

Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas

Emotional regulation as a protective factor of suicidal behaviors

Mario Enrique Sánchez Cabada, Marisol Elizalde Monjardin
y Liliana Jazmín Salcido Cibrián

Universidad Autónoma de Sinaloa¹

Autor para correspondencia: Liliana Jazmín Salcido Cibrián, salcido.cibrian@uas.edu.mx.

RESUMEN

La desregulación emocional en edades tempranas, como la adolescencia, actúa como un factor de riesgo de suicidio. Es por ello que el objetivo del presente estudio fue analizar el nivel predictivo de la desregulación emocional en la ideación suicida. Para ello, se aplicaron los instrumentos Detección de Ideación Suicida en Jóvenes, conjuntamente con un cuestionario de identificación personal, la Escala de Ideación Suicida de Roberts y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en español a 109 adolescentes de educación media superior. Los resultados obtenidos señalan que el modelo explica 22% de la varianza y que es significativo, hallándose en consecuencia que la desregulación emocional predice la ideación suicida.

Palabras clave: Adolescentes; Gestión emocional; Pensamientos de muerte; Emociones; Suicidio.

ABSTRACT

The presence of emotional dysregulation from an early age, such as adolescence, acts as a suicide risk factor. The present study aimed to analyze the predictive level of emotional dysregulation in suicidal ideation. A total of 109 high school teenagers answered the Detection of Suicidal Ideation in Youth questionnaire, the Roberts Suicidal Ideation Scale, the Difficulties in Emotional Regulation in Spanish (DERS-E) Scale, and a personal data questionnaire. The results indicated that the resulting model explains 22% of the variance, being significant. Emotional dysregulation predicted significantly suicidal ideation.

Key words: Teenagers; Emotional management; Thoughts of death; Emotions; Suicide.

¹ Facultad de Psicología, Calzada de las Américas Norte s/n, Ciudad Universitaria, 80080 Culiacán Rosales, Sin., México, tel. (667)716-11-29, correos electrónicos: mariosanchezcabada@gmail.com, melizalde@uas.edu.mx y salcido.cibrian@uas.edu.mx.



Recibido: 10/04/2020

Aceptado: 23/06/2020

La regulación emocional es transcendental para iniciar, motivar y fomentar cambios en la salud mental, de manera que los excesos o los déficits de las respuestas emocionales se traducen en desregulación emocional. Leahy (2012) sostiene que los trastornos psicológicos pueden interpretarse como formas de desregulación emocional, que implica una capacidad limitada para modular de forma inmediata los estados afectivos negativos, así como para diferenciar y clasificar un amplio rango de emociones, por lo que son esenciales en este proceso la comprensión y la aceptación de los propios estados emocionales (Tejeda, Robles, González-Forteza y Andrade, 2012).

La evolución de las terapias cognitivo-conductuales ha suscitado confusiones al clasificar el control emocional como sinónimo de regulación emocional. De hecho, el control emocional es propio de la terapia cognitiva-conductual de segunda generación, y se define como un déficit del control de impulsos, sin valorar las consecuencias que tienen los actos del individuo (Gratz y Roemer, 2004). En cambio, la regulación emocional se ubica entre las terapias de tercera generación, o terapias contextuales, que la definen a partir de las interpretaciones que la persona hace sobre su malestar emocional, empleando para ello recursos orientados hacia la flexibilidad psicológica, la cual está en función de las respuestas emocionales de carácter fisiológico, cognitivo y conductual que conducen a la aceptación del sufrimiento psicológico.

En consecuencia, la desregulación emocional actúa como un factor de riesgo de padecimientos emocionales, en los que la emoción tiene un efecto desadaptativo sobre la conducta y la cognición. Linehan (1993) define la desregulación emocional como una disfunción que involucra dificultades para *a)* Identificar experiencias emocionales específicas (incapacidad para reconocer y actuar ante las consecuencias positivas o negativas de una situación, es decir, los pensamientos, sensaciones y conductas); *b)* Modular la activación fisiológica asociada (incapacidad para modificar los niveles

de respuesta de los mecanismos caracterizados por un aumento de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, así como por la activación de los estados de alerta); *c)* Tolerar el malestar (poca o nula capacidad para soportar estados emocionales, cognitivos o conductuales que produzcan aversión), y *d)* Confiar en las respuestas emocionales como interpretaciones válidas de las experiencias vitales (se duda de las respuestas innatas e inmediatas ante situaciones específicas, lo que lleva a la persona a tener pensamientos repetitivos que le producen malestar). Por lo tanto, la desregulación emocional condiciona a una persona a la autoinvalidación, lo que la conduce a una desorientación en la forma de actuar y de sentir en general (Tejeda *et al.*, 2012).

Los adolescentes experimentan importantes cambios que traen consigo momentos de crisis, duelo o inestabilidad emocional que pueden producirles ansiedad y depresión, de tal manera que incluso pueden llegar a intentar el suicidio (Garduño, Gómez y Peña, 2011). Este periodo de maduración se da entre los 10 y los 20 años de edad, y es cuando ocurre el crecimiento que los definirá; es cuando comienzan los conflictos familiares, de identidad o de pertenencia social, entre muchos otros (Reyes, 2017). Aunque la adolescencia es un sinónimo de crecimiento personal y de gran potencial, es también una etapa de considerable riesgo en la cual el contexto social tiene una influencia determinante y contribuye a los problemas de adaptación y de salud mental debido a la dificultad de los jóvenes para comprender conceptos complejos y la relación entre la conducta y sus consecuencias (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017, 2019). Los adolescentes experimentan una gran vulnerabilidad debido a la desregulación emocional, la que se hace evidente cuando su propia incapacidad para regular sus emociones genera reacciones y respuestas intensas que se acompañan de una gran sensibilidad ante los estímulos emocionales. Según Linehan, Bohus y Lynch (2007), ello los conduce a sufrir consecuencias relacionadas a las experiencias emocionales perturbadoras, como ciertos problemas en la regulación emocional, distorsiones cognitivas, dificultad en el proceso de la información, pobre control de impulsos, tendencia a bloquearse

bajo condiciones de elevado estrés, escasa habilidad para la regulación fisiológica, problemas para desviar la atención emocional y dificultades para organizar la conducta al momento de realizar acciones que no dependen del estado de ánimo. Esa misma incapacidad para regular sus emociones se asocia a la depresión y la ansiedad, y a conductas desadaptativas, entre las cuales la impulsividad y las autolesiones no suicidas se hallan entre los padecimientos más frecuentes (Marín, Robles, González-Forteza y Andrade, 2012).

La desregulación de las emociones se define como una construcción multidimensional que involucra formas desadaptadas de la respuesta emocional, independientemente de su intensidad, de manera que es vista como una vivencia de emociones angustiantes y como un antecedente común de los pensamientos y conductas suicidas (Dour, Cha y Nock, 2011; Gratz y Tull, 2010; Hemming, Taylor, Haddock, Shaw y Pratt, 2019; Shneidman, 1985).

En México, el suicidio es un problema de salud pública. Es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15 y 24 años (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010). Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019) indican que en 2017 ocurrieron 6,559 suicidios, mientras que en 2018 la cifra aumentó a 6,808. Entre los jóvenes de 20 a 24 años se presentan las tasas más altas de suicidio, seguidos por los de 15 a 19 años, que constituyen 11.75% de los suicidios reportados en este periodo. En 2018, en el estado de Sinaloa se reportaron 135 defunciones por suicidio, de los cuales nueve casos se hallaban entre 15 y 19 años de edad, es decir, 6.67%.

Las principales causas de muerte por suicidio en la adolescencia están relacionadas con enfermedades crónicas, trastornos psicológicos no diagnosticados, intentos previos de suicidio, impulsividad, falta de control, estrés emocional y, por último, hostigamiento escolar (Navarro, 2017).

Por cada suicidio consumado hay varios intentos, acciones que son conocidas como conductas suicidas, las cuales constituyen uno de los problemas más recurrentes a los que se enfrentan actualmente los profesionales de la salud mental. Las conductas suicidas pueden considerarse “como

una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o el suicidio” (Vargas y Saavedra, 2012, p. 1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) señala que, entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. Denis, Barradas, Delgadillo, Denis y Melo (2017) definen el intento suicida como “aquel estado en el cual una persona tiene pensamientos recurrentes asociados al deseo de morir, ya sea por considerarse una carga para su familia o entorno, o por carecer de un sentido de pertenencia al grupo o a la sociedad” (p. 409). Explican que la última de las fases entre las conductas suicidas –de las cuales se obtienen los datos estadísticos– es el suicidio, que se concibe como la etapa final de un proceso cuyo origen parte de un nivel cognitivo (ideación suicida), seguido del nivel conductual (intento suicida o suicidio consumado).

Desde esta perspectiva, la ideación suicida, como manifestación cognitiva del suicidio, se expresa mediante pensamientos de autoflagelación o de muerte; se caracteriza por la planeación relacionada con un amplio campo de pensamientos, los que pueden ser representados mediante el deseo de morir sin un planteamiento de la acción, con uno determinado y, en algunos casos, con una preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva, de modo que la ideación suicida está vinculada a la idea o al deseo de quitarse la vida; a su vez, el comportamiento suicida se refiere a las acciones concretas que conducen al sujeto a su propia muerte (Bahamon *et al.*, 2018; Pérez-Chan, 2015; Rosselló y Berríos, 2004; Vargas y Saavedra, 2012).

La ideación suicida es, pues, interpretada como el factor cognitivo de las conductas suicidas en relación con el pensamiento recurrente de morir. Roberts (1995) define a la ideación suicida como el proceso de fantasear, planificar y automotivarse para cometer suicidio, y a su vez la divide en cuatro factores: 1) *Fantasía*: se piensa en la muerte; 2) *Motivación*: presencia de factores de riesgo que impulsan a la persona a cometer un acto suicida; 3) *Alusión a fantasía del suicidio y planeación*: pensamiento de muerte consolidado;

se piensa en la propia muerte y se elabora un plan para llevar a cabo el acto suicida, y 4) *Planeación*: elaboración paso a paso de una serie de procesos que tienen como objetivo terminar con la vida.

En general, algunos autores (Córdova, Rosales y Caballero, 2007; García y Peralta, 2007; Vargas y Saavedra, 2012) sostienen que la ideación suicida está conformada por cuatro etapas: el deseo de morir, las fantasías pasivas de suicidio, la ideación suicida sin un método determinado y la planificada. La ideación suicida es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado. Coinciden en el escaso estudio del pensamiento suicida, definiéndolo como aquel que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza, la depresión y el consumo de sustancias, siendo estas variables importantes predictoras para prevenir los intentos suicidas.

Los adolescentes que muestran conductas suicidas presentan características relacionadas a la desregulación emocional, como baja autoestima, desesperanza, problemas afectivos, irritabilidad del estado de ánimo, sentimientos de soledad, tristeza, ansiedad severa y manifestaciones de síntomas depresivos. Aquellos adolescentes que no son capaces de regular la emoción son propensos a exhibir secuelas psicológicas negativas, como problemas de ansiedad, deterioro cognitivo, déficit en la sociabilidad, apego inseguro, conducta alimentaria disfuncional y problemas afectivos con los padres, al igual que depresión, conducta agresiva y personalidad límite (Contreras, Hernández y Freyre, 2018; McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin y Nolen-Hoeksema, 2011).

La desregulación emocional desde edades tempranas, como la adolescencia, actúa como un factor de riesgo para el posterior desarrollo de conductas suicidas debido a que las emociones desempeñan un papel fundamental en la salud mental del joven. De modo que el suicidio en esta etapa es uno de los fenómenos más alarmantes para los profesionales y para la sociedad entera (Rodríguez, 2012). Actuar a favor de la regulación emocional como un factor protector de las conductas suicidas, mismas que incluyen la ideación suicida, po-

dría ayudar a prevenirlas al brindar a los adolescentes las herramientas que les permitan gestionar sus emociones de manera eficaz para el desarrollo de conductas adaptativas. Es por ello que el objetivo del presente estudio fue analizar el nivel predictivo de la desregulación emocional en los adolescentes en la ideación suicida.

MÉTODO

Participantes

Participaron 109 adolescentes de educación media superior (equivalente a educación postsecundaria no terciaria de acuerdo a la UNESCO) de la ciudad de Culiacán, Sin., México, cuyas edades oscilaron entre 15 y 17 años ($M = 15.61$, $D.E. = 0.51$), de los cuales 56% fueron mujeres.

Instrumentos

Detección de Ideación Suicida en Jóvenes (Córdova, Rosales, Zambrano y Zúñiga, 2013).

Se aplicó este instrumento para evaluar las variables de investigación. El instrumento está integrado por tres secciones, de las cuales solo se utilizaron la I y la III. La primera consiste en un cuestionario de identificación personal compuesto por 29 preguntas referentes a la condición personal de los participantes, generalmente asociada a la ocurrencia de ideación suicida. Los datos de interés que se emplearon en este trabajo fueron su rol percibido como estudiantes y la percepción de su condición económica, ambos evaluados en una escala Likert de 1 a 5, donde 1 es "Muy malo" y 5 es "Excelente"; la relación percibida con el padre y la madre, también valorada en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Muy mala" y 5 es "Muy buena", con la opción adicional de "Ninguna de las anteriores", y finalmente la necesidad de ayuda psicológica, con las opciones "Sí/No".

La tercera sección contiene la Escala de Ideación Suicida de Roberts, compuesta por cuatro reactivos: 1) "Pensé en la muerte", 2) "Mi familia y mis amigos estarían mejor si yo estuviera muerto", 3) "Pensé en matarme" y 4) "Me mataría si encon-

trara o tuviera la manera de hacerlo”. Como se aprecia, cada uno de los reactivos evalúa un componente de la ideación suicida; así, el reactivo 1 está relacionado a la fantasía del suicidio, el 2 es un indicador para cometerlo, y el tercero y cuarto reactivos están orientados a la planeación del acto suicida. La escala cuenta con opciones de respuesta en formato Likert que aluden a la semana previa al registro: “Casi nunca” (0 días), “Alguna vez” (1-2 días), “Casi siempre” (3-4 días) y “Siempre” (5-7 días). Los resultados obtenidos se suman y se dividen entre 4 para obtener un promedio del puntaje de la ideación suicida.

Escala de “Dificultades en la Regulación Emocional” (DERS–E, por su nombre en inglés Difficulties in Emotion Regulation Scale) (Gratz y Roemer (2004).

Traducida y adaptada por Marín *et al.* (2012), mide los niveles de desregulación emocional. La escala DER–S original de 35 reactivos no mostró un modelo de seis factores identificable, por lo que se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, lo que resultó en una reducción a 24 reactivos distribuidos en cuatro factores, con opciones de respuestas en formato Likert que van de 0 (“Casi nunca”) a 4 (“Casi siempre”). Dicha escala de 24 reactivos muestra una consistencia interna de 0.89, por lo que se empleó en esta investigación sumando los reactivos en su totalidad y no solo los factores, a fin de obtener una puntuación de desregulación emocional única.

Procedimiento

Se estableció contacto con el departamento de tutorías de un bachillerato público, el cual auxilió en la entrega de las cartas de consentimiento informado a los padres de familia para que pudieran autorizar la participación de sus hijos en el estudio, a quienes posteriormente se hizo entrega de un formato similar. De esta manera, los adolescentes contestaron de manera individual el conjunto de instrumentos ya citados. La aplicación de los instrumentos tuvo una duración aproximada de 30 minutos.

RESULTADOS

Los datos demográficos derivados del Cuestionario de Identificación Personal del instrumento Detección de Ideación Suicida en Jóvenes arrojaron las características individuales, psicológicas y sociales de los participantes, entre las que destaca la relación que mantenían con la madre y con el padre. Se encontró que tres de ellos dijeron no tener relación alguna con este último, mientras que únicamente uno señaló no tener relación con su madre. Cabe destacar que el rol percibido con la madre fue más favorable que el rol percibido con el padre. Las medias y desviaciones estándares de cada una de estas variables, aunadas a su rol percibido como estudiantes y condición económica, se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra.

Característica	M	D.E.
Rol percibido como estudiante	3.55	0.63
Condición económica	3.53	0.57
Relación con padre	3.95	1.11
Relación con madre	4.25	0.92

De todos los participantes, 4% no contestaron la variable de considerar que necesitaban ayuda psicológica; de aquellos que sí lo hicieron, 25% dijo que necesitaban dicha ayuda.

Las escalas aplicadas mostraron niveles de consistencia interna satisfactoria, como puede observarse en la Tabla 2. Una correlación de Pearson encontró una relación significativa entre el puntaje de las escalas de Desregulación Emocional y de la de Ideación Suicida de Roberts ($r = .46$, $p < .001$).

Tabla 2. Consistencia interna de escalas.

Instrumento	M	D.E.	α
Detección de Ideación Suicida en jóvenes, sección III: Escala de Ideación Suicida de Roberts.	0.65	1.41	0.76
Dificultades en la Regulación Emocional en español (DERS –E). Escala de Desregulación Emocional.	27.46	17.97	0.93

Finalmente, se llevó a cabo una regresión lineal simple para determinar si la desregulación emocional era un predictor significativo de la ideación suicida. Los resultados indicaron que el modelo explicaba 22% de la varianza, siendo así significativo ($F [1.107] = 30.03, p < .001$). Se encontró que la desregulación emocional predecía significativamente la ideación suicida ($\beta_1 = .04, p < .001$), siendo el modelo predictivo final como sigue:

$$\text{Ideación suicida} = -.36 + (0.04 * \text{desregulación emocional})$$

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian que la regulación emocional es un factor protector ante la ideación suicida. El modelo de regresión explicó 22% de la varianza, de tal manera que los resultados obtenidos muestran que la desregulación emocional predice significativamente la ideación, lo que concuerda con lo afirmado por diversos autores (Dour, Cha y Nock, 2011; Hemming *et al.*, 2019), quienes establecen un vínculo entre las conductas emocionales desadaptativas y la ideación suicida.

Tal ideación, como parte de las conductas suicidas, es compleja en virtud de que el pensamiento de muerte suele difuminarse en el continuo cognitivo. Es necesario aclarar que, al ser la muestra del presente estudio parte de una población no clínica, es casi imperceptible la presencia de la ideación suicida. En concordancia con diversos estudios, es conveniente considerar que observar e interpretar los comportamientos de regulación emocional en las interacciones sociales no cambian la experiencia, sino que ayudan a aceptar las

respuestas emocionales (Betanzos, Delgado, Martínez y Paz, 2020; Sánchez-Aragón, 2010; You *et al.*, 2018).

En conclusión, la regulación emocional puede considerarse como un factor protector puesto que modula el pensamiento de muerte. Si el adolescente empleara sus recursos psicológicos en el malestar emocional suscitado por la ideación suicida, cabe pensar que los beneficios de la regulación emocional tendrían un considerable efecto en el pensamiento y la conducta suicidas; sobre todo en la tolerancia al malestar, esto es, el reconocimiento de que las emociones, cualesquiera que sean, producen sensaciones agradables y desagradables, independientemente de su temporalidad e intensidad, y también respuestas apropiadas entre la aparición de la fantasía del pensamiento de muerte, la motivación y la planeación del acto suicida (Roberts, 1995). Los hallazgos de esta investigación sugieren que la regulación emocional es un factor protector que modera la ideación o la conducta suicidas en cualquiera de sus etapas.

Una de las limitaciones de este trabajo es el tamaño de la muestra y la distribución por sexo, por lo que se sugiere emprender estudios longitudinales que permitan conocer la evolución de la ideación suicida y sus diferencias según el sexo a fin de identificarlas en el comportamiento suicida. De igual manera, es pertinente evaluar distintos niveles educativos con la finalidad de precisar el momento del desarrollo en que la ideación suicida es más frecuente, estableciendo así un punto de acción adecuado para la intervención y prevención. Finalmente, es necesario considerar distintas variables psicológicas que encaminen a la persona a aceptar su vulnerabilidad emocional y, con ello, a desechar los riesgos.

Citación: Sánchez-Cabada, M.E., Elizalde-Monjardin, M. y Salcido-Cibrián, L.J. (2022). Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud*, 32(1), 49-56. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2710>.

REFERENCIAS

- Bahamon, M., Alarcón V., Y., Reyes, L., Trejos, A., Uribe, J. y García, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21(39), 50-61.
- Betanzos, D., Delgado, S., Martínez, F. y Paz, R. (2020). Empleabilidad, regulación emocional, iniciativa y satisfacción vital en estudiantes de Comunicación Humana. *Psicología y Salud*, 30(1), 25-35.

- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Contreras V., J., Hernández G., L. y Freyre, M. (2018). Validez del constructo de la versión corta de la escala de desregulación emocional para niños y adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 19-31.
- Córdova, M., Rosales, M. y Caballero, R. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.
- Córdova, M., Rosales, C., Zambrano, R. y Zúñiga, G. (2013). Particularidades psicológicas y personales del joven con y sin ideación suicida del bachillerato tecnológico agropecuario de San Luis Potosí (México). *Vertientes*, 16(1), 23-31.
- Denis R., E., Barradas, M., Delgadillo, R., Denis R., P. y Melo S., G. (2017). Prevalencia de ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(15), 387-418.
- Dour, H., Cha, C. y Nock, M. (2011). Evidence for an emotion–cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behavior Research and Therapy*, 49, 294-298.
- García, E. y Peralta, V. (2007). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 87-96.
- Garduño, R., Gómez, K. y Peña, A. (2011). *Suicidio en adolescentes*. Tesina. México: Asociación Mexicana de Tanatología.
- Gratz, K.L. y Tull, M.T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. En R. A. Baer (Ed.): *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 107-133). Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications.
- Gratz, K. y 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, 41-54.
- Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J. y Pratt, D. (2019). A Systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. *Frontiers on Psychiatry*, 34-48. doi: 10.3389/fpsy.2019.00203.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Suicidios registrados (Defunciones)*. Ciudad de México: INEGI. Recuperado de www.inegi.org.mx/app/indicadores.
- Leahy, R. (2012). Esquemas emocionales, regulación emocional y psicopatología. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 359-361.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M., Bohus, M. y Lynch, T. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. En J. J. Gross (Ed.): *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 581-605). New York: The Guilford Press.
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade P., P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala Dificultades en la Regulación Emocional en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.
- McLaughlin, K., Hatzenbuehler, M., Mennin, D. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: a prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 49, 544-554. Doi: 10.1016/j.brat.2011.06.003.
- Navarro G., N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clinica y Salud*, 28(1), 25-31.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Atención de niños y adolescentes con trastornos mentales*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Desarrollo en la adolescencia*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
- Pérez-Chan, M. (2015). Familia multiproblemática como factor en el desarrollo de la ideación e intento suicida en adolescentes. *Salud en Tabasco*, 21(2-3), 45-54.
- Roberts, R. y Chen, Y. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 81-90.
- Rodríguez, S. (2012). Experiencia de la línea amiga 106 frente a las ideas autolíticas de los menores de edad en el departamento de Boyacá. *Típica: Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 8(1), 49-55.
- Rosselló, J. y Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 295-302.
- Sánchez-Aragón, M. (2010). *Regulación emocional: una travesía de la cultura al desarrollo de las relaciones personales*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Tejeda, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades de la regulación emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.

- Vargas, B. y Saavedra, E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 75(1), 19-28.
- You, J., Ren, Y., Zhang, X., Wu, Z., Xu, S. y Lin, M. (2018). Emotional dysregulation and nonsuicidal self-injury: a meta-analytic review. *Neuropsychiatry*, 8(2), 733-748.