



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Psicología**

**Escuela Profesional de Psicología**

**Desregulación emocional e ideación suicida en  
estudiantes de Medicina de una universidad estatal de  
Lima Metropolitana**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Psicólogo

**AUTOR**

Ernesto Gerardo CANCHARI CAMPOS

**ASESOR**

Dra. Ana Esther DELGADO VÁSQUEZ

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Canchari, E. (2024). *Desregulación emocional e ideación suicida en estudiantes de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Escuela Profesional de Psicología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Ernesto Gerardo Canchari Campos
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	74760567
URL de ORCID	No aplica
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Ana Esther Delgado Vásquez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07364955
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-5649-1262">https://orcid.org/0000-0002-5649-1262</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Carmen Leni Alvarez Taco
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07461434
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Cristian Alfonso Solano Melo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40289653
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Susana Consuelo Roggero Rebaza
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40186947
<b>Datos de investigación</b>	

Línea de investigación	B.5.2.1. Promoción y prevención de la salud mental.
Grupo de investigación	APINTPEN
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Universidad Nacional Mayor de San Marcos País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Calle: Av. Miguel Grau 755 Latitud: -12.05777778 Longitud: - 77.02305556  12°03'28"S 77°01'23"O
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Octubre 2021 - Mayo 2023
URL de disciplinas OCDE	Psicología <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02</a>



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Escuela Profesional de Psicología**

Calle Germán Amézaga N° 375, Lima (Ciudad Universitaria)  
Central Telefónica 6197000, anexo 3213, fax 3209

## ACTA

Siendo las 14:00 horas del día 25 de abril del 2024, se dieron cita en el Mini Auditorio del Pabellón de la Facultad de Psicología, bajo la presidencia de la **Dra. CARMEN LENI, ALVAREZ TACO**, los catedráticos Miembros del Jurado que suscriben la presente Acta y el postulante al Título Profesional de Psicólogo, Bachiller **CANCHARI CAMPOS, ERNESTO GERARDO**; quien a invitación del Presidente expuso y sustentó su trabajo de tesis titulado: “**DESREGULACIÓN EMOCIONAL E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD ESTATAL DE LIMA METROPOLITANA**”, al concluir con la sustentación absolvió las preguntas pertinentes.

Finalizando el acto de sustentación, la Presidenta del Jurado invitó al postulante y asistentes a retirarse del recinto para dar inicio a la deliberación evaluativa; a su término cada Miembro del Jurado hizo entrega a la Presidenta en sobre cerrado sus respectivas calificaciones, habiendo obtenido la postulante al Título Profesional de Psicólogo el promedio de:

18 (Dieciocho) Aprobado con mención honrosa

Seguidamente, la Presidenta del Jurado invitó al salón de grados, tanto al postulante como a los asistentes a fin de comunicarle el resultado obtenido en el presente proceso.

El Jurado dispuso que se extendiera la presente acta como constancia de titulación por la Modalidad de Presentación y Sustentación de Tesis.

**Dra. CARMEN LENI ALVAREZ TACO**  
PRESIDENTA

**Dra. ANA ESTHER DELGADO VÁSQUEZ**  
ASESORA

**Mg. CRISTIAN ALFONSO SOLANO MELO**  
MIEMBRO

**Mg. SUSANA CONSUELO ROGGERO REBAZA**  
MIEMBRO



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

Universidad del Perú. Decana de América

**Vicerrectorado de Investigación y Posgrado**



## **CERTIFICADO DE SIMILITUD**

Yo Ana Esther Delgado Vásquez en mi condición de asesora acreditada con la Resolución Decanal N°000704-2023-D-FPSI-UNMSM de la tesis, cuyo título es **Desregulación emocional e ideación suicida en estudiantes de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana**, presentada por el bachiller **Ernesto Gerardo Canchari Campos** para optar el título de PSICÓLOGO, CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **16%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesora \_\_\_\_\_



**UNMSM**

Firmado digitalmente por DELGADO  
VASQUEZ Ana Esther FAU  
20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 27.03.2024 18:48:25 -05:00

DNI: 07364955

Nombres y apellidos del asesor: Ana Esther Delgado Vásquez



## DEDICATORIA

A mi madre, por su infinito amor,  
apoyo, cuidado, crianza y confianza brindada  
desde que vine a este mundo.

A mi padre, por la educación que me dio y la  
disciplina que siempre me ha inculcado, así como a  
su pareja, por su apoyo y preocupación hacia mí.

A mis abuelos, quienes ya no están, pero que  
en vida me cuidaron y ayudaron siempre.

A Ana Carolina, por su compañía, apoyo  
incondicional, calidez, escucha y por creer en mí.

A mis amigos, por su soporte,  
confianza y presencia en mis experiencias de  
vida universitaria y personal.

A Fanny y Cleo, mis mascotas,  
quienes son parte de mí, y también por las que  
no pudieron seguir a mi lado.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, porque ellos representan el motivo, la fortaleza y luz que guía mi camino en el día a día; por la educación basada en principios y valores que siempre me dieron; por el amor incondicional que les tengo; y por ser lo más importante de mi mundo bajo la piel.

A mi asesora de tesis, la Dra. Ana Delgado, a quien admiro y respeto mucho, por permitirme ser su alumno y demostrarle estar a la altura de las circunstancias y retos académicos; por su encomiable labor como docente y profesional; y por supuesto, por su guía y enseñanzas en este proceso el cual fue bien recibido y aprovechado.

A mí mismo, por el esfuerzo, dedicación y determinación para con mis objetivos propuestos; porque a pesar de las dificultades y vicisitudes que la vida me puso, seguí adelante.

A la vida, por permitirme conocer personas que me ayudaron a ser quien soy y también por permitirme conocer lo compleja, desafiante y hermosa que es la Psicología.

## ÍNDICE

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>9</b>
1.1 Formulación del problema	9
1.2 Objetivos	14
1.2.1 Objetivos generales	15
1.2.2 Objetivos específicos	15
1.3 Justificación e importancia	15
1.4 Limitaciones	16
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
2.1 Antecedentes de investigación	17
2.1.1 Investigaciones internacionales	17
2.1.2 Investigaciones nacionales	19
2.2 Bases teórico - científicas	22
2.2.1 Desregulación emocional	22
2.2.1.1 Emociones	22
2.2.1.2 Regulación emocional y modelos teóricos	22
2.2.1.3 Dificultades en la regulación emocional	26
2.2.1.4 Desregulación emocional y psicopatología	28
2.2.2 Ideación suicida	29
2.2.2.1 Conducta suicida	29
2.2.2.2 Factores relacionados a la conducta suicida	30
2.2.2.3 Teorías psicológicas de la conducta suicida	32
2.2.2.4 Conducta suicida y trastornos psicológicos	35
2.3 Definición de términos básicos	36
2.4 Formulación de hipótesis	36
<b>CAPÍTULO III: MÉTODO</b>	<b>38</b>
3.1 Tipo y nivel de investigación	38

	2
3.2 Diseño de investigación	38
3.3 Variables	39
3.4 Población y muestra de estudio	40
3.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos	40
3.5.1 Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)	40
3.5.2 Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)	42
3.6 Procedimiento de recolección de datos	44
3.7 Procesamiento y análisis de datos	45
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>46</b>
4.1 Análisis psicométrico de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)	46
4.1.1 Validez	46
4.1.2 Análisis de ítems y confiabilidad	47
4.2 Análisis psicométrico del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)	47
4.2.1 Validez	47
4.2.2 Análisis de ítems y confiabilidad	47
4.3 Análisis descriptivo	48
4.4 Contrastación de hipótesis	52
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>56</b>
5.1 Análisis y discusión de resultados	56
5.2 Conclusiones	63
5.3 Recomendaciones	64
<b>REFERENCIAS</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>73</b>
Anexo A. Consentimiento informado	74
Anexo B. Análisis psicométrico de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)	75
Anexo C. Análisis psicométrico del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)	81

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Distribución de frecuencias y porcentajes según el sexo de los participantes</i>	48
Tabla 2	<i>Distribución de frecuencias y porcentajes de los puntajes totales de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional</i>	49
Tabla 3	<i>Distribución de frecuencias y porcentajes de los puntajes totales del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa</i>	51
Tabla 4	<i>Prueba de bondad de ajuste Shapiro – Wilk para los puntajes de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional y del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa</i>	52
Tabla 5	<i>Correlación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana</i>	53
Tabla 6	<i>Correlación entre la desregulación emocional y la ideación suicida negativa en los estudiantes de la muestra</i>	53
Tabla 7	<i>Correlación entre la desregulación emocional y la ideación suicida positiva en los participantes de la investigación</i>	54
Tabla 8	<i>Prueba U de Mann Whitney de la diferencia de media de rangos de los puntajes de la desregulación emocional según el sexo de los participantes</i>	54
Tabla 9	<i>Prueba U de Mann Whitney de la diferencia de media de rangos de los puntajes de la ideación suicida entre los participantes varones y mujeres</i>	55
Tabla 10	<i>Validez de contenido por criterio de jueces de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional - DERS</i>	75
Tabla 11	<i>Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Claridad de la DERS</i>	76
Tabla 12	<i>Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Conciencia de la DERS</i>	77
Tabla 13	<i>Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Impulsos de la DERS</i>	77
Tabla 14	<i>Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Metas de la DERS</i>	78
Tabla 15	<i>Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión No Aceptación de la DERS</i>	78
Tabla 16	<i>Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Estrategias de la DERS</i>	79
Tabla 17	<i>Análisis de ítems y confiabilidad de la DERS total</i>	80
Tabla 18	<i>Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI</i>	81
Tabla 19	<i>Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Ideación Suicida Negativa del PANSI</i>	82
Tabla 20	<i>Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Ideación Suicida Positiva del PANSI</i>	82
Tabla 21	<i>Análisis de ítems y confiabilidad del PANSI total</i>	83

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	<i>Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional (Hervás, 2011)</i>	25
Figura 2	<i>Los tres pasos del suicidio (Klonsky y May, 2015)</i>	34

## RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivos analizar la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida, así como comparar tales variables en función al sexo en una muestra de 166 estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional y los instrumentos de medición empleados fueron la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). Asimismo, se realizó el análisis psicométrico de dichos instrumentos; la validez de contenido se realizó mediante el método de criterio de jueces y la confiabilidad se efectuó con el método de consistencia interna del alfa de Cronbach; la recolección de datos se realizó por modalidad virtual de forma sincrónica. Los resultados obtenidos muestran una correlación directa y estadísticamente significativa entre las variables analizadas; por otro lado, según el sexo, se halló que no había diferencias significativas en la variable desregulación emocional, pero sí en la variable ideación suicida. Por lo tanto, se concluye que a mayor desregulación emocional existirá más ideación suicida en el estudiante de Medicina. En términos de diferencia en función al sexo ésta se presenta solo en lo referido a la ideación suicida.

Palabras clave: Desregulación emocional, regulación emocional, ideación suicida, conducta suicida, estudiantes de medicina, universitarios.

## ABSTRACT

The objectives of this investigation are analyzing the relationship between the emotion dysregulation and the suicidal ideation, as well as comparing such variables based on the sex of a 166 second-year medicine students sample, belonging to a state university in Metropolitan Lima. The study's design was correlational descriptive and the measuring tools applied were the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and the Positive and Negative Suicidal Ideation Inventory (PANSI). In addition, a psychometric analysis of these tools was performed; the content validity was developed through the judges criterion method, and the reliability was done with the internal consistency method of Cronbach's alpha; data collection was carried out synchronously via virtual mode. The results obtained show a statistically significant and direct correlation between the analyzed variables; on the other hand, according to sex, no significant differences were detected in the emotional dysregulation variable, except in the suicidal ideation variable. Hence, it is concluded that the more emotional dysregulation, the greater Medicine student's suicidal ideation. In terms of difference according to sex this occurs only in relation to suicidal ideation.

Key words: Emotional dysregulation, emotional regulation, suicidal ideation, suicidal behavior, medical students, university students.

## INTRODUCCIÓN

El contexto universitario médico se caracteriza por una exposición a diversas fuentes de estrés que podrían repercutir negativamente en la salud mental de los estudiantes (Cruzado, 2016). Los trabajos académicos, los exámenes, la sobrecarga, la falta de tiempo y la presión constante de estudiar, además de otros factores extraacadémicos, suelen elevar los niveles de estrés y, por ende, vulnerar al estudiante a padecer problemáticas emocionales tales como ansiedad y depresión (Bedoya-Lau et al., 2014; Lemos et al., 2018). Este deterioro en la salud mental podría acarrear consecuencias nefastas en la integridad del estudiante, siendo incluso irreversibles.

A nivel mundial, se estima que anualmente se suicidan más de 800 000 personas, asimismo, en las universidades existen más de 1000 suicidios por año (American Association of Suicidology, 2006; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). La conducta suicida en los estudiantes universitarios es un fenómeno de compleja comprensión, puesto que, es una etapa de la vida que generalmente se caracteriza por ilusión y planificación hacia el futuro; sin embargo, cada vez se presenta con mayor frecuencia en esta población (Jiménez, 2008).

En el presente estudio se planteó como objetivos analizar la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana, así como, comparar tales variables según el sexo en la muestra seleccionada. Para lo cual, esta investigación se encuentra dividida en cinco capítulos.

En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, en donde se proponen las preguntas de investigación; asimismo, se exponen los objetivos, la justificación e importancia del estudio y, por último, las limitaciones del mismo.

En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico. Primero, se dan a conocer las investigaciones antecedentes de tipo internacionales, así como las nacionales; seguidamente, se exponen las bases teóricas-científicas, donde se fundamentan las variables de estudio; también, se definen los conceptos básicos y, por último, se formulan las hipótesis respectivas.

En el capítulo III, se muestra el método utilizado en el estudio. En principio, se describe el tipo y nivel de investigación, así como el diseño del mismo; luego, se presentan las variables relacionadas, la población y la muestra de la investigación; adicionalmente, se detallan los instrumentos usados y el procedimiento de recolección de datos; finalmente, se señala el procesamiento estadístico y análisis de datos empleado.

En el capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos. En este punto se muestra el análisis psicométrico de cada instrumento, así como los análisis descriptivos y las tablas con sus descripciones, por último, los respectivos estadísticos según los objetivos planteados.

En el capítulo V, se expone el análisis y la discusión de los resultados de la investigación, donde los mismos se relacionan y contrastan con otros estudios, con los antecedentes y el marco teórico. Finalmente, se plantean las conclusiones y las recomendaciones debidas.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Formulación del problema

La salud mental es el estado de bienestar donde las personas reconocen sus habilidades, son capaces de afrontar las demandas estresantes de la vida, trabajan productivamente y contribuyen a la mejora de su sociedad, también, alude al desarrollo de competencias individuales, con el fin de alcanzar objetivos personales (OMS, 2004). Dado los acontecimientos en los últimos años, como fue la crisis pandémica por la COVID-19, las afecciones de salud mental en la población general se han agravado. Ello se observó en cinco países latinoamericanos (México, Cuba, Guatemala, Chile y Colombia) donde se analizó el impacto psicológico en términos de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes y adultos, cuyos resultados reflejaron indicadores preocupantes (Palomera-Chávez et al., 2021). A nivel nacional, también se observaron dichas alteraciones emocionales (reacción al estrés, ansiedad y depresión), incluso, el personal de salud que atendía casos

sospechosos o confirmados, también presentaba afecciones en su salud mental, particularmente en las profesionales mujeres (Huarcaya-Victoria, 2020). De la misma forma, la población universitaria que estudia ciencias de la salud no queda exenta a tales problemáticas, específicamente en estudiantes de medicina, los cuales sugieren una alta prevalencia de depresión, ansiedad y angustia psicológica en general, en comparación con la población común (Dyrbye et al., 2006). Además, suelen recibir una formación académicamente exigente, con entornos estresantes, competitivos y, sobretodo, abusivos o donde el maltrato al estudiante se ha normalizado (Cruzado, 2016; Maida et al., 2006).

En ese contexto, si bien la parte académica es importante para una sólida formación de los futuros médicos, también lo es el manejo adaptativo de las emociones y las estrategias que dispone el estudiante para afrontar situaciones estresantes y desempeñarse adecuadamente; sin embargo, cuando no es así puede resultar inefectiva la forma de gestionar las emociones, es decir, dificultades en la regulación emocional (desregulación emocional), la cual consiste en una habilidad reducida o limitada para regular o modular la emoción intensa (Vargas y Muñoz-Martínez, 2013), tornándose así desadaptativa para la persona.

Así pues, este aspecto no pasa desapercibido en el contexto universitario y la realidad refleja dichas dificultades emocionales. En España, la prevalencia de ansiedad (54.9%) y depresión (60.9%) en estudiantes de medicina de primer a sexto año resulta considerable, con diferencias en función al sexo y año cursado (Gutiérrez et al., 2021). El contexto latinoamericano tampoco queda exento a esta coyuntura. En Colombia, se observó una prevalencia cuantiosa de estrés (64%), depresión (56.2%) y ansiedad (48.3%) en universitarios de medicina, además, estos presentaban dificultades de afrontamiento (Lemos et al., 2018). Por otro lado, en Chile, un 27% de estudiantes de

pregrado cumplen con los criterios diagnósticos de depresión, otro 10.4% para trastorno bipolar y un 5.3% está en riesgo moderado de suicidio; otro estudio, específicamente en estudiantes del primer año de medicina, constató altos niveles de sintomatología depresiva-ansiosa y de estrés, además, de una relación inversa con habilidades de manejo emocional (Baader et al., 2014; Barraza-López et al., 2017). A nivel nacional, la situación tampoco queda ajena a tales circunstancias. En siete departamentos del país, se encontró que algunos hábitos estresantes como trabajar y estudiar más horas al día, son predisponentes a una condición depresiva en el estudiante de medicina peruano (Vargas et al., 2017). Por otra parte, en una universidad privada de Lima, el 75% de los estudiantes de primer año de medicina presentaron elevada sintomatología ansiógena durante la pandemia y en las mujeres se presentó con más frecuencia (Saravia-Bartra et al., 2020). Asimismo, en otra universidad privada de la misma ciudad, se comparó cómo difiere la desregulación emocional en las carreras de medicina y psicología, y se constató que los de la primera carrera presentaron mayores dificultades (Ypanaqué, 2020).

Otro aspecto particular a considerar en esta problemática tiene que ver con las diferencias en función al sexo, ya que, un estudio en universitarios españoles concluyó que las mujeres poseían mayor inteligencia emocional (percepción, comprensión y regulación sobre las emociones) que los varones (Gutiérrez, 2020); no obstante, otro estudio en universitarios colombianos reconoció la influencia del sexo en las habilidades emocionales, pues, evidenció mayores habilidades en los varones que en las mujeres (Suárez y Wilches, 2015). Asimismo, en universitarios peruanos, en cuanto a estrategias cognitivas de regulación emocional, se encontró que las mujeres empleaban la *catastrofización* más que los varones y, estos, mayor *aceptación* respecto a ellas, lo cual, indica un mejor manejo emocional en el grupo varonil (Dominguez-Lara, 2019).

En base a lo descrito, es evidente que los problemas emocionales sugieren gran interés e importancia en contextos universitarios demandantes como la carrera de Medicina. Estas dificultades emocionales podrían predisponer altamente al estudiante a llevar a cabo otras conductas de riesgo como el abuso de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, también, podrían aumentar la comorbilidad psiquiátrica, incluso, presentar ideaciones suicidas (Cruzado, 2016). En ese sentido, la ideación suicida hace alusión a pensamientos pasivos (ideas de muerte) o pensamientos activos (ideas de quitarse la vida uno mismo, no necesariamente con un plan específico); asimismo, es la forma más común de conducta suicida y precursora de otras conductas más graves (OMS, 2012; Konick y Gutierrez, 2005, citado en Villalobos, 2009).

El fenómeno del suicidio, o, conducta suicida, se considera un grave problema de salud pública mundial, ya que representó la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de ambos sexos (OMS, 2019). Por tal razón, se disponen de políticas públicas dirigidas a la *prevención de la conducta suicida* (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2016), así como a nivel nacional, existen programas para la *prevención del suicidio* (Ministerio de Salud [MINSAL], 2022), las cuales apuntan al mismo fin, reducir las tasas de suicidio en la población. Propiamente, en el entorno universitario, existen estudios que documentan el inicio del espectro suicida y subrayan un riesgo en el estudiantado. En Estados Unidos, un estudio metaanalítico estimó una prevalencia general del 27.2% de síntomas depresivos y un 11.1% de suicidio ideado en estudiantes de medicina, situándolos en grupo de riesgo (Rotenstein et al., 2016). En Latinoamérica, también hay indicadores que llaman la atención. En jóvenes universitarios de Puerto Rico, se reportó la incidencia de un 9.9% de la población que realizó algún acto suicida durante sus vidas, así como de un 8.5% con ideación suicida en el último año (mayormente en mujeres) y casi el 50% del estudiantado era del área de ciencias (Vélez-

Pérez et al., 2017). Asimismo, en México, la sintomatología depresiva resultó ser la variable de riesgo más relacionada a la ideación suicida en universitarios de primer año del área de salud: medicina, enfermería, odontología, psicología, nutrición, etc. (Solís-Cámara et al., 2018). Por otro lado, en Colombia, la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina fue de 16%, mientras que el 5% reportó haber realizado por lo menos un intento autolítico; ello se vinculó estrechamente con síntomas depresivos y consumo de sustancias ilícitas (Pinzón-Amado et al., 2013). En el ámbito nacional, la situación también se manifiesta preocupante. En Lima, estudiantes de pregrado de una universidad pública presentaron prevalencias de ideación, planificación e intento suicida en un 22.4%, 17.7% y 11.1%, respectivamente, en el último año (Perales et al., 2019). Del mismo modo, pero en una universidad privada, estudiantes de medicina que cursaban el primer año presentaron: pensamientos suicidas (34.3%), deseos de morir (22.4%) e intentos suicidas (19.4%), representando así un grupo vulnerable, además, se asoció a la disfunción familiar e indicios de depresión y ansiedad (Sindeev et al., 2019).

En esa línea, es importante destacar las diferencias respecto al sexo. A escala global, la proporción de muerte por suicidio de hombres respecto a mujeres es de 4:1; sin embargo, aquellas realizan tres veces más intentos suicidas que los hombres (Echeburúa, 2018). En cuanto a las ideaciones suicidas, un estudio en adolescentes españoles demostró una mayor prevalencia en mujeres cuando se comparó con los varones (Fonseca-Pedrero et al., 2018). Dicho indicador es coherente con un estudio epidemiológico nacional de salud mental, donde además de encontrarse que los deseos de quitarse la vida representaron el 23%, los pensamientos casi el 9% y los planes en un 3.5% de la población adulta limeña, también se observó que dichos indicadores fueron mayores en las mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM] “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2019).

Al hilo de lo expuesto, existe evidencia empírica que muestra un acercamiento entre la regulación emocional, la conducta suicida y los factores asociados en universitarios. Por un lado, se identificaron tasas de prevalencia del 38.5% en ansiedad, 15.8% en depresión y 11.6% en suicidio ideado en universitarios de medicina españoles, con diferencias de sexo en lo último; además, dichos indicadores fueron mayores en comparación con la población general (Álvarez et al., 2020). Por otro lado, en universitarios colombianos se observó una relación significativa e inversa entre el riesgo suicida con la inteligencia emocional y la autoestima, con mayor diferencia de mujeres sobre los hombres en cuanto al riesgo, lo cual sugiere que las habilidades emocionales y la autoestima representan factores protectores (Gómez et al., 2020). Otro estudio en ese país, identificó que los principales factores relacionados a la ideación suicida en universitarios fueron los eventos vitales estresantes, la impulsividad y la depresión (Siabato y Salamanca, 2015).

A pesar de que existen diferentes estudios sobre las variables citadas, se identificaron escasas investigaciones nacionales que vinculan la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes de ciencias de la salud, concretamente de Medicina; por ello, la labor profesional-investigativa del psicólogo es seguir contribuyendo con estudios que permitan identificar la relación entre las variables mencionadas, con el fin de realizar acciones preventivo-promocionales basadas en evidencia. Por lo anteriormente mencionado, se proponen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana?

¿Difieren la desregulación emocional y la ideación suicida entre los estudiantes varones y mujeres de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana?

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivos generales

- Analizar la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Comparar la desregulación emocional y la ideación suicida entre los estudiantes varones y mujeres de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Describir la desregulación emocional en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Describir la ideación suicida en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Establecer la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida negativa en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Establecer la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida positiva en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Comparar la desregulación emocional entre los estudiantes varones y mujeres de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Comparar la ideación suicida entre los estudiantes varones y mujeres de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

### 1.3 Justificación e importancia

La concepción de regulación emocional como proceso común en los diferentes diagnósticos clínicos en salud mental, en el sentido de dificultades o déficits emocionales, resulta clínicamente relevante no solo teóricamente, sino también, en el abordaje de diversas psicopatologías (Paredes-Rivera et al., 2021). Igualmente, la investigación ha evidenciado la conexión de dicho componente con la conducta suicida en sus diferentes manifestaciones (Turton et al., 2021), lo cual conduce a una mejor comprensión del fenómeno, el cual viene siendo un problema de salud pública mundialmente. En ese sentido, el estudio resulta relevante socialmente, ya que impulsará a la mejora y cumplimiento de políticas públicas, internacionales y nacionales, enfocadas en la *prevención del suicidio* desde un enfoque interdisciplinario, apuntando principalmente a la reducción del estigma social, de los factores de riesgo y mejora del acceso a la atención de salud mental (MINSa, 2022; OPS, 2016).

Ante la escasez de estudios nacionales en estudiantes universitarios ligados al área de salud, específicamente de la carrera de Medicina, la presente investigación contribuye a dotar de más visibilidad a esta población, ampliar la información, desarrollar datos antecedentes, generar instrumentos evaluativos y sensibilizar la importancia de una adecuada regulación emocional para la formación íntegra del futuro profesional de la salud que tiene que lidiar con situaciones y demandas estresantes en su día a día.

Por tal motivo, se espera que, con los resultados obtenidos, se puedan desarrollar programas preventivos sobre habilidades de regulación emocional en el ámbito universitario, específicamente en el área de salud, de manera que se mitigue el riesgo de suicidio y los estudiantes aprendan a relacionarse mejor con sus emociones.

#### 1.4 Limitaciones

La principal limitación del estudio es de tipo metodológico, puesto que se utilizó un muestreo no probabilístico e intencionado, por lo que los resultados no pueden ser generalizados a otra población de donde no se extrajo la muestra. Asimismo, la muestra se limitó a estudiantes de segundo año debido a que la Facultad de Medicina solo dio la autorización para trabajar en ese nivel de estudio.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

A continuación, se exponen los antecedentes de las variables de estudio y su relación; también, se fundamentan teóricamente cada una de ellas siguiendo una estructura didáctica que va de lo general a lo particular, por último, se formulan las hipótesis respectivas.

#### 2.1 Antecedentes de investigación

##### 2.1.1 Investigaciones internacionales

En Colombia, Suárez et al. (2016) estudiaron la vinculación de la ideación suicida y la inteligencia emocional en 186 alumnos de una universidad estatal. Para recoger información sobre estas variables se aplicó el Inventario de Ideación Suicida de Beck (ISB) y la Escala Rasgo de Meta-Conocimiento Emocional (TMMS). Los resultados evidenciaron que el mantenimiento de ideas suicidas en dichos estudiantes estaba relacionado a las dificultades en la comprensión de sus estados emocionales, así como en reparar emociones negativas y su afrontamiento.

Por otro lado, Fang et al. (2019) investigaron el papel mediador de la alexitimia en la relación de la atención plena (mindfulness) y el riesgo de suicidio en 2953 estudiantes de primer año de una universidad médica de China. Para la medición de variables usaron la Escala de Atención y Conciencia de Mindfulness (MASS), el Cuestionario Conductas Suicidas – Revisado (SBQ-R) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). En base a los resultados, reportaron una relación negativa entre la atención plena y el riesgo de suicidio, asimismo, la alexitimia fue mediadora entre dichas variables solo en las estudiantes mujeres.

En España, Atienza-Carbonell y Balanzá-Martínez (2020) estudiaron la prevalencia de síntomas depresivos e ideación suicida en 858 universitarios de la Facultad de Medicina de Valencia. Para la medida se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Los resultados evidenciaron que más de un tercio de la muestra (39.1%) presentaba síntomas depresivos y poco menos de la quinta parte (15.8%) ideación suicida reciente.

En Chile, Kobus et al. (2020) determinaron la prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida en 857 estudiantes de medicina. Los instrumentos fueron: el Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y algunas preguntas de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) sobre riesgo de suicidio. Dado lo encontrado, se reporta una prevalencia mayor de dichas variables en la muestra en comparación con la población general chilena.

En China, Yang et al. (2021) exploraron la relación entre reactividad emocional, desregulación emocional, ideación suicida e intento de suicidio en 1596 universitarios, la muestra se dividió en tres grupos (no ideadores, ideadores e

intentos suicidas). Los instrumentos fueron los siguientes: Escala de Reactividad Emocional (ERS), la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS), Inventario de Síntomas (SCL-90), el inventario Ideación Suicida de Beck (ISB) y Entrevista sobre Pensamientos y Conductas Autolesivas. Los resultados muestran que, a diferencia de los no ideadores, los ideadores suicidas presentaron mayores problemas con la reactividad emocional y dificultad en la gestión emocional.

Por su parte, Cuadra-Peralta et al. (2021) estudiaron acerca de la prevalencia y la relación de ideación suicida con la salud mental (depresión, ansiedad, estrés y desregulación emocional) en 1083 adolescentes (entre 12 y 20 años) de Chile. Se recabó los datos mediante el Cuestionario de Autolesiones (SHQ), la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS). Los resultados demostraron diferencias significativas en función al sexo, ya que las mujeres presentaron mayor ideación suicida que los varones, así como correlaciones positivas y significativas en las variables estudiadas con la ideación suicida.

### 2.1.2 Investigaciones nacionales

En el contexto nacional se identificaron escasos estudios que propongan la vinculación entre ambos constructos, por lo que se optó por aproximar variables. En ese sentido, Abanto (2018) realizó su investigación con el objetivo de determinar la influencia del estrés, ansiedad y depresión en la ideación suicida en 422 estudiantes de Medicina de una universidad de Trujillo. El instrumento de medida fue la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Cuestionario de Conductas Suicidas (SBQ-R). En base a los resultados, se concluyó que el estrés, ansiedad y depresión son factores influyentes en la

aparición de ideación suicida, además, en el sexo femenino estuvo significativamente más asociado con la ideación suicida.

Por otra parte, Estrada y Guerra (2019) realizaron un estudio con el fin de conocer la prevalencia de ideación suicida en 399 universitarios de distintas carreras de una universidad privada de Lima Metropolitana. Para su medición se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI). Los resultados indicaron que existía diferencia estadísticamente significativa entre las carreras, por lo que se destacó la de Medicina como la de mayor prevalencia y no se encontraron diferencias de ideación suicida en función al sexo.

Un año más tarde, Alvarado (2020) realizó una investigación enfocada en determinar la vinculación de la ideación suicida con la regulación emocional en una muestra de 202 estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas estatales de Trujillo. Para evaluar estas variables se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Ideación Suicida (SSI) y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Entre los resultados, se indicó que existía una relación inversa de grado mediano entre la ideación suicida y la regulación emocional en dichos adolescentes.

En Lima Metropolitana, Ccasani et al. (2020) evaluaron la relación entre el espectro suicida con los trastornos de ansiedad y depresión en 4445 personas adultas. Respecto a los instrumentos de medición se utilizó el Cuestionario de Salud Mental de Colombia (modificado) y el MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional). Los resultados mostraron que la depresión y trastornos de ansiedad incrementaba en casi 9 veces la probabilidad de deseos suicidas y 28 veces los pensamientos suicidas, asimismo, se encontró que las mujeres tuvieron mayor

probabilidad de desarrollar ideas suicidas que los varones.

En ese mismo año y ciudad, Velásquez et al. (2020) analizaron la relación entre la desregulación emocional, la rumiación y la ideación suicida en 1330 alumnos que cursaban estudios generales en una universidad pública. Los instrumentos usados fueron la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS) y la Escala de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). Se encontró correlaciones estadísticamente significativas y directas entre los tres constructos; sin embargo, no se encontró diferencias significativas en función al sexo.

Un año más tarde, Pariona (2021) desarrolló una investigación para determinar la relación entre la autoestima y la ideación suicida en 356 estudiantes de una universidad de Lima Sur. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Autoestima de Coopersmith y la Escala de Ideación Suicida de Beck. En los resultados encontró que existía una correlación inversa y estadísticamente significativa en los dos constructos de la muestra estudiada.

Al año siguiente, Auris (2022) estudió la relación entre la regulación emocional y riesgo suicida en 369 universitarios de Lima Metropolitana. Para la medición de variables se usaron la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-S SF) y la Escala de Suicidalidad de OKASHA. Los resultados demostraron una prevalencia de riesgo suicida en un 22.2%, además de una relación significativa e inversa de las variables. El autor concluyó que, a mayor regulación emocional, menor es el nivel de riesgo suicida en la población estudiada.

## 2.2 Bases teórico – científicas

### 2.2.1 Desregulación emocional

Según Reyes y Tena (2016) Leahy et al. definieron en el 2011 a la desregulación emocional como la inhabilidad o dificultad para regular la experiencia emocional y permitir un adecuado procesamiento emocional, asimismo, se manifiesta como una excesiva intensificación o inhibición de las emociones resultando desadaptativa para quien las vive.

Para una mejor conceptualización y entendimiento de la variable, es necesario describir secuencialmente algunos conceptos relevantes que están relacionados:

#### 2.2.1.1 Emociones

Las emociones son respuestas naturales ante estímulos ambientales cuyo propósito es proporcionar información que influya en el individuo y sus necesidades (Gómez y Calleja, 2016).

En tal sentido, Reyes y Tena (2016) definen la emoción como una respuesta psicofisiológica breve y maleable provocada ante un evento psicológico relevante y está compuesta por tres elementos: cognitivo, fisiológico y conductual; además, cumple la función de preparar al sujeto para identificar sus metas, comunicarlas y actuar para conseguirlas.

#### 2.2.1.2 Regulación emocional y modelos teóricos

Según Gross (2014) la regulación emocional es definida como los procesos que las personas emplean para influir sobre sus emociones, respecto a su ocurrencia, experiencia y expresión. Asimismo, Thompson (1994) la define como aquellos procesos (intrínsecos y extrínsecos) responsables de monitorear, evaluar y modificar las respuestas emocionales con el fin de alcanzar las metas personales de un individuo.

En esa línea, Gross y Thompson (2007) agregan que la regulación emocional implica una serie de esfuerzos del individuo, “procesos”, mediante el cual se influye en la duración e intensidad de sus emociones, es decir, cuándo y cómo las experimentan, y cómo las expresan.

En base a ello, a continuación, se presentan dos modelos teóricos que describen aquellos procesos:

#### A. Modelo procesual de regulación emocional (Gross, 1998)

Este modelo describe cinco procesos diversos de estrategias regulatorias, los cuatro primeros están implicadas en los antecedentes de la emoción y, la última, se centra en la respuesta emocional.

- i. Selección de la situación: Alude a la elección estratégica de situaciones que la persona hace, dicha elección le permite experimentar (exponerse) o evadir emociones asociadas.
- ii. Modificación de la situación: Cuando se está dentro de una situación, la persona puede alterar y modificar el impacto emocional (p. ej., hacer bromas para disminuir la tensión social).
- iii. Despliegue atencional: Cuando la persona se concentra en aspectos específicos de un evento o cambia el foco atencional de otros (p. ej., distracción adaptativa). Este proceso no modifica la situación.
- iv. Cambio cognitivo: Consiste en revalorar deliberadamente el significado de una situación y así fomentar valoraciones alternativas, lo cual le permitirá experimentar otras emociones.
- v. Modulación de la respuesta: Refiere a las estrategias para regular la

emoción (experiencia y expresión conductual/fisiológica) cuando ya está en proceso. Así, la supresión en la expresión y experiencia emocional serían estrategias disfuncionales clínicamente relevantes.

#### B. Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional (Hervás, 2011)

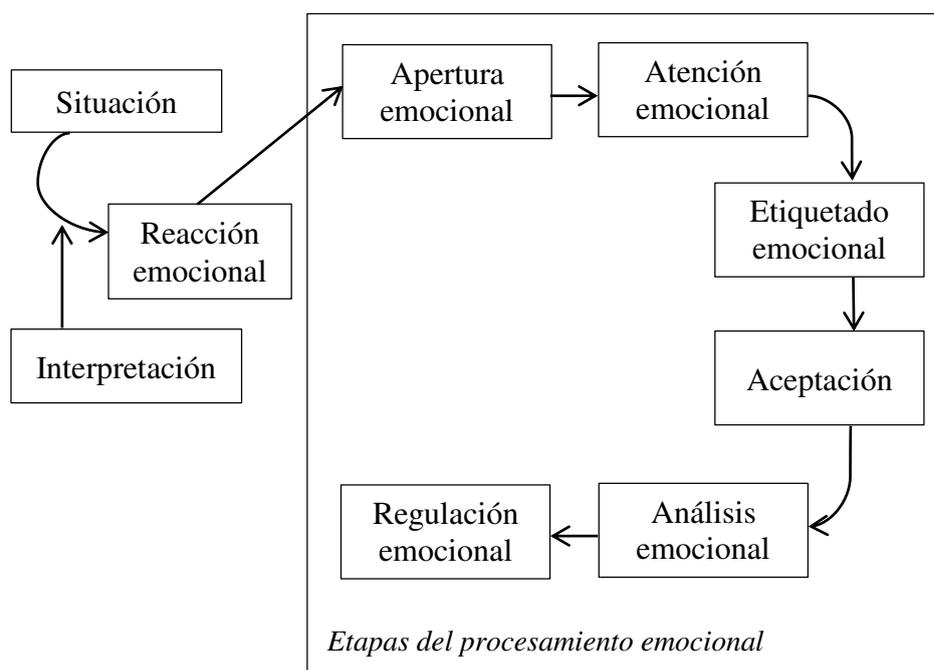
En sintonía y a partir de los trabajos de Gross, este modelo propone que para lograr una óptima regulación emocional (siendo válida para cualquier emoción) se deben completar determinadas tareas (procesos):

- i. Apertura emocional: Es la capacidad para acceder consciente y plenamente a las emociones, el polo opuesto sería la alexitimia.
- ii. Atención emocional: Refiere a la tendencia de prestar atención a la información que brindan las emociones, el polo opuesto sería la desatención emocional.
- iii. Aceptación emocional: Alude a no reaccionar negativamente (juicios negativos) ante la propia experiencia de la emoción, el polo opuesto sería el rechazo emocional.
- iv. Etiquetado emocional: Consiste en la capacidad para nombrar las emociones con claridad, el polo opuesto es la confusión emocional.
- v. Análisis emocional: Sería la capacidad de reflexión y de entender el significado e implicancias de la experiencia emocional, el polo opuesto sería la evitación emocional.
- vi. Regulación emocional: Se refiere a la capacidad para modular las

respuestas emocionales haciendo uso de la activación de estrategias (fisiológicas, cognitivas y/o conductuales), el polo opuesto sería una regulación emocional desadaptativa, disfuncional o ineficaz.

**Figura 1**

*Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional*



*Nota.* Adaptado de “Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos” (p. 352), por G. Hervás, 2011, *Psicología Conductual*, 19(2).

En suma, a pesar de que la regulación emocional hace alusión al proceso preponderantemente adaptativo o funcional, es importante destacar que los esfuerzos por modificar los estados emocionales también podrían resultar ineficaces, disfuncionales y hasta contraproducentes. Tal y como lo sugieren Hervás y Vázquez (2006), los déficits en aquellos procesos regulatorios, es decir, una regulación emocional ineficaz, podrían

contribuir en el origen y/o mantenimiento de problemas psicológicos.

En base a lo descrito, para la desregulación emocional se asume como marco teórico de referencia el *modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional* de Hervás, basado en el modelo de Gross.

### 2.2.1.3 Dificultades en la regulación emocional

En definitiva, Gratz y Roemer (2004) mencionan que la regulación emocional comprendería: (a) conciencia y comprensión de emociones, (b) aceptación de emociones, (c) habilidad de controlar conductas impulsivas y comportarse acorde a objetivos propios al experimentar emociones intensas, y (d) habilidad de usar estrategias moduladoras de las respuestas emocionales, con el fin de cumplir objetivos y adaptarse a las demandas situacionales. Por tanto, la ausencia o déficit de estas habilidades conllevarían a dificultades en la regulación de las emociones.

#### A. Etiología de la desregulación emocional

La teoría *biosocial*, propuesta por Linehan (1993), señala que la desregulación emocional es el foco central del trastorno límite de personalidad, así como de otros desórdenes emocionales. Linehan (2003) postula dicha desregulación como una elevada vulnerabilidad al experimentar emociones, así como el déficit para modularlas, las cuales sería el resultado de una predisposición biológica, un contexto ambiental aversivo y la interacción de estos dos factores en el desarrollo del individuo. De esta manera, refiere que a través del tiempo estos factores transaccionan y los denomina de la siguiente manera:

- Vulnerabilidad emocional: De origen biológico, posee tres características: a) alta sensibilidad a estímulos emocionales, b) intensa reacción a dichos estímulos, y c) un lento retorno al estado basal una vez que ha sido inducida la excitación emocional (Linehan, 2003).
- Ambiente invalidante: De origen social, posee dos características: a) contexto que responde aversiva, insensible y erráticamente a la experiencia privada (creencias, pensamientos y sentimientos) del individuo, la cual, no es compartida por el grupo, y b) contexto que trivializa o responde de una manera extrema (p. ej. reacción exagerada o invalidación) a la experiencia privada, la cual, sí es compartida por el entorno (Boggiano y Gagliosi, 2018; Linehan, 2003).

## B. El rol de los déficits emocionales

En el campo clínico los problemas en la regulación emocional se observan mediante las siguientes tres vías basadas en déficits emocionales (Hervás y Vázquez, 2006; Hervás, 2011):

- i. Déficit de regulación por activación: Presente en situaciones en donde el sujeto no emplea estrategias regulatorias a pesar de experimentar estados disfóricos intensos (p. ej., una persona con depresión puede abandonarse en ese estado anímico sin hacer nada para regularlo).
- ii. Déficit de regulación por ineficacia: Es la ineficacia de las

estrategias usadas, es decir, poner en marcha alguna estrategia de regulación, no tiene por qué necesariamente conducir a la regulación del estado emocional negativo (p. ej., ante un evento traumático, si la persona no ha procesado y asimilado la situación vivida, resultará ineficaz la estrategia de regulación que use).

- iii. Déficit de regulación por uso de estrategias disfuncionales: Ante emociones abrumadoras, el individuo activa estrategias para “amortiguar” dichas experiencias, pero no lo consigue, por lo que resultan contraproducentes para la situación. Es decir, el mismo intento de regulación termina siendo problemático (p. ej., consumo en exceso de alcohol, sustancias psicoactivas o autolesiones).

#### 2.2.1.4 Desregulación emocional y psicopatología

Los déficits emocionales están presentes en problemas psicopatológicos y se reflejan, principalmente, en los siguientes trastornos clínicos basados en el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014; Hervás, 2011):

- i. Trastornos de ansiedad: La tendencia a evitar las emociones puede alterar el nivel de activación fisiológica, por tanto, una constante supresión emocional combinada a factores situacionales (estresantes, traumáticos, etc.) podría estar en la base de reacciones ansiógenas intensas, tales como: trastorno de pánico (TP), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno de estrés posttraumático (TEPT).

- ii. Trastornos depresivos: La depresión, trastorno depresivo mayor (TDM) o trastorno depresivo persistente (TDP), presenta un fuerte descontrol afectivo. Según el modelo descrito, las personas deprimidas presentan dificultades en la claridad, aceptación emocional, etc.; en consecuencia, la ausencia de activación de estrategias regulatorias de la tristeza contribuye con su mantenimiento y gravedad.
  
- iii. Trastorno límite de personalidad (TLP): Representa el cuadro clínico con mayores déficits emocionales (apertura, atención, etiquetado y aceptación), por ello, la tendencia de conductas autolíticas e intentos de suicidio, desde un marco centrado en la regulación emocional, permite entender y explicar mejor dichos comportamientos.

### 2.2.2 Ideación suicida

Sánchez et al. (2013) definen la ideación suicida como la primera manifestación conductual que van desde expresiones o deseos de morir sin intención, hasta verbalizaciones encubiertas con la intención de muerte o de un plan suicida. Además, es importante resaltar que no se refiere a una entidad distinta a la conducta suicida o a un factor asociado o de riesgo de la misma.

A continuación, se describen conceptos relacionados y relevantes para una mejor comprensión del fenómeno:

#### 2.2.2.1 Conducta suicida

La conducta suicida es definida como un espectro que empieza desde la ideación de autodestrucción, pasando por amenazas, gestos e intentos suicidas, hasta concluir con la muerte autoinfligida (Pérez, 1999). Vale

mencionar que, el término general *conducta suicida* se usa para referirse a los pensamientos y comportamientos relacionados con una persona que se quita la vida intencionalmente (O'Connor y Nock, 2014). Además, Echeburúa (2018) señala que las personas que cometen tal acto no tienen el propósito de morir en sí mismo, sino que buscan terminar con el sufrimiento o dolor emocional que los aqueja.

➤ Términos relacionados

- Suicidalidad: Continuo que va desde la simple ocurrencia hasta la consecución del acto mortal, la cual engloba la ideación, planificación e intento suicida (Shneidman, 1993, citado en Villalobos, 2009).
- Suicidio consumado: Muerte efectiva y autoprovocada con intencionalidad. Los métodos expeditivos suelen ser: ahorcamiento, lanzarse desde un lugar alturado, pegarse un tiro con un arma letal, herirse en una zona sensible, etc. (Echeburúa, 2018).
- Intento suicida: Se refiere al conjunto de acciones iniciadas por el propio sujeto, con la intención de morir y estos pueden o no causar lesiones físicas (APA, 2014).
- Plan suicida: Consiste en la formulación de un plan específico para acabar con la propia vida (O'Connor y Nock, 2014).
- Riesgo suicida: Alude a la probabilidad de la ocurrencia de un intento de suicidio fatal (Beck et al., 1979).

Así pues, la ideación suicida puede entenderse a partir de dos dimensiones, negativa y positiva. La primera implica la identificación del individuo sobre los factores de riesgo del comportamiento suicida a los que se ve expuesto y la segunda, refiere a factores protectores que modulan o amortiguan frente a la consideración de quitarse la vida (Osman et al., 1998, 2010, como se citó en Villalobos, 2021).

#### 2.2.2.2 Factores relacionados a la conducta suicida

La complejidad de la conducta suicida viene dada por la interacción de variados factores, estos pueden ser: biológicos, situacionales, psicológicos, sociales, etc. (Cáceda, 2014); los cuales modulan el riesgo del espectro suicida. Sin embargo, también existen factores protectores los cuales disminuyen dicho riesgo. A continuación, se describen los factores de riesgo y protección más relevantes, así como las señales de alarma.

##### i. Factores de riesgo

La literatura ha identificado tres variables psicológicas que suelen relacionarse y predecir los pensamientos e intentos suicidas: la *depresión*, como predictor fuerte de la ideación e intento suicida; la *desesperanza*, definida como pesimismo por el futuro y sentido de la vida, también es un factor predictor de ideación e intento suicida; y la *impulsividad*, la cual podría acelerar la progresión de los pensamientos a la acción autolítica (Klonsky et al., 2016; O'Connor y Nock, 2014). Asimismo, se destacan algunos factores psicosociales: eventos vitales estresantes, disfunción familiar, consumo de sustancias psicoactivas; así como otros factores asociados: aislamiento social, carencia de

recursos de afrontamiento y acceso a medios letales (Benavides et al., 2019; Echeburúa, 2015).

#### ii. Factores de protección

La investigación reconoce algunos factores protectores relevantes: (a) *Individuales*, como una alta autoestima, resiliencia, resolución de problemas y conflictos, estrategias de regulación emocional efectivas, recursos de afrontamiento y razones para vivir; (b) *Familiares*, apoyo familiar y funcionalidad familiar; y (c) *Sociales*, apoyo o soporte social, relaciones sociales ricas y saludables, integración social, habilidades interpersonales y acceso a una atención o tratamiento médico y psicológico (Benavides et al., 2019; Cáceda, 2014; Echeburúa, 2015; Ministerio de Igualdad y Política Social de España, 2012).

#### iii. Señales de alarma

A diferencia de los factores de riesgo, estas son acciones inmediatas que hacen y/o dicen las personas que indica un riesgo inminente de autolesión o suicidio, principalmente son: intentos suicidas previos, planes detallados, expresiones verbales explícitas (gesto o amenaza suicida), despedirse de personas, cambios bruscos en el estado de ánimo, etc. (OPS, 2016).

#### 2.2.2.3 Teorías psicológicas de la conducta suicida

Klonsky y May (2013) consideran fundamental una mejor comprensión de la progresión de la ideación suicida hacia otras conductas, por lo cual propusieron el “marco de la ideación a la acción”. Esta perspectiva se

caracteriza por: (a) la génesis de la ideación suicida y (b) la transición de la ideación suicida a los intentos autolíticos, que deben ser entendidos y explicados distintamente. Asimismo, dicha propuesta se aleja de los enfoques tradicionales de las teorías del suicidio.

#### A. Teoría interpersonal

Esta teoría propuesta por Joiner (2007) es la primera que se sitúa en el marco de la ideación-acción, describe la presencia de manera simultánea o combinada de tres elementos: carga percibida (ineficacia de uno mismo y carga para otros), bajo sentido de pertenencia (o alineación social), y capacidad adquirida (habitación al dolor y al miedo de autolesión). Todo ello conllevaría al deseo de suicidarse (Klonsky et al., 2016).

#### B. Teoría motivacional-volitiva integrada

Esta propuesta de O'Connor (2011) representa la segunda teoría desde el marco de la ideación-acción. Esta se compone de tres fases: (a) *Fase pre-motivacional*, en la que incluye a factores de fondo y eventos desencadenantes como la diátesis, el ambiente y los eventos de la vida, esto explicaría la situación antes del inicio de las ideas suicidas. (b) *Fase motivacional*, donde el sentimiento de derrota y humillación encamina al entrampamiento, dicho sentimiento de no poder escapar a la situación conduciría, pues, a la ideación e intento de suicidio; y (c) *Fase volitiva*, cuando se conduce de la ideación e intento al acto suicida propiamente. Asimismo, entre dichas fases mediarían moderadores amenazantes (sesgos de memoria, soporte social y acceso a medios). En

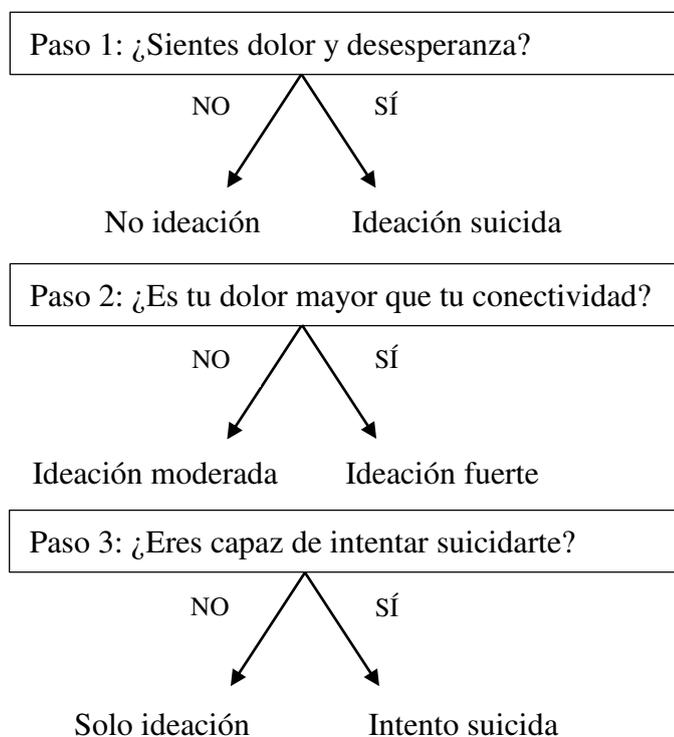
síntesis, este modelo sugiere que la derrota y el entrapamiento son las causas principales de la ideación suicida y que la capacidad adquirida junto a otros factores (acceso a medios letales, la planificación, la impulsividad) predicen y explican la progresión de la ideación a los intentos (Klonsky et al., 2016).

### C. Teoría de los tres pasos

Esta teoría propuesta por Klonsky y May (2015) también se enmarca desde el marco de la ideación-acción, además, sustenta que las estructuras claves de los tres pasos (ver Figura 2) son: el dolor y desesperanza, la conectividad y la capacidad suicida.

#### Figura 2

##### *Los tres pasos del suicidio*



*Nota.* Adaptado de “The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework” (p. 116), por

Klonsy y May, 2015, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1).

- Paso 1: Génesis de la ideación suicida

El primer paso hacia la ideación empieza con el dolor, que puede ser un dolor psicológico y/o físico, puesto que, las diferentes fuentes de dolor en la vida pueden llevar a una disminución de las ganas de vivir. No obstante, el dolor por sí solo no conducirá a la ideación suicida, la desesperanza también es necesaria para el desarrollo de las ideas suicidas. Así pues, la ideación suicida sería el producto de la combinación del dolor y la desesperanza.

- Paso 2: Ideación moderada frente a ideación fuerte

El segundo paso se da cuando el dolor supera la conectividad, la cual se refiere a la conexión que tiene el individuo con otras personas, así como el interés, valor o propósito con algo. Es decir, cuando alguien experimenta dolor más desesperanza, pero la conectividad no es superada por el dolor, tendrá una ideación suicida moderada; no obstante, si el dolor supera la conectividad, la ideación suicida se vuelve fuerte, por tanto, el individuo considerará activamente en acabar con su vida. Se resalta el papel principal de la conectividad como protector contra la escalada de la ideación suicida.

- Paso 3: Progresión de la ideación a los intentos

El último paso abarca las circunstancias bajo las cuales una ideación fuerte conduce a un intento suicida. La capacidad suicida, como disposición, refiere a las condiciones con las que se nace; adquirida, como la habituación a las experiencias asociadas con el dolor, miedo

y muerte; y práctica, son los factores concretos (objetos o medios) que facilitan el intento. Así pues, estos tres factores contribuyen a la capacidad de intento suicida.

En base a lo descrito, para la ideación suicida se toma como marco teórico referencial la *teoría de los tres pasos (3ST)* de Klonsky y May, desde el enfoque del “marco de la ideación a la acción”.

#### 2.2.2.4 Conducta suicida y trastornos psicológicos

Echeburúa (2015, 2018) indica que la conducta suicida es mucho más probable (factor de riesgo) cuando está presente algún trastorno psicológico en el individuo, pero es importante aclarar que no necesariamente tiene que haber alguno para que esta se dé, pues, también podría resultar muy difícil de predecirse. Los siguientes trastornos evidencian mayor vinculación a la conducta suicida: depresión y trastorno bipolar, trastornos adictivos, trastornos psicóticos, trastorno límite de la personalidad (TLP) y anorexia nerviosa.

### 2.3 Definición de términos básicos

- Desregulación emocional: Consiste en la dificultad para regular apropiadamente las emociones, es decir, el déficit de habilidades en el procesamiento emocional.
- Ideación suicida: Se refiere a los deseos o pensamientos recurrentes sobre la muerte de uno mismo, estos pueden o no presentar intencionalidad de concretarse.
- Ideación suicida negativa: Hace referencia a factores de riesgo implicados en la consideración del individuo de acabar con su vida.
- Ideación suicida positiva: Hace referencia a factores protectores que modulan o

sirven como amortiguador frente a la idea de quitarse la vida.

## 2.4 Formulación de hipótesis

### ➤ Hipótesis generales

H<sub>1</sub>: Existe una relación estadísticamente significativa entre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

H<sub>2</sub>: Existe una diferencia estadísticamente significativa en la desregulación emocional y la ideación suicida entre los estudiantes varones y mujeres de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

### ➤ Hipótesis específicas

H<sub>1.1</sub>: Existe una relación estadísticamente significativa entre la desregulación emocional y la ideación suicida negativa en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

H<sub>1.2</sub>: Existe una relación estadísticamente significativa entre la desregulación emocional y la ideación suicida positiva en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

H<sub>2.1</sub>: Existe una diferencia estadísticamente significativa en la desregulación emocional entre los estudiantes varones y mujeres de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

H<sub>2.2</sub>: Existe una diferencia estadísticamente significativa en la ideación suicida entre los estudiantes varones y mujeres de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

## CAPÍTULO III

### MÉTODO

#### 3.1 Tipo y nivel de investigación

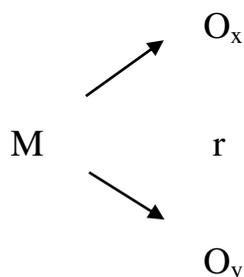
El presente estudio es de tipo sustantiva-descriptiva, pues está orientada a describir cómo se presentan las variables de estudio en los participantes de la muestra seleccionada, por tanto, está enfocada en el conocimiento de la realidad (Sánchez y Reyes, 2021).

El nivel de investigación es descriptivo, ya que consiste en conocer la realidad en una situación témporo-espacial determinada (Sánchez y Reyes, 2021). En base a esto, se estudia la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

#### 3.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación, según Sánchez y Reyes (2021), es de tipo descriptivo correlacional, en vista de que se orienta a determinar el grado de relación existente entre

las variables; en este caso, desregulación emocional e ideación suicida en los participantes del estudio. El diagrama es el siguiente (Sánchez y Reyes, 2021):



Donde:

M : Muestra de estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

O<sub>x</sub> : Observaciones de la variable desregulación emocional.

O<sub>y</sub> : Observaciones de la variable ideación suicida.

r : Relación entre las observaciones de la desregulación emocional y la ideación suicida.

### 3.3 Variables

VARIABLES CORRELACIONADAS:

- Desregulación emocional: Medida a través de los puntajes en la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) de Gratz y Roemer.
- Ideación suicida: Medida a través de los puntajes en el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), adaptada por Villalobos-Galvis.

VARIABLES DE COMPARACIÓN:

- Sexo: Varones y mujeres.

VARIABLES DE CONTROL:

- Facultad: Medicina.
- Grado de instrucción: Estudiantes universitarios.
- Tipo de universidad: Estatal.

### 3.4 Población y muestra de estudio

La población estuvo conformada por estudiantes de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana que se encontraban cursando el segundo año de su formación universitaria.

El muestreo utilizado en el estudio fue de tipo no probabilístico intencional, puesto que se desconocía la probabilidad de cada uno de los elementos de la población a ser seleccionados en la muestra. Además, se buscó que la muestra seleccionada sea representativa de la población según la opinión del investigador (Sánchez y Reyes, 2021). Por tanto, considerando lo anterior, la muestra estuvo constituida por 166 estudiantes de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana (100 varones y 66 mujeres) encontrándose en el segundo año de la carrera.

### 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.5.1 Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

##### a. Ficha técnica

Nombre original	: Difficulties in Emotion Regulation Scale.
Autores originales	: K. L. Gratz y L. Roemer.
Año	: 2004.
País	: Estados Unidos.
Administración	: Individual o grupal.

Duración : Sin límite de tiempo.  
Ámbito : Estudiantes universitarios.

b. Descripción

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional tiene como objetivo evaluar la desregulación de las emociones y consta de un total de 36 ítems distribuidos en seis dimensiones: no aceptación de respuestas emocionales (*no aceptación*) con 6 ítems, dificultades para participar en conductas dirigidas a metas (*metas*) con 5 ítems, dificultad en el control de los impulsos (*impulsos*) con 6 ítems, falta de conciencia emocional (*conciencia*) con 6 ítems, acceso limitado a estrategias de regulación emocional (*estrategias*) con 8 ítems y falta de claridad emocional (*claridad*) con 5 ítems; de los cuales, 11 ítems son inversos. La forma de respuestas son tipo Likert con cinco alternativas, donde 1 es “nunca”, 2 es “algunas veces”, 3 es “la mitad de las veces”, 4 es “la mayoría de las veces” y 5 es “casi siempre”. Por tanto, el puntaje mínimo es 36 y el máximo es 180 (Gratz y Roemer, 2004).

c. Validez

Gratz y Roemer (2004) obtuvieron evidencia de validez de constructo, ya que calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de la DERS y la Escala de Expectativa Generalizada para la Regulación del Estado de Ánimo Negativo (RMN), además, se calcularon las correlaciones con las medidas de evitación experiencial (Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ) y expresividad emocional (Escala de Expresividad Emocional - EES), donde se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas. Asimismo, demostraron validez predictiva, utilizando resultados conductuales

clínicamente relevantes asociados con la desregulación emocional como la frecuencia de autolesiones (Inventario de Autolesiones Deliberadas – DSHI) y abuso de pareja (Inventario de Abuso Perpetración - API).

d. Confiabilidad

Gratz y Roemer (2004) indicaron que la DERS presentó una alta consistencia interna ( $\alpha = .93$ ) y todas las subescalas también presentaron una consistencia interna que fluctuaron entre .80 y .89.

e. Normas de aplicación

La forma de aplicación de la DERS puede ser individual o grupal, luego de entregar las pruebas a los evaluados se les menciona las instrucciones donde se les solicita que lean atentamente cada enunciado y seleccionen la opción que más se adecúe a su caso. Es importante enfatizar que no existen respuestas buenas ni malas y recalcar que marquen todas las frases de la escala.

f. Normas de corrección

En primer lugar, se invierten los puntajes de los 11 ítems negativos de la escala. Luego, se suman los puntajes obtenidos en todos los ítems para obtener el puntaje total de la escala.

### 3.5.2 Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)

a. Ficha técnica

Nombre original : Positive and Negative Suicide Ideation Inventory.

Autores originales : A Osman, P. Gutierrez, B. Kopper, F. Barrios y C. Chiros.

Año : 1998.

Adaptación	: F. Villalobos-Galvis (2010).
País	: Colombia.
Administración	: Individual o grupal.
Duración	: Sin límite de tiempo.
Ámbito	: Alumnos de secundaria y universitarios.

#### b. Descripción

El Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa tiene como propósito medir, simultáneamente, los factores de riesgo y los factores de protección respecto a las ideas suicidas. Está conformado por un total de 14 ítems y dividido en dos dimensiones: *ideación suicida negativa* (se refiere a los factores de riesgo) tiene 8 ítems e *ideación suicida positiva* (se refiere a los factores protectores) cuenta con 6 ítems, las cuales son evaluadas en el periodo de las dos últimas dos semanas. La forma de respuesta son de tipo Likert con 5 opciones, donde 0 es “nunca”, 1 es “rara vez”, 2 es “algunas veces”, 3 es “casi siempre” y 4 es “siempre”. Por ende, entre más calificación obtenga el evaluado, mayor riesgo tiene de presentar ideación suicida (Villalobos, 2021).

#### c. Validez

Villalobos-Galvis (2010) evidenció la validez de constructo, puesto que evaluó para las variables de riesgo, correlaciones positivas y significativas con medidas de depresión (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos - CESD), ideación suicida (Escala de Ideación Suicida, IS-CESD) y desesperanza (Escala de Desesperanza de Beck - BHS); mientras que, relaciones negativas para la variable de protección en la autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg - AER). Por lo tanto, en la escala total como en sus

subescalas demostró correlaciones estadísticamente significativas.

d. Confiabilidad

Villalobos-Galvis (2010) para la escala total obtuvo un buen nivel consistencia interna ( $\alpha = .89$ ), así como para el primer factor de ideación negativa ( $\alpha = .93$ ) y el segundo factor de ideación positiva ( $\alpha = .83$ ).

e. Normas de aplicación

La forma de aplicación del PANSI puede ser individual o colectiva, luego de hacer entrega a los evaluados se brindan las instrucciones en donde se les menciona que encontrarán una serie de frases, las leerán detenidamente y deberán marcar la opción que mejor represente su situación en las últimas dos semanas. Asimismo, se les recuerda completar todas frases del inventario (Villalobos, 2021).

f. Normas de corrección

Este inventario se califica mediante una plantilla de calificación en donde los puntajes de los ítems de la dimensión *ideación suicida negativa* se suman directamente; pero los puntajes de la dimensión *ideación suicida positiva*, se califican de manera inversa. Por último, el puntaje total se obtiene sumando los puntajes obtenidos de cada dimensión (Villalobos, 2021).

### 3.6 Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento tuvo varias etapas, las cuales se llevaron a cabo de la siguiente manera:

- a. Para el uso de instrumentos, se solicitó a los autores el permiso para la utilización de las pruebas originales, las cuales fueron aceptadas.

- b. Para la gestión del permiso de aplicación de pruebas, se tramitó formalmente una carta de solicitud de autorización, la cual fue enviada al decanato de la Facultad de Medicina y se obtuvo la autorización formal.
- c. Se procedió a realizar las coordinaciones con el docente encargado de la clase por medio de su delegado y se acordó una fecha y horario para realizar la evaluación grupal por modalidad virtual, la cual se decidió iba a ser al inicio de la clase.
- d. Para la evaluación, se estableció hacerla en dos momentos, puesto que los estudiantes estaban divididos en dos grupos (turno diurno y nocturno). Previo a la aplicación de pruebas se les informó el objetivo del estudio y se garantizó la confidencialidad de los resultados por medio del consentimiento informado.
- e. Finalmente, se administraron las pruebas de forma colectiva y sincrónica (en tiempo real) a los estudiantes, mediante un formulario de Google el cual estuvo conformado por tres secciones: consentimiento informado, datos sociodemográficos e ítems de cada prueba.

### 3.7 Procesamiento y análisis de datos

Se utilizaron estadísticos de tipo descriptivos como inferenciales. En primer lugar, se analizó la media y desviación estándar con el fin de representar los datos de forma resumida. Para evaluar la confiabilidad, se usó el alfa de Cronbach y evidencias de validez de cada instrumento. Luego, para determinar la normalidad de las puntuaciones, se utilizó la prueba de Shapiro – Wilk. De acuerdo con los resultados, para la contrastación de hipótesis se empleó un estadístico no paramétrico (coeficiente rho de Spearman). Para medir el tamaño del efecto de la correlación se utilizó el coeficiente de determinación ( $r^2$ ). Para la comparación se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1 Análisis psicométrico de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Dado que los ítems se encontraban en su idioma original, se procedió a adaptar el instrumento. Primeramente, se llevó a cabo la traducción en doble ciego por 2 psicólogos con conocimientos avanzados de inglés, con el fin de no sesgar el significado de los ítems originales de la escala. En segundo lugar, para la adaptación psicométrica, se analizó la validez, los ítems y confiabilidad en la muestra selecta, como se describe a continuación:

##### 4.1.1 Validez

Se analizó la validez de contenido, para lo cual se usó el método de criterio de jueces, se consultó a siete jueces para que evaluaran si los ítems miden o son indicadores del constructo que se pretende medir. Se observó que todos los ítems obtuvieron un coeficiente de validez “V de Aiken” de 1.00, siendo

estadísticamente significativos (Escurra, 1988) (Ver anexo B), lo cual evidencia que la escala posee validez de contenido.

#### 4.1.2 Análisis de los ítems y confiabilidad

Los resultados del análisis de ítems muestran que todos los ítems alcanzan una correlación ítem-test corregida superior a .20, por tanto, deben permanecer conformando la escala (Delgado et al., 2006) (Anexo B).

En cuanto a la confiabilidad, se analizó con el alfa de Cronbach para cada dimensión y para el total de la escala: Claridad en .81, Conciencia en .81, Impulsos en .86, Metas en .85, No Aceptación en .90, Estrategias en .86, y el total de la escala en .94, valores que indican que la escala permite obtener puntuaciones confiables (Anexo B).

#### 4.2 Análisis psicométrico del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)

En el caso de este instrumento, no fue necesario realizar la traducción, ya que se usó la versión adaptada al español, tal como fue descrito anteriormente. No obstante, se realizó la adaptación psicométrica, analizándose la validez, los ítems y confiabilidad, de la siguiente manera:

##### 4.2.1 Validez

Se estudió la validez de contenido empleando el método de criterio por jueces, los cuales fueron siete expertos que participaron voluntariamente. Los resultados evidencian que todos los ítems, clasificados en 2 dimensiones del inventario, obtuvieron un coeficiente de validez “V de Aiken” de 1.00, por lo tanto, se mantienen en el instrumento (Escurra, 1988) (Ver Anexo C).

##### 4.2.2 Análisis de los ítems y confiabilidad

Se ejecutó el análisis de ítems utilizando la correlación ítem-test corregida, se observa que los puntajes de todos los ítems son superiores a .20, por lo cual deben mantenerse en el inventario (Delgado et al., 2006).

Respecto a la confiabilidad, se observan coeficientes alfa de Cronbach de .95, .85 y .92 para cada dimensión y el total de la prueba, respectivamente. Por lo tanto, el inventario permite obtener puntuaciones confiables (Anexo C).

#### 4.3 Análisis descriptivo

Primeramente, se presenta la frecuencia y el porcentaje de estudiantes de Medicina de segundo año según el sexo, en la tabla 1 se observa que la muestra está constituida por 100 varones (60.24%) y 66 mujeres (39.75%).

**Tabla 1**

*Distribución de frecuencias y porcentajes según el sexo de los participantes*

Sexo	f	%
Varón	100	60.2
Mujer	66	39.7
Total	166	100.0

En cuanto a los puntajes obtenidos en la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, se observa un puntaje total que va desde 36 hasta 142 (Tabla 2), siendo que el 49% de los participantes alcanzan puntajes inferiores y superiores, respectivamente, al valor de la media del grupo (92.70) y el 2% obtienen puntajes similares a la media.

**Tabla 2**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de los puntajes totales de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional*

Puntaje total	f		%
36	1	}	0.6
42	1		0.6
48	2		1.2
50	1		0.6
51	2		1.2
54	1		0.6
55	2		1.2
56	1		0.6
58	3		1.8
59	1		0.6
60	1		0.6
61	3		1.8
62	5		3.0
63	2		1.2
65	1		0.6
67	1		0.6
69	2		1.2
70	3		1.8
71	2		1.2
72	1		0.6
74	1		0.6
76	2		1.2
77	3		1.8
79	4		2.4
80	2		1.2
81	4		2.4
82	2		1.2
83	4		2.4
84	1		0.6
85	6		3.6
86	1		0.6
87	2	1.2	
89	5	3.0	
90	5	3.0	
91	2	1.2	
92	1	0.6	
93	3	→ 3 personas	1.8 → 2%
94	4	}	2.4
95	5		3.0
96	1		0.6
97	2		1.2
98	3		1.8
99	2		1.2
100	4		2.4

101	3	82 personas	1.8	49%
102	3		1.8	
103	3		1.8	
105	1		0.6	
106	2		1.2	
107	1		0.6	
108	5		3.0	
109	2		1.2	
110	2		1.2	
111	2		1.2	
112	1		0.6	
114	1		0.6	
115	4		2.4	
117	1		0.6	
118	3		1.8	
119	3		1.8	
120	1		0.6	
121	3		1.8	
122	3		1.8	
123	1		0.6	
124	2		1.2	
125	2		1.2	
130	1		0.6	
132	2		1.2	
133	1		0.6	
134	1		0.6	
135	3		1.8	
136	1		0.6	
137	1		0.6	
141	1		0.6	
142	1		0.6	
Total	166			
Media	92.70			
D.E	23.46			

Del mismo modo, en las puntuaciones obtenidas del Inventario de Ideación Positiva y Negativa, se observa un puntaje total que fluctúa de 0 a 44 (Tabla 3), en donde el 57% y 40% de participantes alcanzaron puntajes inferiores y superiores, respectivamente, al valor de la media (15.23), además, el 3% obtuvo puntajes similares a la media.

**Tabla 3**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de los puntajes totales del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa*

Puntaje Total	f		%			
0	2		1.2			
1	1		0.6			
2	6		3.6			
3	7		4.2			
4	10		6.0			
5	8		4.8			
6	13		7.8			
7	9	94 personas	5.4	57%		
8	4					
9	4					
10	2					
11	9					
12	3					
13	8					
14	8					
15	5		5 personas		3.0	3%
16	5					
17	4		2.4			
18	1		0.6			
19	1		0.6			
20	5		3.0			
23	2		1.2			
24	2		1.2			
25	6		3.6			
26	4	67 personas	2.4	40%		
27	6					
28	10					
29	6					
31	3					
32	5					
33	1					
34	2					
35	1					
39	2					
44	1		0.6			
Total	166		100.0			
Media	15.23					
D.E	10.39					

Los resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk se presentan en la tabla 4, donde se observa que los puntajes de la Escala de Dificultades en la Regulación

Emocional se distribuyen de acuerdo con la curva normal, en cambio, los puntajes del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa alcanzan un coeficiente de .925 que es estadísticamente significativo e indica que no se distribuyen de acuerdo con la curva normal. Por lo tanto, para la contrastación de hipótesis se utilizaron estadísticos no paramétricos.

**Tabla 4**

*Prueba de bondad de ajuste Shapiro – Wilk para los puntajes de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional y del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa*

	W	gl	p
DERS	.988	166	.164
PANSI	.925	166	.000

*Nota:* n = 166, \*p < .05

#### 4.4 Contrastación de hipótesis

En lo concerniente a la contrastación de hipótesis, se llevó a cabo mediante el estadístico rho de Spearman, lo cual permitió comprobar y/o rechazar las hipótesis planteadas en la presente investigación. A continuación, se presentan los resultados de las hipótesis generales y específicas.

En cuanto a la primera hipótesis general ( $H_1$ ) se observa que existe una relación estadísticamente significativa y directa entre las variables estudiadas en los participantes (Tabla 5), evidenciándose un tamaño del efecto grande (Cohen, 1998), lo cual denota que a mayor desregulación emocional existe más ideación suicida. Por ende, se acepta la hipótesis general ( $H_1$ ).

**Tabla 5**

*Correlación entre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana*

	Ideación suicida	r <sup>2</sup>
Desregulación emocional	.54***	.29

*Nota:* n = 166, \*\*\*p < .001

Con referencia a la hipótesis específica (H<sub>1.1</sub>), se constata una correlación estadísticamente significativa y directa entre la desregulación emocional y la dimensión ideación suicida negativa (Tabla 6), observándose un tamaño del efecto mediano (Cohen, 1998), esto quiere decir que a mayor desregulación emocional hay mayores factores de riesgo suicida. Con lo cual se puede señalar que se valida la hipótesis específica (H<sub>1.1</sub>).

**Tabla 6**

*Correlación entre la desregulación emocional y la ideación suicida negativa en los estudiantes de la muestra*

	Ideación suicida negativa	r <sup>2</sup>
Desregulación emocional	.43***	.18

*Nota:* n = 166, \*\*\*p < .001

Para la hipótesis específica (H<sub>1.2</sub>), se evidencia una correlación significativa e inversa entre la desregulación emocional y la dimensión ideación suicida positiva (Tabla 7), siendo el tamaño del efecto mediano (Cohen, 1998), lo que significa que, a menor desregulación emocional existen mayores factores protectores frente al suicidio. Por lo cual se valida la hipótesis específica (H<sub>1.2</sub>).

**Tabla 7**

*Correlación entre la desregulación emocional y la ideación suicida positiva en los participantes de la investigación*

	Ideación suicida positiva	r <sup>2</sup>
Desregulación emocional	-.48***	.23

*Nota: n = 166, \*\*\*p < .001*

En relación con la hipótesis específica (H<sub>2.1</sub>), donde se plantea una diferencia estadísticamente significativa en la desregulación emocional respecto al sexo de los participantes, se evidencia que no existen diferencias estadísticamente significativas en la muestra estudiada (Tabla 8), siendo el tamaño del efecto pequeño.

**Tabla 8**

*Prueba U de Mann Whitney de la diferencia de media de rangos de los puntajes de la desregulación emocional según el sexo de los participantes*

Sexo	N	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Varón	100	79.50	7949.50	2899.500	-1.32	.10
Mujer	66	89.57	5911.50			

*Nota: \*p < .05*

Por último, al contrastar la hipótesis específica (H<sub>2.2</sub>), en la cual se plantea conocer si hay una diferencia significativa en la variable ideación suicida entre los estudiantes varones y mujeres, se evidencia que hay una diferencia estadísticamente significativa en la muestra de estudio (Tabla 9), observándose un tamaño del efecto pequeño. Se evidencia que las mujeres alcanzan puntuaciones más altas que sus pares varones en lo que a ideación suicida se refiere.

**Tabla 9**

*Prueba U de Mann Whitney de la diferencia de media de rangos de los puntajes de la ideación suicida entre los participantes varones y mujeres*

Sexo	N	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	r
Varón	100	77.50	7750.00	2700.500	-1.98*	.15
Mujer	66	92.59	6111.00			

*Nota: \*p < .05*

Respecto a la segunda hipótesis general (H<sub>2</sub>), esta se dedujo de los resultados de las dos hipótesis específicas presentadas anteriormente. Al no encontrarse diferencias significativas en la variable desregulación emocional según el sexo de los estudiantes, no se valida la segunda hipótesis general planteada.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1 Análisis y discusión de resultados

Respecto a la adaptación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, se analizó la validez de contenido, la cual reflejó que todos los ítems de la escala miden el constructo que se desea medir, ello se complementa con la validez de constructo encontrada por Gratz y Roemer (2004), además, de otros estudios similares en universitarios (Guzmán-González et al., 2014; Magallanes y Sialer, 2019).

Acerca de la confiabilidad, en todas las dimensiones (no aceptación, metas, impulsos, conciencia, estrategias y claridad) y en la escala total, se obtuvieron valores que oscilaron entre .81 a .94; por ello, se quedaron con los 36 ítems clasificados en sus 6 dimensiones, lo cual concuerda con la versión original de Gratz y Roemer (2004), pero difiere de la primera versión adaptada al español por Hervás y Jódar (2008) donde aplicaron 28 ítems, divididos en 5 dimensiones, a 254 adultos españoles; también,

difiere de otras versiones como la de Magallanes y Sialer (2019), compuesta por 35 ítems clasificados en 5 dimensiones, la cual tuvo una muestra de 253 universitarios peruanos de la ciudad de Lima pertenecientes a carreras de ciencias de la salud; y la de Medrano y Trógolo (2014), constituida por 28 ítems agrupados en 6 dimensiones, donde participaron 211 universitarios argentinos de distintas carreras.

En lo que respecta a la adaptación del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa, se analizó la validez de contenido y se encontró que los ítems medían los constructos referidos en el inventario; esto se complementa con la validez de constructo hallada por Villalobos-Galvis (2010) donde evidenció correlaciones significativas al usar otras escalas de medición en variables como depresión, ideación suicida, desesperanza y autoestima.

En cuanto a la confiabilidad, se evidenció que el inventario obtuvo medidas confiables de .95, .85 y .92 para la dimensión negativa, positiva y el total de la prueba (respectivamente). Por lo tanto, quedó compuesto por 14 ítems divididos en dos dimensiones, lo cual coincide con la versión adaptada al español de Villalobos-Galvis (2010) en 643 estudiantes (escolares y universitarios) colombianos, y de Rodas-Vera et al. (2021) en universitarios peruanos (limeños y de otras regiones); sin embargo, difiere de la versión trabajada por Avendaño-Prieto et al. (2018), en la que determinaron un total de 13 ítems, participaron 1328 adolescentes colombianos.

De los resultados descriptivos, respecto a la desregulación emocional medida a través de la DERS, se observó que el 49% de los evaluados presentaron puntajes elevados de dificultades en la regulación emocional, el 2% mostraron puntajes moderados y el 49% restante evidenciaron puntajes bajos, todo ello respecto de la media grupal hallada (Tabla 2). Estos resultados se contrastan con otros indicadores de dificultades

emocionales. Gutiérrez et al. (2021) encontraron niveles elevados de ansiedad (54.9%) y depresión (60.9%) en estudiantes de medicina españoles; por otro lado, Lemos et al. (2018) reportaron considerables niveles de ansiedad (48.3%), depresión (56.2%) y estrés (64%) en universitarios de medicina colombianos; adicionalmente, Saravia-Bartra et al. (2020) evidenciaron niveles elevados de ansiedad (75%) en alumnos de medicina pertenecientes al primer año de una universidad privada peruana. Por tanto, se observa que estos datos son coherentes con lo hallado en el estudio; asimismo, según el modelo procesual (Gross, 1998), tales dificultades emocionales podrían deberse a un proceso regulatorio deficiente en la “modulación de la respuesta”. En la misma línea, siguiendo a Hervás (2011), el procesamiento emocional de regulación emocional no se habría completado apropiadamente en alguna de sus etapas (Ver Figura 1).

En cuanto a la ideación suicida, medida con el PANSI, se evidenció que el 40% de participantes alcanzaron puntuaciones elevadas, el 3% puntuaciones medias y el 57% puntuaciones menores, esto respecto del valor de la media grupal hallada (Tabla 3). Tales indicadores difieren de otras investigaciones en estudiantes de medicina. Pinzón-Amado et al. (2013) reportaron un 16% de ideación suicida en estudiantes colombianos; Atienza-Carbonell y Balanzá-Martínez (2020) manifestaron una prevalencia similar (15.8%) en población española; por otro lado, a nivel nacional, Sindeev et al. (2019) mostraron un 34.3%, 22.4% y 19.4% en pensamientos, deseos e intentos suicidas, respectivamente; además, Estrada y Guerra (2019) hallaron mayor prevalencia de ideación suicida en Medicina al compararlos con los de otras carreras. Según la teoría de los tres pasos (Figura 2; Klonsky y May, 2015) la ideación suicida puede generarse por la interacción del dolor emocional, esto es, eventos a los que los estudiantes habrían estado expuestos, más los sentimientos de desesperanza (Paso 1). Asimismo, la escalada a un mayor nivel de ideación se da cuando el dolor supera la conectividad (Paso 2), es

decir, podría deberse a la pérdida de vínculos valiosos con otras personas, intereses, proyectos, roles y apoyo social en general, en el estudiante médico.

En lo que respecta a la primera hipótesis general ( $H_1$ ) sobre la desregulación emocional y la ideación suicida en estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana, se encontró que había una correlación directa y estadísticamente significativa (Tabla 5), en efecto, esto ilustra que a mayor desregulación emocional existe mayor ideación suicida en los estudiantes. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Yang et al. (2021) en una muestra de universitarios chinos divididos en grupos, ya que el grupo de ideadores suicidas presentó considerables dificultades en la regulación emocional en comparación con el grupo de los no ideadores. Por otro lado, Velásquez et al. (2020) obtuvieron resultados similares en estudiantes peruanos de una universidad pública, donde hallaron una relación significativa y directa en los mismos constructos de la presente investigación. Asimismo, dichos resultados son coherentes con lo hallado por Alvarado (2020), aunque con una muestra de adolescentes de secundaria de Trujillo, quien detectó una relación significativa e inversa entre la ideación suicida y la regulación emocional, entendida esta última como variable antagónica a la desregulación emocional.

En ese marco, otros estudios guardan similitud con lo anterior y confirman indirectamente el hallazgo de la investigación, pues, se evidenció una correlación significativa e inversa entre la ideación suicida y la regulación emocional adaptativa. Por un lado, Suárez et al. (2016) encontraron en universitarios colombianos que las ideas suicidas estaban asociadas a las dificultades en la inteligencia emocional; similarmente, en el Perú, Zamora (2022) estudió la inteligencia emocional y el riesgo de ideación suicida en universitarios limeños, encontrando la misma correlación inversa. Del mismo modo, Auris (2022) halló que la regulación emocional correlacionaba inversamente con

la ideación suicida, también, en universitarios limeños. Esto cobra sentido, pues, como refirieron Gratz y Roemer (2004), la regulación emocional comprende diversas habilidades que permiten al sujeto adaptarse efectivamente a su contexto, por ende, algún déficit o ausencia en tales habilidades conllevarían a dificultades emocionales, por tal motivo, aquellos déficits contribuyen al desarrollo de problemas psicológicos (Hervás y Vázquez, 2006).

Ahora bien, demostrada la conexión de las dificultades emocionales y el inicio del espectro suicida, los resultados del estudio actual sintonizan con los hallazgos de Rajappa et al. (2012), en universitarios americanos, donde evaluaron la desregulación emocional como predictiva de la ideación e intento suicida, lo cual se confirmó y, a su vez, representaría un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de las ideaciones. De igual importancia, Neacsiu et al. (2017) concluyeron que los procesos emocionales disfuncionales estuvieron asociados a la conducta suicida, concretamente, fueron factores predictivos en la aparición de la ideación suicida en adultos de EE. UU.

A partir del resultado obtenido en el presente estudio, se puede inferir que una persona con dificultad para regular su estado emocional negativo, siendo abrumador y persistente, es probable que presente ideaciones suicidas como estrategia desadaptativa para disminuir el malestar emocional experimentado (Linehan, 1993). Paralelamente, esto sería congruente con la teoría interpersonal (Joiner, 2007), la cual plantea que, al experimentar un afecto negativo intenso, esto, conduciría a disminuir el miedo al dolor físico o psicológico, lo que aumentaría la “capacidad adquirida” del suicidio (idear, planificar o intentar quitarse la vida).

En cuanto a las hipótesis específicas, al analizar la hipótesis específica H<sub>1.1</sub>, se evidenció una relación significativa y directa entre la desregulación emocional y la dimensión ideación suicida negativa (Tabla 6), teniendo en cuenta que dicha dimensión refiere a

los factores de riesgo, se traduce que a mayores dificultades en la regulación emocional existen mayores factores de riesgo suicida, por ello, mayor ideación suicida. Tal resultado es congruente con el trabajo de Solís-Cámara et al. (2018) en universitarios mexicanos del área de salud, donde la sintomatología depresiva fue la primordial variable de riesgo de la ideación suicida, asimismo, concuerda con el estudio de Pinzón-Amado et al. (2013) en estudiantes de medicina colombianos, los cuales hallaron resultados similares. Aunado a esto, otros estudios nacionales apoyan tales hallazgos. Ccasani et al. (2020) concluyeron que la depresión y los trastornos de ansiedad incrementaban la probabilidad de deseos y pensamientos suicidas en adultos limeños; adicionalmente, Abanto (2018) encontró en estudiantes de medicina trujillanos que el estrés, ansiedad y depresión fueron factores influyentes en la aparición de ideas suicidas; adicionalmente, Sindeev et al. (2019) hallaron que los deseos, pensamientos e intentos suicidas se asociaron a la disfunción familiar, así como a indicios de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina limeños quienes cursaban el primer año de carrera.

Para la hipótesis específica H<sub>1.2</sub>, se comprobó una relación significativa e inversa entre la desregulación emocional y la dimensión ideación suicida positiva (Tabla 8), considerando que esta segunda dimensión apunta a los factores protectores, significa que a menores dificultades en la regulación emocional es porque hay mayores factores protectores del suicidio, por ende, menor ideación suicida. Ello resulta coherente con lo estudiado por Fang et al. (2019) en estudiantes chinos del primer año de medicina, donde la atención plena se relacionó negativamente con el riesgo suicida, asimismo, la alexitimia jugó un papel mediador entre las variables; esto último, se sostiene en el modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional (Hervás, 2011) en la que el déficit en el proceso de *apertura emocional* daría lugar a la dificultad del individuo para tener acceso consciente a sus emociones (alexitimia). Por otra parte,

Pariona (2021) en su estudio sobre la autoestima y la ideación suicida en universitarios limeños, encontró una relación significativa e inversa, lo cual concuerda con lo postulado. De la misma forma, Quito (2021) concluyó que el soporte social se asoció de manera inversa al aumento de ideación suicida en universitarios limeños, lo cual destaca su papel de factor protector, corroborando lo descrito en el marco teórico.

En el caso de la segunda hipótesis general ( $H_2$ ), que enfatiza las diferencias de sexo, se dedujo de los resultados de las dos hipótesis específicas que se describen a continuación.

En relación con la hipótesis específica  $H_{2.1}$ , se halló que no existen diferencias estadísticamente significativas en la desregulación emocional entre los varones y mujeres de la muestra estudiada, por ello, los y las estudiantes reportaron puntuaciones similares (Tabla 8). Este resultado discrepa de otros estudios, por ejemplo, Gutiérrez (2020) encontró que las mujeres poseían mejor manejo en la inteligencia emocional que los varones, en una muestra de estudiantes españoles; asimismo, Suárez y Wilches (2015) destacaron la influencia del sexo en las habilidades emocionales en universitarios colombianos, ya que se evidenció mayores habilidades en los hombres. Por otro lado, en universitarios peruanos, Domínguez-Lara (2019) también halló algo similar, puesto que reportó un mejor manejo emocional en el grupo varonil. Sin embargo, el presente hallazgo concuerda con la investigación de Velásquez et al. (2020) donde no se evidenció diferencias significativas en la desregulación emocional acorde al sexo.

Al examinar la última hipótesis específica  $H_{2.2}$ , se observó que hay una diferencia estadísticamente significativa en la ideación suicida entre los varones y mujeres de la muestra estudiada, por lo que las mujeres presentaron puntajes promedios superiores en comparación a los varones (Tabla 9). Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Cuadra-Peralta et al. (2021), pero en adolescentes chilenos, quienes observaron mayor

prevalencia en mujeres que en hombres. En la población adulta limeña también se encontró esta diferencia, pues, las mujeres tenían mayor probabilidad de presentar ideas suicidas que los varones (Ccasani et al., 2020). Particularmente, en universitarios de medicina trujillanos los resultados coinciden, predominando en las mujeres (Abanto, 2018). Además, todo ello es coherente con los indicadores descritos en el primer capítulo de la investigación (Fonseca-Pedrero et al., 2018; INSM “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2019), lo cual fortalece lo encontrado en este punto. Inclusive, para comprender mejor por qué existen estas diferencias entre varones y mujeres, sería importante considerar la conducta suicida desde una perspectiva de género (Barroso, 2019).

## 5.2 Conclusiones

1. Se halló que la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional posee validez de contenido y confiabilidad adecuada.
2. Se encontró que el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa tiene validez de contenido y es confiable.
3. El 49% de los participantes presentaron indicadores elevados de dificultades en la regulación emocional.
4. El 40% de los participantes evidenciaron presencia de ideación suicida.
5. La desregulación emocional y la ideación suicida tienen una relación directa y significativa en estudiantes de Medicina de segundo año de una universidad pública de Lima Metropolitana.
6. Se evidencia una relación significativa y directa entre la dimensión ideación suicida negativa y la desregulación emocional en el estudiantado evaluado.
7. Se observa una relación significativa e inversa entre la dimensión ideación suicida positiva y la desregulación emocional en los participantes de la investigación.

8. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los estudiantes varones y mujeres en la desregulación emocional.
9. En cuanto a la ideación suicida respecto al sexo, se halló diferencias significativas, siendo las mujeres las que presentaron puntuaciones más elevadas.

### 5.3 Recomendaciones

1. Realizar la adaptación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en diferentes muestras del contexto peruano, con el fin de contar con más instrumentos adaptados para su uso en otras circunstancias y/o poblaciones no clínicas.
2. Replicar la presente investigación en estudiantes de otras carreras de ciencias de la salud, así como de otras áreas de estudio, con el fin de conocer la realidad de los fenómenos estudiados en el contexto universitario peruano. Lo cual resulte útil para comparar en qué áreas y/o carreras tales variables están mayormente presentes, asimismo, considerar otras variables sociodemográficas como edad, nivel de estudio, condición socioeconómica, tipo de universidad (estatal o privada), etc.
3. Realizar otras investigaciones donde se estudie la desregulación emocional relacionada a la desesperanza, depresión y ansiedad. Del mismo modo, que se estudie la ideación suicida con variables protectoras como apoyo familiar y/o soporte social, las cuales permitan desarrollar programas preventivos enfocados en los factores de protección y no solo en los factores de riesgo.
4. Desarrollar programas preventivo-promocionales enfocados en la regulación emocional adaptativa en los participantes, con el propósito de mitigar el riesgo de ideación suicida, específicamente en los estudiantes con dificultades marcadas para manejar sus emociones o que tengan antecedentes de conducta suicida.
5. Promover programas de sensibilización y concientización en los estudiantes de Medicina respecto al tema del suicidio. El cual debe ser desmitificado, bien

informado y tratado con la seriedad que merece desde un enfoque interdisciplinario.

6. Fomentar el uso de intervenciones psicológicas basadas en evidencia científica, específicamente, en personas que se encuentran en riesgo suicida y/o con trastornos emocionales.

## REFERENCIAS

- Abanto, M. (2018). *Influencia del estrés, ansiedad y depresión en ideación suicida en estudiantes de Medicina* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/3873>
- Alvarado, M. (2020). *Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/23963>
- Álvarez, A., De la Red, M. H., Alonso, A., De la Fuente, S., Delgado, T., Hernández, R., Gómez, M., De Lorenzo, M. M., Mayor, E. & Blanco, J. A. (2020). Anxiety, depression and suicidal behavior among medical students from the university of Valladolid. *European Psychiatry*, 41(S1), S290. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.156>
- American Association of Suicidology (2006). *Youth suicide fact sheet*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5*. (5ª ed.). Panamericana.
- Atienza-Carbonell, B. y Balanzá-Martínez, V. (2020). Prevalencia de síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes de medicina españoles. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 48(4), 154-162. <https://medes.com/publication/154394>
- Auris, S. (2022). *Regulación emocional y riesgo suicida en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/95368>
- Avendaño-Prieto, B., Pérez-Prada, M., Vianchá-Pinzón, M., Martínez-Vaquero, L., & Toro, R. (2018). Propiedades psicométricas del inventario de ideación suicida positiva y negativa PANSI. *Revista Evaluar*, 18(1), 27-39. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v18.n1.19767>
- Baader, T., Rojas C., Molina, J., Gotelli, M., Alamo C., Fierro, C., Venezian, S. & Dittus P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(3), 167-176. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>
- Barraza-López, R., Muñoz-Navarro, N., & Behrens-Pérez, C. (2017). Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55(1), 18-25. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000100003>
- Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>
- Bedoya-Lau, F. N., Matos, L. J. y Zelaya, E. C. (2014). Nivel de estrés académico,

- manifestaciones psicosomáticas y estrategias de afrontamiento en alumnos de facultad de medicina de una universidad privada de Lima en el año 2012. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(4), 262-270. <https://doi.org/10.20453/rnp.v77i4.2195>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Benavides, V., Villota, N., & Villalobos, F. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181-195. <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
- Boggiano, J.P. y Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional*. Tres Olas. <https://tresolasediciones.com/tienda/terapia-dialectico-conductual-dbt/terapia-dialectico-conductual/>
- Cáceda, R. (2014). Conducta suicida: factores de riesgo y protección. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(1), 3-18. <https://doi.org/10.20453/rnp.v77i1.1159>
- Ccasani, M., Enciso, A. y Gonzales, L. (2020). *Características del espectro suicida en personas adultas con trastornos de ansiedad en Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7834>
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2<sup>a</sup> ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cruzado, L. (2016). La salud mental de los estudiantes de Medicina. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79(2), 73-75. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n2/a01v79n2.pdf>
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Vega, G. y Zepeda, A. (2021). Ideación suicida y relación con la salud mental en adolescentes escolarizados no consultantes. *Intercencia*, 46(5), 217-223. <https://www.proquest.com/openview/5edf0f20f506e0ef231d3eedc33aaa1c/1?cbl=27688&pq-origsite=gscholar>
- Delgado, A., Ecurra, L. M y Torres, W. (2006). *La medición en Psicología y Educación: Teorías y Aplicaciones*. Hozlo.
- Dominguez-Lara, S. (2019). Diferencias de sexo en las estrategias cognitivas de regulación emocional: un reporte exploratorio en estudiantes universitarios. *Cultura*, 33, 319-327. <https://doi.org/10.24265/cultura.2019.v33.17>
- Dyrbye, L., Thomas, M., & Shanafelt, T. (2006). Systematic review, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373. [https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2006/04000/Systematic\\_Review\\_of\\_Depression,\\_Anxiety,\\_and.9.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2006/04000/Systematic_Review_of_Depression,_Anxiety,_and.9.aspx)

- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Echeburúa, E. (2018). El suicidio. En E. Echeburúa (Ed.). *Violencia y trastornos mentales* (pp. 159-180). Pirámide. <https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=5546942>
- Escurrea, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111. <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>
- Estrada, A. D. y Guerra, P. H. (2019). *Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3053>
- Fang, Y., Zeng, B., Chen, P., Mai, Y., Teng, S., Zhang, M., Zhao, J., Yang, X. & Zhao, J. (2019). Mindfulness and Suicide Risk in Undergraduates: Exploring the Mediating Effect of Alexithymia. *Front. Psychol.* 10:2106. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31572279/>
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M., ... Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Gómez, A., Núñez, C., Agudelo, M., & Caballo, V. (2020). Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Terapia psicológica*, 38(3), 403-426. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000300403>
- Gómez, O., & Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117. <https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/215>
- Gratz, K. & 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 Assessment*, 26(1), 41-54. <https://link.springer.com/article/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3-20). The Guilford Press. <https://www.guilford.com/excerpts/gross.pdf?t>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2007-01392-001>
- Gutiérrez, N. (2020). Inteligencia emocional percibida en estudiantes de educación superior: análisis de las diferencias en las distintas dimensiones. *Actualidades en Psicología*,

34(128), 17-33. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i128.34469>

- Gutiérrez, I., Quesada, J. A., Gutiérrez, A., Nouni, R. y Carratalá, M. C. (2021). Depresión, ansiedad y salud autopercibida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. *Revista Española de Educación Médica*, 2(2), 21-31. <https://doi.org/10.6018/edumed.470371>
- Guzmán-González, M., Urzúa, A., Garrido, L. y Leiva, J. (2014). Validez y confiabilidad de la versión adaptada al español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población chilena. *Terapia Psicológica*, 32(1), 19-29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372. [https://extension.uned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/5413/psicopatologiadela regulacionemocionalelpapel delosdeficit emocionales.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadela regulacionemocionalelpapel delosdeficit emocionales.pdf)
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180613875001.pdf>
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1-2), 9-36. [https://www.researchgate.net/publication/235428353\\_La\\_regulacion\\_afectiva\\_Modelos\\_investigacion\\_e\\_implicaciones\\_para\\_la\\_salud\\_mental\\_y\\_fisica](https://www.researchgate.net/publication/235428353_La_regulacion_afectiva_Modelos_investigacion_e_implicaciones_para_la_salud_mental_y_fisica)
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327–334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado–Hideyo Noguchi” (2019). Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales regionales 2015. Informe general. *Anales de Salud Mental*, 35(1), 258. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXV%202019%20Nro%20EESM%20en%20Hospitales%20Regionales.pdf>
- Jiménez, M. I. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 1(4), 5-17. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1900>
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard University Press. <https://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674025493>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2013). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1–5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24313594/>
- 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. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Kobus, V., Calleti, M. J. y Santander, J. (2020). Prevalencia de síntomas depresivos, síntomas ansiosos y riesgo de suicidio en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Chilena Neuropsiquiatría*, 58(4), 314-323. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400314>
- Lemos, M., Henao-Pérez, M. y López-Medina, D. (2018). Estrés y salud mental en estudiantes de Medicina. *Archivos de Medicina*, 14(2), 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6499267>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1993-97864-000>
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamientos de los trastornos de personalidad límite*. Paidós. <https://www.derechopenalenlared.com/libros/trastosnos-de-personalidad.pdf>
- Magallanes, A. y Sialer, J. (2019). *Propiedades psicométricas de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en universitarios de Ciencias de la Salud* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. <http://hdl.handle.net/10757/626361>
- Maida, A. M., Herskovic, V., Pereira, A., Salinas-Fernández y Esquivel, C. (2006). Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile*, 134(12), 1516-1523. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001200004>
- Medrano, L. A., & Trógolo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1345-1356. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.vedr>
- Ministerio de Igualdad y Política Social de España (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2020/09/gpc\\_481\\_conducta\\_suicida\\_avalat\\_resum\\_modif\\_2020\\_2.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avalat_resum_modif_2020_2.pdf)
- Ministerio de Salud (2022). *Pautas para la prevención del suicidio en mi comunidad*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3339433-pautas-para-la-prevencion-del-suicidio-en-mi-comunidad>
- Neacsiu, A., Fang, C, Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2017). Suicidal behavior and problems with Emotion Regulation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 52-74. <https://doi.org/10.1111/sltb.12335>
- O'Connor, R. C. (2011). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*, 32(6), 295-298. [10.1027/0227-5910/a000120](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120)
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70222-6)

- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* <https://www.who.int/europe/home?v=welcome>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Suicide in the world. Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Organización Panamericana de Salud (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31167>
- Palomera-Chávez, A., Herrero, M., Carrasco, N. E., Juárez-Rodríguez, P., Barrales, C. R., Hernández-Rivas, M. I., Llantá, M., Lorenzana, L., Meda-Lara, R. M. y Moreno-Jiménez, B. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 83-93. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.10>
- Paredes-Rivera, A., Coria-Palomino, G., Marcos-Lescano, A., y Sedano-Alejandro, S. (2021). La regulación emocional como categoría transdiagnóstica a través de los problemas clínicos: un estudio narrativo. *Interacciones*, 7, e223. <https://doi.org/10.24016/2021.v7.223>
- Pariona, C. (2021). *Autoestima e ideación suicida en estudiantes de una universidad de Lima Sur* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/68204>
- Perales, A., Sánchez, E., Barahona, L., Oliveros, M., Bravo, E., Aguilar, W., Ocampo, J. C., Pinto, M., Orellana, I. y Padilla, A. (2019). Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 28–33. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15865>
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General*, 15(2), 196-217. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>
- Pinzón-Amado, A., Guerrero, S., Moreno, K., Landínez, C. y Pinzón J. (2013). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.005>
- Quito, C. (2021). *El soporte social percibido e ideación suicida en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/19573>
- Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 833-839. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-011-9419-2>

- Reyes, M. y Tena, E. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. Manual Moderno. <https://www.guiadisc.com/wp-content/pdfs/Regulacion-Emocional-Guia-Para-Terapeutas.pdf>
- Rodas-Vera, N., Toro, R. y Flores-Kanter, P. E. (2021). Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI): Propiedades psicométricas en universitarios peruanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 60(3), 27-39. <https://doi.org/10.21865/RIDEP60.3.03>
- Rotenstein, L., Ramos, M., Torre, M., Bradley, J., Peluso, M., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students a systematic review and meta-analysis. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(21), 2214–2236. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2021). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Gráfica Ancash.
- Sánchez, J., Villarreal, M. y Musitu, G. (2013). Capítulo 12. Ideación Suicida. En Sánchez-Sosa, J. C. y Villarreal-González, M. (Eds.), *Tópicos de Psicología de la Salud en el ámbito Universitario* (pp. 14-34). UANL-CUmex. <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>
- Saravia-Bartra, M., Cazorla-Saravia, P. y Cedillo-Ramírez, L. (2020). Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de COVID-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 568-573. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n4/2308-0531-rfmh-20-04-568.pdf>
- Siabato, E. F., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71-81. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf>
- Sindeev, A., Arispe, C. y Villegas, J. (2019). Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 232-241. <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3658>
- Solís-Cámara R., P., Meda Lara, R. M., Moreno Jimenez, B., & Palomera Chavez, A. (2018). Depresión e ideación suicida: Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 11(1), 11-22. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.11104>
- Suárez, Y., Restrepo, D. y Caballero, C. (2016). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(4), 470–478. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016005>
- Suárez, Y. & Wilches, C. (2015). Habilidades emocionales en una muestra de estudiantes universitarios: las diferencias de género. *Educación y Humanismo*, 17(28), 119-132. <http://dx.doi.org/10.17081/eduhum.17.28.1170>

- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Turton, H., Berry, K., Danquah, A., & Pratt, D. (2021). The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behavior: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100136. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100136>
- Vargas, M., Talledo-Ulfe, L., Heredia, P., Quispe-Colquepisco, S. y Mejia, C. (2017). Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 32-36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.008>
- Vargas, R., y Muñoz-Martínez, A. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225–240. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200003>
- Velásquez, C., Grajeda, A., Montero, V., Montgomery, W. y Egusquiza, K. (2020). Desregulación emocional, rumiación e ideación suicida en estudiantes que cursan estudios generales en una universidad pública de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 23(1), 5-22. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/18090/1514>
- Vélez-Pérez, D., Maldonado-Santiago, N., & Rivera-Lugo, C. I. (2017). Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 34–44. <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233255999003.pdf>
- Villalobos, F. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior* [Tesis doctoral, Universidad de Granada, España]. <http://hdl.handle.net/10481/2352>
- Villalobos-Galvis, F. H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a17.pdf>
- Villalobos, F. (2021). *Manual de adaptación de la prueba psicológica. Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI*. Universidad de Nariño.
- Yang, L., Zhang, S., Liu, X., Hou, J. & Hou X. (2021). Emotion reactivity, emotion dysregulation, and suicidality among Chinese undergraduates: A study based on the “ideation-to-action” framework. *Current Psychology*, 42, 3204-3212 <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01666-y>
- Ypanaqué, P. (2020). *Desregulación emocional en estudiantes de Medicina Humana y Psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana* [Tesis de bachiller, Universidad Científica del Sur]. <https://hdl.handle.net/20.500.12805/1227>
- Zamora, W. (2022). *Inteligencia emocional y riesgo de ideación suicida en estudiantes universitarios de Lima Este* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/5524>

# ANEXOS

## Anexo A

### Consentimiento informado

La presente investigación está dirigida a estudiantes de segundo año de Medicina de una universidad estatal de Lima Metropolitana, cuyo objetivo es estudiar la relación entre la desregulación emocional y la ideación suicida, todo ello con fines académicos. Los datos proporcionados en este documento serán tratados con la confidencialidad debida y bajo ninguna circunstancia se filtrarán los resultados. La participación es voluntaria y anónima, de acceder a participar deberá marcar el total de preguntas que se mostrarán a continuación; asimismo, es importante que responda siendo lo más honesto/a y sincero/a posible, además, recuerde que no existen respuestas buenas o malas.

*Nota:* Los protocolos de los instrumentos usados en la investigación no se incluyen en la presente sección de Anexos, ya que los autores al dar la autorización para utilizarlos indicaron que no sean compartidos.



34	C	Sí	7	1.00						
16	E	Sí	7	1.00						
15	E	Sí	7	1.00						
31	E	Sí	7	1.00						
35	E	Sí	7	1.00						
28	E	Sí	7	1.00						
22	E	Sí	7	1.00						
26	E	Sí	7	1.00						
30	E	Sí	7	1.00						
5	CL	Sí	7	1.00						
4	CL	Sí	7	1.00						
9	CL	Sí	7	1.00						
7	CL	Sí	7	1.00						
1	CL	Sí	7	1.00						

*Nota:* NA: No Aceptación, M: Metas, I: Impulsos, C: Conciencia, E: Estrategias, CL: Claridad.

- Análisis de ítems y confiabilidad

En la tabla 11 se presenta el resultado del análisis de ítems correspondiente a la dimensión claridad de la DERS, observándose que los ítems presentan una correlación ítem-test corregida mayor a .20, por lo que deben permanecer conformando la dimensión (Delgado et al., 2006). En cuanto a la confiabilidad se observa que el coeficiente alfa de Cronbach alcanza un valor de .81.

**Tabla 11**

*Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Claridad de la DERS*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
01	10.35	10.507	.594	.783
04	10.33	10.439	.574	.789
05	10.20	9.461	.729	.740
07	10.04	10.210	.582	.786
09	10.21	10.555	.549	.796
Alfa de Cronbach = .81				

*Nota:* n = 166

Del mismo modo, en la tabla 12 se observa el resultado del análisis de ítems correspondientes a la dimensión conciencia de la DERS, evidenciándose que los ítems presentan una

correlación ítem-test corregida mayor a .20 (Delgado et al., 2006), debiendo permanecer todos los ítems en la dimensión. El estudio de la confiabilidad por el método de consistencia interna muestra un coeficiente alfa de Cronbach de .81.

**Tabla 12**

*Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Conciencia de la DERS*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
02	13.45	14.964	.720	.759
06	13.36	14.473	.755	.750
08	13.37	15.375	.618	.780
10	13.51	17.076	.425	.820
17	13.07	15.832	.529	.800
34	13.10	16.112	.468	.814
Alfa de Cronbach = .81				

*Nota:* n = 166

La tabla 13 presenta los resultados del análisis de ítems respecto a la dimensión impulsos de la DERS, demostrándose que todos los ítems corresponden a la dimensión porque presentan una correlación ítem-test corregida mayor a .20 (Delgado et al., 2006). En el estudio de la confiabilidad se obtiene un alfa de Cronbach de .86.

**Tabla 13**

*Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Impulsos de la DERS*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
03	12.19	19.514	.720	.759
14	12.63	18.173	.755	.750
19	12.47	16.893	.618	.780
24	12.18	20.549	.425	.820
27	12.38	17.570	.529	.800
32	12.63	17.797	.468	.814
Alfa de Cronbach = .86				

*Nota:* n = 166

En lo que se refiere a la dimensión metas de la DERS, los resultados del análisis de ítems (Tabla 14), demuestran que los 5 ítems tienen correlación ítem-test corregida superior a .20, indicando que guardan consistencia (Delgado et al., 2006). La dimensión alcanza un coeficiente alfa de Cronbach de .85.

**Tabla 14**

*Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Metas de la DERS*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
13	11.82	13.446	.713	.812
18	11.61	13.281	.778	.794
20	11.93	17.577	.312	.903
26	11.77	12.847	.831	.778
33	12.02	14.121	.729	.808
Alfa de Cronbach = .85				

*Nota:* n = 166

Adicionalmente, en la tabla 15 se muestra el análisis de ítems de la dimensión no aceptación de la DERS, probándose que estos ítems muestran una correlación ítem-test corregida superior a .20 (Delgado et al., 2006). El valor del coeficiente de confiabilidad alcanzado es de .90.

**Tabla 15**

*Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión No Aceptación de la DERS*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
11	12.39	25.147	.669	.894
12	12.64	24.535	.731	.885
21	12.77	24.120	.803	.874
23	12.69	25.101	.628	.901
25	12.67	24.077	.817	.871
29	12.64	24.911	.763	.880
Alfa de Cronbach = .90				

*Nota:* n = 166

La tabla 16 presenta el resultado del análisis de ítems de la dimensión estrategias de la DERS, donde se evidencia que los 8 ítems deben permanecer conformando la dimensión porque muestran una correlación ítem-test corregida superior a .20 (Delgado et al., 2006). En cuanto a la confiabilidad, la dimensión alcanza un coeficiente alfa de Cronbach .86.

**Tabla 16**

*Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Estrategias de la DERS*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
15	17.02	30.945	.666	.848
16	16.88	28.373	.776	.834
22	16.55	35.704	.222	.891
28	17.01	29.933	.711	.843
30	16.66	29.621	.682	.845
31	16.78	31.771	.559	.859
35	16.58	30.694	.688	.846
36	16.24	29.432	.685	.845
Alfa de Cronbach = .86				

*Nota:* n = 166

Por último, en la tabla 17 se observa el análisis de los ítems de la DERS total, evidenciándose que todos los ítems, a excepción del ítem 08 (.182), muestran una correlación ítem-test corregida que excede a .20 (Delgado et al., 2006), lo que determina que deben continuar conformando la escala; se decide no eliminar el ítem 8 para mantener la estructura del instrumento, ya que al interior de su dimensión obtiene una correlación ítem-test superior a .20, además, si se eliminase no mejoraría de manera significativa la confiabilidad. La confiabilidad se analizó por el método de consistencia interna del alfa de Cronbach alcanzando un coeficiente de .94, por lo tanto, el instrumento permite obtener puntuaciones confiables.

**Tabla 17***Análisis de ítems y confiabilidad de la DERS total*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
01	90.27	527.760	.484	.945
04	90.24	528.232	.454	.945
05	90.12	515.852	.706	.943
07	89.96	524.974	.505	.945
09	90.13	519.117	.651	.943
02	90.18	526.997	.481	.945
06	90.08	529.217	.414	.945
08	90.10	540.456	.182	.947
10	90.23	536.896	.268	.946
17	89.80	536.285	.257	.947
34	89.83	536,933	.234	.947
03	89.99	518.915	.615	.944
14	90.43	517.799	.668	.943
19	90.27	512.381	.689	.943
24	89.98	525.715	.456	.945
27	90.18	511.761	.766	.942
32	90.43	515.496	.718	.943
13	89.73	516.465	.578	.944
18	89.52	517.257	.588	.944
20	89.84	533.503	.327	.946
26	89.67	514.354	.637	.943
33	89.93	515.747	.664	.943
11	89.93	519.498	.534	.944
12	90.18	519.616	.534	.944
21	90.31	515.305	.634	.943
23	90.23	515.838	.570	.944
25	90.21	512.046	.704	.943
29	90.18	515.143	.666	.943
15	90.62	520.031	.640	.944
16	90.48	511.136	.717	.943
22	90.14	534.524	.317	.946
28	90.60	516.932	.663	.943
30	90.25	510.663	.743	.943
31	90.38	524.128	.529	.944
35	90.17	520.084	.636	.944
36	89.84	510.222	.739	.943

Alfa de Cronbach = .94

*Nota:* n = 166

## Anexo C

### Análisis psicométrico del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)

- Validez

En la tabla 18 se evidencian los resultados de la validez de contenido por criterio de jueces, siendo 7 dichos jueces competentes y calificados. Se observa que todos los ítems que componen el inventario, obtuvieron un coeficiente V de Aiken igual a 1.00, el cual es estadísticamente significativo, por lo cual, se indica que los ítems deben permanecer en el inventario (Escrura, 1988).

**Tabla 18**

*Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI*

Ítem	RT	Jueces							TA	V
		J <sub>1</sub>	J <sub>2</sub>	J <sub>3</sub>	J <sub>4</sub>	J <sub>5</sub>	J <sub>6</sub>	J <sub>7</sub>		
1	ISN	Sí	7	1.00						
3	ISN	Sí	7	1.00						
4	ISN	Sí	7	1.00						
5	ISN	Sí	7	1.00						
7	ISN	Sí	7	1.00						
9	ISN	Sí	7	1.00						
10	ISN	Sí	7	1.00						
11	ISN	Sí	7	1.00						
2	ISP	Sí	7	1.00						
6	ISP	Sí	7	1.00						
8	ISP	Sí	7	1.00						
12	ISP	Sí	7	1.00						
13	ISP	Sí	7	1.00						
14	ISP	Sí	7	1.00						

*Nota:* ISN: Ideación Suicida Negativa, ISP: Ideación Suicida Positiva.

- Análisis de ítems y confiabilidad

En la tabla 19 se observa el resultado del análisis de ítems correspondientes a la dimensión ideación suicida negativa (ISN) del PANSI, comprobándose que los ítems presentan una

correlación ítem-test corregida mayor a .20, y coeficiente de alfa de Cronbach alcanza un valor de .95.

**Tabla 19**

*Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Ideación Suicida Negativa del PANSI*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
01	6.07	45.219	.794	.947
03	6.10	44.306	.852	.943
04	6.16	45.410	.711	.952
05	6.08	44.853	.813	.946
07	6.13	44.632	.849	.943
09	6.04	44.029	.842	.944
10	6.11	44.328	.832	.944
11	6.10	43.688	.875	.942
Alfa de Cronbach = .95				

*Nota:* n = 166

Por otro lado, en la tabla 20 se presenta el análisis de ítems de la dimensión ideación suicida positiva del PANSI, donde se demuestra que los ítems obtienen una correlación ítem-test corregida superior a .20, además, el coeficiente de alfa de Cronbach alcanza una puntuación de .85.

**Tabla 20**

*Análisis de ítems y confiabilidad para la dimensión Ideación Suicida Positiva del PANSI*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
02	6.54	14.929	.522	.853
06	6.85	13.620	.672	.826
08	7.12	13.913	.593	.842
12	6.69	13.683	.679	.825
13	7.14	13.659	.660	.829
14	6.99	13.709	.746	.814
Alfa de Cronbach = .85				

*Nota:* n = 166

Finalmente, en la tabla 21 se presenta el análisis de los ítems del PANSI total, donde se evidencia que la totalidad de ítems muestran una correlación ítem-test corregida superior a .20, lo que determina que deben continuar conformado el inventario. La confiabilidad se analizó por el método de consistencia interna del alfa de Cronbach alcanzando un coeficiente de .92, por tanto, se cumplen los criterios empíricos establecidos y evidencian ser confiables.

**Tabla 21**

*Análisis de ítems y confiabilidad del PANSI total*

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
01	14.34	91.922	.729	.917
03	14.36	90.487	.793	.915
04	14.43	91.895	.669	.919
05	14.35	91.077	.765	.916
07	14.39	90.015	.785	.915
09	14.31	90.202	.779	.915
10	14.37	90.809	.755	.916
11	14.36	43.111	.790	.915
02	13.51	99.573	.416	.927
06	13.82	97.604	.486	.925
08	14.09	98.931	.396	.928
12	13.66	98.300	.459	.925
13	14.11	93.455	.709	.918
14	13.96	96.222	.624	.921
Alfa de Cronbach = .92				

*Nota:* n = 166