TESIS DOCTORAL

REGULACIÓN EMOCIONAL Y SUICIDIO: EL PAPEL DE LAS CREENCIAS EMOCIONALES DE INCONTROLABILIDAD

LIDIA COLMENERO NAVARRETE

AÑO 2025

PROGRAMA DE DOCTORADO

Psicología de los procesos básicos
Facultad de Psicología y Logopedia

DIRECTORES DE TESIS

Dr. José Martín Salguero Noguera, PhD

Dra. Esperanza García Sancho, PhD

AUTORA: Lidia Colmenero Navarrete

https://orcid.org/0009-0003-9696-9309

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode
Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.
No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña LIDIA COLMENERO NAVARRETE

Estudiante del programa de doctorado EN PSICOLOGÍA de la Universidad de Málaga, autor/a de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: **REGULACIÓN EMOCIONAL Y SUICIDIO: EL PAPEL DE LAS CREENCIAS EMOCIONALES DE INCONTROLABILIDAD.**

Realizada bajo la tutorización de JOSÉ MARTÍN SALGUERO NOGUERA y dirección de JOSÉ MARTÍN SALGUERO NOGUERA y de ESPERANZA GARCÍA SANCHO.

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 15 de febrero de 2025

Edificio Pabellón de Gobierno. Campus El Ejido. 29071
952 13 10 28 / 952 13 14 61 / 952 13 71 10
E-mail: doctorado@uma.es

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Fdo.: LIDIA COLMENERO NAVARRETE Doctorando/a	Fdo.: JOSÉ MARTÍN SALGUERO NOGUERA Tutor/a
Fdo.: JOSÉ MARTÍN SALGUERO NOGUERA Director de tesis	Fdo.: ESPERANZA GARCÍA SANCHO Directora de tesis

Edificio Pabellón de Gobierno. Campus El Ejido. 29071
Tel.: 952 13 10 28 / 952 13 14 61 / 952 13 71 10
E-mail: doctorado@uma.es

EFQM AENOR
ISO 14001 BUREAU VERITAS Certification
bequal
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Programa de Doctorado en Psicología

DECLARACIÓN DE LOS DIRECTORES IDONEIDAD DE LA TESIS

D. José Martín Salguero Noguera, Profesor titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, y D ª Esperanza García Sancho, Profesora Permanente Laboral del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, certifican que D. ª Lidia Colmenero Navarrete ha efectuado bajo su dirección la tesis doctoral titulada "Regulación emocional y suicidio: el papel de las creencias emocionales de incontrolabilidad"**.**

El presente trabajo responde a los requisitos de una tesis doctoral y la metodología adoptada es apropiada a los fines de investigación. Asimismo, las publicaciones en coautoría que avalan la presente tesis no han sido utilizadas en tesis doctorales anteriores en la Universidad de Málaga o en cualquier otra universidad. Por tanto, entiende que reúne los requisitos para optar al Grado de Doctora según la legislación vigente y, en consecuencia, autoriza su depósito y posterior presentación y defensa ante el tribunal designado para tal fin.

En Málaga, a 15 de febrero de 2025

Fdo. José Martín Salguero Noguera Fdo. Esperanza García Sancho

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ACEPTACIÓN DE LOS COAUTORES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LA TESIS

El Dr. José Martín Salguero Noguera, profesor titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Málaga, y la Dra. Esperanza García Sancho, Profesora Permanente Laboral del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, como coautores/as de los artículos que se presentan en la Tesis Doctoral titulada: "Regulación emocional y suicidio: el papel de las creencias emocionales de incontrolabilidad", presentada por D.ª Lidia Colmenero Navarrete, aceptan que las siguientes publicaciones formen parte de la citada Tesis y expresan su renuncia a presentar dichos trabajos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Málaga o en cualquier otra universidad.

- Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., y Salguero, J. M. (2022). Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. *Archives of Suicide Research*, *26*(4), 1702-1735. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1999872
- Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., y Salguero, J. M. (2024). Modeling the associations between emotion regulation, suicide crisis syndrome and suicidal behavior: results in community and clinical samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *54*, 679–689. https://doi.org/10.1111/sltb.13078
- Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., y Salguero, J. M. (2025). Beliefs About the Uncontrollability of Emotions and Interpersonal Needs as Predictors of Suicide Crisis Syndrome. *Journal of Psychiatric Research, 182,* 312-318. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.01.041

En Málaga, a 15 de febrero de 2025

Fdo. José Martín Salguero Noguera

Fdo. Esperanza García Sancho

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Edificio Pabellón de Gobierno. Campus El Ejido. 29071
Tel.: 952 13 10 28 / 952 13 14 61 / 952 13 71 10
E-mail: doctorado@uma.es

REGULACIÓN EMOCIONAL Y SUICIDIO: EL PAPEL DE LAS CREENCIAS EMOCIONALES DE INCONTROLABILIDAD

Autora:

Lidia Colmenero Navarrete

Facultad de Psicología

Universidad de Málaga

PROGRAMA DE DOCTORADO: Psicología de los procesos básicos

DIRECTORES DE TESIS:

Dr. José Martín Salguero Noguera, PhD

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología, Universidad de Málaga

Dra. Esperanza García Sancho, PhD

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología, Universidad de Málaga

Málaga, 15 de febrero de 2025

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar este espacio para expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido de diversas formas a la realización de mi tesis doctoral, ya sea de manera directa o indirecta.

En primer lugar, quiero dedicar unas palabras de profundo agradecimiento a las personas que han sido mis dos pilares fundamentales: Martín y Esperanza, mis directores.

Martín, tu capacidad para transmitirme seguridad ha sido fundamental, especialmente en las etapas donde surgían obstáculos. Tu gran implicación, siempre acompañada de palabras de tranquilidad, ha sido un bálsamo que me ha permitido mantener la calma y confiar plenamente en ti y en nuestro trabajo conjunto. Tu forma de trabajar, metódica y organizada, ha sido un claro ejemplo del buen hacer en investigación.

Esperanza, tu llegada fue como una auténtica revolución en un momento en el que más lo necesitábamos. Tu presencia trajo consigo un sentimiento de energía y motivación. Gracias por estar ahí como un gran apoyo moral. Tus palabras de ánimo en momentos necesarios han sido pequeños empujones en este proceso.

A ambos, no solo directores, sino también compañeros, habéis conseguido transmitirme los valores de la honestidad y la perseverancia en la investigación, así como me habéis hecho sentir una más, depositando vuestra confianza en mí, vuestra calidez presente y la buena disposición de ambos durante todo el proceso. Siempre he podido contar con vosotros. Estoy profundamente agradecida por vuestra orientación, vuestro ejemplo y vuestro apoyo a lo largo de este proceso…MUCHAS GRACIAS.

Quiero expresar un agradecimiento muy especial a mi mentora, **Aurora,** quien desde el principio confió en mí y me motivó a emprender este proyecto. No puedo

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

encontrar palabras suficientes para agradecer todo lo que has hecho por mí en estos años. Has sido mi mayor referente como profesional y un verdadero descubrimiento en lo personal. Estaré eternamente agradecida por tu guía y apoyo incondicional.

A todo el equipo del **Instituto de Neurociencias y Salud**, a todos y cada uno de los que habéis formado parte de este gran equipo. Desde el inicio, habéis sido testigos de mi crecimiento y habéis depositado vuestra confianza en mí. Sois el ejemplo vivo del esfuerzo y la humanidad. Vuestra dedicación y compromiso han sido una verdadera motivación para superarme día a día. Realizar esta tesis doctoral ha sido una motivación adicional para seguir aportando a este equipo.

Al equipo de **Mindlab**, quiero expresar mi más sincero agradecimiento por abrirme las puertas y hacerme un hueco. A pesar de que me hubiera gustado estar más presente, valoro enormemente la libertad que me habéis dado para participar y aprender de vosotros. Sois un verdadero ejemplo de pasión por la investigación.

En estos agradecimientos nunca me podría dejar atrás a las personas que aún sin formar parte directa de esta tesis, sí lo han hecho a su manera durante todos estos años de trabajo…llevar a cabo una tesis siempre resulta más fácil si estás rodeada de personas que te hacen llevar el día a día mejor, esas personas son mi familia y amigos.

Antonio, por haber tenido tanta paciencia y haber respetado siempre mis tiempos, por haberte adaptado y haber sido esa ayuda cuando más lo necesité. Gracias por romper la rutina de mi día a día, por haber sido mi apoyo y mi desahogo en algunos momentos y por ser uno de los pilares de mi vida.

A mi **familia**, a todos y cada uno de ellos, pero especialmente a mis padres, a mi hermana y mi cuñado. A ellos les debo la persona que soy, los valores del esfuerzo, el trabajo, la constancia, la honestidad, el cariño y el amor incondicional. Han sido los

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

pilares más importantes para haber conseguido esto y ser la persona que soy. Y por supuesto, a mis dos amores más puros, mis sobrinos, Lucía y Adrián, los que me alegran la vida, elevado al infinito.

A mis **amigos**, a los de siempre y a los que han ido apareciendo y se han quedado. Porque después de un proceso tan largo como ha sido este, siempre es fundamental estar rodeada de personas que te aportan y que hacen el día a día más llevadero. Gracias por las risas, por las experiencias compartidas y por supuesto, por haber estado ahí cuando os necesitaba.

Por último, no quiero desaprovechar estas palabras para recordar de manera muy especial a todas aquellas personas que sufren en silencio, a aquellas que se enfrentan a la vida cada día sin esperanza y sienten que la luz se ha apagado en sus vidas, a las que lo intentan incansablemente…y por supuesto a aquellas que ya no están y a sus familias que llevan el peso de su ausencia…que este trabajo aunque resulta ser un granito de arena y aún queda mucho por hacer, contribuya a generar un poco más de esperanza y a mejorar las vidas de quienes enfrentan estas luchas.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

PRÓLOGO

Esta tesis doctoral se organiza en cinco partes fundamentales:

Capítulo 1: Se ofrece un marco teórico detallado para explorar el estado actual de las dos principales variables de interés de esta investigación: la regulación emocional y el suicidio.

Capítulo 2: Se presentan los objetivos generales y específicos de la tesis, junto con las hipótesis planteadas para cada uno de los estudios y su metodología.

Capítulo 3: Comprende los tres estudios realizados, presentados en el formato de artículos de investigación. Cada estudio sigue la estructura estándar de resumen, introducción, método, resultados y discusión. Con respecto a las referencias bibliográficas de estos estudios, han sido agrupados al final del documento, junto con las referencias citadas en los capítulos 1 y 3.

Capítulo 4: Se centra en discutir los hallazgos teóricos de los tres estudios del capítulo 3 y su impacto significativo en el campo de la regulación emocional y el suicidio. Además, examina las implicaciones teóricas y prácticas de esta tesis doctoral y las principales conclusiones derivadas de los resultados obtenidos.

Capítulo 5: Se presenta un resumen de la tesis, donde se recoge la principal información abordada en los capítulos anteriores.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ÍNDICE

Agradecimientos……7

Prólogo……10

Lista de publicaciones que avalan la tesis doctoral…….. 14

Capítulo 1. Introducción teórica……...15

1. SUICIDIO. Concepto y prevalencia……16

1.1. Teorías y modelos explicativos del suicidio……..17

1.1.1. El suicidio desde una perspectiva multidisciplinar ……17

1.1.2. El suicidio desde una perspectiva psicológica……19

1.1.2.1. Modelos psicológicos de transición de la ideación suicida a la acción……22

Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005) ……..22

Modelo Motivacional-Volitivo Integrado del Comportamiento Suicida (O´Connor, 2011) ……26

Teoría de los Tres Pasos (Klonsky y May, 2015) ……30

1.1.2.2. El suicidio desde la perspectiva de factores de riesgo proximales……32

Perturbación Afectiva Suicida Aguda (ASAD)……..33

Síndrome de crisis suicida (SCS) ……36

1.1.2.3. Modelo de Crisis Narrativa del Suicidio: integración de factores de riesgo a largo y corto plazo……40

1.2. Limitaciones en los modelos actuales sobre suicidio……46

2. REGULACIÓN EMOCIONAL……...47

2.1. Modelo Procesual de Regulación Emocional de Gross (1998) ……48

2.2. Modelo Procesual Extendido (Gross, 2015) ……49

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.2.1. Etapa de identificación…….51

2.2.2. Etapa de selección……53

2.2.3. Etapa de implementación…….54

2.3. Rumiación y psicopatología……59

2.4. Creencias emocionales……61

2.5. Creencias emocionales de incontrolabilidad y rumiación……...65

3. REGULACIÓN EMOCIONAL Y SUICIDIO ……68

Capítulo 2. Objetivos, hipótesis y metodología ……..73

4. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA DE CADA ESTUDIO……74

Capítulo 3. Estudios incluidos en la tesis ……78

5. ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA TESIS DOCTORAL……..80

5.1. Estudio 1. Relación entre la regulación de las emociones y la ideación e intento de suicidio en adultos y adolescentes: una revisión sistemática……80

5.2. Estudio 2. Modelando las asociaciones entre regulación emocional, el síndrome de crisis suicida y el comportamiento suicida: resultados en muestras comunitaria y clínica …….115

5.3. Estudio 3. Creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y las necesidades interpersonales como predictores del síndrome de crisis suicida……138

Capítulo 4. Discusión y conclusiones ……..158

6. RESULTADOS GLOBALES……...…….159

6.1. Resultados estudio 1…….160

6.2. Resultados estudio 2…….163

6.3. Resultados estudio 3…….167

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

7. REGULACIÓN EMOCIONAL Y SUICIDIO: INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS……..170

7.1. Integración de los resultados desde el modelo Procesual Extendido de Regulación Emocional (Gross, 2015) ……. 170

7.2. Integración de los resultados en los principales modelos de suicidio: Joiner (2005) y O´Connor (2011) ……174

7.3. Integración de los resultados desde el modelo de Crisis Narrativa del Suicidio (NCM, Galynker, 2017) ……...…….176

8. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN……179

8.1. Limitaciones……..179

8.2. Futuras líneas de investigación……..181

8.3. Implicaciones clínicas……...……185

9. CONCLUSIONES……..194

Capítulo 5. Resumen tesis……..…….196

10. RESUMEN TESIS……..…….197

11. ANEXOS. Lista de tablas y figuras……..220

11.1. Anexo 1. Lista de tablas……...221

11.2. Anexo 2. Lista de figuras…….……...…….222

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS…….……..……..224

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

LISTA DE PUBLICACIONES QUE AVALAN LA TESIS DOCTORAL

- Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., y Salguero, J. M. (2022). Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. *Archives of Suicide Research*, *26*(4), 1702-1735. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1999872
- Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., y Salguero, J. M. (2024). Modeling the associations between emotion regulation, suicide crisis syndrome and suicidal behavior: results in community and clinical samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *54*, 679–689. https://doi.org/10.1111/sltb.13078
- Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., y Salguero, J. M. (2025). Beliefs About the Uncontrollability of Emotions and Interpersonal Needs as Predictors of Suicide Crisis Syndrome. *Journal of Psychiatric Research, 182,* 312-318. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.01.041

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1. SUICIDIO

Concepto y prevalencia

El suicidio representa un grave problema para la salud pública en todo el mundo, cobrándose anualmente la vida de alrededor de 703.000 personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Este dato sitúa al suicidio como una de las principales causas de mortalidad a nivel global, superando incluso a las debidas por enfermedades como la malaria, el VIH/SIDA, el cáncer de mama y los conflictos bélicos (OMS, 2021). En 2019, el suicidio representó más del 1,3% de todas las muertes a nivel mundial (OMS, 2021), con un promedio global de 9,0 suicidios por cada 100.000 personas. Existe una tasa más alta en hombres, con 12,6 suicidios por cada 100.000, en comparación con las mujeres, cuya tasa fue de 5,4 por cada 100.000. En Europa, las tasas de suicidio se ubican por encima del promedio mundial, registrando 10,5 suicidios por cada 100.000 habitantes, con una marcada diferencia de género. Los hombres europeos presentaron una tasa de suicidio mayor, alcanzando 17,1 suicidios por cada 100.000 individuos, superando la tasa global masculina (12,6 por cada 100.000) (OMS, 2021), mientras las mujeres presentan 4,1 por cada 100.000 (por debajo de la tasa global de 5,4). En el caso de España, las tasas de suicidio bruto en 2019 se situaron en 7,7 por cada 100.000 habitantes. Al desglosar por género, las tasas fueron de 11,4 para hombres y de 4,1 para mujeres, evidenciando una marcada disparidad entre géneros (OMS, 2021).

En cuanto al comportamiento suicida, esta variable abarca todas las formas de conducta que implican la intención consciente de dañarse a sí mismo, con una indicación implícita o explícita de deseo de morir (Silverman et al., 2007). El alcance del comportamiento suicida incluye una variedad de acciones, que van desde la ideación suicida (pensar, contemplar o planificar el suicidio), hasta intentos de suicidio (comportamiento autoinfligido acompañado por la intención de causar la propia muerte).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En última instancia, el comportamiento suicida puede llevar a la consumación del acto, donde la persona logra provocar su propia muerte (Silverman et al., 2007).

1.1 Teorías y modelos explicativos del suicidio

1.1.1. El suicidio desde una perspectiva multidisciplinar

El suicidio es un fenómeno complejo que ha sido objeto de estudio desde diversas perspectivas, incluyendo enfoques biológicos, sociales, culturales y psicológicos. Estos enfoques proporcionan diferentes marcos teóricos para comprender los factores que contribuyen al suicidio. Así, desde la perspectiva biológica se examinan cómo las diferencias genéticas y la química cerebral pueden influir en las tendencias suicidas. Por su parte, los enfoques sociales exploran cómo las relaciones interpersonales, el entorno familiar y las estructuras sociales pueden afectar la vulnerabilidad a este tipo de comportamiento. En el ámbito cultural, se considera que las normas, valores y creencias de una sociedad pueden moldear las actitudes hacia el suicidio y su prevención. Por otro lado, los enfoques psicológicos indagan en los procesos mentales, emocionales y cognitivos que pueden desencadenar pensamientos y comportamientos suicidas. La interacción compleja entre estos diversos enfoques ofrece un panorama multifacético de este fenómeno. A continuación, se expondrán las hipótesis más extendidas entre estos diferentes enfoques.

El fenómeno del suicidio involucra la búsqueda de múltiples factores de riesgo desde diversas perspectivas. Desde la perspectiva de las teorías biológicas, se sugiere que el comportamiento suicida puede estar relacionado con alteraciones en los niveles de serotonina (Van Heeringer et al., 2004). Desde esta teoría de la alteración de los niveles de serotonina, se plantea un modelo de predisposición o diátesis, en el cual ciertas características biológicas pueden predisponer a una persona a manifestar conductas suicidas, convirtiéndose en un factor de riesgo. Así, la alteración en los niveles de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

serotonina se considera un componente clave en este proceso, afectando la regulación del estado de ánimo e incrementando potencialmente la vulnerabilidad hacia el suicidio.

Desde la perspectiva social, Durkheim (1897;1989) postuló una teoría sobre el suicidio como un fenómeno influenciado por la estructura social. Este autor planteó que la frecuencia del suicidio varía en función del grado de integración del individuo en su comunidad, la cual se forma a través de normas y valores compartidos. Durkheim identificó tres principales tipos de suicidio: egoísta, altruista y anómico. El suicidio egoísta se produce cuando el individuo se siente desconectado o alienado de la sociedad, mientras que el suicidio altruista se da cuando el individuo está excesivamente integrado en la sociedad, sacrificando su vida por el bienestar de otros. Por último, el suicidio anómico surge cuando la sociedad enfrenta cambios rápidos o crisis, donde las estructuras sociales se vuelven menos claras y predecibles y donde las normas y valores compartidos se debilitan o desaparecen, lo que lleva a sentimientos de confusión y falta de dirección. En este contexto, los individuos pueden experimentar una profunda sensación de desconcierto y falta de propósito en sus vidas, lo que aumenta el riesgo de suicidio debido a la pérdida de rumbo y vínculos sociales.

Continuando desde una perspectiva social, Mäkinen (1997) plantea que el suicidio no se puede entender únicamente como un acto individual, sino que está arraigado en el contexto cultural de una sociedad, lo que quiere decir que las leyes, las normas sociales y las creencias religiosas constituyen un sistema normativo-cultural que influye en cómo las personas juzgan y evalúan sus propias acciones. En este contexto, las nociones sobre lo que se considera aceptable o inaceptable en términos de suicidio están influenciadas por el entorno cultural en el que las personas se desenvuelven. Así, este enfoque reconoce que las diferencias culturales pueden conducir a variaciones significativas en la comprensión y el tratamiento del suicidio en diferentes sociedades.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En la línea psicosocial, Agnew (1998) plantea el modelo de Aprobación del Suicidio, que explicaría las razones por las que un individuo puede tener una actitud positiva hacia el suicidio: a) situación de estrés y baja capacidad de afrontamiento; b) aprendizaje social; y c) débiles vínculos con otras personas. Según el primer factor, los individuos que experimentan altos niveles de estrés y carecen de habilidades efectivas para hacer frente a las dificultades pueden ser más propensos a considerar el suicidio como una opción para aliviar su angustia emocional. Con respecto al aprendizaje social, las actitudes respecto al suicidio pueden verse influenciadas por el entorno social y las experiencias pasadas. Por ejemplo, la observación y la interacción con personas que han mostrado tendencias suicidas pueden contribuir a normalizar o justificar el suicidio, lo que puede aumentar la probabilidad de que lo perciba como una opción válida en situaciones difíciles. Finalmente, las personas que carecen de conexiones emocionales sólidas con otras personas, ya sea debido a una falta de apoyo emocional, al aislamiento social, o la alienación, pueden estar más inclinadas a ver el suicidio como una salida viable a sus problemas.

Tras un breve recorrido por las principales teorías sobre el suicidio desde diversas perspectivas, esta tesis doctoral se va a centrar en los modelos y teorías más relevantes que adoptan un enfoque psicológico, como se detallará a continuación.

1.1.2. El suicidio desde una perspectiva psicológica

Abordando el tema desde una perspectiva psicológica, se han propuesto diversas teorías para comprender el fenómeno del suicidio. Desde la corriente psicodinámica se inician teorías sobre el suicidio con la teoría de Freud (1917), quien vincula el suicidio con un estado melancólico. Por su parte, Menninger (1996) aborda el comportamiento suicida desde una perspectiva particular, destacando en las personas con comportamiento suicida una tríada de deseos que parecen contradictorios: el deseo de morir, como el

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

anhelo consciente o inconsciente de poner fin a la propia vida; el deseo de matar, que puede manifestarse como una agresión dirigida hacia los demás o hacia uno mismo; y el deseo de ser matado, que implica una inclinación hacia la propia destrucción provocada por otros. Esta tríada representa una visión compleja y multifacética del suicidio, donde la coexistencia de estas tres inclinaciones contrarias sugiere una mezcla confusa de impulsos y emociones que están presentes en la dinámica del comportamiento suicida.

Otro grupo de teorías ha considerado el intento de suicidio como una forma de comunicación interpersonal y gestión del malestar. Desde esta perspectiva, el suicidio podría ser percibido como una última forma de comunicación, un "grito de auxilio" que surge cuando otros métodos de expresión han fracasado o han sido ignorados (Stengel, 1962). Por su parte, Schneidman (1993) abordó el intento de suicidio como una vía para escapar de un dolor psicológico percibido como insoportable por el individuo. Su teoría sirvió para que Williams y Pollock (2001) desarrollasen posteriormente el modelo del Llanto por Dolor ("Cry of Pain"). Este modelo sugiere que el comportamiento suicida surge como respuesta a una situación estresante y representa la expresión de un dolor psicológico intenso que resulta insoportable para el individuo. Este dolor se compone de tres aspectos principales: *sentimiento de derrota*, donde el individuo se siente superado por la vida o las circunstancias y se siente incapaz de hacer frente a los problemas; *percepción de no tener otra vía de escape*, al percibir que no hay soluciones viables o recursos disponibles para superar el dolor emocional; y el *sentimiento de no ser rescatado,* donde experimenta una profunda sensación de soledad, al sentir que no cuenta con apoyo emocional para superar ese dolor.

Desde una perspectiva cognitiva, Beck (1976) postula que la conducta suicida severa está estrechamente ligada a niveles elevados de depresión y desesperanza. En su modelo, la desesperanza actúa como un mediador entre la depresión y el comportamiento

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

suicida. Basándose en el papel crucial de la desesperanza en la explicación del suicidio que propuso Beck, Abramson et al. (2000) profundizan en este concepto mediante la teoría de la Indefensión-Desesperanza. Esta teoría postula que la desesperanza se desarrolla a partir de experiencias previas de indefensión, donde las personas sienten que carecen de control sobre los resultados de sus acciones. Esta percepción puede conducir a una visión pesimista del futuro y a la creencia de que hay pocas soluciones para los problemas. Esta combinación de la indefensión y la desesperanza podría incrementar el riesgo de suicidio al disminuir la creencia en la capacidad de modificar y superar situaciones adversas.

Teniendo en cuenta las teorías propuestas desde los diferentes enfoques, el modelo integrador más destacado es la teoría de Diátesis-Estrés-Desesperanza de Schotte y Clum (1987). Este enfoque parte del supuesto de que ciertos factores biológicos, psicológicos o sociales, conocidos como diátesis, interactúan con situaciones estresantes para incrementar la vulnerabilidad de una persona al suicidio. Desde esta perspectiva, los déficits en habilidades de resolución de problemas interpersonales pueden predisponer al desarrollo de desesperanza y comportamiento suicida bajo condiciones de estrés crónico. Se reconoce que la respuesta al estrés varía entre las personas y se considera que algunos individuos pueden tener una mayor o menor predisposición hacia el suicidio.

En el contexto de este amplio abordaje, el estudio del suicidio ha sido explorado desde diversas perspectivas teóricas con el objetivo de comprender las causas y los procesos que subyacen a esta conducta compleja. Estas teorías consideran una amplia gama de factores, desde los biológicos hasta los sociales y culturales, para ofrecer una visión integral del fenómeno del suicidio. En el marco de las teorías psicológicas, se ha tratado de explicar el suicidio mediante teorías influyentes, que van desde Freud (1917) hasta Schotte y Clum (1987); sin embargo, actualmente los modelos que están generando

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

más interés son los que han explorado las dinámicas de la ideación suicida y su progresión hacia la acción. Así, ciertos modelos han profundizado en cómo se desarrolla el proceso desde el momento en que una persona comienza a contemplar el suicidio (ideación) hasta el momento en que decide llevarlo a cabo (acción), examinando los factores que pueden influir en esta evolución. A continuación, se expondrán las principales teorías que explican esta transición.

1.1.2.1. Modelos psicológicos de transición de la ideación suicida a la acción

Desde una perspectiva integral, donde se busca comprender los procesos mentales y emocionales que subyacen al fenómeno suicida, en este apartado se explorarán las teorías que ofrecen una explicación sobre la transición desde los pensamientos a la conducta suicida. Las tres teorías fundamentales que abordan este proceso son: la teoría Interpersonal del Suicidio propuesta por Joiner (2005), el modelo Motivacional-Volitivo Integrado del Comportamiento Suicida de O'Connor (2011) y la teoría de los Tres Pasos de Klonsky y May (2015). Estas perspectivas teóricas contribuyen a una comprensión más completa de la complejidad del fenómeno suicida.

Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005)

La teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005) se centra en tres conceptos fundamentales que influyen en la aparición de la conducta suicida (ver Figura 1): la percepción de ser una carga, el sentimiento de no pertenencia o pertenencia frustrada y la capacidad adquirida para el suicidio. De estos tres conceptos, la percepción de ser una carga para los demás y el sentimiento de no pertenencia, están vinculados al deseo suicida o deseo de morir, y el tercero, la capacidad adquirida, está relacionado con la capacidad para llevar a cabo el acto suicida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Deseo de morir

El *deseo de morir* ayuda a comprender las razones por las que alguien podría considerar terminar con su vida. Según esta teoría, el deseo de morir se crea a partir de la combinación de la sensación de ser una carga para los demás y el sentimiento de pertenencia frustrada o de falta de pertenencia. Conforme esta combinación se intensifica, aumenta la probabilidad de que la persona experimente un deseo más intenso de acabar con su vida y, como resultado, pueda presentar ideación suicida.

La percepción de ser una carga para los demás abarca tanto el sentimiento de no contribuir significativamente a la sociedad como la sensación de convertirse en la responsabilidad de otras personas, como puede ocurrir, por ejemplo, en casos de desempleo o enfermedades físicas (Joiner et al., 2009a). Este sentimiento de ser una carga genera en el individuo la sensación de ser prescindible y lo conduce a pensar que su muerte tiene más valor que su vida. La percepción de ser una carga para los demás se ha vinculado con ideación suicida (Van Orden et al., 2008), intento suicida (Joiner et al., 2009b; Van Orden et al., 2008) y muerte por suicidio (Pettit et al.,2002).

Por otra parte, la pertenencia frustrada hace referencia a la insatisfacción que siente una persona respecto al incumplimiento de la necesidad de conexión con los demás, señalando la ausencia de interacciones sociales positivas y un sentimiento de falta de reciprocidad en el cuidado (Baumeister y Leary, 1995). En este contexto, aunque una persona mantenga relaciones con familiares y amigos, si no experimenta una conexión significativa con ellos puede desarrollar el sentimiento de no pertenencia. Diversos estudios sobre este constructo también han confirmado una relación alta con ideación suicida (Van Orden et al., 2008), con intentos de suicidio (Conner et al., 2007) y con suicidios consumados (Joiner et al., 2006).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cuando estos factores convergen y el individuo percibe que su situación no experimentará mejoras en el futuro, emerge una sensación de desesperanza que incrementa la probabilidad de desarrollar ideación suicida. Estos niveles de percepción de ser una carga para los demás y de pertenencia frustrada pueden verse además potenciados por otras variables como el maltrato infantil o los trastornos mentales, siendo considerados factores distales en la explicación del suicidio (Van Orden et al., 2010).

Capacidad adquirida para el suicidio

La *capacidad adquirida* para el suicidio constituye un factor crucial que determina quién posee la capacidad real para llevar a cabo un acto suicida, desafiando el instinto de supervivencia inherente al ser humano y trascendiendo esa barrera innata. Aunque la percepción de ser una carga para los demás y experimentar una falta de conexión puede explicar el deseo de morir, esta teoría señala que es esta capacidad adquirida la que finalmente determina la ejecución del acto suicida. Es importante señalar que una gran proporción de individuos que experimentan ideación suicida no llevan a cabo el intento de suicidio (Joiner, 2005).

La capacidad adquirida se define por la capacidad que muestra una persona para tolerar el dolor físico y superar el miedo a la muerte. Según la teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner (2005), la exposición repetida a experiencias físicamente dolorosas o provocativas (como violencia física, conductas arriesgadas, consumo de drogas, autolesiones, intentos de suicidio previos, entre otros), llevan a la persona a la habituación al dolor físico y a la disminución del miedo a la muerte. Esta habituación permite que el miedo y el dolor se vuelvan menos aversivos y más fáciles de tolerar, aumentando la capacidad adquirida para llevar a cabo el acto suicida (Van Orden et al., 2010).

Además de los efectos producidos por la exposición repetida, otro componente crucial para fomentar la capacidad adquirida es el mecanismo de activación de los

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

procesos opuestos (Solomon y Corbit, 1974). Esta idea sostiene que las respuestas emocionales resultan de dos procesos contrapuestos. Por ejemplo, frente a un estímulo como realizar *puenting*, la respuesta inicial y principal de una persona probablemente sea el miedo. Sin embargo, con la exposición continua a ese estímulo, el impacto de la respuesta inicial (miedo) tiende a mantenerse constante, mientras que el efecto del proceso opuesto (como la euforia) se intensifica. Este fenómeno genera una respuesta emocional de disminución del miedo. En consecuencia, los efectos emocionales del proceso opuesto se amplifican a medida que los efectos emocionales primarios de un estímulo se mantienen estables.

En lo que respecta a la capacidad adquirida (Joiner, 2005), se postula que el mecanismo que activa estos procesos contrapuestos podría manifestarse en comportamientos como las autolesiones. Los estímulos dolorosos y provocativos, como las autolesiones, suelen provocar inicialmente miedo y dolor. Sin embargo, estos eventos también activan procesos contrarios que generan alivio y una especie de sensación analgésica. La teoría Interpersonal del Suicidio sugiere que el impacto inicial de los estímulos dolorosos también disminuye con el tiempo. En otras palabras, mediante la práctica repetida, las experiencias que antes resultaban dolorosas y generaban miedo, como las autolesiones, pueden volverse menos aterradoras y convertirse en una fuente de alivio emocional. Este cambio en la percepción aumenta la capacidad de las personas para afrontar comportamientos que antes percibían como dolorosos.

En definitiva, la teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005) enfatiza la importancia del deseo de morir, influido por el sentimiento de carga para los demás y la pertenencia frustrada, así como por la capacidad adquirida para llevar a cabo la conducta suicida. Esta capacidad se desarrolla gradualmente a través de procesos de habituación,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tolerancia y activación de emociones opuestas a las nocivas que la persona inicialmente podría sentir hacia comportamientos autolesivos.

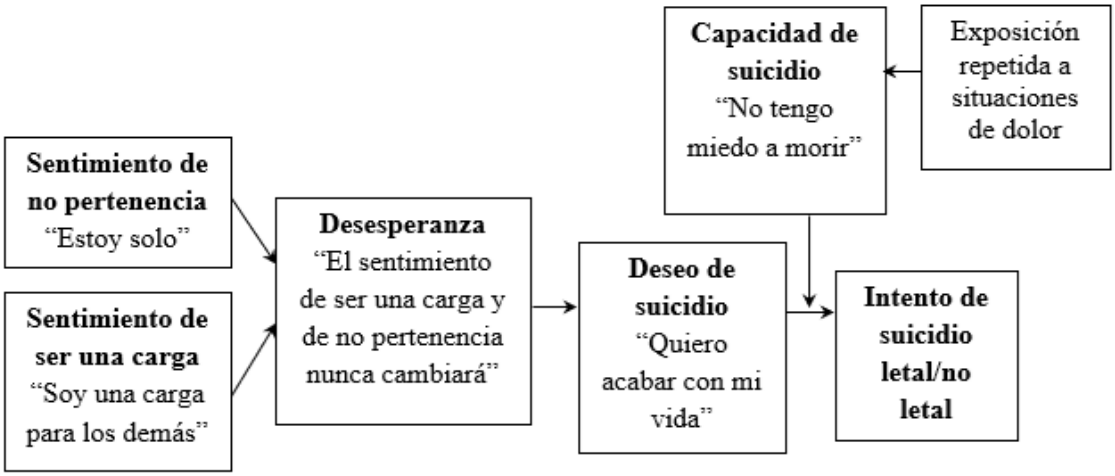

Figura 1. Teoría Interpersonal del Suicidio. Adaptado de Joiner (2005).

Modelo Motivacional-Volitivo Integrado del Comportamiento Suicida (O´Connor, 2011)

El modelo Motivacional-Volitivo Integrado del Comportamiento Suicida propuesto por O´Connor (2011), se centra en comprender las razones por las que una persona decide quitarse la vida. Desde este modelo se entiende el comportamiento suicida como producto de la interacción de diversos factores, destacando la intención de involucrarse en un comportamiento suicida como el predictor más inmediato del suicidio. O´Connor (2011) plantea tres fases para este modelo: la fase pre-motivacional, la fase motivacional y la fase volicional (ver Figura 2).

La **fase pre-motivacional** se fundamenta en la hipótesis de la diátesis-estrés (Schotte y Clum, 1987), resaltando la importancia de tres elementos clave: la diátesis o la vulnerabilidad individual, el entorno y los eventos estresantes del entorno. La diátesis, que abarca la vulnerabilidad individual en términos biológicos (como factores genéticos o neurobiológicos) y cognitivos (como patrones de pensamiento negativos); el entorno,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

que incluye las relaciones interpersonales, el contexto social y cultural, y los recursos disponibles; y los eventos estresantes del entorno, que pueden ser eventos negativos significativos, estrés crónico o cambios vitales estresantes, entre otros. La interacción de estos elementos configura la predisposición o sensibilidad del individuo hacia la aparición de futuros problemas de salud mental, incluida la ideación suicida.

En la **fase motivacional**, que conduce a la ideación y/o intención suicida, emerge una sensación de atrapamiento en la cual el individuo percibe el suicidio como la salida más viable. Este sentimiento de atrapamiento se origina al evaluar la percepción de derrota y humillación, comúnmente asociado con estrés prolongado o repentino. La transición desde el sentimiento de derrota/humillación hacia el de atrapamiento, y de este último hacia la ideación/intención suicida, está determinada por moderadores específicos en cada etapa. Estos moderadores actúan como facilitadores o barreras, influyendo en la transición entre estados. Por ejemplo, la capacidad del individuo para resolver problemas, su tendencia a la rumiación o los sesgos de memoria pueden facilitar o dificultar la transición en las etapas iniciales. Por su parte, otros factores, como el sentido de no pertenencia, la percepción de ser una carga, el apoyo social o los pensamientos sobre el futuro, influyen en la transición desde el sentimiento de atrapamiento hacia la ideación o intención suicida.

Finalmente, la **fase volicional** explica la transición desde la ideación/intención al comportamiento suicida. Esta transición está moderada por diversos factores como la capacidad para llevar a cabo el acto, la impulsividad, el aprendizaje social y el acceso a medios letales, entre otros. En este punto, la persona enfrenta una serie de desafíos y consideraciones que influyen en su capacidad para llevar a cabo el acto. Por un lado, la capacidad real que posee el individuo para materializar sus pensamientos suicidas en acciones concretas. Por otra parte, la presencia de impulsividad puede desempeñar un

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

papel significativo, ya que puede aumentar la probabilidad de que una persona tome decisiones precipitadas y no considere las consecuencias de sus acciones a largo plazo. Asimismo, el aprendizaje social juega un papel importante en esta fase, ya que las experiencias previas de la persona y su exposición a modelos de comportamiento suicida pueden influir en su disposición para llevar a cabo la conducta. El acceso a medios letales, como, por ejemplo, la disponibilidad de armas u otros métodos, también es un factor importante a considerar, ya que puede facilitar la ejecución del acto suicida.

Este modelo ha estado influido por diversos modelos, entre los que destaca la teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), el modelo de Diátesis-Estrés (Schotte y Clum, 1987) y el modelo de "Vuelo Arrestado" del Comportamiento Suicida (Williams, 2001), y cuenta con evidencia empírica para apoyar el marco teórico de este modelo (Dhingra et al., 2016). Diferentes aspectos del modelo han sido probados empíricamente. Estudios longitudinales han explorado dos de los componentes más importantes del modelo: el sentimiento de derrota y de atrapamiento. Owen et al., (2018) encontraron que el sentimiento de derrota predijo la ideación suicida a través del atrapamiento en un seguimiento de cuatro meses, mientras que O'Connor et al., (2013) hallaron que el sentimiento de atrapamiento y los intentos de suicidio pasados predijeron el reingreso al hospital por autolesiones tras un seguimiento de cuatro años. Por su parte, Wetherall et al., (2018) encontraron que el atrapamiento mediaba entre el sentimiento de derrota y la ideación suicida en un estudio de corte transversal.

Con respecto al modelo de Joiner (2005), este modelo añade variables relevantes como la vulnerabilidad individual y otras externas al individuo como el entorno y los eventos estresantes. Además, incluye el sentimiento de derrota y humillación, así como el de atrapamiento, por el cual el individuo siente que no existen otras soluciones diferentes a la de poner fin a su vida. Asimismo, además de presentar algunas de las

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

variables como moderadores en la transición de un estado a otro, al igual que en el modelo de Joiner, incorpora otras variables adicionales como: los sesgos de memoria, la rumiación, la impulsividad o el acceso a métodos letales, entre otros. Finalmente, hace hincapié en que el predictor más fuerte del comportamiento es la intención o motivación del individuo para llevar a cabo dicho comportamiento.

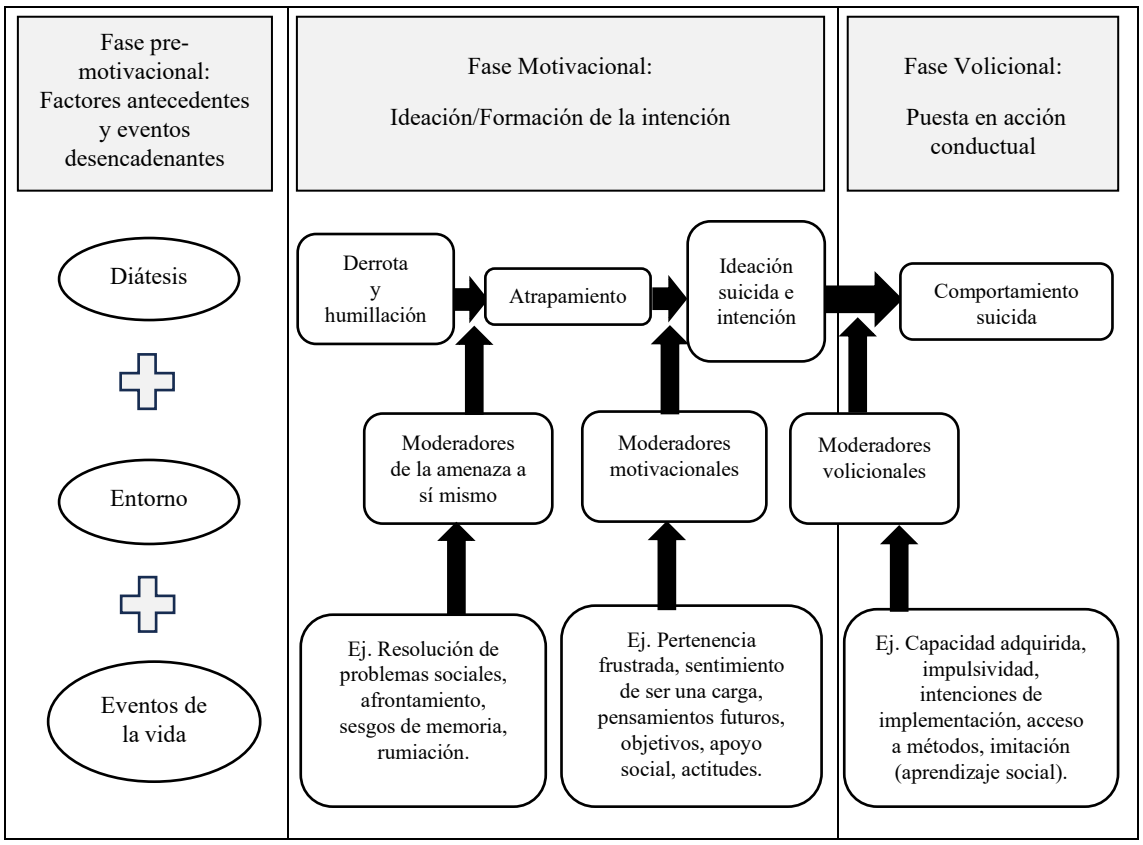

Figura 2. Modelo Motivacional-Volitivo Integrado del Comportamiento Suicida. Adaptado de O'Connor (2011).

En resumen, el modelo Motivacional-Volitivo del Comportamiento Suicida propuesto por O'Connor (2011) ofrece una comprensión completa de los factores que intervienen en el proceso que va desde la consideración del suicidio hasta su ejecución. Destaca especialmente la relevancia de la intención suicida como un factor predictor fundamental del comportamiento suicida. Este enfoque permite identificar los elementos

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

psicológicos, sociales y situacionales que influyen en la transición de la ideación suicida a la acción.

Teoría de los Tres Pasos (Klonsky y May, 2015)

La teoría de los Tres Pasos de Klonsky May (2015), al igual que las teorías propuestas por Joiner (2005) y O´Connor (2011), trata de explicar el desarrollo de la ideación suicida y la progresión hacia el intento de suicidio.

Esta teoría describe la transición de la ideación suicida al intento mediante un proceso de tres pasos (ver Figura 3). El primer paso explica el desarrollo de la ideación suicida a partir de la presencia de dolor, ya sea físico o psicológico. Si la experiencia diaria de la persona está dominada por el dolor, puede disminuir su deseo de vivir y, como resultado, iniciar el pensamiento de poner fin a su vida. No obstante, la existencia del dolor por sí sola no es suficiente para generar la ideación suicida. Se requiere también un sentimiento de desesperanza mediante la creencia de que la situación no mejorará. Es esta combinación de dolor y desesperanza la que da lugar a la ideación suicida.

El segundo paso hacia el comportamiento suicida se centra en la sensación de desconexión, que no se limita únicamente a las relaciones con otros, sino cualquier forma de separación o distanciamiento, ya sea, por ejemplo, en el ámbito laboral, con respecto a un proyecto vital u otras áreas de la vida. Esta experiencia de desconexión se asemeja a la falta de conexión descrita en la teoría de Joiner (2005) sobre la baja pertenencia y el sentimiento de ser una carga. Además de abordar la ausencia de relaciones interpersonales significativas, este segundo paso contempla cualquier tipo de vínculo roto o falta de identificación con aspectos esenciales de la vida de una persona, ampliando así el espectro de la desconexión que puede conducir al comportamiento suicida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

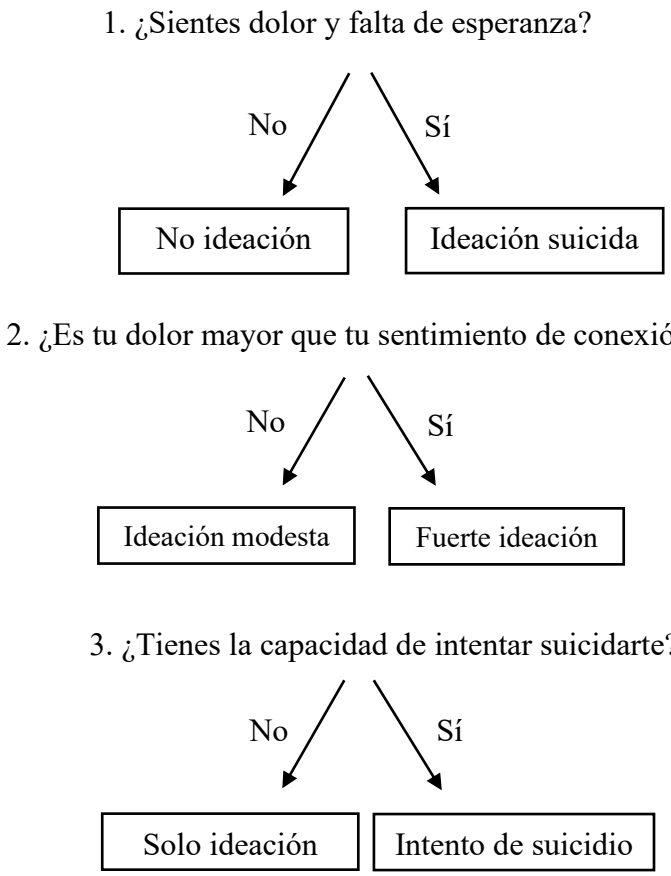

Figura 3. Ilustración de la Teoría de Tres Pasos (3ST) del suicidio. Adaptado de Klonsky y May (2015).

El último paso de la teoría, que abarca el tránsito de la ideación al comportamiento suicida, también subraya la importancia de adquirir la capacidad necesaria para llevar a cabo dicha conducta. Se presenta a través de tres categorías específicas de variables que contribuyen a este proceso: disposicionales, adquiridas y prácticas. Las variables disposicionales están vinculadas principalmente a factores genéticos, como la sensibilidad al dolor (Young et al., 2012). Se ha observado que aquellas personas con mayor sensibilidad pueden ser más propensas a desarrollar la capacidad necesaria para el acto suicida. La categoría adquirida hace referencia al mismo concepto descrito por Joiner en su teoría, relacionándose con la capacidad desarrollada mediante la exposición y la habituación a experiencias dolorosas que reducen el miedo y la aversión al sufrimiento.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Por último, la categoría práctica se relaciona con factores tangibles que facilitan la conducta suicida, como el acceso a métodos letales o el conocimiento sobre formas de morir con menos sufrimiento. Estos elementos prácticos pueden aumentar la viabilidad y la probabilidad de llevar a cabo un acto suicida.

Con respecto a los modelos de Joiner (2005) y O´Connor (2011), la principal contribución de este modelo es la presencia de dolor, tanto físico como psicológico, como elemento clave para el desarrollo de la ideación suicida y, por consiguiente, para avanzar a los siguientes pasos del proceso.

En conclusión, las teorías que abordan la transición desde la ideación suicida hasta la acción, ofrecen una comprensión más completa de los procesos mentales y emocionales implicados en el camino hacia el comportamiento suicida. Estas perspectivas teóricas proporcionan un marco integral para entender cómo los individuos avanzan desde la presencia de pensamientos suicidas a la propia conducta. A pesar de los esfuerzos por identificar los factores de riesgo, aún existen casos impredecibles en los que la conducta suicida se manifiesta sin una ideación previa. Esta incertidumbre subraya la necesidad de explorar otros factores que puedan explicar la conducta suicida repentina y a corto plazo. A continuación, se expondrán diferentes variables, tanto distales como proximales, que podrían estar implicadas en la explicación del suicidio.

1.1.2.2. El suicidio desde la perspectiva de factores de riesgo proximales

En los últimos años, se han intensificado los esfuerzos por identificar signos que puedan indicar un riesgo inminente de comportamiento suicida a corto o medio plazo. Como respuesta a esta necesidad, una línea de investigación sobre el suicidio se ha enfocado en identificar el estado mental que precede de manera más cercana a la conducta suicida (Galynker et al., 2017; Rogers et al., 2017).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Se postulan dos síndromes clínicos diferentes que se caracterizan por presentar un estado pre-suicida, con la aparición aguda y rápida de síntomas que anteceden al comportamiento suicida en días u horas: la Perturbación Afectiva Suicida Aguda (ASAD, de las siglas en inglés: *Acute Suicidal Affective Disturbance*; Rogers et al., 2017) y el Síndrome de Crisis Suicida (SCS, de las siglas en inglés: *Suicide Crisis Syndrome*; Galynker et al., 2017). Aunque ambos presentan como factores proximales al suicidio la aparición de síntomas agudos previos al comportamiento suicida y la presencia de atrapamiento/desesperación, la hiperactivación y la alienación/aislamiento social, hay discrepancias entre ambos. Mientras que la ASAD enfatiza una escalada consciente de las tendencias suicidas, el SCS no requiere la experiencia o la divulgación de la intención suicida. Estos síndromes, la ASAD y el SCS, no solo son indicativos del potencial de comportamiento suicida, sino que también buscan determinar el momento en que un individuo podría llevar a cabo tal comportamiento. El estudio de ambos síndromes representa un avance cualitativo en la comprensión de los procesos psicológicos y emocionales que pueden desembocar en el acto suicida. A continuación, se explicarán ambos con mayor detalle.

Perturbación Afectiva Suicida Aguda (ASAD; Acute Suicidal Affective Disturbance)

El síndrome de Perturbación Afectiva Suicida Aguda (ASAD) describe un estado en el que una persona experimenta un repentino y drástico aumento en la probabilidad de llevar a cabo un comportamiento suicida (Rogers et al., 2017; Tucker et al., 2016). No surge como consecuencia de un empeoramiento del trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar o el consumo de sustancias (Stanley et al. 2016). En cambio, se manifiesta como un conjunto integrado de síntomas que se comprende como un síndrome, los cuales se manifiestan al mismo tiempo, aumentando la intención de llevar a cabo una

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

conducta suicida. Se postula que la ASAD es de duración limitada y el término "perturbación" se eligió en lugar de "trastorno" para reflejar aún más la naturaleza aguda de la condición. Los criterios propuestos para la ASAD son los siguientes (ver Tabla 1):

A) Aumento de la intención suicida en el transcurso de días u horas, en lugar de semanas o meses. La persona experimenta un cambio repentino y marcado en su nivel de deseo o planificación suicida en un lapso de tiempo relativamente corto.

B) Marcada alienación social. El individuo experimenta una percepción y experiencia de estar desconectado o distanciado de los demás en su entorno social. Esto puede manifestarse mediante diversas formas de distanciamiento. La desconexión puede consistir en una retirada social completa, donde la persona evita activamente la interacción con otros, se aísla físicamente y emocionalmente de amigos, familiares u otras personas significativas en su vida. Además, esta desconexión puede deberse a un disgusto generalizado hacia los demás, una sensación de rechazo o incomprensión por parte de los demás y una percepción de ser una carga para ellos. Por otra parte, este criterio también incluye la **auto alienación**. Se refiere a una profunda sensación de desconexión, rechazo o incluso odio hacia uno mismo. La persona tiene sentimientos intensos de aversión hacia sí misma, se culpa excesivamente por situaciones pasadas o actuales, y se percibe como indigna de amor, respeto o cuidado.

C) Percepción de que la intención suicida y la alienación social/auto son intratables. El individuo tiene la convicción de que sus sentimientos suicidas y su sensación de estar desconectado de los demás o de sí mismo son problemas que no tienen solución, y se manifiesta a través de sentimientos de desesperanza, de atrapamiento y una creencia de que el suicidio es la única opción viable y la única forma de escapar de su sufrimiento.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

D) **Dos o más manifestaciones de hiperactivación**: *Agitación* (inquietud física o mental, donde la persona puede sentirse intranquila, nerviosa o incapaz de estar quieta); marcada *irritabilidad* (aumento significativo en la sensibilidad a estímulos externos, lo que puede provocar respuestas exageradas o reacciones emocionales intensas ante situaciones que normalmente no causarían irritabilidad); *insomnio* (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido durante la noche); y *pesadillas*, que alteran el ciclo de sueño normal.

Respecto a la consideración de la ASAD como síndrome, varios estudios han examinado la estructura factorial de sus síntomas en una variedad de muestras, incluidos estudiantes universitarios con antecedentes de ideación y/o intentos de suicidio (Tucker et al., 2016), pacientes psiquiátricos hospitalizados (Rogers et al., 2017; Stanley et al., 2016) y pacientes ambulatorios psiquiátricos (Rogers et al., 2017). Utilizando tanto el análisis factorial de ejes principales (Tucker et al., 2016), como los análisis factoriales confirmatorios (Rogers et al., 2017; Stanley et al., 2016), estos estudios indicaron que los síntomas asociados con la ASAD forman un único constructo unidimensional. Este hallazgo sugiere que la ASAD no se compone simplemente de una variedad de factores de riesgo individuales, sino que representa una entidad única.

Además, se ha respaldado la validez convergente y discriminante de la ASAD (Tucker et al., 2016) y se ha observado en múltiples muestras una clara distinción entre aquellos que intentaron suicidarse y presentaron la ASAD y aquellos que solo tuvieron pensamientos suicidas (Rogers et al., 2017; Stanley et al., 2016; Tucker et al., 2016), lo que sugiere que la ASAD puede desempeñar un papel en la transición de los pensamientos suicidas a la acción (Joiner, 2005; Klonsky and May, 2015; O´Connor, 2011). Por último, en dos de estos estudios (Rogers et al., 2017; Stanley et al., 2016), la intensidad de los síntomas se correlacionó significativamente con la presencia de intentos de suicidio

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

pasados, incluso después de considerar la presencia de otros trastornos psiquiátricos y la gravedad de los síntomas depresivos actuales.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la ASAD.

Criterio general	Dimensión sintomática	Síntomas
Criterio A	(A) Aumento de la intención suicida	
Criterio B	(B) Marcada alienación social	Alienación de los demás
		Auto alienación
Criterio C	(C) Percepción de que la intención suicida y la alienación social/auto son intratables	Desesperanza
		Atrapamiento
		Creencia suicidio como única opción
Criterio D	(D) Hiperactivación	Agitación
		Irritabilidad
		Insomnio
		Pesadillas

Síndrome de Crisis Suicida (SCS; Suicide Crisis Syndrome)

El Síndrome de Crisis Suicida (SCS) se describe como un estado mental previo al suicidio, que se manifiesta de forma "aguda" y que se caracteriza por la presencia de desregulación cognitiva y afectiva (Galynker et al., 2017). Su objetivo es explicar los procesos psicológicos que ocurren en los días, horas y minutos previos a la ideación y el intento suicida. El SCS se compone de cinco variables: atrapamiento, perturbación afectiva, pérdida de control cognitivo, hiperactividad y aislamiento social (ver Tabla 2). Estas cinco variables se dividen en dos criterios, de modo que quienes cumplen con ambos criterios (A y B) presentan un mayor riesgo de intento de suicidio a corto plazo, en comparación con quienes cumplen parcialmente con los criterios (Yaseen et al., 2018).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

El Criterio A aborda **el *sentimiento de atrapamiento*** o la desesperación que surge como resultado de la incapacidad de escapar de una situación vital que la persona percibe como inevitable. Este sentimiento ha demostrado ser un buen predictor de comportamientos suicidas a corto plazo, así como un mediador en la relación entre otros aspectos del SCS y dichas conductas (Li et al., 2017; 2018). Además, es coherente con modelos previos sobre suicidio, como el modelo del Llanto por Dolor ("The Cry of Pain") (Williams y Pollock, 2000), y el modelo Motivacional-Volitivo Integrado de la Conducta Suicida (O´Connor, 2011; O'Connor y Kirtley, 2018), y ocupa un lugar central en otras teorías sobre el comportamiento suicida (Baumeister, 1990; Johnson et al., 2008).

El criterio B presenta las siguientes características:

B1) Perturbación afectiva: se manifiesta a través de cuatro síntomas que pueden aparecer individualmente o en conjunto. Incluye el *dolor emocional* (psychache*),* caracterizado por una intensa sensación de angustia; *fluctuaciones rápidas de las emociones "negativas"* hacia uno mismo o hacia otros; *ansiedad extrema,* que se presenta con un intenso miedo y preocupación, acompañado en muchas ocasiones de síntomas somáticos como dolores de cabeza; y *anhedonia aguda*, experimentada como la pérdida de placer en actividades que antes disfrutaba o como falta de interés en otras personas.

B2) Pérdida de control cognitivo: se presenta mediante los siguientes síntomas: *rumiación* persistente sobre problemas personales; *rigidez cognitiva*, que se refleja mediante la incapacidad para considerar nuevas soluciones o estrategias efectivas para afrontar determinadas situaciones o dificultades; *inundación rumiativa,* que implica malestares somáticos como dolores de cabeza o sensación de presión en la cabeza originados por esa rumiación abrumadora; y *dificultad en la supresión de pensamientos*, evidenciada por intentos reiterados y sin éxito de controlar pensamientos angustiantes.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

B3) Hiperactivación/hiperactividad: este aspecto abarca experiencias emocionales y somáticas angustiantes, reflejadas en los siguientes síntomas: *agitación*, que se experimenta como inquietud o tensión constante; *hipervigilancia*, como una excesiva y aguda sensibilidad a estímulos sensoriales y a posibles peligros externos; *irritabilidad*, mostrando respuestas desproporcionadas ante estímulos que normalmente no causarían tal reacción; e *insomnio*, que implica dificultad para conciliar el sueño o para mantenerse dormido durante la noche.

B4) Aislamiento social: mediante la evitación de interacciones sociales, así como una percepción de falta de pertenencia a su entorno social.

Cada uno de los elementos incluidos en este síndrome ha mostrado tener relaciones significativas con el comportamiento suicida de manera independiente. Sin embargo, este enfoque representa un progreso al abordarlos de forma conjunta como un síndrome completo. Así, los cinco componentes del SCS -atrapamiento, perturbación afectiva, pérdida de control cognitivo, hiperactividad y aislamiento social- se combinan para crear un síndrome integral. Este enfoque está diseñado para abarcar todos los estados mentales, conductuales y emocionales que preceden a un intento de suicidio a corto plazo (Schuck et al., 2019).

Los estudios respaldan de manera creciente la solidez y la utilidad del SCS para prever conductas suicidas a corto plazo (Barzilay et al., 2020; Menon et al., 2022; Rogers et al., 2022). En una revisión sistemática realizada recientemente por Melzer et al. (2024), los hallazgos confirman la estructura unidimensional del síndrome propuesto y avalan su validez predictiva para el comportamiento suicida a corto plazo, más allá de la simple ideación suicida. Este síndrome, bien reconocido por su fiabilidad y validez (Bloch-Elkouby et al., 2021), también ha mostrado ser un indicador eficaz en la predicción de pensamientos y comportamientos suicidas tras la salida del entorno hospitalario, incluso

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

un mes después del alta (Bloch-Elkouby et al., 2021; Cohen et al., 2022). Su capacidad predictiva ha sido destacada y ha mostrado ser superior respecto a la ideación suicida en relación con los intentos de suicidio (Rogers et al., 2022). Además, ha sido validada su utilidad en diversos contextos de investigación y clínicos (Menon et al., 2022; Otte et al., 2020), así como en diferentes culturas (Rogers et al., 2023).

Tabla 2. Criterios diagnósticos del SCS.

Criterio general	**Dimensión sintomática**	**Síntomas**
Criterio A	(A) Atrapamiento	Atrapamiento
Criterio B	(B1) Perturbación afectiva	Dolor emocional
		Fluctuaciones rápidas de las emociones
		Ansiedad extrema
		Anhedonia aguda
	(B2) Pérdida de control cognitivo	Rigidez cognitiva
		Rumiación
		Inundación rumiativa
		Dificultad en la supresión de pensamientos
	(B3) Hiperactivación/hiperactividad	Agitación
		Hipervigilancia
		Irritabilidad
		Insomnio
	(B4) Aislamiento social	Aislamiento

El estudio realizado por Yaseen et al. (2018) respaldó la eficacia del SCS al identificar a pacientes hospitalizados con mayor riesgo de intento de suicidio. En esta investigación, los pacientes que cumplían con los criterios del SCS presentaban una ideación suicida más severa durante la semana previa en comparación con aquellos que no cumplían con estos criterios. En el seguimiento, se observó que aquellos individuos que cumplían con todos los criterios del SCS tenían casi siete veces más probabilidades

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de intentar suicidarse entre las 4 y 8 semanas posteriores a su alta hospitalaria. Asimismo, se observó que los criterios completos del SCS fueron más predictivos en comparación con cumplir solo con algunos, lo que sugiere que cada criterio es necesario para predecir con mayor precisión el riesgo inminente de suicidio.

Sin embargo, a pesar de los beneficios que ofrece el SCS, existe una discusión en torno a la inclusión de la ideación suicida en este síndrome. Muchas personas tienden a negar o mantener ocultos sus pensamientos o intenciones suicidas (Berman, 2018), por lo cual la omisión de los pensamientos suicidas como un aspecto predominante del SCS podría ofrecer ventajas significativas a la hora de identificar ese estado interno intenso previo al comportamiento suicida. Al centrarse en otros síntomas conductuales agudos que preceden a una crisis suicida, el SCS podría proporcionar una evaluación más precisa y superar las barreras relacionadas con la reticencia a compartir pensamientos suicidas. La evaluación de ese síndrome podría suponer una mejora en la identificación e intervención temprana en situaciones de alto riesgo.

1.1.2.3. Modelo de Crisis Narrativa del Suicidio: Integración de factores de riesgo a largo y corto plazo

Tras explorar el SCS y sus características distintivas, surge la necesidad de comprender más a fondo los procesos psicológicos que subyacen a este fenómeno. Es aquí donde cobra importancia el modelo de Crisis Narrativa del Suicidio (NCM, de las siglas en inglés: *Narrative Crisis Model*; Galynker, 2017) (ver Figura 4). Este modelo proporciona una perspectiva más exhaustiva sobre la forma en que las personas experimentan y procesan la crisis suicida a través de la narrativa personal y la construcción de significado en torno a sus experiencias emocionales y vitales. Representa un enfoque estructurado en múltiples etapas dentro del paradigma de diátesis-estrés. Este

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

modelo integra factores de riesgo distales y proximales respaldados por evidencia empírica en la literatura (Cohen et al., 2018; 2019; Galynker, 2017).

La premisa fundamental del NCM propone que personas con factores distales como rasgos de vulnerabilidad, historial de trauma, falta de apoyo social, perfeccionismo, pesimismo, impulsividad o antecedentes familiares, al enfrentarse a situaciones estresantes, especialmente aquellas relacionadas con dificultades económicas o problemas interpersonales (Mościcki et al., 2001; O'Connor et al., 2012), incorporan esas experiencias en una historia interna en constante cambio. A través de esa narrativa, surgen percepciones distorsionadas de sí mismos y de la sociedad, denominadas "narrativas suicidas".

Esta narrativa puede manifestarse como una dificultad para desvincularse de metas de vida inalcanzables y redirigir los esfuerzos hacia objetivos más realistas, un fenómeno conocido como *factor de orientación a metas*. Además, podría albergar pensamientos distorsionados sobre su valía personal, sentimientos de derrota y humillación, la percepción de ser una carga para los demás, sentido de falta de pertenencia al experimentar dificultades para establecer interacciones o relaciones sociales significativas, y la vivencia de un intenso aislamiento emocional y social. Estos elementos están integrados dentro del *factor interpersonal*.

Un ejemplo ilustrativo de lo que podría considerarse una "narrativa suicida" sería lo expresado de la siguiente forma: "*Durante toda mi vida, siempre he tenido la sensación de no encajar en ninguna parte. Nunca me he sentido apoyado por la familia, ya que cada vez que tenía en mente un proyecto, siempre decían que no iba a ser capaz de llevarlo a cabo porque era muy vago. Esto poco a poco hizo que me fuese aislando de ellos. He crecido sintiéndome solo y como si fuese inútil. A medida que ha pasado el tiempo, mis relaciones con otras personas se han vuelto cada vez más superficiales y*

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

nunca he logrado sentir un vínculo íntimo con nadie. Siempre acabo siendo rechazado o me acababan decepcionando o traicionando. Siempre he sentido que estorbo y que soy una carga para los demás, como si nadie realmente quisiera estar cerca de mí. Siento que el resto de mi vida va a seguir siendo soledad y sufrimiento. No le veo salida a esto y empiezo a pensar que quizás la solución para todos sería que desapareciese de este mundo y así dejaría de estorbar a la gente y yo por fin dejaría de sufrir".

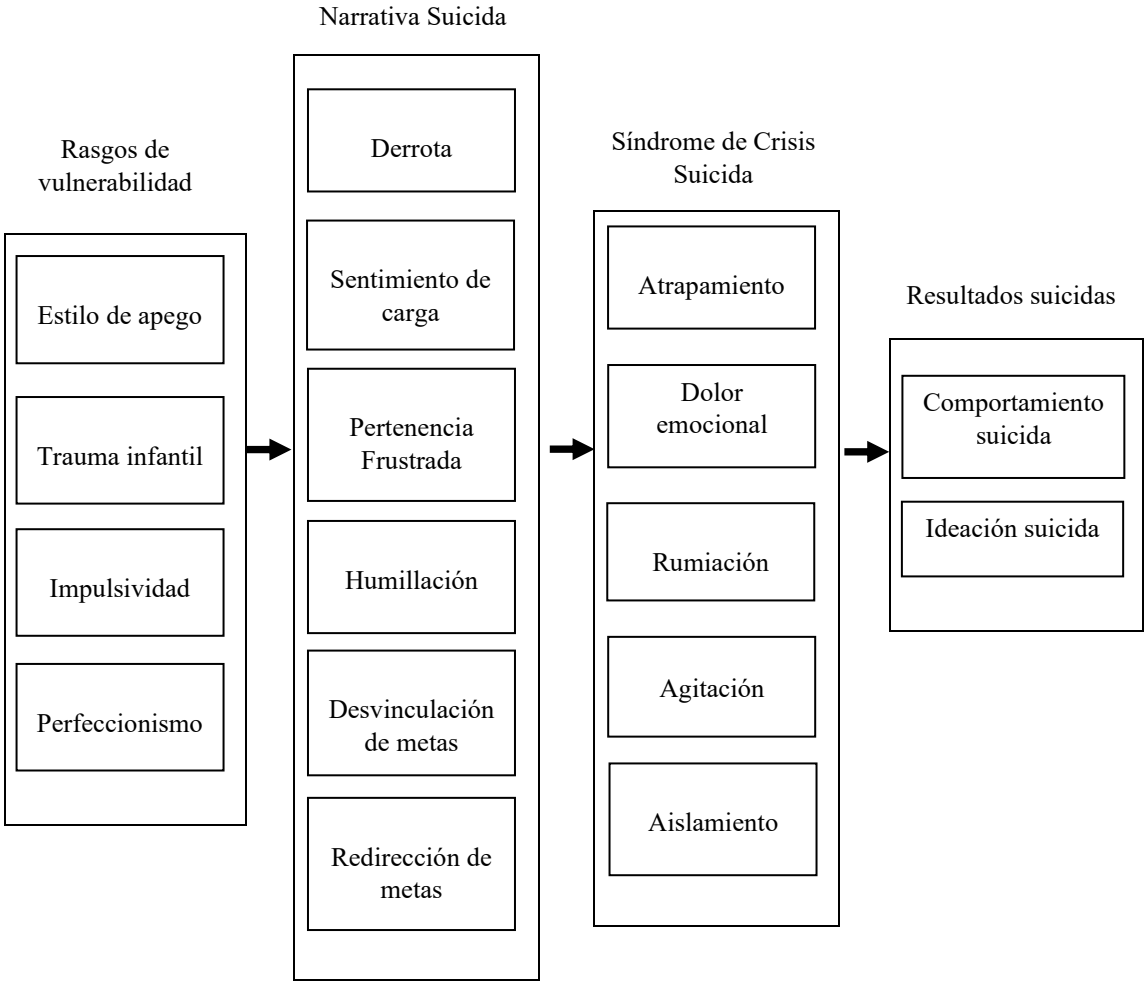

Figura 4. Modelo de Crisis Narrativa del Suicidio. Adaptado de Bloch-Elkouby et al. (2020).

La experiencia descrita anteriormente ilustra cómo las "narrativas suicidas" pueden surgir de experiencias de aislamiento y desesperanza. En el estudio de Cohen et al. (2018), el factor interpersonal se asoció de manera significativa y positiva con ideación

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

e intento suicida en distintos momentos, donde la pérdida de esperanza en las conexiones con otros desencadenaba crisis existenciales donde la vida misma perdía su valor. Este factor también se correlacionó significativamente con la gravedad del SCS en cada período de tiempo. Respecto al factor interpersonal, la sensación de ser una carga y el sentimiento de no pertenencia, o pertenencia frustrada, son factores que han sido propuestos por otros modelos como el de Joiner (2005) y O'Connor (2011), relacionándolos directamente con el suicidio. Existe evidencia científica que respalda el papel de la sensación de ser una carga y el sentimiento de no pertenencia (Bloch-Elkouby et al., 2020; Cohen et al., 2019). No obstante, estos estudios han examinado estos factores de manera conjunta, sin diferenciar los efectos de la percepción de carga y del sentimiento de no pertenencia por separado. Con respecto a la falta de pertenencia, los hallazgos son contradictorios, ya que algunas investigaciones sugieren que no se asocia directamente con el suicidio (Cero et al., 2015; Woodward et al., 2014).

En conjunto, los rasgos de vulnerabilidad y los aspectos de la "narrativa suicida" se entrelazan en una compleja red de experiencias emocionales y cognitivas que afectan la perspectiva de la persona sobre su propia vida y sus posibilidades futuras. Así, cuando estos componentes emergen, pueden llevar a la percepción de falta de futuro (Cohen et al., 2018, 2019; Galynker et al., 2017). Por ejemplo, personas que han experimentado abuso infantil pueden desarrollar una narrativa de desprecio hacia sí mismas y desesperanza, como resultado de la falta de apoyo emocional durante su infancia. Diferentes estudios han mostrado una conexión entre el abuso infantil y estos sentimientos de auto-desprecio (Ma et al., 2023).

Como consecuencia de la narrativa individual, algunas personas son propensas a avanzar a la etapa aguda del modelo: el SCS, el cual abarca procesos mentales agudos e indica un riesgo inminente de ideación y comportamiento suicida (Galynker et al., 2017).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

De esta manera, el NCM aparece como marco para comprender la relación entre los factores de riesgo a largo plazo (por ejemplo, historial de trauma, falta de apoyo social) y a corto plazo (SCS), que indica un riesgo inminente de ideación o comportamiento suicida.

A diferencia de otros modelos de suicidio de múltiples etapas presentes en la literatura, que se centran en la progresión de la ideación a los comportamientos suicidas (Joiner et al., 2005; Klonsky, 2015; O'Connor, 2011), el NCM se aleja de estos enfoques al cuestionar la premisa de que los pensamientos suicidas sean un requisito previo indispensable para los actos suicidas. Esto se debe a la creciente evidencia que indica que muchos intentos de suicidio no revelaron ideación previa al intento (Berman, 2018). Así, a diferencia de esos enfoques, el NCM no considera que los pensamientos suicidas sean el punto de partida obligatorio para los actos suicidas. En lugar de eso, sugiere que estos pensamientos podrían surgir justo antes del comportamiento suicida y que, cuando se acumulan factores de riesgo tanto a largo como a corto plazo, pueden inducir un estado mental en el cual la ideación y los comportamientos son más propensos a emerger simultáneamente o en un breve período de tiempo.

Un creciente cuerpo de investigación ofrece respaldo empírico al NCM como modelo. Un estudio llevado a cabo por Cohen et al. (2018) destacó la relación entre un conjunto de factores de vulnerabilidad (perfeccionismo, impulsividad, abuso de sustancias, apego inseguro, falta de apoyo social y trauma infantil) y la ideación y comportamientos suicidas a lo largo de la vida. Otro estudio de Cohen et al. (2019) profundizó en la relación entre varios elementos de la “narrativa suicida”, como la falta de conexión con los demás, sentirse una carga para otros, el miedo a la humillación y a la derrota, y la presencia de ideación y comportamientos suicidas a lo largo de la vida. Este trabajo de nuevo sugirió que el SCS actuaba como mediador en esa relación.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En un estudio más reciente, Bloch-Elkouby et al. (2020) analizaron cómo se relacionan entre sí los componentes del NCM a lo largo del tiempo, utilizando un enfoque longitudinal. Aquellas personas que presentaban el componente interpersonal de la "narrativa suicida" al inicio del estudio tenían más probabilidades de experimentar el estado pre-suicida agudo al finalizar el mismo, caracterizado por los síntomas del SCS. Además, el mismo estudio exploró si el modelo podía predecir la ideación y los intentos suicidas futuros. Los resultados indicaron que cada fase del modelo predecía significativamente la siguiente, y en conjunto, explicaba el 10,8% de la variación en la ideación suicida y el 40,7% en los intentos suicidas futuros, lo que sugiere una valiosa capacidad predictiva de los componentes del NCM. Estos resultados concuerdan con investigaciones anteriores que destacan la capacidad del SCS para predecir futuros pensamientos y comportamientos suicidas (Yaseen et al., 2017).

Por su parte, Cohen et al. (2022) investigaron la validez predictiva del modelo y las relaciones entre sus componentes. Este estudio respaldó las relaciones hipotetizadas entre los componentes del modelo, aunque con la excepción de que los eventos estresantes se identificaron como mediadores (pero no moderadores) en la relación entre las vulnerabilidades y la "narrativa suicida". Además, en este estudio el SCS predijo de manera significativa la ideación y los comportamientos suicidas, tanto concurrentes como prospectivos.

En resumen, este modelo reconoce la importancia de abordar no solo los factores psicológicos y emocionales subyacentes a la crisis suicida, sino que también se enfoca en entender cómo las personas interpretan su propia vida y las dificultades que enfrentan. Por una parte, reconoce que las personas pueden verse atrapadas en una narrativa negativa sobre sí mismas, lo que puede aumentar su riesgo de suicidio. Este modelo sugiere que al cambiar esas narrativas negativas y al ayudarles a encontrar nuevas formas de entender

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

su situación, se pueden desarrollar estrategias más efectivas para enfrentar la crisis y disminuir la probabilidad de suicidio. Por otra parte, este modelo plantea el SCS como factor desencadenante fundamental para la ideación e intento de suicidio, aumentando en el individuo el riesgo inminente de comportamiento suicida.

1.2. Limitaciones en los modelos actuales sobre suicidio

En la exploración de los modelos y teorías del suicidio, se ha abordado una diversidad de perspectivas, desde enfoques biológicos hasta teorías psicológicas, cada una arrojando luz sobre los factores que contribuyen al riesgo suicida. Estas teorías y modelos ofrecen valiosas aportaciones para comprender los procesos psicológicos que preceden al comportamiento suicida, así como sugieren diversos factores de riesgo, tanto distales como proximales, que influyen en dicho comportamiento. Sin embargo, a pesar de su utilidad, presentan limitaciones y brechas en la comprensión global del fenómeno suicida.

Uno de los principales desafíos en la predicción del comportamiento suicida radica en su complejidad multifactorial. Aunque se han identificado diversos factores de riesgo, como la carga percibida, la pertenencia frustrada, la capacidad adquirida, la desesperanza, o el SCS, entre otros, no se ha llegado a ofrecer un modelo integral que explique la interacción entre estos factores y su impacto en el comportamiento suicida. Esta falta de comprensión dificulta la predicción individual precisa del riesgo suicida.

Estos factores, identificados como desencadenantes de un malestar emocional intenso y difícil de manejar, se han vinculado con la angustia emocional experimentada por aquellos individuos en riesgo de suicidio (Colmenero-Navarrete et al., 2022). Además, la carga emocional que conllevan puede tener un impacto significativo en el estado mental de la persona, aumentando su vulnerabilidad frente a pensamientos y

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

comportamientos suicidas. Durante un episodio de SCS, este malestar emocional alcanza su punto máximo, manifestándose en una abrumadora combinación de desesperanza, desesperación y dolor psicológico intenso, lo que puede dificultar aún más la capacidad de la persona para pensar con claridad, tomar decisiones racionales y buscar alternativas a la conducta suicida.

En este contexto, se plantea la posibilidad de que las diferencias individuales en la gestión del malestar emocional podrían ser uno de los factores que permita distinguir entre aquellas personas que se ven impulsadas a cometer actos suicidas y aquellas que, a pesar de enfrentar factores de riesgo similares, no lo hacen. La manera en que cada individuo maneja el malestar emocional asociado a esas variables, como el SCS o la sensación de no pertenencia, puede ser relevante en la determinación de su vulnerabilidad ante la conducta suicida.

Es por ello, que la regulación emocional se presenta como un componente relevante, ya que la manera en que los individuos gestionan y procesan su malestar y las emociones intensas, presente en los principales factores de riesgo, puede influir de manera significativa en la manifestación o prevención del comportamiento suicida.

2. REGULACIÓN EMOCIONAL

La regulación emocional se define como "los procesos mediante los cuales las personas influyen en qué emociones experimentan, cuándo y cómo las sienten y expresan" (Gross, 1998; p. 275).

Diversos estudios han sugerido que el manejo eficaz de las emociones se relaciona con mejoras en la salud, en las relaciones interpersonales y en el rendimiento académico y laboral (Brackett y Salovey, 2004; John y Gross, 2004). En contraste, las dificultades en la gestión emocional se vinculan con trastornos mentales (Berenbaum et al., 2003;

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Mennin y Farach, 2007), abarcando desde el trastorno depresivo mayor (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Rottenberg et al., 2005), el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993), la ansiedad social (Kashdan y Breen, 2008), el trastorno bipolar (Johnson, 2005), la ansiedad generalizada (Mennin et al., 2007), los trastornos de la conducta alimentaria (Bydlowski et al., 2005; Clyne y Blampied, 2004), hasta los trastornos relacionados con el consumo de alcohol (Sher y Grekin, 2007) y los trastornos de sustancias (Linehan et al., 2002; Sher y Grekin, 2007). Se ha puesto de relieve la relevancia de la regulación emocional y, más concretamente, el empleo de estrategias desadaptativas como un factor transdiagnóstico significativo en la psicopatología (Aldao et al., 2016a; Lincoln et al., 2022).

Dentro del campo de la regulación emocional y de las explicaciones teóricas de cómo se regulan las emociones, el Modelo Procesual de Regulación Emocional (Gross, 1998) ha recibido una considerable atención en la comunidad científica. Este modelo ha sido actualizado y ampliado al Modelo Procesual Extendido (Gross, 2015), permitiendo profundizar en los diferentes procesos y variables subyacentes implicados a lo largo de todo el proceso de regulación emocional. A continuación, se explican ambas versiones del modelo.

2.1. Modelo Procesual de Regulación Emocional de Gross (1998)

El modelo Procesual de Regulación Emocional de Gross (1998), plantea que las personas recurren a una variedad de estrategias diferentes de regulación a lo largo de todo el proceso de la gestión emocional, desde la generación de la emoción a la gestión de la respuesta emocional ya elicitada (ver Figura 5). Gross describe cinco puntos clave en este proceso donde las emociones pueden ser reguladas: *selección de la situación*, entendida como el acercamiento o evitación de ciertas personas, lugares o cosas que pueden elicitar emociones; *modificación de la situación,* adaptando el entorno para que sea más favorable

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

emocionalmente; *despliegue atencional,* dirigiendo conscientemente la atención ya sea hacia ciertos aspectos de una situación o alejándola de otros, de forma que influya en la respuesta emocional; *cambio cognitivo*, ajustando los pensamientos relacionados con la situación para modificar las emociones; y *modulación de la respuesta,* que implica cambios directos en las respuestas emocionales una vez que éstas han surgido.

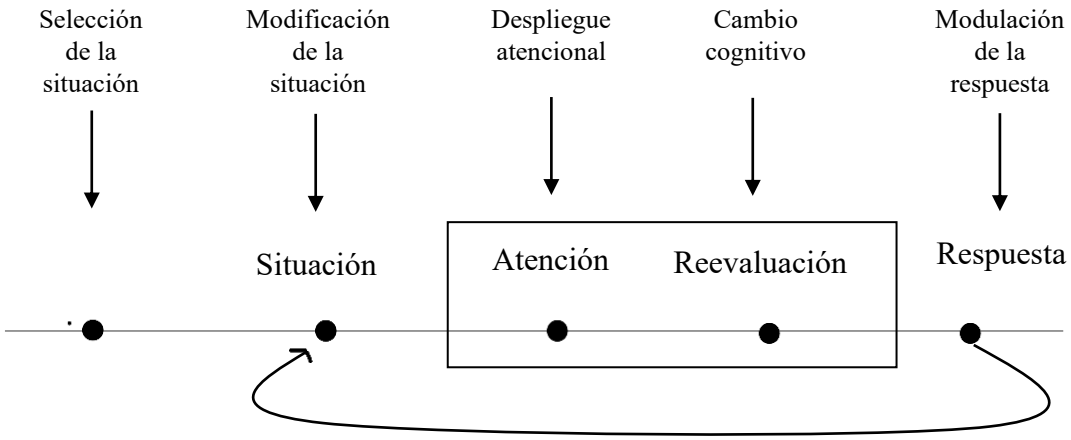

Figura 5. Modelo Procesual de Regulación Emocional. Adaptado de Gross y Thompson (2007).

Los cuatro primeros son conocidos como estrategias de regulación emocional centradas en antecedentes, ya que se centran en todo lo que ocurre antes de que se produzca la respuesta emocional. Por su parte, la *modulación de la respuesta*, se considera como estrategias centradas en la respuesta, es decir, todo lo que hacemos una vez ya generada la respuesta emocional.

2.2. Modelo Procesual Extendido (Gross, 2015)

Tras la acogida del Modelo Procesual de Regulación Emocional, Gross amplia el modelo explicando con mayor detalle cómo se producen los diferentes pasos que intervienen en la generación y gestión de la respuesta emocional. Para ello, plantea el proceso como una serie de bucles encadenados. Así, el Modelo Procesual Extendido (EPM, por sus siglas en inglés), trata de dar una explicación más detallada de todo el

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

proceso de regulación emocional, permitiendo incluir más variables implicadas en todo el proceso.

Como se muestra en la Figura 6, en el EPM se presentan sistemas de valoración tanto de primer orden como de segundo orden. El sistema de valoración de primer orden corresponde a un bucle encargado de la generación de la respuesta emocional. Una vez elicitada la emoción, se activa el sistema de valoración de segundo orden, encargado de la regulación de la respuesta emocional ya iniciada (López-Pérez et al., 2017; Netzer et al., 2015).

Ambos sistemas de valoración se componen de bucles de cuatro componentes. Los componentes de cada bucle son los siguientes: cuando las personas experimentan una situación en su mundo interno o externo (W), perciben o interpretan esa situación (P), y la valoran como buena o mala en función de sus metas, es decir, evalúan la diferencia entre la interpretación del mundo con el estado deseado del mundo (V). Finalmente, esta valoración implica una acción (A) o respuesta dirigida a disminuir la discrepancia existente entre la percepción actual que tiene del mundo y su ideal.

Veamos el ejemplo de un estudiante que ha solicitado una beca de estudios y recibe el mensaje de que dicha beca ha sido denegada. En el sistema de primer orden, en el que se genera la emoción, el estudiante presentaría los siguientes pasos del bucle:

1. **W (Situación):** el estudiante recibe un mensaje en el que se le informa que la beca solicitada no ha sido aceptada, lo cual es una situación externa que condiciona sus objetivos académicos.
2. **P (Percepción):** el estudiante percibe esta noticia como la pérdida de una gran oportunidad y lo interpreta como un fracaso personal.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3. **V (Valoración):** dado que la meta perseguida y la situación real son opuestas, el estudiante valora esta situación como negativa y desesperanzadora.
4. **A (Acción):** en respuesta a esta discrepancia, el estudiante presenta una primera respuesta emocional, que es la de sentirse frustrado e impotente.

Una vez generada la emoción en el sistema de primer orden, entra en funcionamiento la regulación o gestión de esa emoción inicial mediante el sistema de segundo orden. Este sistema tiene como objetivo regular esa emoción inicial mediante tres etapas concretas: identificación, selección e implementación. Cada una de estas etapas a su vez sigue el ciclo W-P-V-A. A continuación, se detallarán las etapas del sistema de segundo orden y se retomará el ejemplo anterior para ilustrarlas paso a paso.

2.2.1. Etapa de identificación

Es la primera etapa del proceso de regulación emocional, en la que se detecta la emoción generada por el sistema de valoración de primer orden y se valora la necesidad de regular la emoción o de no hacerlo. En esta etapa, como en el resto de etapas posteriores, se producen cuatro pasos: situación, percepción, valoración y acción. En la etapa de identificación, la persona experimenta una situación generadora de la emoción (W), mientras que en el paso de percepción (P), el objetivo de la persona es detectar la emoción y evaluar cómo se siente en ese momento. Aquellas que tienen la creencia de tener control sobre sus emociones (Ford y Gross, 2019), son más propensas a iniciar esta evaluación. Las creencias sobre las emociones pueden influir significativamente en esta fase. Si alguien tiene creencias muy arraigadas de que las emociones son difíciles de cambiar y controlar, es probable que afecte a su proceso de identificación emocional, pudiendo llevarla a cabo de una manera más superficial, debido al sentimiento de impotencia frente a ellas y probablemente desarrollando un menor interés en analizarlas a fondo.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

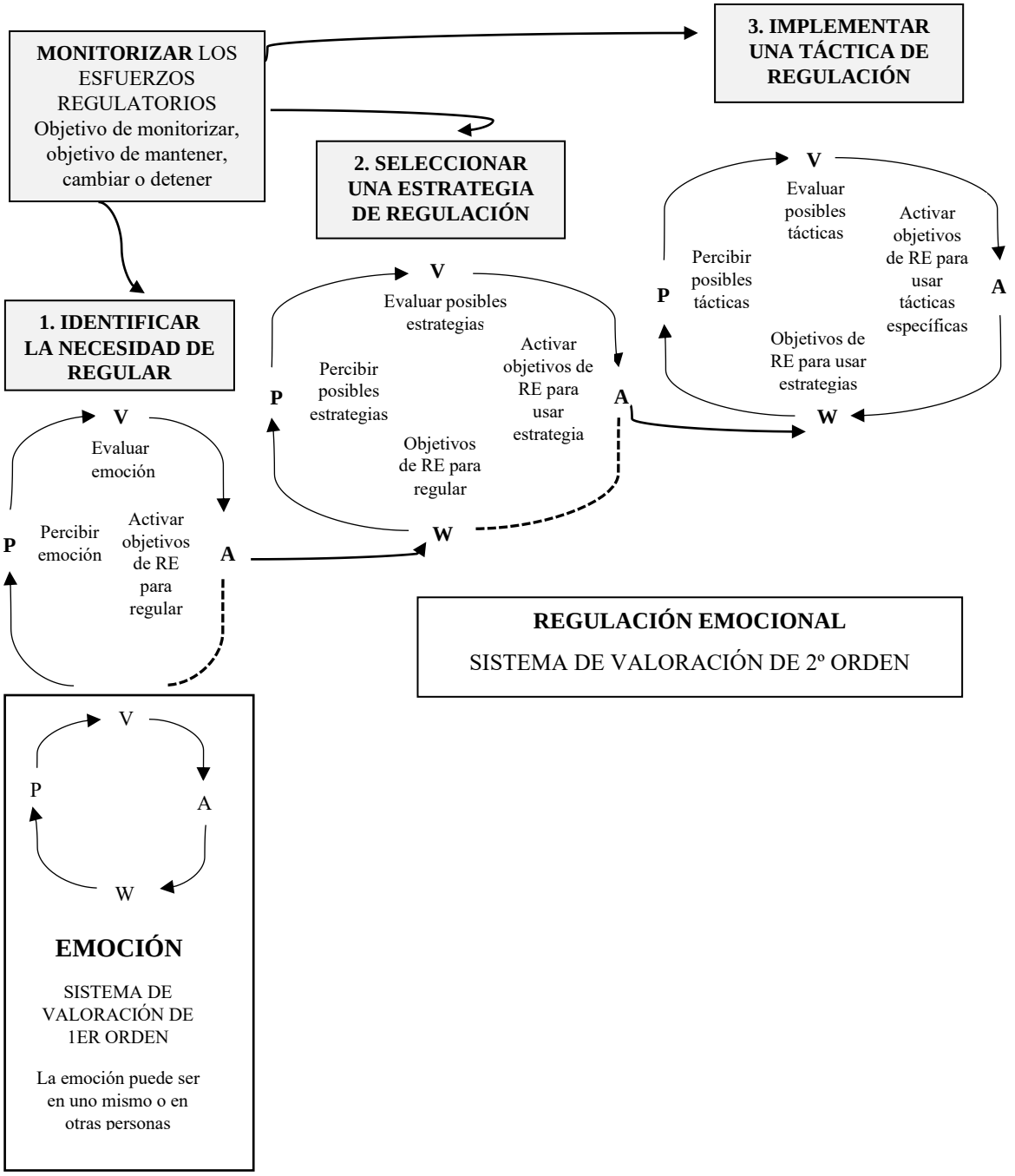

Figura 6: Modelo del Proceso Extendido de Regulación Emocional. Adaptado de Eldesouky y Gross (2019).

En el paso de valoración (V), se determina si el valor que le ha dado a la emoción es lo suficientemente positivo o negativo como para impulsar el objetivo de regular la emoción en base a las discrepancias existentes entre el estado emocional actual del estado emocional deseado. Así, pueden querer modificar emociones específicas (como la tristeza; Millgram et al., 2015) o aspectos particulares de esas emociones (como su

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

expresión; Greenaway y Kalokerinos, 2019). Si lo que perciben es una discrepancia considerable entre su estado emocional actual y el deseado, y creen que pueden reducir esa diferencia, pueden proceder al paso final de acción (A); este último subpaso se encarga de promover este objetivo.

Problemas en algunos de estos pasos puede llevar a dificultades en la regulación emocional. Fallos en la subetapa de percepción (P), con falta de conciencia emocional, y, por tanto, incapacidad para identificar emociones, pueden llevar al fracaso en el inicio del proceso de regulación, de igual forma que fallos en la subetapa de valoración (V), donde la persona no le da el valor adecuado al objetivo de regulación, pueden detener o dificultar el proceso. Otra fuente de complejidad, y en la que esta tesis doctoral va a poner su énfasis (y que revisaremos más adelante), son las creencias que mantienen las personas acerca de las emociones. La creencia firme de que las emociones son inmutables o incontrolables, puede provocar en las personas un menor intento de valorar y activar el proceso de regulación emocional o de hacerlo muy débilmente, por lo que el éxito se reduce.

2.2.2. Etapa de selección

La segunda etapa, activada por la subetapa de acción de la fase de identificación, es la etapa de selección. En esta etapa, se produce la selección de la estrategia de regulación emocional. Aquí, partiendo de la situación específica, la persona inicia el objetivo de regular la emoción (W), mientras en el subpaso de percepción (P), la persona considera las opciones que tiene disponibles de estrategias de regulación emocional. El grado en que las personas suelen contemplar una variedad de estrategias de regulación emocional puede variar entre individuos (Blanke et al., 2019; De France y Hollenstein, 2017). A continuación, en la subetapa de valoración (V), se evalúa cuál de las estrategias es más adecuada para la situación particular en la que se encuentra la persona, y para ello analiza los costos y beneficios de las diferentes opciones. Por último, este subpaso

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

desencadena la salida de la acción (A), mediante el cual se activa el objetivo de emplear una estrategia específica.

En la etapa de selección, el fracaso del proceso de regulación emocional se puede producir también en algunas de las subetapas. En la de percepción, la persona puede darse cuenta que tiene pocas estrategias de regulación en su repertorio; en la subetapa de valoración, los problemas de regulación pueden surgir cuando los factores contextuales no se evalúan adecuadamente; y en la de acción, el hincapié se hace en que la persona tiene la creencia de no poder emplear una determinada estrategia de regulación emocional de manera eficaz. Así, la creencia que tiene de controlabilidad y autoeficacia puede influir en la activación de una estrategia específica. De igual forma, estas creencias pueden surgir y tener un impacto en las subetapas de percepción y valoración.

2.2.3. Etapa de implementación

Finalmente, esta etapa se inicia una vez seleccionada la estrategia de regulación durante la etapa de selección (W). En la etapa de implementación, las personas buscan ahora seleccionar una táctica o una versión específica de esa estrategia seleccionada previamente para una situación determinada (Ochsner et al., 2004). Para convertir las estrategias en tácticas específicas, en la subetapa de percepción (P), se identifican las características importantes del entorno, así como distintas formas de aplicar esas estrategias de regulación. En la subetapa de valoración (V), se evalúan esas tácticas teniendo en cuenta los beneficios y desafíos de cada táctica en función de la situación específica, por tanto, seleccionando las más prometedoras. Finalmente, la persona decide efectuar una táctica concreta en la subetapa de acción (A). Así, por ejemplo, una persona podría tener el objetivo de utilizar la estrategia de distracción, la cual implica desviar la atención de un problema o situación estresante hacia actividades placenteras o gratificantes. Puede implementar tácticas específicas de esta estrategia al llevar a cabo,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

por ejemplo, actividades recreativas que le generan bienestar o, por otra parte, podría socializar con amigos y familiares para cambiar el foco de sus pensamientos. Solamente a través de la última subetapa de acción, en la que se lleva a cabo la táctica específica, se puede regular el sistema de valoración de primer orden, en el que se generan las emociones.

Al igual que en las etapas previas, en cada paso de esta etapa pueden surgir complicaciones durante la regulación emocional. En el paso de percepción, dificultades para convertir estrategias generales en tácticas específicas o la incapacidad para percibir todas las opciones disponibles puede limitar las tácticas a emplear. En el paso de valoración, las tácticas pueden ser evaluadas incorrectamente al no prestar atención a variables contextuales relevantes, como el tipo o la intensidad de la emoción, o los recursos cognitivos necesarios. Finalmente, en el paso de acción, las tácticas pueden ser mal ejecutadas. Este último paso ha sido un foco principal en la investigación sobre dificultades en la regulación emocional en la psicopatología (Heller et al., 2009).

Retomando el ejemplo anterior del estudiante al que le han denegado la beca, una vez iniciada la respuesta emocional de frustración e impotencia, se activa el sistema de segundo orden, en el cual el estudiante puede decidir si desea gestionar esas emociones y de qué forma hacerlo. Así, vamos a desglosar las tres etapas de este sistema.

Etapa de identificación:

1. W (Situación): el estudiante toma conciencia de que la noticia le ha generado una respuesta emocional de malestar.
2. P (Percepción): identifica y reconoce las emociones que está sintiendo, así como su intensidad, tomando conciencia de que le afectan.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3. V (Valoración): evalúa si estas emociones pueden interferir en la búsqueda de otras formas de poder seguir estudiando mediante otras formas de financiación de sus estudios.
4. A (Acción): decide que debe activar estrategias para gestionar estas emociones, ya que, de no hacerlo, podría tener consecuencias negativas en sus objetivos académicos.

Etapa de selección:

1. W (Situación): tomando conciencia de la situación, el estudiante tiene el objetivo de regular sus emociones.
2. P (Percepción): considera las estrategias que tiene de regular dichas emociones, como, por ejemplo, desahogarse con alguien, buscar otras soluciones, distraerse…
3. V (Valoración): evalúa cada una de esas estrategias para valorar cuál sería más adecuada para gestionar su emoción de frustración e impotencia, teniendo en cuenta la situación.
4. A (Acción): decide la estrategia que va a llevar a cabo.

Etapa de implementación:

1. W (Situación): mantiene el objetivo de regular sus emociones para llevar a cabo la/s estrategia/s que ha considerado que le pueden ser más útiles.

2. P (Percepción): considerando las características de la situación, el estudiante busca tácticas específicas de esas estrategias como la de hablar con sus padres, buscar información adicional de formas de financiación económica, salir con los amigos a cenar para desconectar…

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3. V (Valoración): evalúa y valora las ventajas y desventajas de cada una de esas tácticas específicas, con el fin de decidir cuál va a poner en práctica para gestionar mejor sus emociones.
4. A (Acción): el estudiante decide la táctica que va a implementar, como, por ejemplo, la de buscar más información de cómo solicitar otras becas posibles, y la pone en marcha.

Durante el desarrollo de estas fases, el proceso de monitoreo presente en todas las etapas se encuentra en activo, determinando la decisión de seguir adelante con el objetivo de regular las emociones en cada una de las etapas. También se podría optar por ajustar el objetivo en una etapa específica del proceso de regulación en el caso de que no se esté logrando, o se podría optar por abandonar por completo después de varios intentos de regulación que han fracasado.

Teniendo en cuenta el funcionamiento de este modelo, hay que destacar la importancia que tienen diferentes variables como la valoración de la emoción y el uso de estrategias específicas de regulación, no centrándose únicamente en las estrategias que se deben utilizar, sino haciendo hincapié en el proceso subyacente a esa selección de estrategias.

Por otra parte, hay que destacar la abundante literatura sobre la relación entre estrategias específicas de regulación emocional y variables criterio relevantes (Gross, 1998, 2015). Las estrategias de regulación emocional se han categorizado en la literatura científica como “adaptativas” o “desadaptativas” en función de su asociación con resultados positivos para la salud (Aldao et al., 2010; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012) o su vinculación positiva con la psicopatología (Aldao et al., 2010; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012). Así, aunque no existen estrategias emocionales inherentemente

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

"positivas" o "negativas", los estudios han identificado ciertas estrategias que son generalmente desadaptativas o generalmente adaptativas en términos de sus asociaciones con la salud o la psicopatología (Aldao et al., 2010). Las estrategias adaptativas son aquellas que los individuos utilizan para manejar y modificar sus respuestas emocionales de una manera que promueva la adaptación y el bienestar psicológico. Por su parte, las estrategias desadaptativas, implican un manejo de las emociones que tienden a ser perjudiciales para ese bienestar psicológico y social de una persona a largo plazo, y que, aunque pueden ofrecer un alivio temporal, no permiten resolver el problema subyacente o adaptarse adecuadamente a la experiencia emocional.

Específicamente, estrategias como la reevaluación cognitiva, la resolución de problemas y la aceptación, generalmente se han asociado con resultados adaptativos (Aldao et al., 2010). Por su parte, las estrategias desadaptativas en la regulación emocional, como la rumiación, la supresión, la evitación y la preocupación, han sido consistentemente vinculadas con resultados negativos (Aldao et al., 2010). La investigación destaca que el uso de las estrategias desadaptativas aumenta la angustia psicológica y además están asociadas con un mayor riesgo de comportamientos desadaptativos (Selby et al., 2008).

La rumiación, que implica un patrón de pensamiento repetitivo y pasivo sobre los problemas, destaca como una de las estrategias desadaptativas más ampliamente estudiadas en relación con la psicopatología (Aldao et al., 2010). Se ha observado que es una estrategia de regulación emocional transdiagnóstica en diversos trastornos psiquiátricos, como la depresión, el trastorno de ansiedad social, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, y otros trastornos como el bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo o los trastornos psicóticos (Grierson et al., 2016; Júnior et al., 2020).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.3. Rumiación y psicopatología

Entre los predictores más robustos de síntomas de psicopatología destaca el uso de la rumiación (Aldao et al., 2010). La rumiación se define como un patrón de respuesta cognitiva estable en el cual las personas se enfocan de manera pasiva y reiterativa en las causas, consecuencias y síntomas de su angustia, en lugar de abordar activamente la resolución de problemas (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Se han descrito dos subtipos de rumiación validados empíricamente tanto en adultos como adolescentes: la rumiación obsesiva (*brooding*) y la reflexión (*reflection*) (Burwell y Shirk, 2007; Treynor et al., 2003). La rumiación tipo *brooding* está centrada en causas y consecuencias de las emociones generadoras de malestar de manera pasiva. Esta rumiación está asociada a una serie de variables negativas como el afecto negativo, la depresión o un afrontamiento desadaptativo (Burwell y Shirk, 2007; López, et al., 2009; Mezulis et al., 2011; Treynor et al., 2003). Por su parte, la rumiación *reflexiva* se centra en el análisis de las causas detrás de un estado de ánimo depresivo y se asocia con un afrontamiento más activo y adaptativo (Burwell y Shirk, 2007). Por ello, se ha sugerido que la rumiación tipo *brooding* podría ser desadaptativa, mientras que la *reflexiva* podría ser útil a largo plazo al facilitar la resolución de problemas (Treynor et al., 2003). En adelante, se usará el término rumiación para hacer referencia al tipo *brooding* únicamente.

En el ámbito de la psicopatología, la tendencia a rumiar se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar depresión y de experimentar episodios depresivos recurrentes (ver Nolen-Hoeksema et al., 2008, para revisión). En rasgos generales, la rumiación, que se caracteriza por una introspección excesiva y perjudicial, se considera como un patrón de pensamiento poco útil debido a su naturaleza repetitiva y pasiva. La rumiación intensifica y prolonga estados emocionales, tales como la tristeza, la ansiedad, la ira y la depresión (Bushman, 2002; Bushman y Gibson, 2011; Nolen-Hoeksema et al., 2008;

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Offredi et al., 2016). A su vez, amplía y profundiza cualquier contenido de pensamiento en el que se enfoque durante el proceso de rumiación (Watkins, 2008).

La rumiación puede, además de intensificar los estados emocionales negativos, agravar los problemas de salud mental e interferir con el uso de estrategias activas de afrontamiento (Watkins y Roberts, 2020). Estudios experimentales han mostrado los efectos negativos causales en el estado de ánimo y la cognición asociada, sugiriendo que, en caso de que estos efectos se produzcan de forma repetida o persistente, podrían desarrollar trastornos emocionales (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

La rumiación emerge como un componente relevante en la aparición y mantenimiento de la psicopatología, siendo necesario explorar por qué las personas hacen uso de esta estrategia. Desde el Modelo Procesual Extendido de Regulación Emocional (Gross, 2015), son diferentes las fases y las variables que explican por qué una persona escoge una u otra estrategia para regular sus emociones. En estas fases, la persona hace una valoración de la emoción que siente, la cual le llevará a decidir qué quiere sentir, la meta emocional, y qué estrategia y técnica utilizará para conseguirlo (Eldesouky y Gross, 2019).

Por otra parte, las creencias emocionales de incontrolabilidad también tienen un papel importante en el mecanismo que impulsa el proceso de regulación emocional, jugando un papel importante en la fase de identificación de este modelo, donde la persona detecta la emoción y evalúa si es necesario regularla. Cuando alguien percibe que sus emociones escapan a su control, es probable, por una parte, que inicie el proceso de identificación de una manera más superficial y débil al invertir menos energía en tratar de identificarla inicialmente, y, por otra parte, valorando menos la necesidad de regularla, lo que, por consiguiente, puede llevarle a presentar una menor disposición para iniciar el proceso de regulación. Esto, a largo plazo, limita la exploración y adquisición de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

estrategias efectivas, disminuyendo la probabilidad de considerar en el futuro estas estrategias durante el proceso de regulación de emociones (Hong y Kangas, 2022; Yoon y Rottenberg, 2019). Como resultado, se puede ver afectada la fase de selección de estrategias, al reducirse las opciones de estrategias o aumentando la tendencia a utilizar estrategias más pasivas y desadaptativas, como la rumiación (De Castella et al., 2013; Schroder et al., 2015; Tamir et al., 2007).

Dada la importancia que tienen estas creencias durante el proceso de regulación emocional según este modelo, a continuación, nos centraremos en describirlas con más detalle.

2.4. Creencias emocionales

Las creencias emocionales abarcan tanto las expectativas, como las actitudes y las percepciones que tiene la persona acerca de la naturaleza, características y funcionamiento de las emociones, y lo hacen tanto de las emociones en general como de sus propias emociones (De Castella et al., 2013).

En la literatura científica, el estudio de las creencias sobre las emociones se ha abordado desde diversas perspectivas, utilizando distintos nombres para referirse a ellas y generando líneas de investigación paralelas. Entre ellas, se incluyen: los *esquemas emocionales*, que son representaciones cognitivas arraigadas acerca de las emociones y que influyen en la percepción y regulación emocional de cada individuo (Veilleux et al., 2021a); la *maleabilidad de las emociones* o *teorías implícitas* de la emoción (Tamir et al., 2007), haciendo referencia al grado en que los individuos perciben las emociones como entidades que pueden ser modificadas o controladas (teorías incrementales; *incremental mindset*) o como entidades fijas que existen fuera del control personal (teorías de la entidad; *entitty mindset*); o las *actitudes hacia la emoción,* que corresponde a las evaluaciones subjetivas que realiza una persona sobre, por ejemplo, el gusto o

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

disgusto por la experiencia de emociones como la tristeza, la alegría o el miedo, lo cual predecirá las emociones que va a intentar regular (Harmon-Jones et al., 2011).

El modelo de Ford y Gross (2018, 2019) trata de organizar la literatura existente ofreciendo un modelo integrador para comprender cómo las diferencias individuales en las creencias emocionales pueden influir en el proceso de regulación emocional. Así, ellos propusieron una clasificación de las creencias emocionales en dos categorías: creencias sobre la bondad de las emociones y creencias sobre el control de las emociones. Respecto a la categoría de la bondad de las emociones, se refiere a la clasificación de las emociones como *buenas* vs. *malas*, haciendo referencia a la percepción de si una emoción es buena o mala y establece la base para querer disminuir o aumentar esa emoción. En esta línea, la persona tiene creencias sobre las emociones considerando si son deseables o no, beneficiosas o perjudiciales, dañinas o no, útiles o inútiles, o peligrosas o no. Por otra parte, la categoría de controlabilidad hace referencia a la creencia de que las emociones son *controlables* vs. *incontrolables,* y se refiere a las percepciones o convicciones que una persona tiene sobre la posibilidad de que las emociones sean reguladas y modificadas. En esta tesis doctoral seguiremos esta clasificación propuesta por Ford y Gross (2018, 2019), y nos centraremos concretamente en las creencias emocionales de incontrolabilidad, dado que parecen estar más relacionadas con psicopatología, como indica el estudio de Becerra et al. (2024), donde estas creencias se asociaron con ansiedad y depresión, a diferencia de las creencias de bondad/utilidad donde no se encontró esa asociación.

Por otra parte, en este contexto de investigación sobre las creencias de incontrolabilidad de las emociones, surge el interés en comprender, por un lado, las creencias generales que las personas tienen sobre las emociones en términos de cómo perciben y esperan que se experimenten y expresen las emociones en general; por otro

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

lado, las creencias específicas que tienen sobre sus propias emociones, es decir, cómo perciben e interpretan algunas cualidades sobre sus propias emociones (De Castella et al., 2013). Así, por ejemplo, las personas pueden tener la creencia de que: *"No importa cuánto lo intenten, las personas realmente no pueden cambiar las emociones que tienen",* y aunque esta creencia general puede predecir una gama amplia de resultados, no está claro si, y en qué medida, las creencias generales que una persona sostiene sobre las emociones difieren de las creencias personales sobre cómo se comportan sus propias emociones, las que esa persona experimenta (*"No importa cuánto lo intente, realmente no puedo cambiar mis emociones").* Algunos autores expertos en este tema han corroborado la importancia de explorar las creencias que tienen las personas sobre sus propias emociones y la forma en que éstas influyen en la gestión emocional, en su bienestar y en su malestar psicológico (De Castella et al., 2013), dado que las creencias sobre los propios procesos emocionales suelen ser mejores predictoras de metas, atribuciones y motivación (De Castella y Byrne, 2015).

Respecto a las creencias de incontrolabilidad, la investigación ha proporcionado evidencia significativa que sugiere que las personas que mantienen la creencia de que las emociones son incontrolables tienden a experimentar emociones negativas de manera más intensa y pueden experimentar una salud psicológica más deficiente en comparación con aquellas que creen en la capacidad de regular sus emociones (Ford y Gross, 2018). Según la revisión sistemática llevada a cabo por Somerville et al. (2023), la creencia de que las emociones son relativamente controlables se asociaba con menores síntomas de ansiedad y depresión, en parte porque estas creencias estaban relacionadas con un uso más frecuente de estrategias adaptativas de regulación emocional. Estos resultados están en línea con el estudio realizado previamente por Yoon et al. (2018), en el que se mostraba

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

también la relevancia que tenía el papel de estas creencias al influir significativamente en la aparición de síntomas de ansiedad y depresión.

En estudios llevados a cabo con población comunitaria que no presentaban problemas clínicos, se ha observado que las creencias acerca de la incontrolabilidad de las emociones se asocian con mayores niveles de estrés y autoestima más baja, una menor satisfacción con la vida y menor uso de estrategias adaptativas como la reevaluación cognitiva (De Castella et al., 2013). Por otro lado, en el estudio realizado por De Castella et al. (2014), se examinaron las creencias sobre las emociones en pacientes con trastorno de ansiedad social y en personas sin dicho trastorno. Se encontró que los pacientes con ansiedad social eran más propensos a tener creencias de incontrolabilidad sobre las emociones y la ansiedad, considerándolas como fijas e inmutables, especialmente en relación con sus propias emociones. En contraste, las personas sin el trastorno tendían a tener creencias fijas sobre las emociones en general, pero no necesariamente sobre las suyas propias.

La asociación entre creencias emocionales y estrategias de regulación también ha sido investigada en términos de cómo estas creencias influyen en las estrategias que las personas llevan a cabo, dependiendo de la percepción que tengan de las emociones como controlables o incontrolables. En general, se ha observado que las creencias negativas sobre las emociones, como, por ejemplo, la percepción de falta de control, están asociadas con un aumento en el uso de estrategias desadaptativas para regular las emociones (Manser et al., 2012; Tamir et al., 2007). Dependiendo de si las personas mantienen creencias fijas o de incontrolabilidad de las emociones, emplearán unas u otras estrategias de regulación según la fase del proceso emocional en la que se encuentren (Gross, 2008; Tamir et al., 2007). Estas diferencias individuales en las creencias sobre el control

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

emocional tienen un impacto significativo en las estrategias que las personas utilizan para regular sus emociones.

El meta-análisis de Hong y Kangas (2022) analizó la relación entre las creencias emocionales y el uso de estrategias de regulación. Los resultados mostraron que aquellas personas con mayor nivel de creencias de control emocional tienden a recurrir a esfuerzos activos para regular sus emociones, tales como la reevaluación y la búsqueda de apoyo. Por otro lado, quienes poseen creencias más fijas sobre la maleabilidad de las emociones tienden a participar en esfuerzos pasivos como la rumiación, al percibir que las emociones son estáticas y no modificables (Kneeland et al., 2016a). En definitiva, la investigación muestra, de manera consistente, que las personas muestran un mayor desempeño en la regulación emocional cuando creen que pueden controlar sus emociones (De Castella et al., 2013; Schroder et al., 2015).

A continuación, se va a profundizar en la relación que existe entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación, poniendo un especial énfasis en cómo estas creencias influyen en la tendencia a involucrarse en procesos rumiativos.

2.5. Creencias emocionales de incontrolabilidad y rumiación

La existencia de creencias asociadas a la incontrolabilidad de las emociones está positivamente asociada a un uso frecuente de la rumiación (De Castella et al., 2013; Schroder et al., 2015; Tamir et al., 2007).

A nivel transversal, diversos estudios han investigado esta asociación (Arbulu et al., 2023; Becerra et al., 2024; Kneeland et al., 2016a; Kneeland et al., 2020; Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001; Ortner y Pennekamp, 2020; Petrova et al., 2024; Trincas et al., 2016), encontrando en su mayoría la relación positiva entre estas dos variables en población adulta. Trincas et al. (2016) observaron en un estudio con población

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

comunitaria, que la percepción de que las emociones en general son incontrolables, se asociaba con un mayor uso de la rumiación en adultos. Además, mostraron resultados que indicaban que las creencias negativas sobre la incapacidad para controlar el estado de ánimo deprimido y la ansiedad estaban relacionadas con un aumento de esta estrategia. Estos resultados son consistentes con los encontrados por Becerra et al. (2024) también con adultos de la comunidad, observando que los participantes que creían que no se podían controlar las emociones negativas en general, se involucraban más en estrategias como la rumiación, la culpa a sí mismo o la focalización negativa en las cosas, entre otras.

En la misma línea, Arbulu et al. (2023) y Nolen-Hoeksema y Jackson (2001), también con población comunitaria, encontraron una relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación, pero en este caso, las creencias eran sobre las propias emociones, es decir, que aquellas personas que consideraban sus propias emociones como incontrolables mostraban una mayor tendencia a recurrir a la rumiación como estrategia de afrontamiento. En el estudio de Nolen-Hoeksema y Jackson (2001), analizaron las diferencias de género mostrando una mayor relación entre las creencias de incontrolabilidad y rumiación en mujeres que en hombres.

Al igual que en los estudios transversales, las creencias de incontrolabilidad para las emociones en general han sido asociadas con la rumiación a nivel longitudinal en población comunitaria tanto en adultos como en adolescentes. (Kneeland y Dovidio, 2020; Ge et al., 2024).

Sin embargo, cuando se han realizado estudios de registro diario, los resultados encontrados son contradictorios. En el estudio de Petrova et al. (2024), se encontró una relación positiva y significativa entre las creencias de incontrolabilidad sobre las emociones en general y la rumiación. Por el contrario, Kneeland et al. (2020) no encontraron una relación significativa entre las creencias sobre la capacidad de controlar

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

las emociones generales y la tendencia a rumiar en una muestra comunitaria de adultos, de igual forma que Ortner y Pennekamp (2020), quienes explorando estas variables encontraron que a pesar de que la rumiación se asoció positivamente con la importancia e intensidad del evento, las creencias de incontrolabilidad no predijeron la rumiación.

Desde un enfoque experimental, Kneeland et al. (2016a) llevaron a cabo un estudio con una muestra recopilada a través de una plataforma en línea. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a distintas condiciones experimentales, en las que se enfatizaban, por un lado, que las emociones eran maleables, y por otro, que eran fijas e incontrolables mediante fragmentos leídos, según la condición asignada. Los resultados indicaron que no había diferencias significativas entre los dos grupos.

Los hallazgos que relacionan las creencias emocionales de incontrolabilidad con la rumiación en población comunitaria, son consistentes con los escasos estudios realizados en muestra clínica, como en el estudio de McLachlan et al. (2022), quienes también exploraron estas creencias emocionales de incontrolabilidad en un grupo de adolescentes con rasgos de personalidad límite. Los resultados de este estudio mostraron que los adolescentes con rasgos límites más prominentes tenían creencias más fijas sobre las emociones y eran más propensos a la rumiación.

La literatura sobre el tema sugiere que las creencias que tiene una persona sobre la capacidad de controlar las emociones, tanto a nivel general como haciendo referencia a sus propias emociones, desempeñan un papel relevante en la forma en que manejan sus experiencias emocionales. Aunque algunos estudios han mostrado resultados contradictorios en cuanto a la relación entre estas creencias y la tendencia a rumiar (Kneeland et al., 2016a; Kneeland et al., 2020; Ortner y Pennekamp, 2020), en general, la evidencia científica resalta la importancia de abordar estas creencias en el contexto de la salud mental y el bienestar psicológico.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Teniendo en cuenta el Modelo del Proceso Extendido (Gross, 2015) y la evidencia empírica existente, tanto las creencias emocionales de incontrolabilidad como la rumiación, son variables importantes para entender, desde un enfoque transdiagnóstico, la aparición del malestar psicológico, así como de diversas psicopatologías o de un mayor riesgo de comportamiento suicida (Aldao et al., 2010; Veilleux et al., 2021b).

3. REGULACIÓN EMOCIONAL Y SUICIDIO

Durante los últimos años, la investigación que explora el vínculo entre la regulación emocional y el comportamiento suicida ha suscitado un gran interés, debido en parte a la fuerte correlación establecida entre la regulación emocional y los problemas de salud mental (Berenbaum et al., 2003; Mennin y Farach, 2007), los cuales, a su vez, se asocian de manera significativa con el comportamiento suicida (OMS, 2014).

A pesar de los esfuerzos por comprender el suicidio a través de diversos modelos, su naturaleza sigue siendo, en muchas ocasiones, impredecible (Leavey et al., 2017). Estos modelos han explorado factores como la percepción de ser una carga para los demás, el sentimiento de pertenencia frustrada, la desesperanza, la sensación de derrota y atrapamiento, o el SCS, todos ellos estrechamente relacionados con el sufrimiento emocional. Por su parte, otro punto de interés al explorar el vínculo entre la regulación emocional y el suicidio es la importancia de entender cómo las personas regulan sus emociones en momentos de gran angustia emocional. En este sentido, la investigación centrada en la regulación emocional podría proporcionar información relevante sobre los mecanismos que impulsan a las personas a adoptar conductas suicidas durante periodos de crisis emocional (Eaddy et al., 2019; Mayorga et al., 2018). A pesar de que en los últimos años se ha generado mucha investigación sobre la regulación emocional, hasta la fecha no existía ningún trabajo de revisión sistemática que ofreciese una visión más completa de la relación existente entre esta variable y el suicidio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Se ha observado que existen grandes diferencias entre las personas en la forma y las estrategias que utilizan para regular sus emociones y la intensidad de su malestar emocional (Gross, 1998). Además, se ha identificado la desregulación emocional como un factor de riesgo transdiagnóstico en diversos trastornos psicopatológicos (Aldao et al., 2010; Fernández et al., 2016). Se ha evidenciado que las personas que presentan ideación suicida tienden a recurrir a estrategias de regulación emocional desadaptativas, como la supresión de emociones negativas, mientras que obtienen puntuaciones más bajas en estrategias adaptativas como la reevaluación cognitiva (Azadi et al., 2020; Forkmann et al., 2014; Lynch et al., 2004). La inhibición de experiencias emocionales o la supresión de pensamientos no deseados, entre otras estrategias desadaptativas, también se han relacionado positivamente con el comportamiento suicida (Cameron et al., 2017; Fadoir et al., 2019; Lynch et al.,2004).

Esta tesis doctoral se centrará en la estrategia de rumiación, la cual ha destacado por ser un factor que podría aumentar la vulnerabilidad para la conducta suicida (Ellis, 2006), motivo por el cual se ha investigado su relación tanto con la ideación suicida como con los intentos de suicidio. El metaanálisis realizado por Rogers y Joiner (2017) reveló que la rumiación *global* y la rumiación tipo *brooding* estaban asociadas con la ideación suicida tanto en estudios transversales (Cole et al., 2015; Tucker et al., 2013), como longitudinales (Batterham y Christensen, 2012; Miranda y Nolen-Hoeksema, 2007; O'Connor y Noyce, 2008). En cambio, el subtipo de *reflexión* ha obtenido resultados contradictorios, mostrando asociaciones significativamente positivas con ideación suicida de manera longitudinal (Miranda y Nolen-Hoeksema, 2007) y transversal (Tucker et al., 2013), mientras que estudios como el de O'Connor y Noyce (2008) han mostrado que la *reflexión* no era capaz de predecir la ideación suicida. Por ello, parece que la rumiación tipo *brooding* está más asociada a la ideación suicida que la *reflexión*. Respecto

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

a los intentos de suicidio, solo la rumiación *global* y la rumiación tipo *brooding* mostraron asociación (Polanco-Roman et al., 2015; Rogers y Joiner, 2017), no estando la *reflexión* asociada a estos intentos (Grassia y Gibb, 2009). Estos estudios destacan el papel que la rumiación tipo *brooding* puede tener tanto en la ideación como en los intentos de suicidio.

En la línea de investigación sobre la rumiación y el suicidio se han identificado numerosos factores mediadores que contribuyen a esta asociación. Concretamente, se ha observado que variables como la depresión (Chan et al., 2009), la desesperanza (Antypa et al., 2010; Smith et al., 2006) y el sentimiento de atrapamiento (Teismann y Forkmann, 2017) han mediado la relación entre la rumiación y los pensamientos suicidas. Por otra parte, también se han evidenciado efectos indirectos de la desregulación emocional (Miranda et al., 2013), el perfeccionismo (O´Connor et al., 2007), o la autocrítica (O´Connor y Noyce, 2008) sobre la ideación suicida, a través de la rumiación.

Con respecto a la investigación sobre las creencias emocionales, la información que se tiene actualmente sobre la relación entre éstas y el suicidio resulta muy limitada. Hasta el momento, las únicas evidencias disponibles provienen de estudios realizados por Khaleghi et al. (2021) y Zhu y Wong (2022). El primer estudio, realizado con un diseño transversal con 375 estudiantes universitarios, examinó el impacto de los esquemas emocionales en un grupo de estudiantes universitarios, abordando 14 dimensiones distintas relacionadas con las creencias hacia las propias emociones, incluyendo la creencia emocional de incontrolabilidad. Los resultados mostraron que aquellos participantes que tenían una convicción arraigada sobre la falta de control sobre sus emociones mostraban un comportamiento suicida más pronunciado. Por su parte, Zhu y Wong (2022) realizaron un estudio longitudinal de dos fases con adolescentes para investigar la relación entre las creencias fijas e incontrolables sobre la depresión, la

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ansiedad y el estrés, y la ideación suicida. Los hallazgos revelaron que estas creencias emocionales de incontrolabilidad predijeron la ideación suicida en el futuro.

A pesar de la creciente importancia que se le está otorgando en la literatura al papel de las creencias emocionales en la psicopatología (Veilleux et al., 2021b), las creencias sobre las emociones apenas han sido exploradas en su relación con el suicidio. Este vacío en la investigación sugiere la necesidad de estudios adicionales que exploren cómo las creencias sobre las emociones pueden influir en la ideación suicida y otros comportamientos relacionados con el suicidio. Por su parte, hasta la fecha no existe ninguna investigación que vincule las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación conjuntamente con el comportamiento suicida.

En conjunto, el suicidio es un fenómeno complejo en el que intervienen diferentes factores, tanto proximales como distales. Dentro de estas variables distales, parece que las diferencias individuales en la regulación emocional pueden desempeñar un papel en la explicación de la conducta suicida. En los últimos años, ha aumentado el interés en el ámbito científico por la relación entre ambas variables, explorando diferentes aspectos de la regulación emocional como el uso de estrategias desadaptativas, entre ellas la rumiación, y la existencia de creencias emocionales disfuncionales, como las creencias emocionales de incontrolabilidad. Sin embargo, son escasos los estudios que han relacionado las creencias emocionales con el suicidio y ningún estudio ha explorado la relación entre creencias emocionales, estrategias de regulación emocional y suicidio.

Respecto a los factores proximales, los estudios destacan el SCS como una fase de activación y malestar interno de alta intensidad que ocurre de forma previa a la ideación o intento de suicidio. Este síndrome está caracterizado por una desregulación cognitiva y afectiva con componentes como atrapamiento, malestar emocional, o pérdida de control cognitivo, entre otros. A pesar de la importancia que el SCS presenta como

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

predictor del suicidio y de la presencia de descontrol emocional, hasta nuestro conocimiento ningún estudio ha explorado su relación con la regulación emocional. Por tanto, aunque en los últimos años se ha observado un avance en el estudio de la regulación emocional y el suicidio, existen áreas poco exploradas que demandan una mayor atención como el estudio del papel de las creencias de incontrolabilidad de las emociones y la relación entre la regulación emocional y el SCS. El objetivo de la presente tesis doctoral es aportar conocimientos en este sentido, explorando la relación entre regulación emocional, el SCS y el suicidio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

4. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA DE CADA ESTUDIO

El objetivo general de esta tesis doctoral ha sido investigar la relación entre dos áreas de estudio: la regulación emocional y el suicidio. Con respecto al estudio de la regulación emocional, esta tesis doctoral se centrará en explorar el papel de las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación. En cuanto al ámbito del suicidio, se ha centrado tanto en las necesidades interpersonales (percepción de ser una carga y sentimiento de pertenencia frustrada), consideradas como un claro factor de riesgo, como en el SCS y en la ideación e intento de suicidio. Para ello, se han llevado a cabo 3 estudios, cuyos objetivos específicos contribuyen a cumplir este objetivo general (ver Tabla 3).

Estudio 1. En este primer estudio, el objetivo fue revisar de manera sistemática la literatura que se ha centrado en analizar las relaciones entre regulación emocional y conducta suicida (ideación e intento), tanto en población comunitaria como clínica, y en adultos y adolescentes. De esta forma, se ha pretendido conocer el estado actual de esta cuestión. La hipótesis inicial planteaba que existe una relación significativa entre los procesos y estrategias de regulación emocional y el comportamiento suicida, es decir, que la forma en que las personas regulan sus emociones podría influir en su vulnerabilidad hacia la ideación y los intentos de suicidio. Para llevar a cabo esta revisión, se han realizado búsquedas sistemáticas en distintas bases de datos de carácter psicológico y médico (PsycINFO, Scopus, MEDLINE y la Biblioteca Cochrane), incluyendo artículos publicados en inglés o español en revistas científicas, sin límite en los años de publicación y combinando diversos términos en inglés que contuviesen las palabras clave de este estudio: regulación emocional y suicidio.

Estudio 2. Basándose en los hallazgos del primer estudio, el objetivo del segundo fue ampliar esta área de investigación, explorando variables que no habían recibido

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

suficiente atención o que, en algunos casos, no habían sido examinadas. Este estudio se ha centrado especialmente en comprender la relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación con el SCS, así como su vínculo con la ideación y el intento suicida. Para este propósito, se han llevado a cabo dos subestudios transversales con población adulta, uno realizado con población comunitaria y otro con población clínica. El objetivo principal de este segundo estudio fue comparar estas variables en dos tipos de muestras distintas y poner a prueba un modelo de múltiples pasos que relacionase las creencias emocionales, la rumiación, el SCS y la ideación e intentos de suicidio. La hipótesis general propuesta plantea que las creencias emocionales de incontrolabilidad estarían relacionadas con la rumiación, el SCS y el comportamiento suicida. Además, la rumiación estaría asociada con el SCS y el comportamiento suicida, mientras que el SCS estaría vinculado directamente con el comportamiento suicida. Se plantea, además, que las creencias emocionales de incontrolabilidad estarían asociadas tanto directa como indirectamente al comportamiento suicida a través de la rumiación y el SCS, y que el SCS actuaría como mediador entre la rumiación y el comportamiento suicida.

La muestra de población comunitaria se ha obtenido mediante el procedimiento incidental y de bola de nieve, y ha consistido en la cumplimentación de unos cuestionarios en línea, con previo consentimiento informado por escrito. En el estudio con población clínica, se han administrado los cuestionarios durante la evaluación psicológica, entre la primera y tercera sesión, pudiendo cumplimentarlos mediante formato de papel y lápiz o en línea. Previamente a la participación en el estudio, el profesional proporcionaba una breve información sobre el estudio e invitaba a participar a los pacientes de manera voluntaria y anónima.

Estudio 3. La finalidad de este último estudio fue la de analizar el papel predictivo de las creencias emocionales de incontrolabilidad y las necesidades interpersonales

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

(percepción de ser una carga para los demás y sentimiento de pertenencia frustrada) sobre el SCS y la ideación suicida. La hipótesis general de este estudio plantea que tanto las creencias emocionales de incontrolabilidad como las necesidades interpersonales predecirán el SCS. Además, en línea con el NCM, se hipotetizó que la relación entre las creencias de incontrolabilidad y el SCS estarían mediadas por las necesidades interpersonales. Por último, se esperaba encontrar que las creencias de incontrolabilidad, las necesidades interpersonales y el SCS predecirían la ideación suicida.

Se ha llevado a cabo a través de un estudio prospectivo de dos tiempos, con un seguimiento longitudinal de 4 meses en población comunitaria adulta reclutada mediante la plataforma Prolific (https://www.prolific.co), y que consistía en la cumplimentación de una batería de cuestionarios de autoinforme.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 3. Estudios que avalan la tesis doctoral.

Estudio	Muestra	Variables estudiadas	Diseño	Análisis estadísticos
1.Relationship Between Emotion Regulation and Suicide Ideation and Attempt in Adults and Adolescents: A Systematic Review	76 estudios	Ideación suicida Intento suicida Estrategias de regulación emocional Procesos de regulación emocional	Revisión sistemática	Revisión teórica
2. Modeling the Associations between Emotion Regulation, Suicide Crisis Syndrome and Suicidal Behavior: Results in community and clinical samples	Estudio 1 (Muestra comunitaria): N=421 (122 hombres; 28,98% y 299 mujeres; 71,02%) *M*= 31.15 *SD*= 11.79 Estudio 2 (Muestra clínica): N=70 (19 hombres; 27,14% y 51 mujeres; 72,86%) *M*= 31.74 *SD*= 10.26	Creencias emocionales de incontrolabilidad Rumiación SCS Ideación suicida Intento suicida	Transversal	Análisis correlacional de Pearson Modelado de ecuaciones estructurales
3. Beliefs about the Uncontrollability of Emotions and Interpersonal Needs as Predictors of Suicide Crisis Syndrome	N= 276 (50.4% hombres) *M*= 39.01 *SD*= 13.15	Creencias de incontrolabilidad emocional SCS Ideación suicida Necesidades interpersonales (percepción de carga para los demás y pertenencia frustrada)	Longitudinal (seguimiento 4 meses)	Análisis correlacional de Pearson Cross-laged panel model Análisis de mediación

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CAPÍTULO 3

ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA TESIS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ESTUDIO 1

RELACIÓN ENTRE LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Y LA IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO EN ADULTOS Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

5. ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA TESIS DOCTORAL

5.1. **Estudio 1:** Relación entre la regulación de las emociones y la ideación e intento de suicidio en adultos y adolescentes: Una revisión sistemática

RESUMEN

Introducción: El suicidio es una de las principales causas de muerte en adultos y adolescentes, por lo que es necesario realizar investigaciones centradas en identificar los factores de riesgo para el comportamiento suicida. En los últimos años, la regulación emocional, principalmente la presencia de dificultades para regular las propias emociones negativas, se ha asociado con resultados negativos en la salud mental. **Objetivo:** El propósito de este estudio fue revisar sistemáticamente la evidencia disponible sobre la asociación entre la regulación emocional y el suicidio (ideación e intento) tanto en adultos como en adolescentes. **Método:** Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos científicos publicados en inglés y español a través de las bases de datos PsycINFO, MEDLINE, Scopus y la Biblioteca Cochrane. **Resultados:** Se identificaron 76 estudios elegibles, de los cuales 70 informaron que las personas con dificultades en la regulación emocional reportaron niveles más altos de ideación suicida y más intentos de suicidio. Los resultados fueron consistentes en adolescentes y adultos, en muestras de población clínica y comunitaria, y los estudios evaluaron tanto los procesos como las estrategias de regulación emocional. Sin embargo, pocos estudios fueron longitudinales y la mayoría de ellos se realizaron con mujeres. **Conclusiones:** Se discuten las implicaciones teóricas de los resultados, sugiriendo que los modelos psicológicos actuales podrían beneficiarse al considerar las diferencias individuales en la regulación emocional para comprender por qué las personas se involucran en comportamientos suicidas. También se discuten las implicaciones clínicas.

Palabras clave: Regulación emocional, suicidio, revisión sistemática.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Introducción

El comportamiento suicida se conceptualiza como una *"gama de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio o la ideación, la planificación del suicidio, el intento de suicidio y el suicidio en sí"* (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2014, p.12). Es la decimoquinta causa de muerte en la población general, representando el 1,4% de todas las muertes (OMS, 2014) y la segunda entre las personas de 15 a 24 años (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2016). En consecuencia, la investigación dirigida a identificar predictores de suicidio es muy necesaria (Bender et al., 2011).

Varios modelos teóricos explican el suicidio desde diferentes perspectivas. Desde el enfoque psicológico, una de las teorías más contemporáneas y completas es la teoría Interpersonal Psicológica del Suicidio (IPTS; Joiner, 2005). Este modelo enfatiza tres factores clave: la carga percibida (sensación de ser una responsabilidad para los demás), la pertenencia frustrada (soledad y la ausencia de cuidado recíproco) y la capacidad de suicidio (capacidad para vencer el instinto de autopreservación). Los sentimientos de carga y baja pertenencia pueden generar deseo de suicidio; sin embargo, las personas también deben tener la capacidad de llevar a cabo autolesiones letales, lo cual es el resultado de una exposición repetida a experiencias dolorosas y provocativas (por ejemplo, autolesiones no suicidas, abuso físico...). Una revisión sistemática y un metaanálisis examinaron estas vías propuestas, mostrando una relación significativa entre la interacción de la pertenencia frustrada, la carga percibida y la capacidad para el suicidio con intentos de suicidio previos. Sin embargo, los tamaños del efecto para estas interacciones fueron modestos (Chu et al., 2017).

El IPTS es ampliado por la propuesta teórica de otro modelo, el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo del Comportamiento Suicida (IMV; O'Connor, 2011). Este

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

modelo distingue entre una fase motivacional (formación de la ideación/intención) y una fase volitiva (acción conductual). Contribuye al modelo IPTS de Joiner al enfatizar la relevancia de los sentimientos de estar atrapado, que son desencadenados por evaluaciones de derrota/humillación, y la influencia de moderadores volitivos (por ejemplo, impulsividad, acceso a métodos o capacidad para el suicidio, entre otros). Varios estudios han buscado evidencia empírica que avale el IMV o sus componentes (Dhingra et al., 2015; O'Connor et al., 2012), mostrando que los principales componentes del modelo (derrota y sensación de atrapamiento) están asociados con el suicidio (O'Connor et al., 2013; Owen et al., 2018; Wetherall et al., 2019).

Si bien el IPTS y el IMV han mejorado nuestra comprensión sobre el suicidio, sigue siendo en muchos aspectos impredecible (Leavey et al., 2017). Por lo tanto, es importante aumentar los esfuerzos para identificar factores adicionales que expliquen el suicidio. Un factor común de las variables clave del IPTS y el IMV, como la carga percibida, la pertenencia frustrada, la desesperanza o la sensación de derrota y atrapamiento, es que todas están asociadas con la experiencia de angustia emocional. La investigación ha demostrado que las personas difieren en la forma en que regulan sus emociones y la angustia emocional (Gross, 1998), y que las diferencias individuales en la regulación emocional son un factor de riesgo transdiagnóstico implicado en psicopatología (Aldao et al., 2010; Fernández et al., 2016). Desde esta perspectiva, la investigación sobre la regulación emocional ayudaría a comprender mejor por qué las personas presentan o aumentan su comportamiento suicida (Eaddy et al., 2019; Mayorga et al., 2018).

Según Gross (1998), la regulación emocional se refiere a los procesos mediante los cuales influimos en qué emociones tenemos, cuándo las tenemos, y cómo las experimentamos y expresamos. Según el Modelo Procesual de la Regulación Emocional

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

(Gross, 1998, 2002, 2014), una variable clave son las estrategias de regulación emocional, definidas como las acciones conductuales y cognitivas mediante las cuales los individuos regulan sus emociones (Gross, 1998, 2008). Las personas pueden usar diferentes estrategias de regulación en diferentes puntos del proceso emocional. Gross (1998, 2002, 2014) propone cinco familias de estrategias: *selección de la situación* (acercarse o evitar algunos lugares, personas o cosas como una forma de regular emociones), *modificación de la situación* (cambio intencional o ajuste de la situación para modificar el impacto emocional), *despliegue atencional* (la persona selecciona los aspectos de la situación en los que centrarse), *cambio cognitivo* (modificar y seleccionar la manera de interpretar o percibir una situación determinada) y, finalmente, *modulación de la respuesta* (cuando una respuesta emocional ha sido generada, la persona intenta influir para regularla). Una pregunta sobre la que se ha centrado la investigación sobre regulación emocional es si las personas con problemas de salud mental son más propensas a usar estrategias en este proceso que son menos efectivas para regular su afecto.

En la literatura sobre el tema, los trastornos psicológicos, usualmente se han asociado de forma positiva con el uso de diferentes estrategias de regulación, llamadas "desadaptativas", como la rumiación, la supresión de emociones, la preocupación, la catastrofización, o la evitación. Por otro lado, otras estrategias comúnmente llamadas estrategias "adaptativas", como la reevaluación cognitiva, la aceptación, o la resolución de problemas, se han relacionado con resultados más positivos (Aldao et al., 2010; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012). Diferentes líneas de investigación han tenido como objetivo examinar qué procesos están implicados en la selección y mantenimiento de estas estrategias "desadaptativas" (Gross, 2014). Se ha encontrado que diferentes factores como la falta de conciencia y claridad sobre las emociones, la falta de percepción emocional, el acceso limitado a las estrategias de regulación o las expectativas negativas sobre la

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

capacidad de regular las emociones, entre otros, se asocian con el uso de estrategias desadaptativas (Kwon et al., 2020; Vine et al., 2014) y niveles superiores de psicopatología (Lavender et al., 2015; McLaughlin et al., 2007; Tull et al., 2007; Weinberg y Klonsky, 2009).

En conjunto, tanto las estrategias específicas de regulación como los procesos que influyen en la selección y mantenimiento de estas estrategias podrían ser relevantes para comprender el suicidio. Según algunos modelos del suicidio, como el IPTS y el IMV, determinadas variables que generan malestar (por ejemplo, carga percibida, pertenencia frustrada, desesperanza o sensación de atrapamiento) están asociadas con respuestas emocionales negativas, y la existencia de dificultades en su regulación puede estar implicada en la aparición de ideación suicida y/o intentos de suicidio.

Nuestro estudio

Si bien enfoques psicológicos como el IPTS y el IMV han ayudado a comprender mejor el suicidio, se necesita ampliar el foco en la investigación para obtener una respuesta más completa sobre la razón por la que algunas personas deciden quitarse la vida. Un análisis más detenido de qué procesos y estrategias de regulación emocional están asociados con el comportamiento suicida puede ayudar a comprenderlo.

Existen revisiones sistemáticas previas que han examinado las asociaciones entre el suicidio y algunas estrategias específicas de regulación (por ejemplo, rumiación; Rogers y Joiner, 2016) o constructos relacionados con la regulación emocional (por ejemplo, inteligencia emocional; Domínguez-García y Fernández-Berrocal, 2018). Sin embargo, hasta donde sabemos, ningún estudio previo ha examinado las relaciones entre la regulación emocional y el suicidio. Teniendo esto en cuenta, y considerando el creciente interés en la investigación sobre el suicidio en los últimos años, realizamos una

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

revisión sistemática de la literatura sobre esta relación. Nuestro objetivo principal fue lograr una visión global y desarrollar una imagen clara del estado actual de la investigación sobre la relación entre la regulación emocional y el suicidio (tanto la ideación suicida como el intento de suicidio), con el fin de permitirnos considerar la posibilidad de complementar los estudios existentes e incorporar nuevas futuras líneas de investigación.

Método

Selección de estudios

Se realizaron búsquedas sistemáticas en cuatro bases de datos psicológicas y médicas (PsycINFO, Scopus, MEDLINE y la Biblioteca Cochrane) del 10 al 12 de junio de 2021. Para la realización de la búsqueda se incluyeron artículos publicados en inglés o español en revistas científicas, sin límite en los años de publicación. Para regulación emocional, en la búsqueda de artículos se utilizó la siguiente combinación de términos: ‘‘emotion* dysregulation’’, ‘‘emotion* regulation’’, ‘‘affective regulation,’’ ‘‘affective dysregulation’’, ‘‘mood regulation’’ AND ‘‘suicid*’’, ‘‘suicide attempt’’, ‘‘suicid* ideation’’, ‘‘suicid* behavior’’, ‘‘behavioral suicide’’. Se realizaron búsquedas en todos los términos como palabra clave o como término en el título o resumen, así como se utilizó en los términos MeSH y Thesaurus en MEDLINE y PsycINFO, respectivamente.

Criterios de inclusión y exclusión

El primer criterio de inclusión consistió en considerar únicamente estudios empíricos sobre la relación entre regulación emocional y el suicidio; así, se excluyeron estudios teóricos, revisiones y metaanálisis. Nos centramos en estudios que examinaron, por un lado, los procesos asociados con la regulación emocional (por ejemplo, claridad emocional, expectativas negativas de la regulación emocional o desregulación

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

emocional), y, por otro lado, estrategias específicas de regulación (por ejemplo, rumiación, supresión, reevaluación cognitiva). Por lo tanto, los estudios incluidos tenían que evaluar procesos y/o estrategias de regulación emocional utilizando medidas validadas de regulación. Esto nos llevó a excluir estudios que evaluaban otros constructos relacionados con la regulación emocional, como la urgencia negativa, la tolerancia a la angustia o las estrategias de afrontamiento. Incluimos estudios que examinaron ideación suicida y/o intentos de suicidio, excluyendo estudios que investigaban otras variables relacionadas (por ejemplo, actitudes hacia el suicidio o autolesiones no suicidas). En aquellos estudios que medían el suicidio en general, en términos de probabilidad de suicidio o riesgo de suicidio, examinamos si reportaban resultados específicos que midieran ideación y/o intento. Se incluyeron estudios con muestras clínicas y no clínicas, así como con población adolescente y adulta.

Búsquedas bibliográficas

La búsqueda en las bases de datos permitió identificar 1695 estudios relevantes (Figura 7): 700 en MEDLINE, 870 en PsycINFO, 863 en Scopus y 129 en la Biblioteca Cochrane. Después de eliminar los artículos duplicados, quedaron 1367 estudios potencialmente elegibles. Dos autoras del estudio revisaron títulos y resúmenes de los estudios en paralelo y excluyeron 1189, lo que resultó en un total de 178 estudios. La mayoría de las publicaciones en esta etapa se excluyeron porque no examinaban la relación entre la regulación emocional y el suicidio. En el siguiente paso, se leyeron los artículos completos y 76 cumplieron con los criterios presentados anteriormente. La mayoría de los artículos excluidos en esta etapa fueron estudios que medían otros constructos relacionados con la regulación de las emociones, pero no evaluaban procesos o estrategias de regulación (por ejemplo, urgencia negativa, tolerancia a la angustia o estrategias generales de afrontamiento), o el suicidio como un constructo que no medía una verdadera

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

intención suicida (por ejemplo, autolesiones no suicidas, actitudes hacia el suicidio). Toda la selección se realizó de forma independiente por dos investigadores (con un 90% de acuerdo); en caso de desacuerdo, se consultaba a un tercer investigador.

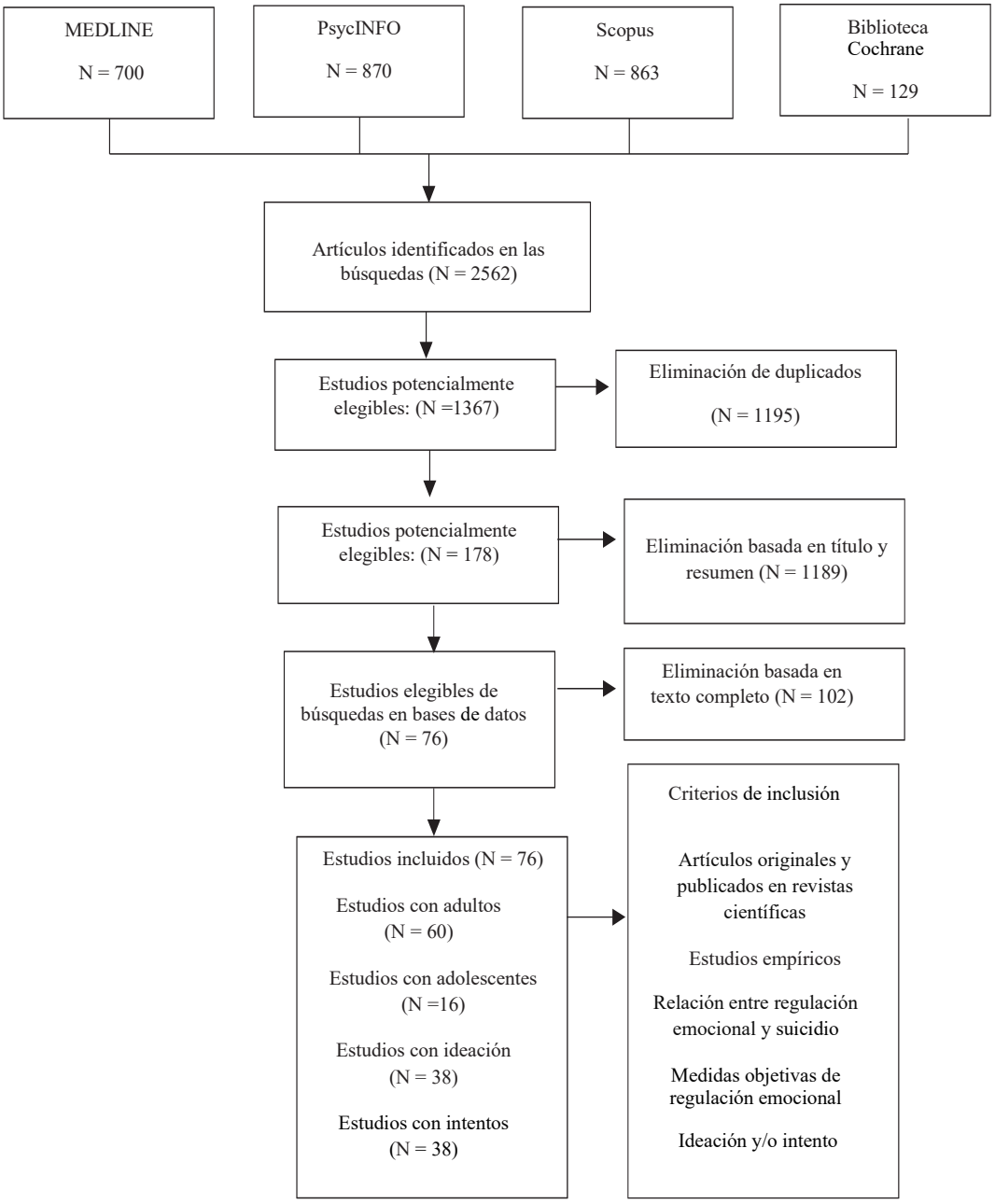

Figura 7. Diagrama de flujo del proceso de selección del estudio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Características generales de los estudios incluidos

La información clave sobre los estudios revisados se encuentra en la Tabla 4 (regulación emocional e ideación suicida en adultos y jóvenes adultos), Tabla 5 (regulación emocional e ideación suicida en adolescentes), Tabla 6 (regulación emocional e intento de suicidio en adultos y jóvenes adultos) y Tabla 7 (regulación emocional e intento de suicidio en adolescentes). Estas tablas describen el tamaño y las características de la muestra, las medidas utilizadas, el diseño empleado y los hallazgos principales de cada estudio. Las muestras de estudio incluyeron tanto población clínica como población comunitaria. En total, 38 estudios examinaron la regulación emocional e ideación suicida, 28 fueron con adultos (11 con muestras clínicas, 16 con población comunitaria y uno con una muestra comunitaria y otra clínica), y 10 con adolescentes (3 con muestras clínicas, 6 con población comunitaria y uno con ambas).

En total, 38 estudios investigaron la regulación emocional e intento de suicidio: 32 fueron con adultos (15 con muestras clínicas, 14 con muestras de población comunitaria y 3 con muestras tanto clínicas como de población comunitaria), y 6 con adolescentes (3 con muestras clínicas, uno con una muestra de población comunitaria y 2 con muestras tanto clínicas como de población comunitaria). Todos los estudios utilizaron un diseño transversal, excepto cuatro estudios longitudinales (Khurana y Romer, 2012; Kuehn et al., 2020; Miranda et al., 2013; Raudales et al., 2020) y dos estudios que llevaron a cabo tanto diseños transversales como longitudinales (Quintana-Orts et al., 2020; Rania et al., 2021). En una gran proporción de los estudios, las muestras estaban compuestas principalmente por participantes de género femenino.

En cuanto a los procesos y estrategias de regulación de las emociones, 57 estudios investigaron los procesos subyacentes a la regulación, 15 estudios se centraron en las estrategias y los 4 restantes investigaron ambos (Crespo-Delgado et al., 2020; Fadoir et

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

al., 2019; Mallorquí-Bagué et al, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019). La medida de regulación emocional más utilizada en estos estudios fue la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004), utilizada en 44 estudios. Esta escala evalúa diferentes procesos (conciencia, claridad, no aceptación, impulso, metas y estrategias) y ofrece un índice total de desregulación emocional. En cuanto a las medidas de suicidio, se utilizaron una amplia gama de medidas.

Resultados

Estudios de *Regulación Emocional* e *Ideación Suicida en Adultos y Adultos Jóvenes*

Un total de 28 estudios investigaron las relaciones entre la regulación emocional y la ideación suicida en adultos y jóvenes adultos (ver Tabla 4), de los cuales 11 utilizaron muestra clínica, 16 se realizaron en población comunitaria y un estudio empleó ambas muestras. Todos los estudios utilizaron un diseño transversal, excepto dos (Khurana y Romer, 2012; Raudales et al., 2020), que llevaron a cabo estudios longitudinales de seguimiento de un año y seis meses, respectivamente.

En lo que respecta a las muestras clínicas, la mayoría de los estudios se centraron en los procesos y los evaluaron a través de la escala DERS (Gratz y Roemer, 2004). Los investigadores encontraron en general que la desregulación emocional se correlacionaba positivamente con la ideación suicida en varios problemas de salud mental, como el trastorno bipolar, el trastorno de personalidad límite, los problemas de uso de cannabis y los trastornos alimentarios (ver Tabla 4). Rogers y Joiner (2016) encontraron que la percepción de ser una carga explicaba la relación entre la desregulación afectiva y la ideación suicida y Raudales et al. (2020) mostraron que la desregulación emocional general elevada predecía significativamente un aumento en la ideación suicida a los seis meses de seguimiento. En cuanto al uso de estrategias, las personas con ideación suicida

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

mostraron un mayor uso de estrategias de regulación desadaptativas (por ejemplo, la supresión de emociones negativas) y puntuaciones más bajas en el uso de la reevaluación cognitiva (Azadi et al, 2020; Forkmann et al., 2014; Lynch et al., 2004).

Con respecto a los estudios centrados en los procesos de regulación en población comunitaria, todos, excepto el de Cheung et al., (2019) mostraron asociaciones positivas entre la desregulación emocional y la ideación suicida. Estos resultados fueron consistentes utilizando diferentes medidas de regulación e ideación, así como diseños de estudio tanto transversales como longitudinales. Además, la desregulación emocional medió significativamente la relación entre el trauma infantil y la ideación (Lemaigre y Taylor, 2019). Se encontraron efectos directos e indirectos de la desregulación emocional en la ideación suicida a través del aumento de las preocupaciones cognitivas relacionadas con la sensibilidad a la ansiedad (Tucker et al., 2016). La falta de claridad emocional y el acceso a estrategias de regulación de las emociones explicaron las relaciones positivas entre las preocupaciones y esfuerzos perfeccionistas y la ideación (Zeifman et al., 2020).

Además de los estudios que exploraron la regulación emocional como proceso, otros cinco se centraron en explorar las estrategias de regulación de supresión y reevaluación cognitiva (Amazue et al., 2019; Flores-Kanter et al., 2019; Franz et al., 2021; McLafferty et al., 2020; Ortiz et al., 2019). Los resultados sugieren una relación positiva entre las estrategias de supresión y la ideación, y una asociación negativa con la reevaluación cognitiva. Sin embargo, el estudio de Franz et al. (2021) mostraron resultados apuntando que niveles más altos de reevaluación y supresión estaban asociados con menor estrés e ideación suicida. Además, otras estrategias cognitivas (rumiación y catastrofización) influyeron significativamente en el desarrollo de la ideación suicida (Flores-Kanter et al., 2019).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 4. Ideación suicida en adultos y jóvenes adultos

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Población clínica (N=11) **Lynch et al. (2004)**	77 pacientes de avanzada edad con depresión	Mujeres: 62.3% Edad: M= 69.51 SD= 6.16	ASIQ	WBSI	Supresión de pensamientos no deseados Inhibición emocional	Transversal	Los resultados mostraron correlaciones positivas moderadas entre la ideación suicida y los intentos de suprimir pensamientos no deseados e inhibir la expresión emocional.
Forkman n et al. (2014)	232 pacientes hospitaliza dos con diversos trastornos mentales	Mujeres: 69.4% Edad: M= 37.5 SD= 13.4	A los pacientes hospitaliza dos se les pidió que estuvieran de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación : "A veces pienso en el suicidio"	ERQ	Reevaluación cognitiva Supresión expresiva	Transversal	Los resultados revelaron que los pacientes que informaron tener ideación suicida mostraron puntuaciones significativamente más bajas en reevaluación cognitiva. Hubo una relación positiva moderada entre la supresión expresiva y la ideación. Los pacientes que informaron ideación hacían mayores esfuerzos por suprimir las emociones negativas.
Rogers y Joiner (2017)	169 pacientes ambulatori os en una clínica psicológic a universitar ia.	Mujeres: 62.7% Edad: 18-71 M= 26.05 SD = 10.08	SSI	Tres rasgos de personalid ad del PID-5 Subescala de búsqueda de tranquilida d del DIRI-RS	Desregulació n afectiva	Transversal	La relación entre la desregulación afectiva y la ideación suicida fue completamente explicada por la carga percibida.
Rufino et al. (2017)	156 individuos con diagnóstic o de TLP 3 grupos: Bajo deterioro (n= 41) Desregulac ión global (n=69) Emocio-nalmente consciente (n=46)	Mujeres: 61.8% Edad: 18-70 M = 29.43 SD = 11.48	C-SSRS	DERS	Desregulació n emocional	Transversal	El grupo de desregulación global informó significativamente más ideación suicida que los grupos de bajo deterioro o emocionalmente consciente.
Rufino et al. (2018)	432 pacientes psiquiá-tricos hospitali-zados con trastornos de la alimenta-ción (TA)	Mujeres: 78.2% Edad: 18-65 M = 28.59 SD = 10.72	C-SSRS	DERS	Desregulació n emocional	Transversal	La dificultad con la RE se relacionó positiva y significativamente con la ideación suicida (ideación pasiva, ideación activa e intensidad de la ideación). Además, niveles más altos de insatisfacción corporal en pacientes con TA se relacionaron con un aumento en la ideación suicida después de controlar la depresión y la desregulación emocional.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 4. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Mohammadzadeh et al. (2019)	310 hombres con diagnóstico de dependencia a la heroína	Hombres: 100% Edad: 15-65 M =34.58 SD = 9.6	No especifica-do	DERS CERQ-Short	Desregulación emocional Estrategias cognitivas de RE	Transversal	La percepción de trauma infantil estuvo indirectamente asociada con la ideación suicida a través de algunas dimensiones de las dificultades de RE: la falta de aceptación de las respuestas emocionales, el acceso limitado a estrategias de regulación, la falta de conciencia emocional y las estrategias cognitivas de RE, como la baja reevaluación positiva.
Palagini, Cipollone y Masci (2019)	120 adultos divididos en dos grupos: Pacientes con trastorno bipolar (TB) en un episodio depresivo de tipo II con características mixtas (n = 85) Controles sanos (n = 35)	Partici-pantes con TB: Mujeres: 62.4% Edad: M = 47.9 SD = 12.2 Controles sanos: Mujeres: 63.8% Edad: M=48.4 SD =13	SSI	DERS	Desregulación emocional	Transversal	El análisis univariado en sujetos con TB mostró una correlación positiva entre la tendencia suicida y la disfunción en la RE, especialmente en lo que respecta a la impulsividad emocional y a las dificultades en las estrategias reguladoras. El grupo de controles sanos no mostró correlaciones significativas. Los sujetos con TB presentaron puntuaciones significativamente más altas en la Escala DERS y en las puntuaciones totales de la Escala SSI.
Palagini, Cipollone y Moretto (2019)	77 sujetos con trastorno bipolar (TB) tipo II. Dos grupos: Sujetos con TB e insomnio (n=54) Sujetos con TB sin insomnio (n=23)	Pacientes con TB e insomnio: Mujeres: 62.3% Edad: M= 47.6 SD: 12 Pacientes con TB sin insomnio: Mujeres: 63.8% Edad: M=50.3 SD: 13	SSI	DERS	Desregulación emocional	Transversal	El análisis univariado en sujetos con TB mostró una correlación positiva entre la ideación suicida y la desregulación emocional. Además, la impulsividad emocional medió la asociación entre los síntomas de insomnio y la ideación suicida.
Azadi et al. (2020)	300 individuos con historia de suicidio	Mujeres: 66.7% Edad: 14-62 M = 27.4 SD = 9.00	BSSI	CERQ-Short	Estrategias cognitivas de RE adaptativas y desadaptativas.	Transversal	Un alto sistema de inhibición conductual (sistema neuropsicológico) se asoció indirectamente con la ideación suicida actual a través del uso de estrategias de RE cognitiva desadaptativas.
Orr et al. (2020)	431 adultos que usan opioides con dolor crónico.	Mujeres: 74.60% Edad: M= 38.98 SD= 11.23	Pregunta 9 sobre la presencia de ideación suicida del BDI	DERS-16	Desregulación emocional	Transversal	Los resultados indicaron una relación indirecta significativa entre problemas de uso de cannabis, ansiedad, depresión e ideación suicida a través de la RE.
Raudales et al. (2020)	298 participantes seleccionados de un ensayo clínico aleatorio con riesgo elevado de suicidio.	Mujeres: 54% Edad: 18–79 M = 36.28 SD = 16.11	BSSI SHF	DERS	Desregulación emocional	Longitudinal (seguimiento de seis meses).	La alta desregulación emocional general (pero no las subescalas) predijo significativamente un aumento en la ideación suicida en el seguimiento de seis meses, después de tener en cuenta la ideación inicial, la afectividad negativa y la condición de tratamiento. Además, la desregulación emocional general, así como las subescalas de falta de conciencia y claridad, se asociaron significativamente con intentos de suicidio previos en el punto de partida, después de considerar la afectividad negativa.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 4. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ Estrategias RE	Diseño	Resultados
Población comunita-ria (n=16)							
Khurana y Romer (2012)	710 jóvenes	Hombres: 51% Edad: M= 18 SD= 2.3	Ítem tomado de la YRBS: "¿Con qué frecuencia, (si alguna vez) has considerado o seriamente intentar suicidarte?	RSQ	Control emocional	Longitudinal (seguimiento de 1 año)	La RE predijo una reducción en la ideación suicida tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, el efecto de la RE se canalizó a través de su uso en el seguimiento y fue mediado por la reducción de los síntomas depresivos y el estrés percibido, lo que condujo a una reducción en la ideación suicida.
Tucker et al. (2016)	131 estudiantes universitar ios	Mujeres: 74.8% Edad:18–53 M=19.70	Subescala de Suicidali-dad del HDSQ-SS	Subes-cala de regula-ción afectiva del FFBI	Desregulación emocional	Transversal	La desregulación afectiva se correlacionó positiva y significativamente con la ideación suicida. Análisis de *bootstrapping* indicaron que las subescalas del FFBI tenían efectos indirectos en la ideación a través del aumento de las preocupaciones cognitivas de la sensibilidad a la ansiedad.
Mayorga et al. (2018)	448 estudiantes universitar ios latinos	Mujeres: 78.3% Edad:18-25 M = 20.67 SD = 1.96	Subescala de suicidabili dad del IDAS	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Los resultados mostraron que la correlación entre la RE y la tendencia suicida era positiva y significativamente alta. Además, hubo un efecto indirecto del estrés de aculturación a través de las dificultades en la RE en los síntomas de tendencia suicida tanto en hombres como en mujeres.
Amazue et al. (2019)	473 estudiantes de enfermería	Mujeres: 87.7% Edad: 18-38 M = 24.5 SD = 3.0	SIDAS	ERQ	Reevaluación cognitiva Supresión emocional	Transversal	Una alta reevaluación cognitiva atenúa la relación positiva entre el dolor mental y la ideación suicida, mientras que una alta supresión expresiva potencia la relación positiva entre el dolor mental y la ideación suicida.
Cheung et al. (2019)	422 estudiantes de Hong Kong	Edad: 18-38 M = 20.70 SD = 2.63	SPS	Subes-cala de RE del FDCS	Regulación emocional	Transversal	Las estrategias de afrontamiento de RE y la ideación suicida no tuvieron una relación significativa.
Decker et al. (2019)	278 veteranos del ejército reclutados en un estudio de encuesta	Hombres: 70.6% Edad: M= 20.26 SD= 18.5	C-SSRS	DERS	Desregulación emocional	Transversal	La desregulación emocional se asoció con la ideación suicida en los últimos tres meses y con intentos de suicidio en la vida.
Flores-Kanter et al. (2019)	2164 argentinos	Mujeres: 72.1% Edad: 19-60	Ítem: "Para evitar que las cosas empeoren, creo que el suicidio es la solución" del ISO-30	CERQ	Estrategias cognitivas de RE	Transversal	Las estrategias cognitivas de RE (rumiación y catastrofismo) tuvieron una mayor contribución a la ideación suicida.
Knorr et al. (2019)	1178 estudiantes con autolesión: Sin historial de comporta mientos suicidas (n=288) Ideación Suicida (n=386) Plan de suicidio (n=237) Intento de suicidio (n=154)	Mujeres: 68.7% Edad: 18-35 M= 20.63 SD= 2.73	SBQ-R	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Mayores dificultades en el control de impulsos y un acceso más limitado a las estrategias de RE distinguieron a aquellos con mayores pensamientos y comportamientos suicidas. En cambio, no hubo una diferencia significativa en las puntuaciones de conciencia informadas del DERS entre los grupos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 4. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Lemaigre y Taylor (2019)	86 hombres adultos reclutados del Proyecto SHARE	Hombres: 100% Edad: 18-69 M= 41.9 SD= 12.10	SBQ-R	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Hubo una correlación positiva significativa entre la desregulación emocional y la tendencia al suicidio (ideación suicida a lo largo de la vida, frecuencia de ideación suicida en el último año, amenaza de intento de suicidio y probabilidad de suicidio futuro). Además, la desregulación emocional medió de manera significativa la relación entre el trauma infantil y la tendencia al suicidio.
Ortiz et al. (2019)		Hombres: 55.6% Edad: 18-72 M= 33.27 SD= 10.75	DSI-SS	ERQ	Reevaluación cognitiva Supresión emocional	Transversal	La supresión expresiva medió la relación entre los síntomas de trastornos alimentarios y la ideación suicida actual. Sin embargo, no se encontró ninguna relación con la reevaluación cognitiva.
Gómez-Romero et al. (2020)	350 estudiantes universi-tarios	Mujeres: 71.4% Edad: 17-28 M= 21.13 SD= 6.15	SBQ-R	Subesca la de RE del TMMS	Regulación emocional	Transversal	Los participantes con niveles más altos de RE mostraron niveles más bajos de comportamiento suicida (ideación e intento de suicidio) y de procrastinación académica.
McLaffert y et al. (2020)	739 estudiantes universi-tarios de primer año.	Mujeres: 62.5% Edad: 18-49 M= 20.69 SD= 5.31	Ítems del SITBI	ERQ	Reevaluación cognitiva Supresión emocional	Transversal	Las estrategias de RE adaptativas se asociaron con niveles más bajos de comportamiento suicida. Además, la supresión medió positivamente la asociación entre el exceso de control parental y una variedad de trastornos psicológicos y comportamiento suicida.
Raudales et al. (2020)	465 veteranos militares expuestos al trauma, reclutados de una plataforma de crowdsour cing en Internet.	Hombres: 71.4% Edad: 18-76 M= 38.00 SD= 11.45	SBQ-R	DERS-16 DERS-P	Regulación de emociones negativas y positivas	Transversal	Los resultados mostraron efectos interactivos significativos entre los síntomas de trastorno de estrés postraumático y la desregulación en la RE positivas (falta de aceptación de emociones positivas, dificultades para mantener comportamientos dirigidos a objetivos cuando se experimentan emociones positivas y las dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se experimentan emociones positivas) en los pensamientos y comportamientos suicidas. Los síntomas de trastorno de estrés postraumático estaban más relacionados con los STB en niveles altos de disfunción en la regulación de emociones positivas.
Zeifman et al. (2020)	130 estudiantes universi-tarios	Mujeres: 83.1% Edad: 17-57 M= 21.04 SD= 6.30	BSSI	DERS	Desregulación emocional	Transversal	La RE (específicamente la claridad emocional y el acceso a estrategias de RE) explicó las relaciones positivas entre las preocupaciones perfeccionistas y los esfuerzos perfeccionistas, y la ideación suicida.
Douglas et al. (2021)	156 estudiantes universi-tarios	Mujeres: 74.4% Edad: 18–33	SBQ-R	DERS Desregulación emocional		Transversal	Se encontró un efecto indirecto de la estigmatización del peso en el riesgo de suicidio a través de la RE. Una mayor estigmatización del peso se asoció con una mayor RE, que a su vez se relacionó con un mayor riesgo de suicidio.
Franz et al. (2021)	46 adultos que habían intentado el suicidio, reclutados de foros en línea relaciona-dos con el suicidio	Mujeres: 78.2% Edad: 18-38 M=23.40 SD=4.36	Cada noche, los partici-pantes respon-dieron tres preguntas del BSSI	ERQ	Reevaluación cognitiva Supresión emocional	Transversal	Niveles más altos de reevaluación y supresión se asociaron con menos estrés y pensamientos suicidas.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 4. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Población clínica y comunita-ria (N=1) Ponzoni et al. (2021)	Dos grupos: 70 sujetos reclutados en servicios de salud mental y 154 adultos reclutados a través de un muestreo en cadena.	Muestra clínica: Mujeres: 55.9% Edad: M= 35.18 SD= 15.62 Grupo control: Mujeres: 58.8% Edad: M=27.41 SD= 12.17	BSSI	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Las puntuaciones del BSSI se correlacionaron significativamente con todas las dimensiones de DERS, excepto la conciencia. La desregulación emocional moderó la relación entre el narcisismo vulnerable y el comportamiento suicida.

Nota. RE: Regulación Emocional; ASIQ: Cuestionario de Ideación Suicida en Adultos; BDI: Inventario de Depresión de Beck; BSSI: Escala de Beck para la Ideación Suicida; CERQ: Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva; CERQ-Short: Versión Corta del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva; C-SSRS: Escala de Severidad de Suicidio de Columbia; DERS: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional; DERS-P: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional - Aspecto Positivo; DIRI-RS: Inventario de Relaciones Interpersonales Depresivas - Escala de Suicidio; DSI-SS: Subescala de Suicidio del Inventario de Síntomas Depresivos; ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional; FDCS: Escala de Dimensiones Funcionales del Afrontamiento; FFBI: Inventario de Cinco Factores de la Personalidad Limítrofe; HDSQ-SS: Cuestionario de Síntomas de Desesperanza y Depresión - Subescala de Suicidio; ISO – 30: Inventario de Orientación Suicida; IDAS: Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad; PID-5: Inventario de Personalidad para el DSM-5; RSQ: Cuestionario de Respuesta al Estrés; SBQ-R: Cuestionario de Conductas Suicidas-Revisado; SHF: Formulario de Historial de Suicidio; SIDAS: Escala de Atributos de Ideación Suicida; SPS: Escala de Probabilidad de Suicidio; SSI: Escala para Ideación Suicida; TMMS: Escala de Metaemociones; WBSI: Inventario de Supresión del Oso Blanco; YRBS: Encuesta de Comportamientos de Riesgo en la Juventud.

Finalmente, Ponzoni et al. (2021) encontraron que la ideación se correlacionaba significativamente con todas las dimensiones de la escala DERS en muestras clínicas y de población comunitaria, y que la desregulación emocional moderaba la relación entre el narcisismo y la ideación.

Estudios de Regulación Emocional e Ideación Suicida en Adolescentes

La revisión sistemática identificó un total de diez estudios (3 con muestras clínicas, 6 con muestras de población comunitaria y uno con ambas muestras). Estos estudios relacionaron la regulación emocional y la ideación suicida en adolescentes, utilizando un diseño transversal. Únicamente uno de ellos mostró también datos longitudinales centrados en las estrategias de regulación emocional de tipo cognitivo (Quintana-Orts et al. 2020) (ver Tabla 5).

La desregulación emocional correlacionó positivamente con el riesgo suicida, operacionalizado como un aumento en una variable continua desde la ideación no específica hasta la ideación activa con un plan, en adolescentes con problemas mentales

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

(Eaddy et al., 2019). Rodríguez y Kendall (2014) mostraron que la desregulación emocional estaba significativamente y positivamente correlacionada con niveles más altos de ideación después de controlar la sintomatología depresiva. Sin embargo, en el análisis multivariado, solo la sintomatología de ansiedad se asociaba con la ideación.

Resultados similares se encontraron en muestras de población comunitaria. Además, Khanipour et al. (2016) encontraron que solamente los problemas de control de impulsos permanecían significativamente asociados con la ideación en el modelo de regresión en una muestra de adolescentes con antecedentes de maltrato infantil. Por otro lado, Quintana-Orts et al. (2020) encontraron que las estrategias cognitivas adaptativas mediaban parcialmente la relación entre la inteligencia emocional y la ideación tanto en un estudio transversal como prospectivo.

Tabla 5. Ideación suicida en adolescentes

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Población clínica (N=3)							
O'Neil Rodriguez y Kendall (2013)	86 jóvenes con trastornos de ansiedad	Hombres: 52.3% Edad: 7–17 M = 11.50 SD = 3.09	SIQ-JR	Subescala de expresión desregu-lada del CEMS	Desregulación emocional	Transversal	En análisis univariados, la puntuación de los jóvenes en el CEMS, se correlacionó positiva y significativamente con niveles más altos de ideación suicida después de controlar la sintomatología depresiva. Sin embargo, en un análisis multivariado, solo la sintomatología de ansiedad se asoció con la ideación suicida.
Eaddy et al. (2018)	151 adolescentes de una unidad de psiquiatría para pacientes hospitalizados	Mujeres: 82.1% Edad: 12–17 M = 15.1 SD = 1.41	CHTR-SJ	DERS	Desregulación emocional	Transversal	La desregulación emocional correlacionó positivamente con el riesgo de suicidio. Además, la relación entre la desregulación emocional y el riesgo de suicidio fue explicada por la carga percibida, la capacidad para el suicidio y la gravedad de la depresión.
Viana et al. (2018)	50 adolescentes ingresados en un hospital psiquiátrico	Mujeres: 52% Edad:12–17 M = 15.1 SD = 0.51	Un ítem del M-YRBS: "¿Alguna vez has intentado suicidarte?"	Subescala de claridad emocional del DERS.	Claridad emocional	Transversal	Hubo una relación positiva entre la baja claridad emocional y la ideación suicida, y fue significativa entre los adolescentes expuestos a traumas con niveles altos de tolerancia al malestar.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 5. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Población comunitaria (N=6)							
Weinberg y Klonsky (2009)	428 adolescentes en una escuela secundaria.	Mujeres: 61% Edad: 13-17	PHQ–A	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Las puntuaciones del DERS exhibieron correlaciones positivas sólidas con el SI.
Sajadi et al. (2015)	300 estudiantes de las escuelas secundarias.	Mujeres: 50% Edad:14–18 M = 15.72 SD = 0.99	SSI	DERS	Desregulación emocional	Transversal	La desregulación emocional mostró una correlación positiva moderada con la ideación suicida.
Khanipour et al. (2016)	169 adolescentes con antecedentes de maltrato infantil. Tres grupos: Solo autolesiones (n= 69), autolesiones + intento (n=52), solo intento (n= 48).	Mujeres: 69% Edad: 12–18 M = 14.23	SPS	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Todas las subescalas del DERS (excepto la subescala de conciencia) se correlacionaron positivamente con ideación suicida. Sin embargo, en el modelo de regresión, solo los problemas de control de los impulsos tuvieron una asociación significativa con el SI.
Quintana-Orts et al. (2020)	Estudio 1: 1824 estudiantes. Estudio 2: 796 estudiantes de escuelas secundarias españolas.	Estudio 1: Mujeres: 52.4% Edad: 12-17 M= 14.55 SD= 1.67 Estudio 2: Mujeres: 54.4% Edad: 12-17 M= 13.76 SD= 1.31	FSII	CERQ WLEIS	Estrategias cognitivas de RE	Estudio 1: transveral Estudio 2: Longitudinal (seguimiento de 4 meses)	Las estrategias adaptativas de RE cognitivas mediaron parcialmente la relación entre la inteligencia emocional y la ideación suicida tanto de manera transversal como prospectivamente.
Singh y Pathak (2020)	200 estudiantes adolescentes. Tres grupos: Alta RE (n = 65) Moderada RE (n = 95) Baja RE (n = 40)	Edad:13.5-19.5 M= 6.36	SIS	ERQ	Regulación emocional	Transversal	El grupo de alta RE obtuvo la puntuación media más baja en la escala de ideación en comparación con los grupos de RE moderada y baja.
Swee et al. (2020)	1699 adolescentes y adultos jóvenes.	Mujeres: 63.6% Edad: 16-25 M= 20.24 SD= 2.45	Pregunta: "¿Pensaste en el suicidio en el último mes?"	REQ	Regulación emocional	Transversal	Todos los factores de RE, excepto el disfuncional externo, estaban asociados con ideación. Tanto la RE interna como la externa funcional estaban negativamente relacionadas con ideación, mientras que la RE interna disfuncional mostraba una relación positiva. La pertenencia medió la asociación entre la mayoría de los dominios de RE e ideación.
Población clínica y comunitaria (N=1)							
Conner et al. (2020)	330 pacientes hospitalizados con trastorno del espectro autista (TEA), 1169 jóvenes con TEA encuestados en línea de la comunidad y 1000 jóvenes representativos del censo de los Estados Unidos.	Pacientes TEA: Hombres:78.8% Edad: M= 13.19 SD= 3.37 Comunidad TEA online: Hombres:79.8% Edad: M= 12.04 SD= 3.19 Censo de los EEUU Hombres:50.6% Edad: M= 12.05 SD= 3.55	Ítem 91 del CBCL	EDI	Desregulación emocional	Transversal	En los grupos de TEA, una mayor desregulación emocional estuvo asociada con ideación suicida.

Nota. NSSI = autolesión no suicida; SA = intento de suicidio; SI = ideación suicida; CBCL= Lista de Chequeo del Comportamiento Infantil; CEMS = Escalas de Manejo Emocional Infantil; CERQ = Cuestionario de Regulación Cognitiva de Emociones; CHRT SR = Escala Concisa de Seguimiento de Riesgos de Salud Autoreportada; DERS = Escala de Dificultades en la Regulación Emocional; EDI= Inventario de Disregulación Emocional; ERQ = Cuestionario de Regulación Emocional; FSII= Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida; M-YRBS = Encuesta de Comportamiento de Riesgo Juvenil Modificada; PHQ–A = Cuestionario de Salud del Paciente-Adolescente; REQ= Cuestionario de Regulación de Emociones; SIQ-JR = Cuestionario de Ideación Suicida-Junior; SIS= Escala de Ideación Suicida; SPS = Escala de Probabilidad de Suicidio; SSI = Escala de Ideación Suicida; WLEIS= Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Regulación Emocional e Intento de Suicidio en Adultos y Jóvenes Adultos

En total, 32 estudios examinaron las asociaciones entre la regulación emocional e intentos de suicidio en adultos y adultos jóvenes (ver Tabla 6): 15 con muestras clínicas, 14 con participantes de la población comunitaria y los 3 estudios restantes con ambas muestras. De todos los estudios, 24 se centraron solo en los procesos de regulación, 5 en las estrategias y 3 estudios investigaron tanto los procesos como las estrategias de regulación. Todos estos estudios utilizaron diseños transversales, excepto dos estudios longitudinales (Kuehn et al., 2020; Miranda et al., 2013) y un estudio que utilizó tanto diseño transversal como longitudinal (Rania et al., 2021).

En cuanto a los estudios de procesos de regulación en población clínica, los estudios se llevaron a cabo con pacientes psiquiátricos que presentaban una variedad de diagnósticos clínicos (trastornos de la alimentación, dependencia del alcohol, trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de personalidad). En general, los autores encontraron correlaciones positivas entre la desregulación emocional y los intentos de suicidio, aunque no todos los estudios encontraron estas relaciones (Baer et al., 2018; Grandison et al., 2020; Silvers et al., 2016). Otros estudios examinaron el efecto tanto de los procesos de regulación emocional como de las estrategias. Mallorquí-Bagué et al. (2018) mostraron resultados sugiriendo que, en pacientes con trastornos asociados al juego, aquellos que presentaban ideación e intento de suicidio informaron de niveles más altos de desregulación emocional, una mayor frecuencia del uso de la estrategia de supresión y menor del uso de reevaluación cognitiva. Vasudeva y Singh (2017) informaron de resultados similares en 56 pacientes con actuales intentos de suicidio. Los pacientes con antecedentes de intento de suicidio mostraron niveles más bajos de reevaluación y niveles más altos de supresión que los que lo intentaban por primera vez. Por otro lado, Crespo-Delgado et al. (2020) encontraron una asociación

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

negativa entre la supresión emocional y el número de hospitalizaciones psiquiátricas y entre la autoeficacia de regulación y el número de intentos.

Tabla 6. Intento de suicidio en adultos y jóvenes adultos

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Población clínica (N= 15) **Marquart et al. (2009)**	137 pacientes psiquiátricos adultos Tres grupos: Depresivos con inentos recientes (n = 48). Depresivos con intentos pasados (n = 38) Depresivos sin intentos (n=51)	Mujeres: 67.9% Edad: 18–73	SSI	Subescala de regulación afectiva del NMR	Regulación del afecto	Transversal	El riesgo de suicidio estaba negativamente y significativamente relacionado con las expectativas de los pacientes respecto a su capacidad para controlar los estados de ánimo negativos. Los pacientes deprimidos no intentadores, los que habían intentado suicidarse en el pasado y los intentadores recientes informaron niveles similares y bajos de confianza en la capacidad para regular el estado de ánimo, aunque en los no intentadores era ligeramente más alto.
Gómez-Expósito et al. (2016)	122 mujeres adultas con bulimia Tres grupos: Pacientes solo con bulimia (n = 57) Pacientes con bulimia y con intentos de suicidio (n = 37) Pacientes con bulimia y con autolesiones (n = 28)	Mujeres: 100% Edad: M = 28.57 SD = 9.45	La pregunta: "¿Alguna vez has intentado suicidarte (con intención letal)?"	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Los pacientes en el grupo de intento de suicidio obtuvieron puntuaciones más altas que el grupo con solo bulimia en casi todas las subescalas del DERS, excepto en la subescala de falta de conciencia emocional.
Silvers et al. (2016)	60 mujeres con TLP Dos grupos: Intentadoras (n = 46) No intentadoras (n = 14)	Intentadoras: Mujeres: 100% M = 28.9 SD = 9.81 No intentadoras: M = 26.71 SD = 5.00	CSHF	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Los resultados no revelaron diferencias significativas en las puntuaciones del DERS entre las que intentaron y las que no intentaron el suicidio. Sin embargo, mostraron una activación neural diferente.
Wang et al. (2016)	184 participantes que habían experimentado hospitalizaciones psiquiátricas recientes	Hombres: 59.1% M = 37.0 SD = 10	Ítems del YRBS	TAS-20	Claridad emocional	Transversal	Además, la relación entre el estigma percibido de la enfermedad mental y la gravedad del riesgo de suicidio se aproximó a la significancia cuando los déficits en la claridad emocional eran altos.
Martin et al. (2017)	128 pacientes hospitalizados agudos con antecedentes de exposición a traumas	Mujeres: 42.6% Edad: M = 33.83 SD = 11.19	BSSI	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Las personas con mayores dificultades en la RE tenían significativamente más probabilidades de ser admitidas para hospitalización actual debido a ideas suicidas y/o intentos de suicidio.
Vasudeva y Singh (2017)	56 pacientes con un actual intento de suicidio.	Mujeres: 57% Edad: 18–60 M = 25	Los pacientes con un intento de suicidio actual fueron abordados para participar en el estudio después de que estuvieran clínicamente estables).	ERQ	Supresión emocional Reevaluación cognitiva	Transversal	Los pacientes con antecedentes previos de intentos de suicidio tuvieron una puntuación media de supresión más alta y una puntuación de reevaluación más baja que los intentadores por primera vez.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 6. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Baer et al. (2018)	186 pacientes adultos psiquiátricos militares. Dos grupos: Intentos únicos (n = 55) Múltiples intentos (n = 131)	Intentos únicos: Hombres:56.4% Edad: M = 30.64 SD = 9.31 Múltiples intentos: Hombres:67.9% Edad: M = 29.03 SD = 8.58	Items del C-SSRS	DERS	Desregulación emocional	Transversal	La presencia de múltiples intentos de suicidio y la gravedad de la ideación suicida no se asociaron con los componentes del DERS. Ninguna de las subescalas del DERS diferenció significativamente entre individuos con un solo intento y aquellos con intentos múltiples en análisis de regresión logística múltiple.
Harris et al. (2018)	1046 pacientes ambulatorios psiquiátricos Dos grupos: Intentadores (n = 160) No intentadores (n = 886)	Intentadores: Mujeres:68.8% Edad: M = 37.6 SD = 13.0 No intentadores: Mujeres:55.3% Edad: M = 40.2 SD = 14.5	Entrevista sobre la historia de vida de suicidio	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Las personas con intentos de suicidio tenían puntuaciones significativamente más altas en el DERS (total) y en las subescalas de impulso, objetivos y acceso limitado a estrategias. Sin embargo, después de controlar la edad, el género, el nivel de educación y 11 diagnósticos psiquiátricos, las puntuaciones totales del DERS no estaban asociadas de forma independiente con haber realizado un intento de suicidio. Además, los dominios del DERS no fueron predictores significativos de comportamiento suicida pasado.
Kopera et al. (2018)	80 pacientes dependientes de alcohol Dos grupos: Pacientes con antecedentes de intento de suicidio (n = 20) Pacientes sin antecedentes de intento de suicidio (n = 60)	Pacientes con historia de vida de intentos de suicidio Hombres: 60% Edad: M = 41.20 SD = 10.29 Pacientes sin historia de vida de intentos de suicidio Hombres: 73% Edad: M = 45.78 SD = 10.29	La pregunta "¿Durante tu vida, has intentado suicidarte alguna vez?" del MINI.	Subescala del estado de ánimo del SSEIT	Regulación del estado de ánimo	Transversal	El análisis de ANOVA reveló que las personas con antecedentes de intentos de suicidio mostraron una regulación del estado de ánimo autoinformada más baja que las personas sin intentos de suicidio. La regulación del estado de ánimo medió completamente la relación entre la depresión y los intentos de suicidio, así como entre el neuroticismo y los intentos de suicidio.
Mallorquí-Bagué et al. (2018)	249 pacientes adultos con trastorno del juego Presencia de ideación suicida (n = 83) Ausencia de ideación suicida (n = 166) Submuestra con ideación (n = 83): Presencia de intento de suicidio (n = 14) Ausencia de intento de suicidio (SA) (n = 69)	Hombres:91.9% Edad: M = 40.25 SD =12.82	En una entrevista cara a cara se le pregunta sobre intentos de suicidio pasados y presentes.	DERS ERQ	Desregulación emocional Supresión emocional Reevaluación cognitiva	Transversal	Las personas con ideación suicida tuvieron puntuaciones totales significativamente más altas en el DERS que el grupo sin ideación. En aquellos con presencia de ideación e intento, las puntuaciones del DERS fueron ligeramente más altas que solo con presencia de ideación. Además, los pacientes con ideación y tentativa tuvieron puntuaciones más altas en la escala de supresión y puntuaciones más bajas en reevaluación que los pacientes con ideación, pero sin intento.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 6. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Crespo-Delgado et al. (2020)	88 mujeres que asisten a un centro clínico privado para el tratamiento del TLP	Mujeres: 100% Edad: 16-55 M= 28.69 SD= 8.85	La historia de intentos de suicidio a lo largo de la vida se obtuvo del registro clínico electrónico	ERQ GSE	Supresión emocional Reevaluación cognitiva Autoeficacia para la RE	Transversal	En pacientes con TLP se encontró una asociación negativa entre la supresión emocional y el número de hospitalizaciones psiquiátricas, así como una asociación negativa entre la autoeficacia y el número de intentos de suicidio.
Grandison et al. (2020)	113 adultos buscando tratamiento para trauma psicológico	Mujeres: 95.7% Edad: 19-62 M = 38.24 SD = 10.856	Ítem único: "¿Has intentado hacerte daño o matarte, o has amenazado con hacerlo?"	DERS	Dificultades en el control de impulsos Acceso limitado a estrategias de RE	Transversal	Ni las dificultades en el control de los impulsos ni el acceso limitado a estrategias de regulación fueron significativamente mayores entre aquellos con antecedentes de suicidio que entre aquellos sin ellos.
Kuehn et al. (2020)	97 mujeres con criterios para TLP	Mujeres: 100% Edad: 18-60	SASSI	DERS	Desregulación emocional	Longitudinal (intervalos de cuatro meses a lo largo de un año de tratamiento y un año de seguimiento)	Menor acceso a estrategias de RE estuvo significativamente asociado con intentos de suicidio durante y en el año posterior a la Terapia Conductual Dialéctica.
Rania et al. (2021)	2406 pacientes con trastornos alimentarios: 1557 adultos y 848 adolescentes utilizando datos del registro.	Edad: 13-72 M = 22.5 SD = 8.6	La ideación suicida fue extraída de un registro para trastornos de la alimentación. Fue registrada utilizando la pregunta "¿Ha intentado suicidarse el paciente alguna vez?"	DERS	Desregulación emocional	Transversal y seguimiento longitudinal de 1 año en un subconjunto de la muestra (n=406)	Las puntuaciones de DERS estaban asociadas con ideación e intento incluso al ajustar por la psicopatología de los trastornos alimentarios y la depresión actual. La percepción de falta de estrategias de RE mostró asociaciones únicas con ideación e intento suicida, tanto en la muestra total como en la mayoría de los subtipos de trastornos alimentarios.
Rufino et al. (2020)	2683 pacientes psiquiátricos hospitalizados.	Mujeres: 52.5% Edad: 18-81 M = 34.35 SD = 14.70	A los participantes se les preguntó si habían intentado suicidarse en algún momento de su vida.	DERS	Dificultades en la RE	Transversal	La relación entre las dificultades en la RE y los intentos de suicidio previos fue significativa. Además, la asociación entre la frecuencia de las pesadillas y los intentos de suicidio fue más fuerte en niveles más altos de dificultades en la RE.
Población comunitaria (*N* = 14) **Rajappa, Gallagher y Miranda (2012)**	96 estudiantes universitarios de una universidad pública Cuatro grupos: Control (n = 42) Ideadores (n = 17) Intentos únicos (n = 20) Intentos múltiples (n = 17)	Mujeres:76% Edad: 18–30 M = 19 SD = 2.2	SBS	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Las comparaciones post hoc corregidas por Bonferroni revelaron que los individuos con múltiples intentos puntuaron significativamente más alto en la falta de aceptación que los controles, y tanto los individuos con múltiples como con intentos únicos puntuaron significativamente más alto en la percepción de acceso limitado a estrategias que los controles.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 6. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Miranda et al. (2013)	143 adultos jóvenes reclutados de una universidad pública. Tres grupos: Intentos de suicidio múltiples (n = 15) Intentos únicos (n = 17) No intentos (n = 111)	Mujeres: 80 % Edad:18–25 M = 18.5 SD = 1.10	La pregunta "¿Alguna vez, en toda tu vida, has intentado matarte o has hecho un intento de suicidio?"	DERS	Desregulación emocional	Longitudinal (seguimiento de 2 a 3 años)	Los sujetos con múltiples intentos de suicidio reportaron significativamente más dificultad para controlar su comportamiento en respuesta a emociones negativas (impulso) que los no intentadores. Los intentadores únicos y múltiples informaron significativamente más dificultad para acceder a estrategias de RE que aquellos sin historial de intentos de suicidio.
Shelef et al. (2014)	103 soldados del servicio militar Tres grupos: Intentadores (n = 32) Compañeros tratados psicológicamente sin intentos (n = 38) Controles (n = 33)	Hombres: 64% Edad: M = 19.7 SD = 0.99	SSI	NMR	Desregulación emocional	Transversal	El grupo de intentadores tenía una RE más baja que los compañeros psicológicamente tratados sin intentos y el grupo de control.
Ammerman a et al. (2015)	295 estudiantes universitarios Dos grupos: Con intento de suicidio (n = 108) Sin intento de suicidio (n = 217)	Mujeres: 61% Edad: 18–57 M = 20.94 SD = 3.42	El ítem "He intentado matarme y realmente esperaba morir" del SBQ-R	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Las personas con intento informaron niveles más altos de desregulación emocional en comparación con aquellas sin intento. Además, la desregulación emocional sirvió como mediador en la relación entre la ira como rasgo y el intento.
Powers et al. (2015)	Adultos reclutados de clínicas de atención primaria de un hospital público urbano. Estudio 1 (n = 128) Estudio 2 (n = 2197) Estudio 3 (n = 446)	Muestra 1: Mujeres: 74.2% Edad: M = 42.6 SD = 12.3 Muestra 2: Mujeres: 70% Edad: M = 39.2 SD = 13.5 Muestra 3: Mujeres: 61% Edad: M = 42.9 SD = 13.1	A los participantes se les pidió que informaran sobre cualquier historial de intento de suicidio.	EDS-versión corta DERS	Desregulación emocional	Transversal	La desregulación emocional estuvo significativa y positivamente relacionada con el número de intentos de suicidio a lo largo de la vida. La escala EDS-short añadió validez incremental significativa en la predicción del número de intentos de suicidio reportados.
Kranzler et al. (2016)	148 estudiantes universitarios	Mujeres:70.9% Edad: 18–57 M = 21.48 SD = 4.85	L-SASI	Las subescalas de impulsividad y metas del DERS	Incapacidad para participar en comportamientos dirigidos a metas. Dificultades para controlar comportamien-tos impulsivos	Transversal	Las puntuaciones de las subescalas de impulsividad y metas no se correlacionaron con la frecuencia de intentos de suicidio, pero la desregulación emocional estuvo indirectamente asociada con la frecuencia de intentos de suicidio a través de los síntomas internalizantes y la frecuencia de autolesiones no suicidas.
Barr et al. (2017)	398 jóvenes y adultos jóvenes sin hogar	Hombres:70.9% Edad: 13–28 M = 21.38 SD = 2.08	Pregunta: "En el último año, ¿cuántas veces intentó suicidarse?"	Subescalas de conciencia y de impulsividad del DERS.	Conciencia emocional Control emocional	Transversal	Los resultados de los análisis de regresión logística mostraron que la conciencia emocional y el control emocional tenían asociaciones negativas significativas con los intentos de suicidio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 6. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Gómez-Romero et al. (2018)	144 estudiantes de universidad	Mujeres: 72.2% M = 17.94 SD = 0.269	SRS	TMMS	RE Claridad emocional Atención emocional	Transversal	Un alto riesgo de suicidio se asoció con niveles más bajos de claridad y RE. No hubo diferencias con respecto a la atención emocional.
Ong y Thompson (2018)	120 estudiantes universitarios de una universidad en Hong Kong.	Mujeres:57.5% Edad:18–28 M =23.14 SD =5.51	SBQ-R	ERQ	Supresión emocional Reevaluación cognitiva	Transversal	El aumento en el uso de la reevaluación cognitiva se relacionó con una reducción en el comportamiento suicida. Sin embargo, no hubo relación entre el suicidio y la supresión emocional.
Fadoir et al. (2019)	28 reclusos de una cárcel	Mujeres:50.9% Edad: 18-70 M = 33.73 SD= 10.88	SBQ-R	DERS RRS	Desregulación emocional Rumiación	Transversal	La asociación entre la psicopatía secundaria y la intención suicida futura se explicó mejor mediante el camino indirecto de la desregulación emocional, rumiación, pensamientos de suicidio recientes y autolesiones no suicidas.
Chang et al. (2020)	388 adultos reclutados tanto en persona (n = 216) como en línea (n = 172).	Mujeres: 64% Edad: 18-64 M = 25.41 SD= 9.36	Pregunta: "¿Alguna vez en tu vida te has lastimado a propósito con la esperanza de morir como resultado?"	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Las dificultades en la RE estaban directamente relacionadas con intentos de suicidio previos. Además, la RE mediaba la relación entre el estatus de minoría sexual y los intentos de suicidio.
Gong et al. (2020)	2457 estudiantes de primer año universitario	Mujeres: 63.5% Edad: M=18.54 SD=0.98	Tres preguntas: (1) ¿Alguna vez has pensado en el suicidio? (2) ¿Alguna vez has hecho un plan de suicidio? y (3) ¿Alguna vez has intentado suicidarte?	ERQ	Supresión emocional Reevaluación cognitiva	Transversal	El puntaje de reevaluación cognitiva fue más bajo en los estudiantes con ideación suicida que en los estudiantes sin ideación suicida. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de supresión entre los participantes con y sin ideación suicida. Además, la reevaluación cognitiva tuvo un efecto mediador significativo en la asociación entre los rasgos de personalidad esquizotípicos y la ideación suicida.
Spitzen et al. (2020)	364 participantes de la comunidad que completaron medidas en línea a través de una plataforma basada en internet.	Mujeres: 59.6% Edad: 21-65 M = 38.81 SD = 11.62	MEPOS	RESE EAQ	Autoeficacia para la RE	Transversal	La baja autoeficacia en la RE se asoció positivamente con antecedentes de intento de suicidio, autolesiones no suicidas recientes y gravedad actual de la ideación suicida tanto directa como indirectamente a través de la evitación de emociones negativas.
Yang et al. (2021)	1596 universitarios chinos. Tres grupos: No ideadores (n=1289) Ideadores suicidas (n=278) Intentadores de suicidio (n=29)	Hombres: 79% Edad: 18-35 M= 20.98 SD= 2.88	Un solo ítem derivado de la versión china del BSSI. Un ítem derivado del SITBI.	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Los intentadores de suicidio informaron mayores dificultades en la RE, especialmente para controlar los impulsos de emociones negativas y la conciencia emocional, en comparación con los ideadores de suicidio. En comparación con los no ideadores, los ideadores de suicidio informaron mayores dificultades en la RE, especialmente en estrategias de regulación y claridad emocional.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 6. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Población clínica y comunitaria (N=3) **Baek et al. (2017)**	167 individuos. Tres grupos: Pacientes deprimidos con antecedentes de intento (n = 45) Pacientes deprimidos no suicidas (n = 47) Controles sanos (n = 75)	Intentadores: Hombres: 53% Edad: M = 24.5 SD = 5.9 Pacientes depresivos no suicidas: Hombres: 47% Edad: M = 26.8 SD = 6.3 Controles sanos: Hombres: 61% Edad: *M* = 25.4 *SD* = 4.6	BSSI	ERQ	Supresión emocional Reevaluación cognitiva	Transversal	Los intentadores de suicidio tuvieron una puntuación más alta en la estrategia de supresión y una puntuación más baja en la estrategia de reevaluación en comparación con los pacientes deprimidos no suicidas.
Cameron et al. (2017)	199 participantes: Los grupos sin comportamiento suicida y de ideación fueron reclutados de comunidades locales y boletines universitarios. El grupo de intento fue reclutado de un departamento de Accidentes y Emergencias (NHS Tayside). Tres grupos: No suicida (n = 90) Ideación (n = 26) Intento (n = 83)	Hombres: 52% Edad: 18–55	Pacientes reclutados de un departamento de Accidentes y Emergencias (NHS Tayside) dentro de las 24 horas posteriores a la admisión después de un probable intento de suicidio.	RRS	Rumiación: ensimisma-miento	Transversal	El ensimismamiento fue mayor en el grupo de intento en comparación con los grupos de ideación y no suicida; el ensimismamiento fue mayor en el grupo de ideación en comparación con el grupo no suicida.
Neacsiu et al. (2018)	Estudio 2: 95 participantes reclutados en un área urbana del sureste de la ciudad, de clínicas ambulatorias/hosp italarias y de la comunidad mediante anuncios en línea. Tres grupos: Controles sanos (n = 44) Controles deprimidos que nunca han intentado suicidarse (n = 24) Intentadores deprimidos que tienen un historial de intento a lo largo de la vida (n = 27)	Mujeres: 63.2% Edad: M = 35.34 SD = 12.77	SASII	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Las puntuaciones totales del DERS fueron significativamente más altas en los intentadores deprimidos que en los controles sanos. Específicamente, los intentadores reportaron más dificultades con la impulsividad emocional y la claridad emocional. Comparando a los deprimidos que nunca intentaron con los intentadores deprimidos, las puntuaciones totales de DERS fueron más altas en los intentadores.

Nota. ANOVA = análisis de varianza; RE = regulación emocional; BSSI = Escala de Beck para Ideación Suicida; CSHF = Formulario de Historia de Suicidio de Columbia; C-SSRS = Escala de Severidad del Suicidio de Columbia; DERS = Escala de Dificultades en la Regulación Emocional; EAQ = Cuestionario de Evitación Emocional; EDS-short = Escala de Disregulación Emocional, versión corta; ERQ = Cuestionario de Regulación Emocional; GSE = Escala General de Autoeficacia; L-SASI = Intentos de Suicidio y Autolesiones de Por Vida; MEPOS = Medida de Planificación Episódica de Suicidio; MINI = Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; NESARC = Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas; NMR = Escala de Regulación del Estado de Ánimo Negativo; RESE = Escala de Autoeficacia Emocional Reguladora; RRS = Escala de Respuestas Rumiativas; SASII = Entrevista de Intento de Suicidio y Autolesión; SBQ-R = Cuestionario de Conductas Suicidas-Revisado; SBS = Evaluación de Comportamiento Suicida; SITBI = Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas; SRS = Escala de Riesgo de Suicidio de Plutchik; SSEIT = Test de Inteligencia Emocional Autoinformado de Schutte; SSI = Escala de Ideación Suicida; TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto; TMMS = Escala de Metaconocimiento del Estado de Ánimo; YRBS = Encuesta de Comportamientos de Riesgo Juvenil.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La investigación en muestras de población comunitaria ha explorado en su mayoría los procesos de regulación emocional. En general, los estudios mostraron que la desregulación emocional se relacionaba positivamente con los intentos, excepto Kranzler et al. (2016), en cuyo estudio las dificultades en la regulación emocional, concretamente la incapacidad para participar en comportamientos dirigidos a objetivos y las dificultades para controlar comportamientos impulsivos (basados en las subescalas del DERS) no se correlacionaron con la frecuencia de intentos de suicidio.

Dos estudios compararon los procesos de regulación emocional entre personas sin intentos de suicidio, aquellos con un solo intento y aquellos con múltiples intentos de suicidio. Miranda et al. (2013) encontraron que individuos con múltiples intentos de suicidio reportaron significativamente más dificultades para controlar su comportamiento en respuesta a emociones negativas que aquellos sin intentos en un estudio de seguimiento de 2-3 años. Además, Rajappa et al. (2012) mostraron que aquellos con múltiples intentos puntuaron significativamente más alto en la no aceptación de emociones en comparación con aquellos sin intentos de suicidio. Ambos estudios informaron que tanto los individuos con múltiples intentos como aquellos con un solo intento puntuaron significativamente más alto en la percepción de acceso limitado a estrategias que las personas sin historia de intento de suicidio.

En cuanto a las estrategias, los estudios se centraron principalmente en la reevaluación cognitiva, la supresión expresiva y la rumiación. La reevaluación cognitiva se relacionó con una reducción del comportamiento suicida, pero no hubo relación entre los intentos y la supresión (Ong y Thompson, 2019). De manera similar, Gong et al. (2020) mostraron resultados que indicaban que la reevaluación cognitiva fue menor en los estudiantes con tendencias suicidas, pero no se encontraron diferencias significativas en la supresión entre los estudiantes con y sin comportamientos suicidas. Por otro lado,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Baek et al. (2017) mostraron que los individuos con intento de suicidio tenían una puntuación más alta en la estrategia de supresión en muestras clínicas y de población comunitaria. En cuanto a la rumiación, el subtipo *brooding* fue mayor en el grupo de personas que habían tenido intentos de suicidio en comparación con los grupos que únicamente mostraron ideación o aquellos que no mostraron ni ideación ni intento (Cameron et al., 2017).

Regulación Emocional e Intento de Suicidio en Adolescentes

De los estudios encontrados, 6 examinaron la relación entre la regulación de las emociones y los intentos de suicidio en adolescentes (ver Tabla 7). Todos ellos utilizaron un diseño transversal y se centraron en los procesos: 3 examinaron muestras clínicas, 1 exploró una muestra de población comunitaria y 2 exploraron muestras tanto clínicas como comunitarias.

Tabla 7. Intento de suicidio en adolescentes

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Población clínica (*n* = 3)							
Brown et al. (2012)	417 adolescentes reclutados de una escuela terapéutica	Hombres: 70% Edad: M = 15.25 SD = 1.47	Una pregunta sobre si alguna vez han intentado suicidarse	Elementos con modifi-caciones sugeridas por el SIDES	Regulación del afecto	Transversal	Los adolescentes que informaron de intento tuvieron más dificultades con la RE.
Preyde et al. (2014)	123 niños y adolescentes ingresados en una unidad psiquiátrica de hospitalización Tres grupos: Solo autolesión (n = 25–28) Autolesión + intento (n = 61–65) Intento de suicidio (n = 11)	Mujeres: 74.4% Edad: 14–18 M = 15.74 SD = 1.51	No especificado	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Los jóvenes que informaron de intento tuvieron significativamente menos dificultades con la RE que los jóvenes con autolesiones solo o tanto autolesiones como intento.
Hatkevich et al. (2019)	547 adolescentes psiquiátricos hospitalizados	Mujeres: 63.4% Edad: M = 15.36 SD = 1.44	La pregunta "¿Alguna vez, en toda tu vida, has intentado matarte o has intentado suicidarte?" del CDISC.	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Los pacientes hospitalizados que informaron de un intento como motivo de ingreso experimentaron diferencias significativamente mayores en las subescalas de conciencia, no aceptación y estrategias del DERS, en comparación con aquellos que no informaron de un intento. Además, hubo una relación positiva significativa entre la percepción de un acceso limitado a estrategias efectivas de regulación y la ideación suicida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 7. Continuación

Estudio	Partici-pantes	Género y edad	Medida de suicidio	Medida de RE	Procesos/ estrategias RE	Diseño	Resultados
Población comunitaria (*n* = 1) **Pisani et al. (2013)**	7978 estudiantes de secundaria	Hombres:51.1%	Un ítem del YRBS: "Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste suicidarte en realidad?"	Subescalas de falta de claridad emocional y acceso limitado a estrategias de RE del DERS	Falta de claridad emocional Acceso limitado a estrategias	Transversal	Los estudiantes que tenían acceso limitado a estrategias efectivas para responder al malestar emocional tenían una mayor probabilidad de informar de un intento en todos los modelos. La falta de claridad emocional se asoció con intento en modelos univariados; sin embargo, cuando se examinó junto con la otra dimensión de RE, no se asoció de forma independiente con los intentos.
Población clínica y comunitaria (*N* = 2) **Saffer, Glenn y Klonsky (2015)**	Muestra 1: 172 pacientes psiquiátricos adolescentes Muestra 2: 413 adolescentes que asisten a la escuela secundaria	Muestra 1: Mujeres: 77% Edad: M = 15.04 SD = 1.39 Muestra 2: Mujeres: 61% Edad: 13–17	El ítem "¿Alguna vez has intentado matarte?" del YRBS.	DERS	Desregulación emocional	Transversal	Muestra psiquiátrica: Los intentadores de suicidio informaron de una desregulación emocional significativamente mayor que los participantes no suicidas. Muestra comunitaria: los adolescentes con intentos de suicidio informaron de una desregulación emocional significativamente mayor que los adolescentes no suicidas.
Orbach et al. (2007)	154 adolescentes reclutados de centros de salud mental (grupos clínicos) y amigos o las mismas escuelas secundarias de los grupos clínicos (grupo de control) Tres grupos: Hospitalizados con ideación suicida (n = 43) Hospitalizados sin ideación suicida (n = 35) Grupo de control no clínico (n = 78)	Pacientes suicidas: Mujeres: 65% Pacientes no suicidas: Mujeres: 54% Grupo control no suicida: Mujeres: 61% Edad: 15–18 M = 17.2 SD = 1.4	SIQ	NMR	Expectativas de regulación del estado de ánimo negativo	Transversal	Los pacientes hospitalizados con ideación suicida y aquellos sin ideación suicida obtuvieron puntuaciones más bajas en las expectativas de regulación del estado de ánimo negativo que los controles. Entre los pacientes hospitalizados con y sin ideación suicida, las expectativas de regulación del estado de ánimo fueron mayores en el grupo sin ideación suicida. Además, unas expectativas más bajas de RE estaban significativamente asociadas con una ideación suicida más frecuente.

Nota: RE = regulación emocional; CDISC = Programa de Entrevista Diagnóstica por Computadora para Niños; DERS = Escala de Dificultades en la Regulación Emocional; M-YRBS = Encuesta de Comportamientos de Riesgo Juvenil Modificada; NMR = Escala de Regulación del Estado de Ánimo Negativo; SIDES = Entrevista Estructurada para Trastornos de Estrés Extremo; SIQ = Cuestionario de Ideación Suicida; YRBS = Encuesta de Comportamientos de Riesgo Juvenil.

En lo que respecta a la población clínica, los estudios revisados informaron consistentemente de una relación positiva entre el intento y la desregulación emocional. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, Preyde et al. (2014) encontraron que los jóvenes que informaron sobre intentos de suicidio en su vida tenían significativamente menos dificultades en la regulación de sus emociones que los jóvenes que se involucraban solo en autolesiones no suicidas o en ambas, autolesiones e intento.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La asociación entre la desregulación emocional y el intento de suicidio también se corroboró en población comunitaria. En estudiantes adolescentes, aquellos con un reducido uso de estrategias adaptativas tenían una mayor probabilidad de informar sobre un intento de suicidio. Además, la asociación entre las dificultades de regulación y el intento fue ligeramente menor entre los estudiantes que percibían que tenían adultos de confianza entre sus familiares (Pisani et al., 2013).

Finalmente, 2 estudios se centraron en los procesos de regulación y evaluaron muestras tanto clínicas como de población comunitaria. En una muestra comunitaria psiquiátrica, los adolescentes con intento informaron significativamente de una mayor desregulación emocional que los adolescentes no suicidas (Saffer et al., 2015). Además, hubo expectativas más bajas de regulación en los que habían intentado el suicidio en comparación con un grupo de control no clínico (Orbach et al., 2007).

Discusión

En la revisión sistemática realizada, identificamos 76 estudios relevantes que examinaron la relación entre la regulación emocional y el suicidio. Revisamos estudios que analizaron tanto los procesos de regulación emocional como estrategias de regulación. En general, estos estudios mostraron que la regulación, principalmente la presencia de dificultades para regular las emociones está asociada con el comportamiento suicida. Además, este hallazgo general fue consistente en todas las edades estudiadas (adolescentes, adultos jóvenes y adultos), tipo de muestra (población clínica y comunitaria) y tipo de comportamiento suicida (ideación e intento).

En cuanto a los procesos implicados en la regulación emocional, la mayoría de los estudios se centraron en la desregulación emocional, evaluándola a través del DERS, que evalúa procesos como la falta de conciencia emocional, falta de claridad emocional, no

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

aceptación de emociones, dificultades en el control de impulsos, dificultades para participar en comportamientos dirigidos a metas y el acceso limitado a las estrategias. Los estudios con el DERS mostraron que la desregulación emocional estaba asociada con ideación e intento suicida en todas las edades y en muestras de población comunitaria y clínica (independientemente del tipo de diagnóstico: trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastornos de la alimentación, dependencia del alcohol, trastorno depresivo, trastorno de estrés postraumático), excepto 4 estudios que no encontraron relaciones significativas entre la desregulación emocional e intento (Baer et al., 2018; Grandison et al., 2020; Kranzler et al., 2016; Silvers et al., 2016). Aunque la mayoría de los estudios examinaron la puntuación total del DERS, los resultados fueron similares al examinar procesos específicos a través de subescalas (por ejemplo, problemas de control de impulsos, expectativas sobre el control de las emociones o conciencia emocional). También hubo resultados similares utilizando otras medidas de regulación diferentes al DERS, como la desregulación afectiva, la regulación del estado de ánimo o las expectativas de regulación del estado de ánimo negativo, que estaban significativamente asociadas con ideación e intento suicida. En general, estos resultados indican que los procesos de regulación emocional estaban asociados con ideación e intento en todas las edades, tanto en población comunitaria como clínica.

En cuanto al estudio de las estrategias de regulación emocional, todos los estudios revisados se llevaron a cabo con adultos o jóvenes adultos, excepto el de Quintana-Orts et al. (2020) que se llevó a cabo con adolescentes. Dentro de las estrategias adaptativas, la más investigada fue la reevaluación cognitiva, que consiste en replantear el significado o interpretación de estímulos o situaciones de forma que a través de la reevaluación se cambia su significado y la valencia emocional asociada a éste. Los estudios mostraron, de forma consistente, que las personas que utilizaron esta estrategia informaron de niveles

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

más bajos de ideación e intento de suicidio. Por otro lado, en lo que respecta a las estrategias desadaptativas, la estrategia más estudiada fue la supresión emocional. Se encontraron resultados contradictorios, con una gran parte de los estudios revisados (n = 9) que indicaban que las personas con un comportamiento suicida más pronunciado mostraban mayores esfuerzos por suprimir la expresión de sus emociones negativas, mientras que cuatro estudios encontraron una relación negativa entre la supresión emocional y el comportamiento suicida (Crespo-Delgado et al., 2020; Franz et al., 2021; Gong et al., 2020; Ong y Thompson, 2019). Otras estrategias desadaptativas como la supresión de pensamientos no deseados, la inhibición de experiencias emocionales o la rumiación también presentaron correlaciones positivas moderadas con el comportamiento suicida. Este resultado es consistente con otros estudios que han sintetizado los hallazgos sobre las asociaciones entre la rumiación y el suicidio (ver Rogers y Joiner, 2016, para una revisión). En conjunto, estos resultados muestran que el uso de estrategias adaptativas y desadaptativas está asociado con la ideación y el intento de suicidio.

En conjunto, los resultados de los estudios revisados sugieren que el estudio de las diferencias individuales en la regulación de las emociones podría ayudar a los investigadores a entender parte del proceso que explica por qué algunas personas muestran ideación suicida o realizan intentos de suicidio. La presencia de dificultades en la regulación (por ejemplo, falta de claridad emocional), un mayor uso de estrategias desadaptativas (por ejemplo, supresión emocional, rumiación) y un menor uso de estrategias adaptativas (por ejemplo, reevaluación cognitiva) se han asociado positivamente con el comportamiento suicida. Algunos de los principales modelos psicológicos sobre el suicidio, como el IPTS (Joiner, 2005) y el IMV (O'Connor, 2011), han contribuido a mejorar nuestra comprensión sobre el suicidio; sin embargo, es importante identificar factores adicionales que lo expliquen. Nuestros hallazgos sugieren

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

que estos modelos teóricos podrían beneficiarse al incluir los problemas en la regulación emocional como una variable explicativa del suicidio. Las variables clave de estos modelos, como la percepción de ser una carga para otros, la falta de pertenencia, la desesperanza o la sensación de derrota y atrapamiento, están todas asociadas con la experiencia de niveles altos de malestar emocional. La capacidad o la dificultad para regular estas emociones angustiantes podría ser relevante para explicar el comportamiento suicida. Además, dado que nuestros resultados muestran que la regulación está asociada tanto con la ideación suicida como con los intentos de suicidio, es posible que la regulación emocional desempeñe un papel a lo largo de todo el proceso del suicidio: primero, al regular los sentimientos negativos asociados con la percepción de ser una carga, la pertenencia o la desesperanza, y, finalmente, próximo al intento de suicidio. En este sentido, es posible que una alta desregulación emocional esté asociada con una percepción de falta de control, que puede estar vinculada al SCS (Galynker et al., 2017) o a la ASAD (Rogers et al., 2017), dos diagnósticos suicidas agudos que se han propuesto para explicar los procesos psicológicos que ocurren en los días, horas y minutos previos a un intento de suicidio (Bagge et al., 2013; Deisenhammer et al., 2009).

Limitaciones e investigación futura

Un resultado notable de nuestra revisión es que poco menos de la mitad de los estudios revisados han sido publicados en los últimos 2 años. Dado este creciente interés en el campo, parece relevante considerar las siguientes limitaciones de la literatura. En primer lugar, todos los estudios, excepto seis, utilizaron un diseño transversal, por lo que se requiere más investigación longitudinal para examinar si los niveles iniciales de regulación de las emociones predicen cambios en la ideación y/o intento suicida con el tiempo. En segundo lugar, la mayoría de los estudios que midieron la regulación de las emociones emplearon el DERS, que se enfoca en procesos específicos (por ejemplo,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

conciencia emocional, claridad emocional o falta de aceptación). Los futuros estudios deben utilizar otras medidas de procesos de regulación (por ejemplo, creencias meta-emocionales o metacognitivas) que también estén involucradas en la regulación (Trincas et al., 2016) y que permitan conocer en profundidad qué procesos emocionales están implicados en el suicidio. En tercer lugar, son muy escasos los estudios realizados con adolescentes (únicamente se ha identificado un estudio con estrategias específicas; Quintana-Orts et al., 2020), siendo esencial conocer cómo los individuos comienzan a regular sus emociones en esa etapa del desarrollo. Por último, la mayoría de los estudios se llevaron a cabo con mujeres. La investigación sobre diferencias de género en el suicidio ha mostrado que los hombres completan el suicidio con más frecuencia que las mujeres, mientras que las mujeres se involucran significativamente más en intentos de suicidio (Schrijvers et al., 2012). Futuros estudios deben tener en cuenta esta diferencia de género y obtener una muestra más representativa, ya que ambos géneros están altamente involucrados en el suicidio y podrían darse diferencias en las relaciones con las variables psicológicas estudiadas.

Con respecto a las limitaciones de nuestra investigación sistemática, debemos señalar que la mayoría de los estudios incluidos se centraron en los procesos de regulación. Este resultado puede estar relacionado en parte con nuestra estrategia de búsqueda. Incluimos términos generales como "regulación emocional", pero no términos que se refieran a estrategias específicas (por ejemplo, rumiación). Es posible que no hayamos detectado estudios que examinen algunas estrategias específicas que no incluyeron términos generales sobre regulación como palabra clave o en el título/resumen. Las revisiones futuras deben incluir términos que se refieran a estrategias específicas en su estrategia de búsqueda. Por otro lado, se alienta a los estudios que

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

examinan estrategias específicas de regulación emocional a incluir términos generales como palabras clave, como "regulación emocional", para facilitar el proceso de búsqueda.

Implicaciones clínicas

Las implicaciones clínicas de estos hallazgos deben ser consideradas. La regulación emocional ha sido incluida en diversos modelos de psicopatología y modalidades de tratamiento, por lo que está involucrada como un factor transdiagnóstico tanto a nivel explicativo como en intervenciones, en las que el trabajo en regulación emocional ha mostrado eficacia en la reducción de síntomas internalizados (Sakiris y Berle, 2019; Sloan et al., 2017). Teniendo en cuenta la relación entre la regulación emocional y el comportamiento suicida, los programas de intervención en suicidio podrían beneficiarse al incluir la regulación emocional como un objetivo a trabajar en estas intervenciones. Por ejemplo, Kiosses et al. (2018) ya han propuesto una intervención psicosocial dirigida a la reevaluación cognitiva para reducir el riesgo de suicidio en adultos de mediana edad y mayores. En resumen, esta revisión muestra resultados alentadores sobre un factor importante a considerar en el comportamiento suicida: la regulación emocional, tanto a nivel teórico, en las teorías psicológicas sobre el suicidio, como a nivel práctico, para reducir el riesgo de suicidio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ESTUDIO 2

MODELANDO LAS ASOCIACIONES ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, EL SÍNDROME DE CRISIS SUICIDA Y EL COMPORTAMIENTO SUICIDA: RESULTADOS EN MUESTRA COMUNITARIA Y CLÍNICA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

5.2. Estudio 2: Modelando las asociaciones entre regulación emocional, el síndrome de crisis suicida y el comportamiento suicida: Resultados en muestras comunitaria y clínica

Resumen

La regulación emocional y el SCS son procesos psicológicos involucrados en el suicidio. Dentro de la regulación emocional, tanto el uso de la rumiación como las creencias emocionales disfuncionales están asociadas con el suicidio. El SCS, un estado mental pre-suicida que implica desregulación cognitiva y afectiva, está relacionado con el riesgo de suicidio a corto plazo. En este estudio examinamos, en primer lugar, las asociaciones entre regulación emocional (creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y la rumiación), SCS y comportamiento suicida, y, en segundo lugar, testamos un modelo de varios pasos en el que los factores de regulación emocional están vinculados al comportamiento suicida a través del SCS. Se realizaron dos estudios transversales para abordar estos objetivos. En el estudio 1 se utilizó una muestra general (N=421), mientras que en el estudio 2 se utilizó una muestra clínica (N=70). Los resultados de ambos estudios mostraron que las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación se asociaron con niveles más altos de síntomas del SCS y comportamiento suicida, y que el SCS se asoció con el comportamiento suicida. Además, los análisis de pasos (path analyses) mostraron que las creencias de incontrolabilidad estaban relacionadas con la rumiación, que a su vez se asoció con el SCS, y que esta variable medió la asociación entre los factores de regulación emocional y la ideación suicida (tanto en muestra comunitaria como clínica) e intentos de suicidio (en la muestra comunitaria). Se discute la importancia de abordar las creencias de incontrolabilidad y la rumiación en la prevención del suicidio.

Palabras clave: Creencias emocionales de incontrolabilidad, rumiación, síndrome de crisis suicida, comportamiento suicida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Introducción

El suicidio se conceptualiza como un espectro de comportamientos que incluyen desde el pensamiento sobre el suicidio o ideación suicida, la planificación del suicidio o el intento de suicidio hasta el suicidio en sí mismo (OMS, 2021). Es un problema crítico de salud pública. Aproximadamente 703.000 personas mueren cada año por suicidio, lo que la convierte en una de las principales causas de muerte en todo el mundo (OMS, 2021). Por lo tanto, existe una necesidad de realizar investigaciones que se centren en identificar los factores que pueden predecir el comportamiento suicida (Bender et al., 2011). En este estudio, nos centraremos en dos factores prometedores para entender el suicidio: la regulación de la emoción (Colmenero-Navarrete et al., 2022; Gross, 1998) y el SCS (Galynker et al., 2017).

Regulación de las emociones y comportamiento suicida

Según Gross (1998), la regulación emocional se refiere a los procesos por los cuales los individuos influyen en las emociones que tienen, cuándo las tienen y cómo las experimentan y expresan. Es posible distinguir diferentes estrategias de regulación emocional que las personas utilizan (Gross, 1998; Sheppes et al., 2015) y que varían en su efectividad (Webb et al., 2012). Aunque estas estrategias no son intrínsecamente "buenas" o "malas", la investigación ha encontrado que hay estrategias específicas que generalmente son desadaptativas (por ejemplo, rumiación) o adaptativas (por ejemplo, reevaluación cognitiva) en términos de sus asociaciones con la salud o la psicopatología (Aldao et al., 2010). Actualmente existen pruebas sólidas de que las estrategias de regulación emocional desadaptativas son un factor transdiagnóstico en la psicopatología (Aldao et al., 2016; Lincoln et al., 2022). Una estrategia de regulación emocional desadaptativa ampliamente estudiada es la rumiación (Aldao et al., 2010; Rickerby et al., 2022), que implica centrarse en las causas, significados y consecuencias del estado de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ánimo negativo (Nolen-Hoeksema, 1991) y se ha considerado como una variable importante dentro de la psicopatología (Rickerby et al., 2022).

Una vez establecidos los efectos perjudiciales de ciertas estrategias de regulación emocional (como la rumiación), la investigación se ha centrado en responder a la pregunta de por qué las personas utilizan estas estrategias a pesar de sus consecuencias negativas. En esta línea, los investigadores han examinado si las creencias que tienen las personas sobre las emociones podrían estar influyendo en sus esfuerzos para regularlas (De Castella et al., 2013; 2018; Manser et al., 2012; Tamir et al., 2007). Ford y Gross (2018; 2019) propusieron un marco integrador para comprender las creencias sobre las emociones en el que organizaron dichas creencias en dos categorías superiores independientes (aunque relacionadas): las emociones *son buenas* vs. *malas*, donde creer que la emoción es buena o mala va a influir en el intento de disminuir o aumentar esa emoción (teniendo en cuenta si son deseables o no, beneficiosas o perjudiciales, útiles o inútiles); y las emociones son *controlables* vs. *incontrolables*, es decir, las creencias que una persona tiene sobre su capacidad o incapacidad para controlar o manejar las emociones.

La investigación ha mostrado que las personas que tienen creencias disfuncionales sobre las emociones (que las emociones son *malas* y/o *incontrolables*) tienden a experimentar emociones negativas más intensas y a presentar psicopatología, así como a utilizar con mayor frecuencia estrategias de regulación emocional desadaptativas *vs.* adaptativas (Arbulu et al., 2023; Ford y Gross, 2018; 2019; Hong y Kangas, 2022; Kneeland et al., 2016; Somerville et al., 2023). Además, de las dos categorías de creencias emocionales, las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones parecen ser especialmente relevantes para comprender el uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas y la presencia de síntomas clínicos (Somerville et al., 2023), con las

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

estrategias de regulación desadaptativas mediando las asociaciones entre creencias de incontrolabilidad y el distrés emocional (Arbulu et al., 2023).

Partiendo de la evidencia que vincula la regulación emocional y la psicopatología, investigaciones recientes se han propuesto examinar si la existencia de dificultades en la regulación de las emociones puede estar involucrada en la aparición de conductas suicidas. En esta línea, Colmenero-Navarrete et al. (2022) realizaron una revisión sistemática de estudios que examinaban las asociaciones entre regulación emocional y suicidio. Encontraron (de 76 estudios identificados) que las dificultades en la regulación de las emociones se asociaron con el comportamiento suicida (tanto ideación como intento de suicidio), y que este resultado fue consistente en diferentes edades (adolescentes, adultos jóvenes y adultos) y tipos de muestras (población clínica y comunitaria). Las personas que se involucran más en estrategias de regulación emocional desadaptativas (por ejemplo, rumiación), menos en estrategias adaptativas (por ejemplo, reevaluación cognitiva) y que informan de actitudes y creencias disfuncionales sobre sus emociones (por ejemplo, falta de claridad, no aceptación de las emociones), tienden a mostrar niveles más altos de comportamiento suicida. Estos resultados respaldan la idea de que la capacidad de las personas para regular eficazmente las emociones negativas intensas, vinculadas a factores relevantes relacionados con el suicidio, como la percepción de ser una carga, la pertenencia frustrada o la desesperanza, podría ayudar a explicar el comportamiento suicida (Colmenero-Navarrete et al., 2022).

En cuanto a estrategias específicas, investigaciones anteriores también encontraron asociaciones entre la rumiación y la ideación e intentos suicidas (Cameron et al., 2017; Miranda y Nolen-Hoeksema, 2007). En un metaanálisis realizado por Rogers y Joiner (2017), los resultados indicaron que la rumiación global, el subtipo *brooding* y el subtipo *reflexión* se asociaron con la ideación suicida, mientras que solo la rumiación

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

global y *brooding* se asociaron con intentos suicidas. También hay evidencia preliminar de las asociaciones entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y el suicidio. Khaleghi et al. (2021) encontraron, en un estudio transversal, que las personas con mayores creencias de incontrolabilidad emocional también informaron de un mayor comportamiento suicida. Zhu y Wong (2022) proporcionaron resultados similares en un estudio prospectivo utilizando una muestra amplia de adolescentes. Descubrieron que las creencias sobre la no maleabilidad de la depresión, la ansiedad y el estrés predecían la ideación suicida, incluso controlando los niveles iniciales de depresión, ansiedad e ideación suicida.

En conjunto, esta literatura apunta a que las dificultades en la regulación emocional, esto es, tanto las estrategias específicas desadaptativas (como la rumiación), como las creencias sobre las emociones (incontrolabilidad emocional), son relevantes para una mejor comprensión del suicidio. Sin embargo, los mecanismos específicos a través de los cuales la regulación emocional se asocia con el comportamiento suicida todavía deben ser investigados. En este sentido, algunos autores han señalado el SCS (Colmenero-Navarrete et al., 2022).

Síndrome de crisis suicida y comportamiento suicida

Aunque los factores de riesgo a largo plazo (distales) para el suicidio están bien establecidos (Nock, 2008; Oquendo et al., 2006), la capacidad de estos indicadores para predecir el comportamiento suicida inminente sigue siendo limitada (Large et al., 2011; Oquendo et al., 2006). Debido a esto, investigaciones recientes se han centrado en identificar el riesgo que surge a corto y medio plazo previo al comportamiento suicida (Galynker, 2017). Uno de estos factores de riesgo a corto plazo es el SCS (Galynker et al., 2017; Rogers et al., 2019).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Se han propuesto dos síndromes clínicos distintos que se caracterizan por la existencia de estados pre-suicidas, con síntomas agudos y de rápido aumento que preceden al comportamiento suicida: el Síndrome de Crisis Suicida (SCS; Galynker, 2017) y el Trastorno Afectivo Suicida Agudo (ASAD; Rogers et al., 2019). Estos síndromes han sido examinados en líneas de investigación separadas, sin embargo, muestran algunas similitudes, como la presencia de síntomas agudos que preceden al comportamiento suicida en cuestión de horas o días, o la presencia de dominios de síntomas específicos como atrapamiento/desesperanza, hiperactivación y alienación/aislamiento social. No obstante, también existen algunas diferencias entre ellos, por ejemplo, mientras que la ASAD enfatiza explícitamente una escalada consciente de las tendencias suicidas, con un aumento drástico en la intención suicida, como su criterio central, el SCS no requiere la experiencia o divulgación de la intención suicida (ver Rogers et al., 2017, para una discusión más detallada sobre las similitudes y diferencias entre SCS y ASAD). En este estudio, nos centramos en el SCS.

El SCS se define como un estado mental pre-suicida caracterizado por desregulación cognitiva y afectiva y que tiene como objetivo explicar los procesos psicológicos que ocurren en los días, horas y minutos previos al comportamiento suicida (Galynker, 2017). El SCS tiene cinco componentes (Bloch-Elkouby et al., 2020; Galynker et al., 2017): 1) sentimiento de atrapamiento o la sensación generalizada de necesidad de escapar de una situación percibida como insoportable; 2) perturbación afectiva: incluye dolor emocional, fluctuaciones rápidas de emociones negativas, anhedonia aguda y sentimientos extremos de miedo y preocupación; 3) pérdida de control cognitivo: rumiación sobre los propios problemas, rigidez cognitiva, molestias somáticas como dolores de cabeza o presión en la cabeza debido a la rumiación excesiva, e intentos repetitivos e infructuosos de suprimir pensamientos angustiantes; 4)

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

hiperactividad/hiperactivación y; 5) aislamiento social. Cada uno de estos elementos se ha considerado en base a investigaciones empíricas que revelan relaciones significativas entre ellos y el comportamiento suicida (ver Schuck et al., 2019, para una revisión). El SCS representa un esfuerzo pionero para investigar exhaustivamente estos componentes conjuntamente, dando lugar a la conformación de un síndrome cognitivo y afectivo integrado que, según se sugiere, precede al comportamiento suicida a corto plazo (Galynker, 2017; 2023).

El SCS ha demostrado ser un constructo robusto (Bloch-Elkouby et al., 2021), capaz de predecir el comportamiento suicida inminente (Barzilay et al., 2020; Galynker et al. 2017; Rogers et al., 2022; Yaseen et al., 2019). Galynker et al. (2017) encontraron que los síntomas de SCS predijeron el comportamiento suicida a los dos meses de alta del hospital en una muestra de pacientes psiquiátricos de alto riesgo. Más recientemente, Barzilay et al. (2020) replicaron estos resultados en una muestra de 867 adultos psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios, mostrando que la puntuación total del SCS predijo un intento de suicidio cercano (en un seguimiento de 1 mes), incluso después de controlar el efecto de la ideación suicida y la historia de intentos de suicidio.

Además, según el Modelo de Crisis Narrativa del Suicidio (Cohen et al., 2022; Galynker, 2017), los factores de riesgo a largo plazo (por ejemplo, impulsividad o perfeccionismo) se asocian con el comportamiento suicida a través del SCS, que es el factor de riesgo más próximo al suicidio. Diferentes estudios han examinado el papel mediador del SCS entre los factores a largo plazo y el comportamiento suicida en muestras psiquiátricas (Cohen et al., 2018; 2019; 2022), encontrando que el SCS media la asociación entre diferentes factores de riesgo crónicos (por ejemplo, perfeccionismo, apoyo social deficiente) y comportamiento suicida de por vida (Cohen et al., 2018), y entre factores interpersonales y comportamiento suicida del mes anterior (Cohen et al.,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2019). Este efecto mediador también se ha encontrado en el estudio prospectivo de Cohen et al. (2022), quienes mostraron que el SCS medió el efecto de los factores estresantes crónicos (trauma infantil, apego inseguro e impulsividad) y los eventos estresantes de la vida, en relación con el comportamiento suicida a lo largo de un seguimiento de un mes.

Tomados en conjunto, estos resultados indican que el SCS es una variable prometedora para avanzar en nuestra comprensión del suicidio, capaz de predecir el comportamiento suicida a corto plazo, y un posible mecanismo a través del cual los factores de riesgo crónicos podrían asociarse con el comportamiento suicida.

La presente investigación: Regulación emocional, síndrome de crisis suicida y comportamiento suicida

El SCS se caracteriza por una intensa desregulación cognitiva y afectiva, que incluye el sentimiento de atrapamiento, alteraciones afectivas o falta de control cognitivo. Es posible que la existencia de dificultades en la regulación de las emociones contribuya a la aparición de este síndrome. En concreto, las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones podrían conducir a esa percepción de falta de control que caracteriza los sentimientos de atrapamiento (Colmenero-Navarrete et al., 2022), mientras que el uso de estrategias desadaptativas como la rumiación se engloba dentro del criterio de pérdida de control cognitivo del SCS (Bloch-Elkouby et al., 2020). Además, tanto las creencias de incontrolabilidad como la rumiación podrían aumentar y mantener la angustia emocional y los síntomas afectivos presentes en el SCS (Rickerby et al., 2022; Somerville et al., 2023). Por otro lado, existe evidencia previa de la existencia de asociaciones entre las creencias de incontrolabilidad emocional (Khaleghi et al., 2021; Zhu y Wong, 2022) y la rumiación (Rogers y Joiner, 2017) con el suicidio, así como también hay evidencia de que el SCS es un predictor de comportamiento suicida a corto plazo (Barzilay et al., 2020; Galynker et al. 2017; Rogers et al, 2022; Yaseen et al., 2019). Desde esta perspectiva, es

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

posible hipotetizar un modelo de múltiples pasos de asociaciones entre regulación emocional, SCS y comportamiento suicida (ver Figura 8).

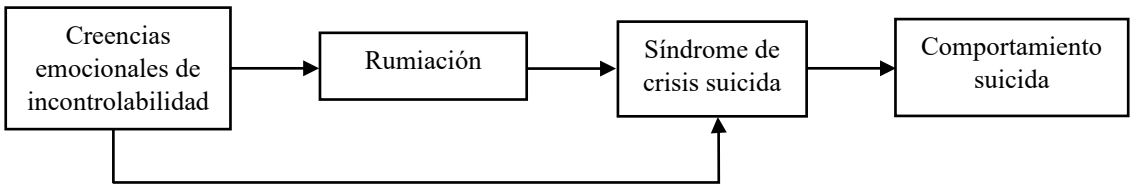

Figura 8. Modelo de múltiples pasos de asociaciones entre la incontrolabilidad de las emociones, la rumiación, el síndrome de crisis suicida y el comportamiento suicida.

En este modelo, las personas que creen que sus emociones son incontrolables utilizan con mayor frecuencia estrategias de regulación emocional desadaptativas, como la rumiación, en un intento (ineficaz) de reducir sus emociones negativas y/o recuperar el control percibido sobre ellas (Arbulu et al., 2023; Ford y Gross, 2018). Estas dificultades en la regulación de las emociones podrían contribuir a la aparición del SCS, facilitando la aparición de sentimientos de atrapamiento, alteraciones del afecto o falta de control cognitivo. Finalmente, el SCS conduce a niveles más altos de comportamiento suicida (Barzilay et al., 2020; Galynker et al. 2017).

Hasta donde sabemos, ningún estudio empírico ha examinado el vínculo entre regulación emocional y el SCS, o el papel mediador del SCS entre regulación emocional y suicidio. En este estudio, nuestro objetivo fue examinar las asociaciones entre regulación emocional, SCS y comportamiento suicida y testar el modelo de múltiples pasos propuesto mediante muestras de adultos de la comunidad (muestra 1) y pacientes clínicos (muestra 2). En ambas muestras, planteamos las hipótesis de que: (1) las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones se asociarían positivamente con la rumiación, el SCS y el comportamiento suicida (ideación e intentos de suicidio); (2) la rumiación se asociaría positivamente con el SCS y con comportamiento suicida; (3) el

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

SCS estaría asociado con el comportamiento suicida; (4) las creencias de incontrolabilidad se asociarían con el comportamiento suicida tanto directa como indirectamente (a través de la rumiación y el SCS); y, finalmente, (5) el SCS mediaría el efecto de la rumiación sobre el comportamiento suicida.

Método

Participantes y procedimiento

Muestra 1: Población comunitaria

Participaron 421 individuos de población española (122 hombres y 299 mujeres), con edades comprendidas entre 18 y 70 años (M=31,15; DT=11,79). De éstos, 2,6% no tenían educación formal, 0,7% solo habían completado la educación primaria, 34,7% tenían educación secundaria, 28,7% tenían un título universitario y el 33,3% tenía un título de posgrado. En cuanto a la situación económica, el 12,8% de los ingresos anuales declarados del hogar fue inferior a 12.000€, el 34,9% entre 12.000€ y 24.000€, el 24,7% entre 24.000€ y 36.000€, el 20% entre 36.000€ y 60.000€ y el 7,6% más de 60.000€. En cuanto a la situación sentimental, el 36,6% eran solteros, el 20,4% estaban casados, el 37,1% tenían una pareja estable (más de un año), el 2,4% estaban divorciados y el 3,6% restante tenía una situación diferente.

Los participantes fueron reclutados utilizando un muestreo incidental y de bola de nieve y completaron un cuestionario en línea (proporcionándoles un enlace para completar todas las medidas). La participación fue voluntaria, garantizando el anonimato y todos los participantes dieron su consentimiento por escrito. Después de completar los cuestionarios, los participantes podían compartir el enlace de la encuesta con otras personas. El procedimiento fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Málaga (CEUMA, Número de registro: 8-2021-H).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Muestra 2: Población clínica

Esta muestra estuvo compuesta por 70 pacientes que recibían tratamiento psicológico en dos clínicas psicoterapéuticas privadas. De esta muestra, n = 51 (72,9%) eran mujeres y n = 19 (27,1%) eran hombres. La edad varió de 18 a 71 años con un promedio de 31,74 (DT = 10,26). En esta muestra, 2,9% habían completado la educación primaria, 32,9% cursaban educación secundaria, 32,9% tenían un título universitario y el 22,9% tenían un título de posgrado. El 8,6% restante tenía otros estudios. En cuanto a la situación económica, el 12,9% tuvo ingresos inferiores a 12.000€, el 32,9% entre 12.000€ y 24.000€, el 25,7% entre 24.000€ y 36.000€, el 22,9% entre 36.000€ y 60.000€ y el 5,6% más de 60.000€. Finalmente, el 41,4% eran solteros, el 18,6% estaban casados, el 32,9% tenían una pareja estable, el 2,9% estaban divorciados y el 4,3% tenían una situación diferente. Como diagnóstico primario, la mayoría de los pacientes sufrían trastornos emocionales: el 22,9% tenía algún trastorno de ansiedad, el 18,6% tenía un trastorno depresivo mayor o síntomas depresivos, el 22,8% sufría estrés y trastornos adaptativos, el 5,7% tenía un trastorno alimentario, el 4,29% trastorno obsesivo-compulsivo, el 1,4% trastorno bipolar, y el 24,31% restante tenía problemas subclínicos (problemas de pareja, baja autoestima, déficit de habilidades sociales...).

Los cuestionarios fueron administrados durante la evaluación psicológica, entre la primera y la tercera sesión. Los criterios de exclusión incluyeron: ser menor y personas sin capacidad cognitiva para completar esos cuestionarios. El profesional proporcionó al paciente información breve sobre la investigación y enfatizó que era completamente anónima y voluntaria. Se les indicó que podían completar los cuestionarios en línea o en formato de lápiz y papel. Este procedimiento también fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Málaga (CEUMA, Número de registro: 8-2021-H).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Medidas

Se utilizaron las mismas medidas para evaluar las variables clave en ambas muestras:

Creencias de Incontrolabilidad sobre las Emociones (*Cuestionario de Creencias sobre las Emociones, BAEQ;* Manser et al., 2012). Esta medida de autoinforme contiene seis subescalas que evalúan diferentes tipos de creencias que las personas pueden tener sobre sus emociones: abrumadoras e incontrolables, vergonzosas e irracionales, inválidas y sin sentido, inútiles, dañinas y contagiosas. En este estudio, utilizamos la subescala de incontrolabilidad, de 9 ítems, que evalúa las creencias que las personas tienen sobre el control de sus emociones (por ejemplo, *"cuando empiezo a sentirme molesto, no puedo controlarlo").* El participante indica estar de acuerdo con cada uno de los ítems en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La escala original tiene buena consistencia interna, con α de .69 a .88 (Manser et al., 2012). En el presente estudio, la subescala de incontrolabilidad tuvo una excelente consistencia interna en la muestra comunitaria (α = 0,90) y clínica (α = 0,87).

Rumiación (*Escala de Respuestas Rumiativas; subescala brooding,* RRS; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Esta escala evalúa las respuestas individuales a las emociones negativas describiendo respuestas centradas en uno mismo y síntomas de estado de ánimo depresivo. En el presente estudio, se utilizó la subescala *brooding*, que es la escala que se ha relacionado principalmente con los síntomas depresivos. Esta subescala de 5 ítems evalúa una forma de rumiación centrada en aspectos negativos de uno mismo e interpretaciones negativas de la vida de uno mismo (por ejemplo, pienso: *"¿qué he hecho para merecer esto?"*). Para cada ítem, los participantes indicaron la frecuencia de cada evento en una escala de 4 puntos que va desde 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre), donde las puntuaciones más altas indican una mayor frecuencia de rumiación.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

El RRS ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en su versión original (α=0,89; Nolen Hoeksema y Morrow, 1991), y la versión española (α = 0,86; Hervás, 2008). En esta muestra, las alfas de Cronbach fueron 0,83 en la muestra comunitaria y 0,81 en la muestra clínica**.**

Síndrome de Crisis Suicida (*Inventario de Crisis Suicida-Versión Corta, SCI-SF;* Galynker et al., 2017; 2023). Es la versión abreviada de 8 ítems del Inventario de Crisis de Suicidio original de 49 ítems, que evalúa la presencia y gravedad del SCS. Incluye diferentes aspectos afectivos y cognitivos, como sentimientos de atrapamiento y rumiación. Se le pide a los encuestados que indiquen cómo se sintieron cuando estaban *"en su peor momento en los últimos meses"* (por ejemplo, "*¿tenías miedo de morir?"*), utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde 0 (nada) a 4 (extremadamente), con puntuaciones más altas que indican síntomas más graves. Esta versión abreviada presenta una buena consistencia interna (α= 0,87; Galynker et al., 2017). En nuestra muestra comunitaria y clínica las alfas de Cronbach fueron: α = 0,90 y α = 0,89, respectivamente.

Ideación Suicida (*Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida, FSII;* Chang y Chang, 2016). El FSII es una escala de autoinforme de 5 ítems que evalúa la frecuencia de los pensamientos suicidas en los últimos 12 meses (por ejemplo, *¿ha pensado en lastimarse?*). Se presenta en una escala Likert de 5 puntos (1=nunca a 5=casi todos los días). La puntuación total varía de 5 a 25, con puntuaciones más altas indicando una mayor frecuencia de ideación suicida. La consistencia interna fue buena en la versión original (α = .96), y en la versión española (α= .89) (Sánchez-Álvarez et al., 2020). En este estudio, tanto en la muestra comunitaria como en la clínica el alfa de Cronbach fue α = 0,93.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Intento de Suicidio. Para evaluar esta variable, se utilizó la siguiente pregunta: "*¿Alguna vez has intentado suicidarte?"*.

Análisis de datos

Utilizamos IBM SPSS (Versión 23) para calcular los estadísticos descriptivos, los análisis de correlación y la consistencia interna (alfa de Cronbach), y Mplus versión 8 (Muthén y Muthén, 1998) para realizar análisis de pasos (path analyses), una técnica de modelado de ecuaciones estructurales (SEM) que solo examina las variables observadas (Byrne, 1998). Utilizamos la estimación MLR para analizar el modelo que examina la ideación suicida (tanto en la muestra comunitaria como en la clínica) y la estimación de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV), que es un parámetro eficiente con variables observadas dicotómicas u ordinales (Muthén y Satorra, 1995) para analizar el modelo que examina el intento de suicidio (en la muestra comunitaria). Ambos procedimientos son apropiados para su uso con datos no normales (Flora y Curran, 2004).

Resultados

Estadísticos descriptivos

La media, la desviación estándar y el α de Cronbach para las variables analizadas en las dos muestras aparecen en la Tabla 8. En ambas muestras, la edad y el género fueron similares, siendo la mayoría mujeres. En cuanto a las principales variables de este estudio, se encontraron diferencias estadísticas y significativas en todas las variables entre ambas muestras, con puntuaciones más altas en la muestra clínica. En cuanto al intento de suicidio, 27 individuos tuvieron al menos un intento en la muestra comunitaria, mientras que 6 lo intentaron en la muestra clínica. Sin embargo, el porcentaje de intentos fue mayor en la población clínica.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 8. Medias, desviaciones estándar y fiabilidad de variables en la muestra comunitaria y en la clínica.

	Muestra comunitaria (n=421)		Muestra clínica (n=70)			
	M (SD)	α	*M (SD)*	α	*t*	*p*
Edad	31.15(11.79)		31.74 (10.26)			
Mujer	71.02%		72.9%			
Ideación suicida (FSII)	8.19 (4.37)	.93	9.69 (5.28)	. 93	-2.56	<.05
Síndrome de crisis suicida (SCI-SF)	9.08 (7.7)	.90	14.53(8.23)	.89	-5.18	<.05
Creencias de incontrolabilidad (BAEQ)	25.83 (8.18)	.90	31.66 (7.80)	.87	-3.97	<.05
Rumiación (RRS-SF)	10.7 (3.64)	.83	12.67 (3.89)	81	-5.74	<.05
Intento de suicidio	6.4%		8.6%			

Nota. FSII: Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida; SCI-SF: Inventario de Crisis Suicida-Versión Corta; BAEQ: Cuestionario de Creencias sobre las Emociones; RRS-SF: Escala de Respuestas Rumiativas- Versión Corta.

Asociaciones entre regulación emocional, SCS y el comportamiento suicida

Las correlaciones bivariadas entre todas las variables principales en la muestra comunitaria y la clínica se presentan en la Tabla 9. En ambas muestras, encontramos correlaciones positivas y significativas en la dirección esperada, por lo tanto, la ideación suicida se correlacionó positiva y significativamente con las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones, la rumiación y el SCS. Las creencias de incontrolabilidad se correlacionaron significativamente y positivamente con la rumiación y el SCS. Finalmente, la rumiación se correlacionó positivamente con el SCS.

Con respecto al intento de suicidio en la muestra comunitaria, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables. Así, para las creencias de incontrolabilidad, las puntuaciones de las personas con intento de suicidio previo (M= 31,55, DE= 7,9), fueron superiores a las de las personas sin intento (M=25,44, DE= 8,06,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

t (419) =3,82, p<,05, r=,18). Del mismo modo, las puntuaciones de rumiación fueron más altas en las personas con intento (M=13.22, DE=4.02) que en aquellos sin intento (M= 10.53, DE=3.56, t (419) =3.78, p<.05, r=.18). Con respecto al SCS, también se encontraron diferencias significativas entre aquellas con intento (M=16,63; DE=7,6) y sin intento (M=8,56; DE=7,44, t (419) =5,45, p<,05, r=,26). Finalmente, la ideación suicida fue mayor en aquellas personas con intento (M=13,89; DE= 6,17) que sin intento (M=7,8; DE=3,94, t (419) =5,05, p<,05, r=,69).

Tabla 9. Correlaciones bivariadas entre variables clave en la muestra comunitaria y en la clínica.

	Muestra comunitaria				Muestra clínica			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Ideación suicida (FSII)	-				-			
2. Síndrome de crisis suicida (SCI-SF)	.67**	-			.61**	-		
3.Creencias de incontrolabilidad (BAEQ)	.53**	.63**	-		.47**	.50**	-	
4.Rumiación (RRS-SF)	.53**	.68**	.64**	-	.42**	.53**	.59**	-

Nota: FSII: Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida; SCI-SF: Inventario de Crisis Suicida-Versión Corta; BAEQ: Cuestionario de Creencias sobre las Emociones; RRS-SF: Escala de Respuestas Rumiativas- Versión Corta.
Nota: ** p < .01

Análisis de pasos (Path Analyses)

Probamos el modelo propuesto en la muestra comunitaria tanto para la ideación suicida (Figura 9) como para el intento de suicidio (Figura 10), y en la muestra clínica, solo para la ideación suicida (Figura 11). Con respecto a la muestra comunitaria, las creencias de incontrolabilidad se relacionaron positiva y significativamente con la rumiación, y la rumiación tuvo un efecto positivo y significativo en el SCS que, a su vez, tuvo un efecto en la ideación suicida. En este modelo, las creencias de incontrolabilidad se relacionaron con la ideación suicida tanto directa como indirectamente (b = .37, SE =

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

.04, p < .01). Con respecto al intento de suicidio (Fig.10), encontramos resultados similares a los encontrados con la ideación, sin embargo, las creencias de incontrolabilidad solo se relacionaron con el intento de suicidio indirectamente a través de la rumiación y el SCS (b = .28, SE = .06, p < .01).

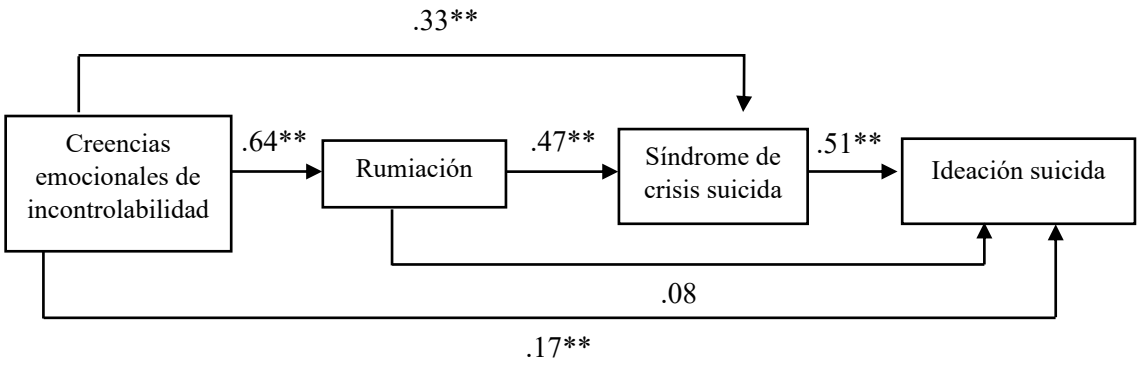

Figura 9. Análisis de pasos para la ideación suicida en la muestra comunitaria.
Nota: ** p < .01

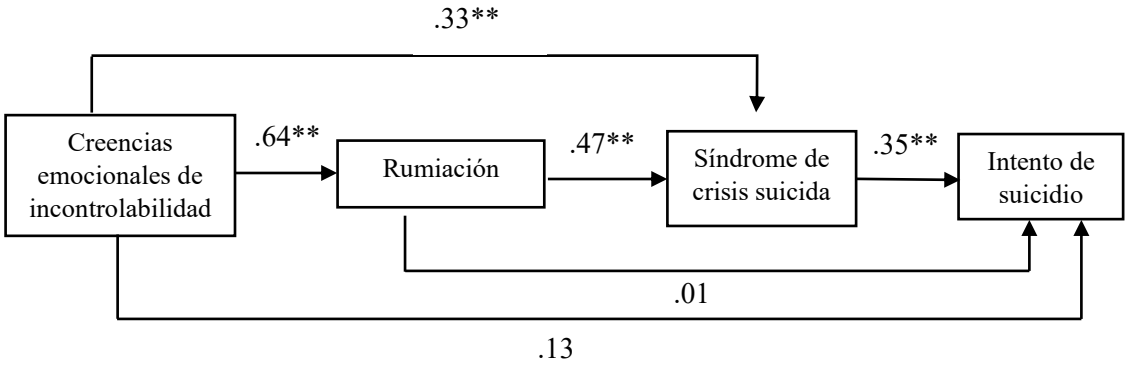

Figura 10. Análisis de pasos para intentos de suicidio anteriores en la muestra comunitaria.
Nota: ** p < .01

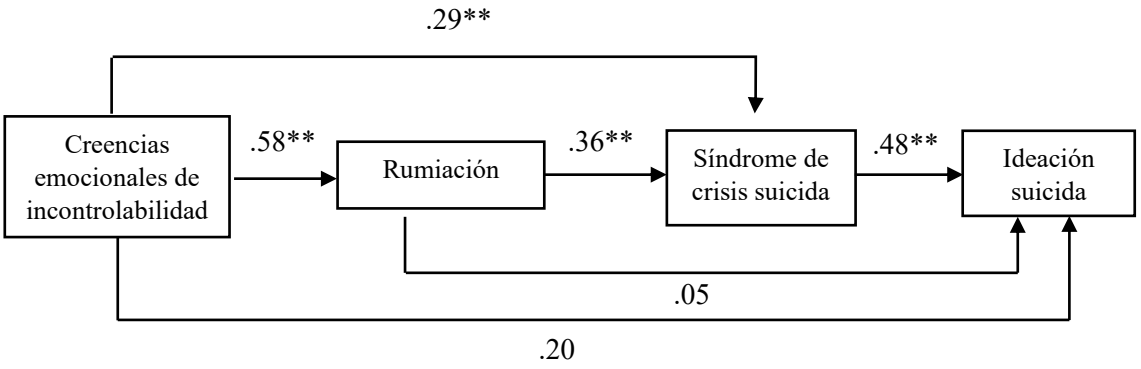

Figura 11. Análisis de pasos para la ideación suicida en la muestra clínica.
Nota: ** p < .01

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En la muestra clínica, encontramos resultados similares a los de la muestra comunitaria: las creencias de incontrolabilidad tuvieron un efecto positivo y significativo en la rumiación, que a su vez se relacionó positiva y significativamente con el SCS, y esta variable tuvo un efecto en la ideación suicida. Además, las creencias de incontrolabilidad se relacionaron con la ideación suicida indirectamente ($b = .27$, $SE = .09$, $p < .01$).

Discusión

En este estudio, examinamos las asociaciones entre regulación emocional, SCS y comportamiento suicida (ideación e intento de suicidio) en una muestra comunitaria de adultos y en otra muestra clínica. Con base en investigaciones previas, esperábamos encontrar que, en ambas muestras, las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y la rumiación se relacionaran positivamente con el SCS y el comportamiento suicida. También intentamos proporcionar evidencias preliminares de un modelo de varios pasos en el que los factores de regulación emocional están relacionados con el suicidio a través del SCS. Nuestros resultados están en línea con estas hipótesis.

Las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y la rumiación se asociaron con niveles más altos de ideación suicida y con intentos previos de suicidio. Este resultado es consistente con la literatura previa sobre rumiación (Rogers y Joiner, 2017) y amplía los pocos estudios que habían examinado el vínculo entre las creencias de incontrolabilidad y el suicidio (Khaleghi et al., 2021; Zhu y Wong, 2022). Con respecto al SCS, proporcionamos la primera evidencia de asociaciones significativas y positivas entre los factores de regulación emocional, las creencias de incontrolabilidad y la rumiación con los síntomas del SCS. En línea con nuestras hipótesis, aquellos participantes que tienen la creencia de que sus emociones son menos controlables y que usan la rumiación con más frecuencia, informaron igualmente de un mayor nivel de SCS en los meses anteriores. Además, este resultado fue el mismo en los participantes de la

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

población comunitaria y en el de la muestra clínica. Finalmente, el SCS también se asoció positivamente con el comportamiento suicida, un resultado que corrobora los hallazgos de estudios previos en pacientes hospitalizados y ambulatorios (Bloch-Elkouby et al., 2021; Galynker et al., 2017) y agrega evidencia en muestras comunitarias, donde el SCS apenas se ha examinado (Rogers et al., 2023). Juntos, nuestros resultados señalan que la regulación emocional y el SCS son factores asociados al suicidio, y que esta asociación aparece tanto en participantes de población comunitaria como clínica, lo que sugiere que la relevancia de estos factores no depende de la intensidad de la sintomatología de los individuos.

Nuestros resultados también añaden evidencia preliminar de la existencia de un modelo de múltiples pasos en el que los factores de regulación emocional están relacionados con el suicidio a través del SCS. En este modelo, las personas que tienen la idea de que sus emociones son incontrolables tienen más probabilidades de usar la rumiación para reducir las emociones negativas y/o recuperar el control percibido; sin embargo, el uso de la rumiación, en lugar de regular eficazmente las emociones negativas, conducen al SCS al facilitar sentimientos de atrapamiento, alteraciones del afecto o falta de control cognitivo. Finalmente, el SCS conduce a niveles más altos de ideación e intentos suicidas. Encontramos evidencia para este modelo con respecto a la ideación suicida tanto en la muestra comunitaria como en la clínica, y respecto a los intentos de suicidio previos en la muestra comunitaria. Estos resultados están en línea con investigaciones anteriores que encontraron vínculos entre las creencias de incontrolabilidad y la rumiación, así como que la rumiación media las asociaciones entre estas creencias y el distrés emocional (Arbulu et al., 2023). Del mismo modo, el papel mediador del SCS que encontramos, está en línea con el Modelo de Crisis Narrativa del Suicidio (Galynker, 2017) y con trabajos previos en los que el SCS medió el vínculo entre

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

los factores de riesgo a largo plazo y el suicidio (Cohen et al., 2018; 2022). Aunque nuestros resultados suponen una evidencia preliminar en estudios transversales, esperamos que aliente a futuros estudios a replicar y ampliar lo que hemos encontrado aquí.

Implicaciones teóricas y clínicas

Nuestros resultados tienen dos implicaciones principales. Primero, si la regulación emocional está relacionada con el SCS y el suicidio, los modelos teóricos deben considerar los factores de regulación al explicar el comportamiento suicida. Así, algunos de los principales modelos psicológicos del suicidio (Galynker, 2017; Joiner, 2005; O'Connor, 2011) pueden mejorar su capacidad predictiva al considerar el papel de la regulación emocional. Las variables clave de estos modelos, como la carga percibida, la pertenencia frustrada, la desesperanza o el atrapamiento, están asociadas con la experiencia de niveles altos de angustia emocional que las personas deben regular. En este sentido, anteriormente sugerimos que la regulación emocional desempeña un papel importante a lo largo de todo el proceso de suicidio, primero, en la regulación de los sentimientos negativos asociados con factores relacionados con el suicidio (por ejemplo, carga percibida, pertenencia frustrada o desesperanza) y, finalmente, más cerca del comportamiento suicida (Colmenero-Navarrete et al., 2022). Aquí se proporcionó evidencia para la última sugerencia, con la regulación emocional asociada al SCS.

En segundo lugar, teniendo en cuenta nuestro hallazgo de que las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones están relacionadas con la rumiación, el SCS y el suicidio, las personas que tienen este tipo de creencias pueden beneficiarse de las intervenciones que se centran directamente en modificarlas. Investigaciones anteriores han encontrado que las creencias emocionales son modificables a través del tratamiento (De Castella et al., 2015; Gallagher et al., 2014). Por ejemplo, Gallagher et al. (2014)

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

encontraron, utilizando una gran muestra clínica (N = 606), que los individuos que recibieron Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) informaron de aumentos en el control percibido sobre sus emociones, y que este cambio medió la mejora de los síntomas de diferentes trastornos de ansiedad. Por otro lado, también hay evidencia de que las intervenciones dirigidas a reducir las estrategias de rumiación fueron efectivas para prevenir la ansiedad y los síntomas depresivos en individuos de alto riesgo dentro de un marco de TCC (TCC centrada en la rumiación, Watkins, 2015; 2018), o en una TCC centrada en la rumiación a través de Internet (Cook et al. 2019; Topper et al., 2017). Estos datos sugieren que la regulación emocional es maleable y responde al tratamiento, por lo que, al enfocarse en la regulación, los profesionales de la salud mental pueden estar mejor equipados para reducir el SCS y, por lo tanto, el riesgo de comportamiento suicida.

Limitaciones y direcciones futuras

Aunque el presente estudio reveló resultados novedosos, no está exento de limitaciones que deberán ser abordadas en futuras investigaciones. Su principal limitación es el uso de un análisis de mediación en un diseño transversal, un diseño que no puede establecer la causalidad. En este sentido, si bien nuestros resultados pueden servir como evidencia preliminar potencialmente útil, se necesita investigación experimental y longitudinal futura. En segundo lugar, se utilizó una pequeña muestra clínica, por lo que los resultados deben tratarse con precaución. Además, no pudimos probar nuestro modelo para los intentos de suicidio en nuestra muestra clínica, por lo que los estudios futuros deben examinar si este modelo también es válido para comprender los intentos de suicidio en muestras psiquiátricas. Finalmente, en ambas muestras, la mayoría de los participantes eran mujeres. Dado que las mujeres son más propensas a intentar suicidarse, mientras que los hombres tienen más probabilidades de completar el suicidio (OMS, 2021; Schrijvers

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

et al., 2012), es importante corroborar nuestros resultados en una muestra más equilibrada en cuanto al género.

Conclusiones

A pesar de estas limitaciones, observamos que las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y el uso de la rumiación se asocian con mayores síntomas de SCS y comportamiento suicida en individuos de la población comunitaria y clínica. Los resultados también proporcionaron una evidencia preliminar de un modelo de varios pasos en el que los factores de regulación emocional están relacionados con el suicidio a través del SCS. Estos resultados refuerzan la idea de que los factores de regulación de las emociones deben integrarse en los modelos teóricos de suicidio, y que la prevención del suicidio se beneficiaría de las intervenciones basadas en la evidencia destinadas a reducir las creencias sobre la incontrolabilidad emocional y la rumiación.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ESTUDIO 3

CREENCIAS SOBRE LA INCONTROLABILIDAD DE LAS EMOCIONES Y LAS NECESIDADES INTERPERSONALES COMO PREDICTORES DEL SÍNDROME DE CRISIS SUICIDA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

5.3. Estudio 3: Creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y las necesidades interpersonales como predictores del síndrome de crisis suicida

Resumen

En los últimos años, la literatura se ha centrado en el *Síndrome de Crisis Suicida* (SCS) como factor de riesgo proximal al suicidio. El SCS es un estado mental "agudo" caracterizado por una intensa desregulación cognitiva y afectiva que tiene como objetivo explicar los procesos psicológicos que ocurren en los días u horas previas a la conducta suicida. El SCS ha demostrado ser un constructo robusto capaz de predecir la conducta suicida. Sin embargo, pocos estudios han investigado qué variables predicen el SCS. En este estudio examinamos el papel predictivo de las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y las necesidades interpersonales (percepción de ser una carga para los demás y sentimiento de pertenencia frustrada) en el SCS. Además, basándonos en el Modelo Narrativo de Crisis del Suicidio, probamos un modelo de mediación en el que la asociación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y el SCS está mediada por las necesidades interpersonales. También examinamos el papel predictivo de estas variables en la ideación suicida. Para abordar nuestras hipótesis utilizamos una muestra de 276 participantes (50,4% varones), con edades comprendidas entre los 18 y los 77 años, que completaron un estudio de seguimiento de 4 meses. Los resultados mostraron que las creencias emocionales de incontrolabilidad y la percepción de carga predijeron el SCS. El modelo de mediación mostró además que la percepción de ser una carga en el Tiempo 1 medió el vínculo entre las creencias de incontrolabilidad en el Tiempo 1 y el SCS en el Tiempo 2. Solamente la percepción de ser una carga predijo la ideación suicida. Enfatizamos la importancia de abordar las creencias de incontrolabilidad y la percepción de ser una carga en la prevención del SCS y discutimos futuras líneas de investigación.

Palabras clave: Síndrome de crisis suicida, creencias emocionales de incontrolabilidad, pertenencia frustrada, carga percibida, conducta suicida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Introducción

Con más de 700.000 muertes reportadas cada año, el suicidio sigue siendo una profunda preocupación para la salud pública mundial (OMS, 2021). En muchos casos, a pesar de los extensos esfuerzos de prevención del suicidio, éste sigue siendo impredecible (Franklin et al., 2017). Según Berman (2018), más del 50% de los pacientes que murieron por suicidio negaron explícitamente haber experimentado ideación o intención suicida durante sus interacciones con los profesionales de la salud. Varios factores pueden contribuir a explicar esta falta de comunicación: la ideación y la intención suicida pueden presentar fluctuaciones rápidas en cuestión de horas o minutos (Hallensleben et al., 2019; Kleiman et al., 2017; Millner et al., 2017); sentimientos de vergüenza (Fulginiti y Frey, 2019), preocupación por la pérdida de autonomía (Blanchard y Farber, 2020); o una capacidad limitada de introspección que podría impedir el reconocimiento y la comunicación de dichos pensamientos (Podlogar et al., 2020). Si bien los modelos más influyentes sobre el suicido han abordado los factores de riesgo de suicidio a medio y largo plazo (Joiner, 2005; O'Connor, 2011), ha habido un creciente interés en los últimos tiempos por explorar la evaluación inmediata del riesgo, incluso cuando los pacientes no revelan por sí mismos sus pensamientos o ideas suicidas.

Síndrome de crisis suicida y conducta suicida

El Síndrome de Crisis Suicida (SCS, por sus siglas en inglés) es un estado cognitivo-afectivo pre-suicida que engloba procesos mentales agudos e indica un riesgo inminente de ideación y conductas suicidas (Galynker et al., 2017). Aunque la ideación suicida puede estar presente, no es la característica central del SCS. Esta característica distintiva permite al SCS predecir casos en los que los individuos podrían no reconocer o admitir su ideación suicida. El SCS abarca una serie de síntomas que se combinan en un síndrome unidimensionnal (Schuck et al., 2019). Principalmente, el componente central

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

del SCS se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de atrapamiento o desesperanza intensa, es decir, una necesidad urgente de escapar o evitar una situación vital abrumadora (Galynker et al., 2017; Yaseen et al., 2014). Los componentes adicionales abarcan alteraciones afectivas, cognitivas y conductuales relacionadas con la experiencia de atrapamiento/desesperanza frenética, como alteraciones afectivas (dolor emocional, cambios rápidos en las emociones negativas, ansiedad extrema, anhedonia aguda), pérdida de control cognitivo (rumiación, intentos fallidos de suprimir el pensamiento, rigidez cognitiva), hiperactivación (agitación, irritabilidad, hipervigilancia, insomnio) y retraimiento social (Rogers et al., 2017; Schuck et al., 2019).

Un volumen cada vez mayor de investigaciones respaldan la validez, fiabilidad y utilidad clínica del SCS (Barzilay et al., 2020; Menon et al., 2022; Rogers et al., 2022). El SCS es reconocido como un constructo robusto (Bloch-Elkouby et al., 2021) que puede predecir eficazmente el comportamiento suicida a corto plazo (Barzilay et al., 2020; Calati et al., 2020; Galynker et al., 2017; Yaseen et al., 2019). Por ejemplo, ha demostrado ser predictivo de pensamientos y conductas suicidas un mes después del alta hospitalaria (Bloch-Elkouby et al., 2021; Cohen et al., 2022) y ha demostrado una validez predictiva incremental sobre la ideación suicida cuando se trata de intentos de suicidio (Rogers et al., 2022). Además, ha sido ampliamente utilizado tanto en investigación como en entornos clínicos (Menon et al., 2022; Otte et al., 2020) y ha mostrado tener validez transcultural (Rogers et al., 2023). Sin embargo, aunque el SCS se ha identificado como un predictor de la conducta suicida, los factores que predicen el SCS en sí siguen siendo menos explorados.

El Modelo Narrativo de Crisis del Suicidio

El Modelo Narrativo de Crisis del Suicidio (NCM, por sus siglas en inglés) propuesto por Galynker (2017) tiene como objetivo proporcionar un marco que ayude a

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

comprender la relación entre los factores de riesgo a largo y corto plazo para la conducta suicida, donde se otorga un papel central al SCS. El NCM es un modelo dinámico de suicidio que se lleva a cabo en distintas etapas o fases, que incorpora y combina factores de riesgo distales y proximales bien documentados en el campo del suicidio. Este modelo sugiere que cuando los individuos con factores de riesgo distales o rasgos de vulnerabilidad (características sociales, interpersonales, psicológicas o históricas) experimentan eventos estresantes en la vida, pueden desarrollar percepciones distintas de sí mismos y de la sociedad, lo que se conoce como "narrativa suicida". Dentro de este marco narrativo, los individuos que se perciben a sí mismos como derrotados y humillados, experimentan una sensación de carga (odio hacia sí mismos y la creencia de que son una carga para los demás) y carecen de un sentido de pertenencia (soledad o desconexión de uno mismo con los demás, junto con la ausencia de cuidado recíproco), aspectos comúnmente denominados como "necesidades interpersonales" (Joiner, 2005). Esto genera un sentimiento de desesperanza y la convicción de que no hay un futuro para ellos (Cohen et al., 2019; Galynker et al., 2017). Esta narrativa aumenta la probabilidad de que los individuos pasen a la etapa aguda del modelo: el SCS. Por lo tanto, los factores crónicos (rasgos de vulnerabilidad) conducen a la narrativa suicida, que a su vez conduce al SCS, y el SCS representa el predictor más inmediato de la conducta suicida.

Estudios recientes han proporcionado evidencia para el NCM. Cohen et al. (2018) encontraron que el SCS desempeñó un papel mediador significativo entre los rasgos de vulnerabilidad (incluido el perfeccionismo, el abuso de sustancias, falta de apoyo social, la impulsividad, el apego inseguro y el trauma infantil) y la ideación y los comportamientos suicidas a lo largo de la vida. En cuanto a la asociación entre las necesidades interpersonales, el SCS y el suicidio, Cohen et al. (2019) encontraron que el SCS mediaba la conexión entre varios elementos dentro de la narrativa del suicidio, tales

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

como la sensación de pertenencia frustrada, la percepción de ser una carga, el temor a la humillación y la derrota social, con la presencia de pensamientos suicidas y los comportamientos suicidas a lo largo de la vida. El papel predictivo de las necesidades interpersonales en el suicidio también ha sido mostrado en diversos estudios (Jacobucci et al., 2023; Levi-Belz y Aisenberg, 2021). Además, Bloch-Elkouby et al. (2020a) realizaron un estudio longitudinal en el que examinaron componentes específicos del NCM y también evaluaron la capacidad del modelo para predecir futuros pensamientos e intentos suicidas. Los pacientes fueron evaluados al ingreso, antes del alta y un mes después del alta. Los resultados de este estudio indicaron que cada etapa del modelo predijo significativamente la etapa siguiente. Por lo tanto, los rasgos de vulnerabilidad (abuso infantil, apego inseguro y perfeccionismo orientado a sí mismo) predijeron las necesidades interpersonales, como parte de la narrativa del suicidio. Además, aquellos que inicialmente se involucraron activamente en el aspecto interpersonal de la narrativa suicida mostraron una mayor tendencia a experimentar un estado agudo pre-suicida, evidenciado por síntomas del SCS durante el momento del alta. Finalmente, el SCS predijo la ideación y el comportamiento suicida al mes de seguimiento.

En resumen, el NCM sugiere que los factores de riesgo distales, como los rasgos de vulnerabilidad, impulsan la narrativa del suicidio (por ejemplo, las necesidades interpersonales), lo cual a su vez predice la presencia del SCS (Cohen et al., 2019). A pesar de contar con evidencia al respecto (Bloch-Elkouby et al., 2020a; Cohen et al., 2022), resulta relevante continuar la investigación, especialmente identificando el papel de los rasgos de vulnerabilidad relevantes, utilizando preferiblemente estudios prospectivos. En esta investigación, nos centramos en la regulación de las emociones, específicamente, en el papel de las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones (Ford y Gross, 2018; 2019).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Creencias emocionales de incontrolabilidad, el SCS y la conducta suicida

La regulación emocional se refiere a los procesos por los cuales los individuos influyen en las emociones que tienen, cuándo las tienen y cómo las experimentan y expresan (Gross, 1998). Se ha identificado que las diferencias individuales en la regulación emocional constituyen un factor transdiagnóstico de la psicopatología (Fernández et al., 2016; Sheppes et al., 2015). Con respecto al suicidio, Colmenero-Navarrete et al. (2022) encontraron que tanto las estrategias de regulación desadaptativas (p. ej., rumiación) como las creencias y actitudes disfuncionales sobre las emociones están relacionadas con el comportamiento suicida (ideación suicida e intentos de suicidio). Las creencias sobre la controlabilidad de las emociones son particularmente relevantes en este contexto (Khaleghi et al., 2021).

Las creencias emocionales de incontrolabilidad se entienden como la percepción de los individuos sobre su falta de capacidad para manejar o controlar eficazmente sus emociones (Ford y Gross, 2018; 2019). Desde la perspectiva de Ford y Gross (2019), esta percepción de descontrol conduce a una disminución de la motivación para emplear estrategias efectivas de regulación de las emociones, en favor de otras estrategias "desadaptativas" que requieren menos esfuerzo pero que permiten reducir rápidamente las emociones negativas y/o recuperar el control percibido (por ejemplo, la rumiación). Se predice que los niveles más altos de creencias de incontrolabilidad se asocian con emociones intensas y síntomas clínicos, no solo por el efecto de estas estrategias desadaptativas, sino también de forma directa porque percibir las propias emociones como incontrolables aumentaría la sensación de impotencia y estrés al enfrentarse con emociones dolorosas (Ford y Gross, 2018).

La investigación ha encontrado evidencia de estas ideas. Las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones se han asociado con el uso de estrategias de regulación

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

emocional desadaptativas, y mayores niveles de distrés emocional y síntomas clínicos (Arbulu et al., 2023; Hong y Kangas, 2022). Las creencias de incontrolabilidad también se han relacionado con el suicidio (Khaleghi et al.,2021; Zhu y Wong, 2022). Khaleghi et al. (2021) encontraron que las personas con creencias más arraigadas acerca de la falta de control sobre sus emociones manifestaron comportamientos suicidas más marcados. Del mismo modo, Zhu y Wong (2022) arrojaron resultados análogos en un estudio prospectivo con adolescentes. Su estudio reveló que las creencias sobre la no maleabilidad de la depresión, la ansiedad y el estrés, predecían la ideación suicida, incluso cuando se consideraban los niveles iniciales de depresión, ansiedad e ideación suicida como variables de control.

Con base en estos estudios previos, Colmenero-Navarrete et al. (2024) examinaron si la relación entre las creencias incontrolables y el suicidio podría estar mediada por el SCS. Plantearon la hipótesis de que las creencias emocionales de incontrolabilidad podrían estar relacionadas con el SCS a través de un proceso en el que la percepción de falta de control sobre las emociones desencadena una serie de respuestas emocionales y cognitivas negativas. Cuando alguien tiene creencias acerca de que no es capaz de controlar sus emociones, es más probable que experimente un aumento de la angustia emocional y una sensación de impotencia y desesperanza en situaciones estresantes o emocionalmente desafiantes, lo que facilitaría la transición al SCS. Examinaron esta hipótesis en dos estudios transversales, utilizando una muestra clínica y comunitaria, y encontraron que aquellos individuos que creen que sus emociones son incontrolables informaron niveles más altos de SCS, ideación e intentos de suicidio. Además, sus resultados mostraron que la asociación entre las creencias de incontrolabilidad y las conductas suicidas estaba mediada por el SCS.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La presente investigación: Creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones, las necesidades interpersonales y el SCS

El NCM postula que los factores a largo plazo conducen a la narrativa suicida (esto es, necesidades interpersonales) y que dicha narrativa precede al SCS, que es el predictor más próximo del suicidio. Estudios previos han encontrado evidencia de este modelo (Cohen et al., 2018; 2019). En concreto, las necesidades interpersonales se han asociado al SCS (Bloch-Elkouby et al., 2020a). Además, dentro de los factores a largo plazo, las creencias emocionales de incontrolabilidad también se han relacionado con el SCS (Colmenero-Navarrete et al, 2024) y el suicidio (Khaleghi et al., 2021). Sin embargo, esta evidencia proviene de estudios transversales que no permiten analizar el papel predictivo de las creencias emocionales de incontrolabilidad y las necesidades interpersonales en el SCS. Además, no existen estudios que hayan examinado la relación entre estas creencias y las necesidades interpersonales, ni se ha explorado un modelo, en consonancia con el NCM, que integre las asociaciones entre las creencias acerca de la incontrolabilidad de las emociones, las necesidades interpersonales y el SCS.

En este estudio prospectivo, nuestro objetivo fue analizar el papel predictivo de las creencias emocionales de incontrolabilidad y las necesidades interpersonales en el SCS. Aunque nuestro interés principal se centró en el SCS, también examinamos el papel predictivo de estas variables y el SCS en la ideación suicida. Además, exploramos los posibles efectos bidireccionales entre las variables. Planteamos las siguientes hipótesis: (1) tanto las creencias emocionales de incontrolabilidad como las necesidades interpersonales (percepción de carga, pertenencia frustrada) predicen el SCS; (2) la asociación entre las creencias de incontrolabilidad y el SCS está mediada por las necesidades interpersonales; (3) las creencias emocionales de incontrolabilidad, las necesidades interpersonales y el SCS predicen la ideación suicida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Método

Participantes y procedimientos

Una muestra de 276 participantes de habla inglesa (50,4% varones), con edades comprendidas entre los 18 y los 77 años (M=39,01, DT=13,15) completaron las medidas en el Tiempo 1 y, cuatro meses después, en el Tiempo 2.

Entre los individuos de la muestra, la mayoría se identificó como raza blanca (83,3%), mientras que el 4,3% se identificó como raza negra, el 8,3% como asiática, el 3,4% como mestiza y el 0,7% se identificó como otra. En cuanto a la distribución del nivel educativo: el 0,4% tenía educación primaria, el 18,1% tenía un Certificado General de Educación Secundaria o un Certificado General de Educación, el 17% tenía Educación y Formación Profesional o un Certificado de Educación Superior, el 41,7% había obtenido un título de Licenciatura o Universitario, el 18,5% tenía un Certificado de Posgrado, Maestría o Doctorado, y el 4,3% había alcanzado un nivel educativo diferente. En cuanto a la situación económica: el 12,3% declaró tener unos ingresos familiares anuales inferiores a £12.000, el 21,4% entre £12.000 y £24.000, el 22,1% declaró ingresos entre £24.000 y £36.000, el 28,6% entre £36.000 y £60.000 y el 15,6% más de £60.000. Finalmente, en cuanto al estado civil, el 39,5% eran solteros, el 29,3% estaban casados, el 26,4% tenían una pareja estable (más de un año), el 1,4% eran viudos, el 2,9% estaban divorciados o separados y el 0,4% tenían un estatus diferente.

En este estudio prospectivo, los participantes fueron reclutados a través de la plataforma Prolific (https://www.prolific.co) y recibieron un pago por completar una encuesta en línea. Todos los participantes dieron su consentimiento informado y procedieron a completar una batería de cuestionarios de autoinforme en el momento inicial. Cuatro meses después, los participantes volvieron a completar las mismas medidas administradas en el Tiempo 1.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Medidas

Creencias de Incontrolabilidad sobre las Emociones (*Cuestionario de Creencias sobre las Emociones, BAEQ;* Manser et al., 2012). Este cuestionario de autoinforme comprende seis subescalas diseñadas para evaluar varios tipos de creencias que las personas pueden tener sobre sus emociones. Estas subescalas exploran la percepción de las emociones como vergonzosas e irracionales, abrumadoras e incontrolables, inútiles, dañinas, inválidas o sin sentido y contagiosas. Para este estudio se empleó la subescala de descontrol emocional de 9 ítems. Esta subescala evalúa las creencias de los participantes con respecto a su capacidad para manejar sus emociones (p. ej., *"una vez que empiezo a sentirme molesto, no hay nada que pueda hacer para detenerlo"*). Los participantes expresan su nivel de acuerdo con cada ítem en una escala que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La subescala de descontrol emocional demuestra consistencia interna favorable, con α= 0,83 (Arbulu et al., 2023). La consistencia interna en esta muestra fue muy buena tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2 (α de Cronbach: 0,94 para T1; 0,89 para T2).

Síndrome de Crisis Suicida (*Inventario de Crisis Suicida-Versión Corta, SCI-SF;* Galynker et al., 2017). Es una versión abreviada de 8 ítems derivada del Inventario de Crisis de Suicidio original, que inicialmente comprendía 49 ítems. Esta escala evalúa la presencia y la gravedad del SCS. Esta evaluación resume un espectro de facetas afectivas y cognitivas, incluyendo sentimientos de atrapamiento y rumiación intensa. En el Tiempo 1, se les pidió a los encuestados que indicasen sus sentimientos cuando estaban en su peor momento en los últimos meses (p. ej., "*¿te sentiste atrapado?"*), en una escala de 5 puntos que va de 0 (Nada) a 4 (Extremadamente). En el Tiempo 2, se les preguntó cómo se sentían cuando estaban en su peor momento en los últimos cuatro meses (usando la misma escala de puntos). Las puntuaciones más altas indican síntomas más graves. Esta

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

versión abreviada demostró una buena consistencia interna (α= 0,87) (Calati et al., 2020). La muestra de este estudio presentó una alta consistencia interna (α de Cronbach: 0,90 para T1; 0,91 para T2).

Pertenencia Frustrada y Percepción de Ser una Carga (*Cuestionario de Necesidades Interpersonales-Versión Corta,* INQ; Van Orden et al., 2012). El INQ es una medida de autoinforme de 15 ítems que evalúa la pertenencia frustrada (9 ítems) (p. ej., "*me siento desconectado de otras personas*") y la percepción de ser una carga (6 ítems) (p. ej., "*creo que mi muerte sería un alivio para las personas de mi vida*"). Las respuestas se proporcionan en una escala Likert de 7 puntos que va de 1 (nada cierto para mí) a 7 (muy cierto para mí). Los ítems seleccionados se recodificaron para que las puntuaciones más altas reflejaran niveles más altos de ambas variables. La confiabilidad interna reportada por Van Orden et al. (2012) fue de α= 0.85. La consistencia interna en la escala total en esta muestra fue de α= 0,89 tanto en T1 como en T2.

Ideación Suicida (*Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida, FSII;* Chang y Chang, 2016). El FSII es una escala de autoinforme de 5 ítems diseñada para medir la frecuencia de pensamientos suicidas experimentados en los últimos 12 meses (“*¿Has pensado en hacerte daño?” “¿Has creído que no merecías vivir?” “¿Te has preguntado qué pasaría si acabaras con tu vida?” “¿Has pensado en suicidarte?” “¿Has deseado no existir?”*). En el Tiempo 2, se les preguntó sobre pensamientos suicidas en los últimos 4 meses. Esta medida se presenta en una escala Likert de 5 puntos que va de 1 (nunca) a 5 (casi todos los días). La puntuación completa varía dentro del rango de 5 a 25, y las puntuaciones más altas indican una mayor frecuencia de ideación suicida. La versión original de la escala demuestra una consistencia interna robusta (α = .96) (Chang y Chang, 2016). En la adaptación española, el coeficiente α fue de .89 (Sánchez-Álvarez et al.,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2020). En ambos casos es muy buena la consistencia interna. En esta muestra, el α de Cronbach fue de 0,94 tanto en T1 como en T2.

Análisis de datos

Se utilizó IBM SPSS (versión 23) para el cálculo de estadísticas descriptivas, análisis de correlación y consistencia interna (alfa de Cronbach), y JASP (versión 0.16.2) para realizar el *cross-laged panel model* y el análisis de mediación. Especificamos el *cross-laged panel model* con la versión R package lavaan de JASP (Rosseel, 2012). Este enfoque permite el análisis simultáneo de asociaciones transversales y longitudinales, además de permitir identificar posibles asociaciones bidireccionales entre las variables evaluadas (creencias de incontrolabilidad, necesidades interpersonales, SCS e ideación suicida). En los análisis de mediación, examinamos si las creencias de incontrolabilidad (Tiempo 1) estaban relacionadas con el SCS (Tiempo 2) a través del efecto de las necesidades interpersonales (Tiempo 1), cuando se controlaban los niveles basales del SCS (Tiempo 1). Realizamos tanto el *cross-laged panel model* como el análisis de mediación utilizando variables observadas y el estimador ML robusto que es indicado en casos de no normalidad (Rosseel, 2012).

Resultados

Análisis bivariados

Las medias, desviaciones estándar, fiabilidad y las correlaciones entre las variables clave se presentan en la Tabla 10. Como era de esperar, todas las variables se correlacionaron significativamente tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2. Específicamente, en el Tiempo 1, se identificaron correlaciones positivas significativas entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y todas las variables. Además, las necesidades interpersonales (subescalas de percepción de carga y de pertenencia) se

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

correlacionaron positiva y significativamente con el SCS. Igualmente, se encontró que la ideación suicida se correlacionó positivamente con todas las variables. Este patrón persistió en el tiempo 2, con todas las variables asociadas de manera significativa y positiva entre sí. Además, todas las variables en el Tiempo 1 se asociaron significativamente con las variables en el Tiempo 2.

Tabla 10. Medias, desviaciones estándar, fiabilidades y correlaciones entre las variables de estudio.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Síndrome de crisis suicida (T1)	-									
2. Creencias emocionales de incontrolabilidad (T1)	.64	-								
3. Pertenencia frustrada (T1)	.53	.49	-							
4. Percepción de la carga (T1)	.61	.49	.63	-						
5. Ideación suicida (T1)	.69	.54	.61	.76	-					
6. Síndrome de crisis suicida (T2)	.69	.55	.47	.57	.58	-				
7. Creencias emocionales de incontrolabilidad (T2)	.56	.75	.49	.48	.53	.67	-			
8. Pertenencia frustrada (T2)	.43	.40	.74	.56	.52	.59	.58	-		
9. Percepción de la carga (T2)	.50	.43	.52	.78	.66	.64	.55	.63	-	
10. Ideación suicida (T2)	.58	.46	.57	.70	.81	.69	.55	.72	.72	-
M	17.59	28.89	31.48	12.05	9.35	16.72	28.13	31.1	11.95	8.8
DT	7.94	8.92	9.8	7.59	5.03	7.68	8.99	9.66	7.54	4.6
α	.90	.94	.78	.93	.94	.90	.94	.79	.94	.94

Nota: Todas las variables son significativas para p<0.01; T1= Tiempo 1; T2= Tiempo 2.

Cross-laged panel model

En la Figura 12 se muestran las estimaciones estandarizadas del modelo. Los resultados revelaron un efecto positivo significativo de las creencias emocionales de incontrolabilidad en el Tiempo 1 sobre el SCS en el Tiempo 2 (*β= .13,* SE= *.05,* p=. 015). De manera similar, la carga percibida en el Tiempo 1 predijo el SCS *(β= .20*, SE= .07,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

p= .002), la pertenencia frustrada *(β= .13, SE= .08, p= .039)* y la ideación suicida *(β= .19*, *SE*= .033, *p < .001),* en el Tiempo 2. La ideación suicida (T1) predijo la carga percibida en el Tiempo 2 (*β*= .16, *SE*= .09, *p*= .01), por lo que hubo una relación bidireccional entre estas variables.

Contrariamente a nuestras hipótesis, la ideación suicida (T2) no fue predicha ni por el SCS (T1) (*β*= .02, SE= .03, p= .72), ni por las creencias emocionales de incontrolabilidad (T1) *(β= -.01, SE= .02, p*= .94), ni por la pertenencia frustrada (T1) (*β*= .06, SE=.02, *p*= 0,21). Ninguna de las variables predijo las creencias emocionales de incontrolabilidad en el Tiempo 2.

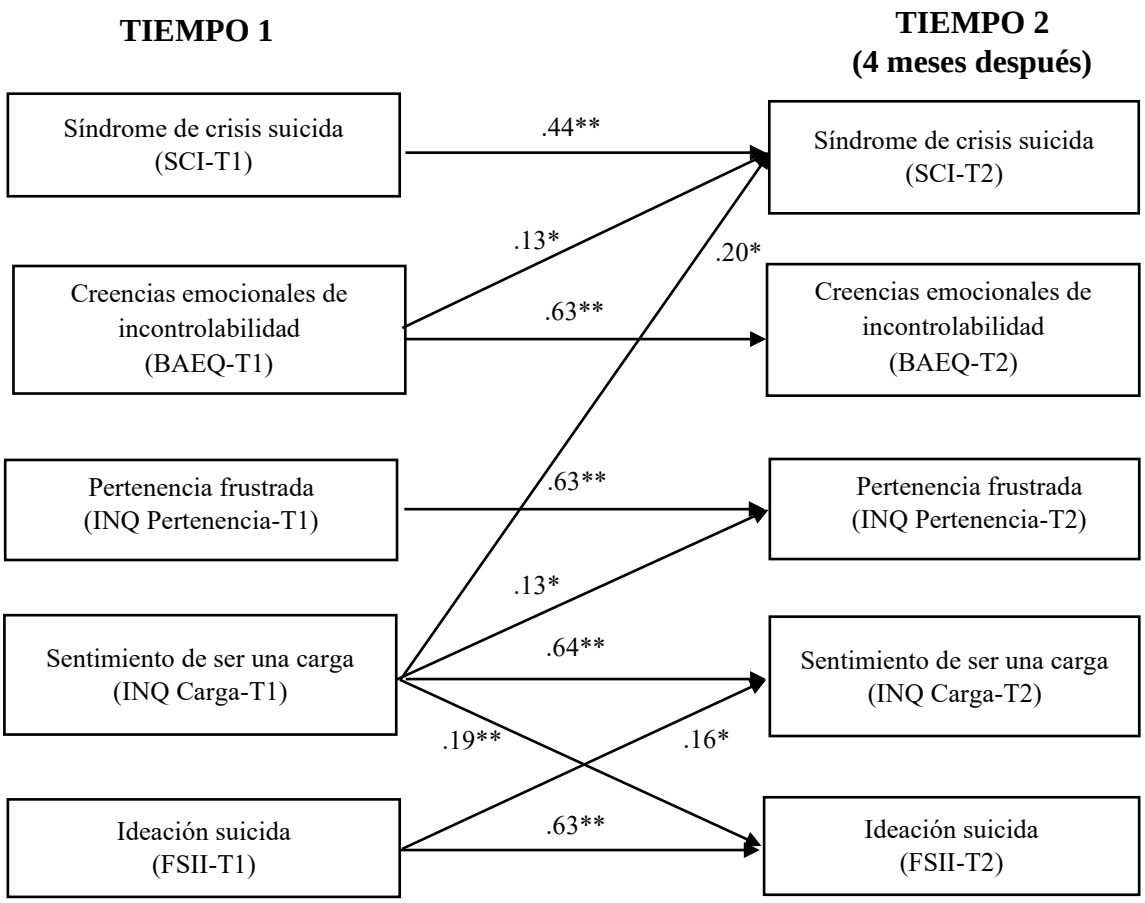

Figura 12. Cross-laged panel model.

Nota: *p≤0.05, **p≤0.01.

Las líneas que contienen betas no significativas se han omitido para mejorar la legibilidad.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Análisis de Mediación

Para probar nuestra segunda hipótesis, se examinó un modelo de mediación (ver Figura 13). Debido a que la pertenencia frustrada no logró predecir el SCS en el análisis *cross-laged panel model*, solo incluimos la carga percibida en el modelo. El efecto total, que representa la asociación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad (T1) y el SCS (T2), resultó ser significativo (β = .18, *SE* = .06, *p* = .001). Por otra parte, el efecto indirecto, es decir, el efecto de las creencias emocionales de incontrolabilidad (T1) sobre el SCS (T2) mediado por la carga percibida (T1), también fue significativo (β = *.04,* SE = .02, *p* = *.01*). Por último, el efecto directo, que denota asociaciones entre las creencias emocionales de incontrolabilidad (T1) y el SCS (T2) no mediadas por la carga percibida (T1), resultó estadísticamente significativo (β= .14, *SE*= .05, p= .01). Por lo tanto, las creencias de incontrolabilidad en T1 se asociaron con la carga en T1, y esto predijo el SCS en T2 (controlando el efecto del SCS en T1).

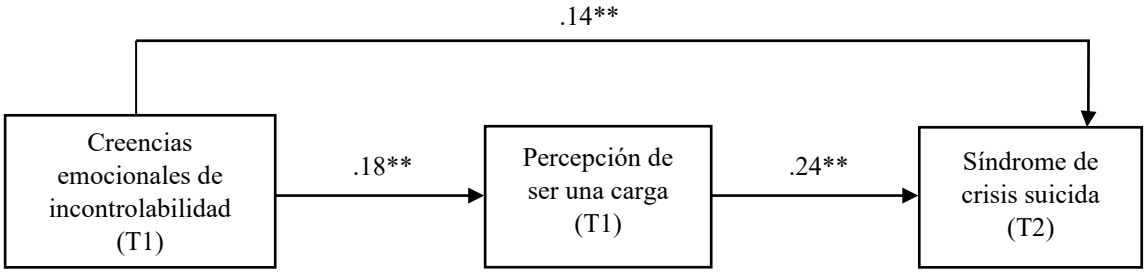

Figura 13. Modelo de mediación para creencias emocionales de incontrolabilidad y síndrome de crisis suicida a través de la percepción de ser una carga.

Nota: **p < .01

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo examinar el papel predictivo de las creencias emocionales de incontrolabilidad y las necesidades interpersonales en el SCS. Postulamos que las creencias de incontrolabilidad, la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga predecirían el SCS y que las necesidades interpersonales mediarían la relación entre

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

las creencias emocionales de incontrolabilidad y el SCS. También se pretendió examinar la capacidad de estas variables para predecir la ideación suicida y la existencia de asociaciones bidireccionales entre las variables evaluadas. Nuestros hallazgos apoyaron parcialmente nuestra hipótesis.

Con respecto a la primera hipótesis, encontramos que tanto las creencias emocionales de incontrolabilidad como las necesidades interpersonales predecían el SCS. Con respecto a las creencias de incontrolabilidad, este resultado corrobora y amplía los encontrados de forma transversal por Colmenero-Navarrete et al. (2024), quienes mostraron que las creencias de incontrolabilidad se asociaban con el SCS tanto en muestra comunitaria como clínica. Por otro lado, con respecto a las necesidades interpersonales evaluadas, encontramos que la carga percibida emergió como un predictor del SCS, mientras que la pertenencia frustrada no lo hizo. Estudios previos han mostrado que las necesidades interpersonales predicen el SCS (Bloch-Elkouby et al., 2020a; Cohen et al., 2019); sin embargo, dichos estudios no examinaron la percepción de carga y de pertenencia frustrada como factores independientes. En nuestro estudio, encontramos que, de las diferentes necesidades interpersonales, la carga percibida parece ser la más relevante para entender el SCS.

En cuanto a la segunda hipótesis, encontramos que la carga percibida (en el Tiempo 1) mediaba parcialmente la asociación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad (en el Tiempo 1) y el SCS (en el Tiempo 2). Este hallazgo está en línea con el NCM (Cohen et al., 2022), donde las creencias de incontrolabilidad emocional funcionarían como rasgos de vulnerabilidad y se relacionarían con el SCS a través de las necesidades interpersonales, que forman parte de la narrativa del suicidio. Además, las creencias de incontrolabilidad se asociaron con las necesidades interpersonales, como esperábamos. Sin embargo, cabe destacar que las creencias de incontrolabilidad no

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

predijeron ni la percepción de carga ni de pertenencia longitudinalmente, por lo que se necesita más investigación en esta área.

Finalmente, con respecto a la tercera hipótesis, la única variable capaz de predecir la ideación suicida fue la percepción de ser una carga, lo que es consistente con estudios previos (Cero et al., 2015; Cukrowicz et al., 2011). Ni las creencias sobre la incontrolabilidad ni el SCS predijeron la ideación. Estos resultados contradicen investigaciones previas que encontraron que la ideación suicida era predicha por creencias sobre la no maleabilidad de las emociones (Zhu y Wong, 2022), así como por el SCS (Galynker et al., 2017). Existen no obstante algunas diferencias entre nuestro estudio y estas investigaciones anteriores que pueden ayudarnos a explicar esto. En primer lugar, pocos estudios han investigado longitudinalmente estas asociaciones. En segundo lugar, casi todas las investigaciones previas relacionadas con el SCS se han centrado en poblaciones clínicas (Bloch-Elkouby et al., 2020b; Rogers et al., 2022), y el único estudio realizado para examinar el efecto predictivo de las creencias de incontrolabilidad sobre el suicidio utilizó una muestra de adolescentes (Zhu y Wong, 2022). En tercer lugar, la mayoría de los estudios previos no distinguen entre ideación e intentos, sino que utilizan medidas unidimensionales para evaluar la conducta suicida (Bloch-Elkouby et al., 2020a; Cohen et al., 2019). En este sentido, es posible que el SCS esté más relacionado con los intentos de suicidio, ya que no requiere ideación suicida explícita.

En conjunto, nuestros resultados enfatizan la relevancia de las creencias sobre la controlabilidad de las emociones y la percepción de ser una carga en la predicción del SCS. Las creencias de incontrolabilidad se asocian con el SCS directamente y a través de la percepción de ser una carga para los demás. Este resultado sugiere que mantener la creencia de que tenemos un control limitado sobre nuestras emociones puede iniciar directamente una cascada de respuestas emocionales y cognitivas adversas, facilitando

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

sentimientos de atrapamiento, alteraciones afectivas o falta de control cognitivo que caracterizan al SCS (Colmenero-Navarrete et al., 2024). Por otro lado, una sensación continua de falta de control sobre las emociones también puede conducir a una mayor percepción de ser una carga. Cuando las personas creen firmemente que carecen de control sobre sus emociones y que estas emociones afectan negativamente a quienes le rodean, pueden generarles malestar. Si un individuo tiene dificultades para regular sus emociones, esto puede interferir con su capacidad para enfocarse en sus relaciones sociales, enfrentando dificultades para crear conexiones significativas con los demás. Como resultado, pueden percibir una falta de pertenencia y una sensación de ser una carga. Este sentimiento podría intensificar otras emociones negativas, como la culpa o la vergüenza, y la angustia emocional individual, aumentando así la probabilidad de experimentar el SCS.

Implicaciones clínicas

Desde el punto de vista clínico, nuestros resultados subrayan la importancia de abordar las creencias relacionadas con la falta de control emocional y la percepción de carga en la prevención del SCS. Investigaciones previas han encontrado que las creencias emocionales pueden ser modificadas a través del tratamiento (De Castella et al., 2015) y, específicamente, que las creencias de incontrolabilidad desempeñaban un papel mediador en la efectividad de la TCC para aliviar los síntomas clínicos (Gallagher et al., 2014). Si las creencias emocionales se asocian a la percepción de ser una carga y al SCS, como mostraron nuestros resultados, y responden al tratamiento, los profesionales de la salud mental deberían centrarse en ellas a la hora de evaluar e intervenir sobre las personas que están sufriendo el SCS y están en riesgo de suicidio. Además, centrarse en las necesidades interpersonales, especialmente en la percepción de ser una carga para los demás, puede

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ser relevante en la evaluación e intervención temprana para abordar el SCS y la ideación suicida. Existen intervenciones desarrolladas para reducir la ideación suicida que implican una breve modificación de sesgos cognitivos, enfocadas específicamente en la percepción de ser una carga (Allan et al., 2018). Estas intervenciones han demostrado eficacia en la prevención de la aparición de la ideación suicida en adultos (Allan et al., 2018; Schafer, 2022). Por ello, los profesionales de la salud mental pueden priorizar estrategias terapéuticas orientadas a reducir esta percepción en personas en riesgo, contribuyendo a una atención más eficaz y preventiva en este contexto clínico.

Limitaciones y direcciones futuras

A pesar de que el presente estudio reveló resultados novedosos, se deben considerar algunas limitaciones. En primer lugar, aunque se logró un equilibrio de participantes en cuanto al género, se utilizó una muestra de conveniencia. Las investigaciones futuras deben tener como objetivo corroborar nuestros hallazgos en una muestra más representativa. En segundo lugar, probamos el modelo de mediación en un estudio longitudinal de dos mediciones, evaluando tanto el predictor como el mediador al mismo tiempo (T1). Futuras investigaciones que incorporen períodos de seguimiento más prolongados (por ejemplo, tres mediciones longitudinales) proporcionarían una prueba más sólida del modelo de mediación propuesto. En tercer lugar, el uso de una muestra comunitaria impide la generalización de nuestros resultados a la población clínica. En este sentido, es posible que las creencias de incontrolabilidad y el SCS puedan emerger como predictores significativos de la conducta suicida cuando se examina su efecto en muestras clínicas, donde la prevalencia de la conducta suicida es mayor. Por otra parte, alentamos a futuras investigaciones a examinar el papel predictivo de las creencias de incontrolabilidad y el SCS en la ideación y los intentos de suicidio evaluándolos como factores separados, para probar si se predicen de manera diferente; por ejemplo, es posible

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

que el SCS prediga intentos, pero no ideación. En cuarto lugar, evaluamos las creencias de incontrolabilidad utilizando una medida (BAEQ) que incluye ítems que reflejan más directamente las creencias de los participantes (por ejemplo, "Sentirse molesto es incontrolable"), pero también otros ítems que podrían simplemente reflejar una manifestación de déficits en las habilidades de regulación emocional de los participantes (por ejemplo, "Cuando empiezo a sentirme molesto, no puedo controlarlo"). Los estudios futuros deberían tener esto en cuenta y corroborar nuestros resultados utilizando medidas (o ítems) que reflejen más claramente las creencias emocionales de los participantes.

Finalmente, cabe señalar que utilizamos una medida abreviada del SCS (que es un cribado rápido para el diagnóstico de SCS), por lo que se necesita más investigación para corroborar nuestros resultados con una medida más extensa del SCS (por ejemplo, el SCI-2; Bloch-Elkouby et al., 2021).

Conclusiones

Este estudio es el primero en utilizar un diseño prospectivo para evaluar la relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad, las necesidades interpersonales y el SCS bajo el marco del NCM. Nuestros hallazgos proporcionan evidencia de que las creencias de incontrolabilidad y la carga percibida son predictores del SCS, con la necesidad interpersonal mediando las asociaciones entre las creencias de incontrolabilidad y el SCS. Estos resultados apoyan la integración de las creencias de incontrolabilidad en el marco de la regulación emocional y en los modelos teóricos del suicidio. Además, destacan los beneficios potenciales de las intervenciones basadas en la evidencia dirigidas a reducir las creencias sobre la incontrolabilidad emocional y la sensación de ser una carga para la prevención del SCS.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

6. RESULTADOS GLOBALES

El principal propósito de esta tesis doctoral ha sido explorar la relación entre dos campos de estudio vinculados en los últimos años: la regulación emocional y la conducta suicida. Para ello se han llevado a cabo tres estudios que han tratado de responder a la pregunta de cómo la regulación emocional está implicada en la conducta suicida. Para conocer la relación entre ambas variables se realizó en primer lugar una revisión sistemática de la literatura científica publicada hasta el momento. Tras ello, se diseñaron diferentes estudios que permitieran completar huecos de conocimiento en el campo del suicidio. En este sentido, se profundizó en el estudio de la regulación emocional y el suicidio explorando el papel de dos variables implicadas en el proceso de regulación emocional: las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación. Estas variables se analizaron respecto a su relación con el suicidio, incluyendo además de la ideación y de los intentos de suicidio, dos factores de riesgo que se han mostrado relevantes: las necesidades interpersonales (percepción de ser una carga y falta de pertenencia) y el SCS.

Los resultados de estos tres estudios, en términos generales, respaldan la existencia de una relación entre regulación emocional y suicidio, sugiriendo que las personas con dificultades para regular sus emociones tienden a mostrar una mayor tendencia a comportamientos suicidas en comparación con aquellas que tienen una regulación emocional más efectiva. A continuación, para obtener una mejor comprensión de los hallazgos encontrados, se presentan y discuten los puntos más destacados de cada uno de los estudios realizados.

6.1. Resultados estudio 1. *Relación entre la regulación de las emociones y la ideación e intento de suicidio en adultos y adolescentes: Una revisión sistemática*

Con respecto al estudio 1, el objetivo fue examinar exhaustivamente la literatura que ha investigado la relación entre la regulación emocional y la conducta suicida. A

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

través de una revisión sistemática, se identificaron un total de 76 estudios. Entre los diversos estudios examinados, se hallaron resultados que exploraban la conexión con el suicidio, tanto de diferentes procesos de regulación emocional (por ejemplo, dificultades en el manejo de las emociones o claridad emocional) como en el uso de estrategias específicas, como la rumiación. En conjunto, los hallazgos de los estudios revisados sugieren que las dificultades en la regulación emocional, ya sea manifestada a través de un déficit en el proceso de regulación en general o en el empleo de una estrategia desadaptativa, están vinculadas al comportamiento suicida. Este patrón fue consistente en adolescentes, jóvenes adultos y adultos, tanto en población clínica como comunitaria, y tanto para la ideación como para el intento de suicidio.

Esta revisión sistemática también mostró que, para la evaluación de los procesos de regulación emocional, la mayoría de los estudios se enfocaron en la desregulación emocional, evaluada a través de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004). Los resultados mostraron que, a excepción de un número reducido de estudios (Baer et al., 2018; Grandison et al., 2020; Kranzler et al., 2016; Silvers et al., 2016), la desregulación emocional se relacionó positivamente con la ideación y el intento de suicidio. Con respecto a las estrategias de regulación emocional, se observó que el uso de las estrategias adaptativas, como la reevaluación cognitiva, estaba relacionado con niveles más bajos de ideación e intento de suicidio (Azadi et al., 2020; Forkmann et al., 2014; Lynch, et al., 2004). Sin embargo, en relación con las estrategias desadaptativas, los resultados fueron contradictorios. Mientras que la supresión de pensamientos no deseados o la rumiación presentaron correlaciones positivas moderadas con el suicidio, otras como la supresión emocional, revelaron relaciones negativas con el comportamiento suicida en determinados estudios (Crespo-Delgado et al., 2020; Franz et al., 2021; Gong et al., 2020; Ong y Thompson, 2019).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Los resultados de esta revisión van en la misma línea que la llevada a cabo por Turton et al. (2021). Estos autores identificaron 21 investigaciones que respaldaban la relación entre la desregulación emocional y la ideación e intento suicida. Sin embargo, en sus resultados encontraron que la desregulación emocional no siempre predecía la ideación o los intentos suicidas cuando se controlaban otras variables psicológicas como los diagnósticos psiquiátricos. La revisión sistemática del estudio 1, a diferencia de la revisión de Turton et al. (2021), incluye otras medidas sobre regulación emocional distintas al DERS, por lo que amplía extensamente los resultados en la búsqueda (de 21 estudios a 76 incluidos en nuestro trabajo). Por su parte, Rogante et al. (2024) recientemente han llevado a cabo una revisión utilizando el DERS (Gratz y Roemer, 2004), como única medida de regulación emocional, e incluyeron 44 estudios. Revelaron que, en líneas generales, los resultados relacionados con la desregulación emocional y la ideación suicida fueron consistentes con hallazgos anteriores, sugiriendo una relación positiva entre ambas. No obstante, con respecto al intento de suicidio, se observó una mayor variabilidad y los resultados fueron menos concluyentes. Estos hallazgos coincidieron con los del primer estudio de esta tesis, ya que algunos estudios no encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre ambas variables (Baer et al., 2018, Clapham y Brausch, 2022; Martin et al., 2017). Esta revisión, además, aporta un nuevo estudio sobre intento de suicidio (Denning et al., 2022), y otros dos con ideación (Zemestani et al., 2023; Zobel et al., 2023), encontrando una relación positiva entre desregulación emocional, tanto con intento como con ideación suicida.

El papel de la regulación emocional se ha evidenciado también en diferentes trastornos psicológicos como el trastorno bipolar (Oliva et al., 2023), el trastorno depresivo (Schäfer et al., 2016; Visted et al., 2018), los trastornos de ansiedad (Schäfer et al., 2016) y el trastorno límite de personalidad (Daros y Williams, 2019). Estos

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

resultados contribuyen significativamente a la creciente evidencia que respalda la naturaleza transdiagnóstica de la regulación emocional (Aldao et al., 2016; Fernández et al., 2016; Lincoln et al., 2022). La relación entre las dificultades en la regulación emocional y una amplia gama de trastornos psicológicos, así como con el riesgo de suicidio, destaca su relevancia clínica y la importancia en la comprensión más profunda de los problemas de salud mental.

Teniendo en cuenta los hallazgos de esta revisión y las limitaciones que habían sido detectadas en la literatura actual, se diseñaron dos estudios adicionales con el propósito de abordar algunas de las carencias en el campo de la regulación emocional y el suicidio. Una de las principales limitaciones observadas fue que la mayoría de los estudios se centraban exclusivamente en procesos específicos de regulación emocional, tales como la falta de conciencia y claridad sobre las emociones, la falta de aceptación de éstas, y el acceso limitado a estrategias efectivas de regulación (evaluadas principalmente con el DERS). Sin embargo, otras variables importantes en el proceso de regulación emocional, como las creencias emocionales, habían sido poco examinadas. Esta brecha en la investigación resalta la necesidad de investigar cómo las creencias subyacentes sobre las emociones pueden influir en el proceso de su gestión, lo que podría tener implicaciones en el comportamiento suicida. Otra limitación señalada por diferentes autores (Azadi et al., 2020; Forkmann et al., 2014) y que se mostró en el estudio 1, fue la escasez de investigaciones longitudinales, lo que dificulta la comprensión de cómo la regulación emocional influye en la ideación y los intentos de suicidio a lo largo del tiempo.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

6.2. Resultados estudio 2. *Modelando las asociaciones entre la regulación de las emociones, el síndrome de crisis suicida y el comportamiento suicida: Resultados en muestra comunitaria y clínica*

Basándonos en la primera limitación, llevamos a cabo un segundo estudio con el propósito de profundizar en la relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad, la rumiación y el suicidio a nivel transversal tanto en población comunitaria como clínica. Además, este estudio abordó un área que no había sido explorada hasta la fecha: la relación entre la regulación emocional y el SCS. Se realizaron dos subestudios en los que se examinaron la relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación, con el SCS y el comportamiento suicida. Cada subestudio se llevó a cabo con muestras distintas, una de población comunitaria y otra clínica, lo que permitió investigar las diferencias y similitudes entre ambas muestras.

Los resultados revelaron, tanto en la muestra comunitaria como en la clínica, la existencia de asociaciones significativas y positivas entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación, así como entre ambas variables y niveles más altos de síntomas del SCS y de comportamiento suicida. También se mostraron evidencias de que el SCS correlacionó de forma positiva con la ideación y el intento de suicidio, y tuvo un papel mediador en la relación entre las dificultades de regulación emocional y la ideación suicida en ambas muestras, así como con los intentos de suicidio en la muestra comunitaria. Estos resultados corroboran lo encontrado en nuestra revisión sistemática y sugieren la implicación de la regulación emocional en el suicidio.

Con respecto a la relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación, los hallazgos coinciden con los de Arbulu et al. (2023), quienes, en una muestra de población comunitaria, observaron que dichas creencias se vinculaban positivamente con malestar emocional y con el uso de estrategias de regulación emocional

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

desadaptativas, incluyendo la rumiación. En la misma línea, Kneeland y Dovidio (2020) mostraron en su estudio que los estudiantes de primer año de universidad que creían en la maleabilidad de las emociones, es decir, que consideraban que las emociones podían cambiar o ser controladas, informaron de una mayor disminución de síntomas depresivos y mostraron una tendencia menor al uso de la rumiación al comienzo del semestre académico. De igual forma, el estudio de Trincas et al. (2016) investigó si las creencias particulares sobre las emociones podrían estar vinculadas con dificultades en la regulación emocional y la adopción de distintas estrategias para manejar las emociones, mostrando que las creencias emocionales negativas y el temor a las emociones estaban asociados con el uso de estrategias específicas de regulación emocional. Concretamente, los resultados apuntaron a que el miedo al estado de ánimo deprimido y a la ansiedad se asociaron con la rumiación en una muestra de población comunitaria. Por tanto, las creencias emocionales, ya sean de incontrolabilidad o de valencia, parecen estar implicadas en la elección de la estrategia de rumiación.

De la misma forma que se han encontrado estudios que relacionan las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación, también se ha encontrado dicha relación positiva con otras estrategias de regulación emocional desadaptativas, como la evitación emocional y experiencial (De Castella et al., 2018; Trincas et al., 2016; Yoon y Rottenberg, 2020). La percepción de incontrolabilidad emocional parece predecir un aumento de la estrategia de evitación o la supresión emocional (Deplancke et al., 2023; Trincas et al., 2016). En el estudio de Deplancke et al. (2023), se encontró que la percepción de control sobre las propias emociones predijo una mejor salud psicológica (menos síntomas de ansiedad y depresión), y que la estrategia de supresión expresiva mediaba parcialmente esta relación, siendo ésta, además, un predictor del aumento de los síntomas clínicos. En general, estos hallazgos sugieren que las creencias emocionales

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

pueden influir en el uso de una variedad de estrategias de regulación. Es fundamental comprender cómo se relacionan las creencias emocionales y las estrategias en el proceso de regulación emocional. En conjunto, tanto los resultados del estudio de esta tesis doctoral como la literatura existente respaldan la idea de que las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones están asociadas a un mayor uso de la rumiación, y que ambas variables están relacionadas con la manifestación de síntomas que afectan a la salud mental.

Respecto a la relación de estas variables y el suicidio, se encontró que ambas estaban asociadas a mayores niveles de ideación y antecedentes de intentos de suicidio. En el caso de las creencias emocionales de incontrolabilidad, la relación positiva directa entre éstas y la ideación suicida en la población comunitaria, así como las relaciones indirectas entre dichas creencias con la ideación e intento de suicidio encontradas en población comunitaria, y con ideación suicida en la población clínica, son congruentes con los pocos estudios previos disponibles (Khaleghi et al., 2021; Zhu y Wong, 2022). En el estudio de Khaleghi et al. (2021), se observó que las personas que poseen una creencia profundamente arraigada en la falta de control sobre sus emociones mostraban un comportamiento suicida más marcado. Por su parte, Zhu y Wong (2022) identificaron que las creencias rígidas y de incontrolabilidad sobre la depresión, la ansiedad y el estrés estaban asociadas con una mayor ideación suicida. Ambos estudios utilizaron muestras de población comunitaria. El estudio 2 de esta tesis, al proporcionar datos sobre población clínica y comunitaria, introduce un elemento novedoso a la investigación existente, por una parte, y corrobora, por otra, los resultados previos de las investigaciones de Khaleghi et al. (2021) y de Zhu y Wong (2022).

Con respecto a la relación entre rumiación y suicidio, nuestros hallazgos concuerdan en gran parte con investigaciones previas halladas en la revisión de Rogers y

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Joiner (2017) sobre rumiación y comportamiento suicida. En esta revisión, se sugiere que la rumiación *global*, la rumiación tipo *brooding* y la rumiación *reflexiva* están asociadas con la ideación suicida. En el caso de intentos de suicidio, solo la rumiación *global* y *brooding* mostrarían esa asociación positiva. En base a estos resultados, en el estudio 2 exploramos la rumiación tipo *brooding*, que es además el tipo de rumiación más relacionada con otras psicopatologías como la depresión (Burwell y Shirk, 2006; Watkins, 2009), encontrando resultados consistentes con estos estudios, lo que corrobora la relación entre rumiación y suicidio.

Hasta lo que alcanza nuestro conocimiento, este segundo estudio es la primera investigación que explora y aporta evidencias de asociaciones significativas y positivas entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación con los síntomas del SCS. Los resultados revelan que, tanto en la muestra comunitaria como en la clínica, las personas que perciben sus emociones como menos controlables y que utilizan la rumiación con más frecuencia, informaron haber experimentado niveles más altos del SCS en los meses previos. A su vez, el SCS mostró una asociación positiva con el comportamiento suicida, lo que amplía la evidencia en muestras comunitarias, donde el SCS ha sido escasamente investigado hasta la fecha (Rogers et al., 2023). Además, corroboró los hallazgos de estudios previos realizados en pacientes hospitalizados y ambulatorios (Bloch-Elkouby et al., 2021; Galynker et al., 2017).

6.3. Resultados estudio 3. *Creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y las necesidades interpersonales como predictores del síndrome de crisis suicida.*

Teniendo en cuenta la limitación sobre la escasez de estudios longitudinales identificada en la revisión sistemática del estudio 1, se llevó a cabo un tercer estudio en esta tesis doctoral, profundizando en la relación prospectiva entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y el SCS, así como su efecto en la ideación suicida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Además, se examinó el papel predictivo de estas creencias en variables asociadas con el suicidio, tales como las necesidades interpersonales, incluyendo la falta de pertenencia y la percepción de ser una carga para los demás (Joiner, 2005; O´Connor, 2011).

Los resultados del estudio 3 muestran, en línea con el estudio 2, que las creencias emocionales de incontrolabilidad predijeron directa y significativamente el SCS, al igual que lo hizo la percepción de ser una carga, lo que reforzaría la idea de que las personas con creencias de incontrolabilidad y/o con un sentimiento de ser una carga para los demás presentan más riesgo de experimentar el SCS. La percepción de ser una carga (en el Tiempo 1), a su vez, actuó como mediadora parcial de la relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad (en el Tiempo 1) y el SCS (en el Tiempo 2). Este camino indirecto sugiere que las creencias emocionales de incontrolabilidad están asociadas con niveles más altos de percepción de ser una carga para los demás. A su vez, este sentimiento de percibirse como una carga contribuye significativamente a predecir el aumento del SCS en un momento futuro.

Por su parte, al analizar las variables que predicen la ideación suicida, únicamente la percepción de ser una carga surgió como un predictor significativo. Estos hallazgos respaldan investigaciones anteriores que sugieren que la percepción de ser una carga es un factor relevante en la comprensión de la ideación suicida a nivel transversal (Bryan et al., 2012; Cero et al., 2015; Cukrowicz et al., 2011) y longitudinal (Roeder y Cole, 2019). Además, estos resultados respaldan la Teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner (2005). De acuerdo con esta teoría, la percepción de ser una carga aumenta el riesgo de suicidio al generar la creencia de que la propia muerte aliviará a los demás de esa carga. En este sentido, cuando una persona siente que es una carga para los demás, puede sentirse abrumada. La idea de que sus problemas afectan a las personas cercanas puede causar una

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

intensa sensación de responsabilidad y angustia emocional, lo que contribuye a la construcción de una narrativa interna negativa (Galynker, 2017).

Cero et al. (2015) exploraron la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada en muestras de estudiantes universitarios y pacientes psiquiátricos internados, estando únicamente la percepción de ser una carga asociada con la ideación suicida en ambas muestras, mientras que el sentimiento de pertenencia no lo hizo con ninguna. Previamente, Van Orden et al. (2006) habían examinado también la contribución de la percepción de ser una carga a la ideación suicida en una muestra psiquiátrica de pacientes ambulatorios adultos. Esta percepción estuvo asociada con la ideación suicida más allá de la contribución de los síntomas depresivos, la desesperanza, la edad y el género. Posteriormente, Cukrowicz et al. (2011) también sugirieron que la percepción de ser una carga explica una variación significativa en la ideación suicida, después de controlar predictores como los síntomas depresivos, la desesperanza y el deterioro funcional.

Por su parte, el estudio longitudinal de Roeder y Cole (2019) examinó por separado la desesperanza, la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada. Cada factor predijo la futura ideación suicida en un grupo de personas reclutadas de un registro de adultos de edad avanzada dispuestos a participar en investigaciones y en otro grupo de personas reclutadas de centros de atención primaria. Este estudio de Roeder y Cole (2019) sugiere que la pertenencia frustrada es un predictor de la ideación suicida, a diferencia de lo encontrado en nuestros resultados, donde únicamente la percepción de carga predijo la ideación suicida. Una posible explicación para este resultado se halla en el tipo de población estudiada. Mientras que la muestra del estudio de esta tesis tenía una edad media de 39,01 (*SD* = 13,15), muchas de las investigaciones que han encontrado que la falta de pertenencia predecía la ideación suicida utilizaron personas de edad avanzada (Cukrowicz et al., 2011; Kinory et al., 2020; Van Orden et al., 2010). En la vejez, la

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

pérdida de relaciones sociales suele ser más frecuente, lo que podría intensificar la sensación de falta de pertenencia y sus consecuencias asociadas (Conwell et al., 2011; Cukrowicz et al., 2011). En el estudio de McLaren et al. (2010), descubrieron que los adultos de avanzada edad que presentaban síntomas depresivos y que tenían un bajo sentido de pertenencia, experimentaban mayores niveles de ideación suicida en comparación con otros adultos mayores que tenían un mayor sentimiento de pertenencia y niveles similares de depresión.

Los resultados hallados en el estudio 3 apuntan a la percepción de ser una carga como un factor más relevante para comprender tanto el SCS como la ideación suicida. Sin embargo, es importante apuntar que a pesar de que la pertenencia frustrada no predijo estas variables, no excluye la importancia que presenta como un factor que puede contribuir a la complejidad del riesgo suicida. En cambio, habría que enfatizar la necesidad de una investigación más detallada, especialmente en estudios prospectivos, para comprender la dinámica precisa entre la pertenencia frustrada, la percepción de ser una carga y las manifestaciones del riesgo suicida.

Por su parte, cabe destacar que ni las creencias emocionales de incontrolabilidad ni el SCS lograron predecir la ideación suicida, a pesar de que estudios previos sí han encontrado relaciones positivas entre estas creencias e ideación suicida de forma longitudinal (Zhu y Wong, 2022), aunque en población adolescente, así como entre el SCS y la ideación suicida (Cohen et al., 2022; Yaseen et al., 2017).

Finalmente, la bidireccionalidad observada entre la ideación suicida en el Tiempo 1 y la percepción de ser una carga en el Tiempo 2, subraya la complejidad de la relación entre estas variables, indicando que la percepción de ser una carga puede retroalimentar y reforzar la ideación suicida, y viceversa.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

7. REGULACIÓN EMOCIONAL Y SUICIDIO: INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez mencionados los principales resultados obtenidos en esta tesis, se tratará de integrar estos hallazgos en la literatura con objeto de aumentar la comprensión acerca de la relación entre la regulación emocional y el suicidio. La investigación ha revelado asociaciones significativas entre la existencia de dificultades en el proceso de regulación emocional y el aumento del riesgo de ideación e intento suicida. Factores como la rumiación y las creencias emocionales de incontrolabilidad han mostrado ser factores relevantes en esta relación, asociándose no solo con la ideación o intento de suicidio, sino también con factores de riesgo como la percepción de ser una carga o el SCS. Integrar estos nuevos resultados en la literatura permite, por una parte, corroborar resultados anteriores y aportar nuevos datos no explorados antes, y por otra, identificar vacíos y proponer áreas para futuras investigaciones.

7.1. Integración de los resultados desde el modelo Procesual Extendido de Regulación Emocional (Gross, 2015)

Nuestros resultados pueden añadir evidencias al Modelo Procesual Extendido de Regulación Emocional (Gross, 2015). Según este modelo (ver Figura 6, p. 51), en la primera etapa o bucle que corresponde a la fase de identificación del proceso de regulación emocional, específicamente durante el subpaso de percepción (P), las personas que tienen la firme creencia de poder controlar sus emociones tienden a identificarlas y reconocerlas de manera más precisa. En contraste, quienes tienen creencias arraigadas de que las emociones son incontrolables, realizan una identificación mucho más superficial. Esto puede deberse a que el sentimiento de impotencia al que hacen frente cuando presentan sus emociones, disminuye su motivación para analizarlas en profundidad.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En este primer punto, el proceso puede verse interferido en cierta medida, pero es en el paso de valoración (V) donde la persona determina la necesidad de regular una emoción en base al significado que otorga a dicha emoción. En esta parte del bucle, las creencias de incontrolabilidad pueden tener un papel muy importante para que el proceso pueda seguir su curso o, por el contrario, pueda ser bloqueado. De acuerdo a esto, por ejemplo, una persona que tiene la creencia de que las emociones negativas son dañinas y deben ser controladas, probablemente sienta la necesidad de regularlas. Sin embargo, aquella persona que cree que no es capaz de manejarlas, puede tener un sentimiento de impotencia y frustración, lo que le impide tomar la decisión de intentar regularlas. Si ocurre lo primero, la persona acabará eligiendo una estrategia u otra en el siguiente bucle, el de selección, pero si tiene lugar el segundo caso, el proceso de regulación puede verse condicionado y/o interferido. En la etapa de selección, la creencia de incontrolabilidad puede hacer que la persona se involucre en estrategias más pasivas, como, por ejemplo, la rumiación (Kneeland et al., 2016a), lo que a su vez también podría limitar la exploración y el aprendizaje de nuevas estrategias que puedan serle útiles en el futuro.

Los resultados de esta tesis van en esta línea, ya que en el estudio 2 se indica que las personas con mayores creencias emocionales de incontrolabilidad tienen más probabilidades de hacer un mayor uso de la rumiación para reducir sus emociones negativas tanto en población comunitaria como clínica, y que esto se asocia a una mayor presencia de síntomas del SCS. Más en profundidad, la posible explicación para entender el SCS a través del prisma del Modelo Procesual Extendido de Regulación Emocional (Gross, 2015) parte, en primer lugar, de que el SCS se caracteriza por un profundo sentimiento de descontrol, incluyendo sentimientos de atrapamiento, pérdida de control cognitivo y perturbación afectiva, como características principales. Estas facetas del SCS están estrechamente relacionadas con la manera en que las personas manejan sus

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

emociones. Así, las creencias arraigadas de que las emociones no pueden controlarse, podrían empeorar el sentimiento de atrapamiento emocional, y, por consiguiente, exacerbar los síntomas del SCS.

Desde el enfoque de este modelo, desde el sistema de valoración de primer orden, es decir, desde el de la generación de emociones, aparecería el malestar psicológico propio del SCS. Una vez iniciado este proceso, se daría paso a la etapa o bucle de identificación, en la que se valora la necesidad de regular la emoción. Si se percibe ese estado emocional (P) y se evalúa (V) como incontrolable, puede o bien, que no se active la necesidad de regular la emoción, dado que se asume que no podrá cambiarla, o bien, si se activa esa necesidad de regularla, se daría inicio al siguiente bucle o etapa, la de selección. En este caso, cuando se activa la creencia de incontrolabilidad, es probable, que tras considerar las estrategias disponibles (P), la opción seleccionada sea una estrategia pasiva y desadaptativa como la rumiación, o incluso el comportamiento suicida. Esto se debe a la frustración o impotencia que surge al sentir que no se tiene control sobre la emoción, lo cual, a su vez, activa estas estrategias (A), contribuyendo a esa sensación de descontrol y de desesperanza.

Además, la percepción de incapacidad para poner en marcha estrategias de regulación emocional adaptativas o la puesta en marcha de estrategias desadaptativas, puede contribuir a la aparición o mantenimiento de un malestar psicológico intenso que puede surgir durante una crisis suicida, así como también puede incrementar la perturbación afectiva, aumentando la intensidad de las emociones negativas experimentadas durante dichas crisis. Como resultado, y partiendo de que el SCS se encuentra cercano al comportamiento suicida, tanto en términos de ideación como de intento, existe un mayor riesgo de que éstos se vean incrementados.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Finalmente, para comprender la razón por la que puede prolongarse en una persona la percepción de ser una carga de acuerdo a este modelo, es importante considerar que, durante las fases de identificación, selección e implementación del proceso de regulación emocional, si éstas no se manejan adecuadamente, y, por consiguiente, el proceso de regulación no se finaliza con éxito, la persona puede llegar a la conclusión de no ser capaz de encontrar estrategias adecuadas para afrontar una situación compleja, manteniendo así, la percepción de ser una carga para los demás. Además, frente a cualquier dificultad emocional, si la persona tiene la creencia firme de no poder controlar sus emociones, es más probable que vea interferido el proceso de regulación emocional y que lo interprete como una confirmación de su incapacidad para manejar las situaciones complejas, lo cual puede reforzar un sentimiento de inutilidad e impotencia frente a sus propios sentimientos. Todo ello podría aumentar la desesperanza hacia la capacidad de cambiar su situación emocional y prolongar el sentimiento de ser una carga para los demás. En resumen, dentro de este marco conceptual, la percepción de ser una carga puede ser exacerbada por una deficiente gestión emocional y por creencias arraigadas de incontrolabilidad emocional. Esto tiene un impacto tanto en la forma en que la persona se percibe a sí misma, como en su capacidad para analizar y aplicar estrategias de regulación emocional efectivas que puedan ayudar a aliviar este sentimiento.

En definitiva, las diferencias individuales en cuanto a la forma en que las personas manejan cada una de las fases del proceso de regulación emocional pueden generar determinadas dinámicas emocionales. Las diferencias en cada uno de los bucles y etapas del proceso impulsan las etapas siguientes, generando así un ciclo continuo que depende de factores personales, como las creencias acerca de la controlabilidad de las emociones o el uso de estrategias adaptativas o desadaptativas. Estos factores, a su vez, influyen en

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

otras variables, como la percepción de ser una carga, así como en la aparición o mantenimiento del SCS y del comportamiento suicida.

7.2. Integración de los resultados en los principales modelos de suicidio: Joiner (2005) y O´Connor (2011)

En líneas generales, de acuerdo a los resultados obtenidos en los estudios 2 y 3, las creencias emocionales sobre incontrolabilidad y la rumiación, como dificultades de regulación emocional, pueden ser integradas de manera coherente en estos modelos. Las creencias de incontrolabilidad pueden manifestarse como factores distales o como factores predisponentes y de vulnerabilidad en ambos modelos. En el modelo de Joiner (2005) (ver Figura 1, p. 25), creer que las emociones son incontrolables puede llevar a la persona a percibirse a sí misma como incapaz de manejar adecuadamente las situaciones emocionales, generando una sensación de incompetencia y falta de valía. Esta percepción de incompetencia puede intensificar el sentimiento de ser una carga para los demás (tal y como señalábamos más arriba), ya que la persona puede pensar que su existencia es más perjudicial que su presencia. Por otro lado, la percepción de falta de valía o de ser un estorbo puede llevar a la persona a evitar situaciones sociales por temor a no poder manejar adecuadamente las emociones en esas situaciones. Esto puede resultar en una disminución de las oportunidades de conexión, intimidad y pertenencia, lo que a su vez refuerza la sensación de pertenencia frustrada.

En el modelo de O´Connor (2011) (ver Figura 2, p. 28), estas creencias podrían formar parte de la diátesis o rasgos de vulnerabilidad y pueden contribuir a la transición a la fase motivacional. La creencia de incapacidad para controlar o gestionar sus emociones ante situaciones estresantes o complejas puede incrementar la percepción de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

fracaso y humillación de la persona, al no poder gestionar eficazmente dichas situaciones. Esto, a su vez, incrementaría el sentimiento de atrapamiento.

Con respecto a la rumiación, de acuerdo a los resultados hallados en el estudio 2, en el modelo de Joiner (2005), la rumiación podría ser considerada como una variable resultante de estas creencias de incontrolabilidad emocional, precipitando pensamientos de inadecuación y fracaso, lo que intensifica la percepción de ser una carga para los demás. La rumiación exacerba los sentimientos de incompetencia al mantener una constante evaluación negativa de sí mismo, lo que da como resultado la percepción de que uno no tiene nada que aportar a los demás. Así, podrían crearse ciclos de pensamientos negativos que se retroalimentan, profundizando el sentimiento de desesperanza en el que se basa también este modelo. En el modelo de O´Connor (2011), la rumiación, además, intensificaría el sentimiento de atrapamiento, favoreciendo la transición a la intención o ideación suicida.

De acuerdo a los resultados de esta tesis, también se podría considerar la inclusión del SCS en estos dos modelos. En el modelo de Joiner (2005), podría desempeñar un papel relevante como mediador entre la percepción de ser una carga y la falta de pertenencia, junto con la desesperanza experimentada, y la manifestación del deseo e intento de suicidio. Ante la presencia de percepción de ser una carga, la falta de pertenencia y la desesperanza, el descontrol cognitivo y emocional característico del SCS podría activarse, intensificando el estado negativo y de descontrol de la persona, lo que facilita la transición hacia el comportamiento suicida. Por su parte, en el modelo de O´Connor (2011), partiendo de lo expuesto previamente, la rumiación podría exacerbar el sentimiento de atrapamiento al alimentar pensamientos negativos y persistentes que surgen de la fase pre-motivacional (diátesis, ambiente, eventos de la vida), lo que a su vez aumenta la probabilidad de que una persona se sienta atrapada en su situación emocional

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

y mental. Este ciclo de rumiación y atrapamiento podría ser un precursor significativo del SCS, lo que podría aumentar el riesgo suicida.

7.3. Integración de los resultados desde el modelo de Crisis Narrativa del Suicidio (NCM, Galynker, 2017)

Partiendo de que los resultados de los estudios 2 y 3 de esta tesis, muestran que las personas con creencias de incontrolabilidad van a recurrir más a la estrategia de rumiación, y que esto a su vez, puede dificultar de manera sostenida la gestión del malestar y derivar en el SCS, se puede considerar que estos hallazgos puedan integrarse en este modelo, como se presenta a continuación.

Teniendo en cuenta estos resultados y relacionándolos con el NCM (Galynker, 2017) (ver Figura 4, p. 41), se destaca la importancia de considerar las creencias emocionales de incontrolabilidad como un factor de vulnerabilidad significativo. Este modelo conceptualiza la crisis suicida como una narrativa dinámica y compleja, en la que diversos factores interactúan para configurar la experiencia individual de un individuo en crisis. Partiendo de esto, considerar las creencias emocionales de incontrolabilidad como un rasgo de vulnerabilidad podría afectar la narrativa personal del individuo y propiciar el surgimiento y desarrollo del SCS, caracterizado por el descontrol cognitivo y emocional. Estas creencias pueden influir en la percepción que la persona tiene de sí misma y de sus emociones, desarrollando un concepto negativo sobre su capacidad y valía para manejar situaciones complejas.

En este sentido, para entender la formación tanto de la ideación suicida como del SCS, resulta fundamental comprender las interpretaciones que hace cada persona sobre los eventos vitales que experimentan, así como de sus propias emociones. Una persona que tiene creencias arraigadas sobre la incontrolabilidad de sus emociones, por ejemplo,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

podría ver un evento complejo en su vida como algo insuperable, dada su incapacidad para saber gestionarlo adecuadamente. Esto contribuiría a crear una narrativa de desesperanza y falta de control sobre su vida, lo que sería un factor relevante para crear una "narrativa suicida". Integrar esta perspectiva en los enfoques teóricos permite una mejor comprensión de cómo las creencias emocionales de incontrolabilidad pueden ser un rasgo de vulnerabilidad dentro del proceso que conduce al comportamiento suicida.

Al integrar este rasgo de vulnerabilidad en el NCM se establecería una base teórica más sólida para explicar una razón añadida de por qué ciertas personas pueden experimentar crisis emocionales más intensas y, en última instancia, estar en mayor riesgo de desarrollar comportamientos suicidas. Esta inclusión no solo enriquecería la teoría del NCM, sino que también abriría nuevas posibilidades para estrategias de intervención más específicas y personalizadas que aborden directamente estas creencias emocionales de descontrol como parte integral del proceso de la crisis emocional y suicida.

En línea con el estudio 2, como previamente se ha señalado, las creencias se relacionan con un mayor uso de la rumiación, la cual podría ser considerada como un desencadenante fundamental del SCS, que intensifica la narrativa suicida del individuo. Por ejemplo, al rumiar constantemente sobre situaciones estresantes, problemas emocionales o sentimientos de desesperanza, la persona puede experimentar un aumento en la intensidad y frecuencia de los pensamientos suicidas. Esta rumiación prolongada puede incrementar la sensación de desesperanza, dando forma a la percepción del individuo sobre su propia situación. Además, la rumiación puede interferir con la capacidad de la persona para encontrar formas constructivas de afrontar sus problemas emocionales, lo que agrava aún más la crisis suicida. La incapacidad para manejar esos pensamientos rumiativos puede contribuir a una sensación de atrapamiento y falta de control, elementos centrales en el SCS. Así, al incorporar la rumiación como un

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

componente desencadenante del SCS dentro del marco del NCM, se facilita la comprensión de cómo este proceso cognitivo puede influir en la elaboración y desarrollo de la "narrativa suicida" del individuo, así como en su experiencia emocional durante la crisis suicida.

Finalmente, los hallazgos del estudio 3 de esta tesis doctoral respaldan la idea de que la percepción de ser una carga para los demás no solo predice el SCS, sino que también actúa como mediadora entre factores a largo plazo (rasgos de vulnerabilidad) como las creencias emocionales de incontrolabilidad, y el SCS. Esto va en línea y fortalece la premisa del NCM, en la cual la percepción de ser una carga se posiciona como un componente esencial dentro del factor interpersonal en la narrativa suicida del individuo. Este factor, además, actuaría como un elemento importante que amplifica de manera directa el SCS, y establece una conexión entre los rasgos de vulnerabilidad y la exacerbación del SCS.

Con respecto a la pertenencia frustrada, aunque se han encontrado relaciones positivas y significativas con el SCS y con el comportamiento suicida, es necesario continuar explorando su capacidad predictiva a través de nuevos estudios. Estos estudios adicionales ayudarían a profundizar en la comprensión de cómo la pertenencia frustrada influye en el riesgo de suicidio y a determinar su relevancia en diferentes contextos y poblaciones.

8. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

8.1. Limitaciones

A pesar de las contribuciones mencionadas, esta tesis doctoral adolece de ciertas limitaciones que deben ser consideradas a la hora de interpretar nuestros hallazgos, y que

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

pueden influir en la generalización de los resultados y la solidez de las conclusiones extraídas.

Por un lado, es importante tener en cuenta la naturaleza transversal de buena parte de los estudios incluidos en la revisión del estudio 1, así como del estudio 2. Los estudios transversales, si bien ofrecen una descripción de las relaciones entre las variables en un momento concreto, no permite establecer relaciones causales ni entender la evolución temporal de estas variables. Por ende, aunque este enfoque resulta útil para obtener una visión inicial de las relaciones entre las variables, se requiere un enfoque longitudinal más amplio y continuo para comprender la dinámica temporal, las secuencias causales y el desarrollo progresivo de estos factores. Esto permitiría no solo entender las relaciones entre las variables, sino también comprender cómo cambian y se desarrollan a lo largo del tiempo. No obstante, estos datos son preliminares y pueden resultar una vía prometedora para futuras investigaciones. Los resultados apuntan hacia un modelo en el que la regulación emocional se vincula con el suicidio a través del SCS, lo que podría requerir una exploración más detallada en estudios longitudinales para comprender mejor esta relación en distintos entornos y grupos de población.

A raíz de esta limitación, se intenta dar un paso más allá con el estudio 3, llevando a cabo un estudio longitudinal. No obstante, solo se incluyen 2 mediciones, lo que hace necesario un estudio longitudinal con más olas que permita analizar el modelo de mediación. Así que, si bien proporciona información inicial importante, limita la capacidad de observar la trayectoria temporal de las variables. La vida de los individuos es dinámica y compleja, especialmente en términos de regulación emocional y riesgo de comportamiento suicida. Dos momentos en el tiempo pueden ser limitados para capturar la variabilidad natural y los posibles cambios que puedan ocurrir en estos procesos. Por lo tanto, es importante considerar que, si bien el estudio ofrece información significativa,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

un seguimiento más prolongado permitiría una comprensión más completa de cómo se relacionan y cambian estos procesos. Esto ampliaría nuestra visión sobre la relación entre la regulación emocional y el riesgo de comportamiento suicida.

Otra de las limitaciones que se podría considerar es el uso de medidas de autoinforme tradicionales para medir estas variables. A pesar de que es ampliamente utilizado en investigación, presenta ciertas limitaciones como los sesgos de memoria, una mala interpretación de las preguntas o la influencia del estado de ánimo en el momento de responder a los cuestionarios (Kessler et al., 2000). Para paliar esas limitaciones, el uso de la Evaluación Ecológicamente Momentánea (EMA, por sus siglas en inglés), que, aunque técnicamente utiliza autoinformes, minimiza algunas de las limitaciones de los cuestionarios tradicionales al pedir a los participantes que informen sobre sus pensamientos y emociones en tiempo real a lo largo del día, reduciendo los sesgos de memoria, y permitiendo así, evaluar las creencias emocionales que tiene la persona en el momento que éstas se activan. A su vez, proporcionan datos en el contexto natural.

Otra limitación identificada en esta tesis doctoral se debe al tamaño relativamente pequeño de la muestra clínica utilizada en el estudio 2. La muestra recogida no fue muy extensa, lo que probablemente condujo a una muestra donde se informaron un número limitado de intentos de suicidio, afectando así la variabilidad en esa variable. Es esencial abordar la limitación surgida de no haber evaluado el modelo de pasos propuesto en este estudio en relación con los intentos de suicidio.

La representatividad de las muestras utilizadas en esta tesis doctoral con respecto al género, también es un punto a considerar. La alta proporción de mujeres en las muestras del estudio 2 podría limitar la generalización de los hallazgos a poblaciones más amplias y diversas.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Finalmente, otra posible limitación de este estudio es que ciertos ítems del BAEQ pueden reflejar dificultades en la regulación emocional en lugar de creencias sobre la incontrolabilidad. Además, el uso de una versión abreviada para evaluar el SCS, podría haber restringido su evaluación.

8.2. Futuras líneas de investigación

Partiendo de las limitaciones mencionadas, se plantean diversas líneas de investigación futuras que podrían extender los hallazgos de esta tesis doctoral. En primer lugar, además de ampliar los estudios de corte longitudinal, sería interesante hacerlo con más olas de mediciones, lo que permitiría analizar con mayor precisión la evolución en el tiempo de estas variables y captar los cambios. De igual forma, un mayor uso de EMAs podría permitir explorar en tiempo real las creencias emocionales de incontrolabilidad, el uso de la rumiación y los síntomas del SCS con mayor exactitud y fiabilidad, examinando la dinámica de las variables.

El uso de EMAs en la investigación del suicidio puede ser útil para capturar la fluctuación de pensamientos y emociones que preceden a conductas suicidas, como se ilustra en el estudio llevado a cabo por Czyz et al. (2023). En este estudio, los participantes completaron EMAs durante 8 semanas en cuatro momentos del día (mañana, tarde temprana, tarde tardía, noche). También se les pidió a los participantes que llevaran una pulsera con sensores. Los constructos autoinformados fueron evaluados con medidas de un solo ítem basadas en escalas existentes. Los participantes respondieron a los ítems en referencia a la última hora (en cada ocasión de EMA) y en referencia al día entero (EMA de la tarde) o al día anterior (EMA de la mañana). En este estudio, los factores de riesgo autoinformados demostraron ser útiles para identificar pensamientos suicidas a corto plazo.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En nuestro caso, los EMAs para investigar la regulación emocional permitirían explorar creencias subyacentes sobre la incontrolabilidad de las emociones o el uso de estrategias como la rumiación. Estas evaluaciones también facilitan la conexión entre creencias y comportamientos, y pueden revelar patrones de rumiación en tiempo real. De igual forma, podrían ser explorados los síntomas del SCS en tiempo real, aunque hasta la fecha no existen estudios que hayan empleado esta metodología para evaluar esta variable. Un ejemplo relevante es el estudio de Short et al. (2018), quienes investigaron las relaciones prospectivas entre el uso de estrategias de regulación emocional adaptativas y desadaptativas y los síntomas del trastorno por estrés postraumático en individuos afectados con esta patología. La rumiación, junto con la evitación, la supresión de pensamientos y comportamientos impulsivos, precedían temporalmente los aumentos en los síntomas de estrés postraumático, según los registros de los EMAs. En el caso de las creencias, el estudio de Kneeland et al. (2020) mostró que las personas con síntomas moderados de depresión y con más creencias de control sobre las emociones, presentaron un menor afecto negativo durante el día en general y en momentos específicos, utilizando también el método EMA para evaluar estas variables.

Por otra parte, para determinar con mayor precisión las relaciones causales entre variables, controlar variables extrañas y producir hallazgos replicables y precisos, se podrían llevar a cabo estudios utilizando un diseño experimental. Este tipo de diseño, reconocido por su robustez y fiabilidad, permitiría investigar de manera controlada cómo las creencias emocionales afectan al comportamiento de la persona. Por ejemplo, el estudio de Castella et al. (2018) manipuló experimentalmente las creencias emocionales de los participantes, induciéndoles a creer que tenían dificultades o no para controlar sus emociones. Aquellos que creían tener dificultades en la regulación de sus emociones

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

mostraron una mayor disposición a adoptar estrategias de evitación en el futuro y presentaron una tendencia más marcada a evitar la búsqueda de ayuda psicológica.

Un estudio experimental asociado a la temática de esta tesis doctoral podría investigar la relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad, la rumiación, los factores interpersonales, el SCS y el comportamiento suicida. Específicamente, sería importante examinar cómo las creencias emocionales de incontrolabilidad afectan a estas variables. Para ello, se podría diseñar un estudio en el que se seleccionan a personas con ideación suicida y se generan creencias de control emocional para comprobar si esto reduce la rumiación, la variable interpersonal, el SCS y el comportamiento suicida.

Un enfoque similar podría aplicarse a la rumiación y a los factores interpersonales. Esto permitiría una comprensión más profunda de la manera en que la modificación de estas variables puede impactar en la prevención del suicidio, proporcionando información relevante para el desarrollo de intervenciones terapéuticas más efectivas. Al abordar estas creencias, la rumiación y el factor interpersonal, se podría mejorar significativamente la capacidad de prevenir el SCS y el comportamiento suicida en diversas poblaciones.

Por otra parte, incrementar significativamente la muestra clínica podría ser una estrategia clave para superar la limitación en el número de participantes, lo que proporcionaría resultados más sólidos y generalizables. La inclusión de personas que han llevado a cabo intentos de suicidio permitiría una comprensión más detallada de cómo estas variables se relacionan con situaciones de mayor riesgo, enriqueciendo la comprensión del comportamiento suicida en relación con la regulación emocional. Además, una muestra más amplia permitiría análisis más detallados y estratificados, lo que facilitaría la identificación de posibles subgrupos dentro de la población estudiada.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Este enfoque sería esencial para comprender mejor la heterogeneidad en las experiencias de regulación emocional asociadas con el comportamiento suicida.

Otro de los aspectos a tener en cuenta en futuras investigaciones es la heterogeneidad de la muestra, abarcando variables como la edad, el tipo de población o el género. Así, por ejemplo, con respecto a la edad, esta tesis doctoral se ha realizado con personas adultas que han alcanzado la mayoría de edad. Una dirección futura para la investigación podría ser la extensión de este estudio a adolescentes. El estudio del suicidio en adolescentes, como el realizado por Zhu y Wong (2022) muestra resultados que apoyan la idea de que las creencias fijas e incontrolables sobre la depresión, la ansiedad y el estrés predecían la ideación suicida. La implementación de un estudio destinado a explorar las variables fundamentales abordadas en esta tesis en una muestra de adolescentes proporcionaría una oportunidad para investigar los procesos de desarrollo emocional durante esta etapa crucial. Además, permitiría analizar si las relaciones identificadas difieren de las observadas en adultos, dado que la adolescencia marca el inicio y desarrollo de estrategias y habilidades para gestionar las emociones (Silvers, 2022). Al centrarse en esta población específica, es posible examinar con mayor precisión la evolución de estos procesos, lo que permite identificar los factores que podrían influir en la regulación emocional a lo largo del tiempo. Además, brinda información relevante para la prevención temprana de problemas emocionales y de salud mental.

De acuerdo al género, dado que las mujeres registran una mayor incidencia de intentos de suicidio, mientras que los hombres tienen una tasa más alta de suicidios consumados (OMS, 2021; Schrijvers et al., 2012), resulta fundamental validar nuestros resultados en una muestra con una distribución de género más equilibrada para corroborar si existen diferencias en cuanto a la relación entre regulación emocional y conducta suicida en función del género.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Con respecto a las medidas utilizadas, se podría contemplar el uso de otra medida o ítems diferentes del BAEQ, que reflejen con mayor claridad las creencias emocionales de los participantes, así como utilizar una versión más extensa para medir el SCS, como por ejemplo el SCI-2 (Bloch-Elkouby et al., 2021).

Por otra parte, sería pertinente explorar una línea de investigación que considere las creencias emocionales de incontrolabilidad y las creencias metacognitivas sobre la rumiación, especialmente a la luz del modelo metacognitivo de la rumiación y la depresión (Papageorgiou y Wells, 2003, 2004; Wells, 2011). Este modelo sugiere que las creencias metacognitivas influyen en el desarrollo y la persistencia de la rumiación, así como su relación con la depresión. Dentro de estas creencias, se destacan las creencias positivas sobre la utilidad de la rumiación y las creencias negativas acerca de su incontrolabilidad y las consecuencias sociales adversas que pueda suponer. Es importante considerar cómo estas creencias pueden afectar no solo la gravedad de la depresión, sino también su relación con otros resultados adversos, como el riesgo de suicidio, una asociación que ha sido ampliamente documentada en la literatura científica (ver Cai et al., 2021, para una revisión). Es por ello, que sería oportuno sugerir que estudios futuros investiguen las creencias emocionales de incontrolabilidad y las creencias metacognitivas negativas asociadas con la rumiación para profundizar en este campo conjuntamente, explorando el sentimiento de descontrol tanto de las emociones como de la rumiación.

Por otra parte, sería interesante explorar otras variables incluidas dentro del proceso de regulación emocional y nombradas en el Modelo Procesual Extendido (Gross, 2015), como por ejemplo las metas emocionales, las cuales son relevantes para el inicio, el mantenimiento y el cese de la regulación emocional (Eldesouky y Gross, 2019). Cuando las metas emocionales no se alcanzan en cada una de esas fases, o si los esfuerzos repetidos por regular han fracasado, puede contribuir a una serie de pasos que fomenten

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

la desregulación emocional, como aumentar las creencias de incontrolabilidad o el uso de estrategias desadaptativas. Como plantean Eldesouky y Gross (2019), considerar un enfoque basado en las diferencias individuales para investigar las metas emocionales de la regulación emocional y la asociación de estas metas emocionales con otras variables del modelo puede resultar una interesante línea de investigación y sería interesante explorarlo asociado a la conducta suicida.

8.3. Implicaciones clínicas

Con respecto a las implicaciones clínicas que tienen estos resultados, la integración de aspectos relacionados con la regulación emocional en la comprensión y prevención del comportamiento suicida, como las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación, o aspectos relacionados con el riesgo suicida como la percepción de ser una carga para los demás, puede servir de ayuda en la forma en que los profesionales de la salud mental podrían abordar y tratar a personas en riesgo. A su vez, considerar el SCS como factor proximal permitiría identificar a personas con mayor riesgo de suicidio, permitiendo una intervención más rápida y efectiva. Es importante contemplar la complejidad de los factores subyacentes al comportamiento suicida y buscar estrategias terapéuticas que no solo aborden los síntomas, sino también los procesos emocionales y cognitivos que subyacen a dichos síntomas.

La identificación del SCS requiere un enfoque que combine la evaluación clínica, el uso de herramientas de diagnóstico y la observación de comportamientos y síntomas específicos. Esto requiere llevar a cabo entrevistas clínicas en las que los profesionales de la salud mental exploren a fondo los pensamientos, sentimientos y comportamientos del paciente. Estas entrevistas deben incluir preguntas específicas sobre sentimientos de atrapamiento, dolor emocional, fluctuaciones emocionales, ansiedad extrema, aislamiento social o cualquier síntoma propio de este síndrome. En esta fase de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

evaluación, también sería relevante evaluar los síntomas de descontrol, que parecen estar especialmente implicados en el aumento del malestar. Las entrevistas clínicas detalladas también permiten comprender la historia del paciente respecto a episodios de descontrol emocional y comportamental. La evaluación del SCS es útil ya que se plantea como un constructo que nos permite predecir la conducta suicida, aunque no haya ideación. Esto resulta útil en contextos clínicos y de investigación, ya que, al centrarse en patrones de desregulación emocional y sentimiento de atrapamiento, el SCS aumenta las herramientas predictivas, lo que puede facilitar intervenciones más efectivas para personas que podrían estar en riesgo, pero no manifiestan pensamientos de querer acabar con su vida.

También sería útil incluir en la evaluación instrumentos que permitan examinar la forma en que la persona regula sus emociones. Así, las herramientas de evaluación deben incluir una exploración detallada de las creencias emocionales de incontrolabilidad, de los patrones de rumiación y de las necesidades interpersonales, entre otras, para identificar de manera proactiva las áreas que requieren atención terapéutica, ya que todas estas variables son relevantes según la literatura y también según lo encontrado en los estudios de esta tesis. Para todas estas variables, existen instrumentos fiables para su evaluación, la cual proporciona información interesante para el diseño de intervenciones personalizadas y preventivas.

Con respecto a la intervención, tanto nuestros resultados como los de estudios previos, señalan la relevancia del SCS en la prevención de la conducta suicida, lo que hace necesario darle prioridad en los enfoques terapéuticos. Así, centrarse en reducir de la intensidad del SCS podría tener un papel importante en este objetivo, dado que resulta ser un factor proximal de la conducta suicida. La terapia dialéctica conductual (DBT, por sus siglas en inglés), desarrollada por Linehan (1993), es particularmente eficaz en este contexto, ya que introduce una serie de habilidades fundamentales: regulación emocional,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tolerancia al malestar y mindfulness, y puede dirigirse al SCS (Cohen et al., 2022). Esta terapia podría ser adaptada para abordar específicamente los síntomas del SCS, haciendo hincapié en la reducción del descontrol y la mejora de la regulación emocional, lo que resulta crucial para prevenir crisis suicidas agudas. A su vez, para abordar la "narrativa suicida", que está estrechamente relacionada con el SCS, o el sentimiento de atrapamiento, como característica central en este síndrome, se recomendarían intervenciones cognitivas destinadas a desafiar la rigidez de la narrativa y el sentimiento de atrapamiento (Beck, 2011; Beck y Weishaar, 1989). Estas técnicas cognitivas se emplean en tratamientos específicos para el suicidio, como el Modelo de Evaluación y Gestión Colaborativa del Suicidio (CAMS) (Jobes, 2006) y otras terapias cognitivas especializadas en suicidio, como la TCC para el suicidio (Stanley et al., 2009).

A su vez, durante la fase más aguda del SCS donde existe un peligro inminente, sería necesaria una intervención en crisis para garantizar la seguridad del paciente mediante una planificación de seguridad (Joiner et al., 2018). Esto podría implicar la restricción del acceso a medios con los que se pueda autoinfligir daño (por ejemplo, eliminar el acceso a armas) y la derivación a servicios psiquiátricos de emergencia y hospitalización. El riesgo de suicidio se potencia en el período inmediato posterior al alta hospitalaria (Joiner et al., 2018).

Por otra parte, de las necesidades interpersonales, tanto los resultados de esta tesis como los encontrados previamente en diversos estudios, señalan que lo más importante es la percepción de ser una carga (Cero et al., 2015), por lo que la intervención quizá debería centrarse principalmente en este punto. Comprender y abordar la percepción de ser una carga para los demás no solo es esencial en el tratamiento clínico para promover la salud mental, sino que también puede aumentar significativamente los factores protectores contra el suicidio. Cuando una persona siente que es una carga para los demás,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

puede experimentar una sensación de desesperanza y aislamiento que incrementa su vulnerabilidad ante el riesgo de suicidio. Un factor clave para contrarrestar esto es la construcción de una red de apoyo social sólida. Al abordar los sentimientos de carga y alentar la comunicación abierta y el apoyo emocional, se promueve la conexión con amigos, familiares y otros seres queridos, lo que proporciona una red de seguridad emocional y un sentido de pertenencia.

Por otra parte, los resultados apuntan a que la regulación emocional es relevante a la hora de comprender el SCS, así como la conducta suicida, por lo que las intervenciones sobre la regulación pueden ser de ayuda en la intervención de la conducta suicida. Estas intervenciones deberían centrarse en reducir estrategias desadaptativas, como la rumiación. La interrupción de los patrones de rumiación puede ayudar a aliviar la carga emocional inmediata, así como también puede desempeñar un papel crucial en la prevención de crisis suicidas y en la promoción de la salud mental. Diversos estudios han confirmado que el tratamiento de la rumiación puede ofrecer mejoras en la salud mental. Abdollahi et al. (2021) aplicaron la TCC en personas con trastorno de ansiedad social y mostraron cómo disminuyó la rumiación en individuos con este trastorno. De manera más específica, la TCC basada en la rumiación de la depresión (Watkins, 2016), aunque está fundamentada en los principios básicos y las técnicas de la TCC estándar para la depresión, incluye varios elementos novedosos que se basan en la utilización de análisis funcional, imágenes mentales, experimentos conductuales y enfoques experienciales para cambiar a un paciente del estilo de procesamiento no constructivo al estilo constructivo.

Otro enfoque terapéutico que se ha utilizado para reducir la rumiación es la terapia metacognitiva, la cual se fundamenta en la premisa de que la rumiación comienza con creencias metacognitivas positivas sobre su utilidad y se ve agravada por creencias negativas sobre su control y sus consecuencias (Wells, 2011). Su enfoque principal radica

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

en desafiar estas creencias y guiar a los pacientes para que dirijan su atención hacia estímulos externos.

La TCC basada en Mindfulness (Segal et al., 2002) también ha sido diseñada para reducir la rumiación. Esta es una forma de tratamiento psicológico que combina elementos de la TCC tradicional con prácticas de mindfulness. Esta práctica enseña a los participantes a mantener su atención en la respiración, pensamientos y sentimientos, de manera no crítica y aceptante. El objetivo principal de esta terapia es ayudar a los individuos a cambiar la relación con sus pensamientos y emociones, especialmente aquellos negativos o perturbadores que pueden desencadenar la rumiación. A través de la práctica regular de mindfulness, los pacientes aprenden a reconocer los patrones automáticos de pensamiento y a responder de manera más flexible y adaptativa a ellos.

Todas estas intervenciones han recibido un especial interés dado el enfoque directo de su tratamiento sobre la rumiación, lo cual podría ser útil para aquellas personas que presentan ideas o comportamiento suicidas y que mantienen patrones arraigados de este proceso cognitivo.

Por otro lado, los resultados de esta tesis doctoral, señalan que, a la hora de reducir la rumiación, la percepción de ser una carga, el SCS y la conducta suicida, también es importante poner el foco en las creencias de incontrolabilidad. Algunos estudios muestran que es posible manipular estas creencias (De Castella et al., 2018). Resulta relevante resaltar la importancia de abordar las creencias arraigadas sobre la falta de control emocional. Estas creencias, no solo han demostrado ser modificables mediante el tratamiento, como se ha evidenciado en investigaciones previas (De Castella et al., 2015), sino que también juegan un papel relevante en la efectividad de intervenciones terapéuticas (Gallagher et al., 2014). De esta forma, resulta interesante que los enfoques

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

psicoterapéuticos se centren en la modificación de estas creencias, lo que puede ayudar a los individuos a desafiar y reconstruir sus percepciones sobre su capacidad para manejar las emociones y las situaciones difíciles. Al cambiar estas creencias, se puede fortalecer la capacidad de manejo y control de las emociones y reducir la sensación de desesperanza que a menudo está vinculada al riesgo de suicidio (Baryshnikov et al., 2020; Joiner, 2005). Hay intervenciones dentro de la TCC que han puesto el foco en estas creencias (por ejemplo, la terapia de esquemas de Leahy (2002; 2017), un modelo basado en esquemas emocionales que trata de describir las creencias, actitudes y estrategias que tienen las personas sobre las emociones, lo que incluye creencias acerca de la complejidad, la duración, la controlabilidad o la moralidad, entre otras. Esta terapia utiliza técnicas propias de la TCC para la intervención sobre estos esquemas, por lo que sería interesante incluir algunas de las técnicas de esta terapia en la intervención sobre el suicidio.

Estos hallazgos no solo resaltan la relevancia de las intervenciones y tratamientos psicológicos, sino que también ofrecen valiosas perspectivas para la planificación de programas de prevención del suicidio, y es que, aunque se han propuesto estrategias y directrices de intervención que han demostrado ser útiles (OMS, 2014), sigue siendo necesario diseñar programas integrales que aborden todos los aspectos relacionados con el suicidio, incluyendo variables psicológicas que se consideran factores de vulnerabilidad.

Existen diferentes tipos de programa de prevención del suicidio, como sugiere el metaanálisis de Brann et al. (2021) basado en programas de prevención del suicido en colegios, o la revisión sistemática de Mann et al. (2021) con adultos jóvenes y de avanzada edad. Sin embargo, muchos de estos programas no abordan de manera específica las variables relacionadas con la regulación emocional y generalmente los que lo hacen están principalmente dirigidos a la población adolescente. El aprendizaje

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

socioemocional se reconoce como una herramienta para enfrentar la crisis del suicidio. Al desarrollar de manera intencional la autoconciencia, el control emocional, la empatía, las habilidades sociales y la toma de decisiones responsables, componentes esenciales del aprendizaje socioemocional, se pueden abordar eficazmente varios factores de riesgo distales asociados al suicidio y proporcionar herramientas para una regulación emocional eficaz, como un factor de protección ante otros factores de riesgo distales del suicidio.

Desde los programas de prevención primaria del suicidio, dirigidos a la población comunitaria y enfocados en promover la salud mental y prevenir los factores de riesgo, sería relevante abordar la regulación emocional. Estos programas, que pueden incluir actividades de sensibilización, educación sobre salud mental y desarrollo de habilidades de afrontamiento, deben integrar específicamente el trabajo con variables relacionadas con la regulación emocional. Es fundamental incorporar este enfoque dentro del marco general de un programa de prevención para fortalecer la capacidad de manejo emocional de las personas ante situaciones difíciles, mejorar la salud emocional y prevenir el riesgo de suicidio.

De esta forma, los programas de prevención del suicidio podrían beneficiarse al incluir técnicas centradas en mejorar la regulación emocional, tales como las que se incluyen en intervenciones eficaces como los programas de aprendizaje social y emocional (SEL, por sus siglas en inglés). Ejemplos de estas intervenciones incluyen el programa de entrenamiento en SEL (Castillo-Gualda et al., 2017) o el programa RULER (Nathanson et al., 2016), los cuales han mostrado la mejora significativa de las habilidades emocionales tanto de jóvenes estudiantes como de adultos. El programa de Castillo-Gualda et al., (2017) se basa en una intervención de tres años cuyos objetivos son los siguientes: mejora en la percepción emocional, en la evaluación y expresión de emociones, aumentar la conciencia de los sentimientos y la capacidad para generar

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

emociones que faciliten el pensamiento, así como profundizar en la comprensión de las emociones y en la regulación emocional. Por su parte, el programa RULER tiene como objetivo mejorar cinco habilidades emocionales: percepción de emociones en uno mismo y en los demás, comprensión de emociones, etiquetado de emociones, expresión de emociones y regulación efectiva de las emociones.

Por su parte, los programas de prevención secundaria del suicidio se centran en identificar y proporcionar intervenciones específicas a individuos en riesgo. Es necesario que en estos programas se incluya el trabajo específico con variables como las creencias emocionales, la rumiación y el sentimiento de ser una carga, ya que éstas pueden desempeñar un papel relevante en la manifestación del riesgo suicida. Esto no solo ayuda a prevenir trastornos como la depresión y la ansiedad, sino que también mejora la calidad de vida general. A su vez, el trabajo en estas creencias y en el aprendizaje de estrategias de regulación adaptativas, también puede ayudar a prevenir recaídas en episodios de crisis emocional al proporcionar a las personas estrategias efectivas para manejar sus emociones y reforzar las creencias de controlabilidad emocional.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

9. CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones de esta tesis doctoral, en las cuales se sintetizan los hallazgos más destacados de los estudios llevados a cabo.

- Las dificultades en la regulación emocional se relacionan con la ideación y los intentos de suicidio. Estos resultados son consistentes en adolescentes y adultos, y tanto en población clínica como comunitaria.
- Dos variables relevantes a la hora de comprender las dificultades en la regulación emocional son: las estrategias desadaptativas, como la rumiación, y las creencias sobre las emociones, principalmente las creencias de incontrolabilidad.
- Las creencias de incontrolabilidad y la rumiación se asocian con la presencia de mayor ideación suicida e intentos de suicidio en población comunitaria, y de mayor ideación suicida en población clínica.
- El SCS se ha asociado igualmente con mayor ideación suicida e intentos de suicidio, en población comunitaria, y con mayor ideación suicida en población clínica.
- El SCS media la relación entre las dificultades de regulación emocional y la conducta suicida en ambas poblaciones (comunitaria y clínica).
- Las creencias de incontrolabilidad y la percepción de ser una carga para los demás predicen en el tiempo el SCS, en una muestra de población comunitaria.
- En línea con el Modelo Narrativo de Crisis del Suicidio, la relación entre las creencias de incontrolabilidad y el SCS estuvo mediada por la percepción de ser una carga para los demás.
- El SCS se presenta como un constructo relevante a la hora de comprender los factores de riesgo más próximos a la conducta suicida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Considerar las diferencias individuales en la regulación emocional, principalmente en variables como la rumiación y las creencias de incontrolabilidad, puede ser relevante a la hora de ampliar la capacidad predictiva de los modelos existentes sobre suicidio.
- De replicarse y ampliarse nuestros resultados, las intervenciones en suicidio podrían beneficiarse al incluir estrategias concretas para evaluar y modificar variables como las creencias emocionales de incontrolabilidad, la rumiación y la percepción de ser una carga.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CAPÍTULO 5

RESUMEN DE LA TESIS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

10. RESUMEN TESIS

SUICIDIO

Concepto y prevalencia

El comportamiento suicida comprende todas las formas de conducta relacionadas con el suicidio, desde la ideación suicida (pensar, contemplar o planificar el suicidio) y el intento de suicidio (cuando existe la intención directa de poner fin a la vida), hasta la consumación del acto, en la que la persona lleva a cabo la acción que resulta en su fallecimiento (Silverman et al., 2007).

En la actualidad, el suicidio representa unas de las principales causas de mortalidad a nivel global, cobrándose la vida de 703.000 personas al año, lo que representa más del 1,3% de las muertes a nivel mundial en 2019 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), superando a enfermedades como la malaria, el VIH/SIDA, el cáncer de mama o los conflictos bélicos (OMS, 2021). La tasa de mortalidad es más alta en hombres (12,6 suicidios por cada 100.000), que en mujeres, cuya tasa fue de 5,4 por cada 100.000. En lo que respecta a las tasas en Europa, éstas se sitúan por encima de la media mundial (10,5 suicidios por cada 100.000 habitantes), alcanzando una cifra superior en los hombres, en comparación con las mujeres (17,1 y 4,1 por cada 100.000 habitantes), respectivamente. Por su parte, en España, la tasa de suicidio en 2019 se situó en 7,7 por cada 100.000 habitantes, siendo muy dispar las tasas al desglosarlas por género, presentando tasas de 11,4 para hombres y de 4,1 para mujeres (OMS, 2021).

Teorías y modelos explicativos del suicidio

El suicidio ha tratado de explicarse desde diversas perspectivas dada la complejidad de su prevención. Los principales enfoques desde los que se ha estudiado son el biológico, social, cultural y psicológico. Desde la perspectiva biológica se ha

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

explorado la forma en que afectan las diferencias genéticas y la química cerebral en cada individuo a la hora de manifestar un comportamiento suicida. Desde el enfoque social, el comportamiento suicida se explica desde las dificultades en las relaciones interpersonales, el entorno familiar y las estructuras sociales, pudiendo aumentar la vulnerabilidad a este tipo de comportamiento. Por su parte, desde una perspectiva cultural, las normas, valores y creencias que tiene la sociedad hacia el suicidio pueden llevar al individuo a desarrollar una actitud de mayor aprobación o de rechazo hacia tales comportamientos, aumentando o disminuyendo la probabilidad de llevarlo a cabo. Finalmente, desde el enfoque psicológico, se trata de analizar aquellos procesos emocionales y cognitivos que subyacen a este tipo de comportamiento.

Desde este último enfoque, las teorías de la *ideación a la acción* son las que han suscitado un mayor interés en los últimos años, ya que tratan de explicar la forma en que se produce la transición de los pensamientos al comportamiento suicida. La interacción de todos estos enfoques ofrece una perspectiva multifacética de este fenómeno.

Modelos psicológicos de transición de la ideación suicida a la acción

Las principales teorías que han tratado de explicar el proceso o la transición desde la ideación suicida al intento suicida son: la teoría Interpersonal del Suicidio propuesta por Joiner (2005), el modelo Motivacional-Volitivo Integrado del Comportamiento Suicida de O'Connor (2011) y la teoría de los Tres Pasos de Klonsky y May (2015).

Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005)

Desde esta teoría hay tres conceptos claves para explicar la aparición del comportamiento suicida: la percepción de ser una carga para los demás, entendida como el sentimiento o sensación de ser la responsabilidad de otras personas y de no contribuir

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

significativamente a la sociedad (Joiner et al., 2009a), y por otra parte, el sentimiento de pertenencia frustrada o falta de pertenencia, es decir, la insatisfacción que siente una persona al no sentirse conectada con los demás, debido tanto a la ausencia de interacciones positivas, como a un sentimiento de falta de reciprocidad en el cuidado (Baumeister y Leary, 1995). El tercer concepto relevante de este modelo es la capacidad adquirida. Los dos primeros se vinculan con el deseo de morir, y el tercero, se relaciona con la capacidad que tiene el individuo para dar paso al comportamiento suicida. Cuando estos factores se presentan conjuntamente, aumenta la probabilidad de que una persona se involucre en comportamientos suicidas.

Modelo Motivacional-Volitivo Integrado del Comportamiento Suicida (O´Connor, 2011)

En este modelo, O´Connor (2011) plantea tres fases para explicar las razones por las que una persona decide acabar con su vida: la fase pre-motivacional, la fase motivacional y la fase volicional.

- **Fase pre-motivacional:** se centra en tres elementos principales: la diátesis o vulnerabilidad individual, el entorno y los eventos estresantes del entorno.
- **Fase motivacional:** en esta fase surge un sentimiento de atrapamiento, por el que el individuo percibe el suicidio como la única salida a su situación. Este sentimiento de atrapamiento surge a raíz de la percepción de derrota y humillación que tiene el individuo sobre sí mismo y que se ve alargado en el tiempo. Diversas variables moderan la transición del sentimiento de derrota/humillación al de atrapamiento, como, por ejemplo, la capacidad de resolución de problemas, la rumiación o la percepción de ser una carga, entre otros.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- **Fase volicional:** comprende la transición de la ideación/intención al comportamiento suicida. Esta transición está moderada por distintos factores como la capacidad para llevar a cabo el acto, la impulsividad, el aprendizaje social y el acceso a medios letales.

Teoría de los Tres Pasos (Klonsky y May, 2015)

Esta teoría explica la progresión hacia el intento de suicidio mediante un proceso de tres pasos. En el primer paso, se desarrolla la ideación suicida a partir de la presencia de dolor, ya sea físico o psicológico, el cual se presenta de manera prolongada. En el segundo paso, al dolor, se le añade un sentimiento de desconexión con las personas, proyectos vitales u otras áreas de la vida. Finalmente, el último paso de la teoría, que implica el paso de la ideación al comportamiento suicida, pone su énfasis en la adquisición de la capacidad necesaria para llevar a cabo dicha conducta.

Las teorías que exploran la transición desde la ideación suicida hasta la acción ayudan a entender los procesos mentales y emocionales que están implicados en el comportamiento suicida, aunque en muchos casos aún resultan impredecibles. A continuación, va a exponerse otra perspectiva que se centra en factores de riesgo a corto plazo del comportamiento suicida.

El suicidio desde la perspectiva de factores de riesgo proximales

En los últimos años, han aumentado los esfuerzos por identificar señales de un riesgo inminente de comportamiento suicida a corto o medio plazo, tratando de identificar el estado mental que precede a la conducta suicida de manera más temprana (Galynker et al., 2017; Rogers et al., 2017).

Se han planteados dos síndromes clínicos que manifiestan un estado pre-suicida, con aparición aguda de síntomas que pueden preceder a la conducta suicida en un período

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de días u horas: la Perturbación Afectiva Suicida Aguda (ASAD, de las siglas en inglés: Acute Suicidal Affective Disturbance; Rogers et al., 2017) y el Síndrome de Crisis Suicida (SCS, de las siglas en inglés: Suicide Crisis Syndrome; Galynker et al., 2017). Sin embargo, existe una diferencia fundamental, ya que la ASAD resalta que la conducta suicida sufre una escalada consciente, mientras que el SCS no requiere la experiencia o la divulgación de la intención suicida. Ambos, aparte de indicar la presencia de riesgo suicida, también intentan determinar el momento en que un individuo podría llevar a cabo tal comportamiento.

Perturbación Afectiva Suicida Aguda (ASAD; Acute Suicidal Affective Disturbance)

El ASAD describe un estado en el que una persona experimenta un aumento en la probabilidad de llevar a cabo un comportamiento suicida de manera repentina y drástica (Rogers et al., 2017; Tucker et al., 2016). Reúne las siguientes características:

A) Aumento de la intención suicida en el transcurso de días u horas.

B) Marcada alienación social, en la que el individuo tiene la percepción y experiencia de estar desconectado de los demás en su entorno social, así como de **auto alienación**, haciendo referencia a la sensación de desconexión, aversión o incluso odio hacia uno mismo.

C) Percepción de que la intención suicida y la alienación social/auto no tienen solución y son intratables.

D) **Dos o más manifestaciones de hiperactivación** como agitación, irritabilidad, insomnio y pesadillas.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Síndrome de crisis suicida (SCS; Suicide Crisis Syndrome)

El SCS es un estado mental previo al suicidio, que se presenta de manera aguda y que se caracteriza por la presencia de desregulación cognitiva y afectiva (Galynker et al., 2017). El objetivo del SCS es determinar qué procesos psicológicos ocurren en los días, horas y minutos previos a la ideación y el intento suicida. El SCS se divide en dos criterios, dentro de los cuáles a su vez, se presentan distintas variables:

El Criterio A aborda **el *sentimiento de atrapamiento*** o la desesperación, surgida ante la incapacidad de escapar de una situación vital que la persona percibe como inevitable.

El criterio B presenta las siguientes características:

B1) Perturbación afectiva: se manifiesta a través de cuatro síntomas: dolor emocional, fluctuaciones rápidas de las emociones "negativas", ansiedad extrema, acompañado en muchas ocasiones de síntomas somáticos como dolores de cabeza y anhedonia aguda.

B2) Pérdida de control cognitivo: se presenta mediante síntomas como la rumiación, rigidez cognitiva ante la incapacidad para considerar nuevas soluciones, inundación rumiativa, que implica malestares somáticos como dolores de cabeza o sensación de presión en la cabeza y dificultad en la supresión de pensamientos.

B3) Hiperactivación/hiperactividad: se refleja mediante síntomas como la agitación, hipervigilancia, irritabilidad e insomnio.

B4) Aislamiento social: mediante la evitación de interacciones sociales, así como una percepción de falta de pertenencia en su ambiente social.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Modelo de Crisis Narrativa del Suicidio: Integración de factores de riesgo a largo y corto plazo

Este modelo explora cómo las personas construyen una narrativa personal en torno a sus crisis suicidas, considerando tanto factores de riesgo a largo plazo (distales) como a corto plazo (proximales). Este modelo sugiere que individuos con vulnerabilidades como traumas, falta de apoyo, perfeccionismo o pesimismo, al enfrentar situaciones de estrés, desarrollan "narrativas suicidas", distorsionando su percepción de sí mismos y del mundo.

Esta narrativa puede incluir dificultades tanto para desvincularse de metas de vida inalcanzables como para redirigir los esfuerzos hacia objetivos más realistas (*factor de orientación a metas)*, como también pueden existir pensamientos distorsionados sobre la valía personal, sentimientos de derrota y humillación, la percepción de ser una carga para los demás o un sentimiento de falta de pertenencia (*factor interpersonal)*.

Cuando se entrelazan los rasgos de vulnerabilidad y los aspectos de la “narrativa suicida”, puede surgir la percepción de desesperanza sobre el futuro, y como consecuencia de esto, algunas personas son propensas a avanzar a la etapa aguda del modelo: el SCS, donde surge una desregulación cognitiva y afectiva que lleva a un riesgo inminente de ideación y comportamientos suicidas (Galynker et al., 2017).

Limitación en los modelos del suicidio

Se han abordado diversas perspectivas para identificar los factores de riesgo del suicidio, tanto a largo como a corto plazo, pero, sin embargo, no se ha llegado a ofrecer un mecanismo completo que explique la interacción entre estos factores de riesgo y su influencia en el comportamiento suicida, lo que dificulta la predicción individual del riesgo suicida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En este contexto, se sugiere la posibilidad de que las diferencias individuales en la gestión del malestar emocional podrían ser un factor importante para diferenciar entre aquellas personas que se ven impulsadas a cometer actos suicidas y aquellas que no lo hacen a pesar de enfrentar factores de riesgo similares. Por ello, la regulación emocional se presenta como un componente relevante en este proceso.

REGULACIÓN EMOCIONAL

Gross (1998) define la regulación emocional como "los procesos mediante los cuales las personas influyen en qué emociones experimentan, cuándo y cómo las sienten y expresan". Dificultades en la regulación emocional se han asociado a trastornos mentales (Berenbaum et al., 2003; Mennin y Farach, 2007).

Entre los modelos teóricos que han suscitado más interés dentro de este campo científico, destaca el Modelo Procesual de Regulación Emocional (Gross, 1998), que posteriormente ha sido actualizado y ampliado al Modelo Procesual Extendido (Gross, 2015). En el primero, Gross (1998) describe cinco puntos a lo largo del proceso de formación de emociones desde donde las emociones pueden ser reguladas: *selección de la situación* (acercamiento o evitación de ciertas personas, lugares o cosas para gestionar las emociones); *modificación de la situación* (adaptar el entorno para que sea más favorable a nivel emocional); *despliegue atencional* (dirigir la atención hacia ciertos aspectos de una situación o alejándola de otros, influyendo así en las emociones); *cambio cognitivo* (ajustar los pensamientos relacionados con la situación para modificar las emociones); y *modulación de la respuesta* (cambios directos en las respuestas emocionales una vez ya surgidas).

La ampliación de este modelo, el Modelo del Proceso Extendido (Gross, 2015), trata de explicar cuáles son las variables y procesos involucrados en la activación de la

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

regulación emocional, poniendo en marcha una serie de bucles o ciclos que se mantienen conectados de manera continua y que van a determinar si el proceso se desarrolla eficazmente o queda interrumpido.

Este modelo muestra un sistema de valoración de primer orden y segundo orden. El sistema de primer orden genera la respuesta emocional, mientras que el de segundo regula esa respuesta una vez iniciada. Ambos sistemas operan mediante un ciclo constante de cuatro componentes (W-P-V-A), donde W es la emoción/situación, que será percibida (P), valorada (V) y dará paso a la acción (A) -la estrategia en sí misma-. No obstante, a la hora de tomar decisiones sobre qué estrategia usar y cómo hacerlo, el bucle se divide en tres etapas.

Etapa de identificación:

En esta etapa, como en el resto de etapas posteriores, se producen cuatro pasos: situación, percepción, valoración y acción. La persona experimenta una situación generadora de la emoción (W), mientras que en el paso de percepción (P), el objetivo de la persona es detectar la emoción y evaluar cómo se siente en ese momento. En el paso de valoración (V), se determina si el valor que le ha dado a la emoción es lo suficientemente positivo o negativo como para impulsar el objetivo de regular la emoción en base a si lo que perciben es una discrepancia considerable entre su estado emocional actual y el deseado. Si creen que pueden reducir esa diferencia, pueden proceder al paso final de acción (A), el cual se encarga de promover este objetivo.

En esta etapa, creencias arraigadas sobre la dificultad de controlar las emociones pueden llevar a una identificación emocional superficial y a un menor esfuerzo en valorar y activar el proceso de regulación emocional.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Etapa de selección:

En esta etapa, se produce la selección de la estrategia de regulación emocional. Aquí, en el subpaso de percepción (P), la persona considera las opciones que tiene disponibles de estrategias de regulación emocional. En la subetapa de valoración (V), se valora cuál de las estrategias es más adecuada para la situación particular de la persona. Por último, este subpaso desencadena la salida de la acción (A), mediante el cual se activa el objetivo de emplear una estrategia específica

Etapa de implementación:

En la etapa de implementación, las personas buscan ahora seleccionar una táctica o una versión específica de esa estrategia seleccionada en la fase anterior. En la subetapa de percepción (P), se identifican las características importantes del entorno, y las formas de aplicar esas estrategias de regulación. En la subetapa de valoración (V), se evalúan esas tácticas teniendo en cuenta los beneficios y desafíos de cada táctica, seleccionando las que pueden ser más eficaces. Finalmente, la persona decide efectuar una táctica concreta en la subetapa de acción (A).

Partiendo de este modelo, hay que destacar la importancia de variables como las creencias de incapacidad para controlar las emociones y el uso de estrategias específicas de regulación, haciendo hincapié en el proceso que subyace a la selección de esas estrategias. La rumiación, destaca como una de las estrategias desadaptativas más ampliamente estudiadas en relación con la psicopatología (Aldao et al., 2010).

Rumiación y psicopatología

Entre los predictores más robustos de síntomas de psicopatología destaca el uso de la rumiación (Aldao et al., 2010). Existen dos subtipos de rumiación validados empíricamente: la rumiación obsesiva (*brooding*), centrada en causas y consecuencias de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

las emociones generadoras de malestar de manera pasiva, y la reflexiva (*reflection*), centrada en el análisis activo de las causas detrás de un estado de ánimo depresivo y se asocia con un afrontamiento más adaptativo (Burwell y Shirk, 2007; Treynor et al., 2003).

En el ámbito de la psicopatología, la tendencia a rumiar se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar depresión y de experimentar episodios depresivos recurrentes (ver Nolen-Hoeksema et al., 2008, para revisión), así como se ha observado que intensifica y prolonga estados emocionales como la tristeza, la ansiedad o la ira (Bushman, 2002; Bushman y Gibson, 2011), y agrava los problemas de salud mental e interfiere con el uso de estrategias de afrontamiento más activas (Watkins y Roberts, 2020).

Creencias emocionales

Las creencias emocionales incluyen las expectativas, las actitudes y las percepciones que tiene la persona acerca de las características y el funcionamiento de sus propias emociones y de las generales (De Castella et al., 2013). En la literatura científica, para el estudio de las creencias sobre las emociones se han utilizado diversos nombres para referirse a ellas: esquemas emocionales (Veilleux et al., 2021a), maleabilidad de las emociones o teorías implícitas de la emoción, (Tamir et al., 2007), o actitudes hacia la emoción.

El modelo de Ford y Gross (2018, 2019) trata de organizar la literatura existente ofreciendo un modelo integrador y proponen las principales creencias en dos categorías: creencias sobre la bondad de las emociones (*buenas* vs. *malas)*, haciendo referencia a la percepción de si una emoción es buena o mala, considerando si son deseables o no, beneficiosas o perjudiciales, dañinas o no, útiles o inútiles, o peligrosas o no. Por otra parte, las creencias sobre el control de las emociones (*controlables* vs. *incontrolables)*,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

refiriéndose a las percepciones o convicciones que una persona tiene sobre su capacidad o incapacidad para controlar o regular las emociones. En esta tesis doctoral se va a seguir esta clasificación propuesta por Ford y Gross (2018, 2019), y en concreto se va a centrar en las creencias emocionales de incontrolabilidad.

En este contexto de investigación sobre las creencias de incontrolabilidad de las emociones, surge el interés en comprender tanto las creencias generales que las personas tienen sobre las emociones, como las creencias específicas que tienen sobre sus propias emociones (De Castella et al., 2013). En concreto, el estudio de las creencias sobre las propias emociones ha suscitado más interés, ya que suelen ser mejores predictoras de metas, atribuciones y motivación (De Castella y Byrne, 2015).

Creencias emocionales de incontrolabilidad y rumiación

La investigación que ha examinado la relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y la estrategia de rumiación, revela en general que existe una estrecha relación entre estas dos variables. Esta asociación se observa tanto en muestra con adultos (Arbulu et al., 2023; Becerra et al., 2024; Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001; Petrova et al., 2024; Trincas et al., 2016) como en adolescentes (Ge et al., 2024; McLachlan et al., 2022), utilizando enfoques transversales (Arbulu et al., 2023; Becerra et al., 2024; Ge et al., 2024; Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001; Petrova et al., 2024; Trincas et al., 2016), longitudinales (Kneeland y Dovidio, 2020; Ge et al., 2024) y de estudios de diario (Petrova et al., 2024), con población comunitaria (Arbulu et al., 2023; Becerra et al., 2024; Ge et al., 2024; Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001; Petrova et al., 2024; Trincas et al., 2016) y clínica (McLachlan et al., 2022). Otros estudios han mostrado resultados contradictorios en cuanto a la relación entre estas creencias y la tendencia a rumiar (Kneeland et al., 2016a; Kneeland et al., 2020; Ortner y Pennekamp, 2020). No obstante,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

la evidencia general resalta la importancia de abordar estas creencias en el contexto de la salud mental.

REGULACIÓN EMOCIONAL Y SUICIDIO

Durante los últimos años, la investigación que explora el vínculo entre la regulación emocional y el comportamiento suicida ha suscitado un gran interés, debido en parte a la fuerte correlación establecida entre la regulación emocional y los problemas de salud mental (Berenbaum et al., 2003; Mennin y Farach, 2007), los cuales, a su vez, se asocian de manera significativa con el comportamiento suicida (OMS, 2014).

Se ha evidenciado que las personas que presentan ideación suicida tienden a recurrir a estrategias de regulación emocional desadaptativas (Azadi et al., 2020; Forkmann et al., 2014; Lynch et al., 2004). Esta tesis doctoral se centrará en la estrategia de rumiación. Según el metaanálisis de Rogers y Joiner (2017), tanto la rumiación global como el subtipo de *brooding* se asocian consistentemente con la ideación suicida en estudios transversales (Cole et al., 2015; Tucker et al., 2013), como longitudinales (Batterham y Christensen, 2012; Miranda y Nolen-Hoeksema, 2007). En contraste, el subtipo de *reflexión* muestra resultados mixtos, con algunos estudios encontrando una relación positiva con la ideación suicida (Miranda y Nolen-Hoeksema, 2007; Tucker et al., 2013), y otros no (O'Connor y Noyce, 2008). Respecto a los intentos de suicidio, solo la rumiación *global* y la rumiación tipo *brooding* mostraron asociación (Polanco-Roman et al., 2015; Rogers y Joiner, 2017).

Con respecto a la investigación sobre las creencias emocionales, hasta la fecha, las únicas investigaciones que se han centrado y que han asociado positivamente estas variables han sido los estudios de Khaleghi et al. (2021) y Zhu y Wong (2022).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Por su parte, otro factor que presenta descontrol emocional, el SCS, hasta nuestro conocimiento no ha sido investigado para explorar su relación con la regulación emocional. Es por ello, que el objetivo de la presente tesis es aportar conocimientos que relacionen la regulación emocional, el SCS y el suicidio.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS, METODOLOGÍA Y RESULTADOS GENERALES DE LOS ESTUDIOS

El objetivo general de esta tesis doctoral es explorar la relación entre la regulación emocional y el suicidio. Particularmente, se centra en explorar el papel de las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación, con respecto a la regulación emocional, y las necesidades interpersonales, el SCS, la ideación e intento de suicidio, con respecto al suicidio. Para ello, se han llevado a cabo tres estudios:

Estudio 1. Relación entre la regulación de las emociones y la ideación e intento de suicidio en adultos y adolescentes: Una revisión sistemática

El objetivo principal de este estudio fue revisar sistemáticamente la literatura centrada en analizar las relaciones entre regulación emocional y conducta suicida (ideación e intento), tanto en población comunitaria como clínica, y en adultos y adolescentes. La principal hipótesis planteaba una relación significativa entre los procesos y estrategias de regulación emocional y el comportamiento suicida.

Para llevar a cabo esta revisión, se han realizado búsquedas sistemáticas en distintas bases de datos de carácter psicológico y médico (PsycINFO, Scopus, MEDLINE y la Biblioteca Cochrane), incluyendo artículos publicados en inglés y español en revistas científicas, sin límite en los años de publicación y combinando diversos términos en inglés que contuviesen las palabras clave de este estudio: regulación emocional y suicidio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Los resultados obtenidos en este estudio, indican que 76 estudios examinaron la relación entre la regulación emocional y el suicidio. En general, estos estudios mostraron que la regulación emocional, principalmente la presencia de dificultades para regular las emociones, estaba asociada con el comportamiento suicida. Además, este hallazgo general fue consistente en todas las edades estudiadas (adolescentes, jóvenes adultos y adultos), tipo de muestra (población clínica y comunitaria) y tipo de comportamiento suicida (ideación e intento).

Estudio 2. Modelando las asociaciones entre la regulación de las emociones, el síndrome de crisis suicida y el comportamiento suicida: Resultados en muestra comunitarias y clínica

El objetivo del segundo estudio ha sido ampliar la investigación de variables poco estudiadas o que no han sido examinadas previamente. Este estudio se ha centrado especialmente en comprender la relación entre las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación con el SCS, así como su vínculo con la ideación y el intento suicida. Para alcanzar tal propósito, se han llevado a cabo dos subestudios transversales con población adulta, uno realizado con población comunitaria y otro con población clínica.

El objetivo principal de este segundo estudio ha sido comparar estas variables en dos tipos de muestras distintas y poner a prueba un modelo de múltiples pasos que relacionase las creencias de incontrolabilidad, la rumiación, el SCS y la ideación e intentos de suicidio. La hipótesis general propuesta plantea que las creencias emocionales de incontrolabilidad estarían relacionadas con la rumiación, el SCS y el comportamiento suicida. Además, la rumiación estaría asociada con el SCS y el comportamiento suicida, mientras que el SCS estaría vinculado directamente al comportamiento suicida. Por otra parte, se plantea que las creencias emocionales de incontrolabilidad estarían asociadas

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tanto directa como indirectamente al comportamiento suicida a través de la rumiación y el SCS, y que el SCS actuaría como mediador entre la rumiación y el comportamiento suicida.

La muestra de población comunitaria se ha obtenido mediante el procedimiento incidental y de bola de nieve, y consistió en la cumplimentación de cuestionarios en línea. En el estudio con población clínica, los cuestionarios se administraron durante la evaluación psicológica, entre la primera y tercera sesión, pudiendo cumplimentarlos mediante formato de papel y lápiz o en línea.

Con respecto a los resultados, en ambas muestras, las creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y la rumiación se asociaron con niveles más altos de SCS, de ideación suicida y con intentos previos de suicidio, y el SCS se asoció con comportamiento suicida. Además, mediante el *cross-laged panel model* se observó que las creencias de incontrolabilidad estaban relacionadas con la rumiación, que a su vez se asoció con SCS, y esta variable medió la asociación entre los factores de regulación emocional y la ideación suicida (tanto en muestra comunitaria como clínica) e intentos de suicidio (en la muestra comunitaria).

Estudio 3. Creencias sobre la incontrolabilidad de las emociones y las necesidades interpersonales como predictores del síndrome de crisis suicida

Este estudio tiene como objetivo el de analizar el papel predictivo de las creencias emocionales de incontrolabilidad y las necesidades interpersonales (percepción de ser una carga para los demás y falta de pertenencia) sobre el SCS y la ideación suicida, a través de un estudio prospectivo de dos tiempos, con un seguimiento longitudinal de 4 meses en población comunitaria adulta.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La hipótesis general de este estudio plantea que tanto las creencias emocionales de incontrolabilidad como las necesidades interpersonales predecirán el SCS. Además, se hipotetizó que la relación entre las creencias de incontrolabilidad y el SCS estarían mediadas por las necesidades interpersonales, en línea con el Modelo de Crisis Narrativa del Suicidio (Galynker, 2017). Finalmente, se esperaba encontrar que las creencias de incontrolabilidad, las necesidades interpersonales y el SCS predecirían la ideación suicida.

Para llevar a cabo este estudio, los participantes fueron reclutados a través de la plataforma Prolific (https://www.prolific.co) y cumplimentaron una serie de cuestionarios relacionados con las variables de estudio. Cuatro meses después, los participantes volvieron a completar las mismas medidas administradas en el Tiempo 1.

Los hallazgos encontrados indicaron que las creencias sobre la falta de control emocional y la percepción de ser una carga fueron factores predictores del SCS. El modelo de mediación reveló que la percepción de ser una carga en el Tiempo 1 actuó como mediadora entre las creencias de incontrolabilidad en el Tiempo 1 y el SCS en el Tiempo 2. Únicamente la percepción de ser una carga resultó ser un predictor significativo de la ideación suicida.

DISCUSIÓN

Integración de los resultados

Los resultados de estos tres estudios, en términos generales, respaldan la asociación positiva entre desregulación emocional y suicidio, apuntando a que las personas que tienen mayores dificultades para regular sus emociones tienden a mostrar una mayor tendencia a comportamientos suicidas.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Dentro de la regulación emocional, factores como la rumiación y las creencias emocionales de incontrolabilidad han mostrado ser variables distinguidas en esta relación, asociándose tanto con el comportamiento suicida (ideación e intento suicida), como con factores de riesgo como la percepción de ser una carga para los demás o el SCS. Integrar los hallazgos de estos estudios permite confirmar resultados previos y aportar nueva información que no ha sido explorada previamente, así como proponer áreas para futuras investigaciones.

Integración de los resultados desde el modelo Procesual Extendido de Regulación Emocional (Gross, 2015)

De acuerdo a los resultados obtenido en esta tesis, se puede aportar evidencia a este modelo mostrando cómo las creencias emocionales de incontrolabilidad afectan cada fase del proceso regulador. En la fase de identificación, quienes creen que no pueden controlar sus emociones tienden a identificarlas superficialmente, limitando su análisis, así como valoran si la emoción necesita regulación; si creen que no pueden gestionarla, pueden bloquear este proceso.

Por su parte, en la fase de selección, aquellos con confianza en su capacidad para gestionar las emociones, eligen estrategias proactivas, mientras que quienes sienten que sus emociones son incontrolables optan por estrategias pasivas, como la rumiación. Este uso frecuente de la rumiación incrementa síntomas de desesperanza y del SCS.

Finalmente, la percepción de ser una carga puede prolongarse de acuerdo a este modelo si la persona no gestiona eficazmente las fases de identificación, selección e implementación del proceso de regulación emocional. Si no encuentra estrategias eficaces para enfrentar situaciones complejas, y cree que no va a ser capaz de controlar sus

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

emociones, refuerza su sentimiento de inutilidad, lo que consolida la creencia de ser una carga para los demás.

Las diferencias en cada uno de los bucles y etapas del proceso impulsan el resto de etapas, lo que crea un proceso continuo que va a depender de factores personales como las creencias acerca de la controlabilidad de las emociones o el uso de estrategias adaptativas o desadaptativas, que además van a tener una implicación en otras variables como la percepción de ser una carga o en la aparición o mantenimiento del SCS o del comportamiento suicida.

Integración de los resultados en los principales modelos de suicidio: Joiner (2005) y O´Connor (2011)

Los estudios 2 y 3 revelan que las creencias sobre la incontrolabilidad emocional y la rumiación pueden integrarse en los modelos de Joiner (2005) y O'Connor (2011) como factores de vulnerabilidad. En el modelo de Joiner, creer que las emociones son incontrolables genera sensación de incompetencia y refuerza la percepción de ser una carga para los demás, mientras que la rumiación intensifica estos sentimientos de inadecuación y desesperanza. En el modelo de O'Connor, estas creencias y la rumiación aumentan el sentimiento de fracaso y atrapamiento, facilitando la transición hacia el comportamiento suicida. Además, el SCS podría actuar como mediador en ambos modelos, amplificando el descontrol emocional y aumentando el riesgo de conducta suicida a través de ciclos de pensamientos negativos.

Integración de los resultados desde el modelo de Crisis Narrativa del Suicidio (NCM, Galynker, 2017)

Los resultados de los estudios 2 y 3 de esta tesis, que muestran que las personas con creencias de incontrolabilidad tienden a un mayor uso de la rumiación, lo que dificulta

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

el manejo de su malestar, pudiendo desembocar en el SCS, pueden integrarse en este modelo. Las creencias de incontrolabilidad actúan como factores de vulnerabilidad que afectan la narrativa personal, reforzando una visión desesperanzada y aumentando el riesgo de crisis suicida. Además, de acuerdo a los resultados encontrados en el estudio 3, donde la percepción de ser una carga para los demás actuaba como mediadora entre factores a largo plazo, como las creencias emocionales de incontrolabilidad y el SCS, refuerza este modelo. La percepción de ser una carga se posiciona como un componente importante dentro del factor interpersonal de la narrativa suicida del individuo, amplificando el SCS y conectando los rasgos de vulnerabilidad con la exacerbación del SCS.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Esta tesis presenta resultados interesantes para la investigación de estos dos campos de investigación. Sin embargo, también presenta ciertas limitaciones que pueden influir en la generalización de los resultados y la solidez de las conclusiones. Por un lado, la naturaleza transversal de buena parte de los estudios incluidos en la revisión del estudio 1, así como del estudio 2, lo que haría necesario ampliar los estudios de corte longitudinal para capturar la variabilidad de las variables a lo largo del tiempo. El estudio 3, aunque prospectivo, solo incluye dos momentos de medición, lo que limita su capacidad de capturar tendencias a largo plazo, por lo que la ampliación de olas de seguimiento sería relevante para reducir esta limitación.

Otra limitación podría ser el uso de medidas de autoinforme tradicionales, debido a sesgos de memoria, mala interpretación de las preguntas o la influencia del estado de ánimo en el momento de responder a los cuestionarios. El uso de la Evaluación Ecológicamente Momentánea (EMA, por sus siglas en inglés), que, aunque técnicamente utilizan autoinformes, minimizan algunas de las limitaciones de los cuestionarios

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tradicionales al pedir a los participantes que informen sobre sus pensamientos y emociones en tiempo real a lo largo del día. Además, para determinar con mayor precisión las relaciones causales entre variables, controlar variables extrañas y producir hallazgos replicables y precisos, se podrían llevar a cabo estudios utilizando un diseño experimental.

Otra limitación identificada en esta tesis doctoral se debe al tamaño relativamente pequeño de la muestra clínica utilizada en el estudio 2, por lo que futuras investigaciones podrían incrementar significativamente esta muestra para superar la limitación en el número de participantes, lo que proporcionaría resultados más sólidos y generalizables. En concreto, una muestra mayor puede resultar en un aumento de personas que han llevado a cabo más intentos de suicidio, lo que permitiría investigar con mayor precisión esta variable.

Finalmente, la representatividad de las muestras de esta tesis con respecto al género o la edad, también es una limitación a considerar. La alta proporción de mujeres empleada en las muestras del estudio 2 podría ser una limitación, ya que los hombres tienen una tasa más alta de suicidios consumados (OMS, 2021; Schrijvers et al., 2012) que las mujeres, lo que alienta a futuras investigaciones a utilizar muestras más representativas por género. Con respecto a la edad, las muestras de esta tesis se han desarrollado con personas mayores de edad, por lo que futuras investigación deberían ampliar estos resultados también a otras edades como la adolescencia, una etapa clave en la formación y desarrollo del proceso emocional.

Por otra parte, sería interesante explorar una línea de investigación que considere las creencias emocionales de incontrolabilidad y las creencias metacognitivas sobre la rumiación, o explorar otras variables incluidas dentro del proceso de regulación

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

emocional y nombradas en el Modelo Procesual Extendido (Gross, 2015), como por ejemplo las metas emocionales.

Implicaciones clínicas

La integración de aspectos relacionados con la regulación emocional en la comprensión y prevención del comportamiento suicida, como las creencias emocionales de incontrolabilidad y la rumiación, así como otros factores relacionados con el riesgo suicida como la percepción de ser una carga para los demás, puede ayudar a profesionales de la salud mental a abordar y tratar a personas en riesgo. Además, identificar a personas con mayor riesgo de suicidio es fundamental para una intervención más rápida y efectiva, lo que hace fundamental la identificación del SCS mediante un enfoque que combine la evaluación clínica, el uso de herramientas de diagnóstico y la observación de comportamientos y síntomas específicos.

Con respecto a la intervención del SCS, la terapia dialéctica conductual (DBT, por sus siglas en inglés), desarrollada por Linehan (1993), es eficaz en este contexto, ya que introduce habilidades fundamentales como la regulación emocional, tolerancia al malestar y mindfulness, y puede dirigirse al SCS (Cohen et al., 2022). A su vez, para abordar la narrativa suicida, estrechamente relacionada con el SCS, o el sentimiento de atrapamiento, se recomendarían intervenciones cognitivas destinadas a desafiar la rigidez de la narrativa y el sentimiento de atrapamiento (Beck, 2011; Beck y Weishaar, 1989). Otro factor relacionado con el suicidio, la percepción de ser una carga, también resulta importante abordarla tanto para promover la salud mental, como para aumentar los factores protectores contra el suicidio.

En cuanto al tratamiento de la rumiación, la TCC basada en la rumiación de la depresión (Watkins, 2016), la terapia metacognitiva (Wells, 2011), o la TCC basada en

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Mindfulness (Segal et al., 2002), son intervenciones que han recibido un especial interés dado su enfoque directo sobre la rumiación. Por su parte, abordar las creencias arraigadas sobre la falta de control emocional resulta fundamental, y en este aspecto, la terapia de esquemas de Leahy (2002) resulta eficaz para abordar tales creencias.

Conclusiones

Entre las principales conclusiones que se pueden obtener de esta tesis, se destaca que las dificultades en la regulación de las emociones están asociadas con ideación e intento de suicidio tanto en adultos como adolescentes, y en población clínica y comunitaria. Dos variables importantes en estas dificultades son las creencias emocionales de incontrolabilidad y la estrategia de rumiación, ambas asociadas con un aumento de la ideación e intentos de suicidio en población comunitaria, y de mayor ideación suicida en población clínica.

Por su parte, el SCS, una variable importante para comprender los factores de riesgo a corto plazo de la conducta suicida, también se vincula tanto con la ideación suicida como con los intentos, y actúa como mediador entre las dificultades de regulación emocional y del comportamiento suicida tanto en población clínica como comunitaria. Además, las creencias emocionales de incontrolabilidad y la percepción de ser una carga predicen el SCS a lo largo del tiempo en una muestra comunitaria.

Finalmente, los hallazgos de este trabajo, sugieren, por una parte, que las diferencias individuales en la regulación emocional, en concreto en el uso de la rumiación y la presencia de creencias de incontrolabilidad, puede ser relevante a la hora de ampliar la capacidad de predicción de los principales modelos de suicidio existentes, y por otra parte, la necesidad de abordar este tipo de creencias, la rumiación y la percepción de ser una carga para mejorar las intervenciones de prevención del suicidio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ANEXOS

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

11. ANEXOS

11.1. Anexo 1

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la ASAD.

Tabla 2. Criterios diagnósticos del SCS.

Tabla 3. Estudios que avalan la tesis doctoral.

Tabla 4. Ideación suicida en adultos y jóvenes adultos.

Tabla 5. Ideación suicida en adolescentes.

Tabla 6: Intento de suicidio en adultos y jóvenes adultos.

Tabla 7. Intento de suicidio en adolescentes.

Tabla 8. Medias, desviaciones estándar y fiabilidad de variables en la muestra comunitaria y en la clínica.

Tabla 9. Correlaciones bivariadas entre variables clave en la muestra comunitaria y en la clínica.

Tabla 10. Medias, desviaciones estándar, fiabilidades y correlaciones entre las variables de estudio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

11.2. Anexo 2

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Teoría Interpersonal del Suicidio. Adaptado de Joiner (2005).

Figura 2. Modelo Motivacional-Volitivo Integrado del Comportamiento Suicida. Adaptado de O'Connor (2011).

Figura 3. Ilustración de la Teoría de Tres Pasos (3ST) del suicidio. Adaptado de Klonsky y May (2015).

Figura 4. Modelo de Crisis Narrativa del Suicidio. Adaptado de Bloch-Elkouby et al. (2020).

Figura 5. Modelo Procesual de Regulación Emocional. Adaptado de Gross y Thompson (2007).

Figura 6: Modelo del Proceso Extendido de Regulación Emocional. Adaptado de Eldesouky y Gross (2019).

Figura 7. Diagrama de flujo del proceso de selección del estudio.

Figura 8. Modelo de múltiples pasos de asociaciones entre la incontrolabilidad de las emociones, la rumiación, el síndrome de crisis suicida y el comportamiento suicida.

Figura 9. Análisis de pasos para la ideación suicida en la muestra comunitaria.

Figura 10. Análisis de pasos para intentos de suicidio anteriores en la muestra comunitaria.

Figura 11. Análisis de pasos para la ideación suicida en la muestra clínica.

Figura 12. Cross-laged panel model.

Figura 13. Modelo de mediación para creencias emocionales de incontrolabilidad y síndrome de crisis suicida a través de la percepción de ser una carga.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

* Los artículos marcados con un asterisco son los incluidos en la revisión sistemática.

Abdollahi, A., Hosseinian, S., Panahipour, H., y Allen, K. A. (2021). Cognitive behavioural therapy as an effective treatment for social anxiety, perfectionism, and rumination. *Current Psychology*, *40*, 4698-4707. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00411-w

Abramson, L., Alloy, L., Hogan, M., Whitehouse, W., Gibb, B., Hankin, B., y Cornette, M. (2000). The hopelessness theory of suicidality. En T. E. Joiner y M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 17–32). Norwell, MA: Kluwer Academic.

Agnew, R. (1998). The approval of suicide: A social-psychological model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 2*, 205-225. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00640.x

Ajzen, I. (1991). The Theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *2*, 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Aldao, A. (2013). The Future of Emotion Regulation Research: Capturing Context. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(2), 155-172. https://doi.org/10.1177/1745691612459518

Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., y Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, *28*, 927-946. https://doi.org/10.1017/S0954579416000638

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology, 121*(1), 276–281. https://doi.org/ 10.1037/a0023598

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004

Aldao, A., Sheppes, G., y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, *39*, 263-278. https://doi.org /10.1007/s10608-014-9662-4

Allan, N. P., Boffa, J. W., Raines, A. M., y Schmidt, N. B. (2018). Intervention related reductions in perceived burdensomeness mediates incidence of suicidal thoughts. *Journal of Affective Disorders*, *234*, 282–288. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.084

*Amazue, L. O., Ozor, O. T., Chukwuorji, J. C., Ifeagwazi, C. M., Onu, D. U., y Onyedire, N. G. (2019). Mental pain and suicidal ideation in nursing students: The moderating role of emotion regulation. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, *23*(3), 171–191. https://doi.org/10. 24193/cbb.2019.23.10

*Ammerman, B. A., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., Knorr, A. C., y McCloskey, M. S. (2015). Suicidal and violent behavior: The role of anger, emotion dysregulation, and impulsivity. *Personality and Individual Differences, 79,* 57-62. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.044

Antypa, N., Van der Does, A. J. W., y Penninx, B. W. J. H. (2010). Cognitive reactivity: Investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Journal of Affective Disorders, 122, 46 –52. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.013

Arbulu, I., Salguero, J. M., Ramos-Cejudo, J., Bjureberg, J., y Gross, J. J. (2023). Emotion beliefs are associated with emotion regulation strategies and emotional distress. *Current Psychology*, *43*, 4364-4373. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04633-x

*Azadi, S., Khosravani, V., King, S., Mohammadzadeh, A., y Baseri, A. (2020). Effects of neuropsychological systems on psychopathology through cognitive emotion regulation strategies in individuals with suicide attempts. *Cognitive Therapy and Research*, *44*(1), 229–239. https://doi.org/10.1007/s10608-019-10040-z

*Baek, K., Kwon, J., Chae, J.-H., Chung, Y. A., Kralik, J. D., Min, J.A., Huh, H., Choi, K.M., Jang, K.I., Lee, N.B, Kim, S., Peterson, B.S., y Jeong, J. (2017). Heightened aversion to risk and loss in depressed patients with a suicide attempt history. *Scientific Reports, 7(*1), 11228-11241. https://doi.org/10.1038/s41598-017-10541-5

*Baer, M. M., LaCroix, J. M., Browne, J. C., Hassen, H. O., Perera, K. U., Soumoff, A., Weaver, J., y Ghahramanlou-Holloway, M. (2018). Impulse control difficulties while distressed: A facet of emotion dysregulation links to non-suicidal self-injury among psychiatric inpatients at military treatment facilities. *Psychiatry Research*, *269*, 419–424. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.082

Bagge, C. L., Glenn, C. R., y Lee, H. J. (2013). Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(2), 359–368. https://doi.org/10.1037/ a0030371

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

*Barr, N., Fulginiti, A., Rhoades, H., y Rice, E. (2017). Can better emotion regulation protect against suicidality in traumatized homeless youth? *Archives of Suicide Research*, *21*(3), 490–501. https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1224989

Baryshnikov, I., Rosenström, T., Jylhä, P., Vuorilehto, M., Holma, M., Holma, I., Riihimäki K, Brown, G.K., Oquendo, M.A., y Isometsä, E. T. (2020). Role of hopelessness in suicidal ideation among patients with depressive disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry, 81*(2), 8339. https://doi.org/10.4088/JCP.19m12866

Barzilay, S., Assounga, K., Veras, J., Beaubian, C., Bloch-Elkouby, S., y Galynker, I. (2020). Assessment of near-term risk for suicide attempts using the Suicide Crisis Inventory. *Journal of Affective Disorders, 276,* 183–190. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.053

Batterham, P. J., y Christensen, H. (2012). Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees. *Journal of Affective Disorders, 142,* 306 –314. http://dx.doi.org/ 10.1016/j.jad.2012.05.021

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, *97*(1), 90 – 113. https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90

Baumeister, R. F., y Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Journal of Personality and Social Psychology, 117*, 497−529. https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497

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

Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). The Guilford Press.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Beck, A. T., y Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. En R. J. Corsini y D. Wedding (Eds.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 21-36). Springer, New York, NY.

Bender, T. W., Gordon, K. H., Bresin, K., y Joiner, T. E. (2011). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. *Journal of Affective Disorder*, *129*, 301–307. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.023

Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., y Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 206−226. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg011

Berman, A. L. (2018). Risk factors proximate to suicide and suicide risk assessment in the context of denied suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*(3), 340–352. https://doi.org/10.1111/sltb.12351

Blanchard, M., y Farber, B. A. (2020). "It is never okay to talk about suicide": Patients' reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *30*(1), 124–136. https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1543977.

Blanke, E. S., Brose, A., Kalokerinos, E. K., Erbas, Y., Riediger, M., y Kuppens, P. (2019). Mix it to fix it: Emotion regulation variability in daily life. *Emotion*, *20 (3)*, 473-485. https://doi.org/10.1037/emo0000566

Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Lloveras, L., Wilkerson, T., Schuck, A., Barzilay, S., Calati, R., Schnur, D., y Galynker, I. (2020). How do distal and proximal risk factors combine to predict suicidal ideation and behaviors? A prospective study of the narrative crisis model of suicide. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 914-926. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.088

Bloch-Elkouby, S., Barzilay, S., Gorman, B.S., Lawrence, O.C., Rogers, M. L., Richards, J., Cohen, L., Johnson, B.N., y Galynker, I. (2021). The revised suicide crisis

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *Journal of Affective Disorders*, *295*, 1280-1291. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.048

Brackett, M. A., y Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test. En G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179−194). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

Brann, K. L., Baker, D., Smith-Millman, M. K., Watt, S. J., y DiOrio, C. (2021). A meta-analysis of suicide prevention programs for school-aged youth. *Children and Youth Services Review*, *121*, 105826. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105826

*Brown, L. K., Houck, C., Lescano, C., Donenberg, G., Tolou-Shams, M., y Mello, J. (2012). Affect regulation and HIV risk among youth in therapeutic schools. *AIDS and Behavior*, *16*(8), 2272–2278. https://doi.org/10.1007/s10461-012-0220-3

Bryan, C. J., Clemans, T. A., y Hernandez, A. M. (2012). Perceived burdensomeness, fearlessness of death, and suicidality among deployed military personnel. *Personality and Individual Differences, 52*, 374–379. https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.045

Burwell, R. A., y Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Association between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*, 56–65. https://doi.org/10.1080/15374410709336568

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, anger, and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(6), 724–731. https://doi.org/10.1177/0146167202289002

Bushman, B. J., y Gibson, B. (2011). Violent video games cause an increase in aggression long after the game has been turned off. *Social Psychological and Personality Science, 2(*1), 29–32. https://doi.org/10.1177/1948550610379506

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J., y Consoli, S. M. (2005). Emotion-Processing Deficits in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37*(4), 321–329. https://doi.org/10.1002/eat.20132

Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with Lisrel, Prelis and Simplis: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Cai, H., Xie, X. M., Zhang, Q., Cui, X., Lin, J. X., Sim, K., y Xiang, Y. T. (2021). Prevalence of suicidality in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 690130. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.690130

Calati, R., Cohen, L. J., Schuck, A., Levy, D., Bloch-Elkouby, S., Barzilay, S., Rosenfield, P. J., y Galynker, I. (2020). The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A validation study of a novel tool for suicide risk assessment. *Journal of Affective Disorders*, *263*, 121–128. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.001

*Cameron, S., Brown, V. J., Dritschel, B., Power, K., y Cook, M. (2017). Understanding the relationship between suicidality, current depressed mood, personality, and

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cognitive factors. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(4), 530-549. https://doi.org/10.1111/papt.12123

Castillo-Gualda, R., Cabello, R., Herrero, M., Rodríguez-Carvajal, R., y Fernández-Berrocal, P. (2017). A three-year emotional intelligence intervention to reduce adolescent aggression: the mediating role of unpleasant affectivity. *Journal of Research on Adolescence, 28,* 186–198. https://doi.org/10.1111/jora.12325

Cero, I., Zuromski, K. L., Witte, T. K., Ribeiro, J. D., y Joiner, T. E. (2015). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide ideation: Re-examination of the interpersonal-psychological theory in two samples. *Psychiatry Research*, *228*(3), 544–550. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.055

Chan, S., Miranda, R., y Surrence, K. (2009). Subtypes of rumination in the relationship between negative life events and suicidal ideation. *Archives of Suicide Research, 13*, 123–135. http://dx.doi.org/10.1080/ 13811110902835015

Chang, E. C., y Chang, O. D. (2016). Development of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory: Evidence for the validity and reliability of a brief measure of suicidal ideation frequency in a college student population. *Cognitive Therapy and Research*, *40*, 549-556. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9758-0

*Chang, C. J., Fehling, K. B., y Selby, E. A. (2020). Sexual minority status and psychological risk for suicide attempt: A serial multiple mediation model of social support and emotion regulation. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 385. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00385

*Cheung, V. H., Chan, C. Y., y Au, R. K. (2019). The influence of resilience and coping strategies on suicidal ideation among Chinese undergraduate freshmen in

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Hong Kong. *Asia-Pacific Psychiatry*, *11*(2), e12339. https://doi.org/10.1111/appy.12339

Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, C.R., Podlogar, M.L., Chiurliza, M.C., Ringer, B., Michaels, F.B., Patros, M.S., Connor H. G., y Joiner, T. E. Jr. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1313–1345. https://doi.org/10.1037/bul0000123

Clapham, R., y Brausch, A. (2022). Emotion regulation deficits across the spectrum of self-harm. *Death Studies, 46,* 2477–2484. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1972366

Clyne, C., y Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change, 21,* 269−281. https://doi.org/10.1375/bech.21.4.269.66105

Cohen, L.J., Ardalan, F., Yaseen, Z., y Galynker, I. (2018). Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48,* 613–623. https://doi.org/10.1111/sltb.12387

Cohen, L.J., Gorman, B., Briggs, J., Jeon, M.E., Ginsburg, T., y Galynker I. (2019). The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*, 413–22. https://doi.org/ 10.1111/sltb.12439

Cohen, L. J., Mokhtar, R., Richards, J., Hernandez, M., Bloch-Elkouby, S., y Galynker, I. (2022). The narrative-crisis model of suicide and its prediction of near-term

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 52*(2), 231–243. https://doi.org/10.1111/sltb.12816

Cole, A. B., Wingate, L. R., Tucker, R. P., Rhoades-Kerswill, S., O'Keefe, V. M., y Hollingsworth, D. W. (2015). The differential impact of brooding and reflection on the relationship between perceived stress and suicide ideation. *Personality and Individual Differences, 83,* 170 –173. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.04.013

Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., y Salguero, J. M. (2022). Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, *26*(4), 1702-1735. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1999872

Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., y Salguero, J. M. (2024). Modeling the associations between emotion regulation, suicide crisis syndrome and suicidal behavior: Results in community and clinical samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *54*, 679–689. https://doi.org/10.1111/sltb.13078

*Conner, C. M., Golt, J., Righi, G., Shaffer, R., Siegel, M., y Mazefsky, C. A. (2020). A comparative study of suicidality and its association with emotion regulation impairment in large ASDand US census-matched samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *50* (10), 3545–3560. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04370-1

Conner, K., Britton, P., Sworts, L., y Joiner, T. (2007). Suicide attempts among individuals with opiate dependence: The critical role of felt belonging. *Addictive Behaviors, 32,* 1395−1404. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.012

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Conwell, Y., Van Orden, K., y Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics*, *34*(2), 451-468. https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002

Cook, L., Mostazir, M., y Watkins, E. (2019). Reducing stress and preventing depression (RESPOND): Randomized controlled trial of web-based rumination-focused cognitive behavioral therapy for high-ruminating university students. *Journal of Medical Internet Research, 21*(5), 1–18. https://doi.org/10.2196/11349

*Crespo-Delgado, E., Suso-Ribera, C., y García-Palacios, A. (2020). Comparing the contribution of affect, emotion regulation, and self-efficacy in emotional and behavioral outcomes of individuals with borderline personality disorder. *Behavioral Psychology*, *28* (2), 193–208.

Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Ragain, R. M., y Cook, R. L. (2011). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and Aging*, *26*(2), 331–338. https://doi.org/10.1037/a0021836

Czyz, E. K., King, C. A., Al-Dajani, N., Zimmermann, L., Hong, V., y Nahum-Shani, I. (2023). Ecological Momentary Assessments and Passive Sensing in the Prediction of Short-Term Suicidal Ideation in Young Adults. *JAMA Network Open*, *6*(8), e2328005-e2328005. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.28005

Daros, A. R., y Williams, G. E. (2019). A meta-analysis and systematic review of emotion-regulation strategies in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, *27*(4), 217-232. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000212

De Castella, K. y Byrne, D. (2015). My intelligence may be more malleable than yours: The revised implicit theories of intelligence (self-theory) scale is a better predictor of achievement, motivation and student disengagement. *The European Journal of*

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Psychology of Education, 30(3), 245–267. https://doi.org/10.1007/s10212-015-0244-y

De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., y Gross, J. J. (2015). Emotion beliefs and cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*(2), 128-141. https://doi.org/10.1080/16506073.2014.974665

De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Dweck, C. S., y Gross, J. J. (2013). Beliefs About Emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology, 35*(6), 497-505. https://doi.org/10.1080/01973533.2013.840632

De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Heimberg, R. G., y Gross, J. J. (2014). Emotion beliefs in social anxiety disorder: Associations with stress, anxiety, and well-being. *Australian Journal of Psychology*, *66*(2), 139-148. https://doi.org/10.1111/ajpy.12053

De Castella, K., Platow, M. J., Tamir, M., y Gross, J. J. (2018). Beliefs about emotion: Implications for avoidance-based emotion regulation and psychological health. *Cognition and Emotion, 32*(4), 773–795. https://doi. org/ 10.1080/02699931.2017.1353485

*Decker, S. E., Hoff, R., Martino, S., Mazure, C. M., Park, C. L., Porter, E., y Kraus, S. W. (2019). Is emotion dysregulation associated with suicidal ideation in post 9/11 veterans? *Archives of Suicide Research, 25,* 126-140. https://doi. org/10.1080/13811118.2019.1661895

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

De France, K., y Hollenstein, T. (2017). Assessing emotion regulation repertoires: The Regulation of Emotion Systems Survey. *Personality and Individual Differences, 119,* 204–215. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.07.018

Deisenhammer, E. A., Ing, C.-M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., y Weiss, E. M.(2009). The duration of the suicidal process: How much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(1), 19–24. https://doi.org/10.4088/JCP.07m03904

Denning, D.M., Perry, T.R., Reilly, E.E., Berner, L.A., Velkoff, E.A., Kaye, W.H., Wierenga, C.E., y Brown, T.A. (2022). Associations of suicide risk with emotional reactivity, dysregulation, and eating disorder treatment outcomes. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 52,* 1126–1139. https://doi.org/10.1111/sltb.12907

Deplancke, C., Somerville, M. P., Harrison, A., y Vuillier, L. (2023). It's all about beliefs: Believing emotions are uncontrollable is linked to symptoms of anxiety and depression through cognitive reappraisal and expressive suppression. *Current Psychology*, *42*(25), 22004-22012. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03252-2

Dhingra, K., Boduszek, D., y O'Connor, R. C. (2016). A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *Psychiatry Research*, *239*, 169-178. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.023

Dixon-Gordon, K.L., Aldao, A., y De Los Reyes, A. (2015). ER in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion. *Personality and Individual Differences, 86,* 271–276. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.011

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Domínguez-García, E., y Fernández-Berrocal, P. (2018). The association between emotional intelligence and suicidal behavior: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *9*, 2380. https://doi.org/10. 3389/fpsyg.2018.02380

*Douglas, V. J., Kwan, M. Y., y Gordon, K. (2021). The roles of weight stigma, emotion dysregulation, and eating pathology in suicide risk. *Body Image*, *38*, 162–170. https://doi.org/10.1016/j.bodyim. 2021.04.005

Durkheim, E. (1897/1989). *El suicidio*. Madrid: Akal.

*Eaddy, M., Zullo, L., Horton, S. E., Hughes, J. L., Kennard, B., Diederich, A., Emslie, G., Schuster, L., y Stewart, S. M. (2018). A theory-driven investigation of the association between emotion dysregulation and suicide risk in a clinical adolescent sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(4), 928–940. https://doi.org/10.1111/sltb.12472

Eldesouky, L., y Gross, J. J. (2019). Emotion regulation goals: An individual difference perspective. *Social and Personality Psychology Compass*, *13*(9), e12493. https://doi.org/10.1111/spc3.12493

Ellis, T. E. (2006). *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. xviii-409). T. E. Ellis (Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

*Fadoir, N. A., Lutz-Zois, C. J., y Goodnight, J. A. (2019). Psychopathy and suicide: The mediating effects of emotional and behavioral dysregulation. *Personality and Individual Differences*, *142*, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.01.021

Fernández, K.C., Jazaieri, H., y Gross, J.J. (2016). Emotion regulation: perspective on a a transdiagnostic new RDoC domain. *Cognitive Therapy and Research*, *40*(3), 426–440. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9772-2

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Flora, D. B., y Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, *9*(4), 466-491. https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.466

*Flores-Kanter, P. E., García-Batista, Z. E., Moretti, L. S., y Medrano, L. A. (2019). Towards an explanatory model of suicidal ideation: The effects of cognitive emotional regulation strategies, affectivity and hopelessness. *The Spanish Journal of Psychology*, *22*, 1–11. https://doi.org/10.1017/sjp.2019.45

Ford, B. Q., y Gross, J. J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology, 59*(1), 1–14. https://doi.org/10.1037/cap0000142

Ford, B. Q., y Gross, J. J. (2019). Why beliefs about emotion matter: An emotion-regulation perspective. *Current Directions in Psychological Science*, *28*(1), 74-81. https://doi.org/10.1177/0963721418806697

*Forkmann, T., Scherer, A., Böcker, M., Pawelzik, M., Gauggel, S., y Glaesmer, H. (2014). The relation of cognitive reappraisal and expressive suppression to suicidal ideation and suicidal desire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(5), 524-536. https://doi.org/10.1111/sltb.12076

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K.M., Jaroszewski, A.C., Chang, B.P., y Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, *143*(2), 187–232. https://doi.org/10.1037/bul0000084

*Franz, P. J., Kleiman, E. M., y Nock, M. K. (2021). Reappraisal and suppression each moderate the association between stress and suicidal ideation: Preliminary

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

evidence from a daily diarystudy. *Cognitive Therapy and Research*, *45*(6), 1120–1127. https://doi.org/10.1007/s10608-021-10214-8

Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. En J Strachey (Ed. and trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* (Vol. 10, pp. 237-258). Hogarth Press: London.

Fulginiti, A., y Frey, L. M. (2019). Exploring suicide-related disclosure motivation and the impact on mechanisms linked to suicide. *Death Studies*, *43*(9), 562–569. https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1504349

Gallagher, M. W., Naragon-Gainey, K., y Brown, T. A. (2014). Perceived Control is a Transdiagnostic Predictor of Cognitive-Behavior Therapy Outcome for Anxiety Disorders. *Cognitive Therapy Research, 38,* 10-22. https://doi.org/10.1007/s10608-013-9587-3

Galynker, I. (2017). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide ris*k. New York, NY: Oxford University. https://doi.org/10.1093/med/9780190260859.001.0001

Galynker, I. (2023). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk* (2ª Ed.). New York, NY: Oxford University. https://doi.org/10.1093/med/9780197582718.001.0001

Galynker, I., Yaseen, Z.S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M., y Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high-risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: the suicide crisis inventory. *Depression & Anxiety Journal, 34*, 147–158. https://doi.org/10.1002/da.22559

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Gautam, A., y Nagle, Y. K. (2016). Moderating effect of resilience: Thwarted belongingness and perceived burdensomeness as predictors of suicidal ideation. *Journal of Psychosocial Research*, *11*(2), 459.

Ge, W., Wang, H., Chen, J., Yang, X., y Wang, Y. (2024). How general control beliefs relate to depressive symptoms in adolescents: the role of emotion controllability beliefs and emotion regulation. *Current Psychology*, 28531-28543. https://doi.org/10.1007/s12144-024-06489-1

*Gómez-Expósito, A., Wolz, I., Fagundo, A.B., Granero, R., Steward, T., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., y Fernández-Aranda, F. (2016). Correlates of non-suicidal self-injury and suicide attempts in bulimic spectrum disorders. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1244. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01244

*Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Toro, J., Montes-Hidalgo, J., y Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés, 24* (1), 18-23. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007

*Gong, J., He, Y., Wang, S., y Liu, J. (2020). Emotion regulation and depressive symptoms mediate the association between schizotypal personality traits and suicidality in Chinese college students. *Archives of Suicide Research*, *26 (2),* 614–625. https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1818655

*Grandison, G., Karatzias, T., Fyvie, C., Hyland, P., O'Connor, R. C., y Dickson, A. (2020). Suicidal histories in adults experiencing psychological trauma: Exploring vulnerability and protective factors. *Archives of Suicide Research*, *26,* 155-168. https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1758262

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Grassia, M., y Gibb, B. E. (2009). Rumination and lifetime history of suicide attempts. *International Journal of Cognitive Therapy, 2,* 400–406. http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2009.2.4.400

Greenaway, K. H., y Kalokerinos, E. K. (2019). The Intersection of Goals to Experience and Express Emotion. *Emotion Review, 11*(1), 50–62. https://doi.org/10.1177/175407391876566

Grierson, A. B., Hickie, I. B., Naismith, S. L., y Scott, J. (2016). The role of rumination in illness trajectories in youth: linking trans-diagnostic processes with clinical staging models. *Psychological medicine*, *46* (12), 2467-2484. https://doi.org/10.1017/S0033291716001392

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271–299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39* (3), 281–291. https://doi.org/10.1017/s0048577201393198

Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, y L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3ª ed., pp. 497–512). The Guilford Press.

Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2ª ed., pp. 3–20). New York, NY: Guilford Press.

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

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Haga, S.M., Kraft, P., y Corby, E.K. (2009). ER: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies, 10*, 271–291. https://doi.org/10.1007/s10902-007-9080-3

Hallensleben, N., Spangenberg, L., Forkmann, T., Rath, D., Hegerl, U., Kersting, A., Kallert, T.W., y Glaesmer, H. (2018). Investigating the dynamics of suicidal ideation: Preliminary findings from a study using ecological momentary assessments in psychiatric inpatients. *Crisis*, *39*, 65–69. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000464

Harmon-Jones, E., Harmon-Jones, C., Amodio, D. M., y Gable, P. A. (2011). Attitudes toward emotions. *Journal of Personality and Social Psychology, 101*(6), 1332–1350. https://doi. org/ 10. 1037/a0024 951

*Harris, L., Chelminski, I., Dalrymple, K., Morgan, T., y Zimmerman, M. (2018). Suicide attempts and emotion regulation in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, *232*, 300–304. https://doi. org/10.1016/j.jad.2018.02.054

*Hatkevich, C., Penner, F., y Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*, *271*, 230–238. https://doi. org/10.1016/j. psychres.2018.11.038

Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G., Kalin, N.H., y Davidson R., J. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 106*(52), 22445–22450. http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0910651106

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *13*(2), 111–121. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4054

Hong, E. J., y Kangas, M. (2022). The relationship between beliefs about emotions and emotion regulation: A systematic review. *Behaviour Change*, *39*(4), 205-234. https://doi.org/10.1017/bec.2021.23

Jacobucci, R., McClure, K., y Ammerman, B. A. (2023). Comparing the role of perceived burdensomeness and thwarted belongingness in prospectively predicting active suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *53*(2), 198-206. https://doi.org/10.1111/sltb.12933

Jobes, D. A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. The Guilford Press.

Johnson, S. L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review, 25*, 241−262. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.11.002

Johnson, J., Tarrier, N., y Gooding, P. (2008). An investigation of aspects of the cry of pain model of suicide risk: The role of defeat in impairing memory. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(8), 968-975. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.007

John, O.O., y Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*, 1301−1334. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004. 00298.x

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Joiner, T. E., Jr., Hollar, D., y Van Orden, K. A. (2006). On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice: "Pulling Together" is associated with lower suicide rates. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25,* 180−196. https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.2.179

Joiner, T. E., Simpson, S., Rogers, M. L., Stanley, I. H., y Galynker, I. I. (2018). Whether called acute suicidal affective disturbance or suicide crisis syndrome, a suicide-specific diagnosis would enhance clinical care, increase patient safety, and mitigate clinician liability. *Journal of Psychiatric Practice*, *24*(4), 274-278. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000315

Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., y Rudd, M. D. (2009a). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, D.C. American Psychological Association.

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

Júnior, É. D. M. S., Passos, I. C., Scott, J., Bristot, G., Scotton, E., Mendes, L. S. T., Knackfuss, A. C. U., Gerchmann, L., Fijtman, A., Trasel, A.R., Salum, G.A., y Kauer-Sant'Anna, M. (2020). Decoding rumination: a machine learning approach to a transdiagnostic sample of outpatients with anxiety, mood and psychotic disorders. *Journal of Psychiatric Research, 121*, 207-213. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.005

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Kashdan, T. B., y Breen, W. E. (2007). Materialism and diminished well-being: Experiential avoidance as a mediating mechanism. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 521−539. https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.5.521

Kessler, R. C., Wittchen, H.-U., Abelson, J., y Zhao, S. (2000). Methodological issues in assessing psychiatric disorders with self-reports. En A. A. Stone, J. S. Turkkan, C. A. Bachrach, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman, y V. S. Cain (Eds.), *The science of self-report: Implications for research and practice* (pp. 229–255). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Khaleghi, M., Leahy, R. L., Akbari, E., Nasab, N. S., y Bastami, M. (2021). Emotional Schemas Contribute to Suicide Behavior and Self-Harm: Toward Finding Suicidal Emotional Schemas (SESs). *International Journal of Cognitive Therapy, 14*(3), 485–496. https://doi.org/10.1007/s41811-021-00115-9

*Khanipour, H., Hakim Shooshtari, M., y Bidaki, R. (2016). Suicide probability in adolescents with a history of childhood maltreatment: The role of non-suicidal self-injury, emotion regulation difficulties, and forms of self-criticism. *International Journal of High-Risk Behaviors and Addiction*, *5*(2), e23675. https://doi.org/10.5812/ijhrba.23675

*Khurana, A., y Romer, D. (2012). Modeling the distinct pathways of influence of coping strategies on youth suicidal ideation: A national longitudinal study. *Prevention Science*, *13*(6), 644–654. https://doi.org/10.1007/s11121-012-0292-3

Kinory, D., Aisenberg, D., y Levi-Belz, Y. (2020). The cost of being apart: the contribution of perceived burdensomeness and thwarted belongingness to suicide ideation among Israeli older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *208*(9), 663-670. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001198

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Kiosses, D. N., Alexopoulos, G. S., Hajcak, G., Apfeldorf, W., Duberstein, P. R., Putrino, D., y Gross, J. J. (2018). Cognitive Reappraisal Intervention for Suicide Prevention (CRISP) for middle aged and older adults hospitalized for suicidality. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*(4), 494–503. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.11.009

Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., y Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, *126*, 726–738. https://doi.org/10.1037/abn0000273

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

Kneeland, E. T., y Dovidio, J. F. (2020). Emotion malleability beliefs and coping with the college transition. *Emotion, 20*(3), 452-461. http://dx.doi.org.ezp-prod1.hul.harvard. edu/10.1037/emo0000559

Kneeland, E. T., Dovidio, J. F., Joormann, J., y Clark, M. S. (2016b). Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical Psychology Review*, *45*, 81-88. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.008

Kneeland, E. T., Goodman, F. R., y Dovidio, J. F. (2020). Emotion beliefs, emotion regulation, and emotional experiences in daily life. *Behavior Therapy, 51*(5), 728–738. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.10.007

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Kneeland, E. T., Nolen-Hoeksema, S., Dovidio, J. F., y Gruber, J. (2016a). Beliefs about emotion's malleability influence state emotion regulation. *Motivation and Emotion*, *40*, 740-749. https://doi.org/10.1007/s11031-016-9566-6

*Knorr, A. C., Ammerman, B. A., Hamilton, A. J., y McCloskey, M. S. (2019). Predicting status along the continuum of suicidal thoughts and behavior among those with a history of nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*, *273*, 514–522. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.067

*Kopera, M., Jakubczyk, A., Klimkiewicz, A., Suszek, H., Krasowska, A., Brower, K. J., y Wojnar, M. (2018). Relationships between components of emotional intelligence and suicidal behavior in alcohol-dependent patients. *Journal of Addiction Medicine*, *12*(1), 24–30. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000358

*Kranzler, A., Fehling, K. B., Anestis, M. D., y Selby, E. A. (2016). Emotional dysregulation, internalizing symptoms, and self-injurious and suicidal behavior: Structural equation modeling analysis. *Death Studies*, *40*(6), 358–366. https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1145156

*Kuehn, K. S., King, K. M., Linehan, M. M., y Harned, M. S. (2020). Modeling the suicidal behavior cycle: Understanding repeated suicide attempts among individuals with borderline personality disorder and a history of attempting suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88* (6), 570–581. https://doi.org/10.1037/ccp0000496

Kwon, H. R., Eoh, Y., y Park, S. H. (2020). The mediating role of catastrophizing in the relation- ship between emotional clarity and posttraumatic stress symptoms

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

among earthquake survivors in Korea: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1114. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01114

Large, M., Smith, G., Sharma, S., Nielssen, O., y Singh, S. P. (2011). Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(1), 18-29. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., y Mitchell, J.E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, *40*, 111–122. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010

Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, *9*(3), 177-190. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7

Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. Guilford Publications.

Leavey, G., Mallon, S., Rondon-Sulbaran, J., Galway, K., Rosato, M., y Hughes, L. (2017). The failure of suicide prevention in primary care: family and GP perspectives–a qualitative study. *BMC Psychiatry*, *17*, 1-10. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1508-7

*Lemaigre, C., y Taylor, E. P. (2019). Mediators of childhood trauma and suicidality in a cohort of socio-economically deprived Scottish men. *Child Abuse & Neglect*, *88*, 159–170. https://doi.org/10.1016/ j.chiabu.2018.11.013

Levi-Belz, Y., y Aisenberg, D. (2021). Interpersonal predictors of suicide ideation and complicated-grief trajectories among suicide bereaved individuals: A four-year

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, *282*, 1030–1035. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.006

Li, S., Galynker, I., Briggs, J., Duffy, M., Frechette-Hagan, A., Kim, H. J., Cohen, L.J., y Yaseen, Z. S. (2017). Attachment style and suicide behaviors in high-risk psychiatric inpatients following hospital discharge: The mediating role of entrapment. *Psychiatry Research*, *257*, 309–314. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.072

Li, S., Yaseen, Z. S., Kim, H. J., Briggs, J., Duffy, M., Frechette-Hagan, A., Cohen, L.J., y Galynker, I. (2018). Entrapment as a mediator of suicide crises. *BMC Psychiatry*, *18*(4), 4. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1587-0

Lincoln, T. M., Schulze, L., y Renneberg, B. (2022). The role of emotion regulation in the characterization, development and treatment of psychopathology. *Nature Reviews Psychology*, *1*(5), 272-286. https://doi.org/10.1038/s44159-022-00040-4

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., y Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67*, 13−26. https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X

Lopez, C. M., Driscoll, K. A., y Kistner, J. A. (2009). Sex differences and response styles: Subtypes of rumination and associations with depressive symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38,* 27–35. https://doi.org/10.1080/15374410802575412

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

López-Pérez, B., Howells, L., y Gummerum, M. (2017). Cruel to be kind: Factors underlying altruistic efforts to worsen another person's mood. *Psychological Science*, *28*, 862–871. https://doi.org/10.1177/0956797617696312

*Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Morse, J. Q., y Rosenthal, M. Z. (2004). A model predicting suicidal ideation and hopelessness in depressed older adults: The impact of emotion inhibition and affect intensity. *Aging & Mental Health*, *8*(6), 486–497. https://doi.org/10.1080/13607860412331303775

Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., y Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 181−205. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229

Ma, J., Xiong, Y., y Zhang, Y. (2023). The impact of childhood abuse on adolescent school bullying: the chain-mediated effects of self-loathing and peer relationships. *International Journal of Frontiers in Sociology*, *5*(12), 59-63. https://doi.org/10.25236/ijfs.2023.051210

Mäkinen, I. (1997). Are there social correlates to suicide? *Social Science & Medicine*, *44*(12), 1919-1929. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00016-6

*Mallorquí-Bagué, N., Mena-Moreno, T., Granero, R., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez-González, Fernández-Aranda, F., Del Pino-Gutiérrez, A., Mestre-Bach, G., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Menchón, J., M., y Jiménez-Murcia, S. (2018). Suicidal ideation and history of suicide attempts in treatment-seeking patients with gambling disorder: The role of emotion dysregulation and high trait impulsivity. *Journal of Behavioral Addictions*, *7*(4), 1112–1121. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.132

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Mann, J. J., Michel, C. A., y Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *American Journal of Psychiatry*, *178*(7), 611-624. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864

Manser, R., Cooper, M., y Trefusis, J. (2012). Beliefs about emotions as a metacognitive construct: Initial development of a self-report questionnaire measure and preliminary investigation in relation to emotion regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(3), 235–246. https://doi.org/10.1002/cpp.745

*Marquart, A. L., Overholser, J. C., y Peak, N. J. (2009). Mood regulation beliefs in depressed psychiatric inpatients: Examining affect, behavior, cognitive, and social strategies. *InternationalJournal of Psychiatry in Clinical Practice*, *13*(4), 265–272. https://doi.org/10.3109/13651500902898331

Martin, A. (2010). Individual and contextual correlates of managers' attitudes toward depressed employees. *Human Resource Management, 49*(4), 647–668. https://doi.org/10.1002/hrm.20370

*Martin, C., Vujanovic, A., y Day, S.X. (2017). Posttraumatic stress disorder symptom severity and emotion regulation in acute-care psychiatric inpatients: Associations with suicidality. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 26*, 1024–1041. https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1341443

*Mayorga, N. A., Jardin, C., Bakhshaie, J., Garey, L., Viana, A. G., Cardoso, J. B., y Zvolensky, M. (2018). Acculturative stress, emotion regulation, and affective symptomology among Latino/a college students. *Journal of Counseling Psychology*, *65*(2), 247–258. https://doi.org/10.1037/ cou0000263

McLachlan, J., Mehdikhani, M., Larham, B., y Centifanti, L. C. M. (2022). Borderline personality traits and emotion regulation strategies in adolescents: The role of

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

implicit theories. *Child Psychiatry & Human Development*, *53*(5), 899-907. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01169-8

*McLafferty, M., Bunting, B. P., Armour, C., Lapsley, C., Ennis, E., Murray, E., y O'Neill, S. M. (2020). The mediating role of emotion regulation strategies on psychopathology and suicidal behaviour following negative childhood experiences. *Children and Youth Services Review*, *116*, 105212. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105212

McLaren, S., Gomez, R., Bailey, M., y Van Der Horst, R. K. (2010). The association of depression and sense of belonging with suicidal ideation among older adults: Applicability of resiliency models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(1), 89-102. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.1.89

McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., y Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1735–1752. https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.004

Melzer, L., Forkmann, T., y Teismann, T. (2024). Suicide crisis syndrome: a systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *54* (3), 556-574. https://doi.org/10.1111/sltb.13065

Mennin, D. S., y Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*, 329−352. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x

Mennin, D. S., Holoway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

psychopathology. *Behavior Therapy, 38*, 284−302. https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001

Menninger, K. A. (1996). Psychoanalytic aspects of suicide. En J. T. Maltsberger y M. J. Goldblatt (Eds.), *Essential papers on suicide* (pp. 20–35). New York University Press.

Menon, V., Bafna, A. R., Rogers, M. L., Richards, J., y Galynker, I. (2022). Factor structure and validity of the Revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2) among Indian adults. *Asian Journal of Psychiatry, 73*, 103119. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103119

Mezulis, A., Simonson, J., McCauley, E., y Vander Stoep, A. (2011). The association between temperament and depressive symptoms in adolescence: Brooding and reflection as potential mediators. *Cognition & Emotion, 25*, 1460–1470. https://doi.org/10.1080/02699931.2010.543642

Millgram, Y., Joormann, J., Huppert, J. D., y Tamir, M. (2015). Sad as a matter of choice? Emotion-regulation goals in depression. *Psychological Science, 26*, 1216–1228. https://doi.org/10.1177/0956797615583295

Millner, A. J., Lee, M. D., y Nock, M. K. (2017). Describing and measuring the pathway to suicide attempts: A preliminary study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *47*, 353–369. https://doi.org/10.1111/sltb.12284

Miranda, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behaviour Research and Therapy, 45,* 3088 –3095. http:// dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.015

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

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research, 37,* 786 – 795. http://dx.doi.org/10.1007/s10608-013-9524-5

*Mohammadzadeh, A., Ganji, Z., Khosravani, V., Ardakan, A. M., y Amirinezhad, A. (2019). Direct and indirect associations between perception of childhood trauma and suicidal ideation through emotion dysregulation in males who use heroin. *Addictive Behaviors*, *98*, 106011. http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.035

Mościcki, E.K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research,1*(5), 310–323. https://doi.org/10.1016/S1566-2772(01)00032-9

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., y Mayer B (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences, 39,* 1105-1111. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.04.005

Muthén, L. K., y Muthén, B. O. (1998). *Mplus: The comprehensive modeling program for applied researchers*. Los Angeles, CA: Muthén y Muthén.

Muthén, B.O., y Satorra, A. (1995). Complex sample data in structural equation modeling. *Sociological Methodology*, *25,* 267-316. https://doi.org/10.2307/271070

Nathanson, L, Rivers, S. E., Flynn, L. M., y Brackett, M. A. (2016). Creating emotionally intelligent schools with ruler. *Emotion Review, 8,* 305–310. https://doi.org/10.1177/1754073916650495

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

*Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., y Rosenthal, M. Z. (2018). Suicidal behavior and problems with emotion regulation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(1), 52–74. https://doi.org/10.1111/sltb.12335

Netzer, L., Van Kleef, G. A., y Tamir, M. (2015). Interpersonal instrumental emotion regulation. *Journal of Experimental Social Psychology*, *58*, 124–135. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2015.01.006

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., De Girolamo, G., Gluzman, S., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., y Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry, 192(2)*, 98–105. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569–582. https://doi:10.1037/0021-843X.100.4.569.

Nolen-Hoeksema, S., y Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, *25*(1), 37-47. https://doi.org/10.1111/1471-6402.00

Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1991). Response styles questionnaire. *Psychological Assessment*. https://doi.org/10.1037/t03823-000

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3,* 400−424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008. 00088.x

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Ochsner, K. N., Ray, R. R., Cooper, J. C., Robertson, E. R., Chopra, S., Gabrieli, J. D. E., y Gross, J. J. (2004). For better or for worse: Neural systems supporting the cognitive down– and up–regulation of negative emotion. *Neuroimage, 23,* 483–499. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.06.030

O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational – Volitional model of suicidal behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society, 32*(6), 295–298. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120

O'Connor, R. C., y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *373*(1754), 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

O'Connor, R. C., y Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy, 46,* 392– 401. http://dx.doi .org/10.1016/j.brat.2008.01.007

O'Connor, R.C., O'Carroll, R.E., Ryan, C., y Smyth, R. (2012). Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: a two-year prospective study. *Journal of Affective Disorders, 142*(1–3), 248–255. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.035

O'Connor, D. B., O'Connor, R. C., y Marshall, R. (2007). Perfectionism and psychological distress: Evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality, 21,* 429 – 452. http://dx.doi.org/ 10.1002/per.616

O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., y Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(6), 1137. https://doi.org/doi:10.1037/a0033751

Offredi, A., Caselli, G., Manfredi, C., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., Liuzzo, P., y Rovetto, F. (2016). Effects of anger rumination on different scenarios of anger: an experimental investigation. *The American Journal of Psychology*, *129*(4), 381-390. https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.129.4.0381

Oliva, V., De Prisco, M., Fico, G., Possidente, C., Fortea, L., Montejo, L., Anmella, J., Hidalgo-Mazzei, D., Grande, I., Murru, A., Fornaro, M., De Bartolomeis, A., Dodd, A., Fanelli, G., Fabbri, C., Serretti, A., Vieta, E., y Radua, J. (2023). Correlation between emotion dysregulation and mood symptoms of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *148*(6), 472-490. https://doi.org/10.1111/acps.13618

*O´Neil-Rodriguez, K. A., y Kendall, P. C. (2014). Suicidal ideation in anxiety-disordered youth: Identifying predictors of risk. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *43*(1), 51–62. https://doi.org/10.1080/15374416.2013.843463

*Ong, E., y Thompson, C. (2019). The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological Reports*, *122*(4), 1192–1210. https://doi.org/10.1177/ 0033294118781855

Oquendo, M.A., Currier,D., y Mann, J.J. (2006).Prospective studies of suicidal behavior inmajor depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica,* *114*(3), 151–158. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

*Orbach, I., Blomenson, R., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., Rogolsky, M., y Retzoni, G. (2007). Perceiving a problem-solving task as a threat and suicidal behavior in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26(*9), 1010-1034. https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.9.1010

*Orr, M. F., Rogers, A. H., Shepherd, J. M., Buckner, J. D., Ditre, J. W., Bakhshaie, J., y Zvolensky, M. J. (2020). Is there a relationship between cannabis use problems, emotion dysre- gulation, and mental health problems among adults with chronic pain? *Psychology, Health & Medicine*, *25*(6), 742–755. https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1653485

*Ortiz, S., Knauft, K., Smith, A., y Kalia, V. (2019). Expressive suppression mediates the relation between disordered eating and suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, *75*(10), 1943–1958. https://doi.org/10.1002/jclp.22830

Ortner, C. N., y Pennekamp, P. (2020). Emotion malleability beliefs and event intensity and importance predict emotion regulation in daily life. *Personality and Individual Differences*, *159*, 109887. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109887

Otte, S., Lutz, M., Streb, J., Cohen, L. J., Galynker, I., Dudeck, M., y Büsselmann, M. (2020). Analyzing suicidality in German forensic patients by means of the German version of the Suicide Crisis Inventory (SCI-G). *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 31(5),* 731–746. https://doi.org/10.1080/14789949.2020.1787487

Owen, R., Dempsey, R., Jones, S., y Gooding, P. (2018). Defeat and entrapment in bipolar disorder: exploring the relationship with suicidal ideation from a psychological theoretical perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*(1), 116-128. https://doi.org/10.1111/sltb.12343

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

*Palagini, L., Cipollone, G., Masci, I., Caruso, D., Paolilli, F., Perugi, G., y Riemann, D. (2019). Insomnia symptoms predict emotional dysregulation, impulsivity and suicidality in depressive bipolar II patients with mixed features. *Comprehensive Psychiatry*, *89*, 46–51. https://doi.org/10.1016/j. comppsych.2018.12.009

*Palagini, L., Cipollone, G., Moretto, U., Masci, I., Tripodi, B., Caruso, D., y Perugi, G. (2019). Chronobiological dis-rhythmicity is related to emotion dysregulation and suicidality in depressive bipolar II disorder with mixed features. *Psychiatry Research*, *271*, 272–278. https://doi.org/10.1016/j. psychres.2018.11.056

Papageorgiou, C., y Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27,* 261–273. https://doi.org/10.1023/A: 1023962332399

Papageorgiou, C., y Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons.

Petrova, K., Zielke, J. N., Mehta, A., y Gross, J. J. (2023). Occurrent beliefs about emotions predict emotion regulation in everyday life. *Emotion, 24(4), 992–1002*. https://doi.org/10.1037/emo0001317

Pettit, J. W., Lam, A. G., Voelz, Z. R., Walker, R. L., Perez, M., Joiner, T. E., Lester, D., y He, Z.-X. (2002). Perceived Burdensomeness and Lethality of Suicide Method among Suicide Completers in the People's Republic of China. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *45*(1), 57-67. https://doi.org/10.2190/15LA-0WCR-N0DM-BWT8

*Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., y Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

communities. *Journal of Youth and Adolescence*, *42*(6), 807–820. https://doi.org/10.1007/s10964-012-9884-2

Podlogar, M. C., Gutierrez, P. M., y Joiner, T. E. (2020). Improving our understanding of the death/life implicit association test. *Journal of Personality Assessment*, *102*, 845–857. https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1663357

Polanco-Roman, L., Jurska, J., Quiñones, V., y Miranda, R. (2015). Brooding, reflection, and distraction: Relation to non-suicidal self-injury versus suicide attempts. *Archives of Suicide Research, 19*, 350 –365. http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2014.981623

*Ponzoni, S., Beomonte Zobel, S., Rogier, G., y Velotti, P. (2021). Emotion dysregulation acts in the relationship between vulnerable narcissism and suicidal ideation. *Scandinavian Journal of Psychology*, *62*(4), 468–475. http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12730

*Powers, A., Stevens, J., Fani, N., y Bradley, B. (2015). Construct validity of a short, self report instrument assessing emotional dysregulation. *Psychiatry Research*, *225*(1–2), 85–92. https://doi.org/10. 1016/j.psychres.2014.10.020

*Preyde, M., Vanderkooy, J., Chevalier, P., Heintzman, J., Warne, A., y Barrick, K. (2014). The psychosocial characteristics associated with NSSI and suicide attempt of youth admitted to an in-patient psychiatric unit. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *23*, 100–110. PMC4032078

*Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., Rey, L., Neto, F., y Extremera, N. (2020). Untangling the emotional intelligence-suicidal ideation connection: The role of

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cognitive emotion regulation strategies in adolescents. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(10), 3116. http://dx.doi.org/10.3390/jcm9103116

*Rajappa, K., Gallagher, M., y Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(6), 833–839. http://dx.doi.org/10.1007/ s10608-011-9419-2

*Rania, M., Monell, E., Sjölander, A., y Bulik, C. M. (2021). Emotion dysregulation and suicidality in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, *54*(3), 313–325. http://dx.doi.org/10. 1002/eat.23410

*Raudales, A. M., Short, N. A., y Schmidt, N. B. (2020). Emotion Dysregulation as a Prospective Predictor of Suicidal Ideation in an at-Risk Mixed Clinical Sample. *Archives of Suicide Research*, *24*(2), 310–322. http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2019.1598526

Rickerby, N., Krug, I., Fuller-Tyszkiewicz, M., Forte, E., Davenport, R., Chayadi, E., y Kiropoulos, L. (2022). Rumination across depression, anxiety, and eating disorders in adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 31(2),* 251-268. https://doi.org/10.1037/cps0000110

*Rodriguez, K. A. O., y Kendall, P. C. (2014). Suicidal ideation in anxiety-disordered youth: Identifying predictors of risk. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *43*(1), 51–62.https://doi.org/10.1080/15374416.2013.843463

Roeder, K. M., y Cole, D. A. (2019). Simultaneous longitudinal examination of hopelessness, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness as predictors of suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(4), 1058-1071. https://doi.org/10.1111/sltb.12508

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Rogante, E., Cifrodelli, M., Sarubbi, S., Costanza, A., Erbuto, D., Berardelli, I., y Pompili, M. (2024). The role of emotion dysregulation in understanding suicide risk: a systematic review of the literature. *Healthcare*, 12(2), 169. https://doi.org/10.3390/healthcare12020169

Rogers, M. L., Bafna, A., y Galynker, I. (2022). Comparative clinical utility of screening for suicide crisis syndrome versus suicidal ideation in relation to suicidal ideation and attempts at one-month follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *52*(5), 866-875. https://doi.org/10.1111/sltb.12870

Rogers, M. L., Chiurliza, B., Hagan, C. R., Tzoneva, M., Hames, J. L., Michaels, M. S., Michaels, M.S., Hitschfeld, M.J., Palmer, B.A., Lineberry, T.W., Jobes, D.A., y Joiner, T. E. (2017). Acute suicidal affective disturbance: Factorial structure and initial validation across psychiatric outpatient and inpatient samples. *Journal of Affective Disorders*, *211*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.057

Rogers, M.L., Chu, C., y Joiner, T.E. (2019). The necessity, validity, and clinical utility of a new diagnostic entity: acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD). *Journal of Clinical Psychology, 75,* 999–1010. https://doi.org/10.1002/jclp.22743

Rogers, M.L., Galynker, I., Yaseen, Z., Defazio, K., y Joiner, T.E. (2017). An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: acute suicidal affective disturbance (ASAD) and suicide crisis syndrome (SCS). *Psychiatric Annals, 47,* 416–420. https://doi.org/10.3928/00485713-20170630-01

*Rogers, M. L., y Joiner, T. E. (2017). Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: A meta-analytic review. *Review of General Psychology, 21*(2), 132-142. https://doi.org/10.1037/gpr0000101

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Rogers, M. L., McMullen, L., Liang, Y., Perez, N., Richards, J. A., Akülker, G., Barzilay, S., Bilici, R., Blum, Y., Chistopolskaya, K., Dudeck, M., Husain, M.I., Kuśmirek, O., Luiz, J.M., Menon, V., Pilecka, B., Sadovnichaya, V., Titze, L., Valvassori, S.S., You, S., y Galynker, I. (2023). Cross-national presence and sociodemographic correlates of the suicide crisis syndrome. *Journal of Affective Disorders*, *329*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.076

Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, *48*(2), 1–36. https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02

Rottenberg, J., Gross, J. J., y Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 627−639. https://doi.org/10.1111/psyp.13715

*Rufino, K. A., Ellis, T. E., Clapp, J., Pearte, C., y Fowler, J. C. (2017). Variations of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a latent profile analysis approach with adult psychiatric inpatients. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *4*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s40479-017-0068-2

*Rufino, K. A., Viswanath, H., Wagner, R., y Patriquin, M. A. (2018). Body dissatisfaction and suicidal ideation among psychiatric inpatients with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *84*, 22–25. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.03.013

*Rufino, K. A., Ward-Ciesielski, E. F., Webb, C. A., y Nadorff, M. R. (2020). Emotion regulation difficulties are associated with nightmares and suicide attempts in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Research*, *293*, 113437. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113437

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

*Saffer, B. Y., Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2015). Clarifying the relationship of parental bonding to suicide ideation and attempts. *Suicide Life Threatening Behavior*, *45*(4), 518–528. https://doi.org/10.1111/ sltb.12146

*Sajadi, S. F., Arshadi, N., Zargar, Y., Honarmand, M. M., y Hajjari, Z. (2015). Borderline personality features in students: The predicting role of schema, emotion regulation, dissociative experience and suicidal ideation. *International Journal of High-Risk Behaviors and Addiction*, *4*(2), e20021. https://doi.org/10.5812/ijhrba.20021v2

Sakiris, N., y Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the unified protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical Psychology Review*, *72*, 101751. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751

Sánchez-Álvarez, N., Extremera-Pacheco, N., Rey-Peña, L., Chang, E. C., y Chang, O. D. (2020). Frequency of suicidal ideation inventory: Psychometric properties of the Spanish version. *Psicothema*, 32(2), 253-260. https://doi.org/10.7334/psicothema2019.344

Schafer, K. M. (2022). *Reducing suicidal ideation by targeting perceived burdensomeness: A randomized control trial* (Unpublished doctoral dissertation). Florida State University, Tallahassee, Florida.

Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., y Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*, 261-276. http://dx.doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Schotte, D. E., y Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(1), 49–54. http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.55.1.49

Schraub E.M, Stegmaier, R., y Sonntag, K. (2011). The effect of change on adaptive performance: Does expressive suppression moderate the indirect effect of strain? *Journal of Change Management, 11*, 21–44. http://dx.doi.org/10.1080/14697017.2010.514002.

Schrijvers, D. L., Bollen, J., y Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, *138*(1-2), 19-26. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050

Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., y Moser, J. S. (2015). The role of implicit theories in mental health symptoms, emotion regulation, and hypothetical treatment choices in college students. *Cognitive Therapy and Research, 39,* 120–139. https://doi.org/10.1007/ s10608-014-9652-6

Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S., y Galynker, I. (2019). Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & The Law*, *37*(3), 223-239. https://doi.org/10.1002/bsl.2397

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* Guilford Press.

Selby, E. A., Anestis, M. D., y Joiner, T. E. (2008). Understanding the Relationship between Emotional and Behavioral Dysregulation: Emotional Cascades. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 593-611. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

*Shelef, L., Fruchter, E., Mann, J. J., y Yacobi, A. (2014). Correlations between interpersonal and cognitive difficulties: Relationship to suicidal ideation in military suicide attempters. *European Psychiatry*, *29*(8), 498–502. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.01.006

Sheppes, G., Suri, G., y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11(1)*, 379–405. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739

Sher, K. J., y Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560−580). New York, NY: Guilford Press

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.

Short, N. A., Boffa, J. W., Clancy, K., y Schmidt, N. B. (2018). Effects of emotion regulation strategy use in response to stressors on PTSD symptoms: An ecological momentary assessment study. *Journal of Affective Disorders*, *230*, 77-83. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.063

Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'carroll, P.W., y Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(3), 264-77. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264

Silvers, J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current Opinion in Psychology*, *44*, 258-263. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.09.023

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

*Silvers, J. A., Hubbard, A. D., Chaudhury, S., Biggs, E., Shu, J., Grunebaum, M. F., Fertuck, E., Weber, J., Kober, H., Carson-Wong, A., Brodsky, B., Chesin, M., Ochsner, K.N., y Stanley, B. (2016). Suicide attempters with borderline personality disorder show differential orbitofrontal and parietal recruitment when reflecting on aversive memories. *Journal of Psychiatric Research*, *81*, 71–78. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.020

*Singh, R. N., y Pathak, N. (2020). Effects of emotional regulation on suicidal ideation. *Journal of Psychosocial Research*, *15*(1), 237-245. https://doi.org/10.32381/JPR.2020.15.01.20

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

Smith, J. M., Alloy, L. B., y Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36,* 443– 454. https://doi.org/10.1521/suli.2006 .36.4.443

Solomon, R. L., y Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review, 81*(2), 119–145. https://doi.org/10.1037/h0036128

Somerville, M. P., MacIntyre, H., Harrison, A., y Mauss, I. B. (2024). Emotion controllability beliefs and young people's anxiety and depression symptoms: A

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

systematic review. *Adolescent Research Review*, *9*(1), 33-51. https://doi.org/10.1007/s40894-023-00213-z

*Spitzen, T. L., Tull, M. T., y Gratz, K. L. (2020). The roles of emotion regulation self-efficacy and emotional avoidance in self-injurious thoughts and behaviors. *Archives of Suicide Research*, *26 (2),* 595–613. https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1818654

Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., y Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(10), 1005–1013. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe.

Stanley, I. H., Rufino, K. A., Rogers, M. L., Ellis, T. E., y Joiner, T. E. (2016). Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD): A confirmatory factor analysis with 1442 psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Research*, *80*, 97-104. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.012

Stengel, E. (1962). Recent research into suicide and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, *118*(8), 725-727. https://doi.org/10.1176/ajp.118.8.725

Suri, G., Whittaker, K., y Gross, J. J. (2015). Launching reappraisal: It's less common than you might think. *Emotion*, *15*(1), 73-77. https://doi.org/10.1037/emo0000011

*Swee, G., Shochet, I., Cockshaw, W., y Hides, L. (2020). Emotion regulation as a risk factor for suicide ideation among adolescents and young adults: The mediating role of belongingness. *Journal of Youth and Adolescence*, *49*(11), 2265–2274. https://doi.org/10.1007/s10964-020-01301-2

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tamir, M., John, O. P., Srivastava, S., y Gross, J. J. (2007). Implicit theories of emotion: affective and social outcomes across a major life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(4), 731-744. https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.731

Teismann, T., y Forkmann, T. (2017). Rumination, entrapment and suicide ideation: A mediational model. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24,* 226 –234. https://doi.org/10.1002/cpp.1999

Topper, M., Emmelkamp, P. M. G., Watkins, E., y Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 90*(3), 123–136. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.015.

Treynor W, Gonzalez R, y Nolen-Hoeksema S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 247–259. https://doi.org/10.1023/A:1023910315561

Trincas, R., Bilotta, E., y Mancini, F. (2016). Specific beliefs about emotions are associated with different emotion-regulation strategies. *Psychology*, *7*(13), 1682-1699. https://doi.org/10.4236/psych.2016.713159

*Tucker, R. P., Lengel, G. J., Smith, C. E., Capron, D. W., Mullins-Sweatt, S. N., y Wingate, L. R. (2016). Maladaptive five factor model personality traits associated with borderline personality disorder indirectly affect susceptibility to suicide ideation through increased anxiety sensitivity cognitive concerns. *Psychiatry Research*, *246*, 432–437. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.051

Tucker, R. P., Michaels, M. S., Rogers, M. L., Wingate, L. R., y Joiner Jr, T. E. (2016). Construct validity of a proposed new diagnostic entity: Acute Suicidal Affective

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Disturbance (ASAD). *Journal of Affective Disorders*, *189*, 365-378. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.049

Tucker, R. P., Wingate, L. R., O'Keefe, V. M., Mills, A. C., Rasmussen, K., Davidson, C. L., y Grant, D. M. (2013). Rumination and suicidal ideation: The moderating roles of hope and optimism. *Personality and Individual Differences, 55*, 606 – 611. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid .2013.05.013

Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., y Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy, 38(3),* 303-313. http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.001

Turton, H., Berry, K., Danquah, A., y Pratt, D. (2021). The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behaviour: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, *5*, 100136. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100136

Van Heeringer, C., Portzky, G., y Audenaert, K. (2004). The psychobiology of suicidal behaviour. *Suicidal behaviour: Theories and Research Findings*, *1,* 61-66. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6

Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., y Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, *24*(1), 197–215. https://doi.org/10.1037/a0025358

Van Orden, K. A., Lynam, M. E., Hollar, D., y Joiner, T. E. (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 457-467. https://doi.org/10.1007/s10608-006-9057-2

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

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

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T.W., y Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76,* 72−83. https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72

*Vasudeva, N., y Singh, H. (2017). A study of emotional regulation process among patients with current suicide attempt. *Minerva Psichiatrica*, *58*, 113–117. https://doi.org/10.23736/S0391-1772.17.01932- X

Veilleux, J. C., Chamberlain, K. D., Baker, D. E., y Warner, E. A. (2021a). Disentangling beliefs about emotions from emotion schemas. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(4), 1068-1089. https://doi.org/10.1002/jclp.23098

Veilleux, J. C., Pollert, G. A., Skinner, K. D., Chamberlain, K. D., Baker, D. E., y Hill, M. A. (2021b). Individual beliefs about emotion and perceptions of belief stability are associated with symptoms of psychopathology and emotional processes. *Personality and Individual Differences, 171,* 110541. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110541

*Viana, A. G., Raines, A. M., Woodward, E.C., Hanna, A.E., Walker, R., y Zvolensky, M. J. (2019). The relationship between emotional clarity and suicidal ideation among trauma-exposed adolescents in inpatient psychiatric care: Does distress tolerance matter? *Cognitive Behaviour Therapy*, *48*(5), 430–444. https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1536163

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Vine, V., Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2014). Chasing clarity: Rumination as a strategy for making sense of emotions. *Journal of Experimental Psychopathology*, *5*(3), 229–243. https://doi.org/10. 5127/jep.038513

Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., y Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *9*, 322567. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756

*Wang, K., Weiss, N. H., Pachankis, J. E., y Link, B. G. (2016). Emotional clarity as a buffer in the association between perceived mental illness stigma and suicide risk. *Stigma and Health*, *1*(4), 252–262. https://doi.org/10.1037/sah0000032

Watkins, E.R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134*(2), 163–206. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163

Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *27*, 160-175. https://doi.org/10.1007/s10942-009-0098-9

Watkins, E. (2015). Psychological treatment of depressive rumination. *Current Opinion in Psychology, 4*, 32–36. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.020

Watkins, E. R. (2016). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. Guilford Publications.

Watkins, E.R., y Roberts, H (2020). Reflecting on rumination: consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, *127*, 103573. https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573

Webb, T. L., Miles, E., y Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

regulation. *Psychological Bulletin, 138(4)*, 775–808. https://doi.org/10.1037/a0027600

*Weinberg, A., y Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment, 21*(4), 616-621. https://doi.org/10.1037/a0016669

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press

Williams, J. M. G., y Pollock, L. R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. En K. Hawton y K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 79–93). Chichester: Wiley

Williams, J. M. G., y Pollock, L. R. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. En K. van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour* (pp. 76-93). Chichester: John Wiley & Sons.

Woodward, E. N., Wingate, L., Gray, T. W., y Pantalone, D. W. (2014). Evaluating thwarted belongingness and perceived burdensomeness as predictors of suicidal ideation in sexual minority adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(3), 234–243. https://doi.org/10.1037/sgd0000046

World Health Organization, WHO (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Ginebra: World Health Organization.

Wu, C. Y., Lee, M. B., Rogers, M. L., Chan, C. T., Chen, C. Y., Richards, J., y Galynker, I. (2023). Suicide crisis syndrome and psychosocial correlates under COVID-19:

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

an online survey in Taiwan. *Journal of Suicidology*, *18,* 540-549. https://doi.org/10.30126/JoS.202306_18(2).0007

*Yang, L., Zhang, S., Liu, X., Hou, J., y Hou, X. (2021). Emotion reactivity, emotion dysregulation, and suicidality among Chinese undergraduates: A study based on the "ideation-to-action" framework. *Current Psychology, 42*, 3204-3212. https://doi.org/10.1007/s12144.021.01666.y

Yaseen, Z. S., Galynker, I. I., Cohen, L. J., y Briggs, J. (2017). Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients Association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, *76*, 69-78. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.03.013

Yaseen, Z. S., Hawes, M., Barzilay, S., y Galynker, I. (2018). Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An acute presuicidal state. *Suicide and Life-Threatening Behaviors*, *156,* 228-235. https://doi.org/10.1111/stlb.12495

Yoon, S., Dang, V., Mertz, J., y Rottenberg, J. (2018). Are attitudes towards emotions associated with depression? A conceptual and meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, *232*, 329-340. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.009

Yoon, S., y Rottenberg, J. (2020)**.** Why Do People With Depression Use Faulty Emotion Regulation Strategies? *Emotion Review, 12*(2), 118–128. https://doi.org/10.1177/1754073919890670

Young, E. E., Lariviere, W. R., y Belfer, I. (2012). Genetic basis of pain variability: Recent advances. *Journal of Medical Genetics, 49*, 1–9. https://doi.org/10.1136/jmedgenet-2011-100386

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

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

Zemestani, M., Abdolmaleki, S., McGrew, S.J., y Vujanovic, A. (2023). Associations between Sleep Disturbance and Suicidal Ideation Severity in Iranian University Students: Evaluating Emotion Regulation Difficulties and Distress Tolerance. *Archives of Suicide Research, 17,* 454-470. https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2190366

Zhu, S., y Wong, P. W. (2022). What matters for adolescent suicidality: Depressive symptoms or fixed mindsets? Examination of cross-sectional and longitudinal associations between fixed mindsets and suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *52*(5), 932-942. https://doi.org/10.1111/sltb.12891

Zobel, S.B., Bruno, S., Torru, P., Rogier, G., y Velotti, P. (2023). Investigating the Path from Non-Suicidal Self-Injury to Suicidal Ideation: The Moderating Role of Emotion Dysregulation. *Psychiatry Investigation, 20,* 616–624. https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2190366

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA