelo de desbalance del desarrollo cerebral: nuevo enfoque teórico en la comprensión de conductas de riesgo en la adolescencia*. RCNN, 5(1), 38-40.
- Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development*. International encyclopedia of education/Pergamon Press/Elsevier Science.
- Bueno, D. (2023). *El cerebro adolescente: época de cambio y transformación*. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. [https://www.adolescere.es/revista/pdf, 2](https://www.adolescere.es/revista/pdf,2).
- Casas Rivero, J., Ceal González-Fierro, M. J., del Rosal Rabes, T., Jurado Palomo, J., & de la SernaBlázquez, O. (2006). *Conceptos esenciales de la adolescencia. Criterios cronológicos, psicofuncionales, psicológicos y sociales*. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 9(61), 3931–3937. [https://doi.org/10.1016/S0211-3449\(06\)74357-0](https://doi.org/10.1016/S0211-3449(06)74357-0)
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). *The adolescent brain*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1124(1), 111–126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Cavalca, E., Kong, G., Liss, T., Reynolds, E. K., Schepis, T. S., Lejuez, C. W., & Krishnan-Sarin, S. (2013). *A preliminary experimental investigation of peer influence on risk-taking among adolescent smokers and non-smokers*. Drug and alcohol dependence, 129(1-2), 163-166.

- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). *Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model*. Behaviour Research and Therapy, 44(3), 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. D. (1994). *The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective*. Monographs of the society for research in child development, 73-100.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). *Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research*. Child Development, 75(2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Collins, W. A., & Steinberg, L. (2008). *Adolescent development in interpersonal context*. Child and adolescent development: An advanced course, 551-590.
- Compte Boix, A. (2014). *Regulación emocional: concepto, estrategias y aplicaciones en la relación de ayuda*. Universitat de les Illes Balears. Recuperado de: <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/848/Compte%20Boix%20Almudena.pdf?sequence=1>
- Cutuli, D. (2014). *Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: An overview on their modulatory effects and neural correlates*. Frontiers in Systems Neuroscience, 8, 175.
- Dahl, R., & Suleiman, A. (2017). *Adolescent brain development: Windows of opportunity*. The adolescent brain: A second window of opportunity, 21-28.
- Damasio, A. (2018). *El extraño orden de las cosas: La vida, los sentimientos y la creación de las culturas*. Ediciones Destino.
- De Rosa, L. Keegan, E. (2018). *Rumiación: consideraciones teórico-clínicas*. REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA. 27.10.24205/03276716.2017.1032

- Domínguez, C. J. D., García, J. V., Ruiz, F. J., Espejo, B. D., Guerrero, P. C., Sánchez, E. R., ... & Sánchez, R. R. (2020). *Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisis*. *Nefrología*, 40(2), 160-170.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). *Emotion related regulation: Sharpening the definition*. *Child Development*, 75, 334-339.  
DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). *Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525.
- Eguiluz L. (1995). *Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes*. Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM; 121-130.
- Ekman, P. (1992). *Facial expressions of emotion: an old controversy and new findings*. *Philosophical transactions of the royal society of London. Series B: Biological Sciences*, 335(1273), 63-69.
- Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). *The neural bases of emotion regulation*. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693–700. <https://doi.org/10.1038/nrn4044>
- Expósito Romero, J. (2021). *Adolescencia y juventud: Salud mental y análisis de los trastornos depresivos*. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Zaragoza.
- Ferreira, A., Arrieta, A. (2022). *Emociones y su importancia en la educación: una mirada desde las neurociencias*. *Librevista*, N°50. <https://www.librevista.com/emociones-y-educacion-una-mirada-desde-las-neurociencias-x-Annabel-Ferreira-y-Antonella-Arrieta.html>
- Ferreiro, Daniela, López, Karina, Núñez, Verónica, González, Nancy, & Boix, Ana Inés. (2023). *Capítulo 3. Autolesiones no suicidas: abordaje integral desde el primer nivel*

*de salud y sector educativo*. Archivos de Pediatría del Uruguay, 94(nspe1), e404.  
Epub 01 de junio de 2023. <https://doi.org/10.31134/ap.94.s1.4>

Fleischhaker C., Böhme R., Sixt B., Brück C., Schneider C., & Schulz E. (2011). *Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a oneyear follow-up*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5, 3

Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., & Mauss, I. B. (2018). *The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence*.

Fuhrmann, D., Knoll, L. J., & Blakemore, S. J. (2015). *Adolescence as a sensitive period of brain development*. Trends in cognitive sciences, 19(10), 558-566.

Garcés-Vieira, M. V., & Suárez-Escudero, J. C. (2014). *Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos*. Revista CES Medicina, 28(1), 119-131. Recuperado de Redalyc

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2017). *Nonsuicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 46(1), 41–53.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1030755>

Godoy, J. C. (2017). *Cerebro Adolescente*. En: Un libro sobre drogas. Arrieta E., (ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El Gato y la Caja. ISBN 978-987-45866-2-9.  
<https://elgatoylajaja.com/cerebro-adolescente>

Goldenberg, A., Halperin, E., van Zomeren, M., & Gross, J. J. (2016). *The Process Model of Group-Based Emotion: Integrating Intergroup Emotion and Emotion Regulation Perspectives*. Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc, 20(2), 118–141.  
<https://doi.org/10.1177/1088868315581263>

- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ.* Bantam Books.
- González, M., Ramírez, G., del Mar Brajin, M., & Londoño, C. (2017). *Estrategias cognitivas de control, evitación y regulación emocional: el papel diferencial en pensamientos repetitivos negativos e intrusivos.* *Ansiedad y estrés*, 23(2-3), 84-90.
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., & Aparicio Basauri, V. (2018). *Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental.* *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166.
- Gratz, K. L. (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://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
- Gratz, K. L., & 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://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). *Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior.* *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970–986.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.6.970>
- Gross, J. 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. J. (2002). *Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences.* *Psychophysiology*, 39(3), 281–291.  
<https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). *Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J., & Thompson, R. A. (2007). *Conceptual foundations for the field*. *Handbook of emotion regulation*, 3-24.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). *Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective*. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3–20). The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.  
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). *Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model*. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482–495.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2011). *Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2½-year longitudinal study*. *Psychiatry Research*, 186(1), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.056>
- Harvey, A. G. (2002). *A cognitive model of insomnia*. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869–893.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). *Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.

- Hernández-Flórez, C. E., Beltrán, M. A., & Contreras, G. A. (2018). *Desarrollo neuroembriológico: el camino desde la proliferación hasta la perfección*. *Universitas Médica*, 59(3), 71-80.
- Hofmann, W., Schmeichel, B. J., & Baddeley, A. D. (2012). *Executive functions and self-regulation*. *Trends in cognitive sciences*, 16(3), 174–180.  
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.01.006>
- Hooley, J. M., & Franklin, J. C. (2018). *Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury*. *Clinical psychological science*, 6(3), 428-451.
- Ibáñez, Á. F., Costa, M. V., del Real Peña, A., & del Castillo, C. S. (2012). *Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento*. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (103), 5.
- Ismail, F. Y., Fatemi, A., & Johnston, M. V. (2017). *Cerebral plasticity: Windows of opportunity in the developing brain*. *European journal of paediatric neurology : EJPN : official journal of the European Paediatric Neurology Society*, 21(1), 23–48.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2016.07.007>
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). *A preliminary community study of dialectical behavior therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH)*. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 148–152
- Jara Males, P., & Sorio, R. (2013). *Redes de protección social. Mejores respuestas para adolescentes y jóvenes*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Jimeno, A. P., & López, S. C. (2019). *Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias*. *Revista Mexicana de psicología*, 36(1), 74-83.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). *Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development*. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333.

Joormann, J., & D'Avanzato, C. (2010). *Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes*. *Cognition and Emotion*, 24(6), 913–939.

<https://doi.org/10.1080/02699931003784939>

Junta Nacional de Drogas. (2024). *VIII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general 2024*. Uruguay.

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/datos-y-estadisticas/datos/viii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-uruguay>

Kanatani S, Tabata H, Nakajima K. (2005). *Neuronal migration in cortical development*. *J Child Neurol*. (4):274-9.

doi: 10.1177/08830738050200040201. PMID: 15921226.

Katz L. Y., Cox B. J., Gunasekara S., & Miller A. L. (2004). *Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276–282

Kendall, P. C. (2006). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed.). Guilford Press.

Klonsky, E. D. (2007). *The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence*. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

Krafft, J., Haeger, J., & Levin, M. E. (2020). *Psychological flexibility and emotion regulation: A systematic review*.

La diaria. (18 de julio, 2023). La tasa de suicidio en el Uruguay es más del doble que en América Latina. *La Diaria*. <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2023/7/la-tasa-de-suicidio-en-uruguay-es-mas-del-doble-que-en-el-resto-de-america-latina/>

- Laursen, B., & Collins, W. A. (2004). *Parent-child communication during adolescence*. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication* (pp. 333–348). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2005). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.
- Lipina, S. (13 de diciembre de 2024). *Consideraciones sobre la plasticidad y los periodos críticos y sensibles del desarrollo neural para el diseño e implementación de políticas* <https://solportal.ibe-unesco.org/articulos/consideraciones-sobre-la-plasticidad-y-los-periodos-criticos-y-sensibles-del-desarrollo-neural-para-el-diseno-e-implementacion-de-politicas/>
- Marcos Sierra, E., & Quianella León, M. (2019). *Plasticidad cerebral, una realidad neuronal*. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(4), 1-5. Recuperado de SciELO
- Martínez Calonge, A., López Mallén, I., Plaza Salguero, S., Soto Bernal, M., & Ginés Aranda, V. (2023). *Depresión en la adolescencia: Revisión bibliográfica*. *Revista Sanitaria de Investigación*.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Nakagawa, S. (2008). *Culture, emotion regulation, and adjustment*. *Journal of Personality*
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J. L., Harned, M. S., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). *Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial*. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>

- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E. J., & Moulds, M. L. (2010). *Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the Repetitive Thinking Questionnaire*. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 509–519.
- Medina Alva, M. D. P., Kahn, I. C., Muñoz Huerta, P., Leyva Sánchez, J., Moreno Calixto, J., & Vega Sánchez, S. M. (2015). *Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años*. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 32, 565-573.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). *Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Mercedes Vargas Gutiérrez, R., & Milena Muñoz-Martínez, A. (2013). *La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual*. *Psicología USP*, 24(2), 225-240.
- Mikulic, I. M. (2021). *Perfiles de regulación emocional y su asociación con la ansiedad y la depresión*. *Anuario de Investigaciones*, 28(1). Universidad de Buenos Aires.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369170422004>
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Ministerio de Desarrollo Social. UNICEF. (2023). *Panorama de la salud mental y el bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes de 16 a 19 años desde el Panel de Juventudes de la ENAJ*.  
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/noticias/Panoarama%20salud%20mental.pdf>
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). *Nonsuicidal self-injury: Definition and classification*. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and*

- treatment (pp. 9–18). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/11875-001>
- Nock, M. K. (2010). *Self-injury*. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 339–363.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms*. Journal of Abnormal Psychology, 109(3), 504–511.
- Núñez, V., Fernández Theoduloz, G., & González Brandi, N. B. (2022). *Cerebro adolescente*. In *Adolescencias: una mirada integral* (pp. 60-62).
- OMS. (2020). Atlas de salud mental. Recuperado de: [https://www-who-int.translate.goog/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/mental-health-atlas?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www-who-int.translate.goog/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/mental-health-atlas?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc)
- OMS. (10 de octubre de 2024). *La salud mental de los adolescentes*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). *The cognitive control of emotion*. Trends in Cognitive Sciences, 9(5), 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
- Osmont, A., Camarda, A., Habib, M., & Cassotti, M. (2021). *Peers' choices influence adolescent risk-taking especially when explicit risk information is lacking*. Journal of research on adolescence, 31(2), 402-416.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., & Capri, A. (2006). *Certezas y controversias en el estudio de la emoción*. REME, 9, 1–25.
- Paolicelli, R. C., Bolasco, G., Pagani, F., Maggi, L., Scianni, M., Panzanelli, P., Giustetto, M., Ferreira, T. A., Guiducci, E., Dumas, L., Ragozzino, D., & Gross, C. T. (2011). *Synaptic pruning by microglia is necessary for normal brain development*. Science (New York, N.Y.), 333(6048), 1456–1458.  
<https://doi.org/10.1126/science.1202529>

- Paula, Isabel. (2016). *Problemas de salud mental en la adolescencia: Vulnerabilidad, riesgo y oportunidad*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/255978892\\_Problemas\\_de\\_salud\\_mental\\_en\\_la\\_adolescencia\\_Vulnerabilidad\\_riesgo\\_y\\_oportunidad](https://www.researchgate.net/publication/255978892_Problemas_de_salud_mental_en_la_adolescencia_Vulnerabilidad_riesgo_y_oportunidad).
- Paus, T. (2005). *Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence*. Trends in Cognitive Sciences, 9(2), 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.008>
- Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* Nature Reviews Neuroscience, 9(12), 947–957. <https://doi.org/10.1038/nrn2513>
- Petrova, K., Gross, J. J., Gross, J. J., & Mikolajczak, M. (2023). *Emotion regulation in self and others*. Emotion regulation and parenting, 35.
- Quintero, J. (2020). *El cerebro adolescente, una mente en construcción*. Shackleton Books.
- Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2005). *The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of “opposite action”*. Cognitive and Behavioral Practice, 12(4), 437–447. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2005.05.002>
- Rodríguez, F. M. M. (2017). *Relaciones entre afrontamiento del estrés cotidiano, autoconcepto, habilidades sociales e inteligencia emocional*. European Journal of Education and Psychology. <https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2017.04.001>
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). *Rumiación y fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 50(5), 216–222.
- Rosales, Ma. Guadalupe (2018). *La rumiación y su impacto en el deterioro de la salud física*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV

*Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Rosetti, D. L. (2017). *Emoción y sentimientos: No somos seres racionales somos seres emocionales que razonan.* Planeta Argentina.

Sánchez, T. (2018). *Autolesiones en la adolescencia: significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico.* Revista de psicoterapia , 29(110), 185-209.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). *The age of adolescence.* TheLancet Child & Adolescent Health, 2(3), 223–228.

<https://doi.org/10.1016/S2352-4642>

(18)30022-1

Schaefer, J., Naumann, E., Holmes, E., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. (2017). *Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review.* Journal of Youth and Adolescence, 46. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>

Schmidt, Carlos, Briones-Buixassa, Laia, Nicolaou, Stella, Soler, Joaquim, Pascual, Juan C, & Vega, Daniel. (2023). *Non-suicidal self-injury in young adults with and without borderline personality disorder: the role of emotion dysregulation and negative urgency.* Anales de Psicología, 39(3), 345-353. Epub 26 de abril de 2024.

<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.492631>

Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). *Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior.* Child Development, 74(6), 1869–1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>

Steinberg, L. (2008). *A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking.* Developmental Review, 28(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>

Steinberg, L. (2009). *Adolescent development and juvenile justice.* Annual review of clinical psychology, 5(1), 459-485.

- Steinberg, L. (2010). *A dual systems model of adolescent risk-taking*. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 52(3), 216-224.
- Swales, M. A., & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behaviour therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Thompson, R. A. (1994). *Emotion regulation: A theme in search of definition*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52. DOI:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x.
- Toro, R. A., Vulbuena-Martín, M., Riveros-López, D., Zapata-Orjuela, M., & Florez-Tovar, A. (2020). *Rumiación cognitiva y su relación con las psicopatologías internalizantes: una revisión sistemática*. *Psicumex*, 10(2), 1-28.
- Troy, A. S., Shallcross, A. J., Brunner, A., Friedman, R., & Jones, M. C. (2018). *Cognitive reappraisal and acceptance: Effects on emotion, physiology, and perceived cognitive costs*. *Emotion (Washington, D.C.)*, 18(1), 58–74.  
<https://doi.org/10.1037/emo0000371>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). *Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Velasco, C., Manzano, M. C., Castillo, I. & Rovira, D. (2004). *Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: un meta-análisis de 13 estudios*. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). *Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination*. *Behaviour research and therapy*, 127, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework*. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and*

psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment (pp. 13–37).  
The Guilford Press.

Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). *Interpersonal emotion regulation*. *Emotion* (Washington, D.C.), 13(5), 803–810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>

Zhao, Y., Waugh, C. E., Kammrath, L., & Wang, Q. (2022). *Comparing the affective and social effects of positive reappraisal and minimising reappraisal*. *Cognition and Emotion*, 36(3), 433–451.  
<https://doi.org/10.1080/02699931.2021.2014787>