

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUTORREGULACIÓN  
EMOCIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA EN  
INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

**LAURA XIMENA CORTES SAAVEDRA  
YURANY ISABEL CUELLAR BRAUSSIN  
PAOLA ANDREA GONZÁLEZ SÁNCHEZ  
DIANA MARCELA GUALTEROS POVEDA**

**UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
BOGOTÁ D.C.**

**2015**

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUTORREGULACIÓN  
EMOCIONAL PARA LA PREVENCIÓN SUICIDA EN INFANCIA Y  
ADOLESCENCIA**

**LAURA XIMENA CORTES SAAVEDRA  
YURANY ISABEL CUELLAR BRAUSSIN  
PAOLA ANDREA GONZÁLEZ SÁNCHEZ  
DIANA MARCELA GUALTEROS POVEDA**

**Trabajo de grado para obtener el título de  
Psicólogas**

**Asesor: YANETH URREGO**

**PhD en psicología**

**UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
BOGOTÁ D.C.**

**2015**

## Nota de Aceptación

---

Firma decano de la facultad.

---

Firma primer jurado

---

Firma segundo jurado

Bogotá, D.C., febrero de 2016

### **Agradecimientos**

Agradecemos a Dios, padres y familiares por apoyarnos en todo el proceso, por permitirnos llevar a cabo la construcción de este proyecto investigativo, que será de gran mérito tanto para nosotras como para las personas quienes tuvieron principal contacto.

Agradecemos a todos los niños y niñas que participaron en el programa, cuya colaboración permitió abrir nuevos caminos hacia la investigación de las emociones y de sus diferentes funciones, a la institución educativa I.E.D. Ricaurte por permitirnos implementar el programa brindándonos facilidad para la ejecución del mismo.

Agradecemos a los jueces, quienes evaluaron nuestro instrumento y guiaron el proceso de creación de este, aportaron conocimientos básicos sobre la implementación de un instrumento que no estaba creado.

Agradecemos a la universidad Piloto de Colombia por brindarnos la oportunidad de crear un proyecto que beneficie a los niños y adolescentes de nuestra sociedad, al igual agradecemos por el apoyo, orientación y acompañamiento en el desarrollo de nuestro proyecto de grado.

Destacamos el acompañamiento e invaluable apoyo de nuestra asesora de proyecto de grado la Doctora Yaneth Urrego Betancourt, quien con su conocimiento y experiencia guio nuestro proceso para que fuera exitoso.

## Tabla de Contenido

pág.

Introducción.....	¡Error! Marcador no definido.2
Planteamiento del problema .....	¡Error! Marcador no definido.2
Antecedentes. ....	¡Error! Marcador no definido.3
Justificación.....	¡Error! Marcador no definido.2
Objetivos .....	¡Error! Marcador no definido.4
Objetivo General .....	¡Error! Marcador no definido.4
Objetivos Específicos .....	¡Error! Marcador no definido.4
Marco teórico .....	¡Error! Marcador no definido.5
Marco metodológico.....	¡Error! Marcador no definido.52
Diseño.....	¡Error! Marcador no definido.2
Hipótesis.....	52
Participantes .....	¡Error! Marcador no definido.2
Instrumentos .....	¡Error! Marcador no definido.3
Diseño y Validación de Instrumentos .....	¡Error! Marcador no definido.61
Resultados .....	¡Error! Marcador no definido.4
Discusion.....	73

Conclusiones.....	78
Limitaciones .....	79
Referencias Bibliográficas .....	80
Apéndices y tablas.....	89

**Lista de tablas**

	Pág.
Tabla 1. Autorregulación emocional versión niños.....	54
Tabla2. Autorregulación emocional versión adolescentes.....	56
Tabla3. Rangos de puntuacion para los niveles em cada uma de las categorias.....	59
Tabla 4. Contenido programa de autorregulación emocional.....	60
Tabla 5. Medias y desviación estándar niños .....	65
Tabla 6. Diferencias pretest - postest niños .....	67
Tabla 7. Correlación de muestras relacionadas en niños .....	68
Tabla 8. Medias y desviación estándar adolescentes.....	69
Tabla 9. Diferencias pretest – postest adolescentes.....	71
Tabla 10. Correlacion de muestras relacionadas adolescentes.....	72

## Lista de Apéndices

	pág.
Apéndice A. Instrumento versión niños .....	89
Apéndice B. Instrumento versión adolescentes.....	93
Apéndice C. Observaciones jueces expertos.....	97
Apéndice D. Consentimiento informado.....	106



## Resumen

La investigación tuvo como objetivo diseñar y validar un programa de autorregulación emocional para prevenir la ideación suicida en niños y adolescentes en la ciudad de Bogotá. La Autorregulación emocional estuvo definida a través de cinco categorías (atención y reconocimiento emocional, autorregulación en el ámbito social, estrategias de autorregulación emocional, temperamento y tolerancia a la frustración y adaptación a situaciones nueva y complejas), por medio de ellas se realizaron los módulos de intervención del programa y las categorías del instrumento de evaluación. Método. *Participantes*. 38 niños (media de edad 8,31 años) y 50 adolescentes (edad media 14,82), pertenecientes a un institución educativa distrital de Bogotá. *Tipo de estudio*. Cuasi-experimental pretest-postest. *Instrumentos*: programa de Autorregulación e Instrumento: Test de Autorregulación Emocional. *Procedimiento*: Se llevaron a cabo las siguientes fases (diseño del programa, diseño y validación del instrumento, consentimiento informado y consideraciones éticas, selección de la muestra, evaluación pretest, implementación del programa, evaluación postest, obtención de datos y análisis de resultados). Resultados. Para el análisis estadístico se emplearon las medidas de media y desviación estándar, se obtuvo una correlación de los puntajes pretest-postest a través de la prueba de Spearman. Además la prueba t de student con un nivel de significancia  $p \leq 0,01$ - $p \leq 0,05$ . Las diferencias significativas a través de la t de student muestran un detrimento en la categoría atención y reconocimiento emocional ( $t_{(37)} = 11,224$  [ $p < 0,01$ ]). En los adolescentes hubo un incremento en las categorías estrategias de autorregulación emocional ( $t_{(49)} = 5,49$  [ $p < 0,01$ ]), y Temperamento y tolerancia a la frustración ( $t_{(49)} = 4,31$  [ $p < 0,01$ ]) y un detrimento en la categoría de autorregulación en el ámbito social ( $t_{(49)} = -4,12$  [ $p < 0,01$ ]). Estos resultados se explican desde las neurociencias donde hubo un mejoramiento en los adolescentes a nivel de habilidades que dependen de las características individuales y del manejo propio de las emociones, lo cual implica una mayor flexibilidad en las respuestas internas ante el contexto. Contradictoriamente en el grupo de estudio de niños, cuando la regulación emocional

depende del efecto de los otros en el comportamiento, hay una disminución en la respuesta.

**Palabras clave:** Autorregulación emocional, ideación suicida, niños y adolescentes

### Abstract

The research aimed to design and validate a program of emotional self-regulation to prevent suicidal ideation in children and adolescents in the city of Bogota. Emotional Self-regulation was defined through five categories (attention and emotional recognition, self-regulation in the social sphere, strategies of mood, temperament and frustration tolerance and adaptation to new and complex situations) through them modules are made program intervention and categories of the assessment instrument. Method. Participants. 38 children (mean age 8.31 years) and 50 adolescents (mean age 14.82), belonging to a school district of Bogota. Type of study. Quasi-experimental pretest-posttest. Instruments: Self-regulation program and Instrument: Test Emotional Self-Regulation. Procedure: The following steps (program design, design and validation of the instrument, informed consent and ethical considerations, selection of the sample, pretest evaluation, program implementation, post-evaluation, data collection and analysis of results) were carried out. Results. For statistical analysis measures mean and standard deviation were used, a correlation of the pretest-posttest scores through the Spearman test was obtained. Besides student t test with a significance level  $p \leq 0,01$ - $p \leq 0,05$ . The significant differences by Student's t test show a detriment in attention and emotional category recognition ( $t((37)) = 11,224$  [ $p < 0.01$ ]). In adolescents there was an increase in the categories of emotional self-regulation strategies ( $t((49)) = 5.49$  [ $p < 0.01$ ]), and temperament and frustration tolerance ( $t((49)) = 4.31$  [ $p < 0.01$ ]) and a detriment in the category of self-regulation in the social sphere ( $t((49)) = -4.12$  [ $p < 0.01$ ]). These results are explained from the neurosciences where there was an improvement in adolescents at the level of skills that depend on individual characteristics and self-management of emotions, which implies greater flexibility in internal responses to the context. In contradiction to the study group of children when the emotional regulation depends on the effect of the other behavior, there is a decrease in response.

**Keywords:** Emotional self-regulation, suicidal ideation, children and adolescents.

## **Introducción**

### **Planteamiento del problema**

Las características que constituyen el suicidio varían de acuerdo con el contexto cultural, las condiciones sociales y económicas. El Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses en el año 2013 reportó que en Colombia los conflictos de pareja, tales como los celos, la desconfianza e infidelidad son la principal causa estableciéndose un 30,12 %, seguido de enfermedades físicas y mentales 22,74%, y en último lugar lo genera las decepciones amorosas con un 10,83%. Se estima que a nivel mundial el suicidio ocupa el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4%. En Europa cada día se suicidan 37 adolescentes, en Canadá, los suicidios son la segunda causa de muerte para jóvenes entre los 10 y 19 años, en Estados Unidos es la segunda causa de muerte en niños entre los 10 y los 14 años, en Colombia se han incrementado en los últimos 5 años entre 1,57% a 1,75% en la población infantil, lo cual apunta a que la mortalidad va en aumento, razón por la cual se requiere implementar programas de prevención, con el fin de disminuir las tasas de suicidio en niños y adolescentes (Osorio, 2013).

Por otra parte, uno de los sustratos que han dado cuenta de por qué se presenta el suicidio y se ha convertido en uno de sus referentes viene siendo el neurológico. Desde la neurociencia afectiva, que ha sido solidificada en la última década de 1998 Panksepp, ha dado un mayor interés acerca de qué hace que los individuos terminen con su vida. Uno de los focos ha sido la regulación emocional, cuyo principal sistema de acción tiene que

ver con el papel de los lóbulos frontales, dado que estos en lo que se ha denominado “funciones ejecutivas calientes” son los responsables de la forma en que los seres humanos afrontan situaciones de pérdida y frustración (Panksepp, 1998).

El propósito de nuestro estudio fue diseñar, aplicar y observar el resultado de un programa de autorregulación que permita reducir la ideación suicida por medio de la autorregulación emocional, en el colegio Ricaurte con niños y adolescentes de 8 a 16 años, ya que se observa que el 10,08% de casos corresponde a la población antes mencionada, en donde se observa que se presenta un incremento de 9 casos con respecto al año 2012 (Cifuentes, 2013). Debido a que el suicidio ha incrementado progresivamente se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué efectos tiene un programa de autorregulación emocional en niños y adolescentes para prevenir la ideación suicida?

### **Antecedentes.**

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica de investigaciones relacionadas con temas como el suicidio, neurociencias afectivas, funciones ejecutivas, autorregulación emocional, ideación suicida y programas de prevención. A continuación se presentan antecedentes teóricos y empíricos.

El suicidio ha sido estudiado desde diferentes perspectivas. Según el Instituto de Medicina Legal colombiano en el año 2013 fueron realizadas 1.810 necropsias donde la causa principal se relaciona con el suicidio:

Según la distribución por grupos de edad, las tasas más altas de suicidio por cada 100.000 habitantes se presentaron en los grupos etarios correspondientes a 18-19 años 6,74%, 20-24 años 6,54%, 25-29 años 5,63%, 30-34 años 5,55% y en la población adulto mayor en el grupo correspondiente a los 70-74 años 5,43% (Cifuentes, 2013; p. 133).

Se estima que a nivel mundial el suicidio ocupa el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4%. En Europa cada día se suicidan 37 adolescentes, en Canadá, los suicidios son la segunda causa de muerte para jóvenes entre los 10 y 19 años, en Estados Unidos es la segunda causa de muerte en niños entre los 10 y los 14 años (Osorio, 2013).

En Colombia se han incrementado en los últimos 5 años entre 1,57% a 1,75% suicidios en la población infantil, lo cual apunta a que la mortalidad va en aumento, razón por la cual se requiere implementar programas de prevención, con el fin de disminuir las tasas de suicidio en niños y adolescentes (Osorio, 2013).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud menciona causas principales sobre el suicidio como lo son la depresión, trastornos por consumo de alcohol, abuso de sustancias, violencia, sensación de pérdida en diferentes entornos sociales (Organización Mundial de la Salud, 2014).

A continuación se presentan teorías biológicas, genéticas y sociológicas sobre el suicidio; en cuanto a las genéticas, se han publicado trabajos donde se quiere descubrir, que factores genéticos o hereditarios pueden contribuir causalmente a la ocurrencia de

esta conducta o si se presenta como una enfermedad mental se señalado la asociación entre suicidio y depresión. Las explicaciones iniciales de las teorías genéticas intentan dar una interpretación en aquellos casos donde existían familias con alta incidencia de suicidios encontrando riesgos significativamente más altos de suicidios en las familias de los pacientes depresivos y maníacos que habían cometido suicidio, que en los familiares de aquellos que no lo habían cometido (Rodríguez, Glez, García, & Montes, 1990).

En el artículo “*Emotion Plasticity Context and Regulation Perspectives from Affective Neuroscience*”, de los autores Davidson, Jackson & Kalin, (2000), señalan que las bases neuronales de la emoción ponen en relieve el papel de la corteza pre frontal, haciendo referencia a la plasticidad afectiva que se describe en el contexto y la regulación, las cuales se generan de forma dependiente normal y disfuncional a la respuesta emocional, y la amígdala donde se consideran que los circuitos neuronales promueven el afecto positivo sobre los mecanismos que rigen la salud y la enfermedad, de acuerdo a este antecedente se tiene en cuenta que la regulación parte de dos sistemas la corteza pre frontal y la amígdala. (p. 890).

Por otra parte, Pandey, (2013), en el artículo “*Bases biológicas del suicidio y la conducta suicida*”, realiza una investigación desde la neurobiología del suicidio, donde se manipulan tejidos periféricos como: plaquetas, linfocitos y líquido cefalorraquídeo; obtenidos de los cerebros de pacientes *post mortem* involucrados en un suicidio, proporcionando resultados que evidencian bajos niveles de serotonina y la disminución de metabolitos de la misma, de igual forma el eje hipotalámico-pituitario-adrenal presenta alteraciones, en cierto modo el comportamiento suicida puede estar relacionado con una

vulnerabilidad de factores conductuales, ambientales, genéticos y neurobiológicos, así también la depresión crea formas de afrontamiento más frágiles en unas personas en comparación con otras. Estos avances de las bases biológicas del suicidio tienen como fin crear métodos más eficaces de detección y prevención del suicidio.

Por otro lado, es importante resaltar que el bajo rendimiento académico puede estar relacionado con la ideación suicida, por lo tanto se aborda el estudio realizado por (Villamizar y Muñoz, (2000), sobre las funciones ejecutivas y rendimiento escolar en educación primaria. Un estudio exploratorio, el cual comprende una muestra de 61 estudiantes de ambos géneros, que cursaban 2 y 3 grado, la participación de los niños fue voluntaria. Las herramientas utilizadas fueron el test de colores y palabras diseñada por Golden en el año 1978, y la torre de Londres por Sballice en el año de 1982, donde se concluyó que el bajo rendimiento académico está relacionado con disfunciones ejecutivas, las cuales se relacionan con la autorregulación emocional afectando el rendimiento académico de los niños (Villamizar y Muñoz, 2000).

En artículo realizado por Rodríguez, Russian & Moreno en el año 2009, titulado “*Autorregulación Emocional y Actitudes ante situaciones de Agravio*” se describe la relación que existe entre las funciones ejecutivas y la autorregulación emocional, enfocado en la influencia de la autorregulación emocional (control de los impulsos y control en situaciones adversas). Este estudio fue realizado con una muestra de 287 adolescentes, 114 varones y 173 mujeres, de 15 a 17 años de edad, residentes en la ciudad de Panamá, para el cual se utilizaron los siguientes instrumentos: El Cuestionario de Actitudes ante Situaciones de Agravio y el Inventario de Cociente Emocional (Eq-i). Los

resultados obtenidos muestran que existe una relación negativa entre el control de los impulsos y el control en situaciones adversas, en los adolescentes que presentan mayor control de impulsos disminuye en cierto grado a las respuestas de las actitudes agresivas de venganza, rencor y hostilidad (Rodríguez, Russian & Moreno, 2005).

Tomando como base la relación de estilos de afrontamientos de los adolescentes en general, se encuentra que los adolescentes con estilos de afrontamientos no productivo (que engloban estrategias como por ejemplo falta de afrontamiento, auto inculparse etc.) suelen desconfiar de sus propias capacidades evidenciando sentimientos de inseguridad y desvalimiento. Por otro lado, los adolescentes que presentan estilos de afrontamiento dirigidos a resolver sus problemas (esforzándose y comprometiéndose en su resolución) manifestando comportamientos y estados de ánimo equilibrados y pueden ser emocionalmente expresivos, buscando estímulos y experiencias novedosas e interesantes. Por último, los adolescentes con estilos de afrontamiento dirigidos a los demás (invertir en relaciones íntimas, búsqueda de ayuda profesional etc..) suelen ser confiados en sus capacidades y seguros de sí mismos (Rodríguez, Russian & Moreno, 2005).

En cuanto a la reacción de malestar y autorregulación emocional en la infancia, la investigación realizada por Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, en el año 2005), se identificaron factores de origen endógeno y exógeno que influyen en esas conductas. Se realizó el estudio 60 familias con un nivel socio-económico medio y con niños entre las edades de 12, 18 y 24 meses. Se utilizaron varias herramientas de medida para evidenciar los resultados de esta investigación, tales como la medida del malestar en el laboratorio, las estrategias de autorregulación del niño en el laboratorio, del



temperamento en los niños, la capacidad cognitiva del niño, el tipo de regulación de la madre en el laboratorio, las cuales dieron como conclusión que el grado de autonomía de la estrategia de autorregulación influye sobre la expresión de la intensidad de la respuesta emocional del niño (Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, 2005).

Por otra parte, Bella, Fernández & Willington, (2010), se plantearon como objetivo describir la frecuencia de trastornos mentales y el comportamiento en niños y adolescentes hospitalizados por intentos suicidas, los cuales fueron entrevistados al igual que sus padres entre el 2006 y 2007, donde se estudiaron variables como la caracterización sociodemográfica, el método de autoagresión utilizado para el intento suicida, antecedentes psicopatológicos individuales, trastorno mental y de comportamiento en curso, la clasificación se realizó de acuerdo con los criterios de (CIE-10), los resultados obtenidos de 41 niños y adolescentes arrojó que el 56,10% de la muestra pertenece al sexo femenino y el 43,90% al sexo masculino en edades de 8 y los 17 años, al estudiar el método de autoagresión se encuentra que el 90% de niños y adolescentes utilizan fármacos, dentro de este grupo el 68% utilizó fármacos para autoagredirse y el 100% realizó el intento suicida en el hogar, el 49% de los que presentan trastornos psicopatológicos intentaron suicidarse y con un intento previo se presentaron el 32%. En los resultados se destaca la presencia de antecedentes de trastornos psicopatológicos, como trastornos de conducta disocial, intentos de suicidio previos, trastornos del aprendizaje, adicciones en los niños y adolescentes estudiados.

El estudio realizado por Rossow, (1996), "*Alcohol and Suicide Beyond the Link and the Individual Level*", menciona que existen mecanismos asociados entre el alcohol

y el suicidio consumado, las investigaciones se hicieron de manera individual delimitando la población en dos subgrupos, el primero relacionado con el suicidio en personas alcohólicas, y el segundo se realizó en personas suicidas con consumo y abuso de alcohol, encontrando que el porcentaje más alto se presenta en los hombres con un rango de 5 a 10 suicidios más que en mujeres, señalando que los que consumen alcohol son más propensos al suicidio, sin embargo, esta relación entre el suicidio y alcohol también depende de los cambios que se presentan a nivel cultural y social, agregando que el suicidio parece presentarse de forma individual, pues se relaciona con las características del sujeto como los fenómenos sociales y culturales que lo rodean, los factores genéticos y rasgos de personalidad pueden predisponer las conductas suicidas.

El artículo “*Predictores de la Ideación Suicida*”, estudia los índices sobre la depresión y la capacidad de auto concepto para predecir los pensamientos de suicidio, teniendo en cuenta las diferencias de género, la muestra se realizó con 161 adolescentes entre 16 a 19 años. Para este estudio se aplicó la escala de autoconcepto de Villa, la escala de depresión y la escala de ideación suicida de Beck. Los resultados muestran que el 10,5% de los adolescentes piensan en el suicidio de una forma seria, las mujeres presentan niveles más altos de ideación suicida que los hombres, y señala que un 20% de los adolescentes que piensan frecuentemente en el suicidio realiza un intento. Esto demuestra que la ideación suicida no siempre lleva al acto sin embargo, resulta importante realizar proyectos preventivos para esta población (Fernández, 2001).

Por último, se abordarán antecedentes acerca de programas que se encuentran directamente relacionados con el suicidio y sus respectivas intervenciones para prevenirlo.

En cuanto a los programas existentes sobre ideación suicida se encontró, el “*Protocolo para la Detección y Manejo de la Ideación Suicida*” realizado en Madrid España, por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), que propone una serie de pasos para la detección de la ideación suicida, así como el abordaje psicológico cuando los pacientes van a consulta por primera vez. Este programa está dirigido a los psicólogos clínicos con el fin de facilitar el aporte terapéutico a los casos clínicos que manifiestan querer acabar con su vida (Marti, 2013).

Otro programa hace referencia a la “*Estrategia de Intervención para la Prevención del Suicidio en Adolescentes: la escuela como contexto*” fue creado por Piedrahita, Paz & Romero en año 2012, el cual tiene como objetivo promover conductas protectoras a partir de factores de riesgo y abordar el conocimiento sobre estos mismos, así mismo brindar herramientas para el abordaje inicial orientados a educadores y padres de familia. La muestra estuvo conformada por 30 estudiantes entre 9 y 14 años, los resultados mostraron la falta de conocimiento de los adultos respecto al suicidio, luego de la intervención se evidenció más precisión a los conceptos básicos de suicidio (Piedrahita, Paz y Romero, 2012).

En Bogotá Colombia, durante el año 2009, se desarrolló el programa “*la conducta suicida en la localidad de Kennedy: análisis y estrategias de prevención desde el modelo de sobreposición de Blumenthal*”, que pretende describir y analizar por medio del modelo Blumenthal las características que presentan las familias donde un miembro ha manifestado intento de suicidio e ideación suicida. El método utilizado para recolectar la información fue por medio de fichas de seguimiento a los casos presentados en la Secretaría de Salud del Distrito. A partir de los datos obtenidos se realizó un análisis descriptivo para buscar una proporción de incidencia y se concluye que en las familias de esta localidad, donde se realizaron seguimientos a 176 casos dentro de los cuales 98 (55,68%), fueron reportados como intento de suicidio y 78 (44,32%), como ideación suicida (Cardona & Ladino, 2009).

Por último, se tiene en cuenta el programa “*Prevención de Suicidio y Conductas Autodestructivas en Jóvenes*” creado por Campos (2004), orientado en crear un proyecto útil y práctico para prevenir el suicidio en adolescentes del país de Costa Rica, en este se realizaron talleres sobre prevención de suicidio y conductas autodestructivas, utilizándose El Test de Tamizaje para Adolescentes, y El Test de Zung, se elaboraron tres charlas a 69 estudiantes de décimo grado dividido en tres grupos, los resultados obtenidos indican que 15 personas (22%) presentaron riesgo de suicidio, y permitió identificar que una cuarta parte de los jóvenes habían pensado en suicidarse o morir, analizando los test, se pudo encontrar que dos de los estudiantes habían intentado suicidarse en los últimos doce meses. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el suicidio es una variable importante a estudiar de acuerdo al elevado nivel de suicidios presentado en jóvenes en

los últimos años, no se encontró investigaciones relacionadas con las dos variables de estudio, lo cual permite profundizar e implementar estrategias de prevención suicida por medio de la autorregulación emocional.

### **Justificación**

Hablar sobre suicidio en la adolescencia resulta complejo, es una etapa de la vida donde se presentan cambios y nuevos conocimientos que generan diversas situaciones las cuales llega a producir ansiedad y depresión, en algunos casos pueden culminar en tentativa de suicidio. Debido a esto se toma en cuenta el periodo evolutivo, ya que en los primeros años de vida se desarrollan los mecanismos cognitivos, atencionales y lingüísticos que conllevan al proceso de autorregulación, logrando mostrar que los niños emplean estrategias para modificar las respuestas emocionales y disminuir el nivel de malestar que le genera una situación determinada. Si no se ha alcanzado el desarrollo de estos mecanismos en la adolescencia es probable que las estrategias que el adolescente utilice para disminuir el estrés no sean lo suficientemente efectivas y puedan generar ideas suicidas (Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, 2005). Es por esta razón que la investigación se enfoca en diseñar un programa de prevención en ideación suicida, por medio de la autorregulación emocional, con el fin de brindar una herramienta a niños y adolescentes en el manejo de las emociones y control de los impulsos en su entorno escolar y familiar.

La importancia de esta investigación radica en que en los últimos años las cifras de suicidio han incrementado, factores neurobiológicos, sociales y personales, son las causas de que un individuo llegue a atentar contra su propia vida. Según datos del Instituto de

Medicina Legal y Ciencias Forenses - ICMLCF (2013), la tasa general de suicidios en Colombia en los últimos 5 años se ha mantenido entre 4 y 4,1 %, mientras que aquella de menores entre 5 y 18 años pasó de 1,57% en el 2008 a 1,75% en el 2012. Entre enero y agosto del 2013 se presentaron 109 suicidios de menores entre 5 y los 17 años; el 60,0% corresponde a personas del sexo masculino, mientras el 39,4% corresponde al sexo femenino (Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013).

De acuerdo con las anteriores cifras se considera trabajar, desde el campo de la psicología, abordando el suicidio a partir de las neurociencias, específicamente desde las *neurociencias afectivas*, las cuales constituyen una disciplina que ofrece información relevante del comportamiento de los procesos neurales relacionados con el afecto y las emociones (Panksepp, 1998).

Por las anteriores razones es que se plantea la alternativa de prevenir la ideación suicida en niños y adolescentes por medio de la autorregulación emocional, lo que implica a los niños y adolescentes desarrollar la habilidad para modificar su conducta de acuerdo a los aspectos cognitivos, sociales y emocionales que se presentan en una determinada situación, teniendo en cuenta factores externos que se presentan en su vida cotidiana como el acoso escolar, las relaciones interpersonales, el duelo, las separaciones y divorcios, el rechazo y antecedentes de abuso sexual; y factores internos relacionados con la genética y trastornos del estado de ánimo (Ruff & Rothbart, 1999).

Según Bella, Fernández & Willington (2010), los menores de quince años pueden obedecer más a actos impulsivos, mientras que en adolescentes de dieciséis años o más,

se asocia en un alto porcentaje a trastornos mentales y adicciones a sustancias psicoactivas.

Este ejercicio investigativo se considera de gran aporte a la psicología, ya que se pretende disminuir un riesgo social que afecta notablemente a la población implicada y a sus familias, de esta forma también se contribuye al grupo de investigación de la Universidad Piloto de Colombia.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Implementar y evaluar el efecto de un programa de autorregulación emocional, para prevenir la ideación suicida, en niños y adolescentes pertenecientes a un colegio público de Bogotá.

### **Objetivos Específicos**

- a) Diseñar e implementar un programa de autorregulación emocional para prevenir la ideación suicida en niños y adolescentes.
- b) Diseñar y aplicar un instrumento de autorregulación emocional e ideación suicida, que permita caracterizar las estrategias de autorregulación de los niños y adolescentes.
- c) Observar y describir los posibles efectos de un programa de prevención en ideación suicida en niños y adolescentes a partir de la aplicación de un pretest y postest.
- d) Analizar y sistematizar los resultados del instrumento aplicado dentro del programa de autorregulación emocional.

## Marco teórico

**“No le tengas miedo a la vida.**

**Piensa que vale la pena vivirla, y creer esto**

**Te ayudará a que se haga realidad.”**

*William James*

La neurociencia afectiva se utilizará como la base de la investigación y se define como, “*El campo de investigación científica que estudia las bases neurales de los procesos afectivos y sociales de los seres humanos y animales, que abarca niveles conductuales, morales y neurales de análisis*” (Panksepp, 1998).

Ochsner & Gross, (2003), plantean desde otra perspectiva que el objetivo de las neurociencias afectivas es identificar los sistemas neuronales responsables de las respuestas emocionales básicas como el miedo, la rabia, disgusto, felicidad y tristeza.

Así también la neurociencia afectiva es la subdisciplina de las Ciencias Bio conductuales que examina las bases neurales subyacentes de estado de ánimo y la emoción. La aplicación de este conjunto de teorías y datos para la comprensión de los trastornos afectivos está ayudando a generar una nueva comprensión de los circuitos cerebrales ocultos de estos trastornos (Davidson, Jackson & Kalin, 2000).



Por otra parte Gendron & Feldman (2009) realizaron un recorrido histórico acerca de las emociones encontrando los hitos de la neurociencia afectiva tales como: (1) El caso de Phineas Gage en 1848, relacionado con el daño en lóbulo frontal; (2) En 1872, se habló acerca de la expresión de las emociones según Charles Darwin; (3) En el año 1884, James- Lange propone la teoría de las emociones; (4) Mills en 1912, se refiere a la hipótesis del hemisferio derecho

Otras investigaciones relacionadas con las emociones hacen referencia a: (1) Síndrome de Kliver-Bucy; (2) Circuito neural de Papez; (3) Reacción defensiva afectiva de Hess and Brugger; (4) El sistema límbico de MacLean; (5) Efectos de la extirpación de la amígdala en monos de Weiskrantz; (6) Modelo de aproximación- evitación de Schneirla; (7) Teoría de los dos factores de las emociones de Schacter y Singer; (8) Zajonc argumenta la emoción en ausencia de cognición; (9) En 1982 Lazarus argumenta el caso de las emociones que requieren cognición; (10) Ekman y colaboradores hablan sobre las diferentes emociones básicas que se pueden distinguir autónomamente. (Gendron & Feldman, 2009).

A continuación se encuentran diferentes investigaciones donde, Ledoux (2006) habla acerca del condicionamiento del miedo, mientras Damasio, se refiere a la hipótesis del marcador somático. Sobre el año 1994, Adolphs y colaboradores hacen referencia al deterioro del reconocimiento de las emociones en las expresiones faciales, Bechara y colaboradores aportan con temas acerca de la amígdala y cómo ésta es necesaria para el condicionamiento del miedo, en el año 2002, Hariri y colaboradores aportan sobre cómo la amígdala responde a los estímulos emotivos en función de la variación del gen

transportador de serotonina y por último Mayberg y colaboradores se refieren a la estimulación cerebral profunda para la depresión resistente al tratamiento (Gendron & Feldman, 2009).

De lo anterior se puede concluir que se han realizado múltiples investigaciones teóricas sobre la emoción, relacionadas con las neurociencias afectivas, razón por la cual se tomarán como referencia los estudios del Doctor Jaak Panksepp, puesto que es uno de los primeros investigadores de las neurociencias afectivas, y es él quien le da una nueva visión a este tema, proponiendo bases científicas por medio del estudio de sujetos animales, donde se identifican las diferencias y similitudes con los seres humanos en cuanto a los procesos neurales del afecto y la emoción (Panksepp, 1998).

Panksepp, (1998), establece relaciones específicas entre las neurociencias afectivas y las emociones primarias de los mamíferos incluyendo a los humanos, se evidencia que en investigaciones pasadas se centran en que los animales no presentan emociones, es por esta razón que surge la necesidad que tiene el organismo de dar respuestas adaptativas a su entorno, las cuales se articulan en redes neuronales genéticamente especializadas, ubicadas en regiones subcorticales, dichas regiones constituyen el cerebro afectivo. Todos Los mamíferos comparten procesos afectivos básicos, ya que en muchos sistemas neuronales homólogos median funciones emocionales similares en animales y seres humanos (Panksepp, 1998).

Los estados emocionales surgen de hechos relevantes a nivel neuronal que median y modulan la naturaleza instintiva para muchas de las tendencias a la acción humana y animal, en especial aquellos que, a través de mecanismos de aprendizaje simples como el

condicionamiento clásico, no sólo mantienen ciertas tendencias de comportamiento incondicionados, sino que también ayudan a guiar a los nuevos comportamientos, proporcionando mecanismos de valor de codificación simples que proporcionan prominencia autorreferencial, de esta manera permite a los organismos clasificar los eventos generales de manera eficiente con el fin de controlar los comportamientos futuros (Panksepp, 1998).

Panksepp (1998) edita un libro llamado “*Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*”, en la tercera parte de este libro se refiere a la soledad y el vínculo social y cómo este se relaciona con la neurociencia. Se ha dicho que esta disciplina está luchando para llegar a un acuerdo con la naturaleza en los procesos cerebrales intrínsecos, es por esto que los sistemas emocionales pueden controlar nuestras inclinaciones sociales. Específicamente en relación a los lazos afectivos, en el curso de la evolución del cerebro surgen los sistemas que median la angustia de separación del circuito de dolor preexistente, lo que en otras palabras sería el pánico, que ocurre cuando animales jóvenes son separados de sus sistemas de apoyo social.

Según Panksepp (1998), la vinculación social en el cerebro de los mamíferos, probablemente, va unida a la experiencia de la soledad, pena, y otra sensación de pérdida social. Estar solo o sin un apoyo social son los dolores más comunes a nivel emocional que los seres humanos tienen que soportar. La neuroquímica asiste para aliviar la angustia leve que forma la separación o lo que llamamos soledad. Los opiáceos cerebrales fueron los primeros neuroquímicos descubiertos para reducir poderosamente la angustia de separación, según lo predicho por la teoría de opio de apego social.

De acuerdo con las neurociencias afectivas la depresión se define como un trastorno que resume la representación y la regulación del estado de ánimo y la emoción. La investigación sobre la corteza pre frontal, la corteza cingulada anterior, el hipocampo y la amígdala hacen referencia a la relación entre la depresión y las diferentes regiones que se ven involucradas en este trastorno. La neurociencia afectiva ha ayudado a integrar los enfoques de la emoción normal y los trastornos de la emoción, en un proyecto más unificado que se centra en la comprensión de las diferencias individuales normales y patológicas en el estilo afectivo, sus elementos constitutivos y sus bases neuronales (Davidson, Pizzagalli, Nitschke & Putnam, 2002).

La depresión surge de una multitud de causas próximas y los síntomas generales pueden compartirse con una cierta similitud, aunque los desencadenantes son diferentes. Por ejemplo, algunos pacientes con depresión tienen síntomas generalizados de afecto negativo y ansiedad como parte de su grupo de síntomas y pueden sufrir de una incapacidad para recuperarse de un evento estresante. Otros pacientes pueden presentar una falta generalizada que afecta positivamente el factor primario, para estos pacientes, los incentivos positivos no poseen el potencial de refuerzo. Estos ejemplos ilustran caminos hacia la depresión y son probablemente mediados por diferentes circuitos neuronales, a pesar del hecho de que culminan en un conjunto de síntomas que están parcialmente compartidos (Davidson, Pizzagalli, Nitschke & Putnam, 2002).

La neurociencia afectiva se acerca a la emoción por medio del curso temporal de la respuesta emocional y los mecanismos que se ponen en juego durante la regulación de las emociones. Estas construcciones pueden ser particularmente importantes para la

comprensión de los trastornos del estado de ánimo, ya que los pacientes con depresión pueden sufrir alteraciones en la regulación emocional y la persistencia del afecto negativo. Los pacientes con estas anomalías pueden diferir de aquellos cuyo déficit primario puede estar en la reactividad a los incentivos positivos (Davidson, Pizzagalli, Nitschke, & Putnam, 2002).

Se puede concluir que las neurociencias afectivas han aportado en gran medida a los procesos relacionados con el afecto y las emociones, partiendo de lo anterior se pretende establecer la relación preexistente con el suicidio y la autorregulación emocional, ya que estos dos conceptos se fundamentan en emociones y estados neurales comprometidos. Además de esto, se logró identificar que no hay información suficiente sobre estos temas, por lo que implica realizar un aporte de información y resultados científicos a esta disciplina.

A continuación se presentan las bases biológicas del suicidio, desde los neurotransmisores involucrados y las áreas del cerebro que intervienen, hasta algunos factores asociados a la ideación o conducta suicida. Al hablar de conducta suicida se establece, como un problema que se genera a nivel de salud pública, por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que en el año 2000, se presentaron 17% de muertes por suicidio y pronostica que en el año 2020, estas cifras tendrán un aumento significativo, en donde 1,53 millones de personas recurrirán a este acto (Espinoza, 2013).

El suicidio es una de las problemáticas con mayor índice, cuya explicación ha generado complejidad al ser estudiadas por las ciencias del comportamiento humano. De

tal forma se manifiesta que las personas que presentan conductas suicidas están relacionadas con bajos niveles de serotonina (5-HT); el ácido hidroxindolacético (5-HIAA) es el principal conductor de este neurotransmisor, donde las concentraciones en el líquido cefalorraquídeo se asocian a conductas agresivas y tendencias violentas, reflejando un aumento o disminución en la actividad serotoninérgica de las personas. Diferentes investigaciones se han realizado a través de estudios *post-mortem* situando a los suicidas y a los que presentan tentativas suicidas en grupos con concentraciones más bajas de (5-HIAA) (Bachus, Hyde & Kleiman, 2003).

Por esta razón, los niveles bajos del ácido 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo se presentan en pacientes deprimidos y con historial previo de intentos suicidas de tipo violento, como ahorcamiento, arma blanca, fuego o gas, pero no en aquellos que utilizaron métodos como sobredosis. Autores como Brunner & Bronisch (2002) sugirieron que la disminución se fundamenta en un déficit pre sináptico serotoninérgico compensatorio, en respuesta a una regulación de los receptores postsinápticos de la corteza pre frontal, teniendo en cuenta que el tejido cerebral de estudios *postmortem*, han permitido identificar un aumento de densidad de los receptores serotoninérgicos del subtipo 5-HT<sub>1A</sub>, en la corteza pre frontal y una disminución del transportador serotoninérgico de la misma región (Mesa, 2009).

Debido a las variaciones que se presentan a nivel biológico del suicidio, Rodríguez González, Gracia & Montes de Oca (1990) retoman la presencia de alteraciones en la neurotransmisión de la serotonina y sus receptores, evidenciando que no sólo la disminución de los metabolitos serotoninérgicos actúa en la predisposición del suicidio,

sino que también intervienen la dopamina y la noradrenalina en el líquido cefalorraquídeo; esta disminución de neurotransmisores se presenta en la corteza prefrontal, el hipocampo, el hipotálamo y el tallo cerebral, encargados del control cognoscitivo y conductual de las personas. De este modo, al presentar daño en los lóbulos frontales se produce desinhibición conductual e incremento de la impulsividad, lo cual está altamente relacionado con las tentativas de suicidio (Contreras & Gutiérrez, 2007). Las áreas de la corteza prefrontal y el hipocampo, interactúan en el funcionamiento de las emociones, el estrés y las funciones cognoscitivas, cuando una de estas áreas del cerebro se ve afectada puede interferir con la capacidad de toma de decisiones; lo cual se asocia a los efectos secundarios que se presentan ante los suicidios consumados o las tentativas de suicidio. Cuando se presentan lesiones en el hipocampo, se altera la capacidad de recordar hechos recientes e incapacidad de toma de decisiones adecuadas, llegando a presentarse en primer momento la ideación suicida (Contreras & Gutiérrez, 2007).

Por lo tanto, se presentan datos iniciales acerca de algunas anomalías importantes del cerebro en pacientes con conductas suicidas y suicidio consumado, se identificaron irregularidades en el sistema serotoninérgico, el sistema neuroendocrino y otros sistemas de neurotransmisores, de la patogénesis del suicidio, donde intervienen moléculas como las neurotrofinas y el eje hipotalámico pituitario, encargados de la regulación de hormonas y la conexión entre las distintas áreas del cerebro, por lo cual se estudia la bioquímica celular, las células sanguíneas y el fluido cerebroespinal siendo los posibles

marcadores, no solo de suicidio si no pronósticos y diagnósticos de los trastornos psiquiátricos (Pandey, 2013).

Los neurotransmisores que actúan en el suicidio se presentan en las áreas involucradas del cerebro como lo es en el lóbulo frontal que se encarga de las funciones cognitivas y mentales, tales como regulación, planeación y control de los procesos psicológicos. Para Luria, 1986, tomado de Lázaro, (2006), constituyen una unidad para programar, regular y verificar la actividad de manera consciente y voluntaria, si se presentan daños en su funcionamiento se pueden generar cambios dramáticos en la personalidad y el comportamiento.

Se encuentra que la corteza orbito-frontal participa en la regulación de emociones, conductas afectivas y sociales, así como toma de decisiones basado en los estados afectivos de cada persona, por consiguiente, las alteraciones en la vía emocional originan comportamientos tales como agresividad y cambios en la conducta, produciendo cuadros de irritabilidad e impulsividad, que alteran la consecuencia de los actos realizados, no solo se presenta una alteración a nivel de agresividad, en diferentes pacientes se genera depresión e importante pérdida de iniciativa, de igual forma la corteza fronto-medial es la encargada de procesos como la inhibición, detección, solución de conflictos, la regulación y el esfuerzo atencional, codificando las conductas agresivas por medio de la integración de los estados inhibitorios y excitatorios (Lázaro, 2006). Lo anterior se relaciona con el suicidio debido a los cambios que se generan a través de las conexiones que realiza el cerebro y los niveles de alteración que se presentan en los neurotransmisores involucrados con las tentativas suicidas.



Se establece la relación de la serotonina con la corteza pre frontal, pues los pacientes con trastorno de personalidad impulsivo-agresivo presentan hipo metabolismo de glucosa en la corteza orbito -frontal y en el giro anterior del cíngulo, involucrando una reducción de la serotonina a un estado de hiperirritabilidad, cuando el organismo se encuentra en situaciones amenazantes se activa la dopamina y norepinefrina, para que se presente un control del umbral de respuesta ante situaciones estresantes. De modo, que los neurotransmisores siguen un patrón importante en los niveles de agotamiento de serotonina, norepinefrina y dopamina en el sistema nervioso (Delgado, 2000).

Por último, se presentan factores relacionados con el suicidio, como lo son el estrés y la depresión. Esta última, según Holsboer (2000, citado por Pandey, (2013), está relacionada con los cambios que se generan en el sistema hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HPA), dando lugar a alteraciones en la regulación de corticotropina y cortisol, como resultado se genera un aumento en la producción y secreción de la hormona que libera corticotropina (ACTH), encargada de estimular las glándulas suprarrenales para dar respuesta ante situaciones de estrés. Un eje anormal de (HPA) en la depresión, es uno de los hallazgos más consistentes pues la mayoría de pacientes con depresión y riesgo suicida han presentado un aumento de concentraciones de cortisol en el plasma, líquido cefalorraquídeo y un mecanismo de retroalimentación deficiente (Pandey, 2013).

Es importante relacionar la neurobiología con las funciones ejecutivas en cuanto a los procesos involucrados en suicidio o ideación suicida, por consiguiente las funciones ejecutivas son las habilidades para realizar una actividad dirigida a una meta que

comprenden de generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de conductas que requieren un abordaje novedoso y creativo (Gilbert, 2008).

Así mismo, existen habilidades incluidas en las funciones ejecutivas como la eficacia para fijar metas, el desarrollo de acciones, la flexibilidad de pensamiento, abstener las respuestas automáticas, la autorregulación de la conducta y la facilidad verbal (Jurado & Matute, 2008).

Sus características principales son los mecanismos ejecutivos que organizan la información derivada de sistemas de entrada, procesamiento y salida, es decir, que las funciones ejecutivas son las encargadas de regular la conducta, esto se expresa por el uso de los pensamientos, recuerdos y afectos que organizan el funcionamiento adaptativo (Fuster, 2000).

A partir de lo anterior, se dice que las funciones ejecutivas se agrupan en funciones cálidas y frías. Las funciones frías son aquellas que están relacionadas con la actividad dorso lateral pre frontal, permitiendo un tratamiento más racional de la información; en estas funciones encontramos: Monitoreo, inhibición, secuenciación, planificación, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, control atencional, *feedback*, razonamiento, categorización, iniciación y formación de conceptos. Mientras que las funciones cálidas serían las implicadas en el tratamiento de la información emocional que proviene de la sub corteza, y que tiene su principal representación frontal en la zona orbital ventral.

Dentro de las funciones cálidas se encuentran la autorregulación emocional, toma de decisiones, control de impulsos, *feedback* emocional, volición, estrategias de

cooperación, empatía, teoría de la mente y administración de refuerzos (Manzanaque, 2013).

A continuación, se muestran ciertos elementos que deben ser asumidos dentro de las funciones ejecutivas los cuales son: El establecimiento de la atención entendido como una habilidad de orientación hacia una tarea específica, es necesario retraer la información que no es notable para solucionar la acción solicitada. A raíz de esto, se encuentran varios tipos de atención que están implícitos dentro de las funciones ejecutivas como la atención focalizada, la atención selectiva y la atención sostenida (Gilbert, 2008).

La construcción de la memoria se encarga de la retención y continua actualización de la información (conservar, fijar, reconocer, evocar y localizar hechos pasados). Se encuentran diferentes tipos de funciones ejecutivas implícitas en la memoria como lo son: La memoria de trabajo y memoria procedimental. Además la función ejecutiva es una actividad propia del lóbulo frontal específicamente de las áreas prefrontales sus conexiones recíprocas con otras zonas de la corteza cerebral (Gilbert, 2008).

De esta manera, la región frontal de la corteza cerebral representa una tercera parte de toda la masa cortical y constituye la estructura más compleja e histológicamente nueva del cerebro, además, su maduración es más tardía que la de las demás regiones cerebrales. Por esta razón, se infiere que las funciones ejecutivas cálidas cumplen un papel importante en la toma de decisiones y actos impulsivos en cuanto a la ideación suicida o el comportamiento suicida, basándose en las habilidades cognitivas donde su objetivo principal es facilitar la adaptación del individuo a situaciones nuevas y complejas, yendo

más allá de conductas habituales automáticas (Collete, Hogge, Salmón & Van Der Linden, 2006).

Al hablar de autorregulación emocional es importante tener en cuenta las principales variables de estudio. Este constructo es definido por Block & Block (1980, citado por Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, 2005) como la capacidad de los individuos para modificar su conducta de acuerdo a la demanda requerida en situaciones específicas, por lo que existe una relación clara entre autorregulación e inteligencia emocional.

Thompson (1994) define la regulación emocional (RE) de acuerdo a dos aspectos, intrínseco y extrínseco, con la finalidad de evaluar y modificar reacciones emocionales determinadas por el tiempo y por la intensidad, de igual forma la autorregulación o autocontrol emocional suele iniciarse con un proceso de atención y de reconocimiento de las propias emociones. Este autocontrol hace referencia a que los sentimientos y emociones estén más en relación y consonancia con las circunstancias del momento.

Así mismo, la autorregulación emocional se caracteriza por mantener un balance psicológico de las emociones, tener control, anticipación y exploración del funcionamiento emocional. En este sentido, Vallés y Vallés (2003) señalan que la emoción tiene tres niveles de expresión: Conductual, cognitivo y psicofisiológico, y que la regulación del comportamiento emocional afectará a estos tres sistemas de respuesta.

La capacidad de la persona de autorregularse emocionalmente es tenida en cuenta en tres de sus dimensiones, primero tolerancia a la frustración, segundo el control de los impulsos, y por último, la flexibilidad (Rodríguez, Russian & Moreno, 2005).

El desarrollo de la capacidad de autorregulación emocional implica la sensibilidad emocional y las estrategias empleadas por el niño para modificar o alterar las respuestas emocionales, la autorregulación se da por medio de características del contexto como la independencia, la autonomía y los mecanismos de control (Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, 2005).

La autorregulación emocional se centra en el periodo de la infancia y adolescencia, debido a que otras etapas del desarrollo de la vida no presentan tanta complejidad como en etapas posteriores. Dado que los dos primeros años de vida el niño supone un punto clave en estas habilidades, debido a que en este periodo evolutivo se desarrollan los mecanismos cognitivos, atencionales y lingüísticos que subyacen a la conducta de autorregulación (Grolnick, Kurowski & Mc Menamy, 1998).

Así también, los psicólogos del desarrollo se han enfocado en factores endógenos los cuales se basan en la maduración de las redes atencionales, como también factores exógenos los cuales se destacan en los padres como papel fundamental del desarrollo del niño (Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, 2005).

Durante el periodo de la infancia el desarrollo cognitivo es un factor de gran influencia sobre los procesos autorregulatorios. Se ha indagado la relación entre la intensidad con la que un niño reacciona ante una situación estresante y el tipo de estrategia que pone en marcha para reducir el nivel estresante, parece que cuanto más alta es la intensidad con la que un niño expresa la emoción, el tipo de estrategia que utiliza es más elemental . Los estudios que han relacionado autorregulación y cognición, hacen referencia que capacidad cognitiva se asociará a una respuesta emocional de más control

(Kopp, 1989, citado de Lozano, González & Carranza Carnicero, 2004). Por tanto, los niños que muestran mayor nivel en sus capacidades cognitivas muestran a su vez un uso de estrategias de autorregulación más sofisticadas y autónomas.

Fox (1989, citado por Lozano, González Salinas & Carranza Carnicero, 2004) argumentó que los niveles de reactividad de los niños permite diferentes estrategias de regulación que necesitan adquirir a lo largo de vida. Por consiguiente se ha encontrado que los niños con una alta emocionalidad negativa son más reactivos y muestran peor habilidad de autorregulación, que los niños con una emocionalidad negativo baja.

Se ha identificado una relación temperamental a la regulación de emociones donde los niños regulan sus emociones de forma individual (Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, 2005). El temperamento se refiere a diferencias individuales en la susceptibilidad al malestar y en las formas en las que los niños deben adquirir las estrategias regulatorias.

El estudio de la autorregulación en la infancia tiene una gran importancia por las implicaciones encontradas en diversas áreas del desarrollo, como lo son la calidad de apego, el desarrollo moral, el rendimiento académico o el funcionamiento social (González Pienda, Nuñez, Alvarez, González Pumariega, Roces, González, Muñiz & Bernardo, 2002). Este proceso beneficia las relaciones interpersonales, posibilitando un mayor control de las situaciones y genera estados de ánimo más positivos (Rodríguez, Russian & Moreno, 2005). La regulación emocional es definida por diferentes autores como Fox (1994), que la define como una habilidad para modular el afecto respecto a normas establecidas social y culturalmente.

Para comprender qué es la autorregulación emocional Gross & Thompson (2007) plantearon un modelo de la emoción basado en la retroalimentación de cuatro elementos diferentes: primero, la situación relevante puede ser externa (eventos o exigencias ambientales) o interna (representaciones mentales), segundo, es la atención la cual selecciona los elementos más significativos de una situación, tercero, la evaluación depende de la relevancia de la situación y, por último, encontramos la respuesta emocional por efectos de la retroalimentación, modifica la situación relevante (Gargurevich, 2008).



Estudios anteriores recurrieron a la observación de la conducta de diferentes niños con el fin de identificar qué situaciones eran capaces de controlar, algunos de los ejercicios consisten en retirar un juguete o un estímulo con cual estuvieran jugando, presentar estímulos visuales desagradables, presentar objetos nuevos o personas desconocidas, luego de la observación de las respuestas dadas por los niños, estas eran agrupadas por categorías emocionales (Rothbart y Derryberry, 1981), plantearon por medio de una revisión de la literatura, estrategias de evitación activa, orientación, aproximación y ataque hacia el cuidador.

De esta manera, la regulación de las emociones no tiene como objetivo la disminución o supresión de estas, lo relevante en la investigación de las emociones son los beneficios adaptativos que son capaces de ser alterados o ajustados de forma flexible.

Sin embargo, los estudios que han puesto en relación la intensidad de la respuesta emocional y el tipo de estrategia que se utiliza para modularla no han profundizado suficientemente en la relación causal de estos factores, por tanto, se desconoce el efecto que tienen las distintas estrategias de autorregulación en la alteración del estado emocional (Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, 2005).

Se han retomado términos de la autorregulación emocional y aspectos biológicos del suicidio, lo cual permite enriquecer conocimientos sobre dicho tema, ya que es parte fundamental de la investigación. A continuación, se abordará la definición, características, factores y cómo la ideación suicida o acto suicida puede presentarse en niños y adolescentes.

La palabra suicidio proviene del latín “sui y occidere”, que se define como el hecho de atentar contra su propia vida. Este fenómeno humano universal ha estado presente en todas las épocas históricas, sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él actitudes que varían en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura (García de Jalón & Peralta, 2002).

La ideación suicida es un tema que se abarca dentro del suicidio, la diferencia es que la ideación suicida se presenta por la presencia de deseos y pensamientos de muerte de manera recurrente, cuando el sujeto realiza algún plan o identifica los medios para realizar el suicidio. Esta idea se encuentra en muchos niños y sigue presente en la adolescencia (Domenech, Llabería, 2005).

Para complementar lo anterior se retoma la perspectiva cognitivo-conductual donde la ideación suicida se define como los pensamientos acerca de la falta de valor por la



vida, por lo que se genera una tentativa de autoagresión (Mingote, Jiménez, Osorio & Palomo, 2004).

Esta perspectiva puede reducir las posibles soluciones a los problemas y llevar a la persona a un estado de desesperanza, provocando que crezca la probabilidad de suicidio, esto se puede desarrollar por algún evento estresante que genera ciertas emociones de frustración o rechazo, donde el deseo de escapar de determinada situación junto con el pensamiento negativo frente a buscar una solución y la falta de recursos para aliviar o sobrellevar el evento, como apoyo social no se presenta de manera adecuada lo que causa sentimientos de indefensión que favorecen la aparición de conductas suicidas (Mingote, Jiménez, Osorio & Palomo, 2004).

Se mencionan las características de la ideación suicida y la conducta suicida; teniendo en cuenta que el propósito del suicidio es buscar una solución por parte de la persona provocando autoagresión frente a una situación que le genere malestar, el estímulo común es el dolor psicológico intolerable, el estresor común son las necesidades psicológicas frustradas, el estado cognitivo es la ambivalencia, la acción es el escape, el acto interpersonal es la comunicación de la intención, el acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida (Shneidman, 1988, citado por Mingote, Jiménez, Osorio & Palomo, 2004).

Según Barón (2000) existen factores determinantes de la conducta suicida, el primero hace referencia a la motivación racional que imagina una amenaza exterior, donde los adolescentes buscan dar explicaciones para cometer el acto y ocultar la verdadera razón de su angustia. El segundo factor es la motivación pulsional que es casi siempre

psicopatológica, ya que se produce en casos de algún trastorno severo, esta motivación se evidencia en las rumiaciones permanentes y en el estado suicida crónico debido a su dificultad. El tercer factor determinante es la motivación impulsiva, que es una reacción espontánea a una angustia determinada por el sujeto que lleva un largo tiempo, esto hace que el acto reduzca el sentido de los eventos que lo conllevaron a realizar el intento de suicidio.

Los factores psicosociales son determinantes para la conducta suicida como la carencia afectiva, que se produce por la ausencia de los padres, se relaciona con problemas como la separación de los cuidadores, muerte de alguna persona cercana o la llegada de un nuevo integrante a la familia, lo que puede generar diversos cambios en la vida del adolescente como cambiar de colegio o mudarse a otro lugar (Barón, 2000).

A continuación se presentan factores de riesgo que pueden generar el suicidio o la ideación suicida, uno de ellos es la depresión, los adultos no son los únicos que la presentan, en la infancia se puede generar depresión por maltrato físico y verbal, abuso sexual, desintegración familiar, las exigencias y fracasos escolares; en algunas ocasiones puede generar una baja emocional que conlleva al niño al suicidio. Un 60% de los casos de suicidio se da en adolescentes, la sintomatología de la depresión aumenta el riesgo en ambos sexos, sin embargo, en las mujeres la presencia de esta, es el factor de riesgo más importante, mientras que en los hombres es el intento de suicidio previo o abuso de sustancias y trastornos de conducta. Se observa que los trastornos depresivos están presentes en el 49% y 64% en los adolescentes que se suicidan, incrementándose el riesgo

hasta 12 veces más, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas (Rossello, Duarte - Vélez, Bernal & Zuluaga, 2011).

En la depresión es frecuente la aparición de la ideación suicida, que varía en tres aspectos, como los pensamientos sobre el hecho de suicidarse, sobre cómo reaccionaría la gente si muriera, o sobre el desarrollo de los planes específicos para cometer el suicidio. La frecuencia e intensidad de estas ideas pueden variar, según los sujetos que estén en menos riesgos refieren sus pensamientos como transitorios que duran uno o dos minutos y poco recurrente como una o dos veces a la semana. En cambio, los sujetos con mayor riesgo pueden haber comprado los instrumentos para llevar a cabo una tentativa de suicidio, estos comportamientos son útiles para la identificación de personas en alto o bajo riesgo según su motivación, donde el suicidio puede incluir la necesidad de rendirse ante los obstáculos o el estado emocional doloroso que presente (Villa, 2010).

De este modo se evidencia que el suicidio es una conducta compleja en la que intervienen tres fases: la primera, la idea suicida donde el sujeto piensa en cometer suicidio, la segunda, duda o fase de ambivalencia es aquí en la que el individuo pasa de la idea de suicidarse a plantear la posibilidad de pasar a la acción como solución a sus conflictos, suele encontrarse como variable la duración y cada uno de los individuos impulsivos, esta fase puede ser breve o no existir. Y por último la decisión en la que ya se pasa a la acción (García de Jalón & Peralta, 2002).

El proceso suicida que plantea Bouchard (2000 citado por Barón, 2000) consiste en cinco momentos, el primero surge como la búsqueda de soluciones donde la persona hace una lista con las posibles respuestas a ese malestar que le está generando dolor, algunas

personas no encuentran soluciones que puedan satisfacer las necesidades presentes, es cuando aparece la ideación suicida ya que en la búsqueda de esas respuestas se crea una imagen o pensamiento de muerte de manera breve, como una solución. Esta idea de suicidio empieza a aparecer con más frecuencia dando lugar a la rumiación, en donde la inconformidad es cada vez más grande y difícil de soportar, agotando todas las posibilidades, provocando un aumento de angustia y de ideas suicidas, que se generan cada vez con más frecuencia causando más dolor, a raíz de esto se desarrolla la cristalización en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada y ve el suicidio como la solución a todos sus sufrimientos, por tanto se empieza a elaborar un plan para realizar el acto suicida, en este momento los adolescentes dan signos de estar aliviados por lo que piensan, ya que consideran que tienen la solución definitiva a su problema. El elemento desencadenante lo genera algún evento estresante o detonante causando que se pase de la planeación al acto suicida consumado (Barón, 2000).

De esta manera, la teoría sociocultural es representada por Durkheim (1982, Rodríguez, Gles, Gracias & Montes, 1990), donde manifiesta que los hechos sociales deben ser estudiados como realidades exteriores de cada individuo. Desde esta perspectiva, el suicidio no se explica por motivaciones personales, sino por las perturbaciones que existen entre individuo y sociedad, a raíz de esto Durkheim propone cuatro formas de suicidio. El primero es el suicidio egoísta donde existe un trastorno en la integración colectiva y un exceso de individualización de la persona que se produce debido a una desintegración de las estructuras sociales, el segundo es el suicidio altruista que se refiere a que la perturbación que se presenta en la persona no es individual sino

que es generada por el contexto, el tercero es el suicidio anómico que depende de un fallo de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida, el cuarto es el suicidio fatalista caracterizado por una excesiva reglamentación, donde los sujetos se sienten limitados a las normas de la sociedad (Rodríguez, Gles, Gracias & Montes, 1990).

Así mismo, la teoría de la subcultura se basa en la obra de Halbwachs 1930, donde existe una relación entre la residencia urbana-rural y las tasas de suicidio que se explicaba por la diferencia en los modos de vida de los grupos urbanos y los grupos rurales. Esos modos de vida son lo que ahora se conoce como cultura, demostrando que las personas se pueden ver vulnerables al suicidio por la cultura y los motivos situacionales a los cuales pertenecen (Rodríguez, Gles, Gracias & Montes, 1990).

Del mismo modo, la teoría del cambio de estatus planteada por Durkheim (1982) & Sainsbury (1995), habla sobre el cambio que puede sufrir una persona con respecto a su posición social y de cómo se genera la posibilidad de realizar el acto suicida. De esta manera, la movilidad social descendente genera una tasa mayor de suicidios, que aquellas personas que presentan una movilidad social ascendente ya que, el cambio de estatus a largo plazo causaría una frustración y un aislamiento de los lazos sociales establecidos, generando una crisis no resuelta, que puede llegar a ser un acontecimiento precipitante del suicidio (Rodríguez, Gles, Gracia & Montes, 1990).

El modelo arquitectónico de Mack (1986, citado por Ruiz), está basado en el estudio del suicidio consumado en jóvenes, donde se evalúan diferentes aspectos como el macrocosmos, es decir, la influencia ejercida por medio de la cultura y la sociedad sobre

la persona, en la parte biológica y genética se ve reflejada la relación que tiene las experiencias tempranas del individuo con su desarrollo. Por otra parte, se evalúa la organización de la personalidad, autoestima, las relaciones que establece con su familia y amigos, si hay existencia de alguna patología como cuadros depresivos, y por último, las circunstancias vitales como los factores biológicos o sociales (Ruiz, 2009).

Así mismo, el modelo teórico del cubo suicida de Shneidman señala 4 constructos relacionados a la presencia de los comportamientos suicidas, como son la hostilidad que hace referencia a los momentos previos al suicidio, se incrementa más hacia el mismo, la perturbación se genera por estados de ánimo negativos y la forma como estos influyen en la conducta del individuo, en la construcción se reúnen ciertas características cognitivas como la imposibilidad de percibir todos los aspectos de la realidad, de este modo, las personas no son conscientes de los aspectos negativos, en este constructo también se evidencia el pensamiento dicotómico (Ortiz, 2009).

Teniendo en cuenta la definición de suicidio se puede observar que en el 2004, en Colombia se presentaron 1.817 casos de probables suicidios, 121 casos menos que en el año 2003, lo que demuestra un descenso del 6% de la tasa nacional de 4 casos por cada 100.000 habitantes. En promedio se presentaron 151 casos al mes, lo que corresponde aproximadamente 5 casos de suicidio al día o 1 caso cada 5 horas. El mayor porcentaje de casos fue en el mes de mayo con 10,1% y en diciembre el 9,8%. El 79% de los fallecidos fueron hombres; es decir, por cada mujer que se suicidó lo hacen aproximadamente 4 hombres, se convocan organizaciones responsables para proponer líneas de acción

intersectorial, donde se promueve la presencia de recursos protectores lo cual se refuerza con la promoción de la salud mental (Ramírez, 2011).

En lo que se refiere a la promoción y prevención en suicidio para la disminución del riesgo de muerte a temprana edad, este se puede dar por medio de programas que promocionen la vida y prevengan la idea suicida. Es por esto que el término prevención se define como la aplicación de medidas técnicas ya sean campañas, programas y actividades que incluyen aspectos médicos y de otras disciplinas, que tienen como objetivo impedir la aparición de la enfermedad o de una situación estresante para el individuo y se entiende por promoción a la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al mejoramiento de las condiciones de salud individual y colectiva, sin dejar de lado el bienestar y la calidad de vida de la población (García & Tobón, 1984).

Los programas de promoción y prevención que se han creado, han sido significativos para reducir la incidencia de ideas suicidas en niños y adolescentes; por esta razón se observa su efectividad desde lo que se conoce como tratamientos empíricamente validados, los cuales están diseñados o se utilizan para encontrar la evidencia más válida, basados en el desarrollo de teorías coherentes y comprensibles, trabajar con clínicos expertos y reconocer la importancia del paciente, el cual permitirá componer un modelo, que facilite el avance del conocimiento sobre los tratamientos psicológicos eficaces (Llobel, Frías & Monterde, 2004).

En 1996 se cambia el término “Tratamiento empíricamente validado” por el de “Con apoyo empírico”, y aparece por primera vez la diferenciación entre “eficacia” de los

tratamientos psicológicos y su “efectividad” (Kendal 1998, citado de Llobel, Frias, & Monterde, 2004).) *“Para que un proceso de intervención se lleve a cabo de manera eficaz y efectiva se requiere tener en cuenta los siguientes criterios:*

- a) *Los pacientes son aleatoriamente asignados a las condiciones de tratamiento y control.*
- b) *Los controles son rigurosos.*
- c) *En los tratamientos se utilizan detalladas descripciones de la terapia.*
- d) *Los pacientes reciben un número fijo de sesiones.*
- e) *Los objetivos son operacionalizados.*
- f) *Se utilizan diseños donde se desconoce el grupo al que pertenece el paciente.*
- g) *Los pacientes cumplen el criterio de un solo trastorno; los que padecen más de un trastorno son excluidos.*
- h) *Los pacientes son seguidos durante un período fijo después del tratamiento”.*

Por lo tanto, en el estudio de eficacia los aspectos de validez interna y control de variables son los más importantes, ya que garantizan que no haya sesgos sobre los efectos que produce el tratamiento (Llobel, Frías & Monterde, 2004).

Dentro de los tratamientos empíricamente validados se incluye la psicología clínica, basada en la evidencia la cual tiene como objetivo difundir la aplicación de los tratamientos, que han sido sometidos a prueba científica. Los profesionales en psicología



clínica toman la decisión sobre el diagnóstico, el pronóstico o la intervención más adecuada para el paciente que acude a su consulta (Llobel, Frías & Monterde, 2004).

A continuación, se presentan programas de promoción y prevención que han sido realizados por entidades como la Secretaría de Educación, Ministerio de Salud y la corporación Buscando Ánimo.

La Secretaría de Educación de Bogotá presentó un programa de prevención de la conducta suicida llamado “*La Protección y Cuidado de la Vida es Mi Cuento...*”. Este programa se creó por la presencia de casos de desprotección, desesperanza ya que estas son algunas de las razones por lo cual los jóvenes toman decisiones como atentar contra ellos mismos, sin dar una posibilidad para que la comunidad que lo rodea pueda contribuir en su crisis personal. Este programa tiene como objetivo lograr cambios significativos en las conductas de riesgo y promover estilos de vida saludables a los jóvenes que se encuentran en el contexto escolar, por medio de cartillas se brindan herramientas de fortalecimiento de la autoestima de los estudiantes, promoción de la expresión de emociones, provisión de información sobre los servicios de atención, intervención cuando se identifica el riesgo de suicidio, comunicación, mejoramiento de las habilidades del equipo institucional y retirar los medios para el suicidio de la proximidad de los estudiantes con comportamiento suicida. De tal manera que se puedan garantizar sus derechos de protección, permanencia y calidad de educación (Machado, 2012).

El programa de educación “*Anímate*” manejado por la Corporación Buscando Ánimo, que tiene como responsables a Leonardo Aja Eslava y María del Pilar Solano

Vargas, es un programa de prevención de riesgo suicida y consumo de sustancias. Este programa fue creado en el año 1999, en el colegio San José de la ciudad de Bogotá en la localidad de Ciudad Bolívar, se realizó en los cursos de quinto de primaria hasta grado once, donde se implementaron capacitaciones y talleres para la comunidad educativa, con el propósito de aportar herramientas para la intervención con los estudiantes y sus padres. El proyecto consiste en medir el riesgo de suicidio, los estilos de afrontamiento y el nivel de riesgo o protección asociado a la relación con cada uno de los progenitores (Eslava, 1999).

Por último, el Ministerio de Salud tiene actualmente un programa para la prevención e intervención de la conducta suicida, con una herramienta llamada **SUPRE** (prevention of suicide), orientada a la disminución de las tasas de mortalidad, relacionada con las conductas suicidas, con el fin de detectar situaciones tempranas por parte de los docentes y actores judiciales. Las acciones que realiza el sector salud comienzan por la mesa institucional para la prevención, investigación y atención del suicidio en Colombia (Lozano, 2012).

De acuerdo con el marco teórico antes construido, se concluye que las dos variables de estudio, autorregulación emocional e ideación suicida, están directamente relacionadas, por el hecho, de que si los niños y adolescentes reconocen y utilizan estrategias de autorregulación emocional, tendrán menos posibilidades de tener un mal manejo de las emociones, llegando al extremo de hacerse daño o pensar en hacerlo.

## Marco metodológico

### Diseño

La investigación está basada en un paradigma empírico analítico. El diseño que se tiene en cuenta es cuasi-experimental, ya que se observan los posibles efectos que genera el programa de autorregulación emocional para la prevención en ideación suicida.

A continuación, se encuentran las variables de estudio y sus respectivas hipótesis: variable independiente programa de prevención y variable dependiente categorías de autorregulación emocional, su concepto se puede observar en el siguiente apartado. (Ver instrumento).

**Hipótesis Trabajo:** El taller tiene efectos sobre la capacidad de autorregulación emocional en una muestra de niños y adolescentes.

**Hipótesis Nula:** El taller no tiene incidencia sobre la capacidad de autorregulación emocional en niños y adolescentes.

### Participantes

Se aplicó un muestreo intencional. Los participantes fueron 88 estudiantes, divididos en dos grupos. El primer grupo estuvo conformado por 38 niños (16 hombres - 22 mujeres) de tercero de primaria, entre las edades de 8 a 10 años (media= 8,31 años; D.E: 0,66). El segundo grupo estuvo conformado por 50 adolescentes (29 hombres - 21 mujeres) del grado noveno de bachillerato, entre las edades de 14 a 17 años (media= 14,82 años; D.E:3,84). La implementación del programa se realizó en el colegio Ricaurte I.E.D, ubicado en la ciudad de Bogotá.

## **Instrumentos**

Se realizó una revisión teórica sobre las variables de estudio, variable independiente programa de prevención y variable dependiente categorías de autorregulación emocional.

A través de ello, no se evidencia un instrumento o escala de medición que permita cuantificar estas variables, consecuentemente se diseñó el instrumento de “*Autorregulación Emocional*”, el cual se conformó por cinco (5) categorías, para el diseño y la validación de contenido de este instrumento, se tuvo en cuenta el criterio de un panel de jueces expertos, quienes por medio de un formato de evaluación calificaron cada uno de los ítems, incluyendo porcentajes de relevancia, suficiencia, lenguaje, pertinencia y estructura, y observaciones.

A continuación, se definen las categorías que conformaron el instrumento creado:

***Atención y reconocimiento emocional:*** Hace referencia a la manera como los sentimientos y las emociones se relacionan según la situación o circunstancia que se presente (Rodríguez, Russian, & Moreno, 2005).

***Autorregulación emocional en el ámbito social:*** Son habilidades para lograr modular el afecto y normas establecidas, entender que los sentimientos, pensamientos y comportamientos pueden ser afectados por otros (Fox, 1994), citado de Lozano, González Salinas, & Carranza Carnicero, 2004).

***Estrategias de autorregulación emocional:*** Se refiere al desarrollo de las capacidades empleadas para modificar o alterar las respuestas emocionales, la autorregulación se da por medio de características del contexto como la independencia,

autonomía y mecanismos de control (Lozano, González Salinas, & Carranza Carnicero, 2004).

***Temperamento y Tolerancia a la frustración:*** La tolerancia a la frustración tiene un grado de fortaleza y equilibrio interno, que permite continuar con un adecuado desarrollo en situaciones, donde los objetivos o metas no son logradas, implica la utilización de recursos emocionales, para mantener una posición positiva y activa en las circunstancias no esperadas.

***Adaptación a situaciones nuevas y complejas:*** La adaptación es la capacidad de involucrarse con el entorno y unirse, para que permita a ambos disponer del otro, se toma como una necesidad de involucrarse al entorno para aprovechar al máximo las necesidades de aprendizaje de cada individuo.

Se diseñaron dos versiones, una para niños y otra para adolescentes. Las tabla 1 y 2 muestran las categorías y los ítems correspondientes a cada una de ellas:

**Tabla 1**

*Instrumento de Autorregulación Emocional Versión Niños*

Categoría		Ítems
Atención y	1	Cuando estoy feliz reconozco cómo reacciona mi cuerpo.
reconocimiento	6	Identifico qué situaciones me ponen triste
emocional	11	Sé muy bien que cosas me dan asco
	16	Cuando me hacen una broma, me siento de mal humor *
Autorregulación	2	Ante situaciones de inconformidad expreso públicamente lo
emocional en el		que siento

Categoría		Ítems
ámbito social	7	Considero que ante un problema, actúo impulsivamente y de manera equivocada*
	12	Cuando alguna actividad me sale mal, intento mejorarla
	17	Busco apoyo en una persona cercana, para afrontar situaciones que no me agradan
Estrategias de autorregulación emocional	3	Busco soluciones para mejorar el trabajo en grupo
	8	Cuando se me presenta un problema busco la manera de solucionarlo
	13	Siento que mis familiares me ayudan a resolver mis problemas
	23	Cuando tengo problemas me siento contento porque encuentro la forma de solucionarlo.
	21	Cuando hay un trabajo en equipo y me siento rechazado, busco la forma de integrarme al grupo
	18	Si se presenta una situación muy difícil, sería capaz de llegar al extremo de hacerme daño*
Temperamento y tolerancia a la frustración	20	En caso de faltarle el respeto a un adulto, busco la manera de no volverlo hacer.
	4	Si se me presenta una dificultad para realizar una actividad, no la termino*
	9	Si alguien está en desacuerdo conmigo, trato de ser respetuoso
	14	Me siento molesto en caso de no obtener lo que quiero*

Categoría	Ítems
	22 Si un profesor me regaña cuando estoy realizando una actividad, me rindo y dejo de hacerlo*
Adaptación a situaciones nuevas y complejas	5 Se me facilita hablar con personas que no conozco
	10 Tengo confianza en mí, cuando me enfrento a algo nuevo
	15 Me adapto a situaciones nuevas con facilidad
	19 Cuando llego a un lugar con personas que no conozco me siento cómodo

Nota: \* Este ítem es calificado de manera inversa

## Tabla 2

### *Instrumento de Autorregulación Emocional Versión Adolescentes*

Categoría	Ítems
Atención y reconocimiento emocional	1 Si alguien me sorprende positivamente, noto los cambios en mi cuerpo
	3 Reconozco que situaciones me generan molestias
	5 Cuando me enfrento a una situación poco agradable, me doy cuenta cuanto tiempo dura esta emoción

Categoría	Ítems
	7 Hay circunstancias en las cuales reprimo mis emociones*
Autorregulación emocional en el ámbito social	9 Cumpro con las normas establecidas en el colegio
	11 Ante un problema, actúo impulsivamente y de manera equivocada*
	13 Cuando alguna actividad me sale mal, intento mejorarla
	15 Busco el apoyo de otros para resolver situaciones problemáticas
Estrategias de autorregulación emocional	17 Cuando tengo problemas me siento optimista porque siempre encuentro la forma de solucionarlos
	19 Cuento con habilidades para manejar situaciones difíciles
	21 Mi familia influye en la manera como resuelvo los problemas
	23 Cuando se me presenta una situación difícil siento que no hay solución*
	22 Si un grupo de compañeros me rechaza, busco la forma de integrarme
	20 Si se me presenta una situación muy difícil, sería capaz de llegar al extremo de hacerme daño*
	18 Con frecuencia actúo de forma impulsiva sin pensar en las



Categoría	Ítems
	consecuencias*
Temperamento y tolerancia a la frustración	16 Cuando estoy de malgenio, logro expresarlo sin exaltarme
	14 Cuando discuto con mis padres, reacciono de forma agresiva*
	12 Me siento molesto cuando no obtengo lo que quiero*
	10 Cuando se me dificulta una actividad no la realizo*
Adaptación a situaciones nuevas y complejas	8 Cuando estoy con personas desconocidas, establezco conversación sin dificultad
	6 Tengo confianza en mí mismo, cuando me enfrento a situaciones complejas
	4 Me adapto a situaciones nuevas
	2 Me siento incómodo si cambio de casa o colegio

Nota: \* Este ítem es calificado de manera inversa.

En cada ítem se empleó una Escala tipo Likert, de 4 opciones de respuesta: 1 nunca; 2 algunas veces; 3 casi siempre; y 4 siempre.

Para la obtención de las puntuaciones se determinó un rango de acuerdo al límite inferior y superior que especifica 3 niveles de la categoría. Bajo, medio y alto. La tabla 3 especifican los rangos establecidos para cada nivel.

**Tabla 3***Rangos de puntuación para los niveles en cada una de las categorías.*

Categoría	Bajo	Medio	Alto
Atención y reconocimiento emocional	1 - 5,3	5,4 - 10,7	10,8 – 16
Autorregulación emocional en el ámbito social	1 - 5,3	5,4 - 10,7	10,8 – 16
Estrategias de autorregulación emocional	1 - 9,33	9,34 -18,66	18,67 - 28
Temperamento y tolerancia a la frustración	1 - 5,3	5,4 - 10,7	10,8 – 16
Adaptación a situaciones nuevas y complejas	1 - 5,3	5,4 - 10,7	10,8 – 16

**Procedimiento****(a) Diseño del Programa de Prevención**

Se creó un programa de autorregulación emocional a través de las siguientes categorías: Atención y reconocimiento emocional, Autorregulación emocional en el ámbito social, Estrategias de autorregulación emocional, temperamento y tolerancia a la frustración y Adaptación a situaciones nuevas y complejas. En cada una de ellas se encuentra su intervención correspondiente.

La ejecución se realizó a través de talleres cuya aplicación fue grupal e individual con una duración aproximada de 1 hora diaria, 5 veces por semana, con un total de 22 días, por cada población. A continuación (Ver Tabla 4) se presenta el contenido del programa.

**Tabla 4***Contenido programa de autorregulación emocional.*

Categoría	Taller
Atención y reconocimiento emocional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconociendo mis emociones.</li> <li>2. ¿Cómo, cuándo y qué siento?</li> <li>3. Reacción Bomba</li> <li>4. Explora tus emociones y aprende a controlarlas.</li> </ol>
Autorregulación emocional en el ámbito social	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Board Games</li> <li>6. Gran impacto</li> <li>7. ¡Ánimo, tú puedes!</li> <li>8. Dibujando rápido</li> <li>9. Construyendo sin luz</li> <li>10. No te dejes caer</li> <li>11. Stop de tu familia</li> <li>12. Mis situaciones significativas</li> <li>13. La torre más Alta</li> <li>14. Pista de Emociones</li> <li>15. Imitando Ando</li> <li>16. Lo que mejor se hacer</li> </ol>

Temperamento	17. El niño y los clavos.
y tolerancia a la	18. Expresando mi Ira
frustración	19. La telaraña
	20. Analiza y Controla lo que sientes
Adaptación a	21. Hablando con el corazón
situaciones nuevas	22. Mis súper poderes
y complejas	23. Soy feliz con lo nuevo y lo Complejo.

---

De acuerdo a cada categoría, se diseñaron de cuatro a seis actividades con el fin de desarrollar autorregulación emocional.

#### **(b) Diseño y Validación de Instrumentos**

Para el diseño y la validación se tuvo en cuenta el criterio de 3 jueces expertos, quienes por medio de un formato de evaluación calificaron cada uno de los ítems, incluyendo observaciones y un porcentaje de relevancia, suficiencia, lenguaje, pertinencia y estructura.

#### **(c) Obtención de permisos y consideraciones éticas**

Para realizar la aplicación del instrumento y los talleres se realizó un consentimiento informado basado en la ley 1090 del 2006, título VII del Código Deontológico y Bioético para el Ejercicio de la Profesión de Psicología, Capítulo VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, “Artículo 52: En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante. (Ver Apéndice D.), el cual fue

enviado a los padres de familia dándoles a conocer las variables que incluiría el programa y el instrumento de niños y adolescentes. Todos los consentimientos informados fueron enviados en físico (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2006).

Así mismo se realizó un asentimiento en la institución, donde se informó a las directivas y coordinación del colegio sobre la implementación del programa con los niños de grado 3° y adolescentes del grado 9°, sobre autorregulación emocional para prevenir la ideación suicida, este asentimiento quedó por escrito con las firmas de las directivas y coordinación aprobando la aplicación del programa (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2006)

De acuerdo al ejercicio de investigación, las autoras se basaron en la Ley 1090 de 2006 en el título VII, Código Deontológico y Bioético para el Ejercicio de la Profesión de Psicología, los cuales especifican los siguientes artículos:

“Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización”. Art.49.

“Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes”. Art.50.

“Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u

obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos”. Art.55.

“Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores (Betancourt & Vélez White, 2006) “. Art. 56.

#### **(d) Selección de la Muestra**

La selección de la muestra se realizó a través de un método, no probabilístico por conveniencia, se tuvo en cuenta niños y adolescentes pertenecientes al IED Colegio Ricaurte, el cual tiene convenio con la Universidad Piloto de Colombia.

#### **(e) Evaluación pretest de autorregulación emocional**

En la primera sesión se aplicó la evaluación pretest de manera grupal a los estudiantes de grado tercero y noveno, con una duración de 30 minutos. Se evaluó a cada estudiante por medio del instrumento diseñado para dicho efecto.

#### **(f) Implementación del programa**

El programa se implementó teniendo en cuenta el mismo orden de talleres para todos los participantes, se estipuló un tiempo de 5 semanas, donde se desarrollaron 23 talleres, cada taller con una duración de 60 minutos, conformados por objetivos, justificación, metodología e intervención.

**(g) Evaluación postest.**

Luego de haber realizado la implementación de los 23 talleres en los grados tercero y noveno, se aplicó el instrumento de “*autorregulación emocional*”

**(h) Análisis de resultados.**

Se prosigue al análisis de resultados, comparando el pre y pos test, y estableciendo la significancia de las diferencias.

**Resultados**

A partir de la aplicación del instrumento de autorregulación emocional se analizan los resultados mediante el programa estadístico (SPSS).

El análisis estadístico empleado se realizó en dos niveles. El primero de manera descriptiva, a través de las medidas media y desviación estándar para ver el comportamiento del grupo antes y después del programa, y la distribución de los datos, para ver si las respuestas intragrupo en cada categoría eran homogéneas. El segundo establece el efecto del programa, a través de la evaluación pretest-postest en cada escala, utilizando el estadístico t de Student para muestras relacionadas, con un nivel de significancia  $<0,01$  y  $<0,05$

A continuación se encuentran los resultados de niños y adolescentes distribuidos de la siguiente manera:

## Resultados en el Grupo de Niños

Análisis descriptivo.

### Autorregulación Emocional En Niños

El análisis estadístico considera las medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) por categoría y grupo (Ver tabla 5). A continuación se presenta el análisis correspondiente a la media y la desviación estándar por categorías del grupo de grado 3°, tanto en la medida pretest como en la postest.

**Tabla 5**

*Medias y desviación estándar*

*Niños*

	Niños pre test		Niños pos test	
	Media	DE	Media	DE
Atención y reconocimiento emocional	11,63	2,55	11,24	2,29
Autorregulación emocional en el ámbito social	11,95	1,96	11,68	2,35
Estrategias de autorregulación emocional	22,92	3,52	22,92	3,84
Temperamento y tolerancia a la frustración	12,95	2,49	12,86	2,32
Adaptación a situaciones nuevas y complejas	9,47	2,63	9,42	2,47



### **Atención y reconocimiento emocional**

En el pretest los niños (n=38), obtuvieron un nivel alto (Media=11,63; D.E=2,55), y de igual forma el nivel se mantuvo el post test (Media=11,24; D.E=2,29), lo cual significa que el grupo reconoce e identifica las emociones en diferentes situaciones. (Ver tabla 5)

### **Autorregulación emocional en el ámbito social**

En el pretest los niños (n=38), presentaron un nivel alto (Media=11,95; D.E=1,96), por lo tanto el grupo tiene la habilidad para modular el afecto, entendiendo que los sentimientos, pensamientos y comportamientos pueden ser afectados por los demás. En el postest el grupo se encontró en un nivel alto (Media= 11,68; D.E=2,35), lo cual indica que después de la aplicación del programa de autorregulación emocional el grupo se mantuvo en este nivel. (Ver tabla 5).

### **Estrategias de Autorregulación Emocional.**

En el pretest los niños (n=38), presentaron un nivel alto (Media= 22,92; D.E= 3,52), lo cual significa que el grupo desarrolló la capacidad de modificar sus respuestas emocionales. En el postest el grupo se encontró en este mismo nivel (Media= 22,92; D.E= 3,84), lo cual indica que después de la aplicación del programa, el grupo mantuvo la capacidad para modificar o alterar diferentes respuestas emocionales, en diferentes contextos donde se desarrolla la autorregulación emocional. (Ver tabla 5)

### **Temperamento y Tolerancia a la Frustración.**

El pretest los niños (n=38), obtuvieron un nivel alto (Media= 12,95; D.E= 2,49), y en el postest el grupo se mantuvo en este mismo nivel (Media= 12,86; D.E= 2,32), donde

el grupo presenta un desarrollo de sus diferentes objetivos, aun cuando no logran conseguirlos. (Ver tabla 5).

### **Adaptación a Situaciones Nuevas y Complejas**

En el pretest los niños (n=38), se encontraron en un nivel medio (Media= 9,47; D.E= 2,63), y en el posttest el grupo se mantuvo en este mismo nivel (Media= 9,42; D.E= 2,47), lo cual significa que el grupo tiene la capacidad de involucrarse con el entorno para aprovechar el aprendizaje que le puede brindar cada individuo que lo conforman. (Ver Tabla 5).

**Tabla 6**

*Diferencias pretest – posttest en Niños*

	T	Sig. Bilateral
Atención y reconocimiento emocional pre y pos test	11,224	0,000
Autorregulación ámbito social pre y pos test	0,608	0,547
Estrategias de autorregulación emocional pre y pos test	0,000	1,000
Temperamento y tolerancia a la frustración pre y pos test	0,187	0,853
Adaptación a situaciones nuevas y complejas pre y pos test	0,131	0,897

En atención y reconocimiento emocional en niños, ( $t_{(37)}= 11, 224$  [ $p < 0,01$ ]), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula en cuanto a la diferencia pretest – posttest de la categoría, siendo el resultado significativo con una diferencia negativa (es decir la puntuación fue menor en el posttest), lo que indica que el resultado de la intervención fue opuesto al esperado.

Con respecto a las categorías de autorregulación en el ámbito social ( $t_{(37)}= 0,68$  [ $p > 0,05$ ]), estrategias de autorregulación emocional ( $t_{(37)}= 0,00$  [ $p > 0,05$ ]), temperamento y tolerancia a la frustración ( $t_{(37)} = 0,187$  [ $p > 0,05$ ]), y adaptación a situaciones nuevas y complejas ( $t_{(37)}= 0,131$  [ $p > 0,05$ ]) se aceptó la hipótesis nula, lo que indica que en estas categorías no hay diferencias significativas.

**Tabla 7**

*Correlación de muestras relacionadas en Niños*

	<b>Correlación</b>	<b>Sig.</b>
<b>Atención y reconocimiento emocional pre y pos test</b>	-0,167	0,316
<b>Autorregulación ámbito social pre y pos test</b>	0,243	0,142
<b>Estrategias de autorregulación emocional pre y pos test</b>	0,619	0,000**
<b>Temperamento y tolerancia a la frustración pre y pos test</b>	0,416	0,009**
<b>Adaptación a situaciones nuevas y complejas pre y pos test</b>	0,527	0,001**

\*\* $p \leq 0,01$

\* $p \leq 0,05$

Adicional al análisis comparativo, se estableció la correlación en cada escala de las mediciones pretest-posttest, con el estadístico de Spearman. En donde se tuvo en cuenta el nivel de significancia \*\* $p \leq 0,01$  \* $p \leq 0,05$ . Los datos muestran que las categorías de

estrategias de autorregulación emocional con una significancia 0,000, temperamento y tolerancia a la frustración con una significancia de 0,009 y por último, adaptación a situaciones nuevas y complejas con una significancia de 0,001; y una correlación negativa en la categoría de atención y reconocimiento emocional de -0,167, lo cual indica que en esta categoría los niños que presentaron puntajes altos en el pretest, disminuyeron en el postest.

### Resultados en el Grupo de Adolescentes

Análisis descriptivo.

Autorregulación Emocional En Adolescentes

**Tabla 8**

*Medias y desviación estándar Adolescentes*

	Adolescentes pre test		Adolescentes postest	
	Media	DE	Media	DE
Atención y reconocimiento emocional	11	1,47	10,32	2,46
Autorregulación emocional en el ámbito social	8,98	1,88	10,24	1,56
Estrategias de autorregulación emocional	17,24	2,46	15,56	2,3
Temperamento y tolerancia a la frustración	9,46	2,57	8,32	1,63
Adaptación a situaciones	10,32	1,74	11,02	2,24

nuevas y complejas

---

### **Atención y reconocimiento emocional**

En el pretest los adolescentes (n=50), presentaron un nivel medio (Media=11,00; D.E=1,47), lo cual significa que reconocen las emociones, pero no las identifican en situaciones específicas donde interviene cada una de ellas. En el postest el grupo se encontró en un nivel alto (Media=10.32; D.E=2.46), donde se evidencia que los adolescentes identifican y relacionan los sentimientos que se generan en diferentes situaciones. (Ver tabla 8).

### **Autorregulación emocional en el ámbito social**

En el pretest los adolescentes (n=50), obtuvieron un nivel medio (Media= 8.98; D.E=1,88), es decir que presentan la habilidad para modular el afecto, pero no reconocen que el contexto pueda interferir en la toma de sus decisiones. En el postest el grupo se encontró en un nivel alto (Media=10,24; D.E= 1,56), de esta manera la aplicación del programa generó en los estudiantes reconocer que el contexto interfiere en sus sentimientos, pensamientos y comportamientos (Ver tabla 8).

### **Estrategias de Autorregulación Emocional.**

En el pretest los adolescentes (n=50), presentaron un nivel medio (Media= 17,24; D.E=2,46), y en el postest el grupo se mantuvo en este mismo nivel (Media=15,56; D.E= 2,30), lo cual significa que el grupo tiene la capacidad para modificar o alterar respuestas emocionales en diferentes contextos donde se desarrolla la autorregulación emocional. (Ver tabla 8).

### **Temperamento y Tolerancia a la Frustración.**

En el pretest los adolescentes (n=50), evidencian un nivel medio (Media= 9,46; D.E= 2,57), y en el posttest el grupo se mantuvo en el mismo nivel (Media= 8,32; D.E= 1,63), lo cual significa que los adolescentes continúan con el desarrollo de sus diferentes objetivos, aun cuando no logran conseguirlos. (Ver tabla 8).

### **Adaptación a Situaciones Nuevas y Complejas**

En el pretest los adolescentes (n=38), obtuvieron un nivel alto (Media= 10,32; D.E= 1,74), y en el posttest el grupo se mantuvo en este mismo nivel (Media= 11,02; D.E= 2,24), lo cual significa que el grupo tiene la capacidad de involucrarse con el entorno para aprovechar al máximo el aprendizaje que le puede brindar cada individuo que lo conforman. (Ver Tabla 8).

#### **Tabla 9**

*Diferencias pretest – posttest adolescentes*

<b>Prueba de muestras relacionadas Adolescentes</b>		
	T	Sig. Bilateral
Atención y reconocimiento emocional pre y post test	1,98	0,053
Autorregulación ámbito social pre y post test	-4,12	0,000
Estrategias de autorregulación emocional pre y post test	5,49	0,000
Temperamento y tolerancia a la frustración pre y post test	4,31	0,000
Adaptación a situaciones nuevas y complejas pre y post test	-1,50	0,140

Se rechazó la hipótesis nula en las categorías de autorregulación en el ámbito social ( $t_{(49)} = -4,12$  [ $p < 0,01$ ]), estrategias de autorregulación emocional ( $t_{(49)} = 5,49$  [ $p < 0,01$ ]), y Temperamento y tolerancia a la frustración ( $t_{(49)} = 4,31$  [ $p < 0,01$ ]), lo que significa que existe una diferencia estadísticamente significativa entre pretest-posttest, sin embargo, el programa generó un efecto positivo en estrategias de autorregulación emocional y temperamento y tolerancia a la frustración, un efecto negativo en autorregulación en el ámbito social. Con respecto a atención y reconocimiento emocional ( $t_{(49)} = 1,98$  [ $p > 0,05$ ]), y adaptación a situaciones nuevas y complejas ( $t_{(49)} = -1,50$  [ $p > 0,05$ ]) se aceptó la hipótesis nula, lo que indica que en estas categorías no hay diferencias estadísticas, aunque en adaptación a situaciones nuevas y complejas se generó un efecto negativo.

**Tabla 10**

*Correlaciones de muestras relacionadas en Adolescentes*

	<b>Correlación</b>	<b>Sig.</b>
<b>Atención y reconocimiento Pre y Pos test</b>	0,319	0,024*
<b>Autorregulación ámbito social pre y pos test</b>	0,052	0,719
<b>Estrategias de autorregulación emocional pre y pos test</b>	0,209	0,145
<b>Temperamento y tolerancia a la frustración pre y pos test</b>	0,033	0,822
<b>Adaptación a situaciones nuevas y complejas pre y pos test</b>	-0,212	0,139

\*\* $p \leq 0,01$

\* $p \leq 0,05$

En un análisis comparativo, se estableció la correlación en cada una de las escalas de mediciones pretest-postest, con el estadístico de Spearman. En donde se tuvo en cuenta el nivel de significancia  $**p \leq 0,01$  -  $*p \leq 0,05$ , en el cual la categoría de atención y reconocimiento emocional tuvo un nivel de una significancia de 0,024 y una correlación negativa en la categoría de adaptación a situaciones nuevas y complejas con una correlación de -0,212, lo que indica que los adolescentes que presentaron puntajes altos en el pretest disminuyeron en la aplicación del postest.

### **Discusión**

De acuerdo con los objetivos establecidos en la investigación y de los resultados obtenidos, se puede realizar un análisis sobre la autorregulación en niños y adolescentes.

En la categoría de atención y reconocimiento emocional los niños presentaron cambios significativos, esto hace referencia que tienen la capacidad de integrar y reconocer sus emociones propias y las de otros, lo cual lo adquieren a través de sus habilidades adaptativas que se desarrollan según su plasticidad afectiva (Davidson, Jackson, & Kalin, 2000).

Con respecto a la categoría de autorregulación emocional en el ámbito social, no se evidencia un efecto significativo en niños, lo cual puede presentarse porque su sistema de apoyo social no ha sido reforzado para desarrollar la capacidad de adaptarse al ambiente, incluyendo procesos de afrontamiento de emociones positivas y negativas. En síntesis no se ha generado un desarrollado en la habilidad para modular el afecto, con respecto a las normas establecidas social y culturalmente (Lozano, González & Carranza Carnicero, 2004).



En la categoría de estrategias de autorregulación emocional, se puede evidenciar que en los niños no se generó un cambio significativo, esto se debe a los niveles de reactividad que dan forma a las estrategias de regulación que se necesitan adquirir. En esta línea, se ha encontrado que los niños con una alta emocionalidad negativa son más reactivos y evidencian una habilidad inferior de autorregulación (Fox (1989), citado de Lozano, González Salinas & Carranza Carnicero 2004).

Por otro lado, en temperamento y tolerancia a la frustración, los niños no presentaron un cambio significativo, evidenciando dificultad para involucrarse con el entorno y así aprovechar su aprendizaje, el cual le pueda brindar a cada individuo en el desarrollo de las funciones ejecutivas, donde la cognición y emoción se proyecta desde el pasado hacia el futuro, con objeto de encontrar la mejor solución a situaciones novedosas y complejas (Rodríguez, Russian y Moreno, 2005).

En cuanto a la adaptación a situaciones nuevas y complejas los niños no presentaron un cambio significativo, sus habilidades cognitivas se encuentran en desarrollo, donde esta tiene como objetivo principal facilitar la adaptación del individuo a situaciones nuevas y complejas, yendo más allá de conductas habituales automáticas (Collete, Hogge, Salmón & Van Der Linden, 2006).

Se puede evidenciar que los adolescentes mantuvieron su nivel de atención y reconocimiento emocional, es decir que tienen un conocimiento previo a partir de las experiencias adquiridas, ya sea por factores internos o externos. Por esta razón sus habilidades para modificar su conducta, se relacionan con sus aspectos cognitivos, sociales y emocionales (Ruff & Rothbart, 1999).

De acuerdo a lo anterior se puede decir, que la adolescencia tiene como tarea principal alcanzar una definición de sí mismo, una valoración y aceptación personal, de lo que ha adquirido hasta el momento. El auto concepto es una construcción social, por ello la influencia de los padres y de los iguales, resulta muy relevante en la construcción de sí mismo (Rodríguez, Russian & Moreno, 2005).

En los adolescentes hubo un cambio significativo en la categoría de estrategias de autorregulación, donde Rodriguez y Russian, explican que los estilos de afrontamiento, pueden ser utilizados dependiendo de su contexto, es decir que el estilo de afrontamiento dirigidos a los demás, pueden manifestarse en comportamientos y estados de ánimo equilibrados, siendo emocionalmente expresivos, por lo cual suelen ser confiados en sus capacidades y seguros de sí mismos (Rodríguez, Russian & Moreno, 2005).

Se puede establecer que el temperamento y tolerancia a la frustración según Rodríguez, Russian y Moreno, los adolescentes desarrollan la habilidad para enfrentar situaciones estresantes o adversas, alcanzando un autocontrol para resistir, soportar o influenciar las situaciones problemáticas, sin dejarse llevar por un estado emocional intenso. De acuerdo a esta propuesta realizada por los autores y de acuerdo al proceso de investigación desarrollado, la teoría aplica para la presente investigación, ya que fue significativa (Rodríguez, Russian & Moreno, 2005).

En cuanto a la adaptación a situaciones nuevas y complejas se evidencia que los adolescentes no presentaron cambios significativos, ya que sus habilidades cognitivas requieren un desarrollo para facilitar la adaptación a situaciones nuevas y complejas yendo más allá de conductas habituales o automáticas, donde las funciones ejecutivas

calidas juegan un papel importante en la toma de decisiones y actos impulsivos. Donde le puede dificultar la interacción con su entorno (Collete, Hogge, Salmón & Van Der Linden, 2006).

De esta manera, el estudio de la regulación de las emociones, no tiene como objetivo la disminución o supresión de estas, lo relevante en la investigación son los beneficios adaptativos que son alterados o ajustados de acuerdo a cada persona. Sin embargo, los estudios que se han puesto en relación a la intensidad de la respuesta emocional y el tipo de estrategia que se utiliza para modularla, no han profundizado suficientemente en la relación causal de estos factores y por tanto, se desconoce el efecto que tienen las distintas estrategias de autorregulación en la alteración del estado emocional (Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, 2005).

En cuanto al objetivo general se diseñó un programa, evaluando la efectividad de un programa de prevención sobre la capacidad de autorregulación emocional, la cual es importante ya que teóricamente puede estar asociada al riesgo en la conducta suicida. Los resultados arrojan que en la población de niños, no se presentaron cambios significativos durante la aplicación del instrumento, esto puede presentarse debido a su nivel de desarrollo y el uso de las estrategias de autorregulación emocional (Lozano, González & Carranza Carnicero, 2004).

Con respecto a los adolescentes, se observan cambios durante la aplicación del instrumento, es decir que esto se presenta por la capacidad de desarrollo de la autorregulación emocional, como lo explica Lozano, Salinas, Garcia & Galian, 2005,

donde los beneficios adaptativos son flexibles al cambio, pero se desconoce el efecto que tienen las distintas estrategias de autorregulación en la alteración del estado emocional, el cambio que se presentó en los adolescentes se debe al lenguaje expresivo y el reconocimiento de las emociones que se han mantenido a través del tiempo, situación que no tiene los niños por su corta edad (Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian, 2005).

En cuanto a los factores externos que posiblemente interfirieron con la efectividad del programa en niños y adolescentes se puede mencionar la influencia de la sociedad y el contexto en donde los participantes habitan, que contribuye a la formación de la personalidad, el comportamiento, la afectividad y la inteligencia. Según Barrero (2016) la escasa comunicación familiar, acoso escolar y presión social puede generar interacciones negativas en los niños teniendo consecuencias en la etapa de la adolescencia.

Una de las posibles explicaciones que surgen a raíz de los resultados obtenidos en la implementación del programa, se basa en los indicadores de aprendizaje que revelan que los estudiantes en Colombia tienen niveles de aprendizaje más bajos comparados con estudiantes de países similares, debido a diversos factores como lo es la deserción escolar, la inasistencia recurrente de estudiantes o docentes, la capacidad de los colegios públicos e inequidad en las horas de instrucción que reciben los estudiantes, factor que puede estar altamente correlacionado con la calidad de educación que terminan adquiriendo (Barrera, Maldonado, & Rodríguez, 2012)

## Conclusiones

Dado que uno de los componentes en la ideación suicida tiene que ver con la autorregulación emocional, el programa directamente se centró en esta estrategia, más no tuvo como referente la medición de la ideación suicida, siendo concebido como un programa para la prevención y promoción de habilidades de afrontamiento.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el programa de autorregulación emocional generó un efecto en niños y en adolescentes, aunque presentaron una disminución en las puntuaciones de algunas categorías, esto se puede atribuir a un factor, como lo fue la aplicación de los talleres, debido a que una aplicación más continua y sostenida del programa puede tener efectos más significativos.

Se ha demostrado que si se desarrolla la autorregulación emocional a una edad temprana influye que en etapas posteriores las personas demuestren un apoyo emocional adecuado y generen estrategias de autorregulación, las cuales les permitan enfrentar situaciones estresantes o difíciles, sin llegar a dar solución a sus problemas por medio del suicidio. Es por ello que se aplicó un instrumento y se empleó un programa de autorregulación emocional el cual fue validado durante la investigación, en búsqueda de mecanismos adecuados para las intervenciones en salud y en psicología.

Los resultados sugieren que para que se presente un cambio en el comportamiento, se requiere de un programa que sea sostenido en el tiempo y que transversalice los diferentes espacios académicos y de interacción social. Dado lo anterior es necesario reformular el programa a sesiones que puedan tener continuidad.

Se puede Concluir que los adolescentes no presentan estas conductas suicidas porque no cuentan con las herramientas necesarias para afrontar las diferentes situaciones que se presentan, sino se ve reflejado en la manera como el contexto influye sobre el tipo de decisiones como acabar con su vida o llegar al acto de hacerlo.

### **Limitaciones**

Una de las limitaciones que se encontraron para la aplicación de los talleres, fue la interrupción de tres semanas por factores externos, que las investigadoras no controlaron.

Al buscar la información sobre autorregulación emocional fue necesario limitar el tema, ya que si se mira desde otro punto de vista puede llegar hacer muy amplio, fue por esto que se focalizó el tema y se relacionó con la ideación suicida quedando así el tema; *“Programa de autorregulación emocional para prevenir la ideación suicida en niños y adolescentes”*.

Luego de establecido el tema se dio inicio a la búsqueda de la información, donde se concluyó que los referentes en la población latina son insuficientes, en cuanto a la información de autorregulación emocional relacionada con la ideación suicida, lo que quería decir que teníamos que construir un marco teórico y un instrumento con muy poca información.

De acuerdo a los resultados obtenidos se plantea la posibilidad de profundizar en la validación del instrumento, teniendo en cuenta otro panel de jueces expertos, así como también ampliando el número de ítems por cada categoría para verificar que el resultado de cada una de ellas sea confiable.

### Referencias Bibliográficas

- Bachus, Hyde & Kleiman. (2003). *alucinaciones auditivas*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.tdx.cat/bitstream/10803/10026/1/gonzalez](http://www.tdx.cat/bitstream/10803/10026/1/gonzalez).
- Barrera, F., Maldonado, D., & Rodríguez, C. (2012). CALIDAD DE LA EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA EN COLOMBIA. *Universidad del Rosario*.
- Barrero, A. P. (2016). *Psicología, formación y autoayuda*. Obtenido de Factores De Riesgo Suicida En La Adolescencia: <http://www.psicologia-online.com/movil/ebooks/suicidio/adoles.shtml>
- Barón. (2000). *Adolescencia y suicidio. Psicología desde el caribe*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf).
- Bella, Fernández & Willington. (2010). *Intento de suicidio en niños y adolescentes*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325007520](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325007520).
- Betancourt, D. P., & Vélez White, C. (06 de Septiembre de 2006). Ley 1090. *Psicología Prospectiva*. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
- Bouchard. (2000). *Proceso suicida. Asociación Mexicana de Tanatología*.
- Brunner & Bronisch. (2002). *estudios postsinápticos*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: <https://books.google.com.co/books?isbn>.
- Campos. (2004). *Prevención del suicidio y conductas*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserril.p](http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserril.p).
- Cardona & Ladino. (2009). *La conducta suicida en la localidad de Kennedy: análisis y estrategias de prevención desde el modelo de sobre posición de Blumenthal*.

Recuperado el 2 de marzo de 2015 en:  
[www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/.../revistas/](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/.../revistas/).

Collete, Hogge, Salmón & Van Der Linden. (2006). *Las funciones ejecutivas a través de la vida*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3987451.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3987451.pdf).

Contreras & Gutiérrez. (2007). *Salud mental El suicidio y algunos de sus correlatos*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en:  
[www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S0185](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185).

Dasvidson, Pizzagli, Nitschke & Putnam. (2002). *Comprensión de las diferencias individuales normales y patológicas en el estilo afectivo*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [cdasr.mclean.harvard.edu/.../59diegx|oapizzagalli](http://cdasr.mclean.harvard.edu/.../59diegx|oapizzagalli).

Davidson, Jackson & Kalin. (2000). *Emotion Plasticity Context and Regulation Perspectives from Affective Neuroscience*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en:  
[www.neurowikia.es](http://www.neurowikia.es) >... > Síndromes corticales.

Davidson, Pizzagalli, Nitschke & Putnam. (2002). *La depresión*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [cdasr.mclean.harvard.edu/.../59diegoapizzagalli](http://cdasr.mclean.harvard.edu/.../59diegoapizzagalli).

Delgado. (2000). *Relación de la serotonina con la corteza pre frontal*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en:  
[diginole.lib.fsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1045&context=csw](http://diginole.lib.fsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1045&context=csw).

Domenech, Llabería. (2005). *erfil psicológico de la ideación suicida en la...* Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.udg.edu/tabid/8663/ID/52389/language/esES/default.asp](http://www.udg.edu/tabid/8663/ID/52389/language/esES/default.asp).



- Durkheim (1982) & Sainsbury (1995). *Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.ugr.es/~pwlac/G23\\_01Eliseu\\_Carbonell\\_Camos](http://www.ugr.es/~pwlac/G23_01Eliseu_Carbonell_Camos).
- Espinoza. (2013). *Bases biológicas del suicidio*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol20num1/articulos/suicidio/](http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol20num1/articulos/suicidio/).
- Eslava, L. A. (1999). "Animate". programa de prevención de riesgo de suicidio y consumo de sustancias . Recuperado el 07 de 08 de 2014, de "Animate". programa de prevención de riesgo de suicidio y consumo de sustancias: [http://www.escudosdelalma.org/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=127:%E2%80%9Can%C3%ADmate%E2%80%9Dprogramadeprevenci%C3%B3nderiesgodesuicidioyconsumodesustancias&Itemid=107&tmpl=component&print=1](http://www.escudosdelalma.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=127:%E2%80%9Can%C3%ADmate%E2%80%9Dprogramadeprevenci%C3%B3nderiesgodesuicidioyconsumodesustancias&Itemid=107&tmpl=component&print=1)
- Fernández, N. M. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista de psicopatología clínica*, 121127.
- Flórez. (1999). *La metodología de programas en psicología de la salud*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122).
- Fox (1989), citado de Lozano, González Salinas & Carranza Carnicero 2004. *Mecanismos atencionales y desarrollo de la autorregulación*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.um.es/analesps/v17/y17\\_2/111](http://www.um.es/analesps/v17/y17_2/111).
- Fox. (1994). *Autorregulación emocional en el ámbito social*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.academia.edu/.../Autorregulación\\_emocional\\_y\\_actitudes\\_ante](http://www.academia.edu/.../Autorregulación_emocional_y_actitudes_ante)

- Fuster. (2000). *Funciones ejecutivas*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.academiaedu/.../Autorregulación\\_emocional\\_y\\_actitudes\\_anteneurocritic.blogspot.Com/.../withouttheoryfactsare...](http://www.academiaedu/.../Autorregulación_emocional_y_actitudes_anteneurocritic.blogspot.Com/.../withouttheoryfactsare...)
- García & Tobón. (1984). *Prevención del suicidio en niños y adolescentes*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [virtual.funlam.edu.co/repositorio/?q=node/975](http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/?q=node/975).
- García de Jalón & Peralta. (2002). *El suicidio*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.scielo.org.co/scielo.php](http://www.scielo.org.co/scielo.php).
- Gargurevich. (2008). *Cuestionario de regulación*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.scielo.cl/pdf/psykhe/v22n1/art07.p](http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v22n1/art07.p).
- Gendron & Feldman. (2009). *Hitos de la neurociencia afectiva*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.ugr.es/~aepc/WEBCLINICA/.../librocapitulosXICong.pdf](http://www.ugr.es/~aepc/WEBCLINICA/.../librocapitulosXICong.pdf).
- Gilbert. (2008). *neurobiología con las funciones ejecutiva*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.psicothema.com/pdf/3720](http://www.psicothema.com/pdf/3720).
- González Pienda, Nuñez, Alvarez, González Pumariaga, Rocés, González, Muñiz & Bernardo. (2002). *inducción parental a la autorregulación, autoconcepto*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.psicothema.com/psicothema.asp?id=807](http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=807).
- Grolnick, Kurowski & Mc Menamy. (1998). *Conducta de autorregulación*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.redalyc.org/pdf/727/72716101](http://www.redalyc.org/pdf/727/72716101).
- Gross & Thompson. (2007). *La autorregulación de la emoción*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.researchgate.net/.../236219968\\_La\\_autoregulacin\\_de\\_la\\_emocin](http://www.researchgate.net/.../236219968_La_autoregulacin_de_la_emocin).

- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). *Tasa general de suicidios en Colombia en los últimos cinco años*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.medicinalegal.gov.co/...2013...suicidio.../65a683b](http://www.medicinalegal.gov.co/...2013...suicidio.../65a683b).
- Jurado & Matute. (2008). *habilidades incluidas en las funciones ejecutivas*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3987451.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3987451.pdf).
- Kendal 1998, citado de Llobel, Frías, & Monterde, 2004). *Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1134](http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1134).
- Kopp (1989), citado de Lozano, González & Carranza Carnicero, 2004). *Calidad de vida, estrategias de afrontamiento y apoyo social*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [repository.upb.edu.co:8080/spui/bitstream/123456789/.../digital\\_21659](http://repository.upb.edu.co:8080/spui/bitstream/123456789/.../digital_21659).
- Lázaro. (2006). *conductas agresivas en niños*. [www.uv.es/seoane/boletin/previos/N982](http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N982).
- Ledoux. (2006). *Condicionamiento clásico y cognición implícita*, Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S01239155200](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S01239155200).  
[www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S01239155200](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S01239155200).
- Llobel, Frías & Monterde. (2004). *Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctico*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=](http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=).
- Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian. (2005). *La Reacción de malestar y Autorregulación Emocional en la Infancia*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.psicothema.com/psicothema.asp](http://www.psicothema.com/psicothema.asp).

- Lozano, D. (2012). *MinSalud*. Obtenido de MinSalud:  
<http://190.26.195.115/saludpublica/saludmental/memorias/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20e%20Intervenci%C3%B3n%20de%20la%20Conducta%20Suicida.pdf>
- Lozano, Carnicero, Salinas, García & Galian. (2005). *La Reacción de malestar y Autorregulación Emocional en la Infancia*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en:  
[www.psicothema.com/psicothema.asp](http://www.psicothema.com/psicothema.asp).
- Luria (1986), tomado de Lázaro (2006). *neurotransmisores que actúan en el suicidio*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en:  
[psy2.fau.edu/~rosselli/NeuroLab/pdfs/ardia\\_book.pdf](http://psy2.fau.edu/~rosselli/NeuroLab/pdfs/ardia_book.pdf).
- Machado. (2012). *Estudiantes con comportamiento suicida*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci...pid](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci...pid).
- Mack 1986, *Estudio del suicidio consumado en jóvenes*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: <https://pacotraver.wordpress.com/aspectosevolutivosdelsuicidio>.
- Manzaneque. (2013). *La gente debería dejarse de suicidar*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: <https://twitter.com/.../status/35796>.
- Marti. (2013). *Ideación suicida*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en:  
[https://www.uam.es/centros/.../cpa/.../protocolo\\_ideacion\\_suicida](https://www.uam.es/centros/.../cpa/.../protocolo_ideacion_suicida).
- Mesa. (2009). *Foro sobre prevención del suicidio*. suicidologia. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [org.mx/3erforosobreprevenciondelsuicidio2009g](http://org.mx/3erforosobreprevenciondelsuicidio2009g).

- Miles, 1977; Sainsburt, et al, 1978; Beskow, 1979 Ringel, 1952; Boben, 1942; Brener, (1925. *El suicidio y sus interpretaciones teóricas*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.psicoter.es/\\_arts/90\\_Ao77\\_12](http://www.psicoter.es/_arts/90_Ao77_12).
- Mingote, Jiménez, Osorio & Palomo. (2004). *Suicidio asistencia clínica*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019659010](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019659010).
- Ochsner & Gross. (2003). *A social cognitive neuroscience approach to emotion regulation*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.columbia.edu/cu/psychology/.../syllabus.pdf](http://www.columbia.edu/cu/psychology/.../syllabus.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.who.int/iris/bitstream/10665/67411](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/67411).
- Ortiz. (2009). *Red de paz*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.redpapaz.org/prevencionsuicidio/index.php?opt](http://www.redpapaz.org/prevencionsuicidio/index.php?opt).
- Pandey. (2013). *Bases biológicas del suicidio y la conducta suicida*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) >... > PubMed Central.
- Panksepp. (1998). *Affective Neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Piedrahita, Paz y Romero. (2012). *Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121757720120002000](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121757720120002000).
- Ramírez. (2011). *El suicidio*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.academia.edu/7223304/Durkheim\\_y\\_el\\_suicidio\\_](http://www.academia.edu/7223304/Durkheim_y_el_suicidio_).

- Rodríguez González, Gracia & Montes de Oca. (1990). *Variaciones a nivel biológico del suicidio*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [bddoc.csic.es:8080/resultados.html?strIndiceSQL=RF+has...](http://bddoc.csic.es:8080/resultados.html?strIndiceSQL=RF+has...)
- Rodríguez, Gles, Gracia & Montes. (1990). *El suicidio y sus interpretaciones teóricas*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.psicoter.es/\\_arts/90\\_A077\\_12](http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12).
- Rodríguez, Glez, García, & Montes. (1990). *Causas del suicidio*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.revistapsicologia.org/index.php/revista](http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista).
- Rodríguez, Russian & Moreno. (2005). *Autorregulación emocional y actitudes ante situaciones de agravio*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.academia.edu/.../autorregulacion\\_emocionaloyactitudesante](http://www.academia.edu/.../autorregulacion_emocionaloyactitudesante).
- Rossello, Duarte Vélez, Bernal & Zuluaga. (2011). *Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [scholar.google.com/citations?user...hl=en](http://scholar.google.com/citations?user...hl=en).
- Rossow. (1996). *Alcohol and suicide beyond the link and the individual level*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.researchgate.net/.../14289040\\_Alcohol\\_and\\_su](http://www.researchgate.net/.../14289040_Alcohol_and_su).
- Rothbart y Derryberry. (1981). *Estrategias de evitación activa*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.um.es/analesps/v20/v2](http://www.um.es/analesps/v20/v2).
- Ruff & Rothbart. (1999). *El temperamento en la infancia*. Palmera. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [pntic.mec.es/~jpriet13/Textos/Temperamento](http://pntic.mec.es/~jpriet13/Textos/Temperamento).
- Ruiz. (2009). *Red de paz*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.redpapaz.org/prevencionsuicidio/index.php?option](http://www.redpapaz.org/prevencionsuicidio/index.php?option).

- Sballice. (1982). *Funciones ejecutivas y rendimiento académico*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol9\\_](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol9_).
- Shneidman (1988) citado por Mingote, Jiménez, Osorio & Palomo, 2004. *Características de la ideación suicida y conducta suicida*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho](http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho).
- Thompson. (1994). *Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional*. . Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.um.es/analesps/v20/v20\\_1/0720\\_1.p](http://www.um.es/analesps/v20/v20_1/0720_1.p).
- Valles. (2003). *La autorregulación para el afrontamiento emocional*. En: *Psicopedagogía de la Inteligencia emocional*. Valencia: Promolibro.
- Villa. (2010). *Factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=70916424002](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70916424002).
- Villamizar y Muñoz. (2000). *Funciones ejecutivas y rendimiento escolar en educación primaria*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: [kaleidoscopio.uneg.edu.ve/números/k09/k09\\_art06](http://kaleidoscopio.uneg.edu.ve/números/k09/k09_art06).

**Apéndices y tablas****Apéndice A. Instrumento versión niños****TEST DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL PARA NIÑOS****Nombre:** \_\_\_\_\_**Curso:** \_\_\_\_\_**Fecha de aplicación:** \_\_\_\_\_**Edad:** \_\_\_\_\_

Este instrumento requiere unos minutos de tu tiempo, las respuestas serán totalmente confidenciales y no tendrá ninguna calificación, por favor lee detenidamente cada pregunta, y responde de manera clara y honesta el siguiente instrumento. Marca con una x la respuesta que consideres oportuna.

<b>Preguntas</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1. Cuando estoy feliz reconozco cómo reacciona mi cuerpo.				
2. Ante situaciones de inconformidad expresé públicamente lo que siento.				
3. Buscó soluciones para mejorar el trabajo en grupo.				
4. Si se me presenta una dificultad para realizar una actividad, no la termino.				
5. Se me facilita hablar con personas que no				



conozco.				
6. Identificó que situaciones me ponen triste.				
7. Considero que ante un problema, actué impulsivamente y de manera equivocada.				
8. Cuando se me presenta un problema busqué la manera de solucionarlo.				
9. Si alguien está en desacuerdo conmigo, trato de ser respetuoso.				
10. Tengo confianza en mí, cuando me enfrento a algo nuevo.				
11. Sé muy bien que cosas me dan asco.				
12. Cuando alguna actividad me sale mal, intento mejorarla.				
13. Siento que mis familiares me ayudan a resolver mis problemas.				
14. Me siento molesto en caso de no obtener lo que quiero.				

15. Me adapto a situaciones nuevas con facilidad.				
16. Cuando me hacen una broma, me siento de mal humor.				
17. Buscó apoyo en una persona cercana para afrontar situaciones que no me agradan.				
18. Si se me presenta una situación muy difícil sería capaz de llegar al extremo de hacerme daño.				
19. Cuando llegó a un lugar con personas que no conozco me siento cómodo.				
20. En caso de faltarle al respeto a un adulto, buscó la manera de no volverlo hacer.				
21. Si un grupo de compañeros me rechaza, buscó la forma de integrarme.				
22. Si un profesor me regaña cuando estoy realizando una actividad, me rindo y dejo de hacerlo.				

23. Cuándo tengo problemas me siento contento porque encuentro la forma de solucionarlos.				
---	--	--	--	--

**Apéndice B. Instrumento versión adolescentes****TEST DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL PARA ADOLESCENTES****Nombre:** \_\_\_\_\_**Curso:** \_\_\_\_\_**Fecha de aplicación:** \_\_\_\_\_**Edad:** \_\_\_\_\_

Este instrumento requiere unos minutos de su tiempo, las respuestas serán totalmente confidenciales y no tendrán ninguna calificación, por favor leer detenidamente cada ítem, y responder de manera clara y honesta las siguientes preguntas. Marcar con una x la respuesta que consideres correcta.

<b>REACTIVOS</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1. Cuando estoy feliz reconozco cómo reacciona mi cuerpo.				
2. Me siento incómodo si cambio de casa o colegio				
3. Reconozco que situaciones me generan molestia				
4. Me adapto a situaciones nuevas				

5. Cuando me enfrento a una situación poco agradable, me doy cuenta cuanto tiempo dura esta emoción.				
6. Tengo confianza en mí mismo, cuando me enfrento a situaciones complejas				
7. Hay circunstancias en las cuales reprimo mis emociones				
8. Cuando estoy con personas desconocidas, establezco conversación sin dificultad				
9. Cumpló con las normas establecidas en el colegio				
10. Cuando se me dificulta una actividad no la realizó				
11. Ante un problema, actúo impulsivamente y de manera equivocada				
12. Me siento molesto cuando no obtengo lo que				

quiero				
13. Cuando alguna actividad me sale mal, intento mejorarla.				
14. Cuando discuto con mis padres, reaccioné de forma agresiva				
15. Busco el apoyo de otros para resolver situaciones problemáticas				
16. Cuando estoy de malgenio, logro expresarlo sin exaltarme				
17. Cuando tengo problemas me siento optimista porque siempre encuentro la forma de solucionarlos.				
18. Con frecuencia actúo de forma impulsiva sin pensar en las consecuencias				
19. Cuento con habilidades para manejar situaciones difíciles				

20. Si se me presenta una situación muy difícil, sería capaz de llegar al extremo de hacerme daño				
21. Mi familia influye en la manera como resuelvo los problemas				
22. Si un grupo de compañeros me rechaza, busco la forma de integrarme.				
23. Cuando se me presenta una situación difícil siento que no hay solución				

**Apéndice C. observaciones jueces expertos****Modificaciones Instrumento de Niños**

<b>Ítem</b>	<b>Versión Original</b>	<b>Observación de Juez</b>	<b>Modificación</b>
1	Cuando estas feliz reconoces cómo reacciona tu cuerpo	solo se tiene en cuenta una emoción primaria	Cuándo estoy feliz reconozco cómo reacciona mi cuerpo.
6	Identificas que situaciones te ponen triste	Sugerencia: ¿Identificas si una situación te pone triste o alegre?	Identifico qué situaciones me ponen triste.
11	Expresas con facilidad cuando un objeto o cosa te produce asco	Sabes muy bien qué cosas te dan asco.	Sé muy bien que cosas me dan asco.
16	Cuando te hacen una broma, reconoces que emoción es	No es claro qué se quiere evaluar con este ítem. Puede ser un problema de redacción.	Cuándo me hacen una broma, me siento de mal humor.
2	Ante situaciones de inconformidad expresas públicamente lo que sientes	Sugerencia: reemplazar Públicamente por abiertamente	Ante situaciones de inconformidad expresó públicamente lo que siento.



7	Consideras que ante un problema, actúas impulsivamente y de manera equivocada	Cuando tienes problemas, te arrepientes por actuar sin pensar en las consecuencias	Considero que ante un problema, actuó impulsivamente y de manera equivocada.
12	Cuando alguna actividad te sale mal, intentas mejorarla	Cuando las cosas te salen mal, buscas la forma de mejorarlas.	Cuándo alguna actividad me sale mal, intento mejorarla.
17	Buscas apoyo en una persona cercana, para afrontar situaciones que te generan incomodidad	Cuando te sientes mal le pides ayuda a tus amigos.	Buscó apoyo en una persona cercana para afrontar situaciones que no me agradan.
3	Buscas herramientas para mejorar el trabajo en grupo.	Creo que no aplica para población infantil.	Buscó soluciones para mejorar el trabajo en grupo.
8	Cuando se te presenta un problema buscas la manera de solucionarlo	Puede ser muy cercano al ítem 7, por lo cual es redundante (para el niño, la diferencia entre los dos no necesariamente es tan clara).	Cuándo se me presenta un problema buscó la manera de solucionarlo.
13	Sientes que tu	Sobre el término	Siento que mis

	familia te ayuda a resolver tus problemas.	"Siente"	familiares me ayudan a resolver mis problemas.
23	Cuando tienes un conflicto, identificas las diferentes opciones para darle solución	Cuando tienes problemas te sientes optimista porque encuentras la forma de solucionarlos.	Cuándo tengo problemas me siento contento porque encuentro la forma de solucionarlos
21	Cuando realiza una actividad en equipo se siente excluido	Si un grupo de compañeros te rechaza, buscas la forma de integrarte.	Si un grupo de compañeros me rechaza, busqué la forma de integrarme.
18	Si se presenta una situación muy difícil, serías capaz de llegar al extremo de hacerte daño	Me parece que haría falta "para solucionarla" o "con tal de solucionarla"	Si se me presenta una situación muy difícil sería capaz de llegar al extremo de hacerme daño.
20	Cuando le faltas al respeto a un adulto, buscas la manera de no volverlo hacer	Reemplazar "cuando..." por "en caso de..."	En caso de faltarle al respeto a un adulto, busqué la manera de no volverlo hacer.
4	Cuando se te	Reemplazar "cuando..."	Si se me presenta

	dificulta realizar una actividad, no la terminas.	por "sí se presenta..."	una dificultad para realizar una actividad, no la termino.
9	Cuando una persona no está de acuerdo contigo, reaccionas de forma agresiva	Reemplazar el "cuando" se asume que se presenta, o que al menos desde la experiencia subjetiva del participante se considera siempre que ha ocurrido.	Si alguien está en desacuerdo conmigo, trato de ser respetuoso.
14	Te sientes molesto cuando no obtienes lo que quieres	"... en caso de..."	Me siento molesto en caso de no obtener lo que quiero.
21	Cuando tu profesor te regaña por hacer una actividad de manera incorrecta, te rindes y dejas de hacerlo.	Si te corrigen cuando estás haciendo algo mal, te "achantas" y no sigues haciéndolo.	Si un profesor me regaña cuando estoy realizando una actividad, me rindo y dejo de hacerlo.
5	Se te facilita hablar con personas que no conoces.	Podría ser un asunto más temperamental, relacionado con extroversión.	Se me facilita hablar con personas que no conozco
10	Tiene confianza en	Te sientes muy seguro	Tengo confianza

	sí mismo, cuando se enfrenta a algo nuevo	de ti mismo frente a los retos (por ejemplo, cuando en clase explican temas muy difíciles).	en mí, cuando me enfrento a algo nuevo.
15	Te adaptas a situaciones nuevas con facilidad	Los cambios fuertes en la vida (por ejemplo, cambiar de colegio o de barrio) te impactan mucho. (Cambiar el sentido del ítem).	Me adapto a situaciones nuevas con facilidad.
19	Te sientes cómodo con lo nuevo y lo desconocido	Cuando llegas a un lugar con personas que no conocías te sientes muy a gusto.	Cuando llegó a un lugar con personas que no conozco me siento cómodo.

### Modificaciones Instrumento de Adolescentes

Ítem	Versión Original	Observación de Juez	Modificación
1	Reconoce la reacción de su cuerpo, cuando recibe una sorpresa	Si alguien lo sorprende positivamente, nota los cambios en su cuerpo	Si alguien me sorprende positivamente, noto los cambios en mi cuerpo.

3	Reconoce que situaciones le generan molestia	Sabe muy bien qué le molesta en la vida.	Reconozco que situaciones me generan molestia
5	Cuando se presenta una situación tensa, sabe cuánto tiempo dura esta emoción.	En situaciones de tensión sabe que tanto tiempo se va a sentir mal.	Cuando me enfrento a una situación poco agradable, me doy cuenta cuanto tiempo dura esta emoción.
7	Hay circunstancias en las cuales reprime sus emociones	No se presenta ninguna observación	Hay circunstancias en las cuales reprimo mis emociones
9	Cumple las normas sociales y culturales de su entorno.	Aquí se está partiendo del supuesto que el sujeto sabe las normas sociales y culturales	Cumplo con las normas establecidas en el colegio
11	Considera que ante un problema, actúa impulsivamente y de manera equivocada.	Sugerencia: eliminar el “considera que” eso ya está implícito al evaluar sobre la escala tipo Likert	Ante un problema, actúo impulsivamente y de manera equivocada
13	Cuando alguna actividad le sale mal, intenta mejorarla.	Cuando las cosas les sale mal, busca la forma de mejorarlas	Cuando alguna actividad me sale mal, intento mejorarla.

15	Busca apoyo en un amigo para resolver situaciones problemáticas.	Cuando tiene problemas les pide ayuda a sus amigos.	Busco el apoyo de otros para resolver situaciones problemáticas
17	Tiene en cuenta opciones para dar solución a una problemática	Opiniones de otros.	Cuando tengo problemas me siento optimista porque siempre encuentro la forma de solucionarlos.
19	Reconoce que habilidades tiene para controlar situaciones difíciles	Sabe muy bien cómo manejar las situaciones difíciles en la vida	Cuento con habilidades para manejar situaciones difíciles
21	Su familia influye en la manera como resuelve los problemas	cuenta con el apoyo de su familia para enfrentar sus problemas	Mi familia influye en la manera como resuelvo los problemas
23	Cuando se presenta una situación difícil siente que no hay solución	Evitar la negación porque confunde	Cuando se me presenta una situación difícil siento que no hay solución
22	Cuando hay un trabajo en equipo y se	“en caso de ser rechazado...”	Si un grupo de compañeros me rechaza,

	siente rechazado, busca la forma de integrarse al grupo		busco la forma de integrarme.
20	Si se presenta una situación muy difícil, sería capaz de llegar al extremo de hacerse daño	No se presenta ninguna observación	Si se me presenta una situación muy difícil, sería capaz de llegar al extremo de hacerme daño
18	Con frecuencia actúa de forma impulsiva sin pensar en las consecuencias	Resulta redundante, por lo tanto sobra, incluir “frecuencia” en el enunciado, debido a que es sobre la frecuencia que se califica en la escala Likert.	Con frecuencia actúo de forma impulsiva sin pensar en las consecuencias
16	Cuando está de mal genio, logra expresarlo sin exaltarse	No se presenta ninguna observación	Cuando estoy de malgenio, logro expresarlo sin exaltarme
14	Cuando discute con sus padres, reacciona de forma agresiva	No se presenta ninguna observación	Cuando discuto con mis padres, reaccionó de forma agresiva
12	Se siente molesto cuando no obtiene lo	Sugerencia: Cambiar “se siente molesto” por “se	Me siento molesto cuando no obtengo lo

	que quiere	molesta”.	que quiero
10	Cuando se le dificulta una actividad no la realiza	No se presenta ninguna observación	Cuando se me dificulta una actividad no la realizo
8	Cuando está con personas desconocidas, establece conversación sin dificultad	Cuando conoce a otras personas se le facilita conversar	Cuando estoy con personas desconocidas, establezco conversación sin dificultad
6	Tiene confianza en sí mismo, cuando se enfrenta a situaciones complejas	No se presenta ninguna observación	Tengo confianza en mí mismo, cuando me enfrento a situaciones complejas
4	Es flexible al adaptarse a situaciones nuevas	(Poner un ejemplo de situaciones complejas).	Me adapto a situaciones nuevas
2	Se siente cómodo con lo nuevo y lo desconocido	(Podría ponerse un ejemplo de una situación nueva y desconocida).	Me siento incómodo si cambio de casa o colegio



**Apéndice D. Consentimiento informado****FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del proyecto:** Programa de Autorregulación Emocional para prevenir la Ideación Suicida en Niños y Adolescentes de la ciudad de Bogotá.

**Investigadoras:** Diana Marcela Gualteros Poveda Laura Ximena Cortés Saavedra Paola Andrea González Sánchez Yurany Isabel Cuellar Braussin.

**Asesora de Investigación:** Yaneth Urrego Betancourt PhD

Yo \_\_\_\_\_, identificado/a con número de cédula \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Padre, Madre y/o Acudiente del menor \_\_\_\_\_ identificado/a con número de documento \_\_\_\_\_, manifiesto que he sido informado que mi hijo/a participará en un investigación que tiene como objetivo implementar un programa de prevención en ideación suicida, basado en la autorregulación emocional, este programa no sustituye ningún tipo de intervención psicológica o cognitiva que requiera el niño y/o adolescente, o que se exija por parte de la **Institución Educativa Ricaurte**, sede A y B.

La información suministrada por mi hijo/a no será divulgada a personas ajenas a la investigación, solo se puede revelar la información confidencial, ante alguna situación donde atenten contra su propia vida o contra de los demás.

\_\_\_\_\_

Firma del estudiante No de I.D

\_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre o Acudiente No de C.C

