

Capítulo 7

El suicidio en la adolescencia: una aproximación desde el apego y la regulación emocional



Yuly Suárez Colorado ^(a)

a) Psicóloga, Universidad del Magdalena (Colombia), Magíster en Psicología, Universidad del Norte (Colombia). Investigadora adscrita al grupo de investigación Psicología y Salud, Universidad del Magdalena (Colombia).

Sinopsis del capítulo

La comprensión del suicidio ha sido difusa por su configuración multifactorial, especialmente en la adolescencia, una etapa crucial del desarrollo humano por los cambios biopsicosociales que allí se producen. Comprender las diferentes manifestaciones de la conducta suicida a través de los factores tempranos -como el apego y la regulación emocional- arroja luces sobre la importancia del vínculo afectivo con los padres y la forma que se realiza la gestión emocional para la existencia. La prevención del suicidio podría direccionarse desde el fortalecimiento de los vínculos afectivos en la infancia-adolescencia, y la educación en el uso de estrategias de regulación emocional efectivas, que contribuyan a la exploración segura del mundo, a las relaciones sociales sanas, y a una mejor salud mental de los adolescentes.

Cómo citar este capítulo: Suárez, Y. (2018). El suicidio en la adolescencia: una aproximación desde el apego y la regulación emocional. En: A. D. Marengo-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 178-207). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

1. El Suicidio

1.1 La violencia dirigida a sí mismo

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud-OMS (1996), la violencia es el uso premeditado e indiscriminado de la fuerza física o el poder, de forma amenazante o accionar, contra sí mismo, contra otra persona o contra una comunidad, es decir, es el uso del poder intencional ocasionando altas probabilidades de lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Existe un amplio espectro de tipologías al interior del concepto violencia, sin embargo, resaltamos la clasificación mundial según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva (OMS, 2002). Ver figura 1. Específicamente, nos centraremos en la violencia dirigida a sí mismo, el suicidio, un acto en donde el individuo causa su muerte con variable letalidad intencionalidad de morir, cualquiera sea el grado de letalidad letal (OMS, 1976). Para Durkheim (1987), el suicido es la muerte medita o inmediata producto de un acto valorado como positivo o negativo pero que finalmente es realizado por la propia víctima.

La complejidad de esta conducta se hace visible en las siguientes manifestaciones: la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Esta manifestación no es escalar, no es lineal y sucesiva, el nivel de riesgo puede conducir inmediatamente a una intencionalidad y ejecución del acto (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). Estas formas de conducta suicida también son útiles para identificar la severidad de acuerdo con la naturaleza de su manifestación, desde las ideas de la muerte como descanso, deseos de muerte, ideación suicida y amenazas hasta la conducta en ascenso desde gestos, tentativas de suicidio y suicidio consumado (Boergers, Spirito & Donaldson, 1998).

1.2 El suicidio en la adolescencia

Por otra parte, es un problema presente en todas las etapas del desarrollo humano, es una realidad en la adolescencia temprana (10-14 años de edad), mientras que el suicidio es inusual antes de los 12 años, sin embargo, algunos países registran casos en este rango, así como en la adolescencia intermedia

(15 a 19 años de edad) (OMS, 2001). Respecto al género en adolescentes, el suicidio se presenta en mayor frecuencia en varones, aunque los intentos se duplican y triplican con mujeres; esta diferencia de género se ha explicado por la poca expresión y búsqueda de ayuda ante la adversidad de los varones, aun cuando son las mujeres quienes padecen de mayor depresión, pero se adhieren a su red de apoyo social (OMS, 2001).

Es importante destacar que estimar los pensamientos suicidas exclusivamente a la psicopatología no debe ser una constante. De acuerdo a McGoldricj (1983), los pensamientos suicidas ocasionales no son anormales, teniendo como base los procesos para la búsqueda del sentido de la vida y la comprensión de la muerte, especialmente en etapas como la infancia y adolescencia; sin embargo, es indispensable en estas etapas del desarrollo humano que cualquier cuestionamiento acerca de la vida y la muerte sean dialogados con un orientador. Para McKey, Jones y Barbe (1983), la normalidad de los pensamientos suicidas en niños y adolescentes surge cuando su consolidación se considera como única salida para sus dificultades. En este punto, se manifiesta un serio riesgo e intencionalidad de suicidio.

La comprensión del suicidio se apoya desde un modelo multifactorial, en donde las condiciones sociales y económicas contextuales y las características evolutivas o del desarrollo humano como en el caso de la adolescencia originan riesgo. Precisamente la adolescencia es una etapa evolutiva de vulnerabilidad, teniendo en cuenta el aumento de demandas, inmadurez e inexperiencia que propician estados de angustia, soledad y frustración, el estado disfuncional de las familias, dificultades académicas, las condiciones económicas y desarraigo cultural, entre otras situaciones adversas. El adolescente inicia a elaborar sus propios códigos de conducta, desarrolla el pensamiento formal, modifica su rol, y consolida su identidad sexual y personalidad. Pero además de estos cambios psicológicos y sociales, el adolescente se enfrenta a cambios biológicos (Cortes, 2014).

De este modo, es necesario el trabajo de prevención y promoción, aún más cuando en adolescentes la mortalidad se incrementa con la edad (Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez & Durán, 2012). En este punto es indispensable reconocer los factores de riesgo y protección para el trabajo con la población.

El grupo de factores de riesgos para el suicidio en esta etapa evolutiva pueden ser clasificados teniendo en cuenta la naturaleza del agente de riesgo: socio-demográficos, biológicos y socio-ambientales. Aunque el suicidio en el adolescente está delimitado generalmente a producirse por la impulsividad e irreflexión (Pérez, 2010), existe una expresión multifactorial. A continuación se agrupan los factores de riesgo según diversos autores (Cabrera & Álvarez, 2009; Ceballos, 2004; Cervantes & Melo, 2008; Cyprien et al., 2011; Herrera, 1999; Laferté & Laferté, 2000; Pascual, Villena, Rayo, Téllez & López, 2005; Pérez, 2012; Okusaga, Duncan, Langenberg, Brundin, Fuchs, Groer, Giegling, Stearns Yoder, Hartmann, Okusaga et al., 2016; Konte, Friedl, Brenner, Lowry, Rujescu, & Postolache 2016; Suárez-Colorado, 2012).

Socio demográfico. Adolescencia, soltería, o vivir en unión libre, desempleo, bajo nivel en educación, bajo nivel socioeconómico, grupos inmigrantes indígenas, orientación sexual.

Ambientales y sociales. Antecedentes suicidas en familiares o personas cercanas, pérdida de un ser querido, estrés o estresores psicosociales, familia conflictiva, inadecuadas pautas de crianza (permisividad, autoritarismo, agresividad), y otros problemas relacionados con la familia como las fugas frecuentes, deserción del hogar o problemas económicos, dificultades académicas/bajo rendimiento/ deserción escolar, fácil alcance a instrumentos o métodos para llevar a cabo el suicidio, el analfabetismo, crisis de autoridad, tiempo libre mal utilizado, riesgos sexuales como embarazos no deseados e infertilidad.

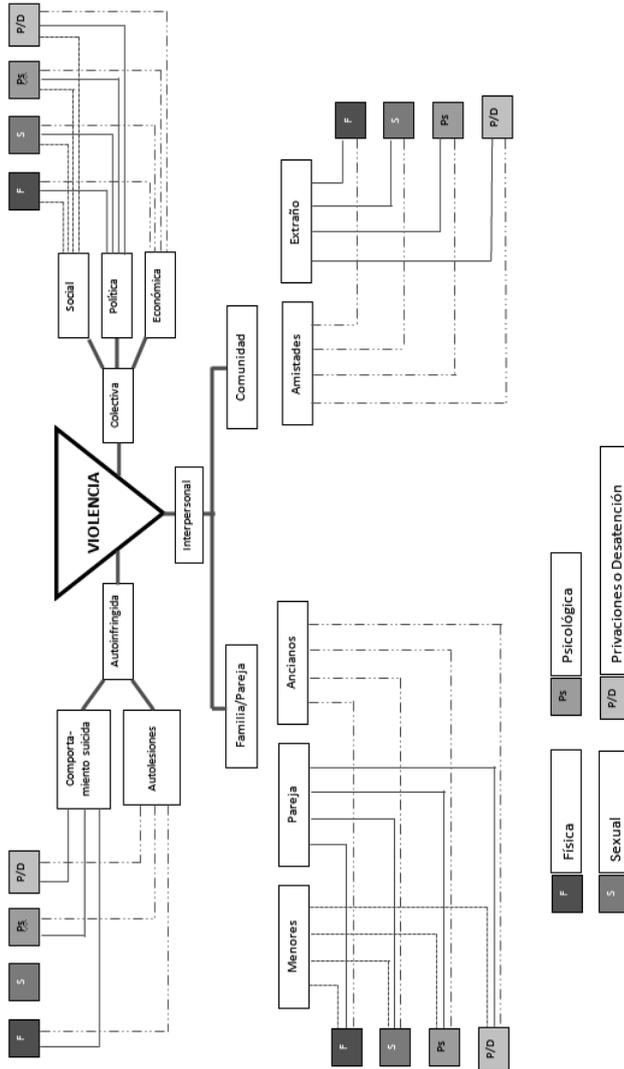
Cognitivas, patológicas y de personalidad. Estilos cognitivos y de personalidad (trastorno incipiente de la personalidad), poseer una enfermedad crónica (la diabetes, VIH, cáncer, etc.), hipertensión arterial, presencia de síntomas o enfermedad psiquiátrica (depresión, ansiedad, esquizofrenia, psicosis, intentos previos de suicidio), abuso de sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaco, tranquilizantes), desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia), inestabilidad emocional (irritabilidad, humor inestable), impulsividad, conducta antisocial, incapacidad de afrontamiento y resolución de problemas, malnutrición, alteraciones en el desarrollo puberal como menarquía precoz, la discapacidad o retardo

mental aislamiento, depresión, conductas delictivas y/o agresivas, lucha por su identidad.

Biológicos. Disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, toxoplasma gondi seropositivo, cuerpo calloso reducido.

En síntesis, existen circunstancias sociales, psicológicas, y biológicas que generan mayor vulnerabilidad y la psicología podría explicar por qué no todos los individuos bajo estas condiciones se precipitarían al suicidio (Durkheim, 1987). Al respecto, es imposible estimar un factor explicativo o determinante del fenómeno, sin embargo, es interesante una aproximación subyacente a todos los factores desde una perspectiva de factores tempranos en el desarrollo humano y recursos psicológicos. En este caso, se consideran al apego y la regulación emocional.

Figura 1. Clasificación de la violencia de acuerdo a la OMS (2002)



2. Apego

2.1 *La vinculación afectiva temprana: el apego de Bowlby*

En la investigación de las relaciones interpersonales se ha reconocido la relación con la madre u otro cuidador como la primera interacción vital en los seres humanos. El desarrollo de la teoría de apego se fundamenta principalmente en la existencia de un sistema conductual, en donde el organismo se relaciona con personas particularmente identificadas del entorno, en el que los límites se marcan conductualmente en lugar de fisiológicos (Pierucci, Kristel & Pinzón, 2003).

El concepto apego propuesto por Bowlby (1989), concibe al apego como la forma de conducta que tiene como fin el logro o conservación de la proximidad con otro individuo, el cual es reconocido como más capacitado para enfrentarse al mundo. Del mismo modo se conceptúa como un sistema comportamental innato activado en situaciones amenazantes con el fin de recuperar el bienestar a través del apoyo, cuidado y protección del cuidador (Hoffer, 2006). Este tipo de sistema en las relaciones de apego permite comprender el origen y mantenimiento de las relaciones próxima, desarrollo de la personalidad y de indicadores psicopatológicos (Lecannelier, 2006). Otros autores señalan que el apego tiene gran acentuación biológica, de este modo es una necesidad biológica para la búsqueda de protección por alguien considerado capaz y fuerte (Bowlby, 1989). También es considerado como un proceso del desarrollo relacionado con la evolución de la historia de apego de cada individuo (Bartholomew, 1990; Hazan & Shaver, 1987).

El apego conforma un sistema de regulación entre cuidador e infante en donde es indispensable la presencia y disponibilidad del cuidador. Las experiencias repetidas positivas, negativas o positivas-negativas producen en el infante representaciones mentales a cerca de la naturalidad de la relación con la figura de apego e incluso representaciones acerca de la propia existencia (Sroufe, 2003). Esta interacción entre infante y cuidador establece modelos operantes internos que determinan las expectativas del infante sobre sí mismo y los demás, posibilitando la anticipación, interpretación y respuesta conductual a sus figuras de apego. Los modelos operantes internos integrarían

experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales (Bowlby, 1980). Teniendo en cuenta lo anterior, los modelos operantes permiten que las relaciones tempranas de apego influyeran en la capacidad para regular el estrés, atención y la función mentalizadora e incluso, una mayor o menor psicopatología (Fonagy & Target, 2002).

En la investigación del apego Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), realizó un experimento llamado “la situación del extraño” en el cual se evaluaron las interacciones entre infante y padres ante un adulto desconocido. A partir de este ensayo se identificaron tres estilos de apego, basados en tres estilos de respuestas ante una situación amenazante:

Apego seguro. Expresión adecuada de angustia ante el retiro del cuidador, posteriormente comportamiento positivo y reconfortante ante el regreso del cuidador. Bebés con apego seguro presentan conductas de exploración activa en una situación extraña. El apego seguro se manifiesta en las interacciones entre infante-cuidador bajo características como calidez, confianza y seguridad. La investigación en adolescentes ha revelado que los pares perciben menor ansiedad, índices más bajos de hostilidad en individuos con apego seguro (Kobak & Sceery, 1988; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003), menos síntomas de estrés, comodidad con la cercanía y con la interdependencia y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés.

Las emociones en este estilo de apego están marcadas por expresiones faciales de alegría y un sesgo favorecedor de la vergüenza, por el contrario, está negativamente asociado al rasgo de emoción negativa y a la tendencia de que los afectos negativos recorran la conciencia (Magai, Hunziker, Mesias & Culver, 2000). En el caso de la emoción rabia en personas con apego seguro se expresa primeramente por la aceptación, expresión regulada y resolución de la situación Mikulincer (1998). Del mismo modo el estilo de apego se relaciona fuertemente con la expresión emocional, el individuo seguro reporta niveles más altos de afecto positivo, gran cantidad de energía y placer, alta concentración y bajos niveles de tristeza y apatía (Kerr, Melley, Travea & Pole, 2003). Así mismo, este estilo se vincula al contacto frecuente y mayor intimidad, mayor número de individuos en la red social, enriqueciendo la experiencia emocional-social.

En relación con la salud mental, el apego seguro predice menores niveles de ansiedad y depresión, en comparación con los estilos inseguros (Muris, Mayer & Meesters, 2000).

Apego de ansiedad-ambivalencia. Posterior al retiro, se producen respuestas de inseguridad, ansiosas y de protesta, pero además de rabia ante el regreso del cuidador ¿será accesible, sensible o ayudará cuando lo necesite? Bebés con apego ambivalente reaccionan tan fuertemente a la separación que no se calman con facilidad y no retoman la exploración. En una situación extraña se presenta angustia exacerbada ante las separaciones del cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando vuelve; en el apego ansioso-ambivalente en las interacciones entre infante-cuidador se manifiesta en ambivalencia, enojo y preocupación (Ainsworth et al., 1978; Magai et al., 2000; Mikulincer et al., 2003).

El manejo de las emociones en este estilo de apego está marcado por alta ansiedad, baja evitación, inseguridad, necesidad de aproximación, preocupación en las relaciones y miedo al rechazo (Mikulincer, et al., 2003). El apego ansioso ambivalente señala que las emociones más frecuentes de los bebés se caracterizan por la disminución en el desarrollo de emociones positivas entre los 9 y 33 meses, mayor malestar en escenarios para generar emociones positivas, y excesivamente temerosos ante estímulos que provocan temor (Mikulincer, Gillath & Shaver (2002a). El miedo es la emoción más intensa, los estados emocionales predominante es la preocupación, el miedo a la separación, baja tolerancia al dolor (Lecannelier, 2002). Este estilo de apego es también denominado preocupado (Kobak & Sceery, 1988). Los pares perciben predominio de ansiedad, y los sujetos con este patrón tienen una percepción mayor de síntomas que el estilo seguro.

En este sentido el estilo preocupado, encontrando que éste se asocia con la presencia de un conflicto interno, emociones de rabia, enojo, estrés y afecto depresivo, hostilidad, malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo y nerviosismo y menores niveles de calma y serenidad (Magai et al., 2000; Mikulincer, 1998; Kerr et al., 2003).

Apego de evitación. Posterior al retiro, surge una reacción defensiva y de rechazo hacia el cuidador cuando este regresa. En una situación extraña, bebés

con apego evitativo presentan conductas de distanciamiento, no lloran, no se angustian, ni se enojan al separarse del progenitor, suelen concentrarse en los juguetes, del mismo modo hay indiferencia al regreso. En el apego evitativo la interacción entre infante-cuidador se caracteriza por la distancia y evitación.

En cuanto al manejo de emociones, existe una tendencia a la distancia emocional, autosuficiencia con los otros, sin embargo, aunque se perciban despreocupados manifiestan signos fisiológicos sostenidos de ansiedad (Mikulincer, 2003; Sroufe & Waters, 1977), en este sentido sujeto con estilo evitativo no autoreportan afecto negativo pero son percibidos por sus pares como ansiosos y hostiles (Kobak & Sceery, 1988). Lo anterior indica una dificultad para el reconocimiento de emociones negativas, y bajos niveles de emociones positivas (Kerr et al., 2003). El estilo evitativo al relacionarse con la ira, no obstante, tienden a no expresarla sino que recurren a la negación o expresando emociones positivas (Mikulincer, 1998).

Finalmente, el apego desorganizado o desorientado, caracterizado por la variabilidad y contrariedad de las respuestas (Ainsworth et al., 1978), no es estimado en instrumentos de medición.

Un aspecto interesante de esta clasificación, es que se basa en la expresión y regulación emocional. La calidad del apego se establece básicamente en el estado de la regulación emocional entre infante-cuidador en cuanto a servicio de la exploración y el dominio (Sroufe, 2000).

A través del tiempo, el estudio del Apego en la Infancia ha trascendido al Apego en la Adulthood. Este interés por la evaluación del apego adulto se marcó por tres categorías: apego seguro, indiferente y preocupado (George, Kaplan & Main, 1985). Posteriormente se formularon: apego irresuelto/desorganizado y el inclasificable (Marrone, Diamond & Juri, 2001).

El apego adulto seguro se manifiesta con relatos coherente de la infancia, con diversas experiencias, reflexión de sus vivencias y equilibrio; el apego adulto indiferente se expresa en relatos incoherentes, existen vacíos de la memoria, minimización de la importancia del apego, aunque existe una representación positiva de las figuras de apego hay imposibilidad de ejemplos, coexisten en el relato experiencias negativas; el apego preocupado adulto se reflejan rabiosos,

otorgan relatos específicos de los conflictos con sus figuras de apego, oscilan entre evaluaciones positivas y negativas, lenguaje confuso (Moneta, 2003). Estos diversos patrones o estilos de apego moldean el procesamiento de la experiencia cognitiva y afectiva de los seres humanos, y establecen ciertas particularidades en sus relaciones afectivas (Bartholomew & Horowitz, 1991; Marrone, Diamond & Juri, 2001). A continuación, una descripción de los estilos de apego en los adultos:

Estilos de Apego Seguro. Sujetos capaces de identificar sus necesidades, buscan apoyo, poseen un modelo mental internalizado positivo de sí mismo y de los demás. En las relaciones de pareja desarrollan relaciones interpersonales estables y pueden vincularse con otros fácilmente debido a su alto nivel de compromiso y confianza (Hazan & Shaver, 1987; Simpson, 1990).

Estilos de Apego Inseguro Evitativo. Incapacidad en el reconocimiento de la angustia y búsqueda de ayuda o consuelo, poseen un modelo mental internalizado negativo de los otros en el sentido de receptividad y disponibilidad de protección y cuidado. En las relaciones de pareja informan no sentirse queridas, no obstante, desean estar extremadamente próximos a su pareja (Simpson, 1990).

Estilos de Apego Inseguro Ambivalente. Modelo mental caracterizado por la internalización de una relación poco predecible e inestable con sus figuras de apego temprano, respuesta emocional de hipersensibilidad y expresiones intensas de angustia. La búsqueda de cuidado y afecto hacia la figura de apego, coexisten con sentimientos de temor a ser ignorados o abandonados. En la proximidad con otros informan incomodidad y ansiedad (Fenney & Noller, 1990a, Fenney & Noller, 1990b).

El estudio del apego adulto marca la importancia de la vinculación afectiva temprana en el desarrollo humano.

2.2 Apego y Psicopatología

Es bien documentado que el apego es un componente de formación temprana necesaria para la organización conductiva, promueve la supervivencia de la especie, la regulación del estrés y la adaptación al medio (Bowlby,

1980). Este repertorio de comportamientos que se activa en circunstancias amenazantes, estresantes o de sufrimiento permite al individuo obtener apoyo, cuidado y protección del cuidador para la supervivencia (Guzmán & Contreras, 2012).

Una aproximación conceptual del apego nos conduce a la comprensión del desarrollo de la personalidad, la psicopatología y el mantenimiento de las relaciones interpersonales (González, Ysern, Pallás, Marqués & Martín, 2010; Lecannelier, (Lecannelier, 2006). Este intercambio en el vínculo cuidador-infante es indispensable para el desarrollo de representaciones mentales acerca de la naturaleza de la relación con su figura de apego e incluso representaciones acerca de la propia existencia (Grimalt & Heresi, 2012). Antes de comprender su relación con el suicidio debe antecederse su aproximación a la psicopatología.

Por ejemplo, el apego negativo como los estilos de apego inseguros han estado relacionados con síntomas depresivos, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno Borderline de la personalidad, desorden en el uso de sustancias, perfeccionismo negativo, dificultades en la regulación emocional, ineficacia, uso del facebook, recuerdos nostálgicos (Abeyta, Routledge, Roynance & Wildschut, 2015; Blalock, Franzese, Machell, & Strauman, 2015; Tavakolizadeh, Tabari & Akbari, 2015; Beeney, Stepp, Hallquist, Nolf & Pilkonis, 2015; Lin, 2015; Olhaberry, Zapata, Escobar, Mena, Farkas, Santelices & Krause, 2014; Pishva & Ali Besharat, 2011; Wiltgen, et al., 2015). Si un individuo logra un estilo de apego evitativo tiende a tener puntos de vista más pesimistas acerca de las relaciones, de sí mismos, y otros (Feeney & Noller, 1990), mientras el apego ansioso-ambivalente genera una visión propia más negativa (Collins & Read, 1990). Es decir, está claramente relacionado con la salud mental.

La connotación psicopatológica del apego ha sido además incluida en el manual estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como Trastorno de la Vinculación de la Infancia Desinhibido o Reactivo. En estos manuales se caracteriza al apego desde la psicopatología como la incapacidad de iniciar o responder a interacciones sociales de acuerdo al nivel de desarrollo; puede iniciar antes de los 5 años y se manifiesta por respuestas inhibidas, hipervigilantes, ambivalentes o contradictorias ante el consuelo por parte del

cuidador. En su extremo se expresa por vínculos difusos e indiscriminados de sociabilidad (American Psychiatric Association, 2002).

En su opuesto, el apego seguro da como resultados confianza en las figuras de vínculo, percepción de ambiente poco amenazante, capacidad de enfrentar los desafíos de la vida, además de menor riesgo a los trastornos de la personalidad. En las relaciones estos sujetos siguen orientándose a vínculos seguros a lo largo del ciclo vital (Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes & Luyten, 2011). El estilo de apego seguro permite al sujeto identificar sus necesidades, buscar apoyo a favor de la disminución del malestar, y mantener una representación positiva de sí mismo como de los demás (Grimalt & Heresi, 2012). La vinculación en la infancia puede dar lugar al apego seguro, inseguro, ambivalente, evitativo, persistentes durante toda la vida para relacionarse; si un individuo logra una vinculación segura obtiene los recursos psicológicos necesarios para apreciar las experiencias estresantes como positivas, constructivas, adquiriendo el ajuste y bienestar psicológico (Mikulincer & Florian, 1998).

2.3 Apego y Suicidio

Con la importancia destacada del apego y la regulación en el desarrollo emocional del adolescente ¿Existirá alguna relación entre los estilos de apego y la regulación emocional y el comportamiento suicida? La evidencia empírica sugiere una tendencia de asociación entre el apego, el riesgo, ideación e intentos de suicidios:

Ozouni, Valizadeh y Nikamal (2010) registraron en estudiantes universitarios de Irán la relación entre los estilos de apego y la ideación suicida. Estos resultados indican una relación positiva entre el estilo de apego inseguro e ideación suicida y relación negativa entre el estilo de apego seguro. Para los autores el apego es un importante predictor de los pensamientos suicidas, de modo que las intervenciones deben tener en cuenta el estudio de los vínculos para la reducción del riesgo en adolescentes. Por su parte, Glazebrook, Townsend y Sayal (2015), identificaron que adolescentes ingleses (13-17 años) con antecedente de conductas autolesivas a los 6 meses de seguimiento, tenían mayor probabilidad de repetir el hecho si presentan apego inseguro materno y con pares. Estos autores indican que el vínculo materno y con pares interviene en la recuperación por actos de autolesión.

La importancia del apego tiene igual impacto en el comportamiento suicida tanto en población sana como psicopatológica, es el caso de pacientes con depresión. Así Ürün, Yildirim y Erkoç, (2015), encontraron en Turquía que pacientes depresivos con apego ansioso presentaban mayor tasa de intento suicidio, por el contrario sujetos del grupo control sin depresión e historial de intento de suicidio el apego seguro era mayor. Del mismo modo Palitsky, Mota, Afiti, Downs y Sareen (2013) determinaron en un estudio nacional en Canadá que estilos de apego inseguro se asocian con reporte de ideación suicida, intento, y otros trastornos mentales, mientras estilos de apego seguro se asociaron con una menor probabilidad de informar ideación suicida, intento, y cualquier trastorno de ansiedad. Mandal y Zalewskan (2010; 2012), anotan precisamente que condiciones psicosociales adversas o nocivas tempranas todas ellas relacionadas con la victimización, eran comunes en mujeres Polacas que intentaron suicidarse y que presenta un estilo de apego evitativo.

Massey, Compton y Kaslow, (2014) en un estudio para la prevención del suicidio reclutaron mujeres adultas africanas con retos psicosociales significativos, encontrando que el apego seguro se asoció con menor consumo problemático de sustancias psicoactivas, sin embargo, junto con experiencias nocivas como el maltrato infantil, exposición actual a la violencia, la falta de vivienda, existía alguna varianza. En adolescentes la mayoría hispanos con y sin historial de intentos de suicidio Sheftall, Mathias, Furr y Dougherty (2013), encontraron en aquellos con intentos de suicidio, menor apego materno y paterno de auto-reporte y una menor capacidad de adaptación y la cohesión familiar. Los autores consideran el apego como una nueva ruta hacia la prevención del suicidio.

3. Regulación emocional

3.1 Comprendiendo la Regulación Emocional

La regulación emocional se refiere a los procesos para disminuir, mantener, aumentar uno o más aspectos de la emoción. Aunque existen diversas perspectivas para la comprensión de la regulación emocional, la mayoría coinciden en la función reguladora que genera cambios multifacéticos en la emoción sea en el mantenimiento, mejora, o minimización de las respuestas

emocionales (cf. Bridges, Denham & Ganiban, 2004; Gross & Thompson, 2007; Thompson, 1994).

Ante las dificultades de conceptualización de la regulación emocional basada en el problema de distinción entre emoción y regulación emocional, si surge de influencias extrínsecas e intrínsecas, o si el grado de las influencias reguladoras son dirigidas a metas adaptativas, existe una definición que 1) distingue implícitamente de la emoción y regulación de las emociones. 2) los procesos de regulación pueden dirigirse tanto a emociones positivas como negativas. Las emociones pueden instaurar cambios en intensidad y temporalidad de la respuesta emocional (velocidad de aparición o recuperación, persistencia, gama, o labilidad emocional). 3) La emoción se gestiona a través de la influencia extrínseca, así como desde los propios esfuerzos de la persona. 4) La regulación emocional se define funcionalmente, es decir, es guiada por los objetivos del regulador en un contexto determinado. 5) La regulación emocional incluye el monitoreo y la evaluación de la experiencia emocional, esta definición indica que:

“La regulación emocional consiste en los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de la supervisión, evaluación y modificación de las reacciones emocionales, especialmente sus características intensas y temporales, para lograr los objetivos” (Thompson, 1994, pp. 27-28). La regulación emocional es una capacidad utilizada con intención con el fin de modificar los componentes de la experiencia emocional (experiencia subjetiva, respuesta fisiológica, expresión verbal y no verbal, así como a las conductas manifiestas) respecto a su frecuencia, forma, duración e intensidad (Thompson, 1994).

Otros autores conceptúan a la regulación emocional como la modulación en aumento, mantenimiento o disminución de cualquier aspecto de la respuesta emocional, incluyendo experiencia y comportamiento expresivo (Gross & John, 2003; Eisenberg & Spinrad, 2004; Goldsmith & Davidson, 2004).

Para Gross (1999) la regulación emocional puede clasificarse de acuerdo al lugar en que la estrategia de regulación se introduce en el proceso de producción de la emoción (Gross, 1999). Existen dos momentos en el proceso de generación de una emoción: significado de la situación (*appraisal*) y la modulación de la respuesta emocional (conductual,

fisiológico, experiencial), de este modo las estrategias de regulación se clasifican de acuerdo en (Gross, 2001).

Regulación centrada de los antecedentes de la emoción. Existen varias fases en donde se pueden presentar varias alternativas que permiten al sujeto elegir o modificar sus necesidades de regulación emocional.

La regulación centrada en la respuesta emocional. El sujeto modifica la exposición a ciertas situaciones y no a otras. Al interior de cada situación, la persona puede intentar cambiar dicha situación, es decir, la situación se puede configurar por la acción u omisión del sujeto. Posteriormente, el individuo puede modificar la atención sobre ciertos elementos de la situación con el objetivo de regular la respuesta emocional. Finalmente, se extrae unos significados, algunos de estos con mayor impacto que otros en el estado emocional.

Estrategias basadas en el significado de la situación (appraisal). Se modifica la situación mediante procesos como: cambios de foco atencional o uso de flexibilidad cognitiva. Eje: evitación, rumiación, aceptación. Mientras la reevaluación (reappraisal) requiere de un cambio cognitivo-lingüístico. Estas serían estrategias basadas en antecedentes).

Estrategias basadas en la Respuesta Emocional. La amplificación o supresión emocional son estrategias basadas en la respuesta.

3.2 La Regulación Emocional en el Desarrollo Humano: La Adolescencia

La capacidad de los niños para evaluar sus emociones se transforma considerablemente desde la infancia hasta la adolescencia y pueden tener alguna variabilidad en la adultez ejerciendo algún grado de influencia sobre la regulación emocional (Thompson & Lagattuta, 2006). Estas diferencias en la evaluación pueden explicarse por el temperamento, vulnerabilidad biológica o experiencias previas de emociones intensas, de manera que estos factores demarcan las necesidades personales de regulación (Thompson & Goodman, 2010).

Dada las particularidades de la regulación emocional en el desarrollo, aumenta su complejidad, pero está se basa en la complejidad misma de las emociones, en los objetivos personales-sociales, y en la utilidad de su expresión. De este modo, es relevante comprender los objetivos de la gestión de las emociones, las influencias del contexto, los efectos de la regulación en otras personas, las evaluaciones cognitivas y el autocontrol, aún más porque estas características cambian significativamente durante el curso de la vida y son fundamentales para la comprensión de la psicopatología de origen emocional en niños, adolescentes y adultos (Thompson & Goodman, 2010).

Ante una mayor edad un individuo es más competente para aplicar estrategias de regulación emocional, debido a la consolidación de las funciones ejecutivas (planificación estratégica, la detección y corrección de errores y el control inhibitorio de las respuestas) (Zelazo & Cunningham, 2007). Las bases neurobiológicas de las funciones ejecutivas (principalmente en la corteza prefrontal) comienzan su maduración en la infancia y la adolescencia desembocando en importante influencia para el pensamiento y la resolución de problemas, el autocontrol conductual y emocional.

Del mismo modo, el contexto social contribuye en gran medida al desarrollo de la regulación de las emociones, especialmente las relaciones con padres, pares y hermanos, por ejemplo, las diferentes exigencias emocionales, modelos, e incentivos para la regulación de la emoción provienen de la relación padre-hijo. Desde niños en continua interacciones sociales se gestionan emociones en los conflictos, para negociar sobre los recursos o intereses compartidos, percibir con mayor precisión y responder a los sentimientos de otros y tener la sensación de control sobre el entorno de pares (Denham et al., 2003). Cuando se supervalora las relaciones sociales (amigos), hablar de las emociones entre grupos de amigos se convierte en una forma afectiva de auto-revelación y necesaria para adquirir las normas del grupo, para ofrecer y recibir apoyo (Gottman & Parker, 1986). Así, las relaciones entre compañeros son relevantes para la generalización de las estrategias de regulación fuera del contexto familiar y por lo tanto, las interacciones en entornos de pares proporcionan la oportunidad de ampliar el repertorio de habilidades de regulación y adaptarla a otros contextos.

A partir de estas capacidades adquiridas en el desarrollo se pueden resolver problemas de manera más reflexiva, cuidadosa y estratégica,

respondiendo emocionalmente con menor impulsividad. En la adolescencia, las estrategias de regulación se complementan con las estrategias personales (reproducción de música para evocar sentimientos deseados o buscar el apoyo de amigos cercanos) (Thompson & Goodman, 2010).

Finalmente, el desarrollo de la regulación es un crecimiento continuo basado en objetivos personales y contextos sociales, claramente pueden existir diferencias individuales en estilos de regular las emociones, pero en la edad adulta la mayoría de las personas habrán adquirido una compilación básica de estrategias para el manejo de las emociones y expresión social que permitirá su funcionamiento exitoso en el trabajo, familia y otros contextos (John & Gross, 2007).

3.3 Regulación Emocional en la Psicopatología de la Infancia-Adolescencia

La aplicabilidad adecuada de las estrategias de regulación emocional no es insustancial en la experiencia fisiológica, personal o social del sujeto. De esta manera los estudios relacionan la desregulación con la psicopatología (Silva, 2003). Diversos trastornos mentales se encuentran caracterizados por las dificultades en la regulación emocional. En los trastornos del estado del ánimo (depresión, bipolar) y trastornos de ansiedad e incluso trastorno por déficits de atención e hiperactividad, entre otros problemas de conducta subyace el bajo control emocional. Al mismo tiempo las características asociadas a las etapas del desarrollo en la infancia y la adolescencia demuestran dificultades en la gestión adaptativa de las emociones, ocasionando incompetencia social, desajuste emocional y riesgo psicopatológico afectivo (Thompson & Goodman, 2010).

Existe una relevancia funcional en el estudio dificultades en la regulación emocional en la infancia-adolescencia en riesgo. En este sentido, el objetivo de la emoción y el contexto ambiental es fundamental para comprender los esfuerzos por regular las emociones y la base para evaluar la capacidad adaptativa o no de las estrategias de regulación. Para Thompson y Calkins (1996) y Thompson, Flood y Lundquist (1995), los niños-adolescentes en situación de riesgo no están usando estrategias inadecuadas o maladaptivas en la gestión de las emociones, sino que hacen frente a las condiciones emocionalmente intolerables en las

que no encuentran una manera adaptativa de responder. Sus estrategias de autorregulación entonces implican respuestas que inmediatamente permiten hacer frente a las dificultades pero a largo plazo aumenta los problemas emocionales. Es decir, sus estrategias de regulación emocional más adaptativas para lograr las metas emocionales inmediatas los convierten en personas más vulnerables por los problemas que surgen a largo plazo.

Por otra parte, el estudio de la regulación emocional para la comprensión de la psicopatología revela una particular caracterización en niños-adultos en situación de riesgo o vulnerabilidad. Es importante reconocer el contexto en el que individuos con problemas emocionales se esfuerzan por regular sus emociones y los objetivos de la adaptación o no de las estrategias usadas en la regulación. En este sentido es importante el contexto en relación a los objetivos de la emoción (Thompson & Goodman, 2010).

El problema de la regulación emocional en los niños y jóvenes en situación de riesgo o vulnerabilidad se encuentran en que su uso se basa en hacer frente a las condiciones insostenibles de adversidad de cualquier modo, es decir, el problema no es esencialmente las estrategias inadecuadas o mal adaptativas, sino que las estrategias que son más adaptativas para lograr las metas emocionales inmediatas a menudo hacen que las personas sean más vulnerables a los problemas a largo plazo. Así, el uso indiscriminado de estrategias para hacer frente a las dificultades generan a largo plazo mayores problemas emocionales (Thompson & Calkins, 1996; Thompson, et al., 1995).

La conexión entre la regulación emocional y la psicopatología se evidencia no solo en que la desregulación subyace a problemas psicológicos, sino que también permite la comprensión de los procesos que conllevan a la desregulación y los efectos en población clínica.

En el desarrollo de la psicopatología son importantes como las evaluaciones de las emociones de los niños y la familia influyen en el clima emocional, es decir la autorregulación adaptativa incide en como los miembros de la familia “expresan la emoción”, al contrario, la crítica -parental, la hostilidad y sobreimplicación-emocional se asocia a problemas clínicos (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone & Rosenbaum, 1997). De este modo la regulación emocional incluye también la influencia de las evaluaciones de la

emoción y el autocontrol, especialmente en la aparición y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Cabe destacar que al respecto en población infantil existen diversos perfiles clínicos en variabilidad, intensidad, latencia, tiempo de subida, duración y la recuperación de las reacciones emocionales (Thompson, 1994).

Así, las evidencias consideran a la desregulación como factor de mayor propensión para desarrollar trastornos psicológicos y físicos (Aldaoa, Nolen-Hoeksema & Schweizerb, 2010; Boden, et al., 2013; Cisler & Olatunji, 2012; D'Avanzato, Joormann, Siemer & Gotlib, 2013; Gratz & Tull, 2010; Hilt, Hanson & Pollak, 2011; Silva, 2005; Wang, et al., 2014; Rice & Sher, 2013), Consumo de sustancias, con los trastornos de la ansiedad, los ataques de pánico, el trastorno de estrés postraumático y con las autolesiones, entre otros. También se ha encontrado su asociación con la hipertensión arterial (HTA), la intensificación de los índices cardíacos y el cáncer.

Llevar a cabo una regulación exitosa no es proceso sencillo. Existen diversos factores que alteran su desarrollo desde elementos económicos, sociales hasta culturales, entre ellos: ingreso económico familiar, estructura familiar, inequidad social, acceso a la salud y a la educación, empleo parental, violencia, nutrición de la madre y del hijo, atraso social, falta de redes de soporte social, caos familiar, clima social y político de la comunidad, entre otras características parentales e infantiles (Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007). Así que, el adolescente de expresar el afecto materno-paterno, en su infancia traslada la expresión a pares, del control o regulación impuesto por madre-padre en la infancia inicia a controlar sus propios procesos emocionales (Aldrete-Cortez, Carrillo-Mora, Mansilla-Olivares, Schnaas, & Esquivel Ancona, 2014 y ante esta transformación debe sobrellevar los factores socioeconómicos que obstaculizan el adecuado desarrollo emocional. Para el adolescente, no es sencillo.

3.4 Regulación Emocional y Suicidio

En el campo de la regulación emocional y el suicidio se ha encontrado evidencias de su interacción. Al respecto Klonsky (2007) encontró que previo a un acto de autolesión existe un nivel elevado de afecto negativo, siguiente a la autolesión se produce una sensación de alivio o disminución del afecto

negativo, siendo esta comúnmente el objetivo para llevar a cabo el acto. No obstante, también existen otros factores como el auto-castigo, anti-disociación, interpersonal-influencia, anti-suicidio, la búsqueda de sensaciones, y las funciones de límites interpersonales. Esto empírica y teóricamente sigue siendo confuso. Víctor y Klonsky (2013) también encontraron que sujetos que se autolesionan experimentan mayor afecto negativa y menor afecto positivo, sobre todo insatisfacción, en comparación con los individuos sin antecedentes de autolesión.

Everall, Bostik y Paulson (2006) reconocieron en adolescentes y adultos con intento de suicidio determinadas características de sus experiencias emocionales, como la desesperación abrumadora, la vergüenza y odio a sí mismo, la alienación y el aislamiento personal. Estos estados emocionales se deslumbran en la forma cómo responden a las emociones, de modo que la dificultad para hacer frente a emociones negativas intensas podría estar relacionada con el intento suicida. Shelef, Fruchter, Hassidim y Zalsman (2015), encontraron en militares que la ideación suicida, el dolor mental, y bajo la regulación emocional fueron mayores en el grupo con intento suicida en comparación con grupos sin intento. El dolor mental se relacionó significativamente con más ideación suicida en soldados con baja capacidad de regular el dolor mental. En esta dirección estudios han reportado que, en sobrevivientes por suicidio asistentes a grupos de apoyo, la autoregulación trabaja como mediador en la recuperación. Siendo la regulación y apoyo social unas características inherentes a estos grupos (Levi, Weinberg & Nadjar, 2011). Adrian, Zeman, Erdley, Lisa y Sim (2015) encontraron los procesos emocionales desregulados en adolescentes, se presentaban cuando estos viven conflictos familiares y reciben poco apoyo en la gestión de emociones, por consiguiente, relacionados con mayor riesgo de autolesiones no letales.

Voon, Hasking, y Martin (2014), evidenciaron en relación a las estrategias de regulación y autolesiones no letales en adolescentes, que ni la supresión, ni rumiación se relacionó con la primera autolesión, pero si un menor uso de la reevaluación cognitiva influyo sobre un mayor riesgo de autolesiones en los próximos 12 meses pero no a los 24 meses. Los hallazgos indican que existen cambios en el desarrollo del procesamiento cognitivo-emocional de los adolescentes que influye a posteriori el riesgo de autolesiones. No obstante, Najmi, Wegner, y Nock (2007), registraron en adolescentes que suprimir

los pensamientos no deseados se asocia con la presencia y frecuencia de autolesiones no letales ideación suicida y los intentos de suicidio.

Conclusiones

Con todo lo anterior, es pertinente iniciar estudios en el campo de una problemática de salud pública mundial como son los decesos por suicidio, especialmente por el impacto social, emocional y económico que generan. Cuando un individuo muere por su propia voluntad, la vulnerabilidad psicológica y social se incrementa en el contexto escolar, familiar y comunidad. En el caso escolar, aumento de riesgo en la imitación de actos autolesivos, aprobación del suicidio como vía de solución de problemas, culpa o desesperanza por la pérdida de un miembro en la comunidad educativa; mientras en el caso familiar, la percepción social de las familias donde ocurrió muerte por suicidio se ve transformada (Arroyave, Díaz, Del Toro & Ceballos, 2007; Velásquez, 2013). Así, el estudio del riesgo e intento previo como multiplicador del riesgo, pueden orientar a la prevención de suicidios consumados.

En la revisión de la literatura se observa la necesidad de comprender contextualmente el suicidio a la luz del apego en los adolescentes y sus estrategias de regulación emocional. Si bien es reconocida por la psicología del desarrollo, la importancia del afecto en las vinculaciones tempranas, su relación particular con la conducta suicida ha sido poco explorada y sería necesario reconocer en contexto la cualidad de los estilos de apego entre padres a partir del riesgo actual de suicidio y los intentos suicidas previos, especialmente en la adolescencia. Es importante la comprensión de estos fenómenos sobre todo en adolescentes que se encuentran inmersos en ambientes de vulnerabilidad, desintegración y exclusión social en el territorio colombiano, adolescentes abandonados por sus padres, abandonados por la sociedad. Es posible preguntarse ¿Cómo es su vinculación afectiva, su capacidad de exploración, su seguridad ante el mundo, sus relaciones sociales?

Referente al estudio de la regulación emocional es escaso y variado el reporte bibliográfico sobre su rol en el suicidio, de modo que esta exploración es necesaria en el contexto colombiano para llenar el vacío empírico del manejo de emociones en un adolescente con riesgo e intencionalidad suicida. Es necesario resaltar que los futuros retos en el estudio de la regulación

emocional demuestran que la investigación debe orientarse a la captura de las formas de regulación según el contexto (Aldao, 2013), especialmente en contextos en riesgo en donde los sujetos además de lidiar con condiciones sociales hostiles deben afrontar las adversidades propias del ciclo vital y de sucesos vitales problemáticos. Esto implica mayor esfuerzo para ejercer la regulación sobre sus emociones. Pero también un reto actual estudiar el mantenimiento de las relaciones de apego y la regulación emocional con la conducta suicida, en este punto sería trascendental la exploración longitudinal para determinar la repetición de intentos o persistencia del riesgo (Glazebrook, Townsend & Sayal, 2015; Hulbert, Jennings, Jackson & Chanen, 2011).

Finalmente, el estudio del apego, regulación y suicidio debe motivar a la sociedad, Estado y familia a resguardar a los niños-adolescentes del sufrimiento apoyados las estrategias de regulación más adecuadas a cada situación y proporcionando un vínculo afectivo seguro.

Referencias

- Abeyta, A.A., Routledge, C., Roylance, C. & Wildschut, T. (2015). Attachment-related avoidance and the social and agentic content of nostalgic memories Source of the Document. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32 (3), 406-413.
- Adrian M, Zeman J, Erdley, C, Lisa L, Sim, L. (2015). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for non-suicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol*, 43(2), 369-80. doi: 10.1007/s10802-014-9895-4.
- Ainsworth, Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol*, 30(2), 217-37. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Aldrete-Cortez, V., Carrillo-Mora, P., Mansilla-Olivares, A., Schnaas, L., & Esquivel-Ancona, F. (2014). From emotional and cognitive regulation to self-regulation development in the first year of life. *Anuario de psicología/ The UB Journal of psychology*, 44(2), 199-212.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

- Arroyave, J., Díaz, S., Del Toro, J., & Ceballos, G. (2007). Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Duazary*, 4(2), 112-118.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships*, 7(2), 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Beeney, Stepp, Hallquist, M., Nolf, K. & Pilkonis, P. (2015). Attachment and social cognition in borderline personality disorder: Specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6 (3), 207-215.
- Blalock, D. V., Franzese, A. T., Machell, K. A. & Strauman, T. J. (2015). Attachment style and self-regulation: How our patterns in relationships reflect broader motivational styles. *Personality and Individual Differences*, 87, 90-98.
- Boden, M., Westermann, S., McRae, K., Kuo, J., Álvarez, J., Kulkarni, M. R., & Bonn-Miller, M. (2013). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: A prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(3), 296.
- Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: Associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1287-1293.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3). New York: Basic books.
- Bowlby, J. (1989). *The role of attachment in personality development and psychopathology*.
- Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology S. Greenspan, G. Pollock (Eds.), *The course of life*, International Universities Press, Madison (1989), pp. 229-270
- Bridges, L., Denham, S., & Ganiban, J. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child development*, 75(2), 340-345.
- Cabrera, N. & Álvarez, M. (2009). Prevalencia de Ideación Suicida en Usuarios que Solicitan Servicio Médico o Psicológico en una Clínica-Escuela Universitaria. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (4), 105-120
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York, NY, US: Guilford Press.
- Ceballos, G. (2004). Características de las Personas que Consumaron Suicidio en la Ciudad de Santa Marta (Colombia) Durante el año 2002: Un Informe de Casos. *Duazary*, 1(1), 24-28.
- Cervantes, W. & Melo, E. (2008). El Suicidio en los Adolescentes: Un Problema en Crecimiento. *Duazary*, 2 (5), 148-154.

- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 14(3), 182-187.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644.
- Cortes, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 30, (1), 132-139.
- Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E. & Durán, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 27(1), 33-41.
- Cyprien, F., Courtet, P., Malafosse, A., Maller, J., Meslin, C., Bonafé, A... Artero, S. (2011). Suicidal behavior is Associated with Reduced Corpus Callosum Area. *Biological Psychiatry*, 70 (4), 320-326.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968-980.
- Denham SA., Blair, K., DeMulder E., Levitas J, Sawyer K, Auerbach-Major S, Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence? *Child Development*, 74, 238-256.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. F. Alcan.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*, 75(2), 334-339.
- Everall, R., Bostik, K., & Paulson, B. (2006). Being in the Safety Zone Emotional Experiences of Suicidal Adolescents and Emerging Adults. *Journal of Adolescent Research*, 21(4), 370-392.
- Feeney, J. & Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feeney, J., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of personality and Social Psychology*, 58(2), 281-291.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335.
- Glazebrook, K., Townsend, E., & Sayal, K. (2015). The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide and life-threatening behavior*, 45(6), 664-678.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Attachment interview for adults. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Goldin, P., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), 577-586.
- Goldsmith, H., & Davidson, R. (2004). Disambiguating the components of emotion regulation. *Child Development*, 75(2), 361-365.

- González, R., Ysern, L., Pallás, M., Marqués, C., & Martín, M. (2010). Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(29), 9-26.
- Gottman, J., & Parker, J. (1986). *Conversations of friends: Speculations on affective development*. Cambridge University Press.
- Gratz, K., & Tull, M. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 107-133.
- Grimalt, L., & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations.
- Guzmán, M., & Contreras, P. (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psykhé (Santiago)*, 21(1), 69-82.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Herrera, P. (1999). Principales Factores de Riesgos Psicológicos y Sociales en el Adolescente. *Revista Cubana pediatría*, 71(1), 39-42.
- Hilt, L., Hanson, J., & Pollak, S. (2011). Emotion dysregulation. *Encyclopedia of adolescence*, 3, 160-169.
- Hirshfeld, D., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S., & Rosenbaum, J. (1997). Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 205-213.
- Hofer, M. (2006). Psychobiological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 84-88.
- Hulbert, C., Jennings, T. C., Jackson, H., & Chanen, A. (2011). Attachment style and schema as predictors of social functioning in youth with borderline features. *Personality and Mental Health*, 5(3), 209-221.
- John, O., & Gross, J. (2007). Individual differences in emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*, 351-372.

- Kerr, S., Melley, A., Travea, L., & Pole, M. (2003). The Relationship of Emotional Expression and Experience to Adult Attachment Style. *Individual Differences Research, 1*(2), 108-123.
- Klonsky, E. (2007). Las funciones de la deliberada autolesión.: Una revisión de las pruebas de examen *La psicología clínica, 27* (2), 226-239.
- Kobak, R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development, 59* (1), 135-146.
- Kochanska, G. (2001). Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child development, 72*(2), 474-490.
- Laferté, A., & Laferté, L. (2000). Comportamiento del suicidio en ciudad de la habana. Intervención de Enfermería en la Atención Primaria de Salud. *Revista cubana de enfermería, 16* (2), 78-87.
- Lecannelier, F. (2002). La entrevista de apego de niños Child Attachment Interview-Cai. *Revista Terapia Psicológica, 20*, 53-60.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Lom Ediciones.
- Levi, Y., Weinberg, S., & Nadjar, R. (2011). Santiago: Support groups for suicide survivors: Self-regulation and social support as mediating the effect of recovery. *European Psychiatry, 26*, (1), 1626.
- Lin, J. (2015). The role of attachment style in Facebook use and social capital: evidence from university students and a national sample. *Cyber psychology, Behavior, and Social Networking, 18*(3), 173-180.
- Magai, C., Hunziker, J., Mesias, W., & Culver, L. (2000). Adult attachment styles and emotional biases. *International Journal of Behavioral Development, 24*(3), 301-309.
- Mandal, E., & Zalewska, K. (2012). Style przywiązania, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa i dorosłości, stany psychiczne oraz metody podejmowania prób samobójczych przez kobiety leczone psychiatrycznie. *Psychiatr. Pol, 46*(1), 75-84.
- Mandal, E., & Zalewska, K. (2010). Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, przywiązania estilo, radzenia estilo sobie i strategie autoprezentacji u kobiet podejmujących Proby samobójcze. *Psychiatric Polska, 44* (3), 329-339.
- Marrone, M., Diamond, N., & Juri, L. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Massey, S. H., Compton, M. T., & Kaslow, N. J. (2014). Attachment security and problematic substance use in low-income, suicidal, African American women. *The American Journal on Addictions, 23*(3), 294-299.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus disfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 513-524.

- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). *The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of personality and social psychology*, 83(4), 881.
- Mikulincer, M., Shaver, P., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). El suicidio un evento de salud mental prevenible. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-suicidio,-un-evento-de-salud-mental-prevenible.aspx>
- Moneta, M. (2003). El Apego. Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo. Santiago: Cuatro Vientos.
- Morris, A., Silk, J., Steinberg, L., Myers, S., & Robinson, L. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388.
- Muris, P., Mayer, B., & Meesters, C. (2000). Self-reported attachment style, anxiety, and depression in children. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 28(2), 157-162.
- Najmi, S., Wegner, D., & Nock, M. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1957-1965.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 5, 1-21.
- Okusaga, O., Duncan, E., Langenberg, P., Brundin, L., Fuchs, D., Groer, M., & Friedl, M. (2016). Combined *Toxoplasma gondii* seropositivity and high blood kynurenine-Linked with nonfatal suicidal self-directed violence in patients with schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 72, 74-81.
- Olhaverri, M., Zapata, J., Escobar, M., Mena, C., Farkas, C., Santelices, M. & Krause, M. (2014). Antenatal depression and its relationship with problem-solving strategies, childhood abuse, social support, and attachment styles in a low-income Chilean sample. *Mental Health & Prevention*, 2(3), 86-97.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1976). El suicidio y los intentos de suicidio. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO_PHP_58_\(part1\)_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO_PHP_58_(part1)_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1996). Informe Mundial sobre Violencia. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Recuperado

- de Informe Mundial Sobre Violencia y Salud. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Ozouni, R., Valizadehb, S. & Nikam, M. (2010). The relationship between attachment styles and suicide ideation: the study of Turkmen students, Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1190–1194.
- Palitsky, D., Mota, N., Afiti, T., Downs, C. & Sareen, J. (2013). The Association between Adult Attachment Style, Mental Disorders, and Suicidality: Findings from a Population-Based Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (7), 579-586.
- Pascual, P., Villena, A., Morena, S., Téllez, J. & López, C. (2005). El paciente suicida. *Guías clínicas*, 5 (38), 1-3.
- Pérez, Ó., Piernagorda, D., & Rengifo, Á. (2010). Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío-Colombia, entre 1989 y 2008. *Pensamiento psicológico*, 8(15), 9-16.
- Perez, S. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2011-2016.
- Pierucci, N., & Luna, B. (2014). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2), 215-225.
- Pishva, N., & Ali Besharat, M. (2011). Relationship Attachment Styles with Positive and Negative Perfectionism. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 402-406.
- Rice, T., & Sher, L. (2013). Neuroendocrinology of emotion regulation and suicide risk in adolescents. *Neuropsychiatry*, 3(6), 551-554.
- Sheftall, A., Mathias, C., Furr, R., & Dougherty, D. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & human development*, 15(4), 368-383.
- Shelef, L., Fruchter, E., Hassidim, A., & Zalsman, G. (2015). Emotional regulation of mental pain as moderator of suicidal ideation in military settings. *European Psychiatry*, 30(6), 765-769.
- Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- Simpson, J. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 971.
- Sroufe L. (2003). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-67.
- Sroufe, A. Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Suárez-Colorado, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 182 - 200. Pérez, I. (2010). Trastornos Emocionales en la Adolescencia.

- Revista Digital Transversalidad Educativa, 31. Recuperado de http://www.enfoqueseducativos.es/transversalidad/transversalidad_31.pdf#page=135
- Tavakolizadeh, J., Tabari, J. & Akbari, A. (2015). Academic Self-efficacy: Predictive Role of Attachment Styles and Meta-Cognitive Skills. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171 (16), 113-120.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.
- Thompson, R., & Calkins, S. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(01), 163-182.
- Thompson, R., & Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, 38-58.
- Thompson, R., & Goodvin, R. (2007). Taming the tempest in the teapot. *Socioemotional development in the toddler years: Transitions and transformations*, 320-341.
- Thompson, R., & Lagattuta, K. (2006). Feeling and understanding: Early emotional development. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 317-337). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Thompson, R., Flood, M. & Lundquist L. (1995). Emotional regulation: Its relations to attachment and developmental psychopathology. In: Dante C, Sheree E, Toth L, editors. *Emotion, cognition, and representation. Rochester symposium on developmental psychopathology. Vol. 6.* Rochester, NY: University of Rochester Press; pp. 261–299.
- Ürün, Ö., Yildirim, E., & Erkoç, Ş. (2015). Relationship of suicidal ideation and behavior to attachment style in patients with major depression. *Arch Neuropsychiatr*, DOI: 10.5152/npa.2015.7459
- Voon, D., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Cambio en el uso de estrategias de regulación emocional y su impacto en los adolescentes no suicidas autolesión: Un análisis longitudinal de tres años el uso de modelos de crecimiento latente. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (3), 487.
- Wang, L., Zhang, X., Jia, L., Hu, S., Zhao, J., Yang, J., ... & Wang, R. (2014). C-Myc-mediated epigenetic silencing of MicroRNA-101 contributes to dysregulation of multiple pathways in hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 59(5), 1850-1863.
- Wiltgen, A., Adler, H., Smith, R., Rufino, K., Frazier, C., Shepard, C., Booker, K... & Fowler, C. (2015). Attachment insecurity and obsessive-compulsive personality disorder among inpatients with serious mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 174 (15), 411-415.
- Zelazo, P., & Cunningham, W. (2007). Executive Function: Mechanisms Underlying Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 135-158). New York, NY, US: Guilford Press.