



# FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“IDEACIÓN SUICIDA Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DE TRUJILLO”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autora:

María Esther Alvarado Rodríguez

Asesor:

Ma. Romy Angélica Díaz Fernández

Trujillo - Perú

2020

## DEDICATORIA

A mi madre que desde el cielo, me ha cuidado y ha sido mi guía espiritual en ese arduo camino, de ella aprendí la perseverancia y disciplina para lograr lo que me proponga.

A mi padre, por transmitirme su sabiduría a través de consejos valiosos, los cuales me han permitido tomar decisiones acertadas.

A mi hermana Lucy por su apoyo incondicional e incentivar me a que jamás me dé por vencida en mis sueños.

## AGRADECIMIENTO

Gracias a mi padre porque ha permanecido junto a mí en este largo camino y darme el regalo más grande que es mi carrera y en especial a mi hermana Lucy por ser la persona que me ha brindado ese amor de madre que siempre lo tuve en ella. Asimismo, agradezco a mi asesora Ma. Romy Angélica Díaz Fernández, por su continua orientación durante el desarrollo de esta investigación.

No ha sido sencillo llegar aquí, pero gracias por su amor, dedicación y sobre todo paciencia por ustedes es que las adversidades han sido más llevaderas y he podido cumplir esta meta.

## Tabla de contenidos

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II. METODOLOGÍA .....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Población y muestra de adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo según año escolar</i> .....	28
Tabla 2. <i>Correlación entre ideación suicida y regulación emocional en estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo</i> .....	35
Tabla 3. <i>Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión descontrol emocional de la regulación emocional en estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo</i> .....	36
Tabla 4. <i>Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión rechazo emocional de la regulación emocional en estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo</i> .....	37
Tabla 5. <i>Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión interferencia cotidiana de la regulación emocional en estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo</i> .....	38
Tabla 6. <i>Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión desatención emocional de la regulación emocional en estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo</i> .....	39
Tabla 7. <i>Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión confusión emocional de la regulación emocional en estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo</i> .....	40

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre ideación suicida y regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo. La investigación fue de tipo no experimental bajo un enfoque cuantitativo, cuyo diseño es no experimental, correlacional, en donde se tuvo como población objetivo a 423 estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas estatales mixtas que cursan entre el 1er y 5to año de secundaria del distrito de Trujillo; de los cuales se seleccionó una muestra de 202 estudiantes, quienes fueron seleccionados mediante un muestreo probabilístico estratificado que fueron evaluados con la Escala de ideación suicida (SSI) y la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS).

Los resultados indicaron que existe relación directa de grado mediano entre las variables de la ideación suicida y la regulación emocional ( $r_s = 0.44$ ). Además se logró identificar que existe relaciones directas de grado mediano entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de intento suicida y Desesperanza) de ideación suicida y las dimensiones (Descontrol emocional, Rechazo emocional, Interferencia cotidiana, Desatención emocional y Confusión emocional) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

**Palabras clave:** Ideación suicida, regulación emocional, adolescentes

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad problemática

En la actualidad se ha identificado a nivel mundial que uno de los problemas de salud mental que despierta un especial interés por la investigación se trata del suicidio, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) alrededor de 800,000 personas son víctimas de esta problemática, y consideran que se trata de la segunda causa principal de muertes entre las personas de 15 a 29 años de edad, siendo que diversos estudios han revelado incrementos de hasta el 60% en algunos países, llegando a superar el número de víctimas de homicidios y conflictos bélicos. Asimismo, la OMS (2018) al profundizar investigaciones sobre la salud mental en los adolescentes manifiesta que entre el 10 y el 20% de los adolescentes experimentan problemas de salud mental, entre los cuales destacan los trastornos emocionales relacionados con el escaso control de las emociones hasta la depresión, ésta última se vincula íntimamente con la conducta suicida. Tomando en consideración este panorama mundial que afecta un grupo significativo de la población, conlleva al desarrollo de investigaciones de campo que pretenden detectar los factores etiológicos, a fin de generar acciones preventivas y de intervención para mejorar el bienestar biopsicosocial del ser humano.

Asimismo, resulta importante destacar que estos estudios solamente permiten cuantificar el número de víctimas que consiguen consumar la conducta suicida; sin embargo, se debe tener en cuenta que el inicio de esta problemática parte de la ideación suicida, la cual según Carvajal & Virginia (2011) es considerada como la presencia de pensamientos, planes y deseos constantes de realizar la conducta suicida. Por su parte,

la OMS (2012) considera que ésta refiere a los pensamientos pasivos que suponen una necesidad de querer estar muerto. Mientras que, en otra de las conceptualizaciones referentes que plantearon acusan que ésta se encuentra relacionada con la inconformidad por la vida y el desarrollo de planes explícitos para atentar contra la propia vida.

En el marco de la investigación de los índices de prevalencia de la conducta suicida a nivel internacional se ha reportado que según una investigación realizada en 482 adolescentes escolarizados en Colombia, el 20% de ellos manifestó haber desarrollado pensamientos o deseos suicidas durante al menos una vez a la semana (Carvajal & Virginia, 2011). Por otro lado, se manifiesta que dentro del análisis de los factores relacionados con la ideación suicida se reporta a la depresión mayor, puesto que inclusive el 25% de los jóvenes y adolescentes que padecen de un cuadro de depresión mayor pueden manifestar la ideación y tentativa de suicidarse, siendo que un 15 % llega a concretarlo. En tanto que un estudio realizado en adolescentes de la amazonia peruana, un 31.3% de los evaluados ha manifestado deseos pasivos de morir, e incluso el 21.1% llegó a pensar activamente en quitarse la vida (Cano, Gutiérrez & Nizama, 2009).

Tomando en consideración, que entre los trastornos y problemas socioemocionales tienden a manifestarse con frecuencia en la población infantil y adolescentes, y que puede contribuir con el desarrollo de sentimientos y pensamientos negativos con respecto a su propia vida, conllevando así al desarrollo de ideas y deseos pasivos para no seguir viviendo, existen investigaciones que vienen realizando un monitoreo sobre la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en adolescentes a nivel



internacional se ha reportado que según un estudio realizado en España entre el 11.6% y 34.6% de los niños presentan algún síntoma relacionado a problemas emocionales (Fonseca, Paino, Lemos & Muñiz, 2011). Dicho reporte concuerda con el estudio epidemiológico realizado en México, en una población de 1685 niños entre 4 a 16 años, se identificó que el 19% presentaba problemas de inquietud, el 17% irritabilidad y un 11% explosividad (Caraveo, Colmenares & Martínez, 2002). Estos datos demuestran que la población infanto-juvenil a nivel internacional se encuentra expuesta al desarrollo de problemas emocionales que afectan de forma significativa la salud mental, y que de no ser tratados oportunamente se convierte en un factor de riesgo que contribuye a la posibilidad de desarrollar ideaciones, tentativas e incluso la conducta suicida.

Sin embargo, dentro de los alcances y análisis de las investigaciones relacionadas a la problemática en poblaciones de adolescentes aún no terminan de llegar a un acuerdo, en función que existen investigadores que asumen la postura que cataloga a la ideación suicida como un fenómeno que usualmente aparece en las personas de estas edades, cuyo curso es efímero y que tiende a desaparecer espontáneamente (Carvajal, 2011). Sin embargo, hay quienes señalan que existe asociación entre ideación suicida en la adolescencia con el incremento del suicidio durante la adultez temprana, debido a la disfunción psicológica, emocional y social que provoca, además que puede aunarse a otros problemas de salud mental, tales como: depresión, aislamiento social, baja autoestima, trastornos de la personalidad, entre otros (Blandón, Carmona, Mendoza & Medina, 2015).

Al realizar el análisis de los antecedentes a nivel internacional se reporta la investigación desarrollada por Suárez, Restrepo & Caballero (2016) quienes en su investigación buscaron identificar la relación entre la ideación suicida e inteligencia emocional en una muestra de 186 jóvenes universitarios de Colombia cuyas edades oscilaron entre 18 y 37 años ( $M = 21,4$ ,  $DT = 2,8$ ), quienes fueron evaluados con la Escala Rasgo de Meta-Conocimiento Emocional y el Inventario de ideación suicida de Beck-ISK, los cuales mantuvieron propiedades psicométricas que permitieron su correcto empleo. Los resultados demostraron que el mantenimiento de ideas suicidas tiene relación con la aparición de dificultades para comprender sus estados emocionales.

Por otro lado, Gómez, Limonero, Toro, Montes & Tomás (2018) en su investigación en la que analizaron la relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y satisfacción con la vida sobre el riesgo suicida en 144 jóvenes universitarios de Barcelona, España de entre 17 y 18 años lograron precisar que el 11.8% de esa muestra mantenía un nivel considerable de riesgo suicida y un 5.6% habían realizado alguna tentativa de suicidio, de tal forma que concluyeron que el alto riesgo de suicidio mantenía asociación con menores niveles de regulación emocional y satisfacción con la vida, así como altos niveles de depresión y ansiedad.

Mamani, Brousett, Ccori & Villasante (2018) en su investigación buscaron determinar la eficacia de un programa de intervención que permite el desarrollo de la inteligencia emocional para disminuir los niveles de ideación suicida en adolescentes mujeres, en una muestra de 33 mujeres que pertenecieron al quinto año de secundario de una institución educativa estatal. Los resultados evidenciaron que el desarrollo de

un programa de intervención centrado en la inteligencia emocional produce como consecuencia una disminución de los niveles de ideación suicida.

En cuanto a los antecedentes desarrollados en el ámbito nacional, Sumari & Vaca (2017) llevaron a cabo una investigación para determinar la relación entre inteligencia emocional y el riesgo suicida en 89 estudiantes de ambos sexos de una institución educativa secundaria de Puno – Perú, quienes fueron evaluados mediante el inventario de inteligencia emocional ICE Bar-on y la Escala de riesgo suicida de Plutchik. De acuerdo a los resultados se llegó a la conclusión de que la variable de inteligencia emocional mantiene una correlación negativa ( $r = -.874$ ) con el riesgo suicida.

De acuerdo con Salas & Yanqui (2013) se encargaron de determinar la relación que existe entre la inteligencia emocional y el riesgo suicida en 252 estudiantes de cuarto y quinto año de nivel secundario de instituciones educativas de Arequipa, a través de una investigación descriptiva, transversal con diseño correlacional. Los resultados manifiestan que el 6.4% de los estudiantes manifiesta un nivel de inteligencia emocional bajo, mientras que el 15.9% mantiene un riesgo total de ideación suicida. Asimismo, se señaló que existe una relación inversa entre el nivel de inteligencia emocional y el riesgo de ideación suicida.

Con respecto a la delimitación conceptual variable ideación suicida puede ser una condición necesaria para el desarrollo de la conducta suicida, ésta varía en diferentes tipos de grados de especificidad para el desarrollo de planes suicidas (Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002), así como de la aparición de pensamientos recurrentes, intensos y sistemáticos sobre la muerte y la inutilidad de la vida (Villalobos–Galvis,

2010). Asimismo, según American Psychiatric Association (APA, 2013) en el DSM V, la ideación suicida supone desde un deseo pasivo de no despertarse o incluso mantener la creencia de que las demás personas se encontrarían mejor si el individuo se encontrara muerto, hasta llegar a tener pensamientos recurrentes sobre la planificación de cometer la conducta suicida. Por lo general, las motivaciones para cometer el suicidio se vinculan con el deseo de darse por vencido frente a los obstáculos que se le presentan en la vida, los cuales son considerados como insuperables por el individuo, conllevándole así a manifestar un intenso deseo para dar por terminado el terrible dolor que le impide tener un disfrute con la vida.

Por su parte, se debe tener en cuenta que existen factores que pueden reducir la probabilidad de su aparición, entre ellos se destacan las relaciones familiares, apoyo familiar y social percibido, aceptación de sí mismo, autoconfianza, habilidades sociales, tolerancia a la frustración, contar sentido de vida, autoestima y regulación emocional (Cervantes & Melo, 2009). Dichos factores son fundamentales para el alcance de una buena salud mental del adolescente, sin embargo hay que tener en cuenta que durante esta etapa de la vida existe una necesidad de lograr establecer el sentido de la vida y la identidad propia, a fin de poder superar los conflictos existenciales de su rol e identidad personal (Sierra, Reyes & Córdoba, 2010).

A partir de ello es posible sostener que el suicidio en sí mismo mantiene una causa multifactorial, dado que intervienen factores sociodemográficos, clínicos y neurobiológicos (Borges et al., 2010). En cuanto a los factores sociodemográficos es posible entender que existen diferencias en las tasas de ideación e intento de suicidio, en función que el género femenino es quienes mantiene un mayor porcentaje en

comparación con los varones (García & Peralta, 2002). Por otro lado, el nivel socioeconómico influye dentro de la conducta suicida, en función que usualmente son las personas que se encuentran desempleadas o que mantienen un menor nivel socioeconómico y cultural quienes presentan una mayor prevalencia al intento de suicidio (Qin, Agerbo & Mortensen, 2002).

De acuerdo con los factores clínicos se reporta que algunas enfermedades relacionadas con la salud mental, tales como: depresión mayor, trastornos de la personalidad, adicciones y del estado de ánimo presentan una mayor relación con el suicidio (Borges et al., 2010). En tanto que, los factores neurobiológicos plantean que los sustratos neurobiológicos, así como escasos niveles de producción de serotonina pueden producir un insuficiente control de impulsos, agresividad y tendencia al acto suicida (Saifi, Mansourian & Marjani, 2010).

Sobre la investigación de la ideación suicida en los adolescentes se indica que estos por lo general han experimentado depresión, sentimientos de soledad, desespero e incapacidad, deterioro de las relaciones familiares, rendimiento escolar deficiente, dificultad de aprendizaje, autoimagen disminuida, consumo de sustancias psicoactivas, sucesos de tensión en su vida, historia de abuso físico o sexual (Cañon, 2011). Por otro lado, se ha planteado que los adolescentes con bajos niveles de autoconcepto, y presencia de indicadores de perturbación emocional están más propensos a la ideación suicida (Wang, Hughes, Tomblin, Rigby & Langille, 2003).

Del mismo modo, se indica que el adolescente mantiene una intensa búsqueda de identidad y autoconocimiento que le permita distinguir entre quién es, y quien desea

ser, de modo que pueda hacerse cargo de sus fortalezas y de las limitaciones con las que cuenta (Gaete, 2015). Sin embargo, cuando éste fracasa en esta tarea, será susceptible a algunos problemas psicológicos, que conllevan inclusive que el adolescente mantenga ideaciones suicidas (Vargas & Saavedra, 2012).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, es fundamental tener en consideración que la ideación y conducta suicida se analiza en base a diferentes enfoques y/o modelos teóricos, entre los cuales se destacan el enfoque psicodinámico y el cognitivo. El enfoque psicodinámico postula que la conducta suicida en adolescentes se debe a la prevalencia de impulsos autodestructivos que está vinculada a diferentes razones, entre las cuales se destacan los siguientes: dolor psíquico intolerable del que se desea escapar, necesidades psicológicas frustradas, intento por acabar con la conciencia, impulso súbito de odio hacia sí mismo, autoevaluación negativa, desesperación y desamparo (Castillo, Ledo & Ramos, 2013; Villalobos, 2009).

Por su parte, el enfoque cognitivo indica que el comportamiento suicida se encuentra vinculado con la depresión y la desesperanza, en donde subyacen las distorsiones cognitivas con respecto a la vida y muerte (Beck, 1980). La aparición de la desesperanza es un elemento fundamental para los comportamientos suicidas, por lo cual Abramson et al., (2000) proponen un modelo de diátesis-estrés en donde se establece que los eventos negativos vitales pueden contribuir con el desarrollo y mantenimiento de las creencias y evaluaciones de sí mismo o de su futuro.

Por lo mencionado, dentro del análisis de la ideación suicida se toma en consideración la teoría cognitiva del suicidio de Beck, la cual conceptualiza que ante

una imagen distorsionada de la realidad que experimenta, en donde incluso la persona puede experimentar puntos de vista negativos sobre su capacidad para relacionarse en su entorno, y sobre su posibilidad de desarrollarse en el futuro, lo cual lo conlleva a desarrollar deseos suicidas, a fin de poder escapar de los problemas que parecen no tener solución o suponen una situación de intensa angustia o dolor (Beck et al., 1983).

Por su parte, en lo que respecta a la delimitación conceptual de la regulación emocional es fundamental analizar la inteligencia emocional, la cual supone una habilidad para llegar a comprender y manejar a las personas para lograr tener armonía entre ellos; además supone una capacidad del ser humano para gestionar adecuadamente las emociones y sentimientos de uno mismo y de los demás (Salovey & Mayer, 1990). En tanto que Goleman (1995) llegó a introducir la definición de inteligencia emocional a todas las personas, dado que anteriormente a ello era un constructo que se manejaba solo en el mundo académico, siendo que lo conceptualizó como el reconocimiento de los propios sentimientos y de los demás para lograr una convivencia social de forma armónica.

De acuerdo con la inteligencia emocional se aprecia que existen diversos modelos de inteligencia emocional, en donde se destacan el modelo de inteligencia emocional de Salovey y Mayer; modelo de inteligencia emocional de Goleman y el modelo de la inteligencia emocional de Bar-On (Sumari & Vaca, 2017).

Con respecto al modelo de inteligencia propuesto por Salovey & Mayer (1997) sostiene que la inteligencia emocional supone la asimilación, percepción y la regulación emocional de sí mismo, así como de los demás, lo cual origina que la

persona pueda crecer de modo emocional e intelectual. Por otro lado, el modelo de inteligencia emocional propuesto por Goleman (1995) sostiene que existe relación entre los aspectos cognitivos y emocionales. De tal modo que, divide en aptitudes personales y sociales.

En cuanto al modelo de inteligencia emocional de Bar-On, en donde se establece como la habilidad emocional, personal e interpersonal que le permite confrontar las presiones del entorno. Cuando la persona ha conseguido desarrollar la inteligencia emocional de forma adecuada, se caracteriza por ser optimista, realista y con una alta capacidad para dar solución a problemas, afrontar el estrés y regular su comportamiento. Se establecen cinco componentes: componente intrapersonal; interpersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y del estado de ánimo general.

Por otro lado, en lo que refiere a la regulación emocional propiamente dicha, ésta se encuentra íntimamente ligada con el desarrollo de la inteligencia emocional, por lo cual el concepto de regulación emocional supone las formas de modular, inhibir, intensificar o disminuir la manera de reaccionar frente a situaciones desencadenantes de emoción, con el objetivo que los individuos consigan adaptarse al entorno (Gross, 2014).

En tanto que, Hervás (2011) indica que la regulación emocional hace referencia a “la capacidad que posee el ser humano para la adecuada expresión de las respuestas emocionales mediante el desarrollo de estrategias emocionales, cognitivas o conductuales”. (p.352)



Además, la regulación emocional posee tres características principales, una de ellas indica que existe posibilidad de regular las emociones negativas y positivas, aunque lo saludable se centra en la disminución del efecto que las emociones negativas contraen en el estado de ánimo del adolescente. Asimismo, la actividad regulatoria puede llegar a realizarse de forma inconscientes, y es que existen muchos procesos cotidianos que se involucran en la regulación emocional no necesariamente poseen acceso a la conciencia. Finalmente, se asume que los procesos de la regulación emocional no necesariamente son bueno o malos, sino más bien estos pueden ser mejores o peores en función a las necesidades contextuales del individuo (Thompson, 1996).

Según Pérez y Guerra (2014) los estudios de regulación emocional en los adolescentes son fundamentales porque le otorga la capacidad del individuo para ajustar sus emociones en situaciones específicas, y llega a favorecer también el compromiso social, la comunicación efectiva y el establecimiento de relaciones sociales satisfactorias. Se ha planteado también que la regulación emocional mantiene una implicancia significativa en el bienestar emocional y psicológico (Hervas & Vásquez, 2006).

Asimismo, debe considerarse que la regulación emocional supone una serie de procesos extrínsecos e intrínsecos que son responsables de control, evaluación y modificación de las reacciones emocionales para el alcance de un objetivo determinado (Gross & Thompson, 2006). Es decir, que este proceso por ajustarse emocionalmente debe suponer una capacidad personal que debe poseer el individuo para afrontar los retos y oportunidades que se le presenten (Pérez & Guerra, 2014).

En tanto que, desde una perspectiva funcionalista de las emociones la regulación emocional no solo ha de suponer la supresión y control de las emociones, sino más bien al ajuste del estado emocional para lograr adaptarse a las exigencias del entorno (Campos, Iraurgi, Páez & Velasco, 2004; Rendón, 2007). Debe tenerse en cuenta además que existen diversos estudios que plantean que la regulación emocional juega un papel importante en la salud mental y física, desempeño académico y relaciones sociales de los adolescentes (Araujo & Leal, 2010; Pérez & Guerra, 2014; Silk, Steinberg & Morris, 2003).

Sin embargo, cuando no existe una adecuada regulación emocional, se asoma el estado de desregulación emocional que se encuentra vinculado con una variedad de patologías emocionales y de comportamiento, entre las cuales se reportan la depresión, consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad y autolesiones que puede incluir el riesgo suicida (Fox, Hong & Sinha, 2008; Gratz & Roemer, 2008; Roemer, Lee, Pedneault & Erisman, 2009). Ante ello se prevé como algo fundamental que se les brinde técnicas a los adolescentes para la autorregulación de sus emociones y alcancen un óptimo desarrollo biopsicosocial.

Dentro del análisis de las teorías que explican la regulación emocional se identifican a las aproximaciones cognitivo – conductuales, teoría basada en el análisis del comportamiento y la teoría de la autorregulación emocional (Rendón, 2007).

Según el enfoque cognitivo-conductual supone que regulación emocional es una capacidad que permite la modulación de la respuesta fisiológica, a través de la implementación de ciertas estrategias que permite ajustarse al contexto y lograr metas

a nivel social. Asimismo, Gross (1999) siguiendo la respectiva cognitivo conductual atañe que la regulación emocional supone un proceso que las personas emplean para ejercer influencia sobre las emociones que experimentan, en cuanto a su modo, intensidad y expresión propiamente dicha.

En tanto que, las teorías basadas en el análisis comportamental buscan explicar a la regulación emocional como una habilidad que implica por lo general cuatro tipos de repertorios conductuales, entre los cuales se destacan la inhibición del comportamiento inapropiado, autocalmar la activación fisiológica, refocalización de la atención y la organización de cualquier tipo de acción al servicio de una meta externa (Mercedes & Muñoz, 2013).

Por su parte, la teoría de autorregulación emocional indica que para el alcance de la regulación emocional se requieren ajustes desde el inicio del proceso para la adaptación, interrupción o alteración del comportamiento en base a metas. Por lo tanto, indican que el ser humano que logra la regulación emocional han sido capaces de alterar sus propias respuestas y de apartarse de los efectos directos de las situaciones inmediatas (Vargas & Muñoz-Martínez, 2013)

A lo largo de la investigación sobre la regulación emocional se han planteado algunos modelos teóricos explicativos, entre los cuales se destacan el Modelo de autorregulación de Barkley; Modelo autorregulatorio de las experiencias emocionales de Higgins, Grant y Shah, Modelo secuencial de autorregulación emocional de Bonano, Modelo cibernético de Larsen, Modelo de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social de Erber, Wegner y Therriault, el Modelo de procesos

de autorregulación de Barret y Gross, Modelo homeostático de Forgas y el Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional de Hervás.

El Modelo de autorregulación de Russell Barkley (1998) en el cual define la autorregulación como una o varias respuestas de la persona que afecta la posibilidad de que surja una respuesta que conlleva a un acontecimiento y que puede alterar la posibilidad de la aparición de las consecuencias que están relacionadas. Según este modelo se infiere al control emocional como un procedimiento beneficioso para el tratamiento de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Por otro lado, el modelo autorregulatorio de las experiencias emocional planteado por Higgins, Grant & Shah (1999) quienes consideran que la autorregulación puede favorecer la aparición de estados favoritos más que los no favoritos. En este modelo plantea que depende del funcionamiento de la autorregulación puede experimentar placer o malestar.

El modelo secuencial de autorregulación emocional de Bonano, el cual se basa en los procedimientos de la autorregulación que permite a los sujetos afrontar la emocionalidad de forma inteligente. Es decir, propone que cada uno de las personas poseen inteligencia emocional, la cual debemos autorregular para que posea eficiencia (Bonano, 2001). Este modelo propone tres grandes categorías generales de actividad de autorregulación emocional, los cuales son: regulación de control, regulación anticipatoria y regulación exploratoria.

El modelo cibernético planteado por Larsen (2000) sostiene que se parte de un estado anímico al que se quiere llegar, a través de una conducción intentando minimizar las diferencias entre el estado anímico presente y el que se pretende llegar. Con el objetivo de reducir esta diferencia se emplean mecanismos internos (distracción y comparación social) y externos (resolución de problemas o cambio de actividad). Pese que estos mecanismos que se emplean son de naturaleza automática, de forma global se considera que este modelo está basado en procesos controlados.

Mientras que, el modelo de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social propuesto por Erber, Wegner & Therriault (1996) cuyo objetivo es la adaptación del estado anímico a la situación social de cada momento. Es decir, genera que las personas regulamos nuestro estado de ánimo frente a personas que no nos son familiares, en cambio con personas cercanas habitualmente dejamos de regularlo.

En tanto que, el modelo de procesos de autorregulación considera que las emociones se entienden como el resultado de la interacción producida entre los procesos explícitos e implícitos. En este modelo se destacan dos aspectos importantes, por un lado, se reportan la representación mental que las personas hacen de sus emociones, y por otro lado como y cuando realizar la regulación de las emociones. Además, se plantean tres aspectos fundamentales que intervienen en el proceso y son los recursos o disponibilidad sobre las emociones, el acceso a éste y la motivación para seguir creando experiencias emocionales.

Con respecto al modelo homeostático de Forgas, el estado anímico gira en torno a un punto determinado, y cuando se aleja de este punto llegan a activarse una serie de

mecanismos de regulación. Según, este modelo el estado de ánimo se regula mediante procesos automáticos o espontáneos (Bower & Forgas, 2001; Forgas, 2000).

En la presente investigación para el análisis de la regulación emocional se tomó en consideración el modelo emocional basado en el procesamiento emocional, en el cual se sugiere que las reacciones emocionales no decrecen cuando se intentan regular intempestivamente, sino que es fundamental el desarrollo de un proceso activo de elaboración y comprensión emocional (Hervás & Moral, 2017). En este modelo, las aportaciones de Martínez (1997) permiten considerar que no solamente las emociones intensas precisan de un procesamiento emocional, dado que este procesamiento puede ser benéfico ante cualquier tipo de emoción, y para lo cual se plantean seis procesos que permiten el desarrollo de un procesamiento emocional óptimo y que como consecuencia del mismo se logra la regulación emocional eficaz, sin embargo cuando dicho proceso no es bien llevado a cabo, la regulación emocional resulta ser ineficaz.

Estos procesos comprenden la apertura emocional, atención emocional, aceptación emocional, etiquetado emocional, análisis emocional y la modulación emocional. En este modelo se considera que para el procesamiento de las emociones es fundamental abrirse, aceptarlas y comprenderlas, dado que si esto no se cumple a corto y mediano plazo aparecen dinámicas desadaptativas que configuran como dificultades para la regulación emocional.

Pese que existen estudios que consiguen estimar la prevalencia de la ideación suicida, se debe tener en consideración que aún resulta complicado estimarla, en función que los estudios por lo general sólo consiguen recopilar información sobre la

posibilidad de mantener ideaciones suicidas en aquellas poblaciones clínicas o que han sido atendidas producto de una tentativa de suicidio. Sin embargo, los adolescentes escolarizados en ocasiones tienden a no afirmar mantener cogniciones vinculadas a dicha problemática, pese a que se trata de un grupo poblacional que se encuentra vulnerables a padecer disfunciones psicológicas que afectan su bienestar psicológico, lo cual puede desencadenar en pensamientos suicidas y un notable deterioro de su capacidad adaptativa a nivel personal, familiar, académico y social.

Dentro del marco de la problemática de la ideación suicida y sus consecuencias nocivas hacia la salud y la vida, se ha logrado establecer que la regulación emocional de los adolescentes supone un punto de partida para la prevención de la misma, sin embargo hay que tener en consideración que las emociones por su naturaleza pueden ser beneficiosas para salud, así como nocivas en una misma proporción, es por ello que dependerá de la capacidad personal para que éstas puedan ser reguladas con éxito y eficacia (Gross & Thompson, 2006).

Por lo tanto, el presente estudio permite desarrollar una revisión teórico-científica sobre el rol que cumple la regulación emocional en los adolescentes, así como los factores que permiten su consolidación en el transcurso de la vida, lo cual puede reducir de forma significativa la aparición de posteriores trastornos emocionales y conductuales, entre los cuales la ideación y conducta suicida suponen una problemática significativamente a los adolescentes.

Resulta ser relevante socialmente, puesto que aborda las variables de ideación suicida y regulación emocional que deben ser tomadas en consideración por las

instituciones educativas para apoyar a los adolescentes durante la transición que afrontar por los cambios socioemocionales propios de la adolescencia.

Mantiene implicancias prácticas, en función que los resultados alcanzados en la presente investigación permiten el desarrollo de programas preventivos que permitan apoyar a los estudiantes que presenten algún tipo de dificultades para regularse emocionalmente de forma saludable, a fin de mermar de forma significativa la posibilidad de que manifiesten algún tipo de ideación suicida que afecte su integridad personal.

Asimismo, mantiene una utilidad metodológica, dado que permite el empleo de instrumentos de medición que permitan la evaluación psicológica de las variables en estudio, lo cual contribuye con el sustento de las evidencias de validez de los instrumentos para su abordaje de las variables a nivel local, regional y nacional.

Por lo mencionado anteriormente, en la presenta investigación se pretende determinar la relación entre la ideación suicida y la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.



## 1.2. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre la ideación suicida y la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo?

## 1.3. Objetivos

### 1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la ideación suicida y la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

### 1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la dimensión (descontrol emocional) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

Identificar la relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la dimensión (rechazo emocional) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

Identificar la relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la dimensión (interferencia cotidiana) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

Identificar la relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la dimensión (desatención emocional) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

Identificar la relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la dimensión (confusión emocional) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

## **1.4. Hipótesis**

### **1.4.1. Hipótesis general**

Hi: Existe relación entre la ideación suicida y la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

### **1.4.2. Hipótesis específicas**

H1: Existe relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la dimensión (descontrol emocional) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

H2: Existe relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la

ideación suicida y la dimensión (rechazo emocional) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

H3: Existe relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la dimensión (interferencia cotidiana) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

H4: Existe relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la dimensión (desatención emocional) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

H5: Existe relación entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la dimensión (confusión emocional) de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

## CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

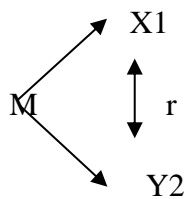
### 2.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, cuyo diseño es no experimental, correlacional, en función que no se realizó la manipulación de ninguna variable, sino más bien una medición y comparación para identificar la relación que existe entre las variables de ideación suicida y regulación emocional (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Asimismo, se indica que, de acuerdo a su temporalidad, la investigación es de corte transversal, en función que se buscó realizar el análisis de las variables, en función a un único momento de recolección de datos (Hernández et al., 2014).

Conforme a lo señalado anteriormente, se estima que la presente investigación mantiene un diseño correlacional según lo propuesto por Hernández et al., (2014) con objetivos e hipótesis correlacionales.

El diseño correlacional mantiene el siguiente esquema:



Donde:

M = muestra

r = Relación

$X_1$  = Medición de Ideación suicida

$Y_2$  = Medición de Regulación emocional

## 2.2. Población y muestra

La población objetivo se constituyó por un total de 423 estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas estatales mixtas que cursan entre el 1er y 5to año de secundaria del distrito de Trujillo.

Para conocer el tamaño de la muestra se decidió emplear la fórmula para población finita. En donde se asumió un nivel de confianza del 95%, con un valor normal estándar del 1,96 y un margen de error del 5%.

De acuerdo al resultado de la fórmula es posible señalar que se evaluó a 202 estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo.

Con respecto a la selección de la muestra, se utilizó la técnica de muestreo probabilístico aleatorio estratificado, ya que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionados en cada estrato de la población.

El tamaño de muestra se estimó con el muestreo estratificado, cuya distribución fue la siguiente:

Tabla 1

*Población y muestra de adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo según año escolar*

Año escolar	Población	Muestra
1er año	82	39
2do año	95	45
3er año	73	35
4to año	80	38
5to año	93	45
Total	423	202

*Nota:* Información proporcionada según el padrón de matriculados en las instituciones educativas estatales del año 2019.

Dentro de los criterios de selección de la muestra se tendrán en consideración los siguientes criterios:

Los participantes que serán tomados en consideración en el presente estudio son adolescentes de ambos sexos, cuyas edades oscilen entre 12 y 17 años, que estén cursando entre el primero y quinto año de nivel secundario.

Dentro de los criterios de inclusión se han considerado estudiantes de las instituciones educativas estatales de ambos sexos, que se encuentren matriculados en el año académico del 2019. Asimismo, se tomará en consideración sólo a los adolescentes

que estudien en instituciones educativas estatales que se encuentren en la circunscripción de Trujillo y que hayan aceptado participar en la investigación.

Por su parte, los criterios de exclusión contemplados refieren a estudiantes que se encuentran suspendidos por medidas disciplinarias el día de la evaluación o que se encuentren recibiendo terapia psicológico o farmacológico. Asimismo, se excluirá a los estudiantes que atraviesan por evento negativo, tales como: fallecimiento reciente de algún familiar directo o que estén recibiendo apoyo psicoeducativo por ser víctimas de bullying.

### **2.3. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos**

En la presente investigación se empleó la técnica de encuesta, la cual permite recoger de forma sistemática obtener medidas sobre las variables que previamente se han demarcado como problema de investigación (López-Roldán y Fachelli, 2015).

En la presente investigación se utilizaron dos instrumentos: Escala de ideación suicida (SSI) y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

#### **Escala de ideación suicida (SSI)**

La Escala de Ideación suicida ha sido desarrollada por Beck, Kovacs y Weissman (1979), con el objetivo de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, grado de seriedad e intensidad con el que alguien ha pensado suicidarse, cuya procedencia fue en Estados Unidos en el Albert Einstein College of Medicine. Este instrumento se respalda en la teoría cognitiva de la conducta suicida planteada por Aaron Beck.

Posteriormente, se llevó a cabo la traducción del instrumento al español por parte de Rodríguez y González (2000) con fines de investigación para la evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio dirigida a adultos de una población de la unidad de Psiquiatría y Psicología.

La escala se encuentra compuesta por 18 ítems, de los cuales su puntuación fluctúa entre 0, 1 y 2 por cada reactivo según las alternativas de respuesta para cada caso y que permiten determinar el nivel de intencionalidad de cometer el suicidio. Estos 18 ítems se descomponen en cuatro dimensiones, las cuales son: actitud hacia la vida/muerte (ítems del 1 al 5), pensamiento/deseos suicidas (ítems del 6 al 11), proyecto de intento suicida (ítems del 12 al 15) y desesperanza (ítems del 16 al 18). Además, otorga una puntuación total, la cual permite determinar el nivel de ideación suicida teniendo en cuenta las siguientes categorías: Bajo (0 a 17), Medio (18 a 30) y Alto (31 a 36), indicando así que un mayor puntaje representa una mayor probabilidad de presentar algún tipo de intencionalidad suicida. Esta escala se encuentra dirigida a adolescentes y adultos de población general y clínica, en cuanto a la forma de evaluación puede ser aplicada de forma individual o colectiva, no cuenta con tiempo límite, pero se estima que puede ser resulta entre 10 a 15 minutos aproximadamente.

Con respecto a la validez total de la adaptación de la Escala de Ideación Suicida, Beck (2004) empleó un análisis factorial y logró identificar 3 factores principales de la escala de intencionalidad suicida, lo cual coincide con los hallazgos reportado por Plutchik (2004) quien demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales. De acuerdo con al análisis ítem-test de la escala de ideación suicida de Beck registra coeficientes que oscilan entre .216 y .538. Mientras que, en lo referente a la consistencia



interna del instrumento se reporta que el coeficiente de Alfa de Cronbach para la escala general de .834 y en las subescalas los valores oscilan entre .763 y .819 reportando así un buen nivel de confiabilidad.

Posteriormente en el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento se reporta que Eugenio & Zelada (2011) realizaron una adaptación para lo cual aplicaron la prueba a 105 pacientes del hospital nacional Sergio Bernales de la ciudad de Lima. Se empleó el método de contrastación de hipótesis T Student con los puntajes altos y bajos, consiguiendo determinar que la prueba es válida a un nivel de significancia de 0.01 ( $p < 0.01$ ). Además, mediante el análisis factorial se hallaron 4 factores principales en la adaptación de la escala de ideación suicida, lo cual coincide con el modelo factorial planteado por Beck (2004). Para verificar la confiabilidad se utilizó el Índice de Consistencia Interna de Alfa de Cronbach y se obtuvo un índice de fiabilidad de 0.79.

En la presente investigación se tomó en consideración las normas percentil halladas por Flores (2018) quien en su estudio halló las propiedades psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en una muestra de 205 estudiantes de secundaria de ambos sexos del cuarto y quinto año de secundaria de una institución educativa en Puno – Perú. En cuanto a la validez de constructo se realizó el análisis de correlación ítem – test, en donde se reporta que cada uno de los ítems mantiene un correlación directa y significativa ( $p < .01$ ) con el puntaje total del instrumento, y los coeficientes oscilaron entre .338 y .940. En tanto que, en el análisis de confiabilidad entre .358 y .762 para las dimensiones de la ideación suicida, en tanto que en la escala total el coeficiente de Alfa de Cronbach mantiene un coeficiente de .744.

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

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional fue desarrollada por Gratz y Roemer en el 2004. Luego Hérvas y Hórdar en el año 2008 la adaptaron y desarrollaron la versión española para detectar diferentes aspectos dentro del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades. Esta adaptación consta de 5 de las 6 subescalas en la escala original, los cuales son: descontrol emocional, interferencia cotidiana, desatención emocional, confusión emocional y rechazo emocional, compuesta por 28 ítems. De acuerdo con las normas de calificación cada uno de los ítems es valorado en base a una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos, cuyas opciones de respuesta son Casi nunca (1), Algunas veces (2), La mitad de las veces (3), la mayoría de las veces (4) y casi siempre (5), teniendo en cuenta que ante una mayor puntuación se infiere una mayor dificultad en la regulación emocional. Además, se debe tener en cuenta la existencia de ítems inversos, los cuales son: 1, 2, 6, 7 y 9; en los cuales se debe calificar invirtiendo las puntuaciones. Para obtener la calificación del instrumento se debe calificar y sumar los puntajes directos en cada una de las dimensiones y el puntaje total, a fin de que luego sean convertidos en puntajes percentil, a fin de clasificar en los siguientes niveles: bajo (Pc 0 a 25) , promedio (Pc 25 a 75) y alto (Pc 75 a más).

En el presente estudio se tomó en consideración la adaptación realizada por Hernández (2016), quien halló las propiedades psicométricas en 558 estudiantes de secundaria de instituciones educativas estatales de San Pedro de Lloc – Perú, que oscilaban entre 11 a 17 años. En dicho estudio se aprecia que los coeficientes de correlación ítem – test mantiene valores entre .25 y .61 para la prueba total, mientras que en las subescala de descontrol emocional oscilan entre .45 y .73, en la subescala de rechazo emocional oscilaron entre .47 y .67. Asimismo, en lo que refiere a la subescala

de interferencia cotidiana se reportan valores de .46 y .64; en la desatención emocional se encuentran entre .84 y .96. Finalmente, en lo que refiere a confusión emocional se encuentra entre .29 y .64. Con respecto a la confiabilidad, se obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach de .90 para la escala total, lo cual indica que se trata de un instrumento fiable y consistente.

Se realizó además el análisis factorial exploratorio mediante la normalización Promax reportó 5 componentes principales, los cuales coinciden con lo identificado por Hervás y Hódar.

#### **2.4. Procedimiento**

Para el desarrollo de la investigación inicialmente se realizaron las coordinaciones con los directores de las instituciones educativas participantes del estudio, con el objetivo de obtener los permisos necesarios para la aplicación de los instrumentos de medición, explicándoles los objetivos y alcances de la investigación, así como los beneficios que conlleva para la institución la realización del estudio.

Asimismo, se les explicó las instrucciones a los participantes del estudio de cada uno de los instrumentos, reiterando que no existen respuestas buenas o malas, y que es necesario que se conteste de forma individual y con sinceridad. Finalmente, se procedió a procesar los datos obtenidos mediante la corrección de los instrumentos de medición aplicados a los estudiantes de las instituciones educativas.

Luego de aplicado los cuestionarios se procedió al vaciado de las puntuaciones obtenidas en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016, para su posterior procesamiento.

Con respecto al análisis de datos en el presente estudio se empleó el paquete estadístico IBM SPSS versión 25, en el cual se importó la base de datos los puntajes obtenidos para cada una de las dimensiones y variables de estudio previamente elaborada, a fin de obtener las frecuencias relativas y absolutas. Además, en cada una de las dimensiones y variables se obtuvo las medidas de tendencia central, tales como; media aritmética, rango, etc. Asimismo, se buscó identificar medidas de dispersión, tales como: desviación estándar y varianza (ver Anexo n° 4 y 5).

Se realizó la comprobación de la distribución de la muestra, a través de la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, sobre lo cual se logró determinar que los puntajes obtenidos mediante la Escala de Ideación Suicida y la Escala de Dificultades de Regulación Emocional mantiene una distribución asimétrica ( $p < .01$ ), por lo cual se estimó pertinente emplear la fórmula estadística de Coeficiente de Correlación de Spearman para la comprobación de la relación.

Luego se optó por el empleo de la fórmula estadística de Coeficiente de correlación de Spearman para identificar el grado de correlación entre las variable de estudio y sus dimensiones, esperando coeficiente superiores a .30 para considerar una magnitud mediana de correlación (Cohen, 1988).

En cuanto a los aspectos éticos considerados en el presente estudio son el derecho a la confidencialidad y anonimato, la participación voluntaria que le reserva el derecho de participar y retirarse del mismo si así lo decide el participante (APA, 2010).

### CAPÍTULO III. RESULTADOS

Tabla 2

*Correlación entre ideación suicida y regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo*

Variables	Regulación emocional <sup>a</sup>
Ideación suicida	$r_s = .44$

Nota: <sup>a</sup> Los puntajes altos indican mayor dificultad en la regulación emocional

La tabla 2 demuestra la existencia de relación directa de tamaño de efecto mediano entre la ideación suicida y la regulación emocional ( $r_s > .30$ ). De acuerdo a ello, se acepta la hipótesis general del estudio.

Tabla 3

*Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión descontrol emocional de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo*

Dimensiones	Descontrol emocional
Actitud hacia la vida/muerte	$r_s = .39$
Pensamiento/deseos suicidas	$r_s = .39$
Proyecto de intento suicida	$r_s = .34$
Desesperanza	$r_s = .39$

Fuente: datos obtenidos de los adolescentes evaluados

En la tabla 3 muestra que existe correlación directa de tamaño de efecto mediano ( $r_s > .30$ ) entre las de la ideación suicida y la dimensión Descontrol emocional de la regulación emocional.

Tabla 4

*Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión rechazo emocional de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo*

Dimensiones	Rechazo emocional
Actitud hacia la vida/muerte	$r_s = .43$
Pensamiento/deseos suicidas	$r_s = .42$
Proyecto de intento suicida	$r_s = .40$
Desesperanza	$r_s = .44$

Fuente: datos obtenidos de los adolescentes evaluados

La tabla 4 muestra que las dimensiones de ideación suicida mantienen correlaciones directas de tamaño de efecto mediano ( $r_s > .30$ ) con la dimensión rechazo emocional de la regulación emocional.



Tabla 5

*Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión interferencia cotidiana de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo*

Dimensiones	Interferencia cotidiana
Actitud hacia la vida/muerte	$r_s = .41$
Pensamiento/deseos suicidas	$r_s = .34$
Proyecto de intento suicida	$r_s = .32$
Desesperanza	$r_s = .28$

Fuente: datos obtenidos de los adolescentes evaluados

La tabla 5 muestra que las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de intento suicida) de ideación suicida mantienen correlaciones directas de tamaño de efecto mediano ( $r_s > .30$ ) con la dimensión interferencia cotidiana de la regulación emocional. Mientras que la dimensión Desesperanza mantiene una correlación directa de tamaño de efecto pequeño con la interferencia cotidiana de la regulación emocional.

Tabla 6

*Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión desatención emocional de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo*

Dimensiones	Desatención emocional
Actitud hacia la vida/muerte	$r_s = .44$
Pensamiento/deseos suicidas	$r_s = .40$
Proyecto de intento suicida	$r_s = .41$
Desesperanza	$r_s = .39$

Fuente: datos obtenidos de los adolescentes evaluados

La tabla 6 muestra que las dimensiones de ideación suicida mantienen correlaciones directas de tamaño de efecto mediano ( $r_s > .30$ ) con la dimensión desatención emocional de la regulación emocional.

Tabla 7

*Correlación entre las dimensiones de ideación suicida y la dimensión confusión emocional de la regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo*

Dimensiones	Confusión emocional
Actitud hacia la vida/muerte	$r_s = .43$
Pensamiento/deseos suicidas	$r_s = .37$
Proyecto de intento suicida	$r_s = .37$
Desesperanza	$r_s = .39$

Fuente: datos obtenidos de los adolescentes evaluados

La tabla 7 muestra que las dimensiones de ideación suicida mantienen correlaciones directas de tamaño de efecto mediano ( $r_s > .30$ ) con la dimensión confusión emocional de la regulación emocional.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 4.1 Discusión

La ideación suicida supone una problemática de salud mental que ha cobrado un especial interés de ser abordada, dado que es considerada como la fase inicial de la conducta suicida, la cual es una de las principales causas de muerte entre los adolescentes y adultos tempranos (OMS, 2014). Cabe precisar que existen investigaciones que señalan que un grupo significativo de adolescentes que oscila entre el 10 y 20% padecen problemas socio-emocionales, tales como: baja autoestima, aislamiento social, conducta impulsiva, precario control emocional y episodios depresivos (Blandón et al., 2015); los cuales guardan una estrecha relación con la aparición de ideaciones vinculadas al suicidio que pueden ser activas o pasivas (Carvajal & Virginia, 2011).

A partir de lo mencionado anteriormente se indica que la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la ideación suicida y la regulación emocional en estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo.

Ante ello, cabe destacar que se acepta la hipótesis general del estudio, puesto que según los resultados se reporta que la ideación suicida mantiene una relación positiva de grado mediano con la regulación emocional en los estudiantes, siendo necesario precisar que de acuerdo a la naturaleza de las puntuaciones en la Escala de Dificultades de Regulación emocional obtener un puntaje alto representa un grado deficiente de regulación emocional, por lo tanto se puede inferir que los adolescentes que no consiguen ajustarse emocionalmente mantienen una tendencia a desarrollar

pensamientos relacionados con la inconformidad de su vida e incluso atentar contra su integridad. Los resultados guardan relación con lo enunciado por Sumari & Vaca (2017) quienes en una muestra de estudiantes adolescentes identificaron que existe alta correlación entre la inteligencia emocional y el riesgo suicida. De forma similar Mamani et al., (2018) de acuerdo a los resultados obtenidos en su investigación señalaron que el desarrollo de la inteligencia emocional tiene como consecuencia la disminución en los niveles de la ideación suicida. Además, concuerda con lo señalado por Gómez et al., (2018) quien concluye que los niveles bajo de regulación emocional y satisfacción con la vida se relacionan con el alto riesgo de suicidio, así como con cuadros de ansiedad y depresión. Estos resultados sostienen que los bajos niveles de regulación emocional pueden convertirse en un factor de riesgo para la ideación y conducta suicida.

Una posible explicación a esta problemática se centra en que el contexto sociocultural en ocasiones asume que durante la adolescencia, la ideación suicida es un fenómeno efímero y que desaparece espontáneamente (Carvajal, 2011). Sin embargo, el adolescente experimenta una constante de cambios a nivel psicológico, social y emocional, los cuales cuando no son superados de forma correcta desencadenan problemas de salud mental (Blandón et al., 2015). Cabe reiterar que durante esta etapa existe una alta demanda del entorno y familia, lo cual incide de forma negativa sobre la regulación emocional, que es necesaria para contar con un correcto desempeño y adaptación con el entorno (Campos et al., 2004). Por lo tanto, la adquisición de estrategias de autorregulación de las emociones promueve un óptimo desarrollo biopsicosocial.

Del mismo modo se acepta la hipótesis específica 1, dado que existe correlaciones de grado considerable entre las dimensiones de la ideación suicida y el descontrol emocional, lo cual se traduce en que la ideación suicida se ve relacionada con el precario control emocional. Este resultado guarda estrecha relación con lo señalado por Salas & Yanqui (2013) quienes identifican relación inversa entre la inteligencia emocional y el riesgo de ideación suicida. Asimismo, Suárez et al., (2016) hallaron resultados que sostienen que las ideas suicidas se mantienen cuando existe dificultad para comprender y controlar los estados emocionales. Esta relación explica que los adolescentes evaluados que presentan ideaciones suicidas por lo general son aquellos que encuentran dificultades para controlar la comprensión y expresión de emociones. Cabe destacar que según Hervas & Vásquez (2006) la regulación y control emocional es fundamental para el bienestar psicológico, el cual forma parte de un factor protector que disminuye la aparición de ideaciones suicidas.

Por otro lado, se acepta la hipótesis específica 2, dado que según los resultados de la se aprecia la existencia de relación positiva entre el rechazo emocional y las dimensiones (actitud hacia la vida/muerta, pensamientos/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) de la ideación suicida, lo cual indica que los adolescentes que tienen dificultades para tolerar sus estados de ánimo que se caracterizan por la aparición de afectos y emociones negativas. Asimismo, se debe tener en consideración que cuando no existe una adecuada regulación emocional se experimentan patologías asociadas con la depresión y la tendencia autolesionarse, lo cual supone un riesgo para el desarrollo de ideación y conducta suicida (Gratz & Roemer, 2008).

Con respecto a la hipótesis específica 3, la cual se acepta porque existe relación positiva de grado mediano entre la interferencia cotidiana y las dimensiones (actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicida, proyecto de intento suicida y desesperanza), lo cual indica que los adolescentes que presentan dificultades para realizar sus actividades cotidianas producto de las emociones y sentimientos negativos que experimentan tienden a desarrollar una actitud favorable frente a la posibilidad de morir. La imposibilidad de llevar a cabo las actividades cotidianas conlleva a percibir una imagen distorsionada, lo cual confirma lo planteado según Beck (1980) que la aparición de percepciones desfavorables de sí mismo, el entorno y el futuro contribuye con el comportamiento suicida.

Además, se logra identificar que existe correlación positiva entre las dimensiones (actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) y la desatención emocional por lo cual se acepta la hipótesis específica 4, lo cual indica que aquellos adolescentes que presentan dificultades para otorgan la importancia necesaria a sus emociones y afectos suelen experimentar un mayor deseo de intentar acabar con su vida. Esto puede explicarse a partir de lo señalado por Gross & Thompson (2006) quienes sostienen que aquellos que no son capaces de regularse emocionalmente, tienden a experimentar las emociones como algo nocivo para su salud y afecta el establecimiento de relaciones sociales y compromiso social. De acuerdo a ello es posible entender que los adolescentes aún no han conseguido madurar emocionalmente, y esto afecta su capacidad para tolerar emociones que perciben como negativas, y se sumen en un cuadro que les hace pensar en que la vida carece de sentido.

Se aprecia que existe relación de grado mediano entre las dimensiones (actitud hacia la vida/muerte, pensamiento/deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza) y la confusión emocional por lo que se acepta la hipótesis específica 5, lo cual se traduce en que los estudiantes que tienen dificultades para comprender sus emociones de forma clara tienen una mayor probabilidad de tener pensamientos relacionados con la tentativa suicida. Se debe tener en cuenta que según lo planteado por Hervas & Moral (2017) en el modelo emocional basado en el procesamiento emocional, sostiene que para lograr un adecuado procesamiento de la emoción es necesario abrirse, aceptarlas y comprenderlas, sino tienden a aparecer dinámicas desadaptativas que se transforman en dificultades para la regulación emocional. Generalmente los adolescentes se encuentran en una constante búsqueda de identidad y reconocimiento, sin embargo al fracasar en la misma ven deteriorado su autoconcepto y por ende presentan indicadores de perturbación emocional relacionados con la ideación suicida (Wang et al., 2003).

Se debe tener en cuenta que entre las limitaciones del estudio se reporta que los resultados solo hacen referencia a los estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas estatales de Trujillo, por lo cual no pueden ser generalizados a toda la población estudiantil trujillana; por ello se estima pertinente realizar futuras investigaciones en muestras de estudiantes de otras regiones, a fin de tener un mayor panorama sobre las variables en investigación. Del mismo modo, se debe tener en cuenta que no se ha realizado un análisis comparativo entre los niveles de regulación emocional de acuerdo al sexo y edad, en función en la revisión bibliográfica existen postulados teóricos que afirman que existen diferencias de acuerdo a dichos factores sociodemográficos, por lo cual se sugiere realizar investigaciones posteriores que



permita determinar las posibles diferencias que existen en el desarrollo de la ideación suicida y/o los niveles de regulación emocional en estudiantes adolescentes en función al sexo y edad. Se debe tener en cuenta que las estimaciones relacionadas con la presencia o ausencia de ideaciones suicidas son representativas a partir de la aplicación de un cuestionario, y que su exploración no ha sido profundizada con una entrevista personal.

De acuerdo a lo señalado anteriormente se ha confirmado que existe una estrecha relación entre la ideación suicida y la capacidad para regularse emocionalmente de los estudiantes adolescentes de instituciones educativas de la ciudad de Trujillo, lo cual supone un aporte significativo para la investigación científica en el ámbito de la Psicología, en función que posibilita reconocer a la regulación emocional como una variable que puede ser considerada para el diseño y aplicación de programas de intervención basados en el desarrollo de competencias y estrategias que favorezcan la regulación de las emociones, a fin de reducir la aparición de pensamientos e ideaciones relacionadas con el suicidios en la población estudiantil.

## 4.2 Conclusiones

Después de haber desarrollado la investigación se arribó a las siguientes conclusiones:

Existe correlación de grado mediano entre la ideación suicida y la regulación emocional en los adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

Existe relación de grado mediano entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y el descontrol emocional en los adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

Existe relación de grado mediano entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y el rechazo emocional en los adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

Existe relación de grado mediano entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas y Proyecto de intento suicida) de la ideación suicida y la interferencia cotidiana, mientras que la dimensión Desesperanza mantiene una pequeña correlación con la interferencia cotidiana en los adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

Existe relación de grado mediano entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de intento suicida y

Desesperanza) de la ideación suicida y la desatención emocional en los adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

Se identificó relación de grado mediano entre las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de intento suicida y Desesperanza) de la ideación suicida y la confusión emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo.

## REFERENCIAS

- Abramson, L., Alloy, L., Hogan, M., Whitehouse, W., Gibb, B. & Hankin, B. (2000). *The hopelessness theory of suicidality. Suicide Sciencia. Expanding the boundaries.* Boston: Kluwer Academic.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM V.* 5ta edición. Washington, DC.
- American Psychological Association (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct.* Recuperado el 22 de abril de 2019 de: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>.
- Araujo, M., & Leal, M. (2010). Inteligencia emocional y desempeño laboral en las instituciones de educación superior públicas. *CICAG*, 4(2), 132 – 147.
- Barkley, R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* (2da Edition). New York: The Guilford Press.
- Barret, L. & Gross, J. (2001). Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. En T. J. Mayne & G. A. Bonano (Eds.), *Emotions, Current Issues and future directions.* .New York: The Guilford Press.
- Beck, A. (1980). *Terapia cognitiva de la depresión.* Bilbo: Desclee de Brouwer.

- Beck, A., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 1 – 16.
- Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M. & Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469 – 478.
- Bonano, G. (2001). Emotion self-regulation. En T. J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.), *Emotion Current signes and future directions*. New York: The Guildford Press.
- Borges, G.; Nock, M., Haro, J., Hwang, I, Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E., Kovess, M., Lee, S., Levinson, D., Medina, M., Ommel, J., Posada, J., Sagar, R., Tomoy, T., Uda, H., Williams, D. & Kessler, R. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatric*, 71(12), 1617 – 1628.
- Bower, G. & Forgas, J. (2001). Mood and social memory. En: J.P. Forgas (Ed.) *Handbook of affect and social cognition*, 95 – 120. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25 – 44.

- Cano, P.; Gutiérrez, C. & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonia peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 175-181.
- Caraveo, J. & Colmenares, E. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 44(6), 492 – 498.
- Carvajal, G. & Virginia, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Colombia Médica*, 42(1), 45 – 56
- Castillo, I., Ledo, H. & Ramos, A. (2013). Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. *Norte de salud mental*, 11(46), 13 – 19.
- Cervantes, W. & Melo, E., (2009). *El suicidio en los adolescentes: Un Problema en crecimiento. España: Duazary*, 2(5), 148 – 154.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Erber, R., Wegner, D. & Therriault, N. (1996). On being and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 757 – 766.

- Flores, N., Perales, Y. & Gómez, W. (2016). Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo – Perú 2014. *Ágora Rev Cient*, 3(1), 265 – 274.
- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S. & Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol, 16,1*, 15 – 25.
- Fox, H., Hong, K. & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics: compared with social drinkers. *Addict Behav*, 33, 388 – 394.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436 – 443.
- García de Jalón, E. & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(3), 87 – 96.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Gómez, M., Limonero, J., Toro, J., Montes, J. & Tomás, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 24(1), 18 – 23.

- 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 Behavioral Assessment*, 26(1), 41 – 54.
- Gratz, K. & Romer, L. (2008). The role of emotion dysregulation in deliberate self-harm among female undergraduates. *Cognitive Behavior Therapy*, 37, 14 – 25.
- Gross, J. & Thompson, R. (2006). Emotion regulation: conceptual foundations. In: Gross J, editors. *Handbook of emotion regulation*. New York: *The Guilford Press*, 3 – 24.
- Gross, J. & Thompson, R. (2006). Emotion regulation: conceptual foundations. In: Gross J, editors. *Handbook of emotion regulation*. New York: *The Guildford Press*, 3 – 24.
- Hernández, J. (2016). *Propiedades psicométricas de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en alumnos del distrito de San Pedro de Lloc*. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo – Perú.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta edición. México, México D.F.: Editorial McGraw Hill.
- Hervás, G. & Moral, G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. Recuperado el 13 de mayo del 2019 de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>



Hervás G, & Vázquez C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-32.

Higgins, E., Grant, H., & Shah J, (1999). Self Regulation and quality of life: Emotional and no emotional life experiences. En Kahneman, Diener y Schwarz (Eds.), *Well being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.

Larsen, R. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129 – 141.

Mamani, O., Brousett, A., Cori, D. & Villasante, K. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15(1), 39 – 50.

Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3 - 13.

Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio: Un imperativo global. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE). Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). Salud mental del adolescente. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Pérez, Y. & Guerra, V. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368 – 375.

Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 3(60), 1126 – 1130.

Rendón, M. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Revista diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 349 – 364.

Roemer, L., Lee, J., Pedneault, K. & Erisman, S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder. Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40, 142 – 154.

Saifi, A., Mansourian, A. & Marjani, A. (2010). Drugs and suicide by young adults. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 4(22), 53 – 56.

Salovey, P. & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185 – 211.

Salovey, P. & Mayer, J. (1997). Educational Development and Emotional Intelligence. Primera edición. New York: Basic Books.

- Sánchez, R., Cáceres, H. & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: Incidencia y factores asociados. *Revista Biomédica*, 22, 407 – 416.
- Sapna, H. (2013). Academic anxiety, depression and self-efficacy as predictors of suicide ideation among adolescents. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 4(7):1438-1440.
- Sierra, J., Reyes, P. & Córdoba, M. (2010). El papel de la comunicación en la búsqueda de la identidad en la etapa adolescente. *Adolescencia: identidad y comunicación. Vivat Academia*, 110,1-20.
- Silk, J., Steinberg, L., & Morris, A. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6), 1869 – 1880.
- Suárez, Y., Restrepo, D. & 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.
- Sumari, W. & Vaca, L. (2017). *Inteligencia emocional y riesgo suicida en estudiantes de quinto año de la institución educativa secundaria comercial N° 45 Emilio Romero Padilla, Puno – 2017*. (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión, Juliaca, Perú.

Thompson, R. (1996). *Emotion regulation: A theme in search of definition. The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monogr Soc Res Child Deve*, 59, 25 – 52.

Vargas, H. & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuropsiquiatría*, 75(1).

Villalobos, F. (2009). Validez y fiabilidad del Inventario Suicida positivo y negativa - PANSI en estudiantes colombianos. *Revista Universitas Psychological*, 9(2), 509 – 520.

Villalobos-Galvis, F. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9, 509-520.

Wang, J., Hughes, J., Tomblin, G., Rigby, J. A. & Langille, D. B. (2003). Suicidal Behaviours Among Adolescents in Northern Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health*, 94, 207-211.

## ANEXO n° 1.

### Escala de ideación suicida de Beck (Versión original)

En este cuestionario encontrarás una serie de enunciados con diferentes respuestas, donde tendrás que marcar una de ellas de acuerdo a la que más se asemeje a tu deseo, actitud o pensamiento. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar, sentir o actuar.

#### I. ACTITUDES HACIA LA VIDA / MUERTE.

##### 1). Deseo de vivir.

- Moderado a intenso.
- Débil
- Ninguno

##### 2). Deseo de morir.

- Ninguno
- Débil
- Moderado

##### 3). Razones para vivir/morir

- Las razones para vivir son superiores a los de morir
- Iguales
- La razones para morir son superiores a las de vivir

##### 4). Deseo de realizar un intento de suicidio activo

- Ninguno
- Débil
- Moderado a intenso

##### 5). Intento pasivo de suicidio

- Tomaría precauciones para salvar su vida
- Dejaría la vida/muerte en manos del azar (cruzar sin cuidado una calle muy transitada)
- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina).

#### II. PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS

##### 6). Dimensión temporal: Duración

- Breves, periodos pasajeros.
- Periodos más largos
- Continuos (crónicos), o casi continuos.

##### 7). Dimensión temporal: Frecuencia

- Rara, ocasionalmente
- Intermitente
- Persistentes o continuos

##### 8). Actitud hacia los pensamientos/deseos

- Rechazo
- Ambivalente, indiferente
- Aceptación

##### 9). Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo

- Tiene sensación de control
- No tiene seguridad de control
- No tiene sensación de control.

##### 10). Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversible).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor persuasivo, algo lo detiene
- Los factores persuasivos tienen una cierta influencia.

- Influencia mínima o nula de los factores persuasivos.

11). Razones de pensar en el proyecto de intento.

- Manipular el medio, llamar la atención, venganza.
- Combinación de las otras alternativas.
- Escapar, acabar, salir de problemas

### III.PROYECTO DE INTENTO SUICIDA

12). Método: Especificación/planes

- No lo ha considerado.
- Lo ha considerado, pero sin detalles específico.
- Los detalles están especificados/bien formulados.

13) Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento

- Método no disponible, no hay oportunidad.
- El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
- Método y oportunidad accesible del método proyectado.

14). Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente.
- Inseguridad de su coraje, competencia.
- Seguro de su competencia, coraje.

15). Expectativa/anticipación de un intento real.

- No
- Incierto, no seguro.
- Si.

### IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO O DESESPERANZA

16). Preparación real

- Ninguna.
- Parcial (ejemplo: empezar a recoger píldoras).
- Completa (tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada).

17). Notas acerca del suicidio

- No escribió ninguna nota.
- Empezaba pero no completa, solamente pensó en dejarla.
- Completa.

18). Preparativos finales: anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)

- Ninguno.
- Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados.
- Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado.

## ANEXO n° 2. Escala de ideación suicida de Beck (Versión adaptada)

En este cuestionario encontrarás una serie de enunciados con diferentes respuestas, donde tendrás que marcar con una “X” ellas de acuerdo a la que más se asemeje a tu deseo, actitud o pensamiento.

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Sección: \_\_\_\_\_

### I. Actitud hacia la vida /

#### 1. Deseo de vivir

- Moderado  
 Débil  
 Ninguno

#### 2. Deseo de morir

- Ninguno  
 Débil  
 Moderado

#### 3. Razones para vivir/morir

- Las razones para vivir son superior a los de morir  
 Iguales  
 Las razones para morir son superior a las de vivir

#### 4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo

- Ninguno  
 Débil  
 Moderado a intenso

#### 5. Intento pasivo de suicidio

- Tomaría precauciones para salvar su vida  
 Dejaría la vida/muerte en manos del azar.  
 Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

### II. Pensamientos / Deseos suicidas

#### 6. Dimensión temporal: Duración

- Breves, periodos pasajeros  
 Periodos más largos  
 Contínuos (crónicos), o casi continuos

#### 7. Dimensión temporal: Frecuencia

- Rara, ocasionalmente
- Intermitente
- Persistentes o continuos

8. Actitud hacia los pensamientos y deseos

- Rechazo
- Ambivalente, indiferente
- Aceptación

9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo

- Tiene sensación de control
- No tiene seguridad de control
- No tiene sensación de control

10. Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversible).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor persuasivo, algo lo detiene.
- Los factores persuasivos tienen una cierta influencia.
- Influencia mínima o nula de los factores persuasivos.

11. Razones de pensar en el proyecto de intento

- Manipular el medio, llamar la atención, venganza.
- Combinación de las otras alternativas.
- Escapar, acabar, salir de problemas.

**III. Proyecto de intento suicida**

12. Método: Especificación/planes

- No lo ha considerado
- Lo ha considerado, pero sin detalles específico
- Los detalles están especificados/bien formulados

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento

- Método no disponible, no hay oportunidad
- El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad es accesible fácilmente.
- Método y oportunidad accesible del método proyectado

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- Inseguridad de su coraje, competencia
- Seguro de su competencia, coraje



15. Expectativa/anticipación de un intento real

- No  
 Incierto, no seguro  
 Si

**IV. Actualización del intento o desesperanza.**

16. Preparación real

- Ninguna  
 Parcial (ejemplo: empezar a recoger píldoras)  
 Completa (tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17. Notas acerca del suicidio

- No escribió ninguna nota  
 Empezaba pero no completa, solamente pensó en dejarla.  
 Completa

18. Preparativos finales: Anticipación de muerte (Escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)

- Ninguno  
 Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados  
 Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado.

**ANEXO n° 3.**

**Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (versión adaptada)**

INSTRUCCIÓN: Por favor indique, coloreando o marcando con una (x) en el círculo, la frecuencia que crea que más se ajuste a usted, en las siguientes afirmaciones.

Dónde las frecuencias:

Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
Va de 0 a 10 %	De 11 a 35 %	De 36 a 65 %	De 66 a 90 %	De 91 a 100 %

**1. Percibo con claridad mis sentimientos.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**2. Presto atención a cómo me siento.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**4. No tengo ni idea de cómo me siento.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**6. Estoy atento a mis sentimientos.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**8. Estoy confuso(a) sobre lo que siento.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**10. Cuando me siento mal, me enojo conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**11. Cuando me siento mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**13. Cuando me siento mal, pierdo el control.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido (a).**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado (a) conmigo mismo (a) por sentirme de esa manera.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo(a).**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier cosa.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

**28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.**

<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> La mitad de las veces	<input type="radio"/> La mayoría de las veces	<input type="radio"/> Casi Siempre
----------------------------------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

#### Anexo n° 4. Carta de Consentimiento informado

Por medio del presente documento manifiesto que se me ha brindado información para la participación en la investigación titulada “Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo”, la misma que está registrada en la Universidad Privada del Norte.

Además, mediante la presente afirmo que se me ha explicado que:

- El objetivo del estudio es conocer mi nivel de ideación suicida y regulación emocional.
- El procedimiento consiste en contestar a los cuestionarios que me serán entregados; con la finalidad de que se produzca un análisis que permita reconocer el grado en el que las variables en estudio se correlacionan.
- Puedo recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración
- Soy libre de rehusarme en participar en cualquier momento y dejar de participar en la investigación, sin que ello me perjudique.
- No se me identificará mi identidad y se reservará la información que yo proporcione.

Sin embargo, se me ha informado que los resultados agrupados de manera conjunta con los demás participantes serán publicados en el repositorio de tesis digitales de la Universidad Privada del Norte sin que mi nombre se revele. Sólo será revelada la información que proporcione cuando haya un riesgo o peligro potencial para mi persona o para los demás. Además de haberme aclarado que la firma del presente documento da fe de mi aceptación.

Nombres y Apellidos: .....

Firma: .....

Anexo n° 5. Medidas de tendencia central y dispersión de dimensiones y escala total de ideación suicida en estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo

Dimensiones	Estadísticos		
	$\bar{x}$	D.E	VAR
Actitud hacia la vida/muerte	3.89	2.62	6.86
Pensamiento/deseos suicidas	3.31	2.41	5.81
Proyecto de intento suicida	2.50	1.99	3.96
Desesperanza	4.56	2.56	6.55
Escala Total	14.27	8.47	71.73

$\bar{x}$  : Media Aritmética  
D.E: Desviación estándar  
VAR: Varianza

Anexo n° 6. Medidas de tendencia central y dispersión de dimensiones y escala total de regulación emocional en estudiantes adolescentes de instituciones educativas estatales de la ciudad de Trujillo

Dimensiones	Estadísticos		
	$\bar{x}$	D.E	VAR
Descontrol Emocional	16.51	7.04	49.62
Rechazo Emocional	12.83	5.94	35.23
Interferencia Cotidiana	8.95	3.93	15.46
Desatención Emocional	9.23	4.20	17.60
Confusión Emocional	8.33	3.44	11.84
Escala Total	55.85	23.12	534.50

$\bar{x}$  : Media Aritmética  
D.E: Desviación estándar  
VAR: Varianza

Anexo n° 7. Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov de las dimensiones y escala total de ideación suicida en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo

Dimensión	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	<i>gl</i>	<i>p</i>
Actitud hacia la vida/muerte	.128	202	.000
Pensamiento/deseos suicidas	.187	202	.000
Proyecto de intento suicida	.154	202	.000
Desesperanza	.138	202	.000
Escala total	.190	202	.000



Anexo n° 8. Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov de las dimensiones y escala total de regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo

Dimensión	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	<i>gl</i>	<i>p</i>
Descontrol Emocional	.191	202	.000
Rechazo Emocional	.193	202	.000
Interferencia Cotidiana	.179	202	.000
Desatención Emocional	.125	202	.000
Confusión Emocional	.129	202	.000
Escala total	.220	202	.000