



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Modalidad Proyecto de Investigación

TEMA:

Relación de variables cognitivas y comportamiento suicida en estudiantes universitarios

de la ULEAM 2025-2026

Autor:

Chávez Arias Camily Naideli

Tutora:

Psi. Clin. Carolina Caicedo Guale, Mg.

Periodo académico: 2026-1

	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	CERTIFICADO DE TUTOR(A).	
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante: Camily Naideli Chávez Arias, legalmente matriculada en la carrera de Psicología, período académico 2025-2, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es: "Relación de variables cognitivas y comportamiento suicida en estudiantes universitarios de ULEAM 2025-2026".

El siguiente proyecto de investigación ha sido desarrollado en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Lugar, 24 de julio de 2026.

Lo certifico,



Psic. Clin. Carolina Caicedo Guale
Docente Tutora
Área: Ciencias de la salud

Declaración expresa de autoría

Yo, **Chávez Arias Camily Naideli**, con CI: 1350776645, estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Licenciatura en Psicología, reconozco ser la autora intelectual de este proyecto de investigación previo a la obtención del título Licenciada en Psicología, cuyo tema es **“Relación de variables cognitivas y comportamiento suicida en estudiantes universitarios de la ULEAM 2025-2026”**, y derechos patrimoniales a la Universidad Laica **“Eloy Alfaro de Manabí”**, en virtud de lo dispuesto en el Art. 15 de la ley de Propiedad Intelectual, de la misma manera con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación. Me aseguro de proteger los derechos que me corresponden como autora, de acuerdo con lo establecido en los artículos correspondientes. La total responsabilidad del contenido de este proyecto de investigación recae únicamente en la autora. Además, estoy plenamente consciente que el plagio y cualquier conducta contraria a los principios éticos y morales debe ser sancionada de acuerdo con las normativas vigentes.



Camily Naideli Chávez Arias

C.I. 1350776645

Dedicatoria

A mis padres quienes estuvieron ahí desde el primer momento en mi trayectoria académica e hicieron posible esto, y a mi gata Xayah, mi acompañante silenciosa.

A mi tutora la psicóloga Carolina Caicedo, por ser ese pilar esencial en todo este proceso y junto a su profesionalismo y empatía, además de ser ese modelo a seguir durante toda la carrera.

A mis amigos, quienes estuvieron brindándome apoyo y cariño siempre que lo necesité, especialmente a Diego, quien para mí es mi pseudo-compañero de tesis, y ha sido mi dupla desde primer semestre, dándome los mejores momentos en la carrera, toda esta etapa no habría sido lo mismo sin él. A Gema, quien me ha acompañado en los mejores y peores momentos, mostrándome que merezco ser amada incondicionalmente, alegrándose por cada logro o cosa buena que me pase. A Natasha, quien ha sido mi amiga desde hace más de lo que recuerdo y con quien he crecido en todos los sentidos, nos construimos la una a la otra para ser quienes somos hoy, no hay una Camily sin Natasha.

Y, por último, a todas esas personas que alguna vez se han sentido tan solas en esta vida que han llegado a considerar que irse de este mundo es su mejor opción. No están solos, siempre habrá alguien quien esté dispuesto a escuchar.

Esta tesis es para todos ustedes.

Agradecimiento

Quiero darle las gracias especialmente a mi hermano, quien evidenció desde primera mano cuánto me costó llegar hasta aquí, él vivió 4 años sin mí, yo nunca he concebido mi vida sin él.

También quiero agradecer a mis primas Melanie y Sury, que, aunque no entendían muy bien lo que hacía en mi tesis, siempre estuvieron ahí con un “Ánimo Cami”

Por último, quiero darle las gracias a toda la música que siempre ha significado tanto para mí, y fue un hombro en el que apoyarme cuando las noches de trabajo parecían eternas, sin ella habría perdido la cabeza hace mucho.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre las variables cognitivas (control ejecutivo, impulsividad y regulación emocional) y el comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Se emplea un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y alcance correlacional. La muestra está constituida por 234 universitarios evaluados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS), la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS), el *Trail Making Test* (TMT), el *Test de Stroop*, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), analizados mediante la prueba de Spearman y modelos de regresión lineal múltiple en JAMOV. Los resultados indicaron que el 31.2% de los participantes presentó riesgo medio a alto de ideación suicida y el 71.2% manifestó intencionalidad autolítica activa. Se evidenció que las funciones ejecutivas formales y la regulación emocional no mostraron capacidad predictiva directa sobre el riesgo autolítico; no obstante, la impulsividad no planeada se identificó como el único predictor directo y significativo de la ideación suicida ($B = 0.1359; p = .021; R^2 = 0.0488$) y se correlacionó positivamente con la intencionalidad ($\rho = 0.131; p < .05$). Se concluye que la incapacidad para planificar a futuro y evaluar consecuencias bajo malestar constituye el principal factor disposicional de vulnerabilidad suicida en esta población.

Palabras clave: Comportamiento suicida; Variables cognitivas; Impulsividad no planeada; Estudiantes universitarios.

Abstract

The objective of this research is to analyze the relationship between cognitive variables (executive control, impulsivity, and emotion regulation) and suicidal behavior in medical students at the Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. A quantitative approach with a non-experimental design and correlational scope is used. The sample consisted of 234 university students evaluated through non-probability convenience sampling. Data collection instruments included Beck's Scale for Suicide Ideation (BSS), Beck's Suicide Intent Scale (SIS), the Trail Making Test (TMT), the Stroop Test, Barratt's Impulsiveness Scale (BIS-11), the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), analyzed using Spearman's rank correlation and multiple linear regression models in JAMOV. Results indicated that 31.2% of participants presented moderate-to-high risk of suicidal ideation, and 71.2% displayed active suicidal intent. Formal executive functions and emotion regulation showed no direct predictive capacity for suicidal risk; however, non-planning impulsivity was identified as the sole direct and significant predictor of suicidal ideation ($B = 0.1359$; $p = .021$; $R^2 = 0.0488$) and correlated positively with suicidal intent ($\rho = 0.131$; $p < .05$). It is concluded that the inability to plan for the future and evaluate consequences under distress constitutes the primary dispositional vulnerability factor for suicidal behavior in this population.

Keywords: Suicidal behavior; Cognitive variables; Non-planning impulsivity; University students.

Índice de contenido

Resumen	5
Abstract	6
Capítulo I.....	10
Introducción	10
Caracterización de la situación problemática.....	11
Objetivos.....	14
<i>Objetivo general</i>	14
<i>Objetivos específicos</i>	14
Justificación del estudio.....	15
Problema de investigación	16
Hipótesis	16
<i>Hipótesis específicas</i>	16
Capítulo II.....	17
Marco teórico de la investigación.....	17
1. <i>Comportamiento Suicida</i>	18
1.1 <i>Riesgo general</i>	20
1.2 <i>Ideación suicida</i>	20
1.3 <i>Intento suicida</i>	22
2. <i>Variables cognitivas</i>	23
2.1. <i>Control ejecutivo</i>	24
2.1.1. <i>Flexibilidad cognitiva</i>	26
2.1.2 <i>Memoria de trabajo</i>	27
2.2 <i>Impulsividad</i>	28
2.2.1. <i>Impulsividad motora</i>	30
2.2.2. <i>Impulsividad no planeada</i>	31
2.3. <i>Regulación Emocional</i>	32
2.3.1. <i>Supresión emocional</i>	33
Capítulo III.....	34
Metodología	34
Diseño de la investigación	34
Tipo de estudio	34
Definición de la población	35
Muestra y tipo de muestreo	35
Criterios de inclusión y exclusión.....	35
<i>Criterios de inclusión</i>	36

<i>Criterios de exclusión</i>	36
Procedimientos	36
<i>Fase 1</i>	36
<i>Fase 2</i>	36
<i>Fase 3</i>	37
<i>Fase 4</i>	37
<i>Fase 5</i>	38
<i>Fase 6</i>	38
Definición de variables	38
Descripción de métodos, técnicas e instrumentos.....	40
<i>Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS)</i>	40
<i>Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)</i>	41
<i>Trail Making Test (TMT)</i>	42
<i>Test de Stroop</i>	43
<i>Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)</i>	44
<i>Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)</i>	45
<i>Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)</i>	46
Métodos estadísticos y tratamiento de los datos.....	47
Análisis descriptivo	48
Comprobación de supuestos.....	48
Validez de la investigación	50
Manejo de datos.....	50
Consideraciones éticas.....	51
Capítulo IV	52
Resultados.....	52
Descripción del funcionamiento de las variables cognitivas, de impulsividad y regulación emocional.....	52
Determinación del nivel de riesgo asociado al comportamiento suicida.....	54
Análisis correlacional entre variables cognitivas y comportamiento suicida.....	56
Capacidad predictiva de las variables cognitivas respecto al comportamiento suicida.....	57
Discusión de resultados	60
Conclusiones	65
Recomendaciones	66
Referencias bibliográficas.....	67
Anexos.....	77

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables de estudio</i>	49
Tabla 2. <i>Distribución descriptiva de las variables cognitivas, de regulación emocional e impulsividad</i>	53
Tabla 3. <i>Frecuencias y porcentajes de los niveles de riesgo de Ideación Suicida</i>	54
Tabla 4. <i>Frecuencias y porcentajes de los niveles de riesgo de Intencionalidad Suicida</i>	55
Tabla 5. <i>Matriz de correlación de Spearman para las variables cognitivas, emocionales y de comportamiento suicida</i>	56
Tabla 6. <i>Medidas de ajuste y coeficientes del modelo de regresión para la variable Dependiente: Ideación</i>	57
Tabla 7. <i>Medidas de ajuste y coeficientes del modelo de regresión para la variable Dependiente: Intencionalidad</i>	59

Capítulo I

Introducción

El suicidio constituye un desafío crítico para la salud pública, no solo por su impacto en la mortalidad, sino también por las consecuencias psicológicas, sociales y familiares que genera. Su complejidad radica en la interacción de múltiples factores, que incluyen aspectos individuales, cognitivos, emocionales y contextuales, los cuales pueden aumentar la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales.

En la población universitaria, el comportamiento suicida adquiere particular relevancia, ya que esta etapa de la vida se caracteriza por cambios significativos en la autonomía, la identidad y la toma de decisiones, lo que puede potenciar la influencia de factores cognitivos y emocionales. Por ello, estudiar cómo variables cognitivas como la triada cognitiva negativa, la desesperanza y la regulación emocional se relacionan con la conducta suicida permite no solo comprender mejor sus mecanismos subyacentes, sino también orientar estrategias de prevención e intervención más eficaces y adaptadas a las necesidades de este grupo.

A fin de abordar esta problemática de manera sistemática, la presente investigación se adentra en la unión entre los procesos del pensamiento y la vulnerabilidad psicológica en el contexto educativo superior. La transición a la vida universitaria, especialmente en disciplinas de alta exigencia como la carrera de Medicina, sitúa a los estudiantes ante escenarios de constante tensión académica y afectiva que ponen a prueba sus recursos de afrontamiento. Es en esta situación donde surge la necesidad de indagar si las fallas en el procesamiento de la información y las dificultades de autorregulación se asocian de manera directa con el comportamiento suicida, constituyendo este interrogante el núcleo del problema científico que guía el presente estudio.

La relevancia de este esfuerzo radica en la urgencia de trascender el análisis meramente estadístico o epidemiológico del suicidio en el Ecuador para descifrar, en su lugar, los engranajes neurocognitivos y afectivos que subyacen a la crisis. Bajo esta premisa, el estudio se sostiene sobre la hipótesis principal de que el control ejecutivo, el manejo disposicional de la impulsividad y la capacidad para regular las emociones no operan de forma aislada, sino que mantienen una relación estrecha, significativa y potencialmente predictiva con el riesgo autolítico. Así, la investigación encuentra su justificación en la necesidad de generar evidencia empírica local que no solo enriquezca la discusión académica, sino que también sirva de plataforma para el diseño de programas de prevención temprana y apoyo psicopedagógico verdaderamente contextualizados.

Para dar cumplimiento a este propósito, la presente investigación se plantea como objetivo primordial analizar dicha interacción dinámica mediante la caracterización del funcionamiento cognitivo y la determinación del nivel de riesgo en la población estudiantil, evaluando además el peso predictivo de cada una de estas dimensiones. El informe despliega este recorrido de forma progresiva a lo largo de su estructura: se inicia con la delimitación y fundamentación teórica de los constructos, se detalla la ruta metodológica cuantitativa y correlacional que, valida la rigurosidad del análisis, y concluye con la exposición y discusión de los hallazgos estadísticos, ofreciendo una base reflexiva y empírica orientada al fortalecimiento de la salud mental universitaria.

Caracterización de la situación problemática

Para estudiar y comprender el comportamiento suicida de manera efectiva, es indispensable conceptualizarlo no como un acto súbito o aislado, sino como un proceso dinámico que se desarrolla de forma progresiva. Bajo esta premisa, Pérez Barrero (1999) define

al comportamiento suicida como «un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho». Esta perspectiva teórica permite un análisis integral del fenómeno, facilitando la identificación de señales de alerta en fases tempranas y abriendo paso al diseño de estrategias de prevención oportunas antes de que la conducta se consolide.

El suicidio constituye un problema de salud pública a nivel global. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) señala que cada año más de 720,000 personas fallecen por esta causa, lo que la convierte en la tercera causa de defunción entre los jóvenes de 15 a 29 años. En la Región de las Américas, la situación mantiene una tendencia preocupante, registrándose aproximadamente 100,760 muertes por suicidio en el año 2021, con una tasa de mortalidad estandarizada de 9.2 muertes por cada 100,000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021)

En el contexto de Ecuador, los reportes oficiales revelan una realidad compleja. Durante el año 2023 se registran 1,106 suicidios consumados, de los cuales el 74.41% corresponden a hombres y el 25.41% a mujeres, lo que equivale a una proporción aproximada de tres hombres por cada mujer (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024). A pesar de la escasez de literatura local, estudios específicos en la provincia de Manabí indican que la tasa de suicidios por cada 100,000 habitantes aumentó de 5.65 en 2016 a 6.10 en 2017, y a 7.16 en 2018, como una secuela psicosocial vinculada al terremoto de 2016 (INEC, como se citó en Acosta-González, 2025). Esta evidencia resalta la necesidad de analizar a profundidad la interacción de factores individuales, neurocognitivos y contextuales en esta región geográfica.

Al explorar las distintas poblaciones pertinentes para este tipo de estudio, se considera a la población universitaria, ya que, en base a los datos obtenidos por la OMS en el presente año

2025, esta etapa de alguna manera está suponiendo un riesgo de alguna manera hacia el comportamiento suicida, el analizar las dimensiones que rodean a este grupo poblacional resulta en una perspectiva más completa, contextual y personalizada de la problemática, por tal motivo, según Dagani J. (2024) "Las características sociodemográficas, trayectoria académica, salud física y mental, y bienestar" influyen directamente en el riesgo potencial de suicidio, siendo así, un grupo poblacional al que se debería estudiar con más profundidad, debido a que todos los factores que impactan en ellos pueden resultar en una vulnerabilidad o un factor de protección a la hora de hablar de suicidio.

De esa manera, se toman en consideración variables cognitivas que se ven afectadas en relación con el comportamiento suicida. "En esa medida se afirma que los factores cognitivos desadaptativos como la triada cognitiva negativa y la desesperanza son elementos derivados de la activación de modos disfuncionales que guían el procesamiento de la información" (Toro, Grajales & Sarmiento, 2016, citado en Franco López, Valdés García, & Gomes dos Santos Dantas, 2020), haciendo énfasis en la importancia del estudio de las variables cognitivas y su relación directa con el comportamiento suicida. Puesto que, las variables cognitivas funcionan como una especie de mediadoras en la relación entre el malestar emocional y la conducta suicida, sobre todo en lo que a toma de decisiones y la regulación de impulsos se refiere, dificultando así la generación de alternativas y el cambio de perspectiva ante situaciones desfavorables. Así mismo, la impulsividad interactúa con estos déficits cognitivos, incrementando la probabilidad de pasar del pensamiento suicida a la acción, ya que, una baja capacidad de control inhibitorio y una toma de decisiones precipitada impiden evaluar las consecuencias de los actos.

Sin embargo, son escasos los estudios realizados en el contexto latinoamericano que

aborden la relación de las variables cognitivas y el comportamiento suicida con profundidad. De esa manera, es inevitable considerar la importancia de este tipo de estudios en la población ecuatoriana, donde se le pueda dar más prioridad al análisis de los factores influyentes en el comportamiento suicida, sobre todo en poblaciones que puedan ser vulnerables como la población universitaria ya antes mencionada, poder contribuir al conocimiento y consecuentemente a un abordaje más personalizado y eficaz de esta problemática.

Objetivos

Objetivo general:

- Analizar la predicción y relación entre variables cognitivas y el comportamiento suicida en estudiantes universitarios de la carrera de medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Objetivos específicos:

- Evaluar el nivel de funcionamiento de las variables cognitivas (control ejecutivo, impulsividad y regulación emocional) y el nivel de riesgo asociado al comportamiento suicida en estudiantes universitarios de medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
- Realizar un análisis correlacional entre las variables cognitivas y el comportamiento suicida en estudiantes universitarios de medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
- Comprobar la capacidad predictiva de las variables cognitivas respecto al comportamiento suicida en estudiantes universitarios de medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Justificación del estudio

La comprensión del comportamiento suicida en la población universitaria requiere un análisis que vaya más allá de las cifras y se enfoque en los procesos cognitivos que lo sustentan. Aunque existen investigaciones sobre el suicidio desde una perspectiva epidemiológica, aún es limitado el estudio de los mecanismos cognitivos que pueden predisponer o predecir esta conducta. En el contexto ecuatoriano, esta necesidad resulta especialmente relevante, ya que, los cambios sociales, económicos, políticos y emocionales recientes han impactado la salud mental, registrándose en 2023 un total de 1.106 suicidios consumados, de los cuales el 74,41 % fueron hombres y el 25,41 % mujeres (Ministerio de Salud Pública, 2024). La etapa universitaria, además, representa un periodo de alta exigencia académica y emocional que puede alterar la forma en que los estudiantes piensan, deciden y regulan sus impulsos. Por ello, estudiar variables cognitivas permite comprender el comportamiento suicida desde una perspectiva más integral, considerando los patrones de pensamiento que pueden ser identificados y modificados.

Además, la conveniencia de este estudio radica en su aporte teórico y práctico. A la academia le puede resultar de gran utilidad, ya que, contribuye a fortalecer el conocimiento sobre la relación entre cognición y el comportamiento suicida, especialmente en el contexto latinoamericano, donde la literatura y datos estadísticos son relativamente escasos, de tal manera, contribuye al desarrollo de investigaciones locales con enfoque psicológico y cognitivo, fortaleciendo la formación científica y las bases teóricas para futuras intervenciones en salud mental universitaria. En la práctica, los resultados pueden servir como base para el diseño de estrategias preventivas más personalizadas a la realidad de los jóvenes ecuatorianos, fomentando programas que integren las mismas variables cognitivas que pueden ser factores de riesgo y la regulación emocional como herramientas protectoras frente al comportamiento suicida.

Por otro lado, resulta pertinente destacar que, para la realización de este estudio se cuenta

con instrumentos que han sido previamente validados en el país, lo cual, garantiza su confiabilidad y adecuación cultural para la población universitaria que será objeto de la investigación. Este aspecto refuerza la rigurosidad metodológica del estudio, asegurando que los resultados reflejen de manera precisa las variables cognitivas y el comportamiento suicida en los universitarios, ampliando la comprensión de este fenómeno complejo.

A partir del análisis de los resultados de los instrumentos utilizados se obtendrá información relevante que resulte de gran interés no sólo para otros estudiantes, sino que también promueva el accionar de los organismos de salud hacia el bienestar psicológico y la prevención de conductas lesivas dentro del ámbito universitario. Estudiar la interacción entre los procesos cognitivos y el comportamiento suicida representa, en este sentido, un esfuerzo por unir la evidencia científica con el accionar social, contribuyendo, de esta manera, al fortalecimiento de la salud mental y al desarrollo de comunidades académicas más empáticas y resilientes.

Problema de investigación

¿Existe una relación entre variables cognitivas y comportamiento suicida en estudiantes universitarios?

Hipótesis

Las variables cognitivas (control ejecutivo, impulsividad y regulación emocional) presentan una relación significativa y una capacidad predictiva estadísticamente significativa sobre el comportamiento suicida en estudiantes universitarios.

Hipótesis específicas

- Existe una relación significativa y una capacidad predictiva entre el control ejecutivo y el comportamiento suicida en estudiantes universitarios.
- Existe una relación significativa y una capacidad predictiva entre la impulsividad y el

comportamiento suicida en estudiantes universitarios.

- Existe una relación significativa y una capacidad predictiva entre la regulación emocional y el comportamiento suicida en estudiantes universitarios.

Capítulo II

Marco teórico de la investigación

A lo largo de este estudio, se ha enfatizado en cómo el suicidio ha sido reconocido como un problema creciente entre jóvenes y estudiantes universitarios a nivel mundial. Un metaanálisis reciente encuentra que la ideación suicida en jóvenes alcanza porcentajes elevados y que los riesgos continúan en aumento (Looijmans et al., 2024). En estudiantes universitarios específicamente, múltiples estudios han identificado factores académicos, emocionales y cognitivos que incrementan la vulnerabilidad (Reymundo-Sánchez et al., 2025). De esta manera, se evidencia la urgencia que supone tratar el suicidio, sobre todo en este grupo etario que resulta vulnerable por la cantidad de variables que influyen en su formación y desarrollo, ya sea como factores de protección o de riesgo.

En carreras de alta exigencia, como medicina, la prevalencia puede ser aún mayor, ya que, los estudiantes presentan mayores niveles de estrés, demandas cognitivas y exposición temprana a contenido clínico sensible (Agyapong-Opoku et al., 2025). Adicionalmente, estudios longitudinales han señalado que la presencia de desregulación emocional y dificultades en el manejo de la impulsividad predicen aumentos en ideación e intentos suicidas entre adolescentes y jóvenes (Kennedy et al., 2024; Rogante et al., 2024). La suma de los resultados de estos estudios da a denotar una vulnerabilidad adicional en lo que respecta a estudiantes de la carrera de medicina, lo cual, podría resultar contradictorio en sí mismo al momento de hablar de una carrera del área de ciencias de la salud, sin embargo, sería reduccionista el no considerar las

demandas académicas y personales que sugiere esta área de estudio.

Así, el comprender el papel que desempeñan las funciones cognitivas permite explicar por qué algunos estudiantes presentan mayor vulnerabilidad suicida incluso cuando no muestran una psicopatología mayor. Para ello se consideraron cuatro variables, una dependiente (comportamiento suicida) y tres independientes (flexibilidad cognitiva, impulsividad y regulación emocional) con sus respectivas dimensiones para su estudio.

1. Comportamiento Suicida

El comportamiento suicida se comprende actualmente como un proceso continuo que abarca ideación, planificación, intentos y riesgo global. La investigación moderna demuestra que estos componentes no deben analizarse como fenómenos aislados, ya que comparten bases cognitivas comunes (Looijmans et al., 2024). Además, al ser un proceso complejo debe estudiarse en simultaneidad y otorgándole el mismo nivel de importancia a cada etapa que lo comprende.

Para comprender la complejidad de este fenómeno, diversos autores coinciden en que la conducta autolítica no debe ser tratada como un evento aislado, sino como una trayectoria estructurada. En este sentido, Koppmann (2020) menciona que, el comportamiento suicida se entiende no como un evento aislado, sino como "una secuencia de eventos insertos en el denominado proceso suicida, el cual se produce de manera progresiva". Este autor resalta que la conducta evoluciona desde la ideación hasta el acto, permitiendo identificar momentos clave para la intervención (como se citó en Ursul et al., 2022).

En un análisis reciente sobre factores de riesgo, la conducta suicida se define como "todo acto cometido en perjuicio propio de quien lo ejecuta, independientemente del grado de letalidad". Esto nos guía a tomar en cuenta aquellas conductas que, aunque no resulten fatales,

implican un daño deliberado hacia uno mismo (Gavilima-Velastegui & Lima-Rojas, 2024).

Desde una perspectiva clínica y de diagnóstico diferencial, se aclara que este comportamiento no constituye un cuadro psicopatológico aislado. Bajo esta óptica, Rosero-Ordóñez et al. (2023) definen el comportamiento suicida no como un diagnóstico autónomo, sino como un "síntoma psiquiátrico" complejo y multifactorial que agrupa manifestaciones heterogéneas como la ideación, el intento y el parasuicidio, distinguiéndose este último por la ausencia de una intención letal esencial.

Desde una perspectiva de salud pública y psiquiatría, el comportamiento suicida se define como "un acto intencional consumado de quitarse la vida o procurarse la muerte", el cual debe entenderse dentro de un contexto vital y biográfico problemático, más allá de la mera presencia de trastornos mentales (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2023).

Asimismo, la relación entre la esfera del pensamiento y la ejecución motora resulta primordial en el análisis clínico. Valdez-Santiago et al. (2023) describen el comportamiento suicida como un proceso dinámico que considera de forma integral "las ideas suicidas, la planeación del suicidio, la implementación de un intento de suicidio y la consumación del mismo". Este enfoque resalta la interdependencia entre las fases cognitivas y las motoras del acto.

De esta manera, la identificación de las etapas de desarrollo del fenómeno es clave para interrumpir su progresión. Pérez Morales y Mayorga Lascano (2023) lo describen como un proceso dinámico que evoluciona a través de etapas críticas: desde la crisis inicial, pasando por la ideación y la planeación, hasta la cristalización o consumación del acto. Esta visión permite identificar ventanas de intervención, sugiriendo que la detección de una crisis inicial puede interrumpir la progresión hacia etapas de mayor letalidad.

1.1 Riesgo general

Representa la vulnerabilidad global a presentar pensamientos o comportamientos suicidas. Este riesgo se vincula tanto a factores emocionales como a déficits en control inhibitorio y regulación emocional (Brown et al., 2023).

Para comprender la naturaleza del riesgo, es necesario enfatizar su carácter temporal y contextual. De este modo, Koppmann (2020) define el riesgo suicida como "aquellos determinantes personales, familiares y sociales que aumentan la probabilidad de suicidio para esa persona en ese momento específico". Es decir, se subraya la temporalidad del riesgo, indicando que este no es estático, sino que fluctúa según las circunstancias del estudiante (como se citó en Fonseca-Pedrero et al., 2021).

Esta multidimensionalidad explicativa es importante para entender la vulnerabilidad estudiantil. Landa-Blanco et al. (2022) conceptualizan el riesgo suicida como "la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida". Los autores añaden que se trata de una conducta autodestructiva de etiología multifactorial, donde interactúan la depresión, la desesperanza y la falta de apoyo social como detonantes principales.

Por otra parte, las habilidades de interacción con el entorno social actúan como un moderador importante del distrés psíquico. Alcindor et al. (2024) refieren que el riesgo emerge en individuos con escasa comprensión social que, ante el distrés, desarrollan síntomas de minusvalía, vinculando la competencia social con la salud mental, sugiriendo que el entrenamiento en habilidades sociales puede reducir significativamente la percepción de riesgo autolítico.

1.2 Ideación suicida

Se conceptualiza como el precursor cognitivo definido por la integración de variables

motivacionales y volitivas que permiten un abordaje clínico manejable del fenómeno. Conecta el plan cognitivo con la motivación subyacente, permitiendo al investigador evaluar por qué un sujeto transita del pensamiento a la planificación activa (Ordóñez Carrasco, 2021).

La ideación suele relacionarse con distorsiones cognitivas, esquemas negativos y emociones intensas mal reguladas (Rogante et al., 2024). Entre universitarios, las tasas de ideación han mostrado incrementos del 2021 al 2023 en varios países (Yao et al., 2024).

Para definir con precisión este constructo, se debe abarcar la amplitud de manifestaciones que el pensamiento de muerte puede tomar. Villegas-Tello et al. (2025) definen la ideación suicida como el "proceso cognitivo en el que una persona tiene pensamientos, fantasías o consideraciones sobre su propia muerte". Se abarca un espectro que va desde ideas pasajeras sobre el deseo de no existir hasta planes detallados y persistentes para autolesionarse con finalidad letal.

En el ámbito metodológico y de evaluación clínica rápida, se proponen definiciones de carácter más operacional. Rosero-Ordóñez et al. (2023) ofrecen una definición concisa y funcional para la evaluación clínica, entendiendo la ideación suicida como los "deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida". Esto permite medir la variable en función de la estructuración del plan (cómo, cuándo y dónde).

Sin embargo, esta fase cognitiva suele estar fuertemente ligada a distorsiones y rigidez en el procesamiento de información. Al respecto, Pérez Morales y Mayorga Lascano (2023) la definen como "procesos cognitivos rígidos" compuestos por imágenes rápidas de desmotivación y la visión del fin de la vida como solución. Esta rigidez impide al sujeto visualizar soluciones alternativas a sus problemas, convirtiendo la muerte en la única opción lógica dentro de su sistema de creencias.

1.3 Intento suicida

Los intentos se han asociado con fallas más marcadas en control ejecutivo, impulsividad elevada y mayor incapacidad para generar soluciones alternativas ante crisis (Fernández-Sevillano et al., 2021).

La delimitación clínica del intento implica necesariamente diferenciarlo de otras conductas autolesivas no suicidas. Rosero-Ordóñez et al. (2023) definen el intento suicida como un "suceso voluntario realizado por la persona con la intención de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo". Así, se puede diferenciar el intento de las autolesiones no suicidas, donde el objetivo es la regulación emocional y no el cese de la vida.

Basándose en los criterios actualizados de la OMS, se entiende el intento de suicidio como "toda acción autoinfligida con el propósito de hacerse daño de manera letal y cuyo resultado no fue la muerte". Se destaca que, frecuentemente, esta conducta es catalogada como comportamiento suicida no fatal, pero es el predictor más robusto de un suicidio consumado futuro (como se citó en Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018; validado en estudios de 2024).

Asimismo, en la evaluación psiquiátrica se prioriza la intencionalidad del sujeto sobre la letalidad médica del acto. Jiménez-Genchi et al. (2023) definen el intento como un comportamiento potencialmente autoagresivo con intención de morir, pero sin desenlace fatal. Conceptualizando el intento por la volición y no por el daño físico logrado, validando intentos de baja letalidad como señales críticas de auxilio.

Este evento representa el colapso de los recursos cognitivos frente a la desregulación afectiva. Correa-López et al., (2022) mencionan que corresponde a la fase donde el individuo actúa físicamente sobre sus pensamientos de muerte como respuesta a una crisis emocional insostenible. Marca el punto de quiebre donde la regulación cognitiva falla totalmente y la impulsividad toma el control de la conducta motora.

El análisis clínico del intento suicida exige examinar la interacción dinámica entre la intencionalidad subjetiva y la letalidad física del acto. La letalidad se define como el peligro biológico objetivo y el daño real que el método de autolesión representa para la vida del individuo, un constructo que no siempre coincide de manera lineal con el deseo consciente de morir (Jiménez-Genchi et al., 2023). La literatura advierte sobre una frecuente discrepancia entre ambas dimensiones; por ejemplo, un estudiante puede ejecutar un acto de baja letalidad física bajo una expectativa subjetiva de muerte muy alta debido a distorsiones cognitivas.

2. Variables cognitivas

Los procesos cognitivos pueden dividirse, de acuerdo al análisis contemporáneo, en procesos “básicos” (sensación, percepción, atención, memoria) y procesos “superiores” o complejos (pensamiento, razonamiento, lenguaje, resolución de problemas) (Universidad Carlemany, 2025)

Para definir estas variables, es importante comprender que el procesamiento cognitivo no se da al margen de la afectividad. En este sentido, Villacís (2022) define los procesos o variables cognitivas como "la forma específica en que se procesa y maneja una información antes de llevarla a la práctica". Se resalta que no son operaciones mecánicas frías, sino que integran la activación emocional como un componente primordial que otorga "sentido" a la información durante su evaluación (como se citó en Vera Arias & Mendoza Vega, 2024).

Así, el origen de estos procesos se sitúa en la interacción entre la dotación biológica del sujeto y sus experiencias de aprendizaje. Joaquín Robles y Ortiz Granja (2024) conceptualizan los procesos cognitivos como funciones mentales asentadas en el cerebro (como el pensamiento, la atención y el aprendizaje) que "surgen como fruto de la interacción entre la base biológica de la

persona y el ambiente social en que se desarrolla". Esta visión subraya que las variables cognitivas no son innatas, sino que se construyen y refinan a través de la experiencia educativa.

Dentro de estos procesos, la atención opera como el filtro de entrada para la información del entorno. Llanga et al. (2019) definen la variable cognitiva de atención como "la habilidad para elegir y enfocarse en los estímulos que son importantes". Es el mecanismo de filtrado mental que permite al estudiante procesar la información relevante del entorno académico para generar respuestas adecuadas, discriminando entre la señal útil y el ruido distractor (como se citó en Vera Arias & Mendoza Vega, 2024).

En el marco de la autorregulación del aprendizaje, Gutiérrez-de Blume y Montoya Londoño (2022) definen la cognición como los "procesos y productos cognitivos de nivel inferior" que son objeto de monitoreo y control. Bajo esta óptica, las variables cognitivas son los mecanismos base (percibir, recordar) que el estudiante debe supervisar activamente para lograr un aprendizaje profundo.

La movilización de estas capacidades de forma adaptativa es esencial frente al fracaso. Según Huamán Hinostroza et al., (2024) se definen como las conductas y pensamientos que el sujeto pone en marcha durante el aprendizaje para influir en su proceso de codificación de información. Sugiriendo que el uso de estrategias deliberadas mejora no solo el aprendizaje, sino la resiliencia mental ante el fracaso.

2.1. Control ejecutivo

El control ejecutivo comprende procesos que permiten regular la conducta, inhibir impulsos, mantener metas y adaptarse a situaciones cambiantes. Varios estudios lo han identificado como un componente clave en la vulnerabilidad suicida.

Para explicar el alcance de esta variable, se suele emplear la metáfora de la dirección

central de operaciones del cerebro. De este modo, Joaquín Robles y Ortiz Granja (2024) definen las funciones o el control ejecutivo como aquellas capacidades que "regulan, controlan y mediatizan las actividades superiores y más complejas que realiza el cerebro". Actúan como el "director de orquesta" del funcionamiento cognitivo, siendo esenciales para planificar, ejecutar y evaluar cursos de acción en el aprendizaje.

Este control central opera mediante acciones dinámicas de actualización de la información en tiempo real. Shimamura (2000) conceptualiza el control ejecutivo a través de cuatro acciones dinámicas: seleccionar (filtrar estímulos), mantener (sostener información activa), actualizar (modificar esquemas con nuevos datos) y reenviar (cambiar la ruta de procesamiento). Estas acciones son críticas para el desempeño metacognitivo eficiente (como se citó en Gutiérrez-de Blume & Montoya Londoño, 2022).

Desde la neuropsicología clínica, el control ejecutivo se define como el conjunto de procesos de orden superior que permiten "regular pensamientos y acciones durante el comportamiento dirigido a objetivos" (Friedman & Miyake, 2017). Se enfatiza la capacidad de inhibir respuestas automáticas para favorecer conductas reflexivas orientadas a metas académicas a largo plazo (como se citó en Gutiérrez-de Blume & Montoya Londoño, 2022).

La generación efectiva de planes vitales requiere de este andamiaje cognitivo superior. Según Díaz-Mosquera & Merlyn (2024) son habilidades de alto orden implicadas en la generación, regulación y ejecución efectiva de conductas para realizar una actividad dirigida a un objetivo. Es un proceso central que permite priorizar metas a largo plazo, como la planificación de un proyecto de vida, sobre impulsos destructivos de alivio inmediato.

La corteza prefrontal es identificada como el sustrato anatómico de la anticipación conductual. Por su parte, Bausela Herreras (2021) es un proceso localizado en el córtex

prefrontal que permite anticiparse a las situaciones mediante la selección de planes y el monitoreo constante de la acción. La falla en esta función de anticipación deja al individuo vulnerable a crisis imprevistas, dificultando la resolución proactiva de problemas vitales.

Este sistema de control es visto como una capacidad dinámica que moldea activamente la personalidad del individuo. Rodríguez (2021) conceptualiza el control ejecutivo como el conjunto de procesos que transforman y controlan la información a través de estrategias cognitivas para construir una versión mejorada del sujeto. Define las etapas de vida del sujeto como un proceso de refinamiento ejecutivo donde el control cognitivo permite la reestructuración de la personalidad.

2.1.1. Flexibilidad cognitiva

Es la habilidad para cambiar estrategias mentales según las demandas del entorno. Se ha encontrado que adolescentes y jóvenes con conductas suicidas muestran rigidez cognitiva, dificultad para generar alternativas y tendencia a mantener patrones de pensamiento negativos (Itzhaky et al., 2023; Wang et al., 2025). Esta rigidez cognitiva es un mecanismo explicativo para el mantenimiento de la desesperanza y la incapacidad para considerar opciones distintas al suicidio durante una crisis.

Para definir esta dimensión, se debe considerar como el opuesto a la perseveración en el error. Joaquín Robles y Ortiz Granja (2024) definen la flexibilidad cognitiva como la "capacidad para alternar entre diferentes tareas o conductas cuando la situación lo requiere". Esta dimensión permite al sujeto abandonar estrategias ineficaces y adoptar nuevas perspectivas, evitando la perseveración en el error.

Esta adaptabilidad también implica la generación simultánea de múltiples vías de solución ante un mismo problema. Jaimes Medrano et al. (2023) conceptualizan la flexibilidad

cognitiva como el "cambio dinámico de esquemas de pensamiento y/o conductas", que habilita la generación de múltiples alternativas cognitivas y la selección de estrategias óptimas en función de las demandas cambiantes del entorno.

Esta dimensión es necesaria para el reajuste emocional ante la frustración. Sánchez Ceballos (2023) lo define como la habilidad de alternar entre múltiples tareas o conjuntos mentales para ajustar el comportamiento y la respuesta emocional a estímulos que cambian. Facilita el tránsito fluido entre diferentes demandas, manteniendo la funcionalidad del sistema cognitivo bajo presión emocional.

2.1.2 Memoria de trabajo

Implica la capacidad de mantener y manipular información relevante para guiar la conducta. Déficits en memoria de trabajo se han encontrado en jóvenes con intentos recientes, lo cual afecta la habilidad de sostener estrategias de afrontamiento o recordatorios de protección personal (Sandoval, 2022). En conjunto, estos déficits inhiben la toma de decisiones adaptativa y pueden amplificar la vulnerabilidad ante ideación o impulsividad.

Para comprender este sistema, es importante considerarlo como un espacio de procesamiento dinámico e interactivo. Restrepo Zapata et al. (2023) definen la memoria de trabajo no como un almacén pasivo, sino como un sistema encargado de la "manipulación activa de información en un período de tiempo limitado". Es el motor que impulsa la interacción entre el conocimiento previo y la nueva información, importante para la comprensión lectora y la producción escrita.

De esta manera, se destaca su función en la supervisión de la conducta dirigida a metas. Joaqui Robles y Ortiz Granja (2024) describen la memoria de trabajo como la "capacidad para retener información en la mente por lapsos cortos de tiempo para poder operarla y usarla". Es

indispensable para el monitoreo cognitivo, ya que permite mantener en línea los objetivos de una tarea mientras se ejecutan los pasos para resolverla.

Esta habilidad mental también permite al sujeto sostener representaciones internas estables en ausencia del estímulo físico. Según Díaz-Mosquera & Merlyn, (2024) es una habilidad que permite mantener información de forma activa por un corto período de tiempo, incluso cuando el estímulo original ya no está presente. Permite al individuo recordar sus motivaciones y metas vitales incluso cuando se encuentra sumergido en una crisis emocional aguda y transitoria.

Adicionalmente, se destaca su relevancia para el procesamiento lógico bajo situaciones estresantes. Freile (2025) menciona que es un sistema cognitivo encargado de retener y manipular temporalmente la información necesaria para tareas complejas como el razonamiento y el aprendizaje. Su correcto funcionamiento es crítico para procesar instrucciones complejas y resolver problemas lógicos bajo estados de estrés elevado.

La memoria de trabajo actúa como un integrador entre las demandas lógicas y las afectivas. Por su parte, Sánchez Ceballos (2023) lo define como la capacidad de monitorear y ajustar la información de manera temporal para adaptarla a los contextos relevantes de la respuesta emocional. Integra la carga emocional en el procesamiento cognitivo, permitiendo que el sujeto evalúe su malestar sin perder de vista la realidad objetiva circundante.

2.2 Impulsividad

La impulsividad es un constructo multidimensional que influye directamente en la probabilidad de actuar sin considerar consecuencias. Es uno de los predictores más consistentes del intento suicida.

Para definir esta propensión, se enfatiza la inmediatez de la respuesta en detrimento de la

reflexión. Según Moeller et al. (2001), la impulsividad se define como la "predisposición a responder de manera rápida y no planificada ante estímulos internos o externos, sin considerar las posibles consecuencias negativas de estas acciones". Se destaca la falta de procesamiento reflexivo previo a la conducta (como se citó en Amancha Laura & Vargas Naranjo, 2025).

Además, se conceptualiza como un rasgo relativamente estable que se acentúa bajo condiciones de alta emotividad. Whiteside y Lynam (2001) conceptualizan la impulsividad como una característica estable de la personalidad que, en su dimensión disposicional, varía entre individuos y tiende a mantenerse en el tiempo. Se vincula específicamente con la imposibilidad de controlarse en situaciones de arrebató emocional o bajo estados de urgencia negativa (como se citó en De Maria & Abal, 2025).

Desde una perspectiva analítico-conductual, el constructo se operacionaliza a partir de la devaluación del futuro. Madden y Bickel (2010) definen la impulsividad como "la preferencia por una magnitud menor de reforzamiento, pero inmediata", en detrimento de recompensas de mayor magnitud que requieren espera. Así, se operacionaliza el fenómeno como un descuento excesivo del valor de las consecuencias futuras (como se citó en Alvarado & Bruner, 2022).

Por su parte, la rapidez en la respuesta compromete seriamente la efectividad del comportamiento adaptativo. Barratt (1959) describe la impulsividad como un rasgo complejo asociado con la "inclinación a llevar a cabo acciones rápidas y sin planificación, lo que puede derivar en conductas ineficaces o incorrectas". Barrat subraya que la rapidez de la respuesta compromete la precisión y la eficacia adaptativa del comportamiento (como se citó en Chasiluisa Caisaguano & Tobar-Viera, 2025).

Esta dimensión posee un claro sustrato filogenético y de control inhibitorio deficitario. Buss y Plomin (1975) definen la impulsividad como un temperamento caracterizado por la "falta

de control inhibitorio, poca habilidad para retrasar un comportamiento y para considerar las consecuencias antes de tomar una decisión". Esta visión enfatiza el componente biológico y regulatorio del constructo (como se citó en Pinter et al., 2022).

En estudios recientes sobre seguridad y comportamiento, la impulsividad se comprende sintéticamente como el acto de "actuar de manera rápida sin reflexionar", lo cual se origina a nivel neurobiológico por alteraciones en los receptores del lóbulo frontal encargados del juicio y la toma de decisiones (Amancha Laura & Vargas Naranjo, 2025).

Esta dificultad para demorar la respuesta conductual explica la reactividad destructiva ante estresores menores. Pérez Morales & Mayorga Lascano (2023) lo definen como la abstención de respuestas fallida mediante un procesamiento rápido de información, caracterizado por la dificultad para esperar. Esto explica por qué algunas personas actúan de forma destructiva ante el estrés mínimo, debido a una incapacidad biológica para frenar la respuesta motora.

La autopercepción sólida actúa como un factor que mitiga la reactividad impulsiva. Rodríguez Ortiz (2024) lo conceptualiza como un patrón de comportamiento inesperado y desmedido ante la presencia de estímulos internos o externos, asociado a una baja autoestima. Vincula la impulsividad con la autopercepción, sugiriendo que quienes no poseen un autoconcepto sólido tienden a actuar de forma más reactiva y menos protectora.

2.2.1. Impulsividad motora

Se refiere a actuar de manera rápida y desinhibida. Una revisión sistemática reciente encontró que la impulsividad motora es una de las dimensiones más relacionadas con intentos impulsivos y letales (Sanz-Gómez et al., 2024).

La definición literal de esta dimensión alude a la desinhibición física inmediata. Al respecto, Rueda et al. (2016) definen la impulsividad motora literalmente como la "falta de

control de movimientos y la tendencia a actuar sin reflexionar". Es la manifestación conductual más visible de la desinhibición, donde el sujeto responde físicamente al estímulo antes de procesar la información completa (como se citó en Amancha Laura & Vargas Naranjo, 2025).

Dentro de la estructura de la Escala de Barratt (BIS-11), la impulsividad motora se define por la propensión a actuar bajo el "impulso del momento". Se asocia al factor de motricidad y se evalúa mediante la tendencia a realizar acciones físicas rápidas y sin pensar, diferenciándose de la simple inquietud por su carácter precipitado (Pinter et al., 2022).

Esta dimensión constituye el principal factor de riesgo en la transición de la idea al acto autolesivo. Gaibor Chisaguano & Granda Castro (2024) lo definen como la tendencia de un individuo a actuar guiado por un pobre control emocional, realizando acciones sin tener en cuenta las consecuencias. Es la faceta más peligrosa en crisis suicidas, ya que facilita el paso del pensamiento al acto autolesivo en cuestión de segundos tras un detonante.

2.2.2. Impulsividad no planeada

Caracterizada por actuar sin pensar a futuro, baja anticipación de consecuencias y pobre planificación. Esta dimensión se relaciona con ideación persistente y con mayor riesgo general debido a la falta de control inhibitorio cognitivo (Brown et al., 2023). En jóvenes universitarios, la impulsividad incrementa el riesgo de pasar de ideación a intento, especialmente en presencia de desregulación emocional (Kennedy et al., 2024).

Para conceptualizar esta dimensión, se enfatiza la desconexión temporal con los efectos de la conducta. Rueda et al. (2016) conceptualizan la impulsividad no planeada como aquella que "hace referencia a la falta de planificación en el presente, sin tomar en cuenta las consecuencias a futuro". En ese sentido, resalta una "miopía temporal" donde el sujeto vive el momento ignorando los efectos a largo plazo de su conducta (como se citó en Amancha Laura & Vargas

Naranjo, 2025).

Esta dimensión se define como la "dificultad de proyectar las consecuencias futuras de un acto antes de realizarlo". Se vincula con una baja complejidad cognitiva y un déficit en el autocontrol, lo que impide al individuo organizar secuencias de conducta complejas orientadas a metas lejanas (Pinter et al., 2022).

Tendencia de no meditar la toma de decisiones, dándole mayor relevancia al presente y descartando las posibilidades del futuro. Refleja una incapacidad de proyección vital, donde el individuo no puede visualizar su bienestar personal más allá de la crisis actual (Gaibor Chisaguano & Granda Castro, 2024).

2.3. Regulación Emocional

La regulación emocional ha sido identificada como un predictor clave del comportamiento suicida en jóvenes (Rogante et al., 2024). Sus componentes incluyen estrategias adaptativas y desadaptativas que median la relación entre estrés y conductas autolesivas.

Para entender la dinámica de estos procesos, es necesario analizar el control del individuo sobre la intensidad y duración de sus afectos. Desde el modelo de Gross (1998), se conceptualiza como el conjunto de procesos mediante los cuales los individuos "influyen sus propias emociones, así como los momentos en que las experimentan, su experiencia y su expresión". Este proceso abarca estrategias conscientes y no conscientes para modular la intensidad y duración de la respuesta afectiva (como se citó en Gómez-Rivera & Acosta-Silva, 2021).

Asimismo, una definición funcional del constructo trasciende la mera evitación del malestar e integra la conducta orientada a metas. Gratz y Roemer (2004) proponen una definición funcional que va más allá de la mera modificación, entendiendo la regulación como un constructo que incluye: la conciencia y claridad emocional, la aceptación de las emociones

(versus su rechazo), el control de impulsos y la capacidad de mantener conductas dirigidas a metas a pesar del malestar emocional (como se citó en De los Santos, 2022).

Esta capacidad implica tanto la modulación interna como la influencia de factores externos sobre el estado afectivo. Thompson (1994) ofrece una definición amplia, entendiendo la regulación como "todos los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características intensivas y temporales, para lograr las propias metas" (como se citó en Romero Mesa, 2023).

Se comprende como un manejo equilibrado de las emociones ante eventos positivos o negativos, evadiendo refutaciones desequilibradas. Es la competencia que permite al individuo mantener la calma y la objetividad incluso ante resultados académicos adversos o rechazos sociales. (Mariño Córdova & Vargas Espín, 2023)

2.3.1. Supresión emocional

Consiste en inhibir la expresión de emociones, pues, la literatura muestra que la supresión aumenta la activación fisiológica y el malestar subjetivo, lo que favorece ideación suicida cuando se acumulan emociones no procesadas (Kennedy et al., 2024)

Esta estrategia se define por el intento deliberado de ocultar la respuesta afectiva al entorno. Gross y John (2003) definen la supresión expresiva como la "modulación de una respuesta que se origina de la represión externa ante una emoción interna". Es un intento consciente de inhibir los comportamientos expresivos de la emoción (gestos, palabras) mientras la activación emocional continúa en curso (como se citó en Mariño Córdova & Vargas Espín, 2023).

Se conceptualiza como una estrategia que actúa en la fase final del proceso de generación de la emoción, enfocándose en "suprimir o inhibir la conducta expresiva emocional". A

diferencia de la reevaluación, esta estrategia suele asociarse con un mayor costo fisiológico y menores niveles de bienestar psicológico debido a la discrepancia que genera entre lo sentido y lo mostrado (González & Landero, 2014, como se citó en González-Arratia et al., 2022).

Estrategia centrada en la respuesta que suele conllevar una disminución en la vivencia de emociones positivas y un incremento de las negativas. Genera una anhedonia secundaria que erosiona el bienestar subjetivo, facilitando la aparición de ideación suicida por falta de gratificaciones vitales (Viera, 2025).

Capítulo III

Metodología

Diseño de la investigación

El presente estudio se integra dentro del enfoque cuantitativo, el cual “Usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 5), citado en Huamán Rojas, J. A., Treviños Noa, L. L., & Medina Flores, W. A, 2022), ya que, busca analizar la relación existente entre las variables cognitivas (control inhibitorio, impulsividad y regulación emocional) y el comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Este enfoque permite medir numéricamente las variables y establecer asociaciones objetivas entre ellas, de tal manera que se obtenga una comprensión integral del fenómeno estudiado.

Tipo de estudio

Es de tipo correlacional, que, según Sanz, M. P. G., & Meseguer, M. G. (2012) “La investigación correlacional también se enmarca dentro de la metodología no experimental, y su cometido es hallar explicaciones mediante el estudio de relaciones entre variables en marcos

naturales, sin que exista la manipulación de dichas variables” puesto que pretende determinar el grado de relación entre las variables cognitivas y el comportamiento suicida sin manipularlas directamente.

Definición de la población

La población objetivo de esta investigación estuvo conformada por el total de estudiantes universitarios de la carrera de medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM).

Muestra y tipo de muestreo

Debido al tipo de estudio y considerando la disponibilidad de tiempo de los estudiantes de la carrera de medicina, no se realizó una aleatorización estricta, en su lugar, se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir, aquellos estudiantes que deseaban participar voluntariamente y contaban con el tiempo requerido para la evaluación, luego de haber leído y firmado el consentimiento informado.

De esta manera, la población resultante fue de 234 participantes, a quienes se les aplicó los instrumentos bajo una rigurosa confidencialidad y protección de sus datos.

- 1. Muestra general (Fase 1):** Conformada por 234 estudiantes, a quienes se les aplicó los instrumentos correspondientes a la evaluación de variables cognitivas y el instrumento que mide la ideación suicida
- 2. Submuestra clínica (Fase 2):** Conformada por 73 estudiantes, quienes durante la evaluación de ideación suicida presentaron indicadores elevados de riesgo de ideación suicida. A este grupo selecto se le aplicó además el instrumento correspondiente a intencionalidad suicida.

Criterios de inclusión y exclusión

Para el presente estudio se especifican los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años, ya que se requiere consentimiento legal.
- Aceptar participar de manera voluntaria y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas que, al momento de la aplicación, manifiesten un diagnóstico psiquiátrico grave que les dificulte comprender o responder adecuadamente el cuestionario.
- Participantes cuya información en los instrumentos resulte incompleta o presente inconsistencias, por lo cual no podrá ser utilizada en el análisis.

Procedimientos

El desarrollo del estudio se estructura a través de una secuencia lógica y cronológica, planificada minuciosamente para optimizar la participación de la muestra y asegurar el estricto cumplimiento ético en cada momento. Las fases operativas se detallan a continuación:

Fase 1:

Esta etapa inicial comprende la obtención de los permisos institucionales correspondientes. Se coordina directamente con el decanato y el personal docente de la Facultad de Medicina para planificar las visitas a las aulas de clase. Asimismo, se lleva a cabo una campaña informativa breve orientada a explicar la importancia de la investigación, despejar dudas y garantizar a los estudiantes el carácter independiente y confidencial del proyecto, mitigando así el estigma y la desconfianza que suelen asociarse a las temáticas de salud mental.

Fase 2:

Se invita a los estudiantes seleccionados a participar en espacios físicos controlados (aulas previamente asignadas). En este encuentro se formaliza el proceso de consentimiento

informado, explicando de forma verbal y escrita los siguientes aspectos fundamentales:

- El propósito de evaluar los factores relacionados con el comportamiento suicida.
- La garantía estricta de confidencialidad y anonimato (asegurando que los datos recolectados no se vinculen bajo ningún concepto a su historial académico).
- La voluntariedad de la participación y el derecho a abstenerse de responder cualquier reactivo.
- Las medidas de seguridad y apoyo disponibles. Únicamente los estudiantes que firmen este documento procederán a la siguiente etapa.

Fase 3:

Los instrumentos se administran de manera presencial, estimando un tiempo de resolución de entre 20 y 30 minutos por participante. Con el fin de salvaguardar la validez ecológica y mitigar los sesgos por deseabilidad social, se contempla:

- La distribución física adecuada de los estudiantes para preservar su privacidad durante la evaluación.
- La presencia del investigador con el único fin de resolver inquietudes metodológicas o técnicas sobre los ítems, manteniendo en todo momento una postura objetiva y neutral.

Fase 4:

Ante la naturaleza sensible que implica evaluar la conducta suicida, se establece un procedimiento de intervención inmediata en caso de que, durante la aplicación o la recepción de los reactivos, un participante evidencie malestar psicológico agudo (como llanto persistente, angustia severa o expresión directa de ideación suicida activa):

1. **Primeros auxilios psicológicos:** Se interrumpe de inmediato la evaluación para dicho estudiante, priorizando la contención emocional inicial.

2. **Valoración del riesgo:** El examinador determina de manera rápida y sensible el nivel de urgencia o peligro inminente.
3. **Derivación y acompañamiento:** Se activa la ruta de apoyo conduciendo al estudiante al Departamento de Bienestar Universitario de la ULEAM para recibir atención profesional especializada, anteponiendo la preservación de la vida y el bienestar del individuo a los intereses de la investigación.

Fase 5:

Las respuestas recolectadas en formato físico serán digitalizadas para conformar la base de datos del estudio. Posteriormente, se procede a la depuración de la información mediante la verificación de rangos lógicos (por ejemplo, el rango de edad establecido de 18 a 35 años) y la recodificación de las variables invertidas. Finalmente, se ejecuta el plan de análisis estadístico de carácter descriptivo e inferencial.

Fase 6:

Se redacta el informe de investigación articulando los resultados cuantitativos obtenidos con la discusión de la literatura teórica. Como cierre del proceso, se presentan los hallazgos generales ante las autoridades de la ULEAM, ofreciendo datos empíricos que sirvan de insumo científico para robustecer las estrategias y programas de salud mental orientados a la comunidad universitaria.

Definición de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Instrumento
Comportamiento suicida	La conducta suicida es una secuencia de eventos que se da de manera	Riesgo general	Puntuación total obtenida en el instrumento	Escala de Ideación Suicida de Beck (BBS)

	progresiva y, en muchos casos, inicia con pensamientos e ideas que siguen con planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos, hasta el suicidio consumado.	Ideación	Frecuencia y persistencia de pensamientos sobre la muerte o el suicidio.	Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)
		Intento	Presencia y número de actos autolesivos con intención letal.	
Control Ejecutivo	El control ejecutivo comprende un conjunto de procesos cognitivos que permiten planificar, actualizar y regular la conducta dirigida a metas, ya que incluye funciones como la memoria de trabajo, la inhibición y la flexibilidad cognitiva.	Flexibilidad cognitiva	-Rigidez mental. - Rumiación y desesperanza. -Dificultad para la resolución de conflictos.	Trail Making Test (TMT)
		Memoria de trabajo	-Dificultad para inhibir pensamientos automáticos negativos -Baja eficiencia en la actualización.	Test de Stroop
Impulsividad	La impulsividad es un rasgo multifacético que incluye tendencias a actuar sin reflexión y a tomar decisiones precipitadas.	Impulsividad motora	-Intentos de suicidio sin planificación previa. -Tendencia a actuar sin reflexionar en contextos de alta carga emocional.	Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11.
		Impulsividad no planeada	-Dificultad para integrar factores protectores al momento de la acción. -Escasa consideración de los efectos futuros de la conducta suicida.	
Regulación emocional	La regulación emocional agrupa procesos mediante los cuales las personas modulan sus respuestas afectivas ante situaciones adversas.	Supresión Emocional	-Evitación de emociones intensas, bloqueando su expresión. -Uso de estrategias de control rígidas (ocultar, negar, reprimir) en lugar de afrontamiento adaptativo.	Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)
		Regulación emocional	- Reconocimiento y aceptación de emociones intensas. - Uso de estrategias flexibles para modular el malestar.	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Descripción de métodos, técnicas e instrumentos

Para la recolección de los datos empíricos de esta investigación, se emplean la evaluación psicométrica y la evaluación neuropsicológica como técnicas fundamentales de obtención de información. La técnica de evaluación psicométrica se operacionaliza mediante reactivos de autoinforme estructurados en formato de escala Likert, los cuales permiten cuantificar de manera estandarizada las variables afectivas, disposicionales y conductuales de los estudiantes (ideación suicida, intencionalidad, regulación emocional e impulsividad). Por su parte, la técnica de evaluación neuropsicológica se ejecuta a través de pruebas de rendimiento cognitivo y ejecución motora (tareas visoespaciales y de interferencia atencional), las cuales miden de manera directa y objetiva la eficiencia en los componentes del control ejecutivo. A partir de estas dos técnicas, se seleccionan e implementan instrumentos específicos, previamente estandarizados y validados para el contexto ecuatoriano, los cuales se describen detalladamente a continuación.

Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS). Este instrumento clínico explora de manera cuantitativa la presencia, gravedad y características de los pensamientos, deseos y planes suicidas en el individuo.

- **Autores:** Aaron T. Beck, Maria Kovacs y Arlene Weissman.
- **Procedencia:** Center for Cognitive Therapy. Publicación original en *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Beck et al., 1979).
- **Duración:** 10 a 15 minutos, aproximadamente.
- **Versiones:** La versión original en inglés (*Scale for Suicide Ideation*) cuenta con múltiples validaciones. Para este estudio se toman como referencia los parámetros de la validación para población andina e hispana realizada por Rueda-Jaimes et al. (2009), la cual reporta una excelente consistencia interna con un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.91$.

- **Población dirigida:** Adolescentes y adultos (población clínica y general).
- **Estructura:** Está compuesta por 21 ítems. Los primeros 19 evalúan las características de la ideación, y los 2 últimos son de carácter informativo (antecedentes de intentos).
Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 2 puntos.
- **Aplicación:** Individual (clínica o autoaplicada).
- **Objetivo:** Busca detectar y cuantificar la intensidad de los deseos conscientes de morir del sujeto, la dimensión de sus pensamientos suicidas y el grado de planificación y preparación para un eventual acto suicida.
- **Descripción:** La escala evalúa dimensiones generales agrupadas en: deseos activos y pasivos de morir, actitudes hacia la vida y la muerte, características de los pensamientos suicidas (frecuencia, duración, control), y los detalles de planificación (método, accesibilidad, preparación). Tiene como finalidad utilizar el sumatorio total para estratificar el nivel de riesgo del evaluado (Bajo, Medio, Alto) y determinar la necesidad urgente de intervención clínica.

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS). Este instrumento autoadministrado y de entrevista semiestructurada mide la gravedad y la seriedad del deseo de morir en personas que han ejecutado conductas autolesivas.

- **Autores:** Aaron T. Beck, Herman Schuyler y Robert A. Steer.
- **Procedencia:** Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania (1974).
- **Duración:** 10 a 15 minutos, aproximadamente.
- **Versiones:** Adaptación al español empleada en múltiples entornos de investigación clínica (García-Alba et al.). Reporta una consistencia interna adecuada con un coeficiente Alfa de Cronbach que oscila entre $\alpha = 0.80$ y $\alpha = 0.84$.

- **Población dirigida:** Adolescentes y adultos con antecedentes de conductas autoagresivas o intentos previos.
- **Estructura:** Consta de 15 ítems puntuados en una escala de 0 a 2 puntos. Se divide tradicionalmente en dos grandes secciones: una que evalúa las circunstancias objetivas del intento (aislamiento, precauciones) y otra enfocado en el reporte subjetivo del propio paciente.
- **Aplicación:** Individual (entrevista clínica o formato autoaplicado).
- **Objetivo:** Cuantificar la intensidad del deseo de morir, el grado de planificación y las expectativas del sujeto con respecto a la letalidad de su conducta durante el intento autolítico más reciente.
- **Descripción:** El instrumento permite precisar la seriedad de la intencionalidad suicida diferenciando el intento genuino del parasuicidio o autolesiones de carácter puramente regulatorio-emocional. Su puntuación total sirve como un predictor robusto para guiar el nivel de monitoreo clínico e intervención urgente en la submuestra identificada con riesgo

Trail Making Test (TMT). Esta es una prueba de rendimiento neurocognitivo visoespacial de alta sensibilidad para la detección de disfunciones ejecutivas generales y velocidad de procesamiento.

- **Autores:** Ralph M. Reitan.
- **Procedencia:** Desarrollado originalmente en 1944 como parte de la *Army Individual Test Battery* y posteriormente integrado en la Bateria Neuropsicológica Halstead-Reitan (1956).
- **Duración:** 2 a 5 minutos, dependiendo del desempeño neurocognitivo del evaluado.

- **Versiones:** Estandarización normativa y criterios de validación para la población ecuatoriana establecidos por Arango-Lasprilla et al. (2015), demostrando una adecuada fiabilidad test-retest con una correlación ($r > 0.70$) y una sólida validez de constructo.
- **Población dirigida:** Adultos jóvenes, adultos de mediana edad y adultos mayores.
- **Estructura:** Consta de una hoja de estímulo que contiene 24 círculos distribuidos al azar. Los círculos contienen números (del 1 al 12) y letras (de la A a la L). El sujeto debe unir los estímulos con un lápiz de forma alterna y consecutiva (1-A-2-B-3-C...). El puntaje final es el tiempo total de ejecución medido rigurosamente en segundos.
- **Aplicación:** Individual.
- **Objetivo:** Evaluar de forma directa la flexibilidad cognitiva, la atención alternante, la secuenciación visual y la capacidad general de control ejecutivo de orden superior.
- **Descripción:** La Parte B del TMT exige al estudiante un alto esfuerzo de control prefrontal para cambiar fluidamente de un set mental numérico a uno alfabético sin cometer errores por perseveración. Una puntuación elevada en segundos refleja rigidez cognitiva, un mecanismo que en crisis emocionales impide al sujeto visualizar alternativas lógicas frente a sus problemas.

Test de Stroop. Es una herramienta clásica de evaluación neuropsicológica diseñada para medir la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo y la susceptibilidad a la interferencia.

- **Autores:** Charles J. Golden (basado en el fenómeno original descubierto por J. Ridley Stroop en 1935).
- **Procedencia:** *Stroop Color and Word Test*, distribuido y publicado de forma estándar por Stoelting Company (1978).

- **Duración:** 5 minutos en total (con un tiempo estricto de 45 segundos de ejecución por lámina).
- **Versiónes:** Propiedades psicométricas adaptadas al contexto hispanohablante a partir de la validación estándar de Golden, reportando una alta estabilidad con coeficientes de fiabilidad test-retest que oscilan entre $r = 0.73$ y $r = 0.86$.
- **Población dirigida:** Niños, adolescentes y adultos (rango amplio de 7 a 80 años).
- **Estructura:** Consta de tres láminas impresas con 100 elementos cada una organizada en columnas. La primera lámina es de Palabras (P), la segunda contiene estímulos de Colores (C) y la tercera es la condición de Interferencia Palabra-Color (PC), donde el nombre del color está impreso en una tinta de color incongruente.
- **Aplicación:** Individual.
- **Objetivo:** Evaluar la memoria de trabajo ejecutiva, el control inhibitorio verbal y la capacidad del evaluado para suprimir respuestas automáticas e impulsivas a favor de conductas dirigidas a metas.
- **Descripción:** Mediante el cálculo del Índice de Interferencia (derivado de las tres láminas), el test cuantifica el esfuerzo cognitivo necesario para ignorar la lectura de la palabra (respuesta automatizada) y concentrarse en nombrar el color de la tinta (respuesta dirigida). Un bajo rendimiento atestigua déficits en el control inhibitorio frontal y la memoria de trabajo que pueden potenciar respuestas conductuales precipitadas ante el distress emocional.

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). Este instrumento de auto-reporte es uno de los cuestionarios internacionales más utilizados para la operacionalización y cuantificación del rasgo multidimensional de la impulsividad.

- **Autores:** Ernest S. Barratt.
- **Procedencia:** University of Texas Medical Branch (1959, con revisiones hasta la versión 11).
- **Duración:** 10 a 15 minutos, aproximadamente.
- **Versiones:** Estudio de validación psicométrica específico para universitarios ecuatorianos desarrollado por Moreta-Herrera et al. (2019). Confirmó una consistencia interna aceptable con un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.77$ para la escala global, y valores estables entre $\alpha = 0.65$ y $\alpha = 0.75$ para las subescalas.
- **Población dirigida:** Adolescentes y adultos universitarios o de población general.
- **Estructura:** Consta de 30 ítems puntuados en una escala tipo Likert de 4 puntos (1: Raramente o nunca, 4: Siempre o casi siempre). Estructura factorial que agrupa tres dimensiones básicas, priorizándose en este estudio la Impulsividad Motora y la Impulsividad No Planeada.
- **Aplicación:** Individual o colectiva (autoaplicada).
- **Objetivo:** Medir el nivel disposicional de la impulsividad del sujeto, evaluando su tendencia a reaccionar de forma rápida y desinhibida ante estímulos sin una planificación cognitiva previa.
- **Descripción:** El instrumento desglosa la propensión conductual: la dimensión motora mide la tendencia a actuar bajo el arrebató físico del momento, mientras que la no planeada operacionaliza una "miopía temporal" o incapacidad de proyectar las consecuencias futuras de los actos. Puntuaciones altas actúan como factores predisponentes para el paso al acto autolesivo en crisis agudas.

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). Es un inventario breve de auto-reporte

diseñado para evaluar el uso habitual de estrategias específicas de control, modulación y manejo de las respuestas afectivas.

- **Autores:** James J. Gross y Oliver P. John.
- **Procedencia:** Stanford University y University of California, Berkeley (2003).
- **Duración:** 5 a 10 minutos.
- **Versiones:** Validación psicométrica en una muestra representativa ecuatoriana realizada por Moreta-Herrera et al. (2021). Para la dimensión específica de Supresión Emocional, el análisis obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach satisfactorio de $\alpha = 0.79$.
- **Población dirigida:** Adolescentes, jóvenes universitarios y adultos.
- **Estructura:** Compuesto por 10 ítems valorados en una escala tipo Likert de 7 puntos (1: Totalmente en desacuerdo, 7: Totalmente de acuerdo). Evalúa dos subescalas independientes: Reevaluación Cognitiva (6 ítems) y Supresión Emocional (4 ítems).
- **Aplicación:** Individual o colectiva (autoaplicada).
- **Objetivo:** Identificar el perfil de regulación emocional del sujeto a través del uso preferente de estrategias centradas en el antecedente cognitivo o en la respuesta expresiva final.
- **Descripción:** Esta investigación se enfoca con prioridad en la dimensión de Supresión Emocional, la cual mide el esfuerzo consciente por ocultar, negar o reprimir la conducta expresiva externa (gestos, llanto, quejas) mientras la activación interna emocional permanece activa. El uso rígido de esta estrategia se vincula con un elevado costo psicofisiológico y riesgo acumulativo de ideación autolítica.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Es un instrumento psicométrico de auto-informe diseñado para realizar un perfil exhaustivo y clínico de los

déficits específicos en el procesamiento y modulación afectiva.

- **Autores:** Kim L. Gratz y Lizabeth Roemer.
- **Procedencia:** *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, publicada originalmente en *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* (2004).
- **Duración:** 10 a 15 minutos, aproximadamente.
- **Versiones:** Validación psicométrica y análisis de invariancia en población adulta ecuatoriana efectuada por Moreta-Herrera y Montes-De-Oca (2022), reportando una consistencia interna robusta con un Alfa de Cronbach global de $\alpha = 0.92$.
- **Población dirigida:** Adolescentes y adultos (población clínica y universitaria).
- **Estructura:** Consta de 36 ítems con opciones de respuesta estructuradas en una escala tipo Likert de 5 puntos (1: Casi nunca, 5: Casi siempre). Explora múltiples facetas como la desatención, el rechazo, la interferencia y la falta de claridad ante las emociones intensas.
- **Aplicación:** Individual o colectiva (autoaplicada).
- **Objetivo:** Cuantificar de forma global e integrada las dificultades que experimenta el sujeto para identificar, aceptar, comprender y modular de forma flexible sus estados afectivos displacenteros.
- **Descripción:** La escala total ofrece una medida de la desregulación emocional general. Evalúa si el estudiante es capaz de mantener conductas orientadas a metas y frenar impulsos cuando experimenta emociones intensas, puntuaciones elevadas indican una vulnerabilidad afectiva que dificulta el afrontamiento adaptativo ante estresores críticos.

Métodos estadísticos y tratamiento de los datos

Para el procesamiento y análisis de los datos recolectados se utilizó el software

estadístico avanzado JAMOV (versión 2.3), el análisis se realizó mediante tres fases metodológicas secuenciales: análisis descriptivo, comprobación de supuestos, y análisis inferencial.

Análisis descriptivo

En primera instancia, se procederá a caracterizar a la muestra de estudio. Para las variables categóricas y el establecimiento del nivel de riesgo asociado al comportamiento suicida (obtenido a partir de la recodificación de las escalas de Beck), se calcularán frecuencias absolutas y porcentajes. Por otro lado, para evaluar el nivel de funcionamiento de las variables cognitivas cuantitativas, que incluyen el control ejecutivo (tiempos del TMT y puntaje de interferencia del Test de Stroop), la impulsividad motora y no planeada (BIS-11) y la regulación emocional (DERS y subescala de supresión del ERQ), se extraerán medidas de tendencia central y de dispersión, específicamente la media (M), la mediana (Me), la desviación típica (DT), así como los valores mínimos y máximos.

Comprobación de supuestos

Para determinar la elección del coeficiente de correlación adecuado, se evaluó el supuesto de normalidad de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Los análisis indicaron que la mayoría de las dimensiones clínicas y cognitivas presentaron desviaciones significativas de la distribución normal ($p < 0.05$), a excepción del Índice de Interferencia del Stroop ($p = .540$) y la Impulsividad No Planeada del BIS-11 ($p = .362$). Debido al predominio de variables con distribución no paramétrica, se justificó metodológicamente el empleo del coeficiente de correlación de Spearman para el análisis relacional de todo el estudio.

Tabla 1

Resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables de estudio

Variable / Dimensión	Estadístico (W)	Valor p	Distribución / Decisión
Ideación	0.713	< .001	No paramétrica (No Normal)
Intencionalidad	0.595	< .001	No paramétrica (No Normal)
DERS (Regulación Emocional)	0.981	.003	No paramétrica (No Normal)
ERQ (Supresión Emocional)	0.944	< .001	No paramétrica (No Normal)
Bis-motora (Impulsividad)	0.980	.002	No paramétrica (No Normal)
TMT (Flexibilidad Cognitiva)	0.906	< .001	No paramétrica (No Normal)
Stroop (Control Inhibitorio)	0.994	.540	Paramétrica (Normal)
Bis-noPlaneada (Impulsividad)	0.993	.362	Paramétrica (Normal)

Nota. Elaboración propia en software JAMOV (2026)

Análisis inferencial

Para dar respuesta a los objetivos específicos y comprobar las hipótesis planteadas e identificar la relación entre el comportamiento suicida y las variables cognitivas se estructurará el procesamiento inferencial estableciendo para todos los análisis un nivel de significancia de ($p < 0.05$). Al identificarse una desviación significativa de la distribución normal en la mayoría de las dimensiones, se opta por un enfoque no paramétrico y de modelado lineal robusto a través del software estadístico JAMOV, aplicando las siguientes pruebas:

- **Coefficiente de correlación de Spearman (ρ):** Se empleará para analizar la relación entre las variables cognitivas (control ejecutivo, impulsividad y regulación emocional) y los indicadores del comportamiento suicida (ideación e intencionalidad), evaluando la fuerza y dirección de dichas asociaciones mediante el ordenamiento por rangos.
- **Regresión Lineal Múltiple:** Se utiliza con el fin de comprobar la capacidad predictiva

de las variables cognitivas respecto al comportamiento suicida. En este modelo, los indicadores de control ejecutivo, regulación emocional e impulsividad se introducirán en bloque como variables predictoras (covariables), mientras que los puntajes de comportamiento suicida se establecen como variables dependientes, permitiendo así determinar el porcentaje de varianza explicada y el peso predictivo de cada dimensión cognitiva.

Validez de la investigación

Para garantizar la rigurosidad científica de la presente investigación, se implementan estrategias orientadas a minimizar la aparición de sesgos que pudieran comprometer los resultados. En este sentido, se controla el sesgo de deseabilidad social mediante la aplicación de instrumentos de manera anónima, asegurando a los participantes que no existen respuestas correctas o incorrectas. Asimismo, se busca reducir el sesgo del investigador a través de una aplicación estandarizada de los instrumentos, siguiendo estrictamente los manuales de cada test psicológico seleccionado.

En cuanto a la validez ecológica, el estudio se lleva a cabo en el entorno natural donde se desenvuelven los sujetos de estudio (áreas cercanas a la carrera de medicina), lo que permite que los datos obtenidos reflejen de manera fiel el comportamiento y las características psicológicas de la muestra en su contexto real.

Manejo de datos

El procesamiento de la información se realiza bajo estrictos protocolos de seguridad y confidencialidad. Los datos recolectados se registran inicialmente en los formularios físicos de los instrumentos aplicados, una vez concluida la fase de campo, la información se transcribe a una base de datos electrónica generada en el programa Microsoft Excel, la cual está

debidamente codificada para evitar la identificación directa de los participantes.

La custodia de los formularios físicos está bajo la responsabilidad directa del investigador responsable del proyecto, quien mantiene el material en un archivo físico bajo llave para evitar accesos no autorizados. Por su parte, la base de datos digital se almacena en una unidad de nube con acceso restringido mediante encriptación y contraseña. Los únicos autorizados para acceder, manipular y digitar la información son el autor de la investigación y, de ser necesario, la docente tutora. Una vez finalizada la tesis y cumplidos los tiempos institucionales, se procede a la eliminación segura de los registros de identificación, conservando únicamente los datos estadísticos para fines académicos.

Consideraciones éticas

En concordancia con la Declaración de Helsinki, se aplican medidas que aseguren que la participación implique un riesgo mínimo y que los estudiantes puedan decidir libremente su inclusión en el estudio, por lo tanto, cada participante recibe información clara sobre objetivos, procedimientos, beneficios, voluntariedad y posibilidad de retirarse sin consecuencias, garantizando su autonomía en todas las etapas del proceso.

La recolección de datos se realiza mediante instrumentos autoadministrados que no exponen al participante a daño físico o psicológico, además, se dispone de un protocolo de actuación para casos en que un estudiante muestre indicadores de riesgo emocional, asegurando atención inmediata y derivación profesional, lo que refuerza el principio de beneficencia propuesto por Helsinki.

La confidencialidad se preserva mediante la eliminación de datos identificatorios, restringiendo el acceso a la base de datos únicamente al investigador responsable, también se evitan sesgos de género durante la aplicación y análisis, asegurando que los resultados no

repliquen estereotipos o interpretaciones discriminatorias.

La investigación no involucra muestras biológicas humanas, pero sí el manejo de datos personales sensibles, por lo tanto, se realiza un proceso de anonimización empleando códigos alfanuméricos sin relación directa con la identidad del participante (por ejemplo: ECS001, ECS002, ECS003). Esta codificación se aplica desde la digitalización de los cuestionarios y se mantiene en todo el análisis estadístico, evitando cualquier posibilidad de reidentificación.

Capítulo IV

Resultados

En esta sección se exponen los hallazgos empíricos obtenidos tras el procesamiento estadístico de los datos recolectados en la muestra de $N = 234$ estudiantes universitarios de la carrera de Medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Los resultados se presentan en estricta correspondencia con los objetivos específicos planteados en la investigación.

En primer lugar, se describen los niveles de funcionamiento de las variables cognitivas, afectivas y conductuales. En segundo lugar, se determina la distribución del nivel de riesgo asociado al comportamiento suicida en sus dimensiones de ideación e intencionalidad. Por último, se exhiben los análisis correlacionales y de regresión lineal múltiple para comprobar las hipótesis sobre la relación y capacidad predictiva de los procesos cognitivos frente al comportamiento suicida.

Descripción del funcionamiento de las variables cognitivas, de impulsividad y regulación emocional

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico, se calcularon las estadísticas descriptivas

correspondientes a las puntuaciones globales y subescalas de los instrumentos aplicados, estimando la media (M), la mediana (Me), la desviación típica (DT), así como los valores mínimos y máximos.

Tabla 2

Distribución descriptiva de las variables cognitivas, de regulación emocional e impulsividad

Dimensiones/Variables	N	M	Me	DT	Mínimo	Máximo
DERS (Regulación Emocional)	234	93.70	96.00	23.30	41.00	145.00
ERQ (Supresión Emocional)	234	18.50	19.00	5.11	4.00	28.00
BIS-Motora (Impulsividad)	234	16.30	16.00	6.48	2.00	32.00
BIS-No Planeada (Impulsividad)	234	18.20	18.00	6.23	1.00	35.00
TMT (Flexibilidad Cognitiva)	234	83.80	77.00	32.50	33.00	220.00
Stroop (Control Inhibitorio)	234	0.38	0.50	7.09	-23.40	20.10

Nota. Elaboración propia en software JAMOV (2026)

Como se observa en la Tabla 2, la escala global de dificultades en la regulación emocional (DERS) reflejó una media de 93.70 ($DT = 23.30$), mientras que la subescala de supresión emocional del ERQ concentró una puntuación media de 18.50 ($DT = 5.11$). Respecto a las dimensiones de la impulsividad evaluadas mediante el BIS-11, la impulsividad no planeada puntuó con una media ligeramente superior ($M = 18.20$; $DT = 6.23$) en comparación con la impulsividad motora ($M = 16.30$; $DT = 6.48$). En las tareas de rendimiento cognitivo y funciones ejecutivas, el Trail Making Test (TMT), medido en segundos de ejecución, arrojó una media general de 83.80 ($DT = 32.50$), en tanto que el Índice de Interferencia del Test de Stroop obtuvo una puntuación media de 0.38 ($DT = 7.09$).

Estos resultados descriptivos indican que, a nivel general, la muestra de estudiantes universitarios presenta un perfil caracterizado por niveles moderados de dificultades en la regulación emocional y una tendencia intermedia al uso de estrategias de supresión (es decir, a

ocultar o inhibir la expresión de sus emociones). En el componente neurocognitivo, el promedio de los tiempos en el TMT y las puntuaciones en el Stroop reflejan una velocidad de procesamiento, flexibilidad mental y control inhibitorio dentro de los rangos de normalidad y funcionalidad esperados para su grupo de edad y nivel académico, sin que se evidencien signos de deterioro o déficits ejecutivos severos en la muestra general.

Es decir, aproximadamente entre el 75% y el 80% se sitúan entre los parámetros de normalidad con respecto a sus habilidades de regulación emocional, flexibilidad cognitiva y control inhibitorio, mientras que el otro 20% se centra en puntajes elevados de impulsividad y desregulación emocional.

Determinación del nivel de riesgo asociado al comportamiento suicida

Con respecto al segundo objetivo específico, se procedió a recodificar los puntajes continuos de las subescalas del instrumento de Beck en categorías ordinales de riesgo. Siguiendo el orden jerárquico acordado, los datos se estructuraron de menor a mayor gravedad mediante tablas de frecuencias absolutas (f) y relativas (%).

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de los niveles de riesgo de Ideación Suicida

Riesgo - Ideación Suicida	Frecuencias (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Riesgo bajo	161	68.8%	68.8%
Riesgo medio	62	26.5%	95.3%
Riesgo alto	11	4.7%	100.0%
Total	234	100.0%	100.0%

Nota. Elaboración propia en software JAMOV (2026)

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes de los niveles de riesgo de Intencionalidad Suicida

Riesgo - Intencionalidad Suicida	Frecuencias (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Riesgo leve	21	28.8%	100.0%
Riesgo medio	43	58.9%	71.2%
Riesgo alto	9	12.3%	12.3%
Total	73	100.0%	100.0%

Nota. Elaboración propia en software JAMOV (2026)

De acuerdo con las distribuciones de frecuencia presentadas en las Tablas 3 y 4, el análisis del riesgo descriptivo evidenció que la mayoría de los estudiantes se ubican en los espectros basales. Para la variable “Riesgo – Ideación Suicida”, el 68.8% ($f = 161$) manifiesta un riesgo bajo, un 26.5% ($f = 62$) califica en riesgo medio y el 4.7% ($f = 11$) se sitúa en un riesgo alto. En lo referente a la “Riesgo – Intencionalidad Suicida” se identifica que un 28.8% ($f = 21$) posee un riesgo leve, un 58.9% ($f = 43$) un riesgo medio, y finalmente un 12.3% ($f = 9$) de los universitarios de medicina alcanza el nivel de riesgo alto.

En términos clínicos y epidemiológicos, estas distribuciones demuestran que, aunque aproximadamente dos terceras partes de la población estudiantil evaluada se encuentra libre de riesgo o con un riesgo mínimo, existe una proporción sustancial y preocupante de estudiantes acumulada en los niveles intermedios y severos. Específicamente, el hecho de que un 31.2% presente niveles de ideación moderada a alta y un 71.2% en intencionalidad en rangos desde significativos hasta altos, revela la presencia de vulnerabilidad activa dentro de este entorno académico, identificándose de forma urgente un subgrupo crítico de alumnos (4.7% y 12.3%

respectivamente) que no solo experimentan pensamientos recurrentes de muerte, sino que ya han estructurado planes deliberados y activos de autolesión

Análisis correlacional entre variables cognitivas y comportamiento suicida

Previo al desglose del tercer objetivo y debido al dictamen de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (donde la mayoría de las dimensiones clínicas exhibieron valores de $p < .05$), se aplicó el coeficiente de correlación por rangos ordenados de Spearman (ρ). Este análisis bivariado permite identificar la fuerza, dirección y significancia de las asociaciones de las variables en estudio

Tabla 5

Matriz de correlación de Spearman para las variables cognitivas, emocionales y de comportamiento suicida

Variable cognitiva / emocional	Ideación Suicida (ρ)	Intencionalidad Suicida (ρ)
Dificultades de Regulación Emocional (DERS)	0.006	0.071
Supresión Emocional (ERQ)	0.059	0.001
Impulsividad Motora (BIS-11)	0.082	0.088
Impulsividad No Planeada (BIS-11)	0.117	0.131*
Control Inhibitorio (Stroop)	0.020	0.027
Flexibilidad Cognitiva (TMT)	-0.058	-0.036

Nota. Elaboración propia en software JAMOV (2026)

Al analizar de forma específica la relación de cada variable neurocognitiva y emocional frente a las dos dimensiones del comportamiento suicida, se destacan aspectos interesantes. Las dificultades globales de regulación emocional (DERS) no presentaron una asociación estadísticamente significativa con la ideación suicida ($\rho = 0.006$; $p > .05$) ni con la intencionalidad ($\rho = 0.071$; $p > .05$). Del mismo modo, la estrategia de supresión emocional

(ERQ) no mostró vínculos significativos con ninguno de los componentes del comportamiento suicida.

La dimensión de impulsividad motora no arrojó relaciones significativas. No obstante, la Impulsividad No Planeada presentó una correlación positiva y estadísticamente significativa con la intencionalidad suicida ($\rho = 0.131$; $p < .05$). Esta puntuación indica que a mayor dificultad del estudiante para planificar a futuro y evaluar las consecuencias de sus actos, mayor es la presencia de intencionalidad suicida activa. Por el contrario, no se halló relación significativa entre esta dimensión de la impulsividad y la ideación pasiva ($\rho = 0.117$; $p > .05$).

Los procesos de control ejecutivo medidos a través de la interferencia del Test de Stroop (control de interferencia cognitiva) no mostraron relación alguna con la ideación ($\rho = 0.020$; $p > .05$) ni con la intencionalidad ($\rho = 0.027$; $p > .05$). Igualmente, los tiempos de ejecución en el TMT (flexibilidad cognitiva) no evidenciaron asociaciones significativas con las variables de Beck evaluadas.

Capacidad predictiva de las variables cognitivas respecto al comportamiento suicida

Para dar respuesta al tercer objetivo específico de la investigación y evaluar la capacidad predictiva, se diseñaron dos modelos independientes de regresión lineal múltiple introduciendo las funciones de control ejecutivo, impulsividad y regulación emocional en calidad de covariables predictoras.

Modelo 1: Predicción sobre la Ideación Suicida

Tabla 6

Medidas de ajuste y coeficientes del modelo de regresión para la variable Dependiente:

Ideación

Medidas de ajuste global	R	R ²
Modelo 1	0.221	0.0488

Coefficientes específicos	Estimador (B)	EE	T	p
Constante	1.44616	2.2405	0.6455	.519
DERS	-0.00187	0.0154	-0.1212	.904
ERQ	0.00119	0.0682	0.0175	.986
Bis-motora	0.07577	0.0568	1.3349	.183
Bis-noPlaneada	0.13590	0.0586	2.3208	.021
Stroop	0.01299	0.0494	0.2632	.793
TMT	-0.01422	0.0108	-1.3198	.188

Nota. Elaboración propia en software JAMOV (2026)

Como se detalla en la Tabla 6, el primer modelo predictivo lineal determinó un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.0488$, lo que indica que el bloque integrado por las variables cognitivas, ejecutivas y emocionales logra explicar de manera conjunta el 4.88% de la varianza total de la ideación suicida en los estudiantes. Al analizar individualmente los coeficientes de los predictores, se constata que únicamente la variable Impulsividad No Planeada posee un peso predictivo directo y estadísticamente significativo dentro del modelo ($B = 0.1359$; $t = 2.3208$; $p = .021$). Las dimensiones restantes no aportaron significación estadística predictiva ($p > .05$).

Clínicamente, este modelo de regresión indica que, dentro de la complejidad del fenómeno de la ideación suicida, los factores cognitivo-emocionales actúan como un engranaje donde la baja capacidad para planificar a futuro (impulsividad no planeada) es la única variable con capacidad predictiva directa. Esto significa que la dificultad para proyectar metas a largo plazo o la incapacidad para reflexionar antes de tomar una decisión es el factor primario que

empuja la aparición de pensamientos orientados a la muerte, mientras que la desregulación emocional o las variaciones en las funciones ejecutivas aisladas no poseen, bajo este modelo, peso predictivo directo sobre la ideación.

Modelo 2: Predicción sobre la Intencionalidad Suicida

Tabla 7

Medidas de ajuste y coeficientes del modelo de regresión para la variable Dependiente:

Intencionalidad

Medidas de ajuste global	R	R ²
Modelo 2	0.154	0.0237

Coeficientes específicos	Estimador (B)	EE	T	p
Constante	1.58941	1.92387	0.8262	.410
DERS	5.27e-4	0.01323	0.0398	.968
ERQ	-0.01051	0.05856	-0.1796	.858
Bis-motora	0.03078	0.04874	0.6315	.528
Bis-noPlaneada	0.07848	0.05028	1.5607	.120
Stroop	0.00453	0.04239	0.1069	.915
TMT	-0.01127	0.00925	-1.2187	.224

Nota. Elaboración propia en software JAMOV (2026)

De acuerdo con la información expuesta en la Tabla 7, el segundo modelo lineal arrojó un coeficiente de determinación $R^2 = 0.0237$, estableciendo que el conjunto de variables independientes explica únicamente el 2.37% de la variabilidad de la intencionalidad suicida. Con respecto al peso individualizado de los coeficientes, se determinó que ningún predictor del bloque de control ejecutivo, impulsividad o regulación emocional alcanzó un nivel de significancia estadística suficiente ($p > .05$) para predecir de manera lineal y directa la intencionalidad suicida en la muestra bajo estudio.

La interpretación de este segundo modelo predictivo resulta de alto valor clínico-metodológico. Los resultados demuestran que las variables netamente cognitivas, ejecutivas y emocionales, si bien guardan conexiones bivariadas, carecen de la capacidad de predecir o predeterminar por sí solas si un estudiante universitario pasará del pensamiento a la estructuración de un plan e intencionalidad activa. Esto pone en evidencia que el paso hacia la intención suicida activa es un proceso multicausal en el que los factores cognitivos puros quedan en segundo plano, sugiriendo que la transición hacia la intencionalidad está modulada por variables más complejas de índole contextual, estresores académicos directos, redes de apoyo u otros factores extrínsecos no contemplados en este modelo de regresión.

Discusión de resultados

Desde una perspectiva metodológica, la justificación de las técnicas estadísticas aplicadas en esta investigación resulta un elemento crítico para interpretar la naturaleza del comportamiento suicida en estudiantes universitarios. La evaluación del supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk confirmó que la mayoría de las variables clínicas y cognitivas (a excepción del Stroop y la impulsividad no planeada) presentaron desviaciones significativas de la distribución normal ($p < .05$), lo que obligó a descartar análisis paramétricos como la correlación de Pearson en favor del coeficiente de correlación por rangos de Spearman (ρ). Este comportamiento no paramétrico es sumamente congruente con la literatura psicométrica y clínica, donde las escalas de ideación suicida (BSS) e intencionalidad (SIS) aplicadas a poblaciones universitarias generales suelen exhibir un marcado sesgo de asimetría positiva debido al denominado "efecto suelo" (*floor effect*), donde la gran mayoría de la muestra acumula puntuaciones nulas o mínimas (como el 69.2% de bajo riesgo de ideación y el 68.8% sin intencionalidad en nuestra cohorte). Este sesgo distributivo representa un reto metodológico

recurrente en la investigación del suicidio en jóvenes, ya que la concentración masiva de datos en los niveles basales dificulta el establecimiento de relaciones lineales simples, justificando el uso de técnicas robustas y de ordenamiento por rangos para atenuar la influencia de asimetrías extremas.

Al contrastar los resultados descriptivos obtenidos en la muestra de estudiantes de Medicina de la ULEAM, se evidencia una alarmante vulnerabilidad en esta población; el 26.1% de los participantes se ubica en un nivel de riesgo medio y el 4.7% en un nivel de riesgo alto para la variable de ideación suicida. En lo que respecta a la intencionalidad suicida, evaluada en la submuestra clínica, los datos revelan que el 58.9% presenta un riesgo medio y el 12.3% un riesgo alto. Estas cifras exponen el profundo desgaste psicológico al que están expuestos los futuros profesionales de la salud debido a las exigencias intrínsecas de su formación. Este fenómeno coincide de manera unánime con lo reportado a nivel regional, al respecto, Amarilla et al. (2018) señalan que *"...los estudiantes de medicina enfrentan niveles excepcionales de ansiedad y estrés derivados de las elevadas exigencias académicas, particularmente la exigencia de absorber un gran volumen de conocimientos teóricos y dominar destrezas clínicas complejas"* (p. 14). De este modo, la prevalencia identificada en este estudio no constituye un hecho aislado, sino que se alinea con una problemática global en la educación médica, donde la sobrecarga de tareas y el estrés académico crónico actúan como estresores que merman gravemente los recursos psicológicos de afrontamiento de los estudiantes.

En lo que concierne a la capacidad predictiva de las variables cognitivas y afectivas estudiadas, el análisis de regresión lineal múltiple reveló que, si bien el bloque integrado por todas las variables explica de forma conjunta un modesto 4.88% de la varianza de la ideación suicida ($R^2 = 0.0488$), la impulsividad no planeada destaca como el único predictor directo y

estadísticamente significativo ($B = 0.1359, t = 2.3208, p = .021$). Asimismo, esta subescala de la impulsividad demostró una correlación positiva y significativa con la intencionalidad autolítica ($\rho = 0.131, p < .05$). Este hallazgo es imprescindible, ya que sugiere que la tendencia a actuar de forma imprevista y la incapacidad para planificar conductas a futuro actúan como factores disposicionales que aumentan de manera proximal el riesgo de autolisis. Esta relación es consistente con la literatura científica en el ámbito de la educación superior; como explican Rojano-García y Altamirano-López (2024), *"la impulsividad actúa como un factor de riesgo que, al interactuar con el distress emocional, incrementa de manera significativa la vulnerabilidad hacia la ideación suicida en la población joven"* (p. 168). En los estudiantes de Medicina, cuya toma de decisiones debe ser rigurosamente estructurada, la presencia de impulsividad no planeada bajo condiciones de elevado estrés anula la capacidad de anticipar consecuencias a futuro, limitando las alternativas cognitivas viables frente a crisis emocionales agudas.

En contraste, investigaciones en Latinoamérica que introducen variables de distress clínico como la depresión, la desesperanza o el estrés severo logran explicar porcentajes de varianza notablemente superiores, situándose entre el 24% y el 42% del riesgo suicida mediante regresiones logísticas binarias (Sánchez Cabada et al., 2022), o incluso entre el 57% y el 67% al aplicar modelos transdiagnósticos multivariados (Lievano-Ruiz et al., 2024). Esto demuestra que los procesos ejecutivos "fríos" y las facetas de control emocional desprovistas de sintomatología afectiva simultánea poseen una fuerza predictiva directa sumamente débil sobre la presencia cognitiva de ideas de muerte, lo que plantea la necesidad metodológica de migrar hacia análisis de regresión logística que modelen la probabilidad del riesgo en categorías en lugar de tratarlo como un continuo lineal.

Un hallazgo de especial interés neuropsicológico en la presente investigación es la ausencia de correlaciones lineales directas y significativas entre el rendimiento en las tareas cognitivas formales (Stroop y TMT Parte B) y la severidad de la conducta suicida ($p > .05$). Además, el modelo de regresión múltiple robusto determinó que estas funciones ejecutivas lógicas explican únicamente el 2.37% de la varianza de la intencionalidad autolítica ($R^2 = 0.0237, p > .05$). Esta disociación puede explicarse teóricamente al diferenciar entre funciones ejecutivas "frías" (lógicas y descontextualizadas) y "calientes" (asociadas a la carga emocional). Pruebas como el Stroop tradicional o el TMT Parte B evalúan procesos cognitivos formales que suelen preservarse intactos en estudiantes universitarios altamente adaptados, sin que estos reflejen el sufrimiento psíquico que desencadena la conducta suicida. Esto concuerda con la literatura de revisión neurocognitiva, al respecto, Saffer y Klonsky (2018) concluyen que *"...dado que las funciones ejecutivas alteradas se han implicado en las dificultades para regular las emociones negativas, encontrar soluciones alternativas a los problemas e inhibir comportamientos desadaptativos, estas podrían ayudar a explicar quiénes, entre aquellos que piensan en el suicidio, tienen más probabilidades de actuar de acuerdo con sus pensamientos"* (p. 2). Por ende, el rendimiento en funciones ejecutivas frías no actúa como un predictor directo de la ideación en sí, sino que influye de manera indirecta en la capacidad del sujeto para frenar o consumir la transición de la idea hacia el acto autolítico.

Por consiguiente, el uso de regresiones lineales simplistas resulta metodológicamente insuficiente para capturar estas dinámicas de interacción compleja, sugiriendo que futuros estudios deberían emplear el Modelado de Ecuaciones Estructurales (SEM) o el Análisis de Redes Psicométricas para mapear de forma indirecta cómo las funciones ejecutivas interactúan con el sufrimiento psíquico y la desregulación emocional para activar la capacidad de acción.

A pesar de no existir relaciones lineales directas de las funciones ejecutivas con el comportamiento suicida, la matriz de correlación de Spearman reveló un acoplamiento indirecto crucial entre el rendimiento cognitivo y la esfera afectiva de los estudiantes de la ULEAM. En particular, se identificó que la supresión emocional (medida por el ERQ) correlaciona de manera positiva con los tiempos de ejecución del TMT Parte B ($\rho = 0.183, p < .01$), mientras que las dificultades en la regulación emocional (DERS) correlacionan de forma negativa con el índice de interferencia del Stroop ($\rho = -0.179, p < .01$). Estos resultados sugieren que el uso rígido de la supresión afectiva (estrategia común en estudiantes de Medicina que intentan ocultar o negar su fatiga y distress emocional debido a exigencias culturales de invulnerabilidad) genera un "peaje" o costo cognitivo, enlenteciendo de forma significativa su flexibilidad mental. Esta dinámica es congruente con los estudios psicométricos y de salud mental en el contexto ecuatoriano, al respecto, Moreta-Herrera et al. (2022) afirman que *"la regulación emocional juega un rol crucial en la adaptación social y el desarrollo de psicopatologías en estudiantes universitarios, influyendo de manera directa en su bienestar mental"* (p. 58). De igual modo, la correlación inversa entre el DERS y el Stroop demuestra de forma empírica que un menor control inhibitorio cognitivo dificulta la capacidad del estudiante para identificar, aceptar y modular sus estados afectivos, dejándolo expuesto a bucles recurrentes de desregulación y rumiación que aumentan la severidad del riesgo psicosocial.

Conclusiones

El perfil neurocognitivo y afectivo de la muestra general se ubica mayoritariamente en parámetros de normalidad y funcionalidad, evidenciando que entre el 75% y el 80% de los estudiantes mantiene desempeños adecuados en velocidad de procesamiento, flexibilidad mental y control inhibitorio. Sin embargo, se identifica un subgrupo significativo (20%) que presenta puntuaciones elevadas en impulsividad y dificultades en la regulación emocional, reflejando una vulnerabilidad en la gestión de estados afectivos intensos.

El análisis del riesgo autolítico revela una problemática de salud mental latente dentro del entorno académico de Medicina. Aunque la mayoría de la población evaluada se sitúa en niveles de base (68.8% con riesgo bajo de ideación y sin intencionalidad activa), existe una proporción acumulada preocupante de estudiantes en niveles moderados y severos: 31.2% presenta riesgo medio a alto de ideación suicida y 71.2% manifiesta intencionalidad activa (abarcando desde riesgo leve hasta alto). Destaca de forma crítica un 4.7% con ideación severa y un 12.3% con intencionalidad alta, lo que confirma la presencia de un grupo expuesto a un elevado desgaste psicológico que requiere atención clínica e institucional inmediata.

Se comprueba que las funciones ejecutivas formales (evaluadas mediante el Test de Stroop y el Trail Making Test) y las estrategias de regulación emocional (DERS y ERQ) no mantienen una relación lineal directa ni una capacidad predictiva significativa con la ideación o la intencionalidad suicida, por lo que se rechazan parcialmente la hipótesis general y las hipótesis específicas referidas al control ejecutivo y a la regulación emocional aislada.

Por el contrario, la Impulsividad No Planeada (BIS-11) destaca como el único factor disposicional con una relación directa, positiva y estadísticamente significativa con la intencionalidad suicida ($\rho = 0.131, p < .05$), además de constituir el único predictor directo

dentro del modelo de regresión sobre la ideación suicida ($B = 0.1359, p = .021$), explicando un 4.88% de su varianza ($R^2 = 0.0488$). Se acepta de manera específica la hipótesis relativa a la impulsividad en su dimensión no planificada.

El aporte central del estudio radica en demostrar empíricamente la disociación entre el rendimiento neurocognitivo lógico/estructurado y la conducta autolítica en estudiantes universitarios. El déficit ejecutivo por sí solo no determina el paso a la intención suicida ($R^2 = 0.0237$). La vulnerabilidad hacia el comportamiento suicida en el contexto universitario está impulsada principalmente por la incapacidad de planificar a futuro y evaluar consecuencias bajo estados de malestar, la cual interactúa con el costo cognitivo que genera la supresión emocional continua frente a las exigencias académicas de la carrera.

Recomendaciones

- Se propone profundizar teóricamente en la relación entre la falta de planificación futura y la adaptación académica en estudiantes de ciencias de la salud, analizando cómo la incapacidad para proyectar metas a largo plazo en momentos de crisis actúa como un detonante directo del colapso de los recursos de afrontamiento.
- Se recomienda al Departamento de Bienestar Universitario de la ULEAM implementar talleres psicoeducativos y de intervención enfocados específicamente en la gestión del tiempo, la planificación de metas futuras y el entrenamiento en control de impulsos, atacando directamente la impulsividad no planeada identificada como factor de riesgo.
- Se recomienda a la Facultad de Medicina estructurar una red de acompañamiento en la que estudiantes de semestres superiores sean capacitados en Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y en la identificación proactiva de señales de alerta de conducta autolítica.

Referencias bibliográficas

- Acosta-González, N., Grijalva, D., & Ron, G. (2025). *Highs, lows, and fault lines: The geography of suicide clusters in Ecuador* [Altos, bajos y líneas de falla: la geografía de los conglomerados de suicidios en Ecuador]. *Health & Place*, 94(103458), 103458.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2025.103458>
- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2023). *Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide*.
- Alvarado, A., & Bruner, C. A. (2022). *Elección en situaciones de riesgo e impulsividad en humanos*. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 48(1), 53-73.
<https://www.redalyc.org/journal/593/59374584005/59374584005.pdf>
- Amancha Laura, J. D., & Vargas Naranjo, J. P. (2025). *Impulsividad y asertividad en estudiantes de conducción*. *Revista Científica Internacional Arandu UTIC*, 12(2), 3458-3470. <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1164>
- Amarilla, Julio & Barrios, Fátima & Bogado, Fabian & Centurión, Romel & Careaga, David & Cardozo, Johanna & Guillén, Walter & Ferreira, Yamila & Trinidad, Arturo & Maggi, Carol & Arce, Andrés. (2018). Ideación suicida en Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción: Suicidal ideation in Medical Students of the National University of Asunción. *Medicina Clínica y Social*. 2. 13-24.
 10.52379/mcs.v2i1.45.
https://www.researchgate.net/publication/350365675_Ideacion_suicida_en_Estudiantes_de_Medicina_de_la_Universidad_Nacional_de_Asuncion_Suicidal_ideation_in_Medical_Students_of_the_National_University_of_Asuncion
- Anatomía Digital. (2024). Factores de riesgo del comportamiento suicida en el adolescente. *Revista Ciencia Digital*.

<https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/download/3274/9152/>

Agyapong-Opoku, F., et al. (2025). *Suicidal behaviours among medical students: A scoping review* [Conductas suicidas en estudiantes de medicina: una revisión de alcance].

Behavioral Sciences, 15(9), 1215. <https://www.mdpi.com/2076-328X/15/9/1215>

Bausela Herreras, E. (2021). Las funciones ejecutivas del docente. *Dialnet*.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8615851.pdf>

Brown, S., et al. (2023). *Childhood maltreatment, executive function and suicide attempts in adolescents: A multi-site study* [Maltrato infantil, función ejecutiva e intentos de suicidio en adolescentes: un estudio multisitio]. Journal of Affective Disorders Reports.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11555763/>

Carrasco, J. O. (2021). *Ideación suicida: Conceptualización y aspectos de la medida*.

Universidad de Almería. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=301785>

Chasiluisa Caisaguano, S. A., & Tobar-Viera, A. (2025). *Impulsividad y Motivación Académica en Adolescentes Escolarizados*. Archivos de Medicina, 51(189), 1-9.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10525459.pdf>

Correa-López, R. A., et al. (2022). Factores de riesgo psicosociales en el comportamiento suicida. *Psicogente*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9105428.pdf>

Dagani, J., Buizza, C., Ferrari, C., & Ghilardi, A. (2024). *Potential suicide risk among the college student population: machine learning approaches for identifying predictors and different students' risk profiles* [Riesgo potencial de suicidio en la población de estudiantes universitarios: enfoques de aprendizaje automático para identificar predictores y diferentes perfiles de riesgo de los estudiantes]. Psicología, reflexao e

crítica: revista semestral do Departamento de Psicologia da UFRGS, 37(1), 19.

<https://doi.org/10.1186/s41155-024-00301-6>

De los Santos, D. A. (2022). *Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas: Confluencias, complementariedades y divergencias*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 48(177), 3-17. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v48i177.5467>

De Maria, C. M. V., & Abal, F. J. P. (2025). *Desarrollo de una escala para medir la Impulsividad como faceta del Modelo de los Cinco Factores en adolescentes*. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 29(1), 1-22.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10320592.pdf>

Díaz-Mosquera, E., & Merlyn, M.-F. (2024). *Funciones ejecutivas y género*. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. [https://revecuatneurol.com/wp-](https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2025/03/Funciones-ejecutivas-y-genero.pdf)

[content/uploads/2025/03/Funciones-ejecutivas-y-genero.pdf](https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2025/03/Funciones-ejecutivas-y-genero.pdf)

Fernández-Sevillano, J., et al. (2021). *Cognition in recent suicide attempts: Altered executive function* [La cognición en intentos de suicidio recientes: función ejecutiva alterada]. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 701140.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.701140/full>

Flores Galaz, M., & Cortés Ayala, M. (2022). *Resiliencia: Factores Predictores en Adolescentes*. *Acta De Investigación Psicológica*, 12(3), 115-128.

<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.3.467>

Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Muñiz, J., & Debba, S. (2021). *Experiencias latinoamericanas en la prevención del comportamiento suicida*. *Revista Latino-*

Americana de Enfermagem, 29, e3472. <https://doi.org/10.17081/psico.25.47.5070>

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., & Al-Halabí, S. (2022). *Conducta suicida en*

- adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción*. Papeles del Psicólogo, 43(3), 173-184.
- Freile, K. (2025). Memoria de trabajo y desarrollo lector. *Dialnet*.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10305049.pdf>
- Franco López, M., Valdés García, K. P., & Gomes dos Santos Dantas, E. (2020). *Riesgo suicida en adolescentes de preparatoria en una institución pública de Saltillo, Coahuila* [PDF]. Universidad Autónoma de Coahuila. https://www.researchgate.net/profile/Karla-Valdes-Garcia/publication/344338485_2020_-_Políticas_Sociales_-_Riesgo_suicida/links/5f69dc1aa6fdcc008634421d/2020-Políticas-Sociales-Riesgo-suicida.pdf
- Gaibor Chisaguano, N., & Granda Castro, N. (2024). Impulsividad y consumo de sustancias. *Repositorio UNACH*.
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/13014/1/Gaibor%20Chisaguano%2C%20N.%20-%20Granda%20Castro%2C%20N.%20%282024%29%20Impulsividad%20y%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas%20en%20adolescentes..pdf>
- Gavilima-Velastegui, G. K., & Lima-Rojas, D. (2024). *Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adultos*. Gaceta Médica Estudiantil, 5(2).
- Gómez-Rivera, Y. B., & Acosta-Silva, D. A. (2021). *Ayudar y recibir ayuda de otros: precisiones sobre la regulación emocional interpersonal*. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 17(2), 62-74. <https://doi.org/10.15332/22563067.7080>
- Gutiérrez-de Blume, A. P., & Montoya Londoño, D. M. (2022). *Explorando la relación entre las funciones ejecutivas y la metacognición: ¿las primeras predicen la segunda?* Praxis

- & *Saber*, 13(33), 189-211. <https://doi.org/10.19053/22160159.v13.n33.2022.12500>
- Huamán Hinostrroza, E., et al. (2024). Estrategias de aprendizaje. *Horizontes*.
<https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v8i33.789>
- Huamán Rojas, J. A., Treviños Noa, L. L., & Medina Flores, W. A. (2022). *Epistemología de las investigaciones cuantitativas y cualitativas*. Horizonte de la ciencia, 12(23).
<https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2022.23.1462>
- Itzhaky, L., et al. (2023). *Cognitive flexibility and suicidal behaviour in inpatient children and adolescents* [Flexibilidad cognitiva y comportamiento suicida en niños y adolescentes hospitalizados]. *Journal of Affective Disorders*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178123000203>
- Jaimes Medrano, A. L., Flores Lázaro, J. C., & Caraveo Anduaga, J. J. (2023). *Flexibilidad cognitiva y rendimiento académico en estudiantes de primer año de medicina*. *Investigación en Educación Médica*, 12(48), 41-51.
<https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2023.48.23523>
- Jiménez-Genchi, J., et al. (2023). Ideación e intento suicida en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132023000300224
- Joaqui Robles, D., & Ortiz Granja, D. N. (2024). *Funciones ejecutivas y aprendizaje en estudiantes universitarios*. Sophia, Colección de Filosofía de la Educación, (36), 153-177. <https://doi.org/10.17163/soph.n36.2024.04>
- Kennedy, A., et al. (2024). *Emotion dysregulation, bullying, and suicide behaviours in adolescents* [Desregulación emocional, acoso escolar y conductas suicidas en

adolescentes]. Journal of Adolescence.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915323002524>

Landa-Blanco, M., Urtecho-Osorto, O. R., Mercado, M., & Aguilar-Chávez, Á. (2022).

Factores psicológicos asociados al riesgo suicida en estudiantes universitarios de Honduras. Avances en Psicología Latinoamericana, 40(1), 1-16.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8537>

Looijmans, A., Smit, F., & Cuijpers, P. (2024). *The prevalence, course, and risk factors of suicidal ideation and behaviour in young people: A systematic review and meta-analysis*

[La prevalencia, curso y factores de riesgo de la ideación y el comportamiento suicida en jóvenes: una revisión sistemática y metaanálisis]. European Child & Adolescent

Psychiatry. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11487992/>

Mariño Córdova, L. A., & Vargas Espín, A. del P. (2023). *Estrés y su relación en la regulación emocional en personal de la Cruz Roja Ecuatoriana*. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 4(2), 5600-5612.

<https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.1004>

Ministerio de Salud Pública. (2024, 15 de septiembre). *Candlelight 'una luz de esperanza' por la prevención del suicidio, en Quito*. [https://www.salud.gob.ec/candlelight-una-luz-de-](https://www.salud.gob.ec/candlelight-una-luz-de-esperanza-por-la-prevencion-del-suicidio-en-quito)

[esperanza-por-la-prevencion-del-suicidio-en-quito](https://www.salud.gob.ec/candlelight-una-luz-de-esperanza-por-la-prevencion-del-suicidio-en-quito)

Moreta-Herrera, R., Dominguez-Lara, S., Rodas, J. A., Sánchez-Guevara, S., Montes-De-oca,

C., Rojeab-Bravo, B., & Salinas-Palma, A. D. (2022). *Examining Psychometric*

Properties and Measurement Invariance of the Emotion Regulation Questionnaire in an

Ecuadorian Sample [Examen de las propiedades psicométricas y la invarianza de

medición del Cuestionario de Regulación Emocional en una muestra

ecuatoriana]. *Psychological Thought*, 15(2), 57-

74. <https://doi.org/10.37708/psyc.v15i2.634>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 25 de marzo). *Suicidio*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Prevención del suicidio*.

<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Pérez Barrero, Sergio Andrés. (1999). *El suicidio, comportamiento y prevención*. Revista

Cubana de Medicina General Integral, 15(2), 196-217. Recuperado en 13 de octubre de 2025, de

https://www.researchgate.net/publication/262667316_EL_suicidio_comportamiento_y_prevencion

Pérez Morales, J. B., & Mayorga Lascano, P. M. (2023). Bienestar psicológico e impulsividad.

Revista Psicología UNEMI. <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/download/1616/1566/5872>

Pinter, K., González Caino, P. C., & Resett, S. (2022). *Propiedades psicométricas de la Escala*

de Impulsividad (UPPS-P) en una muestra de adultos argentinos. *Interdisciplinaria*, 39(1), 23-40. <https://www.redalyc.org/journal/180/18069356006/18069356006.pdf>

Restrepo Zapata, C. A., García Botero, J., & Loaiza Villalba, N. (2023). *Desarrollo de la*

memoria de trabajo en la competencia escrita bilingüe. *Praxis*, 19(3), 439-459.

<http://dx.doi.org/10.21676/23897856.4638>

Reymundo-Sánchez, B. L., et al. (2025). *Suicidal ideation, depression and family/social factors*

in university students [Ideación suicida, depresión y factores familiares/sociales en estudiantes universitarios]. *Frontiers in Education*.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/feduc.2025.1595327/full>

Rodríguez Ortiz, N. V. (2024). Impulsividad y dependencia emocional. *Repositorio UTI*.

<https://repositorio.uti.edu.ec/bitstreams/96c8490f-bd43-408e-8e24-cdfd5388f19b/download>

Rodríguez, Viviana. (2021). Funciones ejecutivas: una revisión de su fundamentación teórica.

Poiésis. 39. 10.21501/16920945.4051. <https://doi.org/10.21501/16920945.4051>

Rogante, E., et al. (2024). *Emotion dysregulation and suicidal behaviour: A systematic review*

[Desregulación emocional y comportamiento suicida: una revisión sistemática].

Psychiatry Research. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10815449/>

Rojano-García, P. L., & Altamirano-López, L. F. (2024). Impulsividad e ideación suicida en

estudiantes universitarios. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria*

PENTACIENCIAS, 6(7), 165-174.

<https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/download/1320/1770>

Romero Mesa, C. (2023). *Relación entre la regulación emocional y los trastornos de la*

conducta alimentaria: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 33(2), 481-494.

<https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2815>

Rosero-Ordóñez, S. F., Reinoso-Guadalupe, D. R., & Flores-Brito, P. R. (2023). *Evaluación de*

riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de*

Ciencias de la Salud. *SALUD Y VIDA*, 7(13), 15-27.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8943241>

Saffer, B. Y., & Klonsky, E. D. (2018). *Do neurocognitive abilities distinguish suicide*

attempters from suicide ideators? A systematic review of an emerging research area

[¿Las capacidades neurocognitivas distinguen a quienes intentan suicidarse de quienes

- tienen ideación suicida? Una revisión sistemática de un área de investigación emergente]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), e12227.
<https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/SafferNeurocog.pdf>
- Sánchez Ceballos, L. A. (2023). Funciones ejecutivas y procesos emocionales. *Psicoespacios*.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9286928.pdf>
- Sandoval, J. (2022). *Working memory, attention and inhibitory control in adolescents with suicidal behaviour* [Memoria de trabajo, atención y control inhibitorio en adolescentes con comportamiento suicida]. *Papeles de Psicología*.
<https://journals.copmadrid.org/psed/art/psed2021a28>
- Sanz-Gómez, S., et al. (2024). *Impulsivity in fatal suicide behaviour: A systematic review* [La impulsividad en el comportamiento suicida fatal: una revisión sistemática]. *Journal of Affective Disorders*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178124002373>
- Sanz, M. P. G., & Meseguer, M. G. (2012). *Los métodos de la investigación. Guía práctica para la realización de trabajos fin de Grado y trabajos fin de Máster*, 99–128.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8141602>
- Universidad Carlemany. (2025, mayo 15). *Procesos cognitivos: ¿Qué son y qué tipos hay?* UCMA. <https://www.universitatcarlemany.com/actualidad/blog/procesos-cognitivos-que-son-y-que-tipos-hay>
- Ursul, A., Herrera Guerra, E., & Galván Patrignani, G. (2022). *Factores asociados al riesgo suicida en adolescentes escolarizados*. *Psicogente*, 25(48), 1-21.
<https://doi.org/10.17081/psico.25.48.5422>
- Valdez-Santiago, R., Villalobos-Hernández, A., & Arenas-Monreal, L. (2023). Comportamiento

- suicida en adolescentes mexicanos. *Salud Pública de México*, 65(3), 250-258.
- Vera Arias, M. J., & Mendoza Vega, A. J. (2024). *La atención como proceso cognitivo para estimular el aprendizaje de los estudiantes*. *Revista Científica*, 9(32), 320-339.
<https://doi.org/10.29394/scientific.issn.2542-2987.2024.9.32.15.320-339>
- Viera, J. (2025). Regulación emocional en adolescentes. *Repositorio COLIBRI*.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/51972/1/tfg_-_promocion_de_la_regulacion_emocional_en_adolescentes_intervenciones_psicoeducativas_desde_un_enfoque_transdiagnostico-julia_viera-_50138019.pdf
- Villegas-Tello, D. H., Martínez-Asmad, G. M., García-Flores, J. M., Díaz-Muñoz, L. E., & Aguirre-Fernández, A. S. (2025). *Programa de intervención para la disminución de la ideación suicida en adolescentes escolares – Trujillo, Perú-2024*. e-Revista Multidisciplinaria Del Saber, 3, e-RMS06022025. <https://doi.org/10.61286/e-rms.v3i.138>
- Wang, C., et al. (2025). *The mediating role of cognitive flexibility in the relationship between social support and non-suicidal self-injury among adolescents: a multicenter cross-sectional study* [El papel mediador de la flexibilidad cognitiva en la relación entre el apoyo social y la autolesión no suicida en adolescentes: un estudio multicéntrico transversal]. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2025.1546751/1>
- Yao, Z. Y., et al. (2024). *12-month suicidal ideation among Chinese university students* [Ideación suicida de 12 meses entre estudiantes universitarios chinos]. *Journal of Affective Disorders*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032724014691>

Anexos

7.1.1. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, periodos pasajeros 1. Por amplios periodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i> 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguro de su valor, capacidad
15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i> 0. No 1. Incierto 2. Si
16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i> 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i> 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i> 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

Escala de Ideación suicida de Beck

6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

1

I. Circunstancias objetivas	
1. <i>Aislamiento</i>	0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i>	0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>	0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>	0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>	0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i>	0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i>	0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>	0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme	
9. <i>Propósito supuesto del intento</i>	0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i>	0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i>	0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igual o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i>	0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida
13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i>	0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i>	0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i>	0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas	
16. <i>Reacción frente al intento</i>	0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i>	0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i>	0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i>	0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i>	0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Escala de Intencionalidad suicida de Beck



Appendix A

Instrument adapted linguistically to the Ecuadorian population

DERS					
Por favor, indique cuántas veces le pasan las siguientes afirmaciones. Marque cada número con una cruz, según la escala que aparece a continuación:					
1	2	3	4	5	
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre	
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)	
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...).	1	2	3	4	5
2. Pongo atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como si no tuviera el control de ellas.	1	2	3	4	5
4. No sé, cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Me cuesta entender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis emociones.	1	2	3	4	5
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
9. Suelo confundirme sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
10. Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...).	1	2	3	4	5
11. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
13. Cuando estoy molesto, me cuesta terminar mis trabajos.	1	2	3	4	5
14. Cuando estoy molesto, pierdo el control.	1	2	3	4	5
15. Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
16. Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido.	1	2	3	4	5
17. Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es el adecuado.	1	2	3	4	5
18. Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy molesto, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
20. Cuando estoy molesto, realizo mis labores normalmente.	1	2	3	4	5
21. Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
22. Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar una manera de sentirme mejor.	1	2	3	4	5
23. Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
25. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
26. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme.	1	2	3	4	5
27. Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi conducta.	1	2	3	4	5
28. Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor.	1	2	3	4	5
29. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
30. Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo.	1	2	3	4	5
31. Cuando estoy molesto, creo que solo así debo estar.	1	2	3	4	5
32. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
33. Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
34. Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente.	1	2	3	4	5
35. Cuando estoy molesto, tardó mucho tiempo en sentirme mejor.	1	2	3	4	5
36. Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordarse (escaparse de mis manos).	1	2	3	4	5

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

CUESTIONARIO DE REGULACIÓN EMOCIONAL (ERQ)

Nombre: _____ Edad: _____ F.N.: _____

Grado de Instrucción: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan preguntas sobre su vida emocional, en particular como maneja (es decir, como regula o administra) sus emociones. Las preguntas presentadas a continuación involucran dos aspectos de la vida emocional. Un aspecto es la experiencia emocional, o como uno/a se siente por dentro. El otro aspecto, es la expresión emocional, o como uno/a muestra sus emociones a través de la forma en que habla, sus gestos o comportamientos. Aunque algunas preguntas parezcan similares, se diferencian entre sí en aspectos importantes. Por favor conteste cada ítem usando la siguiente escala:

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ligeramente en Desacuerdo	Indiferente / Neutral	Ligeramente de Acuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1	Cuando quiero sentir más emociones positivas (como alegría o diversión), cambio lo que estoy pensando.						
2	Me guardo mis emociones para mí mismo/a.						
3	Cuando quiero sentir menos emociones negativas (como tristeza o enojo), cambio lo que estoy pensando.						
4	Cuando me encuentro en una situación estresante, trato de pensar en ella de un modo que me permita estar en calma						
5	Controlo mis emociones no expresándolas.						
6	Cuando quiero sentir una emoción más positiva, cambio la manera en que estoy pensando sobre la situación.						
7	Controlo mis emociones cambiando la forma de pensar acerca de la situación en la que estoy.						
8	Cuando siento emociones negativas, me cuido de no expresarlas.						
9	Cuando quiero sentir una emoción menos negativa, cambio la manera en que estoy pensando sobre la situación.						
10	Cuando quiero sentir una emoción menos negativa, cambio la manera en que estoy pensando sobre la situación.						

Cuestionario de Regulación Emocional

9.4. Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

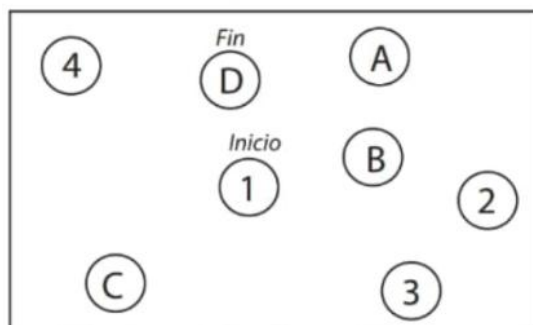
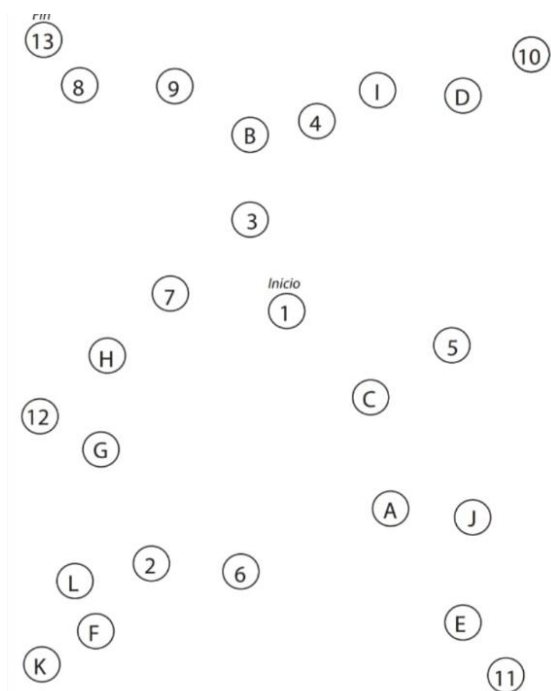
Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, planteela de la forma que está entre paréntesis).

	<i>Raramente o nunca (0)</i>	<i>Ocasionalmente (1)</i>	<i>A menudo (3)</i>	<i>Siempre o casi siempre (4)</i>
1. Planifico mis tareas con cuidado	☐	☐	☐	☐
2. Hago las cosas sin pensarlas	☐	☐	☐	☐
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	☐	☐	☐	☐
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	☐	☐	☐	☐
5. Planifico mis viajes con antelación	☐	☐	☐	☐
6. Soy una persona con autocontrol	☐	☐	☐	☐
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	☐	☐	☐	☐
8. Ahorro con regularidad	☐	☐	☐	☐
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	☐	☐	☐	☐
10. Pienso las cosas cuidadosamente	☐	☐	☐	☐
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)	☐	☐	☐	☐
12. Digo las cosas sin pensarlas	☐	☐	☐	☐
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	☐	☐	☐	☐
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	☐	☐	☐	☐
15. Actúo impulsivamente	☐	☐	☐	☐
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	☐	☐	☐	☐
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	☐	☐	☐	☐
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	☐	☐	☐	☐
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	☐	☐	☐	☐
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	☐	☐	☐	☐
21. Compró cosas impulsivamente	☐	☐	☐	☐
22. Yo termino lo que empiezo	☐	☐	☐	☐
23. Camino y me muevo con rapidez	☐	☐	☐	☐
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	☐	☐	☐	☐
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	☐	☐	☐	☐
26. Hablo rápido	☐	☐	☐	☐
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	☐	☐	☐	☐
28. Me interesa más el presente que el futuro	☐	☐	☐	☐
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo)	☐	☐	☐	☐
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	☐	☐	☐	☐

Escala de Impulsividad de Barrat

Trail Making Test

Parte B

PRÁCTICA*Trail Making Test*

STROOP

TEST DE COLORES Y PALABRAS

Nombre: _____

Edad: Sexo: M F Fecha:

PARA USO DEL
PROFESIONAL

	PD	PT
P		
C		
PC		
$P \times C$		
$P + C$		
$PC - PC' = \text{INTERF.}$		

NO ABRA EL CUADERNILLO
HASTA QUE SE LE INDIQUE

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

[illegible]

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

Test de Colores y Palabras Stroop