ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Tema:

DESREGULACIÓN EMOCIONAL E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ECUADOR

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica

Línea de Investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autora:

Estefanía Monserrath Serna Villarreal

Director:

Mg. Paul Marlon Mayorga Lascano

Ambato – Ecuador

Julio 2026

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **ESTEFANÍA MONSERRATH SERNA VILLARREAL**, con cédula de ciudadanía **1804508826**, autor del trabajo de graduación titulado: "DESREGULACIÓN EMOCIONAL E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ECUADOR", previa a la obtención del título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **SALUD Y BIENESTAR**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, julio 2026



Estefanía Monserrath Serna Villarreal

CC. 1804508826

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

DESREGULACIÓN EMOCIONAL E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ECUADOR

Línea de Investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autora:

Estefanía Monserrath Serna Villarreal

Paul Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg. f._____

CC. 1801199868

CALIFICADOR

Iveth Alejandra Morales Buitrón, Psc. Cl. Mg. f._____

CALIFICADOR

Freddy Patricio Mayorga Valle, Dr. Esp. f._____

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Diego Gonzalo Coca Chanalatan, Dr. Mg. f._____

PROSECRETARIO PUCE AMBATO

PUCE | AMBATO
PROSECRETARÍA

Ambato – Ecuador

Julio 2026

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, por ser el sostén que me permitió llegar hasta este momento. Su amor y compresión hicieron posible cada paso de este camino, incluso en los días en los que avanzar parecía difícil.

A mi papá, porque su confianza me impulsó a iniciar este sueño. Su apoyo y amor incondicional me dieron la oportunidad de alcanzarlo. Por eso, este logro también le pertenece.

A mi Makki, por acompañarme con cariño y hacer más cálidos tantos momentos de este proceso.

A quienes, desde la amistad sincera, fueron alegría, apoyo y compañía durante esta etapa.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ambato, y a la Carrera de Psicología Clínica, por la formación recibida durante estos años y por los espacios académicos que contribuyeron a mi crecimiento personal y profesional.

Agradezco especialmente al Dr. Marlon Mayorga Lascano, por su disposición para guiarme en este proceso y por brindarme la oportunidad de participar en sus proyectos. Sus conocimientos compartidos durante mi formación han sido invaluables.

A mis profesores, por las enseñanzas impartidas con vocación y por haber sido parte fundamental de mi formación. En especial, agradezco a Lucía Almeida, Víctor Cuadrado y Alejandra Peñaherrera, quienes, además de su compromiso con la labor docente, me demostraron comprensión y empatía cuando lo necesité. De igual manera, agradezco a Santiago Poveda por compartir sus conocimientos con el genuino interés de formarnos desde una visión humana, ética y respetuosa de la psicología.

A Paula López, por su amistad y guía a lo largo de esta etapa; por brindarme un espacio de aprendizaje y por la paciencia con la que siempre me ayudó a dar perspectiva a mis preocupaciones.

Agradezco a todas las personas que contribuyeron a la culminación de este trabajo y acompañaron este proceso académico.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en una muestra de estudiantes universitarios del Ecuador, debido a la necesidad de analizar factores psicológicos que permitan comprender la presencia de ideación suicida en esta población. El estudio se desarrolló desde el paradigma postpositivista, mediante un diseño no experimental, con modalidad cuantitativa, alcance descriptivo-correlacional, corte transversal y muestreo no probabilístico por conveniencia, con criterios de inclusión.

Para la recolección de datos se aplicaron los instrumentos *16-item Difficulties in Emotional Regulation Scale* (*DERS- 16*) y el *Paykel Suicide Scale* (*PSS*). La muestra estuvo conformada por 300 estudiantes universitarios. Los resultados mostraron que, en promedio, los participantes presentaron un nivel bajo a moderado de dificultades de regulación emocional (M = 39.67), siendo la baja conciencia y claridad emocional la dimensión con mayor puntuación (Mp = 2.72). Además, los estudiantes reportaron, en promedio, bajo riesgo suicida (M = 4.18).

El análisis estadístico mostró una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre la desregulación emocional y la ideación suicida (ρ = .415; p < .001), por lo que se confirmó la hipótesis alternativa. También se determinó que las dificultades en la regulación emocional explican el 18.6% de la varianza de la ideación suicida. En este sentido, el acceso limitado a estrategias de regulación emocional y la baja conciencia y claridad emocional, fueron las dimensiones con mayor aporte predictivo (19.2%) sobre la ideación suicida en la muestra.

Palabras clave: Desregulación emocional, ideación suicida, riesgo suicida, universitarios.

ABSTRACT

The present study aimed to establish the relationship between emotional dysregulation and suicidal ideation in a sample of university students in Ecuador, due to the need to analyze psychological factors that may contribute to understanding the presence of suicidal ideation in this population. The study was conducted within a post-positivist paradigm, using a non-experimental design, a quantitative approach, a descriptive-correlational scope, a cross-sectional design, and non-probabilistic convenience sampling with inclusion criteria.

For data collection, the 16-item Difficulties in Emotional Regulation Scale (*DERS-16*) and the Paykel Suicide Scale (*PSS*) were administered. The sample consisted of 300 university students. The results showed that, on average, participants presented a low to moderate level of difficulties in emotional regulation (M = 39.67), with low emotional awareness and clarity being the dimension with the highest score (Mp = 2.72). In addition, students reported, on average, low suicidal risk (M = 4.18).

The statistical analysis showed a moderate, positive, and statistically significant correlation between emotional dysregulation and suicidal ideation (ρ = .415; p < .001); therefore, the alternative hypothesis was confirmed. It was also determined that difficulties in emotional regulation explained 18.6% of the variance in suicidal ideation. In this regard, limited access to emotional regulation strategies and low emotional awareness and clarity were the dimensions with the greatest predictive contribution (19.2%) to suicidal ideation in the sample.

Keywords: emotional dysregulation, suicidal ideation, suicidal risk, university students.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO iii
DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO v
RESUMEN vi
ABSTRACT vii
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA 8
1.1. Regulación emocional 8
1.2. Desregulación emocional 9
1.3. Suicidio 21
1.4. Conducta autolesiva no suicida 24
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO 29
2.1. Diseño metodológico 29
2.2. Técnicas e instrumentos de evaluación 32
2.3. Población, muestra y muestreo 36
2.4. Procedimiento y análisis de datos 41
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 43
3.1. Análisis de normalidad 43
3.2. Análisis descriptivo de las variables 43
3.3. Análisis correlacional 46
3.4. Análisis de predictibilidad 47
CONCLUSIONES 50
RECOMENDACIONES 52
BIBLIOGRAFÍA 53
ANEXOS 66

INTRODUCCIÓN

A partir del proyecto de investigación “Predictores cognitivos y emocionales de la salud mental positiva y negativa en población universitaria del Ecuador”, desarrollado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ambato, cuyo objetivo general es analizar la dinámica psicoemocional de los estudiantes a nivel nacional. En este caso, la investigación se centra en la desregulación emocional y la ideación suicida y se limita a 300 estudiantes de pregrado de universidades públicas y privadas.

La etapa universitaria constituye un periodo de transformaciones personales, sociales y académicas, que pueden incrementar la vulnerabilidad psicológica. Este período suele vivirse con expectativas, ansiedad, dudas e incertidumbre frente a los diferentes retos que presenta (Xiong et al., 2025). Para algunos estudiantes, supone un cambio de la dependencia familiar hacia la autonomía; para otros, el distanciamiento de sus pares o cambios en sus redes sociales y de apoyo, mientras enfrentan nuevas demandas sociales y académicas (Richardson, Long, Goodfellow, Milicev, & Gardani, 202h4).

El entorno universitario puede fomentar competitividad en los estudiantes, lo que en ocasiones genera altos niveles de autoexigencia, carga de trabajo excesiva, y relaciones alumno-docente poco satisfactorias (Crispim et al., 2021). Estos elementos exponen a los jóvenes adultos a diversos estresores que pueden originar sentimientos de soledad, ansiedad y depresión, contribuyendo a una mayor prevalencia de deterioro de su salud mental en esta población (Xiong et al., 2025).

En España, una amplia evidencia investigativa ha identificado un deterioro en la calidad de vida y la salud mental de los estudiantes universitarios, reconociendo sintomatología como dificultades de sueño, abulia y problemas socioafectivos asociada a ansiedad y depresión. El estudio de Antón-Ruiz, Sánchez-Romero, Cuevas-Caravaca, Bernabé y López-Navas (2025) realizado con un total de 242 estudiantes universitarios, en el que utilizaron escalas de depresión, estrés y

ansiedad, reportó niveles moderados en estas dimensiones, a excepción de la ansiedad, que se ubicó en un nivel severo.

En este contexto, Cuevas-Caravaca, Sánchez-Romero y Antón-Ruiz (2024), en un estudio con 606 estudiantes universitarios, reportaron niveles altos de burnout académico. Estos hallazgos son consistentes con lo informado por el Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad (2023) en un estudio realizado con una muestra que representó al 3.5% de los estudiantes matriculados en el sistema universitario español en 2022, en el que se identificó la presencia de síntomas depresivos y ansiedad moderada o grave en uno de cada dos estudiantes, mientras que la ideación suicida y el insomnio grave se encontraron en uno de cada cinco.

En América del Sur, se han reportado hallazgos similares en cuanto a salud mental en estudiantes universitarios. En Chile, la investigación realizada por Martínez-Líbano et al. (2023) en una muestra de 1062 estudiantes universitarios, estableció una alta prevalencia de problemas de salud mental, caracterizados por ansiedad, depresión, consumo de alcohol problemático y de marihuana. Reportando además el consumo diario de antidepresivos y ansiolíticos en una significativa parte de la muestra.

La revisión bibliográfica de Martínez, Jiménez, Martínez, Mac-Ginty, y Rojas (2021) sobre prevalencia de síntomas psicológicos en estudiantes universitarios en Chile, obtuvo resultados similares, e identificó al sexo femenino como factor asociado a mayor prevalencia de afectación psicológica. En Perú, el estudio realizado por Vinaccia y Ortega (2020) con una muestra de 6224 estudiantes y en Colombia, la investigación realizada por Paricahua-Peralta et al. (2024) con 307 participantes han obtenido similares resultados en cuanto a la situación de salud mental que atraviesan los universitarios, incluyendo la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés.

En Ecuador, la evidencia muestra una tendencia similar. La investigación realizada por Moreta-Herrera, Zambrano-Estrella, Sánchez-Vélez y Naranjo-Vaca (2021), realizada con 444 estudiantes universitarios, encontró que el malestar psicológico

incluye disfunción social, somatización, insomnio y sintomatología ansiosa. Mientras que la investigación realizada por Mena-Freire, Moreta-Herrera, y Ruíz-Olarte (2023), con una muestra de 476 estudiantes, reportó una percepción de salud mental moderada baja, siendo la disfunción social y la ansiedad la sintomatología con mayor presencia.

El sufrimiento psicológico en este grupo puede dar lugar a conductas suicidas, entre ellas la ideación. Beck, Steer, y Ranieri (1988) definen a la ideación suicida como aquellas producciones cognitivas y emocionales caracterizadas por pensamientos, rumiaciones, ideas y deseos de quitarse la vida. Esta puede presentarse en varias psicopatologías o aparecer en situaciones de malestar psicológico asociado a situaciones estresantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Desde una perspectiva global, el metaanálisis sobre la prevalencia de conductas suicidas en estudiantes universitarios desarrollado por Crispim et al. (2021), que incluyó publicaciones sin restricción geográfica, reporta una variación en la prevalencia de la ideación suicida entre 9.7% y el 58.3%, y del intento autolítico entre 0.7% y 14.7%. La prevalencia fue mayor en mujeres, en los estudios con estratificación por sexo, tanto para ideación suicida como para intento. La investigación señala como factores asociados a la ideación suicida la orientación sexual, los antecedentes familiares de intentos de suicidio, y la sintomatología depresiva.

El estudio de Akram et al. (2020), desarrollado con una muestra de 1273 estudiantes universitarios de Reino Unido, reporta un alto riesgo de conductas suicidas en los participantes, donde la ideación suicida representa un 42.2% de la muestra. Estas conductas están asociadas a sintomatología depresiva, manía, psicosis y estrés. Por otra parte, un estudio descriptivo desarrollado en Bangladesh por Mamun, Rayhan, Akter, y Griffiths (2022) en una muestra de 665 estudiantes universitarios reporta una prevalencia de ideación suicida elevada al compararla con otros estudios internacionales.

La investigación latinoamericana muestra una problemática similar. En Brasil, de Sousa et al. (2022) reportaron una prevalencia de ideación suicida del 26.33% en una muestra de 251 estudiantes universitarios y establecieron que los participantes con sintomatología depresiva presentaban una probabilidad 2.6 veces mayor de presentar ideación suicida. En México, Hernández-Quintero y Santana-Campas (2024) identificaron riesgo alto de ideación suicida en el 14.1% de una muestra compuesta por 319 estudiantes universitarios y riesgo moderado en más de la mitad de los participantes, además de baja autoestima, desesperanza, incapacidad para enfrentar emociones, soledad y aislamiento.

En Ecuador la problemática es comparable. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2025), en 2024 el suicido representó el 5.5% de las causas de muerte de adultos jóvenes. En el ámbito universitario, Torres et al. (2017), en una muestra de 1092 estudiantes, encontraron una prevalencia de riesgo suicida del 13.1%. Resultados similares fueron reportados por Moreta-Herrera et al. (2026) en una investigación con 618 participantes, identificando que el 10.5% presentó riesgo asociado a la ideación suicida.

A partir de estas investigaciones, y considerando que el suicidio y la ideación suicida son fenómenos complejos y multifactoriales, resulta pertinente analizar los factores emocionales subyacentes. En este sentido, la desregulación emocional se ha considerado como un factor relevante, dada su relación con la ideación suicida y su presencia en la población universitaria.

La desregulación emocional se define como un producto de sesgos automáticos, errores en la selección y mantenimiento de estrategias, y alteraciones en el control inhibitorio (Gotlib & Joormann, 2010). Estos procesos dificultan la desconexión de estímulos negativos y la regulación emocional, ya que tanto pensamientos como respuestas automáticas impulsivas y no deseadas se mantienen (Blader, Garrett, & Pliszka, 2025; Teachman, Joormann, Steinman, & Gotlib, 2012). Por otra parte, la ideación suicida se define como pensamientos o ideas acerca de la posibilidad de acabar con la propia vida, que pueden incluir desde pensar que se estaría mejor

muerto hasta la formulación de planes elaborados y complejos (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En este sentido, diversos estudios han evidenciado una relación tanto directa como indirecta entre la desregulación emocional y la ideación suicida. La investigación desarrollada por Al-Dajani, Uliaszek, y Hamdullahpur (2019) con 101 participantes adultos, analiza la ideación suicida en base a la funcionalidad que el individuo le da al suicido y su relación con la desregulación emocional. Encontraron que la idea de la función del suicidio como una vía de escape y la desregulación emocional, predicen la aparición de ideación suicida posterior.

El estudio desarrollado en Canadá por Zeifman, Antony, y Kuo (2020) con una muestra de 130 estudiantes universitarios, analiza la desregulación emocional como nexo entre el perfeccionismo y la ideación suicida. Estableciendo que dos componentes de la desregulación emocional, la claridad emocional y el acceso a estrategias de regulación emocional, explicaban la relación entre las preocupaciones perfeccionistas y la ideación suicida.

La investigación realizada por Miranda, Tsypes, Gallagher, y Rajappa (2013) en Estados Unidos, con una muestra de 32 adultos tempranos sin antecedentes de intentos autolíticos y 111 con intentos suicidas previos, analizó la desregulación emocional y su relación con la ideación suicida a través de sus efectos sobre la rumiación y la desesperanza. Los hallazgos evidencian que la percepción de incapacidad para acceder a estrategias de regulación emocional incrementa la vulnerabilidad a la ideación suicida, mediada por la rumiación y la desesperanza.

En síntesis, la etapa universitaria conlleva una serie de transformaciones personales, sociales y académicas que incrementan la exposición a estresores, configurando un escenario de vulnerabilidad psicológica. Cuando las exigencias del entorno superan los recursos de afrontamiento disponibles, emergen dificultades en la regulación emocional, manifestadas en la persistencia de estados emocionales negativos, sesgos cognitivos y patrones conductuales desadaptativos que afectan el funcionamiento integral del estudiante.

En observaciones no sistematizadas, en el contexto ecuatoriano, estas dificultades se vinculan con problemáticas más complejas de salud mental. La presencia de desesperanza, aislamiento y percepción de ineficacia frente a las demandas contribuye a intensificar el malestar psicológico, estableciendo condiciones en las que la ideación suicida puede llegar a manifestarse como expresión del sufrimiento.

En este sentido, resulta pertinente analizar cómo se relacionan estas variables en la población universitaria. De esta manera, se plantea el siguiente problema científico: ¿Cuál es la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en una muestra de estudiantes universitarios del Ecuador?, de este se deriva la hipótesis de que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes universitarios.

En respuesta a esta problemática, el objetivo de esta investigación es establecer la relación entre la desregulación emocional e ideación suicida en una muestra de estudiantes universitarios del Ecuador, para lo cual se requiere: a) fundamentar teóricamente la desregulación emocional y la ideación suicida; b) evaluar las dificultades en la regulación emocional y la conducta suicida en la muestra estimada; y c) realizar un estudio estadístico de tipo correlacional sobre la ideación suicida y la desregulación emocional en estudiantes universitarios del Ecuador.

En concordancia con los objetivos planteados, el presente estudio utiliza un enfoque de tipo cuantitativo, con diseño no experimental y alcance descriptivo, correlacional, de corte transversal. Las evaluaciones se realizaron a través de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional de 16 ítems y la Escala Paykel de Suicidio.

El propósito de este estudio es comprender la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes universitarios, considerando que se trata de una problemática relevante en la salud mental de esta población. El análisis de estas variables permite profundizar en factores psicológicos asociados al

malestar emocional, aportando evidencia que contribuya a la comprensión del fenómeno en el contexto académico.

En cuanto a su factibilidad, el estudio es viable debido a la disponibilidad de información teórica y empírica actualizada sobre las variables de interés. Además, se cuenta con el acompañamiento y asesoramiento del tutor académico durante el proceso investigativo. También, el nivel de formación académica del autor resulta pertinente para el desarrollo adecuado del estudio, garantizando el manejo conceptual y metodológico requerido.

Finalmente, la investigación ofrece beneficios en el ámbito del conocimiento científico, ya que permitirá generar evidencia empírica sobre la relación entre desregulación emocional e ideación suicida en estudiantes universitarios del Ecuador. Esto contribuye al fortalecimiento del cuerpo teórico y puede servir como base para futuras investigaciones orientadas a la comprensión de la salud mental en contextos universitarios.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Regulación emocional

La regulación emocional se refiere a los esfuerzos que realiza una persona para influir en qué emociones experimenta, cuándo las experimenta y cómo las expresa o las vivencia internamente (Gross, 2015). Representa la capacidad de influir en la trayectoria emocional desencadenada por situaciones relevantes, sean positivas o negativas, de modo que el estado emocional no interfiera con la toma de decisiones conscientes y permita una respuesta adaptativa según las necesidades personales (Haro & Mayorga, 2024). Entonces, la emoción se define como un fenómeno susceptible de modulación voluntaria, en donde la persona es un ente activo sobre su curso y expresión.

Este fenómeno constituye un proceso en constante cambio, que permite ajustar la respuesta emocional a medida que avanza la experiencia. Durante este proceso, las personas seleccionan diferentes estrategias reguladoras, cuyos efectos específicos varían. La capacidad de elegir entre estas estrategias según el contexto y las necesidades es la clave de una gestión emocional más precisa (Gómez, 2025). Por tanto, no basta con contar con un repertorio de estrategias de regulación, sino que es necesario utilizarlas de forma flexible para una regulación eficaz de la emoción.

En este sentido, dicha capacidad de elección y ajuste no es recurso aislado, sino que forma parte de un conjunto competencias emocionales, entendidas como capacidades, habilidades y actitudes, que conforman la regulación emocional, y permiten gestionar las emociones de forma adecuada, favoreciendo la adaptación al entorno y facilitando el afrontamiento de diversas situaciones de la vida (Bisquerra & Pérez, 2007). Desde este enfoque, la regulación emocional se organiza en diversas competencias que se describen a continuación:

- Conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento: se refiere a reconocer que existe una relación bidireccional entre estos

componentes y que ambos pueden ser modulados mediante procesos cognitivos.

- Expresión emocional: alude a la capacidad de manifestar las emociones de forma adecuada. Implica la compresión de que la experiencia emocional interna no siempre coincide con su expresión externa, y el reconocimiento de que la expresión emocional propia impacta en los demás.
- Regulación emocional: se refiere a la capacidad para modular los propios estados emocionales. Incluyendo la regulación de la impulsividad, la tolerancia a la frustración, la perseverancia en el logro de objetivos y la habilidad para postergar recompensas inmediatas en favor de objetivos a largo plazo.
- Habilidades de afrontamiento: implica el uso de estrategias de autorregulación para gestionar emociones negativas, modulando su intensidad y duración.
- Competencia para generar emociones positivas: implica la capacidad para experimentar de forma voluntaria estados emocionales positivos y gestionar la percepción subjetiva de bienestar.

La regulación emocional implica un conjunto de competencias que permiten comprender, expresar y modular los estados emocionales, además de afrontar el malestar y generar experiencias positivas, lo que favorece respuestas adaptativas ante las demandas del entorno. En el polo opuesto, las dificultades en estas habilidades pueden dar lugar a una gestión ineficaz de las respuestas afectivas conocida como desregulación emocional.

1.2. Desregulación emocional

La desregulación emocional se define como la dificultad persistente para manejar, modular o responder adecuadamente a la angustia emocional, lo que afecta de manera significativa el funcionamiento adaptativo de la persona (Gratz & Roemer, 2004). Este fenómeno implica la falta de conciencia y comprensión emocional, que conlleva experiencias y expresiones emocionales excesivas, repercutiendo

negativamente en la conducta de la persona y sus relaciones interpersonales (Moriarty, Gaynor, Koş, & Inozu, 2025).

La literatura identifica dos enfoques principales para conceptualizar la desregulación emocional, el primero la describe desde la hiperreactividad emocional, que implica respuestas afectivas intensas y excesivas, y un retorno lento a la línea de base. El segundo enfoque la entiende como la ausencia de estrategias de regulación emocional, es decir, la dificultad está en las respuestas a las emociones, más que en la cualidad de las emociones generadas (Blay et al., 2024). En conjunto, estos enfoques permiten comprender la desregulación emocional como una alteración tanto en el modo en que se experimentan las emociones como en la manera en que responden y se modulan.

Sin embargo, la desregulación emocional no solo implica ausencia de estrategias para la gestión emocional. Desde el enfoque clínico, son tres las vías por las cuales le desregulación emocional se manifiesta (Hervás, 2011):

- La desregulación por déficit de activación se presenta cuando la persona, a pesar de experimentar malestar, no ejecuta estrategias de regulación, manteniéndose pasiva, lo cual suele observarse en la depresión.
- La desregulación por déficit de eficacia ocurre cuando el individuo intenta modular sus emociones, pero las estrategias que usa no tienen éxito en la reducción del malestar. Esto se explica por un procesamiento emocional deficiente, como falta de identificación de las emociones o de aceptación afectiva, lo que limita la efectividad al elegir herramientas.
- La desregulación por uso de estrategias disfuncionales implica que las herramientas seleccionadas para regular la emoción resultan contraproducentes. Estrategias como la evitación, la supresión o el rechazo emocional pueden aumentar el malestar. Además, existen conductas que pueden reducir o eliminar el malestar a corto plazo, pero pueden tener consecuencias desadaptativas a largo plazo, como las autolesiones o el consumo de sustancias.

Esta clasificación permite comprender que la desregulación emocional no solo se genera por ausencia de estrategias, sino que también por la ineficacia de estas o por sus efectos desadaptativos. Esto resulta relevante en el ámbito clínico porque resalta la importancia de no solo poseer estrategias regulatorias, sino de considerar su adecuación, flexibilidad y eficacia en el contexto.

1.2.1 Modelos explicativos de desregulación emocional

La desregulación emocional ha sido explicada desde distintos modelos teóricos, entre los cuales destacan:

Modelo neurobiológico

Desde una perspectiva neurobiológica, la desregulación emocional constituye un mecanismo transdiagnóstico asociado a alteraciones en la interacción entre sistemas de control cognitivo, especialmente estructuras prefrontales asociadas a los procesos *top-down* y estructuras límbicas responsables de la reactividad emocional (Blay et al., 2024). En este sentido, la desregulación emocional se define como la incapacidad de modificar un estado emocional de manera que favorezca la acción orientada a metas o la inhibición de conductas desadaptativas, como consecuencia de alteraciones en el funcionamiento de dichas estructuras.

Este fenómeno se caracteriza por la hiperactivación autonómica, es decir, la elevación extrema del tono simpático que compromete la funcionalidad de la corteza prefrontal. Esta inhibición causa una especie de fricción fisiológica que bloquea el control cognitivo *top-down*, lo que impide la regulación afectiva y haciendo que la persona dependa de reacciones instintivas en lugar de estrategias complejas (Phillips, Ladouceur, & Drevets, 2008).

En este marco, la desregulación emocional implica dificultades para generar respuestas afectivas ajustadas a las demandas del entorno como consecuencia de la disfunción en los mecanismos neurofisiológicos que permiten procesos de control ejecutivo.

Modelo biosocial

El modelo biosocial de Linehan propone que la desregulación emocional surge de la interacción entre la vulnerabilidad biológica temperamental y un ambiente invalidante que castiga la expresión emocional (Bemmouna & Weiner, 2023). La vulnerabilidad se caracteriza por tres componentes principales: alta sensibilidad emocional, gran intensidad en las respuestas afectivas y lento retorno a la línea base. Por sí sola, esta vulnerabilidad no es patológica; sin embargo, se convierte en desregulación cuando el entorno invalida las experiencias (Huntjens et al., 2025). Este modelo que se planteó inicialmente para los trastornos de personalidad límite se ha extendido a otros como el del espectro autista (Bemmouna & Weiner, 2023).

Desde esta perspectiva la desregulación emocional se entiende como una interacción entre factores biológicos y contextuales que influyen negativamente en el desarrollo de competencias de regulación emocional. Además, permite comprender la necesidad de orientar intervenciones hacia el entrenamiento de habilidades en conjunto con la validación de la experiencia emocional.

Modelo de proceso extendido

El modelo de proceso extendido concibe a la regulación emocional como un ciclo que inicia con la identificación de una diferencia entre el estado emocional deseado y el estado actual, lo que permite determinar si la emoción generada requiere intervención. Posteriormente, el proceso continúa con la selección de estrategias reguladoras; y culmina con ejecución de las dichas estrategias (Blay et al., 2024; Gross, 2015). Además, este modelo plantea que las emociones son procesos dinámicos con secuencia temporal, por lo que pueden ser moduladas en distintos puntos del ciclo emocional.

Desde esta perspectiva, la desregulación emocional se presenta como un error en alguna de las etapas del ciclo de modulación de la emoción (Gross, 2015):

- Fallos en la etapa de identificación: se refiere a la dificultad pare reconocer o evaluar si la emoción necesita regulación. Implica una alteración de la conciencia emocional, errores en la valoración de la emoción, y la presencia de inercia conductual que dificulta activar estrategias de regulación.
- Fallos en la etapa de selección: ocurren cuando las estrategias de regulación que se eligen son inadecuadas. Un repertorio limitado de estrategias, priorizar el alivio inmediato en lugar de las consecuencias a largo plazo pueden generar este tipo de fallos.
- Fallos en la etapa de implementación: implica una elección adecuada de la estrategia; sin embargo, la ejecución es ineficaz o la adaptación de la estrategia a la situación concreta es inadecuada.
- Fallos en la dinámica del proceso: se presentan cuando ocurren problemas para mantener la estrategia a lo largo del tiempo, para cambiarla si no es efectiva o cuando se mantiene la regulación de forma innecesaria generando desgaste.

Este modelo permite entender a la desregulación emocional como un fenómeno que no depende de una sola dificultad, sino que puede generarse en varios puntos del ciclo regulatorio, con lo cual un fallo en cualquiera de las etapas puede alterar el resultado final.

Modelo de procesamiento de la información

Los modelos de procesamiento de la información conceptualizan a la desregulación emocional como el resultado de sesgos automáticos, errores en la selección y seguimiento de estrategias, y alteraciones en el control inhibitorio. Los sesgos atencionales y de memoria dificultan la desconexión de estímulos negativos o amenazantes, lo que mantiene los estados emocionales negativos (Teachman et al., 2012). Por otra parte, un déficit en el control inhibitorio interfiere en la selección o mantenimiento de estrategias adaptativas de regulación, ya que tanto pensamientos como respuestas automáticas, impulsivas y no deseadas se mantienen (Blader et al., 2025).

Desde esta perspectiva, la desregulación emocional es más que la intensidad de las emociones experimentadas, se entiende como un error o alteración en cómo se procesa, filtra y modula la información emocional.

Desregulación emocional desde modelos transdiagnósticos

Desde los modelos transdiagnósticos, la desregulación emoción se entiende como un proceso subyacente común, transversal a las clasificaciones diagnósticas tradicionales, presentándose como un factor significativo en el desarrollo y persistencia de diversos trastornos psicopatológicos (Moriarty et al., 2025). En este sentido, se considera como un factor de vulnerabilidad en trastornos de ansiedad, depresión, adicciones, los trastornos de conducta alimentaria y diversos trastornos de personalidad (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Sloan et al., 2017).

En este marco, la desregulación emocional no se entiende como un síntoma aislado, sino como un mecanismo de riesgo que explica la aparición, mantenimiento y comorbilidad de distintas alteraciones clínicas. Se estima que hasta un 85% de los individuos con trastornos mentales presenta dificultades en la gestión emocional (Dvir, Ford, Hill, & Frazier, 2014). En este sentido, el modelo pone el foco en la alteración o dificultad en los procesos de regulación y no en la emoción, para dar explicación a la comorbilidad y la transición entre diferentes psicopatologías.

Los modelos transdiagnósticos proponen una diferenciación dimensional para clasificar la desregulación emocional en las distintas psicopatologías. La subregulación emocional, que se caracteriza por impulsividad y explosiones de ira, y es común a trastornos externalizantes como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno bipolar y los trastornos por consumo de sustancias. Por su parte, la sobrerregulación emocional, implica supresión afectiva, inhibición y desconexión emocional, y se asocia a trastornos internalizantes como los trastornos de ansiedad, anorexia nerviosa y los trastornos del espectro autista (Durpoix et al., 2026).

Bajo este enfoque la desregulación emocional se explica como un mecanismo central y transversal a distintas psicopatologías, explicando su aparición, mantenimiento y comorbilidad.

1.2.2 Factores de riesgo

El desarrollo desregulación emocional es multifactorial, aquellos factores que forman parte de la vulnerabilidad base con la que la persona se desenvuelve en su entorno conforman la vulnerabilidad biológica (Bemmouna & Weiner, 2023; Crowell et al., 2009).

La vulnerabilidad biológica implica tres disfunciones en el sistema emocional que incluye: la hipersensibilidad emocional, entendida como un umbral bajo para las reacciones emocionales, por el cual la persona identifica con mayor facilidad estímulos emocionales significativos en el ambiente; la hiperreactividad, definida como una respuesta emocional intensa, caracterizada por cambios rápidos y desproporcionados en relación al estímulo; y el retorno lento a la línea base, que implica respuestas emocionales de larga duración, lo que dificulta retorno al estado de calma (Bemmouna & Weiner, 2023; Musser, Zalewski, Stepp, & Lewis, 2018). Estas disfunciones estructuran un perfil de desregulación emocional caracterizado por mayor sensibilidad, intensidad y duración de las reacciones emocionales.

Además, la vulnerabilidad biológica implica disfunciones en sistemas neuronales como: la disfunción frontolímbica, asociada a una interacción inadecuada entre la amígdala y las regiones prefrontales; el sistema de control de impulsos, en el que se ven afectadas estructuras mesolímbicas y mesocorticales; y deficiencias en neurotransmisores. Por otra parte, también debe considerarse factores genéticos y hereditarios como la heredabilidad de la impulsividad y rasgos asociados a la sensibilidad emocional (Crowell et al., 2009).

Algunas condiciones del neurodesarrollo como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y ciertas características del autismo como la sensibilidad sensorial y

la inflexibilidad cognitiva serían determinantes que dificultan la regulación emocional (Bemmouna & Weiner, 2023)

Considerando los procesos cognitivos, la rumiación emocional incrementa la intensidad y duración del sufrimiento, generando una recursividad en la que los pensamientos negativos alimentan a las emociones displacenteras y viceversa. Adicional a esto, la inercia psicológica, lleva a la persona a responder de forma habituales, aunque la respuesta sea desadaptativa (Gross, 2015; Weissman et al., 2019). Una baja eficacia en la regulación emocional reduce la motivación para intentar gestionar los estados emocionales, al percibirse como incapaz de lograrlo. De igual forma, intentar suprimir u ocultar la expresión emocional puede tener un efecto paradójico, generando malestar psicológico y fisiológico (Gross, 2015; Weissman et al., 2019)

De esta manera, los factores ambientales y psicosociales aumentan el riesgo de presentar problemas de regulación emocional. El maltrato infantil sea en forma de abuso emocional, físico o sexual y la negligencia, son factores predictores significativos, ya que impiden la adquisición de habilidades de regulación (Dvir et al., 2014; Weissman et al., 2019). Por otra parte, un ambiente familiar invalidante, enseña al niño a desconfiar de sus emociones y a valerse de expresiones emocionales exageradas para ser escuchado (Bemmouna & Weiner, 2023).

Los estilos de apego inseguros como el ansioso y el evitativo también se vinculan a una mayor dificultad para la regulación emocional en la adultez, además de los estresores interpersonales como el acoso escolar, el rechazo social y la discriminación (Gómez, 2025b; Weissman et al., 2019).

1.2.3 Factores protectores

Los factores protectores son elementos que reducen el riesgo de desregulación emocional. Entre ellos, el andamiaje parental adecuado, que implica figuras de apego que apoyan activamente al niño en la identificación y gestión de sus emociones (Bemmouna & Weiner, 2023). Además, el apego seguro proporciona

una relación de cuidado consistente que promueve el desarrollo de la autorregulación emocional y física (Dvir et al., 2014).

De igual forma, la flexibilidad psicológica permite adaptar las estrategias de regulación frente a los diversos estímulos del entono, promoviendo respuestas más adaptativas. Por su parte, las habilidades de reevaluación cognitiva favorecen la interpretación de situaciones negativas mediante el cambio de perspectiva (Gómez, 2025).

1.2.4 Mecanismos de mantenimiento de la desregulación emocional

Los factores de mantenimiento de la desregulación emocional comprenden mecanismos conductuales y cognitivos que facilitan su persistencia una vez establecida. Entre ellos, el refuerzo de conductas desadaptativas resulta significativo, ya que conductas autolesivas o explosiones de ira pueden generar alivio inmediato frente a emociones intensas, comportándose como un refuerzo negativo y aumentado su probabilidad de repetición (Crowell et al., 2009).

Por otro lado, las cascadas emocionales, intensifican y prolongan el malestar al genera un ciclo recursivo de pensamientos y emociones negativas, es decir una rumiación persistente sobre situaciones negativas (Weissman et al., 2019). Además, la inercia psicológica, entendida como la tendencia a persistir en patrones habituales de respuesta, incluso cuando no están regulando (Gross, 2015). De igual manera, la baja autoestima en la regulación emocional, comprendida como la creencia de que la persona es incapaz de modificar sus estados emocionales, reduce la probabilidad de intentar modularlos (Gómez, 2025; Gross, 2015).

La baja granularidad emocional, definida como la incapacidad para clasificar la experiencia emocional en categorías precisas, implica que el individuo no diferencie adecuadamente entre emociones negativas similares. Esta falta de claridad perceptiva dificulta la elección de herramientas de regulación específicas, lo que provoca respuestas genéricas que resultan inadecuadas para gestionar la carga emocional del momento. Como consecuencia, el malestar emocional tiende a

persistir en el tiempo, lo que mantiene la desregulación emocional (Phillips et al., 2008).

La desregulación emocional se mantiene por la interacción de procesos cognitivos y conductuales que no solo hacen que el malestar persista, sino que pueden intensificarlo con el tiempo, favoreciendo una experiencia de desregulación emocional crónica.

1.2.5 Efectos de la desregulación emocional

La desregulación emocional conlleva múltiples consecuencias que afectan la salud mental, el funcionamiento biológico y la adaptación conductual. A nivel clínico, se considera un constructo transdiagnóstico que subyace y mantiene diversos trastornos mentales como: el trastorno límite de la personalidad, caracterizado por la inestabilidad afectiva y relacional; el trastorno de ansiedad generalizada; el trastorno estrés postraumático; la depresión mayor y el trastorno bipolar (Durpoix et al., 2026).

También se asocia con el trastorno obsesivo-compulsivo al predecir la severidad de sus síntomas, dificultando el control de los impulsos compulsivos; y se presenta en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la psicosis y los trastornos de la conducta alimentaria (Durpoix et al., 2026).

En el plano conductual, la ausencia de estrategias de regulación eficaces favorece la adopción de conductas desadaptativas como formas de mitigar el malestar emocional. Entre estas se incluyen las autolesiones como mecanismo de regulación, la impulsividad y la agresión, que pueden manifestarse en explosiones de ira o conductas violentas, así como el consumo de sustancias como estrategia de evitación emocional. También se asocia con conductas de riesgo, como prácticas sexuales de riesgo y una mayor vulnerabilidad a la revictimización en personas con antecedentes de trauma (Gratz & Roemer, 2004; Weissman et al., 2019).

Por otra parte, la desregulación emocional impacta en la salud física y el funcionamiento diario. Puede manifestarse a través de síntomas somáticos sin causa médica clara, como tensión muscular, fatiga, cefaleas o problemas gastrointestinales. También, se relaciona con hábitos de salud poco adecuados, alteraciones del sueño y dificultades en el rendimiento académico y laboral, tales como procrastinación y abandono de objetivos. En el ámbito interpersonal, contribuye a la disfunción social, causando aislamiento, sensibilidad al rechazo y dificultades en la comunicación (Gómez, 2025; Ocaña, 2021).

1.2.6 Métodos de intervención

Existen diversos modelos de intervención orientados al abordaje de la desregulación emocional, la mayoría usa un enfoque transdiagnóstico, lo cual permite intervenir en diversas psicopatologías que comparten desregulación emocional, enfocándose en procesos comunes más que en diagnósticos específicos (Fernández-Álvarez et al., 2018).

Entre los tratamientos con mayor evidencia empírica se encuentra la Terapia Dialéctico-Conductual, desarrollada por Linehan. Este modelo se basa en una perspectiva biosocial e integra estrategias de aceptación y cambio. Dentro de sus elementos principales destaca el entrenamiento en habilidades de regulación emocional, mediante el cual se enseña a comprender la función de las emociones, identificarlas con precisión y aplicar estrategias conductuales, como la acción opuesta, para modificar respuestas desadaptativas (Hervás, 2011; Musser et al., 2018).

Por otra parte, la Terapia de Regulación Emocional, propuesta por Mennin y Fresco, se enfoca en trastornos caracterizados por altos niveles de distrés, como la ansiedad generalizada y la depresión. Se estructura en dos fases: el desarrollo de habilidades de conciencia motivacional y su aplicación a través de ejercicios de exposición experiencial. A nivel de mecanismos, promueve el distanciamiento, la reevaluación cognitiva y la atención plena, con el objetivo de incrementar la

flexibilidad en la regulación emocional (Fernández-Álvarez et al., 2018; Hervás, 2011).

Otro modelo importante es el Protocolo Unificado de Barlow, una intervención cognitivo-conductual transdiagnóstica dirigida a los trastornos emocionales. Su propósito es que la persona aprenda a regular sus emociones de manera adaptativa, integrando estrategias como el mindfulness y la reevaluación cognitiva para modificar la respuesta ante experiencias emocionales intensas (Fernández-Álvarez et al., 2018; Gratz & Roemer, 2004).

El Entrenamiento en Regulación del Afecto, desarrollado por Berking, combina elementos de la terapia cognitivo-conductual, la terapia dialéctico conductual y el mindfulness. Este modelo se centra en el afrontamiento adaptativo de las emociones, proponiendo un conjunto de habilidades específicas como la conciencia emocional, el etiquetado, la tolerancia y la modificación activa de estados emocionales negativos. La evidencia sugiere que su incorporación puede potenciar los resultados terapéuticos, especialmente en el tratamiento de la depresión (Fernández-Álvarez et al., 2018; Gratz & Roemer, 2004).

En cuanto a la intervención grupal, la Terapia de Regulación Emocional Grupal, diseñada por Gratz, se orienta principalmente a personas con conductas de autolesión. Este enfoque hace énfasis en la aceptación emocional y promueve formas más adaptativas de responder a las emociones, priorizando el control de la conducta en presencia de estas, más que la supresión de la experiencia emocional (Gratz & Roemer, 2004).

Existen otros modelos y técnicas complementarias que contribuyen al desarrollo de habilidades de regulación emocional. La Terapia de Aceptación y Compromiso, que promueve la flexibilidad emocional mediante la aceptación de experiencias internas difíciles y el compromiso con acciones coherentes con los valores personales. Las intervenciones basadas en mindfulness favorecen la metaconciencia, permitiendo observar las emociones sin reaccionar de forma automática (Gómez, 2025). Además, las técnicas como la modificación de sesgos atencionales, el

entrenamiento en procesamiento emocional propuesto óptimo y estrategias de desactivación fisiológica, como la relajación muscular progresiva o la respiración diafragmática, contribuyen a modular los distintos componentes de la respuesta emocional (Hervás, 2011).

Estos modelos ponen en evidencia que la intervención en desregulación emocional implica el desarrollo de habilidades que permitan identificar, comprender, aceptar y modular el estado afectivo de manera adaptativa y flexible. Además, tienen en común la promoción de la conciencia emocional, el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces y la reducción de respuestas desadaptativas.

La ausencia del abordaje de la desregulación emocional, además de la vulnerabilidad psicológica que atraviesan los estudiantes universitarios, permite que se configuren las condiciones en las que pueden presentarse conductas suicidas, por lo que es importante analizar este fenómeno.

1.3. Suicidio

Son varios los autores, que, a lo largo de los años, han intentado conceptualizar el suicidio. La obra de Ordóñez (2021) presenta una síntesis desde distintas perspectivas: Durkheim (1951), desde un punto de vista sociológico, lo refiere como aquellos casos de muerte que resultan, directa o indirectamente, de un acto realizado por la propia víctima con conocimiento de su posible desenlace; Baechler (1989), desde un enfoque existencialista, lo entiende como el acto de atentar contra la propia vida como una solución a frente a un problema existencial; y Shneidman (1985) lo conceptualiza como como un acto de autoaniquilación asociado a un intenso malestar multidimensional, en el que la persona percibe esta conducta como la mejor solución al problema que le genera el sufrimiento.

Desde una perspectiva operativa, la Organización Panamericana de la Salud (2017) define el suicidio como “el acto de quitarse la vida deliberadamente” (p. 131), y se reconoce como un importante problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2025). Estas definiciones vinculan al suicidio con alguna forma de

sufrimiento o problemática que la persona percibe como irresoluble por otros medios, siendo este un comportamiento deliberado, cuya ejecución que recae sobre sí misma.

Por otra parte, Aliño-Dies y otros (2026), reconocen el comportamiento suicida como un fenómeno complejo, dinámico y dependiente en gran medida del contexto, cuya comprensión requiere de entender el significado de la vida de la persona y de su marco biográfico, social y cultural. Esta visión contextual del suicidio resalta la importancia de comprender la progresión de la ideación al acto, y que factores influyen en dicho proceso.

1.3.1 Modelos explicativos de la conducta suicida

La conducta suicida ha sido explicada desde distintos modelos teóricos, entre los cuales destacan:

Teoría interpersonal del suicidio

La teoría interpersonal del suicidio de Joiner plantea que, para que ocurra un intento suicida, se requieren dos componentes; el deseo suicida y la capacidad de actuar conforme a ese deseo. En este sentido, autor explica que el temor a la muerte y al dolor, inherentes a las personas, debe ser superado para llegar a la autolesión; a esto se refiere con la adquisición de la capacidad para llevar a cabo el suicidio (Klonsky, Saffer, & Bryan, 2018). Lo que sugiere que, frente a la barrera del instinto de autoconservación, la ideación suicida, aunque necesaria, resulta insuficiente para que la persona pase al acto.

Por otra parte, esta teoría señala que la exposición repetida a eventos dolorosos y altamente aversivos puede generar habituación, lo que permitiría adquirir la capacidad para el suicidio. Asimismo, las personas que presentan de forma simultánea los estados psicológicos de baja pertenencia y percepción de ser una carga desarrollan el deseo de morir (Joiner et al., 2009). En este sentido, el paso de la ideación al intento suicida puede explicarse por la interacción entre el deseo

suicida, resultado de factores interpersonales, y la desensibilización frente a la conducta autolítica.

Teoría de los tres pasos

La teoría de los tres pasos, desarrollada por Klonsky y May (2015), es un modelo que explica mediante tres etapas consecutivas el desarrollo del deseo suicida y su avance al intento de suicidio. Según esta teoría, en el primer paso se encuentra el dolor, generalmente psicológico, acompañado de la desesperanza. Se requiere de ambos para dar origen a la ideación suicida, dado que si la persona mantiene la esperanza de que su situación mejore, se centrará en el futuro y no en el suicidio.

El segundo paso de esta teoría plantea la intensificación de la ideación suicida. La diferencia entre mantener pensamientos suicidas moderados o pasivos y un deseo activo radica en la conexión o el vínculo que la persona experimenta, ya sea con su red de apoyo, un rol, un proyecto o un propósito de vida. Cuando el dolor supera esta conexión, la ideación se vuelve más intensa y activa (Klonsky & May, 2015; Klonsky et al., 2018). A diferencia del modelo de Joiner, la conexión se concibe como un factor protector, por lo que su ausencia no constituye una causa directa de la ideación suicida.

La teoría de los tres pasos establece que un fuerte deseo de morir no es suficiente para llegar al acto, ya que la personas están biológicamente predispuestas a evitar el dolor y preservar la vida. En este sentido, los autores plantean como tercer paso el desarrollo de la capacidad para el suicidio, en la cual influyen tres tipos de factores: disposicionales, como las variables genéticas; adquiridos, como la desensibilización al dolor o miedo por exposición repetida; y prácticos, que facilitan el intento, como el acceso a medios letales (Klonsky & May, 2015; Klonsky et al., 2018).

Mientras que Joiner centra su teoría en factores interpersonales, la teoría de los tres pasos propone un modelo que amplía los factores implicados en el paso de la ideación al intento suicida.

1.4. Conducta autolesiva no suicida

Es importante diferencia la ideación suicida de otras conductas relacionadas, como la conducta autolesiva no suicida. Esta última no tienen como objetivo la muerte y se asocian a funciones psicológicas como la sensación de alivio o regulación emocional. La ideación suicida también se diferencia de las ideas tanáticas no suicidas debido a que estas suelen presentarse en forma de reflexión o ideas pasivas de estar cansado sin tener deseos o interés por morir (Klonsky et al., 2018).

Mientras que, desde la clínica, se reconoce a la ideación suicida como pensamientos que varían en intensidad, frecuencia, grado de intrusividad, nivel de conciencia y planificación. Dependiendo de la intensidad de estos signos y síntomas la ideación puede fluctuar entre idea pasiva "preferiría estar muerto" a una ideación activa con planificación específica para llevar a cabo el suicidio (Beck et al., 1988)

1.5. Planificación suicida

La planificación suicida se refiere a los procesos cognitivos orientados a buscar un método para quitarse la vida. Estos pensamientos se caracterizan por ser ideas estructuradas de buscar métodos para morir, buscar el momento indicado, planificar la fecha y la hora, hasta realizar los preparativos para cometer suicidio (Toro-Tobar et al., 2016).

Este fenómeno se comprende como aquellas conductas cognitivas conductuales que van dirigidas a establecer métodos para quitarse la vida. Esto constituye un indicador clínico de gran interés. La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) señala que la planeación es un factor de riesgo e incrementa la probabilidad de desarrollar intentos autolíticos.

La ideación suicida hace referencia a ideas de quitarse la vida, en contraste, la planeación suicida implica menor nivel de abstracción e indica que el grado de especificidad y organización cognitiva son mucho más elevados, por tanto,

peligrosos (Klonsky & May, 2015). El sujeto ya no piensa únicamente en que sería mejor morir, sino que elabora activamente los métodos, el tiempo y el lugar en donde quitarse la vida.

1.6. Ideación suicida

La ideación suicida, ha sido conceptualizada por diversos autores desde diferentes enfoques, siendo un fenómeno complejo que varía en intensidad y nivel de estructuración. La Organización Panamericana de la Salud (2017) define a la ideación suicida como pensamientos, ideas o reflexión sobre la posibilidad de terminar con la propia vida, que incluye desde cogniciones inespecíficas hasta la planificación detallada del acto suicida. En este sentido, se distingue entre el deseo de estar muerto o ideación pasiva, y la ideación activa, entendida como pensamientos específicos sobre suicidio, sin que esto implique la planificación del acto necesariamente (Toro-Tobar, Grajales-Giraldo, & Sarmiento-López, 2016).

Desde el modelo cognitivo, Beck (1976) entiende a la ideación suicida como el resultado de un procesamiento de información sesgado, que lleva a la persona a interpretar que la única solución frente al sufrimiento que percibe como insoportable, es la muerte. Esta perspectiva señala que el comportamiento suicida se activa cuando los esquemas cognitivos, afectivos y motivacionales, se centra únicamente hacia la autodestrucción como respuesta a los desafíos de la vida (Beck et al., 2024).

Beck (1976) propone la triada cognitiva negativa, como un marco de pensamiento que favorece y motiva a la ideación suicida. Esta se compone de tres percepciones distorsionadas sobre la realidad: la visión negativa de sí mismo, mediante la cual la persona se percibe como incompetente, defectuosa o indigna de ser amada; la visión negativa del mundo, por la que las experiencias actuales se interpretan de manera sesgada, percibiéndolo como un lugar hostil, injusto y con excesivas demandas y obstáculos; y la visión negativa del futuro, mediante la cual anticipa que el sufrimiento no tendrá fin y no existirá gratificación futura.

Desde un enfoque clínico la ideación suicida no se considera un trastorno en sí mismo, sino como un indicador clínico de riesgo suicida. Sin embargo, puede estar manifestarse en diversos trastornos mentales y puede aparecer en contextos de sufrimiento psicológico significativo, caracterizado por desesperanza, percepción de ser una carga, experiencias traumáticas y situaciones estresantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

1.6.1 Mecanismos de mantenimiento de la ideación suicida

La ideación se mantiene por medio de distorsiones sistemáticas que filtrarán la información de manera negativa, impidiendo reconocer evidencia positiva del entorno. Entre estas distorsiones se encuentran la abstracción selectiva o visión de túnel; la inferencia arbitraria, mediante la cual se obtienen conclusiones catastróficas sin evidencia suficiente; el pensamiento dicotómico, que lleva a interpretar la realidad en categorías extremas; y la sobregeneralización, por la cual se asume que una situación negativa constituye una regla general permanente (Beck et al., 2024; Beck, 1976).

Estos sesgos pueden mantener la creencia de la persona en la validez de sus ideas suicidas, en especial cuando se vuelven autónomos y dominantes, anulando cualquier otra evidencia positiva del ambiente, favoreciendo el foco en la autodestrucción (Beck et al., 2024). A ello, Beck (1976) añade los ciclos de retroalimentación negativa, en los cuales la sintomatología depresiva refuerza el pensamiento negativo, intensificando la ideación suicida.

Por otra parte, la teoría de los tres pasos destaca la conexión con las personas como un factor protector, mientras el vínculo con la vida exista, la ideación se mantiene pasiva o moderada (Klonsky et al., 2018).

Desde el ámbito interpersonal y social, se consideran varios factores como: la percepción de ser una carga, que implica la creencia de que la propia existencia perjudica a los demás; y la pertenencia frustrada, que se asocia a sentimientos de

asilamiento y falta de conexión significativa (Klonsky et al., 2018; Reymundo-Sánchez, Matías-Pérez, Mendoza-García, & García-Montalvo, 2025).

Además, la disfunción familiar, que incluye ausencia de apoyo emocional, conflictos parentales y la falta de comunicación afectiva (Guo et al., 2023; Reymundo-Sánchez et al., 2025). Del mismo modo, experiencias de acoso escolar se relacionan con mayor probabilidad de ideación suicida en población joven (García-Montalvo, Matías-Pérez, López-Castellanos, López-Ramírez, & Martínez-López, 2024).

Estos elementos evidencian que la ideación suicida es una respuesta multifactorial, en la que se interrelacionan procesos cognitivos, emocionales e interpersonales que aumenta la probabilidad de aparición. En este sentido, la ideación suicida requiere un estudio integrado que considere tanto los procesos internos del individuo como su contexto.

1.6.2 Factores de riesgo

La evidencia empírica ha identificado varios factores asociados a la ideación suicida entre los que destacan las alteraciones en la salud mental. En este sentido, los trastornos afectivos como la depresión mayor, la anhedonia y el trastorno bipolar, se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar ideación suicida (Guo et al., 2023). Otros trastornos como los de ansiedad, trastorno límite de la personalidad, la esquizofrenia, y los trastornos de conducta alimentaria, especialmente la anorexia nerviosa, también se asocian a mayor riesgo (Ordóñez, 2021). Además, el abuso de sustancias, que aumenta la gravedad de la depresión, reduce el miedo a la muerte y afecta el juicio, favorece a la aparición de pensamientos suicidas (Ordóñez, 2021; Reymundo-Sánchez et al., 2025).

Por otra parte, los factores psicológicos y cognitivos se consideran predictores significativos de la ideación suicida. Uno de los más relevantes es la presencia de ideación suicida previa, la cual se asocia a una mayor probabilidad de recurrencia. Le sigue la desesperanza, entendida como la expectativa de que el sufrimiento se

mantendrá y carece de solución (Beck et al., 2024; Ordóñez, 2021). El dolor psicológico es otro elemento importante, comprendido como la experiencia de malestar emocional intenso percibido como intolerable, que contribuye al origen de la ideación suicida (Klonsky et al., 2018).

1.6.3 Factores protectores

Los factores de protección son fundamentales en la reducción y la no progresión de la ideación suicida. Estos factores se sitúan a nivel individual, contextual y relacional; promoviendo la resiliencia y actuando como moduladores de la regulación emocional, favoreciendo el bienestar psicológico (Turecki et al., 2019).

Las características psicológicas individuales, como la autopercepción positiva que incluye la autoimagen, la percepción de competencia y la autoestima, se asocian con una menor probabilidad de desarrollar conductas autolíticas (Bakken, Lydersen, Skokauskas, Sund, & Kaasbøll, 2025). Además, tener un sentido de propósito o metas favorecen la resiliencia, lo cual educe la probabilidad de ver el suicidio como una solución a las problemáticas (Beck, 1976; Kaufman, Montgomery, & Crowell, 2014).

A nivel contextual, contar con una familia funcional actúa como factor protector, debido a que la comunicación afectiva adecuada y el apoyo emocional se asocian con una menor probabilidad de desarrollar riesgo suicida (McLean, Maxwell, Platt, Harris, & Jepson, 2008; Reymundo-Sánchez et al., 2025). La percepción de disponer con vínculos significativos que brinden apoyo, contención emocional y disponibilidad se relaciona directamente con una reducción de los niveles de desesperanza (Van Orden et al., 2010).

Los factores protectores no eliminan el sufrimiento, sino que reducen el impacto del malestar emocional, favorecen la regulación emociones y la construcción de significado vital, reduciendo así la probabilidad de ideación o conducta suicida.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Diseño metodológico

El diseño metodológico que se describe a continuación permite responder de manera adecuada al planteamiento del problema y a la pregunta de investigación, además de mantener coherencia con los objetivos fijados, principalmente el de determinar la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida. En este sentido, la investigación se desarrolla desde el paradigma postpositivista, mediante un diseño no experimental, modalidad cuantitativa, alcance descriptivo-correlacional y corte transversal.

Paradigma postpositivista

El marco epistemológico que sustenta la investigación es el paradigma postpositivista, el cual sostiene que la realidad puede ser estudiada de manera científica, aunque no puede conocerse de forma absoluta a causa de las limitaciones del investigador y a la complejidad de los fenómenos humanos (de la Torre, 2023). Este paradigma reconoce que la objetividad absoluta es inaccesible; por ello, acepta que los hallazgos son falsables, considerándolos probabilísticos y susceptibles de medición y de revisión futura. En este sentido, el conocimiento se construye por medio de procedimientos sistemáticos, medición empírica y análisis objetivo de datos (de la Torre, 2023; Herrera, 2024).

El paradigma postpositivista resulta pertinente para la presente investigación, ya que permite analizar la relación entre fenómenos humanos como la desregulación emocional y la ideación suicida, los cuales son dinámicos y complejos. En este sentido, su estudio se realiza mediante instrumentos psicométricos y procedimientos estadísticos, a través de un enfoque cuantitativo, que permite la descripción y correlación de las variables de estudio.

Diseño no experimental

Acorde con los objetivos de esta investigación, se plantea un diseño no experimental. Este tipo de diseño se define como aquel que se desarrolla sin la manipulación intencionada de variables, limitándose a observación y medición de los fenómenos en su contexto natural, para su posterior análisis (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2010; Ordoñez-Pacheco, 2025).

En este sentido, el investigador no construye ni provoca las situaciones de estudio, sino que se observa fenómenos ya existentes; por ello, las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser controladas directamente (Hernández-Sampieri et al., 2010; Palella & Martins, 2012). En la presente investigación, el diseño no experimental permite medir variables inherentes como la desregulación emocional y la ideación suicida, las cuales ya han ocurrido y no son modificables por el investigador, con la finalidad de analizar su interacción y obtener resultados objetivos.

Modalidad cuantitativa

En esta investigación se ha seleccionado un modelo cuantitativo, el cual se define como un conjunto de procesos secuenciales que utilizan la recolección de datos para probar hipótesis, basándose en la medición numérica y análisis estadístico. Este enfoque, fundamentado principalmente en el paradigma postpositivista, busca describir fenómenos, identificar patrones de comportamiento y contrastar planteamientos teóricos de manera objetiva y empírica (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018; Herrera, 2024)

La modalidad cuantitativa resulta adecuada en este estudio, ya que permite comprobar o refutar la hipótesis planteada mediante el uso de instrumentos psicométricos y análisis estadístico, facilitando la descripción y correlación entre la desregulación emocional y la ideación suicida.

Alcance descriptivo y correlacional

Se ha planteado como alcances de la investigación el descriptivo y el correlacional. En el primer caso, el alcance descriptivo tiene como objetivo interpretar situaciones reales, incluyendo el análisis de la incidencia y los niveles de una o más variables en una población. Además, busca identificar las propiedades, características y comportamiento de las personas, grupos o fenómenos estudiados en un momento determinado (Hernández-Sampieri et al., 2010; Palella & Martins, 2012).

Por otra parte, el alcance correlacional tiene como objetivo describir la relación o el grado de asociación que existe entre dos constructos o variables (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018) . En este sentido, busca determinar el comportamiento de una variable en función de otra, pudiendo existir correlaciones positivas o negativas; mientras que la ausencia de correlación indica la ausencia de un patrón sistemático entre ellas (Palella & Martins, 2012).

El alcance descriptivo-correlacional es coherente con los objetivos de la investigación que permiten describir las variables desregulación emocional e ideación suicida, además de analizar la correlacional existente entre estas.

Corte transversal

De acuerdo con el propósito de la presente investigación, se plantea un corte transversal. Este tipo de estudio se caracteriza por recolectar los datos en un único momento temporal. En este sentido, las variables o fenómenos se describen y analizan con relación a ese punto específico del tiempo. Además, posibilita analizar la incidencia y la interrelación de las variables estudiadas en ese momento (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). El corte transversal mantiene coherencia con los objetivos propuestos, ya que se busca analizar la correlación entre la desregulación emocional y la ideación suicida, mediante mediciones realizadas en un único momento.

2.2. Técnicas e instrumentos de evaluación

Para responder a los objetivos plateados, se emplearon técnicas e instrumentos que permitieron la recolección de información estandarizada sobre las características de la población y las variables de estudio, las cuales se describen a continuación:

2.2.1. Técnicas

Las técnicas de investigación se definen como los métodos utilizados para recopilar y analizar información (Medina et al., 2023). En el caso de la investigación cuantitativa, se utilizan técnicas estandarizadas con la finalidad de medir variables con rigurosidad y desarrollar análisis estadísticos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018; Ordoñez-Pacheco, 2025). En la presente investigación se utilizaron las siguientes técnicas:

Entrevista estructurada

Una de las técnicas más utilizadas es la entrevista estructurada, definida como una técnica de recolección de datos centrada en la interacción directa entre el entrevistador y el entrevistado, con el objetivo de obtener información que pueda ser analizada estadísticamente. Se caracteriza por ser rigurosa y estandarizada, garantizando la comparabilidad de los datos mediante la aplicación de un mismo instrumento a todos los participantes en condiciones similares, procurando la neutralidad del investigador (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018; Medina et al., 2023).

En esta investigación se utilizó la entrevista estructurada para recopilar la información sociodemográfica de los participantes y conocer su disposición frente al proceso de investigación e identificar características o situaciones que pudieran limitar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

Encuesta estructurada

Por otra parte, la encuesta estructurada, se define como un procedimiento estandarizado para recopilar información de la muestra o población (Duarte & Guerrero, 2024). El instrumento principal de la encuesta es el cuestionario, entendido como un conjunto de preguntas diseñadas para obtener la información necesaria para cumplir los objetivos de investigación. Además, la encuesta puede desarrollarse de forma autoadministrada, sin requerir la interacción directa con el participante (Bernal, 2010; Duarte & Guerrero, 2024).

En la presente investigación, se utilizó la técnica de encuesta estructurada mediante formularios digitales autoadministrados, permitiendo la aplicación estandarizada de los instrumentos psicométricos empleados para la evaluar variables de estudio. Esta técnica facilitó la recopilación sistemática de datos y el posterior análisis estadístico.

2.2.2. Instrumentos

En la investigación cuantitativa, los instrumentos se definen como herramientas o recursos que el investigador utiliza para abordar problemas, recopilar datos y registrar información sobre las variables del estudio, actuando como el vínculo que conecta los conceptos abstractos con los indicadores empíricos (Chávez-Moreno, Ochoa -Barraza, Apodaca-López, Ortiz, & Tapia, 2023; Hernández Sampieri et al., 2010).

El objetivo del instrumento es permitir la recopilación de información de manera sistemática y estandarizada, y que represente las variables que el investigador desea capturar y que forman parte de su hipótesis. Un instrumento debe cumplir con tres requisitos interdependientes: confiablidad, validez y objetividad, de esta forma puede ser considerado útil dentro de la investigación cuantitativa. (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018; Medina et al., 2023).

Ficha sociodemográfica *ad-hoc*

Uno de los instrumentos utilizados en la presente investigación es el cuestionario *ad-hoc.* Este tipo de cuestionario se caracteriza por ser construido de forma original por el investigador específicamente para el estudio y en coherencia con los objetivos de este (Hernández-Sampieri et al., 2010). En este sentido, se utilizó en el proyecto un cuestionario ad-hoc para conocer datos sociodemográficos sobre los participantes, siendo la información recopilada asociada a edad, sexo, domicilio, sector (urbano o rural), autoidentificación étnica, estado civil, universidad, carrera, nivel, recursamiento de nivel académico, arrastre de asignaturas, migración del centro educativo, dificultades académicas, rendimiento académico y nivel de dedicación a los estudios.

Escala de dificultades en la regulación emocional (*DERS*)

En esta investigación se empleó el*16-item Difficulties in Emotional Regulation Scale* (*DERS-16*), en su versión abreviada por Bjureberg et al. (2016) que consta de 16 ítems propuestos para evaluar las dificultades en la regulación emocional. Su versión original desarrollada por Gratz y Roemer (2004) está compuesta por 36 ítems.

El cuestionario es autoaplicable y evalúa cinco dimensiones: no aceptación de las respuestas emocionales (3), dificultades para ejecutar conductas dirigidas a metas (3), problemas en el control de impulsos (3), acceso limitado a estrategias de regulación emocional (5), baja conciencia y claridad emocional (2). El instrumento utiliza una esca tipo Likert de cinco puntos (1 = casi nunca; 5 = casi siempre), considerándose puntuaciones superiores a 48 un indicador de riesgo (Bjureberg et al., 2016).

En cuanto a su validez y confiabilidad, en la versión original abreviada, Bjureberg et al. (2016) reportaron una consistencia interna muy alta ($\alpha = .92$) y adecuada fiabilidad test-retest ($\rho = .85$; $p < .001$). La adaptación al español de Hervás & Jódar (2008) tiene una consistencia interna elevada para la escala total ($\alpha = .93$). En

Ecuador, Moreta-Herrera et al. (2024) validaron el *DERS-16* en adolescentes obteniendo una consistencia interna global adecuada mediante omega de McDonald (ω = .89). Mientras que, Viteri-Miranda, Regatto-Bonifaz, Moreta-Herrera, Jiménez-Borja y Jiménez-Mosquera (2025) encontrando coeficientes de consistencia interna superiores a .70 en todas sus dimensiones (ω > .70) y un coeficiente de omega de McDonald para la escala total (ω = .960) al evaluar el *DERS-16* en estudiantes universitarios ecuatorianos. Estos hallazgos respaldan el uso del *DERS-16* como un instrumento confiable y válido para este estudio.

En el presente estudio se evaluó la fiabilidad del *DERS-16* mediante el alfa de Cronbach (α = .97) y el omega de McDonald (ω = .97), evidenciando una alta consistencia interna del instrumento en la muestra estudiada. A nivel dimensional, se identificaron valores adecuados de consistencia interna en: no aceptación de las respuestas emocionales (α = .84; ω = .84), dificultades para ejecutar conductas dirigidas a metas (α = .78; ω = .80), problemas en el control de impulsos (α = .83; ω = .84), acceso limitado a estrategias de regulación emocional (α = .92; ω = .92), y baja conciencia y claridad emocional (α = .91; ω = .91). En este sentido, el *DERS-16* presenta coherencia interna para medir las dificultades en la regulación emocional a nivel global como dimensional.

Escala Paykel de Suicidio

En la presente investigación se utilizó la *Paykel Suicide Scale* (*PSS*), en su versión reducida de 5 ítems, adaptada al español y modificada a escala tipo Likert de frecuencia por Chacón (2025) en Ecuador. La versión original, construida por Paykel, Myers, Lindenthal, & Tanner (1974), consta de 16 ítems dicotómicos. Posteriormente, Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz (2020) realizaron la reducción y adaptación al español del instrumento.

Este instrumento de autoinforme evalúa la presencia y gravedad de conductas suicidas relacionadas con pensamientos de muerte, ideación suicida e intento suicida (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020) . La puntuación total se

encuentra entre 0 y 20, estableciéndose un punto de corte de 10; en este sentido, puntuaciones más altas indican mayor presencia de ideación suicida.

En cuanto a su validez y confiabilidad, la versión española muestra una adecuada consistencia interna (ω = .82) y evidencia validez estructural (Fonseca-Pedrero & Pérez, 2020). En contexto latinoamericano se reportan índices de fiabilidad adecuados; en Perú, Baños-Chaparro & Ramos-Vera (2020) reportan coeficientes de alfa de Cronbach de .80, mientras que en Colombia se han reportado valores de omega de MacDonald de .90. En Ecuador, estudios recientes en población universitaria evidencian una consistencia interna adecuada, con un coeficiente alfa de Cronbach de .85 (Chacón, 2025) lo que evidencia su pertinencia en este contexto.

En el presente estudio, la fiabilidad del PSS se evaluó mediante el alfa de Cronbach (α = .93) y el omega de McDonald (ω = .94), evidenciando una alta consistencia interna y coherencia entre los ítems para medir la presencia y gravedad de las conductas suicidas.

2.3. Población, muestra y muestreo

La muestra de este estudio se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión. En la presente investigación se consideraron las facilidades de acceso y participación tanto de los participantes como del evaluador dentro del tiempo establecido para la recolección de datos.
Este tipo de muestreo hace referencia a un proceso de selección en el que la elección de casos no se realiza mediante probabilidad estadística, sino en función de las características de la investigación y del criterio del investigador (Hernández Sampieri et al., 2010). En este sentido, la muestra estuvo conformada por 300 estudiantes universitarios, distribuidos en 150 pertenecientes a universidades públicas y 150 a universidades privadas.

De esta forma, la investigación no busca generalizar resultados a toda la población, sino una selección controlada de casos con propiedades específicas. En

consecuencia, no es posible calcular el error estándar, ni el nivel de confianza, por lo que los resultados son válidos únicamente para la muestra analizada (Hernández Sampieri et al., 2010). Asimismo, este tipo de muestreo implica seleccionar casos disponibles a los cuales el investigador tiene de acceso y se emplea generalmente cuando existe limitaciones de recursos (Hernández Sampieri et al., 2010) .

Además de seleccionar a los participantes en función de su disponibilidad y disposición para responder a la investigación, con el fin de mantener el rigor metodológico se perfilaron criterios de inclusión, entendidos como las características específicas que deben cumplir las unidades de muestro para incluirse en el estudio.

Estos criterios son los siguientes:

- Estar matriculado legalmente en la institución
- Cursar estudios de pregrado
- Haber aceptado el consentimiento informado
- Haber completado correctamente los instrumentos aplicados

Con relación a los participantes, se describen los datos obtenidos mediante el cuestionario *ad-hoc* presentada previamente, correspondiente a las variables sociodemográficas con el objetivo de caracterizar la muestra de la investigación. La información se organiza de la siguiente manera: variables personales y situación académica.

En el caso de las variables cuantitativas, se detallan los valores mínimos, máximo, la media (*M*) y la desviación típica (*DT*). Mientras que, para las variables cualitativas se presentan la frecuencia y los porcentajes general, válido y acumulado. Dado que no se registraron datos perdidos, los porcentajes general y válido coinciden, por lo que no se reportan por separado.

Tabla 1. Variables personales

Variables	Mínimo	Máximo	M	DT
Edad	17	47	22.25	5.554
	Frecuencia	**Porcentaje**		**Acumulado**
Sexo				
Masculino	96	32 .0		32.0
Femenino	204	68.0		100
Provincia				
Bolívar	1	0.3		0.3
Cañar	3	1.0		1.3
Chimborazo	13	4.3		5.7
Cotopaxi	24	8.0		13.7
El Oro	5	1.7		15.3
Guayas	130	43.3		58.7
Imbabura	1	0.3		59.0
Loja	1	0.3		59.3
Los Ríos	4	1.3		60.7
Napo	1	0.3		61.0
Pastaza	2	0.7		61.7
Santa Elena	1	0.3		62.0
Tungurahua	114	38.0		100
Sector				
Urbano	218	72.7		72.7
Rural	82	27.3		100
Autoidentificación étnica				
Mestizo/a	282	94.0		94.0
Indígena	9	3.0		97.0
Blanco/a	5	1.7		98.7
Afrodescendiente	2	0.7		99.3
Campesino. montubio u otros similares	2	0.7		100
Estado civil				
Soltero/a	269	89.7		89.7
Unión libre	11	3.7		93.3
Casado/a	16	5.3		98.7
Separado/a	2	0.7		99.3
Viudo/a	2	0.7		100

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las variables personales, la muestra estuvo conformada por 300 participantes. Los datos de la Tabla 1 permiten identificar una población mayoritariamente joven, con edades que oscilan entre los 17 y los 47 años, con una media de 22.25 años, edad característica de la formación universitaria de pregrado. Además, se observa mayor representación femenina, y una concentración alta de participantes provenientes de las provincias de Guayas y Tungurahua. Se identifica un predominio de estudiantes que residen en zonas urbanas, autoidentificados como mestizos y que registren estado civil soltero/a, lo que evidencia características personales relativamente homogéneas en la muestra.

Tabla 2. Situación académica

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Financiamiento			
Público	150	50.0	50.0
Privado	150	50.0	100.0
Semestre en curso			
Primero	60	20.0	20.0
Segundo	106	35.3	55.3
Tercero	3	1.0	56.3
Cuarto	2	0.7	57.0
Quinto	13	4.3	61.3
Sexto	1	0.3	61.7
Séptimo	45	15.0	76.7
Octavo	70	23.3	100.0
Repite el nivel			
No	296	98.7	98.7
Sí	4	1.3	100.0
Arrastra asignatura			
No	280	93.3	93.3
Sí	20	6.7	100.0
Migración académica			
No	280	93.3	93.3
Sí	20	6.7	100.0
Problemas de estudios			
No	266	88.7	88.7
Sí	34	11.3	100.0
Rendimiento académico			
Regular	43	14.3	14.3
Bueno	148	49.3	63.7
Muy bueno	87	29.0	92.7
Sobresaliente	22	7.3	100.0
Dedicación			
Estudiante tiempo completo	190	63.3	63.3
Combino estudio y trabajo	110	36.7	100.0

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la situación académica, la muestra estuvo conformada por 150 estudiantes provenientes de universidades públicas y 150 provenientes de

universidades privadas. Los datos de la Tabla 2 muestran una mayor concentración de estudiantes de segundo y octavo semestre, seguidos por primero y séptimo, lo que indica que la muestra está conformada principalmente por estudiantes en etapas iniciales y avanzadas de la formación académica.

Se identifica que la mayoría de los participantes no repite nivel, no arrastra asignaturas, no reporta problemas de estudios y no ha presentado migración académica. Además, la mayoría reporta un rendimiento académico bueno y muy bueno, así como una dedicación a tiempo completo a sus estudios; sin embargo, una proporción importante combina estudio y trabajo.

2.4. Procedimiento y análisis de datos

La investigación fue presentada al DIVI (Departamento de Investigación, Vinculación e Investigación) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ambato, donde se revisó y aprobó el plan del trabajo de titulación, además de autorizarse el levantamiento de información con la población participante. Posteriormente, se realizaron las gestiones directas con docentes y estudiantes de la institución para coordinar el acercamiento a los participantes y socializar los objetivos del estudio. Una vez reunidos los participantes, se explicó el propósito de la investigación, se solicitó la participación voluntaria y se procedió a la firma del consentimiento informado, mediante el cual se garantizó confidencialidad y anonimato.

Posteriormente, se aplicaron los instrumentos de evaluación seleccionados por contar con evidencia de validez y confiabilidad. La aplicaron se desarrolló mediante un formulario de Google Forms, en un espacio adecuado y libre distractores, bajo supervisión del investigador. El tiempo aproximado de duración fue de 30 minutos. La información obtenida se organizó en una base de datos y fue procesada mediante el programa JASP (versión 0.19.5.0), para el análisis de fiabilidad, y mediante el software SPSS (versión 25) para los demás procedimientos estadísticos. Se aplicaron técnicas de estadística inferencial destinada a contrastar

la hipótesis planteada, a partir de cuyos resultados se desarrollaron el contraste de hipótesis y las conclusiones del estudio.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis de normalidad

Para el análisis de normalidad de las puntuaciones obtenidas a partir de las escalas *DERS-16* y *PSS*, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smimov, considerando el tamaño de muestra. Los resultados se presentan en la Tabla 3,

Tabla 3. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Dimensiones	Estadístico	Gl	Sig.
No aceptación	.145	300	.000
Metas	.142	300	.000
Impulsividad	.149	300	.000
Estrategias	.146	300	.000
Claridad	.153	300	.000
Total *DERS-16*	.096	300	.000
Total *PSS*	.202	300	.000

Fuente: elaboración propia

Los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, aplicada a las dimensiones de la escala *DERS-16*, al puntaje total del *DERS-16* y al puntaje total de la *PSS*, evidenciaron valores de significancia menores a .001 en todas las variables, lo que indica que los datos no siguen una distribución normal. En este sentido, se considera pertinente el uso de pruebas no paramétricas para el análisis correlacional, específicamente el coeficiente de correlación de Spearman, dado que este estadístico no exige normalidad en la distribución de datos y permite analizar asociaciones monotónicas entre variables.

3.2. Análisis descriptivo de las variables

Se expone en este apartado el análisis descriptivo de los resultados obtenidos mediante los instrumentos *DERS-16* y *PSS*, con el fin de describir el comportamiento de los datos de la muestra estudiada.

Para el análisis descriptivo de la escala *DERS-16*, se emplearon los estadísticos de tendencia central, dispersión y forma de la distribución, tanto para sus dimensiones como para el puntaje total. Los resultados se presentan en la Tabla 4, donde se reportan el valor mínimo (*Min*), valor máximo (*Máx*), media (*M*), media ponderada (*Mp*), desviación típica (*DT*), asimetría (*Asi.)* y curtosis (*Cur.*).

Tabla 4. Análisis descriptivo del *16-item Difficulties in Emotion Regulation Scale*

Dimensiones	Min	Máx	M	Mp	DT	Asi.	Cur.
No aceptación	3	15	7.24	2.41	3.42	0.53	-0.64
Metas	3	15	7.54	2.51	3.27	0.42	-0.73
Impulsividad	3	15	7.60	2.53	3.25	0.42	-0.68
Estrategias	5	25	11.85	2.37	5.58	0.59	-0.56
Claridad	2	10	5.44	2.72	2.32	0.32	-0.79
Total	16	80	39.67	N/A	16.45	0.51	-0.54

Fuente: elaboración propia

Los resultados sugieren que, en promedio, los participantes presentan dificultades de regulación entre bajas y moderada (*M* = 39.67), considerando el punto de corte (48) y en rango de puntuaciones (16-80) del instrumento. Sin embargo, la desviación típica (16.45) muestra una dispersión importante de las puntuaciones, lo que evidencia variabilidad en los niveles de dificultad en la regulación emocional. Además, permite identificar la presencia de algunos casos que alcanzan el criterio de riesgo, lo que indica dificultades significativas de regulación emocional en una parte de la muestra. La asimetría positiva (0.51), indica que la mayoría de los individuos presenta puntajes bajos o medios, con presencia de valores altos en menor proporción. Mientras que, la curtosis negativa (-0.54) sugiere una distribución relativamente aplanada, con puntuaciones que no se concentran marcadamente alrededor de la media.

En cuanto a las dimensiones de las dificultades para la regulación emocional, los resultados evidencian que la dimensión con mayor puntuación fue Claridad (*Mp* = 2.72), asociada con una baja conciencia y claridad emocional. Seguido de Impulso

(*Mp* = 2.53) y Metas (*Mp* = 2.51), relacionadas con problemas en el control de impulsos y dificultades para ejecutar conductas dirigidas a metas, respectivamente. Si bien estos valores no son elevados, si reflejan áreas relevantes dentro de la caracterización de la muestra. Las dimensiones con menor media ponderada fueron No Aceptación (*Mp* = 2.41) y Estrategias (*Mp* = 2.37), asociadas a la no aceptación de las respuestas emocionales y el acceso limitado a estrategias de regulación emocional respectivamente.

Para el análisis descriptivo de la escala *PSS*, se emplearon los estadísticos de tendencia central, dispersión y forma de la distribución. Los resultados se presentan en la Tabla 5, donde se reportan el valor mínimo (*Min*), valor máximo (*Máx*), media (*M*), media ponderada (*Mp*), desviación típica (*DT*), asimetría (*Asi.)* y curtosis (*Cur.*).

Tabla 5. Análisis descriptivo del *Paykel Suicide Scale*

Variable	Min	Máx	M	DT	Asi.	Cur.
Global Paykel	0	20	4.18	5.02	1.44	1.52

Fuente: elaboración propia

Los resultados sugieren que, en promedio, los participantes reportan baja riesgo suicida o baja presencia de conductas relacionadas a pensamientos de muerte, ideación e intento suicida (*M* = 4.18), considerando el punto de corte (10) y en rango de puntuaciones (0-20) del instrumento. Sin embargo, la desviación típica (5.02) muestra una dispersión significativa de las puntuaciones, y tomando en cuenta que hay participantes que alcanzan el puntaje máximo de la escala (20), se identifica la presencia de algunos casos que alcanzan el criterio de riesgo.

La asimetría positiva (1.44), indica que la mayoría de los individuos presenta puntajes bajos o medios, con presencia de valores altos en menor proporción. Mientras que, la curtosis positiva (1.52) sugiere una distribución de puntuaciones que más concentrada alrededor de la media.

3.3. Análisis correlacional

Se expone en este apartado el análisis correlacional de los resultados obtenidos mediante los instrumentos *DERS-16* y *PSS*, utilizando el coeficiente de Spearman debido a que es una prueba no paramétrica que permite medir la relación entre dos variables.

Tabla 6. Correlación entra las dificultades de regulación emocional y la ideación suicida

Variables	No aceptación	Metas	Impulso	Estrategias	Claridad	Total *DERS-16*	Total *PSS*
No aceptación	1	.867**	.846**	.905**	.663**	.945**	.356**
Metas		1	.815**	.835**	.739**	.929**	.420**
Impulsividad			1	.854**	.647**	.915**	.373**
Estrategias				1	.661**	.953**	.377**
Claridad					1	.784**	.373**
Total *DERS-16*						1	.415**
Total *PSS*							1

Fuente: elaboración propia

El análisis correlacional desarrollado en la Tabla 6 evidenció correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la desregulación emocional y el riesgo suicida. El puntaje total de la escala *DERS-16* se relacionó de forma positiva y moderada con el puntaje total de la escala *PSS* (ρ = .415; p < .001), lo que indica que, a mayores dificultades en la regulación emocional, mayor tiende a ser la ideación suicida en la muestra estudiada.

En cuanto a las dimensiones, todas las subescalas del *DERS-16* tienen correlaciones positivas y estadísticamente significativas con el puntaje total de la escala *PSS*. La correlación más alta se identificó en la dimensión Metas (ρ = .420; p < .001), lo que sugiere que, a mayor dificultad para mantener conductas dirigidas a alcanzar objetivos, mayor tiende a ser el riego suicida.

Las demás de dimensiones de la escala *DERS-16* presentaron correlaciones positivas bajas, aunque estadísticamente significativa con el puntaje total *PSS*:

Estrategias (ρ = .377; p < .001), Impulso y Claridad (ρ = .373; p < .001), y No aceptación (ρ = .356; p < .001). Lo que indica que dificultades asociadas el acceso a estrategias de regulación, al control de impulsos, a la conciencia y claridad emocional y a la aceptación de las respuestas emocionales también se relaciona con mayores puntuaciones de ideación suicida.

Adicionalmente, se identificaron correlaciones positivas altas entre las dimensiones del *DERS-16* y el puntaje total de la escala, lo que es esperable debido a que son dimensiones de un mismo constructo y forman parte de la medición global de las dificultades en la regulación emocional.

3.4. Análisis de predictibilidad

Para complementar el análisis correlacional, se desarrollaron dos modelos de regresión lineal con el objetivo de identificar si las dificultades en la regulación emocional predicen la ideación suicida. En el primer modelo, presentado en la Tabla 7, se consideró el puntaje total del *DERS-16* como variable predictora y el puntaje total de la escala *PSS* como variable dependiente. Para la interpretación de este modelo se consideraron el coeficiente no estandarizado (*B*), el error estándar (*DE*), el coeficiente estandarizado (*β)*, el estadístico t, la significancia estadística (*Sig.*) y el coeficiente de determinación (R^2).

Tabla 7. Modelo predictivo global entre las dificultades en la regulación emocional y la ideación suicida

Predictor	B	DE	Beta	t	Sig.	R^2
β_0	-1.027	0.684	—	-1.501	.135	—
Total *DERS-16*	0.131	0.016	.431	8.240	.000	.186

Fuente: elaboración propia

Este modelo predictivo global evidenció que las dificultades en la regulación emocional predicen el riesgo suicida en la muestra analizada. El coeficiente no estandarizado (B = 0.131) indica que, por cada punto adicional en el total de la escala *DERS-16*, aumenta en promedio 0.131 el puntaje total de la escala *PSS*. Este efecto es estadísticamente significativo (t = 8.240; p <.001). Además, el

coeficiente estandarizado (β = .431) indica que existe una relación predictiva de magnitud moderada. Por su parte, el coeficiente de determinación (R^2 = .186) muestra que este modelo explicó el 18.6% de la varianza de la ideación suicida.

El segundo modelo, presentado en la Tabla 8, fue un modelo de regresión múltiple por dimensiones e incorporó secuencialmente las subescalas del *DERS-16*, con el objetivo de identificar su aporte en la varianza de la ideación suicida. Para la interpretación de este modelo se consideraron el coeficiente de determinación (R^2), el coeficiente de determinación ajustado (R^2 *ajustado*) y la significancia estadística del cambio en F (*Sig.*)

Tabla 8. Modelo predictivo dimensional: dificultades en la regulación emocional e ideación suicida

Modelo dimensional	**R^2**	**R^2 ajustado**	**Sig.**
Estrategias	.160	.157	.000
Estrategias, Claridad	.192	.187	.001
Estrategias, Claridad, Metas	.202	.194	.060
Estrategias, Claridad, Metas, No aceptación	.203	.192	.528
Estrategias, Claridad, Metas, No aceptación, Impulsividad	.203	.189	.992

Fuente: elaboración propia

Este modelo inició con la dimensión Estrategias, la cual explicó el 16,0% de la varianza de la ideación suicida (R^2 =.160; R^2 *ajustado*= .157), con significancia estadística (p <.001). Al incorporar la dimensión Claridad, el modelo explicó el 19,2% de la varianza de la ideación suicida, lo que representó un incremento estadísticamente significativo respecto al modelo anterior (R^2 =.192; R^2 *ajustado*= .187; p = .001). En este sentido, ambas dimensiones aportan de manera significativa a la predicción de la ideación suicida en el modelo.

Por otra parte, la incorporación de las dimensiones: Metas, No aceptación e Impulso no produjeron un incremento estadísticamente significativo en la varianza explicada (p >.05). Esto sugiere que, aunque estas dimensiones se relacionan con el riesgo suicida, no incrementan el nivel de predictibilidad del modelo de forma significativa. Estos resultados indican que el acceso limitado a estrategias de regulación

emocional y la baja conciencia y claridad emocional constituyen las dimensiones con mayor aporte predictivo sobre la ideación suicida.

Contraste con la hipótesis

A partir de los resultados obtenidos se descarta la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alternativa: existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre la desregulación emocional y la ideación suicida en una muestra de estudiantes universitarios del Ecuador.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos y del análisis realizado en función de los objetivos propuestos, se presentan las siguientes conclusiones:

- Acorde con la fundamentación teórica realizada sobre las variables de estudio, se concluye que la desregulación emocional se refiere a la dificultad para responder al malestar emocional, seleccionar y aplicar estrategias adecuadas de regulación, modular la respuesta emocional y mantener conductas congruentes con las metas. Mientras que, la ideación suicida se conceptualiza como un conjunto de pensamientos que abarcan desde el deseo de atentar contra la propia vida hasta la planificación estructurada del acto. La evidencia teórica señala que la vulnerabilidad que enfrenta los estudiantes universitarios, sumada a las dificultades en la regulación emocional, pueden generar condiciones que favorezcan la ideación suicida.

- La evaluación de la desregulación emocional en una muestra de 300 estudiantes universitarios del Ecuador permitió establecer que los participantes presentan dificultades de regulación emocional entre bajas y moderadas, con una media de $M = 39.67$. En el análisis por dimensiones, la no aceptación de las respuestas emocionales obtuvo una media de $M = 7.24$; la dificultad para ejecutar conductas dirigidas a metas, $M = 7.54$; los problemas de control de impulsos, $M = 7.60$; el acceso limitado a estrategias de regulación emocional, $M = 11.85$; y la baja conciencia y claridad emocional, $M = 5.44$. Por otra parte, la evaluación del riesgo suicida concluye que los estudiantes reportan un bajo riesgo de ideación suicida, siendo la media $M = 4.18$.

- La relación entre las variables estudiadas, desregulación emocional e ideación suicida en estudiantes universitarios del Ecuador evidenció una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa ($\rho = .415$; $p < .001$). En consecuencia se concluye que a mayores dificultades en la regulación emocional, mayor tiende a ser la ideación suicida en la muestra

estudiada, por lo que, se confirma la hipótesis alternativa. En cuanto a las dimensiones de la desregulación emocional, se identificó una correlación positiva moderada entre la dificultad para ejecutar conductas dirigidas a metas y el riesgo suicida (ρ = .420; p < .001), mientras que las demás dimensiones presentaron correlaciones bajas aunque significativas. Por otra parte las dimensiones internas del *DERS-16* reportan correlaciones altas entre sí, lo que respalda la coherencia interna del instrumento y representación consistente del constructo evaluado.

- Respecto al análisis de predictibilidad, el modelo de regresión lineal simple evidenció que las dificultades en la regulación emocional explican el 18.6% de la varianza de la ideación suicida, lo que permite concluir que la desregulación emocional predice significativamente el riesgo suicida en la muestra analizada. Por otra parte, el modelo de regresión múltiple por dimensiones identificó que el acceso limitado a estrategias de regulación emocional explicó el 16.0% de la varianza de la ideación suicida; al incorporar la dimensión de baja conciencia y claridad emocional, la varianza explicada aumentó al 19.2%, con significancia estadística. La incorporación de las demás subescalas no aportó al modelo predictivo de forma significativa. En consecuencia, se concluye que el acceso limitado a estrategias de regulación emocional y la baja conciencia y claridad emocional son las dimensiones con mayor aporte predictivo sobre la ideación suicida.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados del estudio y considerando sus aportes y limitaciones, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda que futuras investigaciones empleen un método de muestreo que permita abarcar diferentes estratos de la población universitaria, con el fin de fortalecer la representatividad de la muestra, reducir posibles sesgos de selección y favorecer la comprensión de las variables estudiadas.

- Se sugiere que investigaciones posteriores realicen estudios de corte longitudinal con el fin de ampliar la comprensión de la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en esta población, así como favorecer la generalización de los resultados.

- Es necesario continuar desarrollando este tipo de estudios en la población universitaria, debido a que permiten ampliar la comprensión del riesgo suicida como un fenómeno complejo, identificar las necesidades de atención en salud mental, analizar los factores psicológicos asociados y orientar el diseño de estrategias de prevención en las instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

Akram, U., Ypsilanti, A., Gardani, M., Irvine, K., Allen, S., Akram, A., … Lazuras, L. (2020). Prevalence and psychiatric correlates of suicidal ideation in UK university students. *Journal of Affective Disorders, 272*, 191–197. doi:10.1016/j.jad.2020.03.185

Al-Dajani, N., Uliaszek, A. A., & Hamdullahpur, K. (2019). It's the thought that counts: Belief in suicide as an escape moderates the relationship between emotion dysregulation and suicidal ideation cross-sectionally and longitudinally. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 6*, 16. doi:10.1186/s40479-019-0112-5

Aliño-Dies, M., Sánchez-Reolid, D., Monferrer, M., Montes, M. J., Fernández-Caballero, A., Fernández-Sotos, P., & Ricarte, J. J. (2026). Atrapamiento interno y externo, derrota e ideación suicida: Diferencias entre pacientes con conducta e ideación suicida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 34*(1), 37–46. doi:10.31083/BP51209

Antón-Ruiz, J. A., Sánchez-Romero, E. I., Cuevas-Caravaca, E., Bernabé, M., & López-Navas, A. I. (2025). Risk factors of mental health in university students: A predictive model based on personality traits, coping styles, and sociodemographic variables. *Medicina, 61*(9). doi:10.3390/medicina61091575

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

Bakken, V., Lydersen, S., Skokauskas, N., Sund, A. M., & Kaasbøll, J. (2025). Protective factors for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence: A longitudinal population-based cohort study examining sex differences. *BMC Psychiatry, 25*(1), 106. doi:10.1186/s12888-025-06552-6

Baños-Chaparro, J., & Ramos-Vera, C. (2020). Validez e invarianza según sexo y edad de la Escala Paykel de Ideación Suicida en adolescentes peruanos. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología,* *6*(1), e225. doi:10.24016/2020.v6n1.225

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2024). *Terapia cognitiva de la depresión* (2a ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer. Recuperado de www.edesclee.com

Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology,* *44*(4), 499–505. doi:10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6

Bemmouna, D., & Weiner, L. (2023). Linehan's biosocial model applied to emotion dysregulation in autism: A narrative review of the literature and an illustrative case conceptualization. *Frontiers in Psychiatry,* *14*. doi:10.3389/fpsyt.2023.1238116

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales* (3a ed.). Bogotá: Pearson Educación.

Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1, 10*. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70601005

Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., … Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. Journal *of Psychopathology and Behavioral Assessment,* *38*(2), 284–296. doi:10.1007/s10862-015-9514-x

Blader, J. C., Garrett, A. S., & Pliszka, S. R. (2025). Annual research review: What processes are dysregulated among emotionally dysregulated youth? A systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 66*(4), 516–546. doi:10.1111/jcpp.14126

Blay, M., Duarte, M., Dessouli, M. A., Durpoix, A., Rüfenacht, E., Weibel, S., … Perroud, N. (2024). Proposition of a transdiagnostic processual approach of emotion dysregulation based on core triggers and interpersonal styles. *Frontiers in Psychiatry, 15*. doi:10.3389/fpsyt.2024.1260138

Chacón, C. (2025). *Ideación suicida, esperanza y malestar subjetivo: Un estudio comparativo entre menores y mayores de 30 años en Ecuador* (Tesis de maestría, Universidad Internacional SEK del Ecuador). Universidad Internacional SEK del Ecuador. Recuperado de https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/5562

Chávez-Moreno, R. T., Ochoa-Barraza, P., Apodaca-López, C. A., Ortiz, G. F., & Tapia, T. L. (2023). Manual de terminología de investigación. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7*(3), 2101–2135. doi:10.37811/cl_rcm.v7i3.6335

Crispim, M. de O., Dos Santos, C. M. R., Frazão, I. da S., Frazão, C. M. F. de Q., de Albuquerque, R. C. R., & Perrelli, J. G. A. (2021). Prevalencia de conductas suicidas en jóvenes universitarios: Revisión sistemática con metaanálisis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 29*. doi:10.1590/1518-8345.5320.3495

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin, 135*(3), 495–510. doi:10.1037/a0015616

Cuevas-Caravaca, E., Sánchez-Romero, E. I., & Antón-Ruiz, J. A. (2024). Academic burnout, personality, and academic variables in university students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 14*(6), 1561–1571. doi:10.3390/ejihpe14060103

de la Torre, R. (2023). Realizar investigación educativa desde un paradigma postpositivista. *Investigación Educativa Duranguense, 14*, 85–90. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10183791

de Sousa, G. S., Ramos, B. M. D., Tonaco, L. A. B., Reinaldo, A. M. D. S., Pereira, M. O., & Botti, N. C. L. (2022). Factors associated with suicide ideation of healthcare university students. *Revista Brasileira de Enfermagem, 75*. doi:10.1590/0034-7167-2020-0982

Duarte, D., & Guerrero, R. (2024). La encuesta como instrumento de recolección de datos, confiabilidad y validez en investigación científica. *Revista de Ciencias Empresariales, Tributarias, Comerciales y Administrativas, 3*, 94–107. Recuperado de https://educaciontributaria.com.py/revista/index.php/rcetca/article/view/70

Durpoix, A., Blay, M., Moog, C., Rolling, J., Weiner, L., Lalanne, L., & Weibel, S. (2026). Clarifying conceptualization of emotional dysregulation: Differences with emotional lability during 4-month DBT skills training. A naturalistic study. *Journal of Affective Disorders, 392*, 120199. doi:10.1016/j.jad.2025.120199

Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry, 22*(3), 149–161. doi:10.1097/HRP.0000000000000014

Fernández-Álvarez, J., Molinari, G., Colombo, D., García-Palacios, A., Riva, G., & Botella, C. (2018). La regulación emocional como factor transdiagnóstico en psicoterapia: Luces y sombras de un campo en desarrollo. *Revista de Psicoterapia, 29*, 17–35. doi:10.33898/rdp.v29i110.245

Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala de Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers, 41*(1). doi:10.23923/pap.psicol2020.2928

García-Montalvo, I. A., Matías-Pérez, D., López-Castellanos, S. L., López-Ramírez, E., & Martínez-López, M. (2024). Risk factors associated with suicidal ideation in students of the Faculty of Medicine and Surgery, URSE. *Psychiatry International, 5*(3), 544–551. doi:10.3390/psychiatryint5030039

Gómez, M. (2025). *Regulación emocional y salud mental en estudiantes de medicina y enfermería de la provincia de Tungurahua* (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Ambato. Recuperado de https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/45620

Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(1), 285–312. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26. doi:10.1080/1047840X.2014.940781

Guo, Y., Zhang, J., Cui, Y., Cui, Y., Huang, X., Guo, Y., … Yu, F. (2023). Psychosocial predictors of persistent suicidal ideation among Chinese adolescents: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 334*, 137–144. doi:10.1016/j.jad.2023.04.090

Haro, Y. N., & Mayorga, M. (2024). El manejo de la inteligencia emocional y regulación emocional en los estudiantes de bachillerato. *Yachana Revista Científica, 13*(2), 167–185. doi:10.62325/10.62325/yachana.v13.n2.2024.922

Hernández-Quintero, I. R., & Santana-Campas, M. A. (2024). Life skills, sociodemographic variables and suicide risk in college students. *Journal of Basic and Applied Psychology Research, 6*(11), 31–38. doi:10.29057/jbapr.v6i11.13172

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: McGraw-Hill Education.

Herrera, C. (2024). Paradigma positivista. *Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA, 12*(24), 29–32. doi:10.29057/icea.v12i24.12660

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual, 19*(2), 347–372. Recuperado de https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalelpapeldelosdeficitemocionales.pdf

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional: The Spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Clínica y Salud, 19*(2), 139–156. Recuperado de https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a01.pdf

Huntjens, A., Smit, F., van den Bosch, L. M. C., Kerkhof, A., Sizoo, B., & van der Gaag, M. (2025). Emotion regulation as a mediator of dialectical behaviour therapy for autistic adults with suicidal ideation. *Cognitive Behaviour Therapy*. doi:10.1080/16506073.2025.2539301

INEC. (2025). *Boletín técnico del Registro Estadístico de Defunciones Generales*. Quito. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/

Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 634–646. doi:10.1037/a0016500

Kaufman, E. A., Montgomery, M. J., & Crowell, S. E. (2014). Identity-related dysfunction: Integrating clinical and developmental perspectives. *Identity, 14*(4), 297–311. doi:10.1080/15283488.2014.944699

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the ideation-to-action framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114–129. doi:10.1521/ijct.2015.8.2.114

Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology, 22*, 38–43. doi:10.1016/j.copsyc.2017.07.020

Mamun, M. A., Rayhan, I., Akter, K., & Griffiths, M. D. (2022). Prevalence and predisposing factors of suicidal ideation among the university students in Bangladesh: A single-site survey. *International Journal of Mental Health and Addiction, 20*(4), 1958–1971. doi:10.1007/s11469-020-00403-z

Martínez, P., Jiménez, Á., Martínez, V., Mac-Ginty, S., & Rojas, G. (2021). Salud mental en estudiantes de educación superior en Chile: Una revisión de

alcance con metaanálisis. *Terapia Psicológica, 39*(3), 405–425. doi:10.4067/S0718-48082021000300405

Martínez-Líbano, J., Torres-Vallejos, J., Oyanedel, J. C., González-Campusano, N., Calderón-Herrera, G., & Yeomans-Cabrera, M. M. (2023). Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic. *Frontiers in Psychiatry, 14*. doi:10.3389/fpsyt.2023.1139946

McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., & Jepson, R. (2008). *Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review*. Edinburgh: Scottish Government. Recuperado de https://www.research.ed.ac.uk/en/publications/risk-and-protective-factors-for-suicide-and-suicidal-behaviour-a-

Medina, M., Rojas, R., Bustamante, W., Loaiza, R., Martel, C., & Castillo, R. (2023). *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología INUDI Perú. doi:10.35622/inudi.b.080

Mena-Freire, M., Moreta-Herrera, R., & Ruíz-Olarte, A. (2023). Subjective well-being and mental health in college students from Ecuador: Latent relationship analysis with SEM. *Actualidades en Psicología, 37*(135), 55–68. doi:10.15517/ap.v37i135.53576

Ministerio de Universidades, & Ministerio de Sanidad. (2023). *Estudio sobre la salud mental en el estudiantado de las universidades españolas*. Madrid: Gobierno de España. Recuperado de https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr%3A0de3e888-9c3d-4746-9067-e16fc2f3a4e9/Estudio_SaludMentalEstudiantado_jul2023.pdf

Miranda, R., Tsypes, A., Gallagher, M., & Rajappa, K. (2013). Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion

dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research, 37*(4), 786–795. doi:10.1007/s10608-013-9524-5

Moreta-Herrera, R., Gordón-Villalba, P., Rodas, J. A., Mejía, F., Mantilla, C., Ruíz, Á., … Mayorga-Ortíz, D. (2026). Cognitive predictors of suicidal ideation in Ecuadorian medical and nursing students: The roles of perceived loneliness and life satisfaction. *Revista Colombiana de Psicología, 35*(1), 47–61. doi:10.15446/RCP.V35N1.117861

Moreta-Herrera, R., Vaca-Quintana, D., Rodríguez-Lorenzana, A., Salinas-Palma, A., Moya-Solís, A., López-Barrionuevo, C., & Jaimes, F. (2024). Psychometric properties of the 16-item Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS-16) in Ecuadorian teenagers. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 11*(3), 48–56. doi:10.21134/rpcna.2024.11.3.7

Moreta-Herrera, R., Zambrano-Estrella, J., Sánchez-Vélez, H., & Naranjo-Vaca, S. (2021). Salud mental en universitarios del Ecuador: Síntomas relevantes, diferencias por género y prevalencia de casos. *Pensamiento Psicológico, 19*, 1–12. doi:10.11144/javerianacali.ppsi19.smue

Moriarty, N., Gaynor, K., Koş Yalvaç, E. B., & Inozu, M. (2025). The role of emotional dysregulation and attachment style as indicators of obsessive compulsive symptom-severity. *Journal of Affective Disorders, 390*, 119909. doi:10.1016/j.jad.2025.119909

Musser, N., Zalewski, M., Stepp, S., & Lewis, J. (2018). A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder: Are we measuring biosocial theory's "invalidating environment"? *Clinical Psychology Review, 65*, 1–16. doi:10.1016/j.cpr.2018.06.003

Ocaña, J. (2021). *Regulación emocional, autoeficacia y su relación en el estrés de los estudiantes universitarios de Tungurahua* (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica Sede Ambato). Pontificia Universidad Católica Sede

Ambato, Ambato. Recuperado de https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/7396

Ordóñez, J. (2021). *Ideación suicida: Conceptualización y aspectos de la medida* (Tesis doctoral, Universidad de Almería). Universidad de Almería, España. Recuperado de http://hdl.handle.net/10835/12138

Ordoñez-Pacheco, Á. F. (2025). Metodología académica con aplicación a las investigaciones sociales: Enfoques, tipos, métodos y diseños. *Sociedad & Tecnología, 8*(2), 335–357. doi:10.51247/st.v8i2.484

Organización Mundial de la Salud. (2025, marzo 25). Suicidio. Recuperado el 12 de abril de 2026, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada* (Versión 2.0). Washington, DC: OPS. Recuperado de https://iris.paho.org/items/732dc5f7-fbc2-48eb-8022-1aecbfe99daa

Palella, S., & Martins, F. (2012). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

Paricahua-Peralta, J. N., Estrada-Araoz, E. G., León-Hancco, L. B., Avilés-Puma, B., Roque-Guizada, C. E., Zevallos-Pollito, P. A., … Isuiza-Perez, D. D. (2024). Assessment of the mental health of university students in the Peruvian Amazon: A cross-sectional study. *Salud, Ciencia y Tecnología, 4*. doi:10.56294/saludcyt2024879

Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry, 124*(582), 460–469. doi:10.1192/bjp.124.5.460

Phillips, M. L., Ladouceur, C. D., & Drevets, W. C. (2008). A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: Implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry, 13*(9), 833–857. doi:10.1038/mp.2008.65

Reymundo-Sánchez, B. L., Matías-Pérez, D., Mendoza-García, C. A., & García-Montalvo, I. A. (2025). Prevalence of suicidal ideation, depression, and family dysfunction in first-year students of the Bachelor's Degree in Medical Surgery at the Universidad Regional del Sureste. *Frontiers in Education, 10*. doi:10.3389/feduc.2025.1595327

Richardson, L., Long, E., Goodfellow, C., Milicev, J., & Gardani, M. (2024). Starting an undergraduate degree amid the COVID-19 pandemic: A mixed-method egocentric network study on student loneliness. *PLoS ONE, 19*(2). doi:10.1371/journal.pone.0297953

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating, and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 57*, 141–163. doi:10.1016/J.CPR.2017.09.002

Teachman, B. A., Joormann, J., Steinman, S. A., & Gotlib, I. H. (2012). Automaticity in anxiety disorders and major depressive disorder. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 575–603. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.004

Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L., & Sarmiento-López, J. C. (2016). Suicide risk according to the negative cognitive triad, ideation, despair, and depression. *Aquichan, 16*(4), 473–486. doi:10.5294/aqui.2016.16.4.6

Torres, C., Otero, P., Bustamante, B., Blanco, V., Díaz, O., & Vázquez, F. L. (2017). Mental health problems and related factors in Ecuadorian college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(5). doi:10.3390/ijerph14050530

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers, 5*(1), 74. doi:10.1038/s41572-019-0121-0

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575–600. doi:10.1037/a0018697

Vinaccia, S., & Ortega, A. (2020). Variables asociadas a la ansiedad-depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica, 19*, 1–13. doi:10.11144/Javeriana.upsy19.vaad

Viteri-Miranda, V., Regatto-Bonifaz, J., Moreta-Herrera, R., Jiménez-Borja, M., & Jiménez-Mosquera, C.-J. (2025). Validity and reliability of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-16-item version (DERS-16) with university students in Ecuador. *Psychology in Russia: State of the Art, 18*(3), 108–123. doi:10.11621/pir.2025.0307

Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology, 31*(3), 899–915. doi:10.1017/S0954579419000348

Xiong, W., Quinney, B., King, D. L., Ali, K., Radunz, M., Zhao, Y., … Fassnacht, D. B. (2025). Cross-sectional study investigating the mental health and wellbeing of university students in Australia. *International Journal of Intercultural Relations, 107*. doi:10.1016/j.ijintrel.2025.102187

Zeifman, R. J., Antony, M. M., & Kuo, J. R. (2020). When being imperfect just won't do: Exploring the relationship between perfectionism, emotion dysregulation, and suicidal ideation. *Personality and Individual Differences, 152*, 109612. doi:10.1016/j.paid.2019.109612

ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

Proyecto: Predictores cognitivo-emocionales de la salud mental positiva y negativa en población universitaria
UNIVERSIDADES COOPERANTES

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, se solicita su autorización para incluirle como participante en la investigación denominada “Predictores cognitivo-emocionales de la salud mental positiva y negativa en población universitaria”. La cual se lleva a cabo en el Ecuador y otros países de América Latina durante los años 2024 a 2027.

La investigación es dirigida por los profesores Rodrigo Moreta-Herrera, Marlon Mayorga y Catherine Shugulí de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. El profesor Janio Jadán de la Universidad Tecnológica Indoamérica de Ecuador. La profesora Paulina Gordón Villalba de la Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. El profesor Aitor Larrázabal de la Universidad del País Vasco, España. El objetivo de esta investigación consiste en conocer la respuesta en salud mental y el desempeño académico en estudiantes universitarios de América Latina y los predictores cognitivos y emocionales asociados.

En esta carta le pedimos a usted su consentimiento para participar en esta investigación, así como para usar la información obtenida de su participación exclusivamente con fines científicos. En el caso de su aceptación Ud. tendrá que llenar fichas de evaluación sociodemográfica e instrumentos de medición entorno a las temáticas señaladas. La colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo. Su participación será anónima, y su nombre no aparecerá de ningún modo, ni en los instrumentos, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos, y será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las

preguntas formuladas en el proyecto de investigación. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso de que lo estime pertinente usted puede recurrir a los directores del proyecto para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Sus dudas o comentarios pueden ser remitido al correo: moreta@pucesa.edu.ec

Por último, si usted acepta participar, marque con un visto la casilla de autorización.

1. Consentimiento de participación *

Selecciona todos los que correspondan.

☐ Acepto mi participación voluntaria.
☐ Mi representante autorizó mi participación

Anexo 2. Ficha Sociodemográfica *ad-hoc*

2. País *

Seleccione su país de origen.

☐ Ecuador

☐ El Salvador

☐ Colombia

☐ Paraguay

☐ Perú

☐ Uruguay

☐ México

☐ Argentina

☐ Chile

☐ España

☐ Bolivia

☐ Guatemala

3. Indique su universidad o centro de estudios *

_____

4. Carrera que cursa *

_____

5. Ciudad de domicilio *

_____

6. ¿Su centro de estudios es? *

Marca solo un óvalo.

☐ Público

☐ Privado

7. Indique su edad (coloque solo los números, por ejemplo: [18]) *

_____

8. Sexo *

Marca solo un cuadrado.

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ No binario

☐ Otro

Si señaló otro, indique cuál:

9. Mi hogar se encuentra en el sector *

Marca solo un cuadrado.

☐ Urbano

☐ Rural

10. Autoidentificación étnica *

Marca solo un cuadrado.

☐ Mestizo/a

☐ Indígena

☐ Blanco/a

☐ Afrodescendiente

☐ Campesino, montubio u otros similares

11. Estado civil *

Marca solo un cuadrado.

☐ Soltero/a

☐ Unión libre

☐ Casado/a

☐ Separado/a

☐ Divorciado/a

☐ Viudo/a

12. Indique su semestre (calcule los semestres en caso de ser anual) de estudios

Coloque únicamente el número. Por ejemplo: [2]

_____

13. ¿Actualmente se encuentra repitiendo nivel? *

Marca solo un cuadrado.

☐ Sí

☐ No

14. ¿Actualmente se encuentra arrastrando alguna asignatura? *

Marca solo un cuadrado.

☐ Sí

☐ No

15. [Pregunta no visible completamente en la captura] *

Marca solo un cuadrado.

☐ Sí

☐ No

16. ¿Presenta usted actualmente problemas en sus estudios? *

Marca solo un cuadrado.

☐ Sí

☐ No

17. ¿Su nivel de rendimiento académico es? *

Marca solo un cuadrado.

☐ Malo

☐ Regular

☐ Bueno

☐ Muy bueno

☐ Sobresaliente

18. ¿Mi dedicación a los estudios es? *

Marca solo un cuadrado.

☐ Estudiante de tiempo completo

☐ Combino mis estudios con actividades laborales

19. Usted o en su domicilio se dispone de esto? Marque cada una de aquellas que disponga. *

Selecciona todos los que correspondan.

☐ Teléfono fijo

☐ Teléfono celular propio

☐ Internet

☐ Televisión por cable o satelital

☐ Tablet personal

☐ Computador

☐ E-mail personal

20. ¿Usted dispone de las siguientes redes sociales? *

Selecciona todos los que correspondan.

☐ WhatsApp

☐ Facebook

☐ Instagram

☐ Tik-Tok

☐ Telegram

☐ Snap Chat

☐ X, antes Twitter

Otro: _____

Anexo 3. *Difficulties in Emotion Regulation Scale – 16 ítems* (*DERS-16*)

Por favor, lee las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase la opción que más se acerca, según la escala que aparece a continuación.

Ítem	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
Me cuesta entender mis sentimientos.	☐	☐	☐	☐	☐
Estoy confuso sobre lo que siento.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, pierdo el control.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, me siento fuera de control.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil.	☐	☐	☐	☐	☐

Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordantes.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo 4. *Paykel Suicide Scale (PSS)*

Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y marque la opción que mejor describa su experiencia.

Ítem	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente
¿Has sentido que la vida no merece la pena?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Has llegado al punto en el que consideraras realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre	☐	☐	☐	☐	☐

cómo lo harías?					
¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	☐	☐	☐	☐	☐