



FLACSO
ARGENTINA



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA COGNITIVA Y
APRENDIZAJE**

*Habilidades de regulación emocional y síntomas
psicopatológicos en estudiantes universitarios: El
rol de la tolerancia al estrés*

Macarena Verónica del Valle

Directora: Dra. María Laura Andrés

Co-director: Dr. Sebastián Urquijo

Marzo 2021

Tesis de Maestría

Macarena Verónica del Valle

Directora: Dra. María Laura Andrés

Co-director: Dr. Sebastián Urquijo

*Habilidades de regulación emocional y síntomas
psicopatológicos en estudiantes universitarios: el rol
de la tolerancia al estrés*

Marzo 2021

Agradecimientos

Hay muchas personas que han colaborado con este proceso y que me han socorrido en distintas oportunidades para que esta tesis saliera a la luz, por lo que me entusiasma poder, finalmente, agradecerles de manera apropiada. En primer lugar, a la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, a la Universidad Autónoma de Madrid y, particularmente, a la Dra. Alicia Barreiro, quienes tan amablemente me brindaron la posibilidad de realizar esta Maestría por medio de la asignación de una beca de formación. Sin ella, ciertamente, todo esto habría sido inviable. En la misma medida, le agradezco infinitamente a María Soledad Sanséau, siempre dispuesta a guiarnos en los laberínticos pasillos de la sede y de la maestría en sí misma. Gracias por pilotear nuestro paso por FLACSO y por estar siempre dispuesta a respondernos las dudas, sin importar cuántas veces te preguntemos exactamente lo mismo. También agradezco al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, que también hizo posible esta experiencia por medio de mi beca doctoral, y al Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología y a sus integrantes.

En segundo lugar, le agradezco a mi familia y a mis amigos, por cuidarme, apoyarme, contenerme y sostenerme, incluso en los días en los que ni siquiera soy capaz de tolerarme a mí misma. A mi mamá y a mi papá, que de alguna manera se las ingeniaron para criar a una más, y, como si eso fuera poco, para quererla en la misma medida inconmensurable que a la otras tres. Gracias a mi pareja, Pablo, por quererme, por cuidarme y por ser paciente siempre frente a mi formación y por ser el sostén de mi salud mental en el proceso. A Yasi, por estar siempre disponible sin peros ni condiciones para estar a la altura de esta amistad imperecedera. Y aunque

probablemente nunca lean esto, agradezco también a mi abuela, a mis hermanas, a mis cuñados, y a mis cuatro hermosísimos sobrinos que me iluminan el alma y las ganas de crecer con cada sonrisa y cada abrazo.

En tercer lugar, agradezco a mis directores, a Sebastián Urquijo por empujarme en este camino de la investigación y el perfeccionamiento académico, y a Laura Andrés por involucrarme en el cautivador mundo de la regulación emocional. También agradezco a Lorena Canet-Juric, quien tutoró estos años de mi formación y me impulsó hacia la calidad científica. A mis compañeros de trabajo, Hernán, Santiago, Juani, los becarios, que sufren (o sufrieron) como yo en esta montaña rusa de emociones que espero nos conduzca a todos a nuestros doctorados. Particularmente, a mi amiga Eliana Zamora, que me acompaña en cada paso de este tormentoso proceso de convertirnos en investigadoras; le agradezco cada risa, cada consejo y cada café.

Finalmente, agradezco a todos aquellos estudiantes que colaboraron en este estudio y otros similares dentro del proyecto, proporcionando los datos con predisposición y entusiasmo.

Índice general

Resumen	1
Abstract.....	2
1. Introducción.....	3
1.1. Planteamiento del problema de investigación	3
1.2. Revisión de la literatura	4
1.3. Propósito del estudio.....	7
2. Fundamentación teórica.....	9
2.1. Salud mental en población universitaria.....	9
2.2. Síntomas psicopatológicos y malestar	13
2.3. Emociones en el ámbito académico.....	17
2.4. Regulación emocional.....	20
2.4.1. Modelos de estrategias de regulación emocional.....	24
2.4.2. Modelos de habilidades de regulación emocional.....	26
2.5. Relación entre habilidades de regulación emocional y síntomas psicopatológicos	40
3. Método.....	47
3.1. Objetivo general.....	47
3.2. Objetivos específicos	47
3.3. Hipótesis general del estudio	47
3.4. Participantes.....	48
3.5. Técnicas de recolección de datos.....	49
3.6. Procedimiento y consideraciones éticas	54
3.7. Análisis de los datos	54
4. Resultados.....	60
4.1. Validez de constructo de la Escala de Tolerancia al Distrés	60
4.2. Validez convergente de la Escala de Tolerancia al Distrés	62
4.3. Diferencias de género en la habilidad de tolerancia al distrés	63
4.4. Relaciones entre síntomas psicopatológicos, malestar y habilidades de regulación emocional.....	63
5. Discusión	69
5.1. Estructura factorial de la Escala de Tolerancia al Distrés.....	69
5.2. Validez y confiabilidad de la Escala de Tolerancia al Distrés.....	70
5.3. Diferencias de género en la habilidad de tolerancia al distrés	73
5.4. Habilidades de regulación emocional, síntomas psicopatológicos y malestar	74
5.5. Limitaciones.....	83
5.6. Cierre y aporte del estudio	85
6. Referencias	87
7. Apéndice.....	138

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Caracterización de las dimensiones psicopatológicas propuestas por Derogatis (Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis, 1977, 1983)</i>	15
Tabla 2 <i>Valores de asimetría y curtosis de las puntuaciones directas y transformadas del SCL-90-R</i>	58
Tabla 3 <i>Matriz de correlaciones rotada de los 15 ítems de la Escala de Tolerancia al Distrés (Simons, & Gaher, 2005).</i>	60
Tabla 4 <i>Correlaciones entre tolerancia al distrés y medidas teóricamente relacionadas</i>	62
Tabla 5 <i>Valores estadístico descriptivos de síntomas psicopatológicos, malestar y habilidades de regulación emocional.</i>	64
Tabla 6 <i>Correlaciones entre las habilidades de regulación emocional y los síntomas psicopatológicos y el nivel de malestar</i>	65
Tabla 7 <i>Modelos de regresión lineal: efecto de las habilidades de regulación emocional sobre los síntomas psicopatológicos y el malestar general</i>	67

Índice de figuras

Figura 1 <i>Modelo Modal de la Emoción, adaptado de Gross (1999, 2014) y Gross y Thompson (2007)</i>	19
Figura 2 <i>Modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones (adaptado de Berking & Whitley, 2014)</i>	27
Figura 3 <i>Modelo jerárquico de tolerancia al estrés y sus dimensiones específicas de dominio (adaptado de Zvolensky et al., 2010, 2011)</i>	32

Resumen

Introducción: Los estudiantes universitarios son proclives a presentar síntomas psicopatológicos y malestar. Entre los factores que contribuyen a explicar la presencia de estos síntomas, se ha señalado a la regulación emocional. No obstante, la evidencia acerca de la relación entre las habilidades de regulación emocional y los distintos síntomas psicopatológicos resulta aún escasa e inespecífica. Además, a pesar de que la habilidad de tolerancia al distrés (TD), ha cobrado creciente interés, aún no ha sido suficientemente explorada en relación a los síntomas psicopatológicos, y no existen prácticamente estudios en hispanohablantes. Por tanto, el objetivo de este estudio fue analizar el rol de las habilidades de regulación emocional en los niveles de sintomatología psicopatológica y de malestar en estudiantes universitarios argentinos, analizando particularmente el rol de la tolerancia al distrés, para lo cual se adaptó y validó la Escala de Tolerancia al Distrés (ETD). **Método:** se trabajó con 180 estudiantes universitarios (82.8 % mujeres; 17.2 % hombres) entre los 18 y 57 años ($ME = 26.8$; $DE = 7.76$), quienes respondieron la ETD, la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre, la Escala de Afectividad Positiva y Negativa, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, el Inventario de Depresión de Beck-II, la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional y el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado. **Resultados:** la ETD presentó una estructura de dos factores que explicaban el 47% de la varianza y presentaban buena consistencia interna: Tolerancia general al distrés y Regulación. Se obtuvieron evidencias de validez para el factor de Tolerancia general al distrés, pero la dimensión Regulación no se mostró asociada a variables teóricamente relacionadas. Acerca de los síntomas psicopatológicos, se aplicaron diez modelos de regresión lineal (uno para cada una de las nueve dimensiones psicopatológicas y una para el malestar general). Todos los modelos resultaron estadísticamente significativos con diferencias particulares en los niveles de varianza explicada y en las variables predictoras. La TD predijo los síntomas de depresión, ansiedad, obsesiones y compulsiones y malestar general. La dimensión Regulación del distrés mostró un funcionamiento inverso al sentido teórico esperado. **Discusión:** la adaptación de la ETD supone una medida válida para ser aplicada en población argentina, aunque con limitada validez de la subescala Regulación. Se destaca la importancia de los distintos mecanismos de regulación emocional en cada síntoma psicopatológico específico y sus implicancias para la población universitaria y su salud mental.

Palabras clave: *regulación emocional; psicopatología; síntomas; malestar; tolerancia al distrés; estudiantes universitarios; salud mental.*

Abstract

Introduction: University students are prone to psychopathological symptoms and distress. Among the factors that may contribute to the presence of these symptoms, emotional regulation has been identified. However, evidence about the relationship between emotional regulation abilities and different psychopathological symptoms is still scarce and unspecific. Moreover, although the ability of distress tolerance (DT) has gained increasing attention, it has not yet been sufficiently explored in relation to specific psychopathological symptoms, and there are practically no studies in Spanish speakers. Therefore, the aim of this study was to analyse the role of emotional regulation abilities in the levels of psychopathological symptomatology and distress in Argentinean university students, with particular emphasis on the role of distress tolerance, for which the Distress Tolerance Scale (DTS) was adapted and validated.

Materials and methods: 180 university students (82.8 % female; 17.2 % male) between 18 and 57 years old (mean age = 26.8; SD = 7.76) answered the DTS, the Intolerance of Uncertainty Scale, the Positive and Negative Affect Scale, the State-Trait Anxiety Questionnaire, the Beck Depression Inventory-II, the Difficulties in Emotional Regulation Scale and the Symptom Check List 90-Revised.

Results: The DTS showed a two-factor structure: General Distress Tolerance and Regulation. These factors explained 47% of the variance and had good internal consistency. General Distress Tolerance showed evidence of validity, but Regulation was not associated with the theoretically related variables. For psychopathological symptoms, ten linear regression models were applied (one for each of the nine psychopathological dimensions and one for general distress). All models were statistically significant with particular differences in the amount of variance explained and in the predictors. DT predicted symptoms of depression, anxiety, obsessions and compulsions and general distress. The Distress Regulation factor performed inversely to the expected theoretical sense.

Discussion: the DTS adaptation is a valid measure to be applied in the Argentine population, although the validity of the Regulation subscale is limited. The study highlights the importance of the different mechanisms of emotional regulation in each specific psychopathological symptom and their implications for the university population and their mental health.

Keywords: *emotional regulation; psychopathology; symptoms; distress; distress tolerance; university students; mental health.*

1. Introducción

1.1. Planteamiento del problema de investigación

La formación universitaria es considerada un instrumento de cambio social, fortalecimiento, crecimiento y desarrollo de los países (De Wit, 2011; Romero et al., 2015), por lo que la población universitaria ha sido incorporada como un grupo de alta relevancia en la agenda de políticas públicas e institucionales en América Latina (Centro Interuniversitario de Desarrollo, 2006). En este marco, distintos estudios se han abocado al estudio de las características de esta población y, particularmente, de su salud mental. Los estudiantes universitarios suelen presentar una alta vulnerabilidad al malestar, al agotamiento y al surgimiento de distintos síntomas psicopatológicos (Micin & Bagladi, 2011; Wyatt & Oswalt, 2013). Los estudios latinoamericanos al respecto han reportado altos índices de sintomatología depresiva (e.g., Czernik et al., 2006; Galván-Molina et al., 2017; Vélez et al., 2010), ansiosa (e.g., Cardona-Arias et al., 2015; Dominguez-Lara et al., 2016), altos niveles de estrés (e.g., Cova et al., 2007), *burnout* (e.g., Escuderos et al., 2017), trastornos del sueño (e.g., Solimán et al., 2015) e incluso ideación suicida (Blandón Cuesta et al., 2015).

Este deterioro en la salud mental afecta el bienestar emocional, la calidad de vida y el rendimiento académico de los estudiantes universitarios (Baader et al., 2014; Gallego Villa, 2010; Khalil et al., 2020; Mega et al., 2014; Urquijo et al., 2013). Por lo tanto, resulta de valor conocer los factores que inciden, afectan y sostienen los niveles de malestar, sintomatología y psicopatología en esta población. Profundizar el conocimiento al respecto es menester para la implementación de intervenciones

orientadas a la optimización y promoción de la salud mental de los estudiantes universitarios, con efectos de transferencia sobre el curso y desarrollo de sus estudios (Sharp & Theiler, 2018). Estos conocimientos también podrían permitir una mayor adecuación de las políticas educativas y de los planes de estudio, y pueden utilizarse para mejorar y potenciar la calidad de vida y la salud mental y física de todos los actores sociales de nivel académico superior.

1.2. Revisión de la literatura

Los síntomas psicopatológicos son manifestaciones conductuales, cognitivas o emocionales que se considera signo de un malestar subyacente (Rojas Malpica et al., 2014). Dicho malestar implica distintos grados o niveles de estrés, nerviosismo, desasosiego y sufrimiento y, por tanto, el concepto de síntoma es utilizado para nombrar cualquier manifestación subjetiva negativa que aluda a una queja emocional en una persona (Hernández et al., 2012). Cuando los síntomas aumentan en número o intensidad y tienden a perdurar en el tiempo, se configura un patrón más delineado de padecimiento que se reconoce como trastorno psicopatológico (Echeverría Pérez, 2016). Derogatis (1994) clasifica los síntomas psicopatológicos, en nueve grupos o dimensiones sintomáticas: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. A pesar de que la estructura factorial de esta propuesta es aun materia de debate, su utilidad clínica resulta indiscutible y ha conducido a que el modelo sea aplicado en distintas poblaciones clínicas y no clínicas (Londoño et al., 2018; Muñoz et al., 2005; Sandin et al., 2008) y en diversos países (e.g., Dag, 1991; González de Rivera et al., 2002; Schmitz et al., 2000; Sereda & Dembitskyi, 2016).

Como fue mencionado previamente, el estudio de los síntomas psicopatológicos y los niveles de malestar percibido resulta particularmente relevante en población universitaria. Distintos estudios (e.g., Aldao et al., 2010; Hervás, 2011) han sugerido que una regulación deficiente de las emociones surgidas de un evento negativo, puede conducir a que el malestar y estrés asociado a este persistan en el tiempo. De este modo, fallos en la regulación emocional pueden provocar la aparición de sintomatología de diverso tipo, como ansiedad y depresión (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). La regulación emocional es la sumatoria de procesos extrínsecos e intrínsecos que la persona implementa con el objeto de iniciar, mantener, monitorear, modular o modificar las reacciones emocionales, ya sea en su ocurrencia, valencia, intensidad o duración, con el propósito de alcanzar determinados objetivos específicos (Thompson, 1994). Una taxonomía aceptada (Tull & Aldao, 2015) sugiere que los procesos de regulación emocional pueden clasificarse en *habilidades* (disposiciones estables acerca de la forma en la que las personas entienden, perciben y responden a sus experiencias emocionales) y *estrategias* (medios específicos que los individuos utilizan para influir en la experiencia y la expresión de las emociones).

Dos de los modelos más difundidos sobre regulación emocional basados en habilidades son el modelo clínico de Gratz y Roemer (2004) y el modelo afrontamiento adaptativo de las emociones de Berking (2000) y Berking y Whitley (2014). El modelo de Gratz y Roemer cuenta con gran aceptación en la literatura y sugiere la existencia de seis dificultades que las personas pueden experimentar al regular sus emociones: *Falta de aceptación emocional, Falta de consciencia emocional, Falta de claridad emocional, Dificultad para orientar el comportamiento dirigido a metas, Dificultad en el control de los impulsos y Acceso limitado a estrategias de regulación emocional*. Por su parte, el

modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones propone la interacción de distintas habilidades insertas en una situación específica para lograr una regulación emocional adaptativa (Naragon-Gainey et al., 2017). Al igual que el modelo de Gratz y Roemer, este modelo propone tanto habilidades de regulación emocional relacionadas con el procesamiento de las emociones (reconocimiento, identificación, claridad, conciencia), como habilidades de regulación relacionadas con la tolerancia y aceptación de las emociones (aceptación, tolerancia frente al malestar) y habilidades relacionadas con la gestión de las reacciones emocionales en sí mismas (uso flexible de estrategias, modificación adaptativa de las emociones). Entre las habilidades propuestas, cobra especial relevancia la capacidad de *aceptar* y *tolerar* los estados emocionales negativos, especialmente cuando la persona enfrenta situaciones en las cuales los estados emocionales no pueden ser alterados.

Al respecto, la capacidad de tolerar estados emocionales displacenteros o *tolerancia al estrés* (Zvolensky et al., 2011) ha atraído especial interés en los últimos diez años (Naragon-Gainey et al., 2017). Puede definirse como la capacidad de resistir, soportar o tolerar la exposición sostenida a emociones negativas o a estados internos de malestar emocional (Leyro et al., 2010; Simons & Gaher, 2005). La causa del creciente interés por esta capacidad radica en parte en sus implicancias transdiagnósticas en variadas formas de psicopatología y sintomatología (Ameral et al., 2017; Corstorphine et al., 2007; Cummings et al., 2013; Holliday et al., 2016; Keough et al., 2010; Zvolensky et al., 2010). Sin embargo, a pesar de su importancia, la evaluación de la tolerancia al estrés supone aún un desafío, y no se cuenta a la fecha con instrumentos validados para su evaluación en Argentina.

1.3. Propósito del estudio

De manera consistente, la literatura indica que los individuos que reportan mayores dificultades para regular sus emociones experimentan mayores niveles de malestar y resultan más vulnerables a presentar psicopatologías de diverso tipo (Aldao et al., 2010; Garnefski et al., 2001; Hervás, 2011; Khalil et al., 2020). Las dificultades para regular eficazmente las emociones cotidianas prolongarían los efectos del malestar en las personas e intensificarían la negatividad asociada a las emociones displacenteras que se están experimentando (Hervás, 2011; Mennin et al., 2007). Aunque existe una gran variedad de estudios acerca de las relaciones entre las habilidades de regulación emocional (e.g., control de los impulsos emocionales, identificación de las emociones) y la psicopatología (e.g., Aldao et al., 2010; Bjureberg et al., 2016; Fergus, & Bardeen, 2014; Vine & Aldao, 2014), la literatura registra pocos estudios en población hispanohablante. Por otro parte, respecto a la habilidad de tolerancia al estrés, ya que los estudiantes universitarios son propensos a sentir emociones negativas como ansiedad, frustración o aburrimiento (Graziano et al., 2007; Stallman, 2010), es posible que esta habilidad de regulación emocional tenga un efecto particular en esta población. No obstante, dada la relativa novedad del interés por esta variable, los estudios al respecto son aún escasos en la literatura, y nulos en el contexto latinoamericano.

Dada la previamente mencionada importancia que posee el bienestar para la población universitaria, conocer con exactitud los mecanismos que predicen, generan y sostienen el malestar y la psicopatología supone un paso previo para la promoción de la salud mental y el bienestar de los estudiantes. Por tanto, analizar el efecto de las distintas habilidades de regulación emocional sobre los síntomas psicopatológicos y los

niveles de malestar de estudiantes universitarios supone un valioso aporte al conocimiento actual. Analizar de manera conjunta tanto las habilidades de regulación emocional clásicamente analizadas en la literatura (e.g., aceptación emocional, acceso a estrategias de regulación emocional; Gratz & Roemer, 2004) como la habilidad de tolerancia al distrés, brindaría al estudio un enfoque actualizado que considere los distintos mecanismos que las personas utilizan para regular sus emociones (Berking, 2000). Por consiguiente, el objetivo de este estudio es analizar el rol de las habilidades de regulación emocional (i.e., tolerancia al distrés, Falta de aceptación emocional, Falta de consciencia emocional, Falta de claridad emocional, Dificultad para orientar el comportamiento dirigido a metas, Dificultad en el control de los impulsos, Acceso limitado a estrategias de regulación emocional) en los niveles de sintomatología psicopatológica y de malestar en estudiantes universitarios argentinos, analizando particularmente el rol de la tolerancia al distrés, a través de la adaptación y validación de la Escala de Tolerancia al Distrés (ETD).

2. Fundamentación teórica

2.1. Salud mental en población universitaria

En la actualidad, la formación universitaria es considerada un instrumento de cambio social puesto que siembra las bases para el desarrollo y crecimiento de las instituciones y los países y fortalece la vinculación con organismos extranjeros (De Wit, 2011; Romero et al., 2015). Por eso, desde hace años que el estudio de la población universitaria ha sido incorporado como un objetivo de alta relevancia en la agenda de políticas públicas e institucionales en América Latina (Centro Interuniversitario de Desarrollo, 2006). Esto cobra especial relevancia en Argentina, en donde, los discursos latinoamericanos de democratización e igualdad de las últimas décadas fomentaron la *masificación de la educación superior*, es decir al aumento exponencial en las matriculaciones universitarias (López Segrera, 2016; Rama, 2009). En efecto, las tasas de matriculación han reportado notorios aumentos (Martínez, 2011). Por ejemplo, en el período comprendido entre 2007 y 2017, el alza en las tasas de matriculación fue del 42.7% (Secretaría de Políticas Universitarias, 2020).

Sin embargo, los estudios indican que el porcentaje de estudiantes de universidades nacionales que finaliza sus estudios se encuentra solo entre el 17% y el 25% (García de Fanelli, 2014; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018; Medrano et al., 2010). Estas tasas resultan menores a las de otros países de la región como Brasil o Chile (Guadagni et al., 2019), que poseen menos estudiantes, pero más graduados. La lentificación o rezago académico también es una situación muy común, llevando a que carreras universitarias de cinco o seis años de duración se prolonguen en

el tiempo, con promedios de hasta diez años para algunas carreras (Guerra, 2015; Martinengo & Caretta, 2017; Ríos, 2007).

Desde una perspectiva individual, acceder a la educación superior entraña una serie de aspiraciones personales, sociales y familiares relacionadas con el futuro, la vocación y el éxito. Pero además, el inicio de este proceso ocurre por lo general en una etapa vital de transición y adaptación: el estudiante universitario ingresa al mundo de la adultez y se enfrenta a una nueva autonomía, a decisiones vocacionales, a diversos desafíos académicos y personales e, incluso en ocasiones, al alejamiento de sus familiares (Alarcón, 2019). Este escenario conduce al afrontamiento de presiones internas y externas que pueden afectar la salud mental de esta población (Chau & Vilela, 2017; Mateo Canedo et al., 2015).

Dadas estas condiciones, los estudiantes universitarios suelen presentar una alta vulnerabilidad al malestar, al agotamiento y a la aparición de problemas de salud mental en general (Cooke et al., 2006; del Valle et al., 2021; Micin & Bagladi, 2011; Wyatt & Oswalt, 2013). Por ejemplo, en distintos países latinoamericanos, los estudios han reportado que entre un 20% y un 50% de los estudiantes presentan sintomatología depresiva en distintos grados (e.g., Bartra Alegría et al., 2016; Czernik et al., 2006; Gutiérrez Rodas et al., 2010; López Hartmann, 2014; Soria Trujano et al., 2014). Los síntomas y trastornos de ansiedad serían incluso más prevalentes, alcanzando hasta al 58% de los estudiantes según Cardona-Arias et al. (2015). Además, algunos de estos estudios reportan que la prevalencia de sintomatología y de trastornos es mayor a las informadas para la población general (e.g., Sánchez et al., 2002; Stallman, 2010), y que suelen ser más altas en el caso de las mujeres que en el de los hombres (e.g., Gutiérrez

Rodas et al., 2010; Micin, & Bagladi, 2011).

Otros trastornos con un efecto perjudicial sobre el bienestar y que poseen alta incidencia en esta población son los trastornos alimentarios y del sueño, el *burnout*, las conductas autolesivas y la ideación y conducta suicidas (Blandón Cuesta et al., 2015; Cova et al., 2007; Escuderos et al., 2017; Solimán et al., 2015). En México, Galván-Molina et al. (2017) encontraron que las psicopatologías más frecuentes en estudiantes de Medicina fueron depresión (24%), TDAH (28%) y ansiedad (13%). También reportan que la prevalencia del síndrome de *burnout* de nivel alto era del 13.4% y que la quinta parte de los participantes presentó consumo perjudicial de alcohol y tabaco. En Chile, Herrera y Rivera (2011) indican que el 36% de los estudiantes que participaron de su estudio presentaban malestar psicológico, y que los síntomas más comúnmente reportados eran agobio, tensión, falta de concentración, falta de disfrute, depresión, pérdida de sueño e incapacidad para enfrentar problemas.

En otros países no latinoamericanos se han reportado resultados similares. Por ejemplo, Delgado-Gómez et al. (2019) hallaron en población universitaria española que el tipo de sintomatología más común eran las obsesiones y compulsiones, seguidos por ansiedad, psicorreactividad, hipersensibilidad, hostilidad y somatizaciones. De igual manera, Oro et al. (2019) indican que los estudiantes españoles de Medicina evaluados presentaban síntomas psicopatológicos en niveles similares a los de los pacientes psicósomáticos con los que el instrumento utilizado había sido baremado.

Los estudiantes indican que las causas de estos niveles de malestar son, principalmente, las demandas académicas, la presión sobre las calificaciones, la intensidad horaria, la falta de sueño y las presiones económicas y familiares (Arrieta

Vergara et al., 2014; Gutiérrez Rodas et al., 2010). Este deterioro en la salud mental percibido por los estudiantes universitarios se encuentra relacionado con su bienestar emocional y su calidad de vida (Baader et al., 2014; Khalil et al., 2020) y afecta directamente al rendimiento académico y al abandono institucional (Andrews & Wilding 2010; Eisenberg et al., 2009; Gallego Villa, 2010; Mega et al., 2014). El malestar y los problemas de salud mental comprometen en los estudiantes la capacidad de adquirir nuevos aprendizajes, de relacionarse con los demás y de cursar asignaturas y rendir exámenes (Urquijo et al., 2013). Muchas investigaciones orientadas a explicar las causas del rezago y la deserción en estudiantes universitarios han destacado la influencia de factores psicopatológicos. La presencia de síntomas de este tipo ha sido asociada de forma directa a un mayor número de exámenes desaprobados y a menor regularidad en la carrera (Arévalo García et al., 2019; Tisocco et al., 2019; Urquijo et al., 2013). También Vargas et al. (2011) determinaron que la presencia de algún trastorno mental se asociaba directamente con el promedio académico.

Por lo antedicho, resulta de valor conocer los factores que inciden, afectan y sostienen los niveles de malestar, sintomatología y psicopatología en esta población. El creciente número de estudiantes que albergan las universidades nacionales argentinas desde el inicio de los procesos de democratización de la educación superior, representa una gran responsabilidad y un desafío, puesto que debe garantizarse la permanencia de los estudiantes a través de, entre otras cosas, el fortalecimiento de su bienestar. Así, profundizar el conocimiento sobre los procesos de bienestar y psicopatología en esta población resulta de interés para detectar y analizar sistemáticamente potencialidades y déficits en los estudiantes que permitan diseñar e implementar intervenciones orientadas a la optimización y promoción de la salud mental de los estudiantes universitarios, con

efectos de transferencia sobre el curso y desarrollo de sus estudios de educación superior (Sharp & Theiler, 2018). Estos conocimientos también podrían permitir una mayor adecuación de las políticas educativas y de los planes de estudio, y pueden utilizarse para mejorar y potenciar la calidad de vida y la salud mental y física de todos los actores sociales de nivel académico superior.

2.2. Síntomas psicopatológicos y malestar

La Psicopatología ha sido conceptualizada como la disciplina que organiza, estudia y clasifica la conducta anómala y las alteraciones que de ella pudieran desprenderse. Se ocupa de la observación y el estudio de las expresiones de perturbaciones mentales y psíquicas, y permite la delimitación de los comportamientos anormales definidos como tales sobre ciertos criterios sociales (Belloch et al., 2008). Así, el diagnóstico psicopatológico se basa en la existencia de determinados signos en la conducta de las personas, los cuales revelarían la presencia de una determinada patología. Estos signos suelen denominarse síntomas.

Un síntoma psicopatológico es una manifestación puntual expresada en el plano conductual, cognitivo o emocional y que se considera signo de un malestar subyacente, en ocasiones asociado a una enfermedad mental o psicológica (Rojas Malpica et al., 2014). Similarmente, la *American Psychiatric Association* (APA, 2014) sostiene que un síntoma es una manifestación subjetiva y personal de un estado psicológico que genera algún tipo de malestar. Por ejemplo, la depresión es un trastorno psicopatológico caracterizado por una tristeza profunda con una duración de al menos dos semanas (Belló et al., 2005) y algunos de los síntomas de la depresión son un estado de ánimo negativo, una disminución del placer y del interés, una modificación significativa en los

hábitos de alimentación y sueño, la aparición de fatiga y de dificultades para concentrarse y la presencia de pensamientos de desvalorización y culpa (APA, 2014).

La sintomatología psicopatológica, entonces, se entiende como el conjunto de dimensiones sintomáticas asociadas a distintos tipos y niveles de malestar psicológico, tales como la depresión, la ansiedad, las somatizaciones, entre otras (Derogatis, 1983; Tisocco et al., 2019). En este sentido, los síntomas pueden en ocasiones presentarse de manera más aislada y no necesariamente asociados a un trastorno más general, aunque no por ello su ocurrencia supone menores niveles de malestar. Así, el malestar psicológico supone distintos grados o niveles de estrés, nerviosismo, desasosiego y sufrimiento y puede representar distintas formas o manifestaciones subjetivas negativas referidas a las quejas emocionales en una persona (Hernández et al., 2012). Cuando los síntomas aumentan en número o intensidad y tienden a perdurar en el tiempo, se configura un patrón más delineado de padecimiento que se reconoce como trastorno psicopatológico (Echeverría Pérez, 2016).

A partir del estudio de los distintos síntomas psicopatológicos, la Psicología ha intentado la clasificación de la conducta para poder identificar en los individuos distintos patrones o categorías que brinden una mayor comprensión de las características de cada padecimiento (Adams et al., 2002). En particular, Derogatis (Derogatis et al., 1973; Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis, 1977, 1983, 1994) clasifica los síntomas psicopatológicos, en nueve grupos o dimensiones sintomáticas según su afinidad (y un grupo de síntomas adicionales de relevancia clínica, principalmente relacionados con conductas de alimentación, higiene del sueño, sentimiento de culpa e ideación suicida). Las nueve dimensiones sintomáticas son

Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. En la tabla 1 se presenta un breve resumen de cada una de estas dimensiones.

Tabla 1

Caracterización de las dimensiones psicopatológicas propuestas por Derogatis (Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis, 1977, 1983)

<i>Dimensión</i>	<i>Breve caracterización</i>
<i>Somatizaciones</i>	Esta dimensión refiere a todas aquellas manifestaciones de disfunción corporal e incluye síntomas neurovegetativos en general. Especialmente se listan aquí afecciones cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales y musculares, como por ejemplo, dolores de cabeza, mareos, dolores musculares, dificultades para respirar, entumecimiento en el cuerpo, náuseas, etc.
<i>Obsesiones y compulsiones</i>	Este grupo de síntomas incluye todos aquellos pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como absurdos, angustiantes e indeseados, pero difíciles de resistir o evitar. Se consideran por tanto las dificultades para concentrarse, los impulsos de realizar las cosas de forma metódica y reiterada, los pensamientos intrusivos, la preocupación por el aseo y la organización, etc.
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	Esta dimensión comprende sentimientos de inferioridad, vergüenza, timidez, inadecuación e hipersensibilidad a opiniones y actitudes ajenas. De forma general, la dimensión refiere a la inhibición frente a las relaciones con los demás. Se consideran aquí la incomodidad frente a los demás, el sentirse cohibido o inferior a los demás, la aprensión al comer o beber en público, etc.
<i>Depresión</i>	Dentro de esta dimensión se engloban todos aquellos síntomas clínicos característicos de las vivencias disfóricas y los trastornos depresivos, tales como el estado de ánimo disfórico, la falta de motivación, la falta de energía vital, los sentimientos de desesperanza, las ideaciones suicidas, los pensamientos personales de culpa, el llanto, la pérdida de interés, etc.
<i>Ansiedad</i>	En este grupo se incluyen las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda. Se consideran tanto los síntomas de tensión emocional como sus correspondientes manifestaciones psicósomáticas y cognitivas, a saber, nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos, palpitaciones, temores, inquietud, aprensión, pensamiento de que algo malo va a ocurrir, etc.
<i>Hostilidad</i>	La dimensión hostilidad comprende aquellos pensamientos, sentimientos y acciones representativos de afectos negativos relacionados con la ira, la rabia, el resentimiento y la agresividad, por ejemplo, los arrebatos de cólera, los sentimientos de enfado o irritación, los impulsos de dañar o golpear a otros, la presencia de discusiones frecuentes con los demás y la necesidad de gritar, arrojar cosas o estrellar objetos.
<i>Ansiedad fóbica</i>	En este grupo se consideran las diversas variantes de las manifestaciones fóbicas, es decir, las respuestas persistentes y desmesuradas de miedo irracional, temor, evitación o huida frente a

	un elemento específico, sea este una persona, un lugar, un objeto, o una situación. Se consideran particularmente aquí los síntomas representativos de la agorafobia y la fobia social.
<i>Ideación paranoide</i>	Esta dimensión está constituida por los distintos síntomas de la paranoia y la ideación paranoide. Se engloban la suspicacia, la ideación delirante, los pensamientos y actitudes de grandiosidad, el temor a la pérdida de autonomía, la necesidad de control, la sensación de que los problemas propios son culpa de los otros, etc.
<i>Psicoticismo</i>	Esta dimensión está compuesta por diversos síntomas del espectro psicótico, entre los que se incluyen sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, pensamiento de que otros controlan las ideas propias, carencia de relaciones íntimas, pensamientos inquietantes sobre el sexo, ideaciones sobre ser castigado, etc.

En función la clasificación de estas nueve dimensiones sintomáticas, Derogatis et al. (1973) presentaron el *Symptom Check List - 90* (SCL-90), un instrumento de evaluación para indagar la presencia de estos síntomas, su intensidad y el malestar derivado de ellos en una escala de *screening* clínico de 90 ítems. Dichos ítems se distribuyen según las dimensiones previamente mencionadas. Adicionalmente, el instrumento brinda tres índices generales que indican el total de síntomas reconocidos como presentes, la intensidad de los síntomas presentes y el malestar global percibido. Este último resulta sensible al sufrimiento psicológico general del sujeto, combinando el número de síntomas reportado y la intensidad del malestar de cada uno de ellos (Sánchez & Lesdema, 2009). Cuatro años más tarde, una vez que la versión original fuera evaluada, modificada y validada, Derogatis (1977) publica la versión revisada del SCL-90, el *SCL-90-R*, aunque solo tres de los ítems del instrumento sufren modificaciones. La escala constituye una medida de clivaje sensible para indagar estados sintomáticos, ha sido adaptada y validada en distintos países (e.g., Dag, 1991; Schmitz et al., 2000; Sereda & Dembitskyi, 2016; Shanahan et al., 2001) y es ampliamente utilizada en todo el mundo, tanto con población general como con

población clínica de diverso tipo (Londoño et al., 2018; Muñoz et al., 2005; Sánchez & Ledesma, 2009; Sandin et al., 2008).

Como fue mencionado previamente, el estudio de los síntomas psicopatológicos y los niveles de malestar percibido resulta particularmente relevante en población universitaria. Sin embargo, las causas para el surgimiento de este malestar pueden tener distintos orígenes vinculados con factores tanto externos (e.g., sociales, económicos, familiares) como internos (i.e., psicológicos). En esta línea, distintos estudios han sugerido que una regulación deficiente de las emociones surgidas de un evento negativo, puede conducir a que el malestar y estrés asociado a este persistan en el tiempo (e.g., Aldao et al., 2010; Hervás, 2011). De este modo, fallos en la regulación emocional pueden provocar la aparición de sintomatología de diverso tipo, como la ansiedad y la depresión (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011).

2.3. Emociones en el ámbito académico

Las emociones son respuestas adaptativas del organismo que surgen para hacer frente a una situación que resulta relevante para el cumplimiento de los objetivos personales (Mulligan & Scherer, 2012). Shariff y Tracy (2011) y Tooby y Cosmides (2008) plantean una perspectiva evolutiva y funcional de las emociones y destacan que las mismas refieren a las series generalizadas y coordinadas de procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos que conducen a que el organismo se adapte a las demandas de su entorno. Similarmente, Mauss et al. (2005) indican que las emociones son las reacciones afectivas coordinadas de patrones fisiológicos, conductuales y experienciales de una persona.

Acerca de la funcionalidad de estos procesos afectivos, distintas propuestas sostienen que las emociones permitieron evolutivamente dar respuesta a distintos tipos de problemas de naturaleza adaptativa, aumentando las posibilidades de propagar el material genético (Tooby et al., 2003). Otros autores destacan la importancia social de estos procesos puesto que las emociones harían posible la transmisión de información relevante a los demás sobre la intencionalidad de la conducta (Gross, 1999). En un sentido sociológico, Hochschild (2002) sostiene que aunque las emociones se expresen principalmente en el cuerpo, las mismas no representan funciones exclusivamente biológicas, sino que involucran aspectos creados por la cultura, desde la forma en que manejamos las emociones, hasta el modo en que las expresamos. Sin embargo, la transculturalidad de las mismas permitiría que este proceso comunicativo sea rápido, eficaz y preciso (Shariff & Tracy, 2011).

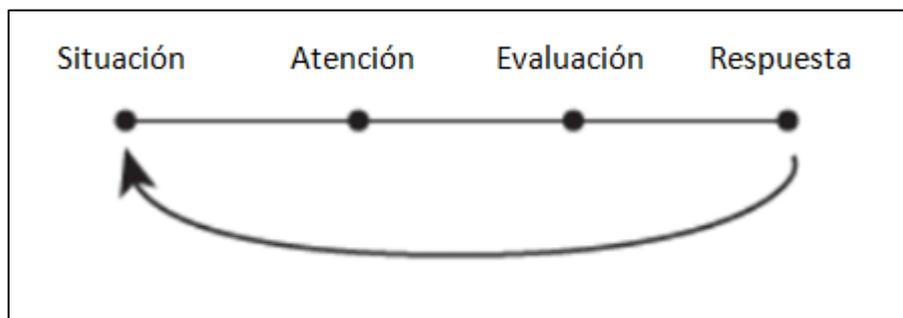
Gross (2014) señala tres características principales de las emociones. La primera es que las mismas surgen como consecuencia de una evaluación de una situación o evento que resulta relevante o significativo de alguna manera para el sujeto: en función de la interpretación que el individuo realice de dicha situación, se desplegará una emoción concomitante. La segunda característica es que, como ya fue mencionado, las emociones no son respuestas unitarias, sino multifacéticas, y por lo tanto se despliegan en el plano fisiológico, en el conductual y en el cognitivo de forma coordinada (Mauss et al., 2005; Moors, 2009). Por último, las emociones son modificables puesto que es posible que la persona implemente distintos mecanismos para que estas varíen en su curso o intensidad (Gross, 2014; Koole, 2009; McRae & Gross, 2020).

Según el modelo *Modal de la Emoción* (Barrett et al., 2007; Gross, 2014; Gross

& Thompson, 2007), uno de los más ampliamente aceptados para comprender el proceso de generación de las emociones (Moors, 2009), cada emoción representa una transacción entre una persona y una situación. Así, el modelo propone que el proceso emocional empieza a partir de una *situación* externa (un estímulo externo, desde un animal peligroso, hasta un examen) o interna (una representación mental, un recuerdo, una sensación física, etc.) que constituye un evento relevante para el sujeto y sus objetivos. Este evento produce un *despliegue atencional* por parte del sujeto, es decir, este brinda su atención dado que la situación le resulta relevante. Seguidamente, el sujeto genera alguna *evaluación* de ese evento (Koole & Rothermund, 2011; Scherer, 2004; Tran et al., 2011), en función de la cual se sucederá una *respuesta* expresada en cambios subjetivos, neurobiológicos y comportamentales coordinados (Mauss et al., 2005). Las diferencias en los modos de evaluar una misma situación suelen considerarse la causa de las diferencias interindividuales a la hora de responder de una u otra forma en particular (Roseman & Smith, 2001). Finalmente, estas respuestas emocionales multifacéticas pueden redundar en modificaciones de la situación inicial, por lo que el ciclo vuelve a iniciarse (Moors, 2009). La figura 1 muestra una representación gráfica de este modelo.

Figura 1

Modelo Modal de la Emoción, adaptado de Gross (1999, 2014) y Gross y Thompson (2007).



Ahora bien, las emociones cumplen un rol fundamental en la vida académica de los estudiantes (Jacobs & Gross, 2014). Por ejemplo, las emociones de valencia positiva como la motivación o la alegría favorecen los niveles de atención, concentración y retención (Fredrickson, 2005; Oros et al., 2011), y la serenidad, reduce las dificultades para concentrarse y los niveles de inquietud motriz (Nadeau, 2001). En cambio, las emociones de valencia negativa como la tristeza o el enojo reducen el rendimiento en exámenes, la capacidad de concentración, el procesamiento de la información, la salud mental en general y el éxito académico (Domínguez-Lara et al., 2017; Gross & Thompson, 2007; Gumora & Arsenio, 2002; Owens et al., 2012). La literatura también ha mostrado de forma sistemática que altos niveles de ansiedad tienden a afectar el desempeño de los estudiantes, el estudio y la ejecución de exámenes, repercutiendo, por tanto, en el éxito académico (Ávila-Toscano et al. 2011; Chapell et al., 2005; Contreras et al., 2005; Dominguez-Lara et al., 2017; González et al., 2011; Zhang & Henderson, 2014). Por ejemplo, Owens et al. (2012) evaluaron a niños en edad escolar y encontraron que la afectividad negativa de la ansiedad y la depresión, empobrecía el desempeño al interferir con el procesamiento de la información. Por lo tanto, cuando las emociones se manifiestan en el momento equivocado o con un nivel de intensidad inadecuado, pueden volverse disruptivas, demandantes o interferir con las metas de los estudiantes (Gross & Thompson, 2007). En consecuencia, frente a este tipo de situaciones, es necesario que los estudiantes pongan en marcha un proceso complementario de regulación de la emoción (Pekrun & Linnenbrick-García, 2012).

2.4. Regulación emocional

La regulación emocional o regulación de la emoción es la sumatoria de procesos

extrínsecos e intrínsecos que la persona implementa con el objeto de iniciar, mantener, monitorear, modular o modificar las reacciones emocionales, ya sea en su ocurrencia, valencia, intensidad o duración, con el propósito de alcanzar determinados objetivos específicos (Thompson, 1994). Como puede observarse, la definición es amplia y abarca diversos mecanismos regulatorios (Koole, 2010; Rottenberg & Gross, 2003; Thompson & Calkins, 1996). Según Gross y Thompson (2007) la regulación emocional refiere a la activación de mecanismos, habilidades y estrategias con el objeto de sostener, incrementar o suprimir un estado afectivo en curso. Similarmente, Zelazo y Cunningham (2007) aseveran que la regulación emocional es la modulación y autorregulación deliberada de las emociones a través del procesamiento cognitivo consciente, y Koole (2009) también destaca el aspecto volitivo de este proceso. No obstante, otros autores (e.g., Fitzsimons & Bargh, 2004; Gross, 2014) sostienen que la regulación emocional puede ser tanto consciente y deliberada como inconsciente o automática. De esta manera la regulación emocional podría iniciarse de manera consciente, y volverse progresivamente automática mediante el uso rutinario, sistemático y frecuente de determinados mecanismos o estrategias, demandando cada vez menos recursos atencionales (Andrés, 2014; Gross & Thompson, 2007).

Las personas son capaces de regular tanto las emociones positivas como las de valencia negativa, tanto si el objetivo es disminuirlas como aumentarlas (Gross & Thompson, 2007). A pesar de ello, la mayoría de los estudios sobre regulación emocional han abordado más frecuentemente la reducción o disminución de las reacciones de valencia negativa (Andrés, 2014; Gross et al., 2006). Además, es importante destacar que ningún mecanismo regulatorio debería suponerse como bueno o adaptativo en sí mismo. En lugar de ello, los mecanismos de regulación emocional

deberían siempre ser juzgados en función de las condiciones particulares de cada situación, las necesidades del individuos y los contextos en los que se despliegan (Aldao, 2013; Gross & Thompson, 2007; Thompson & Calkins, 1996). A pesar de ello, la mayoría de los modelos teóricos sobre regulación emocional proponen que determinados mecanismos o estrategias son mejores o más adaptativos que otros. Por ejemplo, Garnefski et al. (2001) proponen un modelo basado en la existencia de nueve estrategias cognitivas de regulación emocional, y las dividen en adaptativas y desadaptativas. Aunque según este modelo la rumiación sería una estrategia desadaptativa, estudios recientes (e.g., Krys et al., 2020) han confirmado el potencial efecto positivo sobre el rendimiento académico de la rumiación orientada a objetivos.

Otras aproximaciones teóricas proponen la existencia de otros mecanismos, y la literatura los ha clasificado como funcionales o disfuncionales dependiendo de la evidencia empírica sobre sus efectos. Por ejemplo, la supresión de la expresión emocional sería una estrategia disfuncional o desadaptativa (e.g., Kaplow et al., 2014; Mauss & Gross, 2004), mientras que la relajación progresiva sería una habilidad funcional o adaptativa (e.g., Dayapoğlu & Tan, 2012; Varvogli & Darviri, 2011). No obstante, el hecho de que exista cierta tendencia general en ciertos mecanismos (i.e., la relajación) a resultar adaptativos, ello no necesariamente implica que su uso resulte siempre funcional en todas aquellas situaciones en las que podría aplicarse.

Ahora bien, Koole (2009) propone que los procesos de regulación emocional cumplen principalmente dos funciones: (1) permitir a los individuos perseguir objetivos personales (que acarrear bienestar y crecimiento personal) y (2) alcanzar necesidades hedónicas (incrementar las sensaciones placenteras y disminuir el displacer). Puesto que

en ocasiones es necesario atravesar ciertas situaciones displacenteras para alcanzar logros mayores a largo plazo (e.g., estudiar para aprobar un examen), estas dos funciones pueden no necesariamente coincidir, o inclusive entrar en conflicto directo (Tamir et al., 2007; Webb et al., 2012). Así, si los beneficios futuros guardan más relevancia que los beneficios inmediatos, una persona podría optar por experimentar emociones negativas que a largo plazo le supongan un beneficio (Tamir, 2009).

La regulación emocional suele entenderse como un conjunto de *mecanismos*, entre los cuales se engloba el uso de *estrategias* de regulación emocional y de *habilidades* de regulación emocional. Las estrategias son todos aquellos esfuerzos específicos orientados a influenciar la generación o manifestación de una emoción (Aldao & Tull, 2015). De forma más abarcativa, las habilidades de regulación emocional expresan los modos prototípicos de entender, observar y responder a las emociones que se experimentan. Las habilidades explican la forma en la que las personas entienden y conectan con sus emociones, el modo en que las aceptan, toleran, monitorean, entienden, interpretan y evalúan; también involucran la capacidad para distinguir entre distintos estados emocionales y para gestionar flexiblemente las reacciones conductuales.

Aunque las estrategias y las habilidades de regulación emocional suponen nociones distinguibles, también suponen perspectivas complementarias, puesto que ambos procesos establecen relaciones bidireccionales entre sí. En este sentido, las habilidades podrían ser consideradas como un proceso de orden más amplio o abarcativo que las estrategias (que resultarían más específicas). No obstante, muchos estudios que analizan el rol de la regulación emocional en la psicopatología, no realizan

una distinción entre estos tipos de mecanismos (e.g., Aldao et al., 2010), aunque resulta recomendable discriminarlos (Tull & Aldao, 2015). Por otro lado, cuando se analizan las habilidades de regulación emocional, muchos estudios analizan la contribución de las mismas de manera unitaria (e.g., Allan et al., 2014; Vine & Aldao, 2014), y pocos son los estudios que analizan el efecto conjunto de distintas habilidades. Respecto de los modelos basados en estrategias, el modelo de Proceso de Gross (2014) y el modelo de Garnefski et al. (2001) son dos de los más difundidos.

2.4.1. Modelos de estrategias de regulación emocional

El modelo de Proceso postula que existen cinco conjuntos de estrategias que permiten regular las emociones, y se clasifican en función del momento del desarrollo de la emoción sobre el que influyen: *Selección de la situación* (la persona tiende a experimentar o a evitar distintos tipos de estímulos en función de la respuesta que le pudieran provocar), *Modificación de la situación* (realizar cambios en el estímulo mismo para que esta nueva reconfiguración haga variar la reacción emocional que pudiera generarse), *Despliegue atencional* (selección de los aspectos de la situación sobre los cuales se centrará la atención), *Cambio cognitivo* (influir sobre la evaluación realizada para modificar la emoción concomitante; e.g., Reevaluación positiva) y *Modulación de la respuesta* (alterar las tendencias de respuesta una vez que estas han sido puestas en marcha; e.g., Supresión de la expresión emocional). Los primeros cuatro conjuntos de estrategias, se encuentran centrados en la modificación del proceso antecedente de una emoción. En cambio, las estrategias ligadas a la modulación de la respuesta emocional se encuentran orientadas al consecuente de la reacción emocional, es decir, a la modificación de la respuesta una vez que esta ya ha iniciado.

Por otro lado, la propuesta de Garnefski et al. (2001) plantea que la regulación emocional se ejerce por medio de una serie de estrategias cognitivas que la persona implementa durante una situación negativamente evaluada, o bien luego de que la misma ha acontecido. Las nueve estrategias de este modelo son: *Culpar a otros* (atribuir a otros la culpa por la ocurrencia de los sucesos negativos), *Autoculparse* (echarse a sí mismo la culpa por los sucesos negativos), *Rumiación* (focalización constante y sistemática sobre los pensamientos y sentimientos negativos que surgen del evento negativo), *Catastrofización* (exacerbar los aspectos negativos del evento y reforzar la gravedad del mismo), *Poner en perspectiva* (comparar el evento negativo con otros para disminuir la gravedad del mismo), *Reinterpretación positiva* (dotar de un nuevo significado positivo al suceso negativo experimentado), *Focalización en los planes* (identificar la mejor forma para afrontar el evento negativo y cuáles son los pasos a seguir), *Focalización positiva* (concentrarse en situaciones alegres y placenteras que quiten la atención de los pensamientos asociados al evento negativo) y *Aceptación* (promover de pensamientos tendientes a aceptar que el suceso negativo efectivamente ha ocurrido). Las primeras cuatro estrategias mencionadas son consideradas desadaptativas, dado que su implementación tiende a asociarse con resultados emocionales, cognitivos y comportamentales negativos (Garnefski & Kraaij, 2006). El resto de las estrategias del modelo son consideradas como adaptativas, en la medida en que su implementación da lugar a resultados favorables para las personas que facilitan su adaptación al ambiente y estimulan su bienestar (Garnefski et al., 2017).

Los estudios que evalúan el uso de las distintas estrategias del modelo de Garnefski et al. (2001) han aportado evidencias acerca de la relación entre la regulación emocional y la psicopatología. Por ejemplo, Garnefski et al. (2005) determinaron que

mayores problemas de internalización (específicamente trastornos del estado del ánimo, ansiedad y depresión) estaban asociados con un mayor uso de las estrategias desadaptativas como Autoculparse, Rumiación y Catastrofización, y con un menor uso de la estrategia Reinterpretación Positiva. Garnefski et al. (2017) hallaron un patrón similar asociado a la hostilidad. Potthoff et al. (2016), en un estudio transcultural realizado en distintos países europeos, encontraron un patrón consistente de asociación entre los niveles de depresión y ansiedad y un mayor uso de las estrategias de Autoculparse, Culpar a Otros, Rumiación y Catastrofización, y un menor uso de las estrategias adaptativas de Reinterpretación positiva, Refocalización positiva, Refocalización en los planes y Poner en perspectiva. Otras investigaciones similares, respaldan este tipo de resultados sobre la incidencia del uso de estrategias adaptativas y desadaptativas en el desarrollo y mantenimiento de sintomatología de distinto tipo (Alizade et al., 2016; del Valle et al., 2018, 2021; Garland et al., 2011; Garnefski et al., 2004; Ghorbani et al., 2017; Martin & Dahlen, 2005).

2.4.2. Modelos de habilidades de regulación emocional

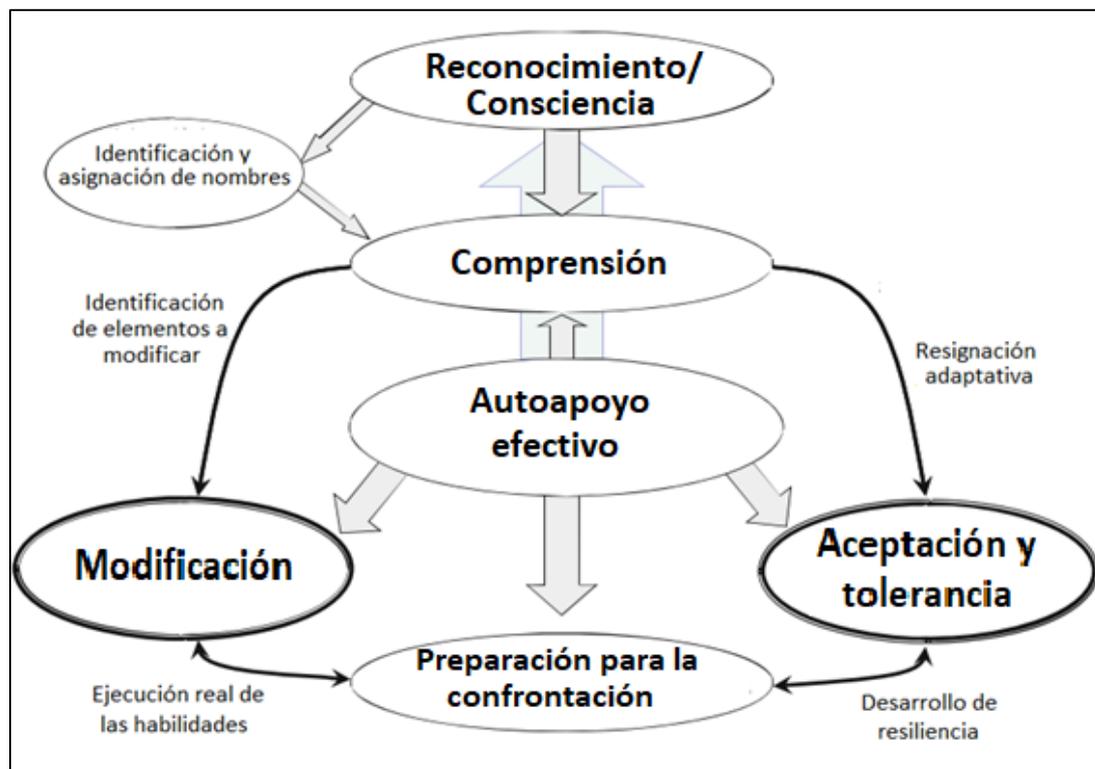
Independientemente de en qué aproximación teórica se haga foco, la habilidad de utilizar de manera flexible las distintas estrategias de regulación emocional (de manera que la persona pueda responder a sus necesidades y perseguir y alcanzar sus objetivos) potencia y facilita el recorrido por las demandas cotidianas (Tull & Aldao, 2015). De esta manera, el uso flexible de las estrategias de regulación sería una habilidad de regulación emocional (Gratz & Roemer, 2004). Como ya fue mencionado, las habilidades de regulación emocional expresan los modos prototípicos de entender, observar y responder a las emociones y podrían considerarse como un proceso de un

orden superior al de las estrategias: las habilidades de regulación emocional incluso podrían influenciar el tipo de estrategias que se utilizan en un contexto dado, su correcta implementación y, en última instancia, el éxito de las mismas (Tull & Aldao, 2015).

Dos de los modelos más difundidos sobre regulación emocional basados en habilidades son el modelo afrontamiento adaptativo de las emociones de Berking (2000) y Berking y Whitley (2014) y el modelo clínico de Gratz y Roemer (2004). En primer lugar, el modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones propone la interacción de distintas habilidades insertas en una situación específica para lograr una regulación emocional adaptativa (Naragon-Gainey et al., 2017). El modelo, sus componentes y sus interrelaciones se representan en la figura 2.

Figura 2

Modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones (adaptado de Berking & Whitley, 2014).



Este modelo postula la existencia de siete habilidades de regulación emocional. La primera es la habilidad para *ser consciente* de las emociones que se están experimentando, reconocerlas y estar al tanto de las mismas. La segunda habilidad reside en ser capaz de *identificar y nombrar correctamente las emociones*, es decir, etiquetar la experiencia emocional con la categoría semántica apropiada para describirla. La tercera es la habilidad para *comprender las emociones*, específicamente, refiere al conocimiento acerca de las emociones mismas y a la capacidad para determinar correctamente qué causa y qué mantiene una emoción. Luego, las emociones pueden, o bien ser modificadas o bien ser toleradas y aceptadas (dependiendo de la situación y de la persona). Así, la cuarta habilidad del modelo es *la modificación adaptativa de las emociones*, la cual radica en la implementación de cambios en la cualidad, intensidad o duración de una emoción a través de la puesta en marcha de distintas estrategias de regulación. La quinta habilidad es la *aceptación y tolerancia* de los estados emocionales negativos. Esta habilidad reviste particular importancia cuando la persona enfrenta situaciones en las cuales los estados emocionales no pueden ser alterados. La capacidad de aceptar y tolerar emociones de carácter negativo, reduce el uso de estrategias evitativas o desadaptativas, como la Supresión de la expresión emocional (Naragon-Gainey et al., 2017). La sexta habilidad del modelo es el *acercamiento y confrontación* de situaciones que pueden desencadenar emociones negativas. Por último, la séptima habilidad supone la capacidad de *brindarse a sí mismo soporte y apoyo* frente a situaciones estresantes. Esta habilidad permite a las personas estabilizar el propio estado anímico a través de la auto-compasión, la auto-motivación y la auto-instrucción.

El uso coherente, coordinado, flexible y contextualizado de las distintas

habilidades del modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones permite la regulación adaptativa de las emociones. No obstante, Berking y Whitley (2014) consideran que las habilidades de regulación emocional más cruciales para la salud mental son la *modificación* de emociones negativas y la *aceptación y tolerancia* de las mismas. En este sentido, a pesar de que, por ejemplo, el *reconocimiento* de las emociones es de suma importancia, es considerado como un proceso previo o facilitador de estas dos principales habilidades.

Por su parte, el modelo del Gratz y Roemer (2004) posee una marcada impronta clínica y supone un importante aporte en la evaluación de las dificultades que las personas pueden experimentar al regular sus emociones (John & Eng, 2014). Los autores sostienen que regular las emociones no es sinónimo de controlarlas o limitarlas, y que reviste también especial importancia, no sólo la modificación de las emociones, sino también su reconocimiento, comprensión, monitoreo, valoración y aceptación. En función de ello, proponen un modelo de seis dificultades que las personas pueden experimentar al regular sus emociones: *Falta de aceptación emocional* (no aceptar las emociones y tener reacciones de culpa, vergüenza o enfado frente a las propias emociones), *Falta de consciencia emocional* (dificultad para atender, reconocer y tener consciencia de los propios estados emocionales), *Falta de claridad emocional* (confundir las emociones o tener dificultades para identificarlas o distinguir las), *Dificultad para orientar el comportamiento dirigido a metas* (incapacidad para concentrarse y dirigir el comportamiento para alcanzar objetivos cuando se experimentan emociones negativas), *Dificultad en el control de los impulsos* (dificultades para controlar las reacciones conductuales vinculadas a emociones negativas) y *Acceso limitado a estrategias de regulación emocional* (incapacidad para regular las emociones de forma efectiva

mediante el uso coordinado y flexible de estrategias).

El modelo de Gratz y Roemer (2004) cuenta con gran aceptación en la literatura y el instrumento que los autores desarrollan para su evaluación (i.e., *Difficulties in Emotion Regulation Scale* -DERS- [Escala de dificultades en la Regulación Emocional]) ha sido adaptado a diversos idiomas (e.g., Giromini et al., 2012; Hervás & Jódar, 2008; Medrano & Trógolo, 2014; Mitsopoulou et al., 2013). Sin embargo, aunque la estructura de seis factores del modelo ha sido replicada por algunos estudios (e.g., Mattos Machado et al., 2020; Mitsopoulou et al., 2013; Rugancı & Gençöz, 2010), muchos otros reportan problemas en la estructura factorial (e.g., Bardeen et al., 2012; Cho & Hong, 2013; Hallion et al., 2018; Kökönyei et al., 2014; Marín Tejeda et al., 2012; Osborne et al., 2017), y especialmente problemas referidos a la subescala Falta de conciencia emocional, su validez y su confiabilidad (e.g., Koich Miguel et al., 2017; Lee et al., 2016; Muñoz-Martínez et al., 2016; Rugancı & Gençöz, 2010). En la adaptación argentina de la escala DERS, Medrano y Trógolo (2014) replican la estructura de Gratz y Roemer de seis factores en población universitaria, aunque con baja confiabilidad para la subescala Acceso limitado a estrategias de regulación emocional ($\alpha = .54$) y con baja validez para la subescala Falta de conciencia emocional.

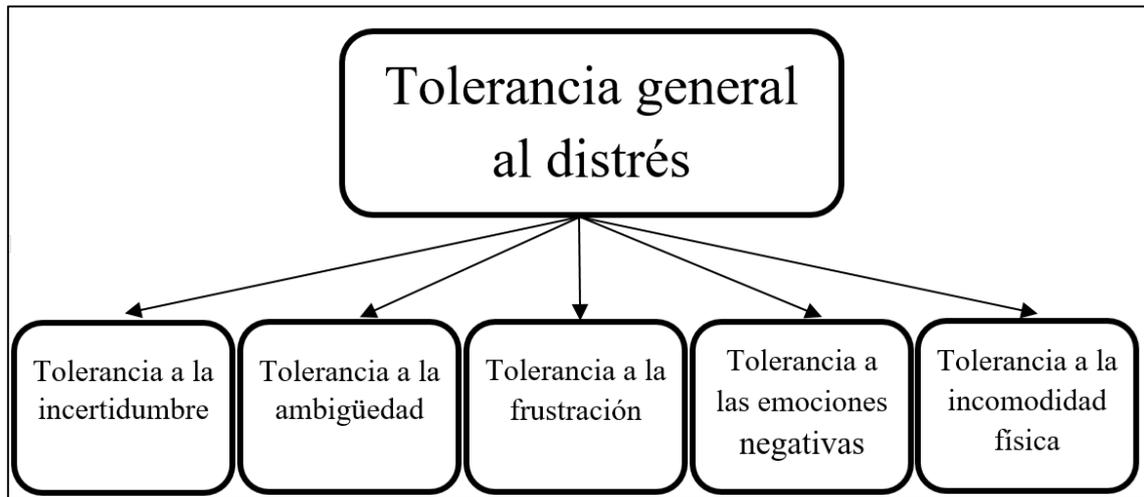
Finalmente, como puede observarse, tanto el modelo de Gratz y Roemer (2004) como el modelo de Berking (2000) distinguen entre las habilidades de regulación emocional relacionadas con el procesamiento de las emociones (reconocimiento, identificación, claridad, conciencia, comprensión), las habilidades de regulación relacionadas con la tolerancia y aceptación de las emociones (orientación de la conducta cuando se experimentan emociones negativas, aceptación, tolerancia frente al malestar)

y las habilidades referidas a la gestión o modificación de las reacciones emocionales en sí mismas (uso flexible de estrategias, control de los impulsos, modificación adaptativa de las emociones). Por su parte, la capacidad de tolerar estados emocionales displacenteros (Zvolensky et al., 2011) ha atraído especial interés en los últimos diez años (Naragon-Gainey et al., 2017).

La tolerancia al estrés puede definirse de manera amplia como la capacidad de resistir, soportar o tolerar la exposición sostenida a uno o más estímulos amenazantes, aversivos o negativos, sean estos de naturaleza física, psicológica o emocional, con el interés de alcanzar un objetivo específico (Marshall-Berenz et al., 2010; Zvolensky et al., 2011). Esta definición abarca distintos fenómenos generadores de malestar, por lo cual Zvolensky et al. (2010) establecen que la habilidad de tolerancia al estrés supone un constructo multidimensional general que abarca distintas capacidades específicas de dominio distinguibles entre sí, a saber: (1) la tolerancia a la incertidumbre, (2) la tolerancia a la ambigüedad, (3) la tolerancia a la frustración, (4) la tolerancia a la incomodidad física y (5) la tolerancia a experimentar emociones negativas. Este modelo es representado en la figura 3.

Figura 3

Modelo jerárquico de tolerancia al estrés y sus dimensiones específicas de dominio (adaptado de Zvolensky et al., 2010, 2011)



La tolerancia a la incertidumbre es la capacidad de tolerar situaciones o eventos inciertos y sus posibles consecuencias (Sexton & Dugas, 2009). La tolerancia a la ambigüedad representa la capacidad para soportar y lidiar eficientemente con estímulos que se perciben como vagos, inespecíficos o imprecisos (Bardeen et al., 2013). La tolerancia a la frustración radica en la capacidad de tolerar el fracaso y los problemas, dificultades y limitaciones con los que nos enfrentamos a lo largo de la vida (Ko et al., 2008). La tolerancia a la incomodidad física es la habilidad de tolerar sensaciones interoceptivas o estados corporales negativos (Schmidt et al., 2006; Schmidt & Cook, 1999), desde la incomodidad o la molestia hasta el dolor (Zvolensky et al., 2010). Por último, la tolerancia a experimentar emociones negativas consiste en la capacidad para soportar y resistir aquellas emociones negativas o estados internos de malestar emocional (Leyro et al., 2010; Simons & Gaher, 2005). Debe destacarse que, mientras que las dimensiones de tolerancia a la ambigüedad, a la incertidumbre, a la frustración y a la incomodidad física suelen ser nombradas en la literatura con esas denominaciones

específicas (e.g., Bancroft, 2014; Geller et al., 1990; Ko et al., 2008; Kuhn et al., 2009; Schmidt et al., 2006; Ventura León et al., 2018; Zenasni et al., 2008), cuando se trabaja sobre la tolerancia a experimentar emociones negativas muchos autores (e.g., Allan et al., 2014; Anestis et al., 2007; Zvolensky et al., 2011) utilizan genéricamente al término *tolerancia al distrés*, sin especificar que en realidad se trata de un componente específico de distrés o malestar. Esta última será la acepción utilizada para el término de *tolerancia al distrés* durante este estudio.

Ahora bien, el interés por esta capacidad para tolerar los estados emocionales negativos se ha incrementado notablemente en las últimas dos décadas, particularmente por sus implicancias transdiagnósticas en variadas formas de psicopatología y sintomatología (Zvolensky et al., 2010), como los síntomas de ansiedad (Keough et al., 2010), los trastornos de alimentación (Corstorphine et al., 2007), la depresión (Ameral et al., 2017), los trastornos de personalidad (Gratz & Tull, 2011), las adicciones (Buckner et al., 2007) y los síntomas internalizantes y externalizantes en general (Cummings et al., 2013), entre otros (Leyro et al., 2010). No obstante la importancia de esta variable, su evaluación supone todavía un desafío.

Una de las primeras propuestas para la evaluación de la tolerancia al distrés fue realizada por Simons y Gaher (2005), quienes desarrollaron la Escala de Tolerancia al Distrés -ETD-. Se trata de una escala auto-administrada que concibe a la tolerancia al distrés como compuesta por cuatro factores diferentes: 1) la habilidad para tolerar el malestar emocional, 2) la evaluación subjetiva de la situación como intolerable, 3) la sensación de que la atención es absorbida por las emociones negativas, y 4) los esfuerzos regulatorios para aliviar el malestar emocional. La distinción de estas cuatro

dimensiones dentro de la tolerancia al estrés se basa en una propuesta teórica de los autores cuya evidencia empírica aún se encuentra en exploración. Para analizar la estructura de la escala, Simons y Gaher (2005, Estudio 1) realizaron un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y hallaron un único factor que explicaba el 88% de la varianza. No obstante, en una segunda evaluación (Simons & Gaher, 2005, Estudio 2), aplicaron un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y hallaron que el modelo de un factor no se ajustaba adecuadamente ($CFI = .93$; $RMSEA = .12$). Por tal motivo, los autores pusieron a prueba el modelo de cuatro factores de primer orden y un factor general de segundo orden según sus propias postulaciones iniciales. Los autores conservaron este modelo puesto que los resultados del AFC indicaron un mejor ajuste a los datos ($CFI = .96$; $RMSEA = .08$).

A pesar de que esta estructura multidimensional ha sido replicada por algunos autores (e.g., González-Ramírez et al., 2019; Sandín et al., 2017), otros estudios reportan problemas tanto teóricos como empíricos acerca de la estructura planteada por Simons y Gaher (e.g., Hsu et al., 2013; Leyro et al., 2011; Lynch & Mizon, 2011; Rogers et al., 2018; Sargin et al., 2012; Tonarely & Ehrenreich-May, 2019). Por ejemplo, en la reciente adaptación española (Sandín et al., 2017), se replicó la estructura original de cuatro factores, con una buena confiabilidad y validez, y González-Ramírez et al. (2019) confirmaron las propiedades psicométricas de esta versión española de la ETD en población mexicana. Sin embargo, la adaptación para Turquía de la ETD (Sargin et al., 2012) identificó tres factores: tolerancia, regulación y auto-eficacia, y la adaptación china del instrumento (You & Leung, 2012) sugirió un modelo dos factores generales: uno llamado Intolerancia General al Estrés (compuestos por tres subfactores específicos, a saber, Tolerancia, Evaluación y Absorción) y otro llamado

Regulación. Además, aunque la evidencia de validez externa (i.e., ansiedad, reactancia emocional y comportamiento impulsivo) para el primer factor fue adecuada en este último estudio, las correlaciones para el factor Regulación resultaron bajas. En la reciente adaptación polaca de la escala, Rokosz y Poprawa (2021) encontraron que la dimensión Regulación se manifestaba como un componente diferenciado de los demás, que además poseía poca varianza explicada, por lo que optaron por eliminar por completo la dimensión.

Otros estudios realizados con la versión original en inglés de la ETD también han reportado resultados similares sobre el funcionamiento de la escala y su estructura. Por ejemplo, Leyro et al. (2011) trabajaron con una muestra de adultos fumadores y hallaron que el ajuste del modelo de cuatro factores era mínimo, y que las sub-escalas Evaluación, Tolerancia y Absorción mostraban excesivas correlaciones entre sí. Los autores concluyen que podría ser recomendable considerar la existencia de un constructo unidimensional puesto que la estructura de cuatro factores resulta problemática. Hsu et al. (2013) examinaron las propiedades psicométricas de la ETD en una muestra de sujetos que consumían alcohol u otras drogas. En este caso, los resultados sugirieron la eliminación del ítem 6 (el cual presentaba baja comunalidad con el resto de los ítems) y, luego, la retención de un único factor general con buena consistencia interna.

De manera coincidente con estos resultados empíricos, algunos autores realizan proposiciones sobre la importancia de distinguir entre la sensibilidad al distrés y la reactancia o tolerancia conductual durante un estado de distrés. Por ejemplo, McHugh y Otto (2012) consideran que mientras que la sensibilidad al distrés se orienta más al

grado en el que una persona evalúa una situación como insoportable, incómoda o molesta, la tolerancia conductual se relaciona más con las respuestas regulatorias conductuales destinadas a aliviar el malestar. Similarmente, Lynch y Mizon (2011) sugieren que las subescalas de Tolerancia, Evaluación y Absorción de la ETD pueden utilizarse en forma conjunta para evaluar la intensidad y naturaleza de la experiencia emocional de distrés, es decir, la sensibilidad al distrés o la medida en que una persona se encuentra dispuesta (o no) a mantenerse en contacto con una experiencia emocional negativa. Sin embargo, solo la escala de Regulación se asociaría con las tendencias comportamentales para lidiar con el distrés. La subescala de Regulación, así entendida, sería la única que indicaría la tendencia de la persona a actuar con urgencia para evitar los estados negativos.

Otras propuestas posteriores para la evaluación de la tolerancia al distrés han sido la Escala de Tolerancia a los Estados Emocionales Negativos de Bernstein y Brantz (2013) o el cuestionario de McHugh y Otto (2012). La Escala de Tolerancia a los Estados Emocionales Negativos sugiere que la tolerancia al distrés sería específica de dominio y, por tanto, los autores clasifican a las distintas emociones negativas (e.g., emociones relacionadas con el miedo, emociones sociales negativas) y proponen una escala que determina el grado de tolerancia general a cada una de ellas. Por su parte, McHugh y Otto (2012) unificaron distintas escalas de evaluación de tolerancia al distrés y conceptos asociados (e.g., tolerancia a la frustración, sensibilidad a la ansiedad) y retuvieron los diez ítems con mejores cargas factoriales y mayores indicadores de validez. De hecho, seis de los diez ítems que conforman su escala pertenecen a la ETD de Simons y Gaher (2005). Aunque estas dos propuestas representan valiosos aportes merecedores de ser considerados en sí mismos, los instrumentos antedichos no han

alcanzado el nivel de difusión y uso que actualmente posee la ETD.

También debe mencionarse la existencia de distintas tareas de ejecución dedicadas a la evaluación de la tolerancia al estrés. Estas tareas inducen en los participantes algún tipo de estado displacentero o generador de emociones negativas (e.g., frustración, ansiedad, aburrimiento, tedio, etc.) y luego brindan a los participantes la posibilidad de terminarlas en cuanto el malestar se vuelva intolerable. La capacidad de tolerancia al estrés es entendida como el tiempo que la persona es capaz de permanecer en la actividad sosteniendo ese malestar. Por ejemplo, en la versión computarizada de la *Mirror Tracing Persistence Task* (Feldman et al., 2014; Strong et al., 2003) se pide al participante que mueva un punto rojo con un *mouse* a lo largo de las líneas de tres formas geométricas diferentes que son presentadas en una pantalla de una computadora (e.g., una estrella). La dificultad radica en que el punto en cuestión se mueve en la dirección opuesta al movimiento físico, simulando así el trazado de la imagen en un espejo. Los errores del participante (mover el punto fuera de la forma o demorar el movimiento más de 2 segundos) son acompañados de sonidos molestos y de la penalización de tener que iniciar nuevamente el trazado de la forma. Otros ejemplos de estas medidas son la *Paced Auditory Serial Addition Task-Computerized -PASAT-C-* (Lejuez et al., 2003), la *Behavioral Indicator of Resiliency to Distress* (Lejuez et al., 2006) o la tarea *Emotional Image Tolerance* (Veilleux et al., 2019).

No obstante, existen desacuerdos sobre qué evalúan realmente estos instrumentos. Por ejemplo, la *Mirror Tracing Persistence Task* es utilizada en ocasiones como un indicador de tolerancia a estados emocionales negativos (i.e., tolerancia al estrés; e.g., Renna et al., 2018) y en otros estudios como un indicador de tolerancia a la

frustración (e.g., Daughters et al., 2005; Meindl et al., 2019; Seymour et al., 2019). Además, distintos estudios (e.g., Ameral et al., 2014; Chowdhury et al., 2018; Glassman et al., 2016; Kiselica et al., 2015; McHugh et al., 2011) reportan bajas (o incluso nulas) interrelaciones entre los instrumentos de auto-reporte y las medidas comportamentales de evaluación de la tolerancia al estrés, lo cual parecerían indicar que se trata de dos facetas diferentes del mismo constructo, que se distinguirían, tanto por la naturaleza específica de la emoción a tolerar (especificidad de dominio: e.g., tolerancia al miedo, tolerancia a la angustia, tolerancia a la vergüenza; Bernstein & Brantz, 2013) como por el tipo de medida utilizada para su evaluación (e.g., tolerancia autopercebida, tolerancia comportamental; Mathew et al., 2019; McHugh et al., 2011).

Particularmente, en población hispanohablante, se observa una clara ausencia de estudios respecto a la tolerancia al estrés. En efecto, solo se han podido rastrear a la fecha tres estudios sobre esta habilidad de regulación emocional. El primero de ellos fue realizado por Andrés et al. (2017), quienes utilizaron una medida comportamental (i.e., *Behavioral Indicator of Resiliency to Distress*) para evaluar la tolerancia al estrés en niños. El estudio reporta que la tolerancia al estrés se encontraría asociada a las habilidades académicas de cálculo y comprensión lectora. El segundo y tercero de los estudios sobre población hispanohablante refieren a la adaptación para España de la ETD (Sandín et al., 2017) y la validación de la misma (González-Ramírez et al., 2019), ambas mencionadas previamente. No obstante, el uso de la adaptación de la escala aún no ha sido reportado en otras investigaciones.

Aunque contar con esta traducción al español representa una ventaja, es importante que las adaptaciones también consideren factores contextuales y lingüísticos.

Así, debe tenerse en cuenta el ámbito sociocultural al que irá dirigido el instrumento, para asegurarse de que el constructo evaluado sea equiparable en las diferentes culturas (Cardoso Ribeiro et al., 2010; Muñiz et al., 2013). España, México y Argentina difieren socioculturalmente (e.g., Green et al., 2015), además de presentar todos ellos diferentes dialectos que pueden expresar el mismo concepto a través de diferentes palabras (González et al., 2015). En este sentido, existe expresiones en las versiones adaptadas para estos países que, aplicadas directamente en el contexto argentino, no garantizarían la equivalencia de los ítems.

Entonces, a pesar de la importancia clínica de la tolerancia al estrés, no se cuenta aún con suficiente evidencia acerca de sus efectos y mecanismos en población argentina. Además, según la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2017), América se encuentra entre las regiones del mundo con mayor prevalencia de trastornos mentales. Particularmente, Argentina se encuentra entre los países de América Latina y el Caribe con mayor porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad de trastornos neuropsiquiátricos (Kohn & Rodríguez, 2009). En un reciente estudio epidemiológico en el país, Stagnaro et al. (2018) han estimado que el 29.1% de los argentinos padecerá al menos un trastorno psicopatológico a lo largo de la vida, siendo los más comunes los trastornos de ansiedad (16.4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (12.3%) y los trastornos por uso de sustancias (10.4%). Considerando que la tolerancia al estrés constituye un factor de interés transdiagnóstico, contar con una medida válida en Argentina para su evaluación puede ayudar a la detección y diagnóstico de los trastornos mentales, y a la mejora en el curso de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos. Adicionalmente, dadas las discrepancias reseñadas previamente en la literatura acerca de la dimensionalidad del

constructo, su exploración en población argentina podría suponer un aporte adicional al esclarecimiento de esta cuestión.

2.5. Relación entre habilidades de regulación emocional y síntomas psicopatológicos

De manera consistente, la literatura indica que los individuos que reportan mayores dificultades para regular sus emociones experimentan mayores niveles de malestar y resultan más vulnerables a presentar psicopatologías de diverso tipo (Aldao et al., 2010; Garnefski et al., 2001; Hervás, 2011; Khalil et al., 2020). Las dificultades para regular eficazmente las emociones cotidianas prolongarían los efectos del malestar en las personas e intensificarían la negatividad asociada a las emociones displacenteras que se están experimentando (Hervás, 2011; Mennin et al., 2007).

Por ejemplo, el uso frecuente de la Rumiación, entendida como una estrategia desadaptativa que consiste en la focalización cognitiva sobre los aspectos negativos de un evento, ha sido relacionado con mayores niveles de depresión (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011), ansiedad (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011), abuso de alcohol (Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002) y comportamientos impulsivos (Selby et al., 2016), entre otros. Por su parte, el uso frecuente de la *Supresión de la expresión emocional* (reducir, disminuir, inhibir o extinguir los comportamientos desencadenados por una emoción; Gross, 1998, 1999), ha sido asociado con altos niveles de ansiedad, depresión (Aldao et al., 2010; Berking & Wupperman, 2012; Ehring et al., 2010), problemas cardiovasculares (Appleton & Kubzansky, 2014; Mauss & Gross, 2004), conductas autolesivas (Kaplow et al., 2014), mayor afectividad negativa (Extremera Pacheco & Fernández-berrocal, 2004; John & Gross, 2004), mayores niveles de estrés (Moore et al., 2008) y menor salud en general (Tamagawa et al., 2013). En cambio, utilizar

frecuentemente estrategias adaptativas, tendría un efecto beneficioso sobre el bienestar y la salud mental. Por ejemplo, el uso de la *Reinterpretación positiva* (promover interpretaciones alternativas de carácter positivo frente a un fenómeno o estímulo negativo; Gross, 2014; Shiota & Levenson, 2009) disminuye la duración e intensidad de las emociones negativas (Moors et al., 2013; Nezlek & Kuppens, 2008) y ha sido asociado con menores niveles de ansiedad, depresión y malestar (Andreotti et al., 2013; Finkelstein-Fox et al., 2020; John & Gross, 2004; Legerstee et al., 2010; Martin & Dahlen, 2005; Rood et al., 2012).

Respecto de las habilidades de regulación emocional, Vine y Aldao (2014) encontraron que los problemas en la identificación de las emociones (i.e., claridad emocional) se encontraban asociados con los síntomas de ansiedad social, depresión y con conductas desadaptativas como el consumo de alcohol y los atracones de comida. Similarmente, las dificultades en el control de los impulsos emocionales han sido asociadas con problemas de consumo de sustancias (e.g., Fox et al., 2008, 2011), agresividad (e.g., Dixon et al., 2017; Watkins et al., 2014), adicción a la comida (e.g., Hardy et al., 2018) y sintomatología de diverso tipo (e.g., Aldao et al., 2010; Cheung, & Ng, 2019; Fergus, & Bardeen, 2014; Rusch et al., 2012). Otros estudios también enfatizan la importancia de las habilidades de regulación emocional en el desarrollo y curso de distintos síntomas psicopatológicos (e.g., Bjureberg et al., 2016; Compas et al., 2017; McLaughlin et al., 2011).

Aunque existe una gran variedad de estudios acerca de las relaciones entre las habilidades de regulación emocional y la psicopatología, la literatura registra pocos estudios en población hispanohablante y la mayoría se focalizan sobre unos pocos

mecanismos de regulación y sobre algún proceso psicopatológico particular (ansiedad y depresión principalmente). Otro enfoque muy común es utilizar un instrumento que evalúa distintas habilidades de regulación (e.g., DERS) y unificar el puntaje de las distintas dimensiones en un único índice global. Por ejemplo Han et al. (2016) utilizan el modelo de Gratz y Roemer (2004, DERS) para evaluar el efecto de las habilidades de regulación emocional sobre los síntomas psicopatológicos del modelo de Derogatis (1994; SCL-90-R). Sin embargo, en el análisis de los resultados, solo indican que el puntaje general de dificultades en la regulación emocional (DERS) se asocia con el índice general de malestar (GSI). Similarmente, Dimaggio et al. (2017) se basan en los mismos modelos y, aunque distinguen entre las seis dificultades de regulación emocional, analizan solo su relación con el malestar psicopatológico global (GSI). En este estudio, los autores reportan que todas las dificultades de regulación emocional se asociaron con el índice de malestar general, a excepción de la Falta de conciencia emocional. Si bien estos estudios suponen un importante aporte, la unificación de los indicadores en índices globales limita la comprensión de los fenómenos en cuestión.

Como se mencionó, otros autores interesados en la temática de la relación entre la regulación emocional y la psicopatología, han optado por enfocarse en el análisis de algún trastorno psicopatológico específico. Por ejemplo, Suveg et al. (2010) se interesaron por los síntomas de ansiedad (analizada mediante el SCL-90-R) y encontraron que la suma de las distintas dificultades de regulación emocional (DERS) guardaba relación con los síntomas en cuestión. Similar enfoque aplican Estevez et al. (2020), quienes analizan los síntomas de ansiedad y depresión de familiares de personas con ludopatía. En este caso, los autores distinguieron entre las distintas dificultades de regulación emocional (DERS) y reportaron que los síntomas tanto depresivos como

ansiosos se asociaban con todas las dificultades de regulación emocional, a excepción de Falta de conciencia emocional y Falta de claridad emocional.

Se halló registro de dos estudios que analizaron estas relaciones diferenciando entre las distintas dificultades de regulación emocional y los distintos tipos de síntomas psicopatológicos. En primer lugar, Vatan y Pellitteri (2016) trabajaron con estudiantes universitarios de Turquía y de Estados Unidos y reportaron que de las seis dificultades de regulación del modelo de Gratz y Roemer (2004) el Acceso limitado a estrategias de regulación emocional resultó la principal predictora de los distintos síntomas. La Dificultad en el control de los impulsos fue la única otra dimensión que se incorporó como predictora, pero solo para los síntomas de hostilidad. En segundo lugar, Wolz et al. (2015) evaluaron el nivel de asociación entre las dificultades de regulación emocional y los distintos síntomas psicopatológicos en adultos con trastornos de alimentación, y en una pequeña muestra control de población general. Sus resultados indicaron que, en la población clínica, todas las dificultades de regulación emocional a excepción de la Falta de conciencia emocional se asociaron con todos los síntomas psicopatológicos y con el nivel de malestar general. Sin embargo, en la población control, las dimensiones que se asociaron con los distintos síntomas fueron principalmente la Falta de aceptación emocional, la Falta de claridad emocional y el Acceso limitado a estrategias de regulación (Falta de conciencia emocional y Dificultad para orientar el comportamiento dirigido a metas no presentaron asociaciones, y Dificultad en el control de los impulsos solo se asoció con los síntomas de hostilidad). Los síntomas de somatizaciones y de ideación paranoide no guardaron relación con ninguna de las dificultades de regulación emocional. Ninguno de estos dos estudios sin embargo ha analizado el efecto específico de la habilidad de tolerancia al estrés.

Por su parte, la habilidad de tolerancia al estrés ha sido asociada al curso, desarrollo y remisión de distintos tipos de psicopatología (Ameral et al. 2017; Anestis et al., 2007; Leyro et al., 2010, 2011; Vujanovic et al., 2017; Zeifman et al., 2020). Las propuestas teóricas sostienen que la incapacidad de tolerar las emociones negativas llevaría a las personas a utilizar estrategias o técnicas desadaptativas, como, por ejemplo, la evitación o el consumo de sustancias (Jeffries et al., 2016; Zvolensky et al., 2010). Esto da lugar a una persistencia en el malestar que puede provocar el surgimiento de sintomatología psicopatológica de diverso tipo (Aldao et al., 2010).

Algunos de los estudios, también reportan diferencias en función del género en las relaciones entre la psicopatología y la tolerancia al estrés. Por ejemplo, Daughters et al. (2009) encontraron que la tolerancia al estrés se relacionaba con la presencia de problemas externalizantes solo en las mujeres, mientras que en los hombres la tolerancia al estrés se relacionó con el abuso de alcohol y las conductas delictivas. Similarmente, Daughters et al. (2013) reportan que las mujeres con menores niveles de tolerancia al estrés, también indicaban mayores problemas afectivos, lo que no se observó entre los hombres. Empero, aunque algunos estudios sugieren que existirían mayores niveles de tolerancia al estrés entre los hombres en comparación con las mujeres (e.g., Sandín et al., 2017; Simons & Gaher, 2005; You & Leung, 2012), estas diferencias aún no han sido esclarecidas, puesto que otros estudios no han podido replicarlas (e.g., Cummings et al., 2013; Glassman et al., 2016; Marshall-Berenz et al., 2010; Rogers et al., 2018).

Ya que los estudiantes universitarios son propensos a sentir emociones negativas como ansiedad -hacia nuevos contenidos y experiencias-, frustración -por actividades indeseables, difíciles, demandantes y/o que se prolonguen en el tiempo- o aburrimiento

(Graziano et al., 2007; Stallman, 2010), la habilidad de tolerar el estrés, podría tener un efecto particular en esta población y en la forma en la que los estudiantes regulan sus emociones. No obstante, dada la relativa novedad del interés por esta variable, los estudios al respecto son aún escasos en la literatura, y nulos en el contexto latinoamericano.

Dada la previamente mencionada importancia que posee el bienestar para la población universitaria, conocer con exactitud los mecanismos que predicen, generan y sostienen el malestar y la psicopatología supone un paso previo para la promoción de la salud mental y el bienestar de los estudiantes. Por tanto, analizar el efecto de las distintas habilidades de regulación emocional sobre los síntomas psicopatológicos y los niveles de malestar de estudiantes universitarios supone un valioso aporte al conocimiento actual. Además, dada la escasez de medidas que evalúen la tolerancia al estrés en población hispanohablante, la relación de ésta con los distintos tipos de sintomatología psicopatológica aún no ha sido abordada en esta población. Analizar de manera conjunta tanto las habilidades de regulación emocional clásicamente utilizadas en la literatura (e.g., aceptación emocional, acceso a estrategias de regulación emocional; Gratz & Roemer, 2004) como la habilidad de tolerancia al estrés, brindaría a esta cuestión un enfoque actualizado que considere los distintos mecanismos que las personas utilizan para regular sus emociones (Berking, 2000). Por consiguiente, el objetivo de este estudio es analizar el rol de las habilidades de regulación emocional (i.e., tolerancia al estrés, Falta de aceptación emocional, Falta de consciencia emocional, Falta de claridad emocional, Dificultad para orientar el comportamiento dirigido a metas, Dificultad en el control de los impulsos, Acceso limitado a estrategias de regulación emocional) en los niveles de sintomatología psicopatológica y de malestar

en estudiantes universitarios argentinos, analizando particularmente el rol de la tolerancia al estrés, a través de la adaptación y validación de la ETD.

3. Método

3.1. *Objetivo general*

- Analizar la relación entre las habilidades de regulación emocional y los niveles de distintos tipos de sintomatología psicopatológica y de malestar de estudiantes universitarios argentinos, analizando particularmente el rol de la tolerancia al distrés.

3.2. *Objetivos específicos*

- Adaptar y validar la Escala de Tolerancia al Distrés en estudiantes universitarios argentinos, presentando evidencias sobre la validez y confiabilidad de la misma.
- Determinar la existencia de diferencias en función del género para la habilidad de tolerancia al distrés.
- Evaluar la existencia de relaciones entre los niveles de tolerancia al distrés y los niveles de sintomatología psicopatológica y malestar general en estudiantes universitarios.
- Discriminar el efecto particular de cada habilidad de regulación emocional sobre los distintos síntomas psicopatológicos.
- Discriminar el efecto particular de cada habilidad de regulación emocional sobre los niveles de malestar general.

3.3. *Hipótesis general del estudio*

Las habilidades de regulación emocional, y particularmente la habilidad de tolerancia al distrés, poseen un efecto diferencial sobre los distintos tipos de sintomatología psicopatológica y de malestar en general, de forma tal que aunque aquellos estudiantes que poseen mayores dificultades para regular sus emociones poseen

también mayores índices de sintomatología y mayores niveles de malestar, esta relación varía en función del tipo de sintomatología que se analice.

3.4. Participantes

La población bajo estudio son los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata -UNMDP-. Se trabajó con dos muestras no probabilísticas, de conveniencia, seleccionadas del mismo grupo inicial de 180 participantes. La primera de las muestras fue utilizada para la validación de la ETD y estuvo compuesta por los 180 estudiantes de distintas Facultades de la UNMDP, los cuales contestaron todos los instrumentos de este estudio. La cantidad de participantes utilizada para la validación de la escala siguió el criterio de contar con entre 5 y 10 participantes por cantidad de ítems (Carretero-Dios, & Pérez, 2005). El 82.8% ($n = 149$) de los participantes fueron mujeres y el 17.2% ($n = 31$) eran hombres, y las edades estuvieron comprendidas entre los 18 y 57 años, con una media de 26.8 años ($DE = 7.76$). La mayoría de los participantes ($n = 160$) pertenecían a la Facultad de Psicología. Los demás participantes pertenecían a la Facultad de Humanidades ($n = 5$), a la Facultad de Ingeniería ($n = 3$), a la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social ($n = 3$), a la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales ($n = 3$), a la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales ($n = 3$), a la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño ($n = 2$) y la Facultad de Derecho ($n = 1$). La distribución del género responde a las características propias de la distribución de esta variable en la UNMDP en general, y en la Facultad de Psicología en particular (de donde procede la mayor parte de los participantes). Muestras similares han sido utilizadas y reportadas en estudios previos de la misma población (e.g., del Valle et al., 2015, 2021; Khalil et al., 2020).

La segunda muestra estuvo compuesta por 140 de los antes mencionados 180 participantes y fue utilizada para analizar el efecto de las habilidades de regulación emocional sobre los niveles de sintomatología psicopatológica y malestar general en estudiantes universitarios. En este caso, los participantes solo contestaron tres de las siete escalas utilizadas en el estudio (i.e., ETD, DERS, SCL-90-R). El 85% ($n = 119$) de los participantes eran mujeres y el 15% ($n = 21$) eran hombres. Las edades estuvieron comprendidas entre los 18 y los 44 años, con una media de 26.2 ($DE = 6.04$). Nuevamente, la mayoría de los participantes ($n = 121$) pertenecían a la Facultad de Psicología. Los demás participantes pertenecían a la Facultad de Humanidades ($n = 5$), a la Facultad de Ingeniería ($n = 3$), a la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social ($n = 3$), a la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales ($n = 3$), a la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales ($n = 3$), a la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño ($n = 1$) y la Facultad de Derecho ($n = 1$).

3.5. Técnicas de recolección de datos

Escala de Tolerancia al Distrés -ETD-: se realizó una adaptación de la ETD considerando tanto la adaptación española Sandín et al. (2017) como la versión original de Simons y Gaher (2005). La ETD en su versión original consta de 15 ítems que se organizan en torno a 4 dimensiones con adecuados indicadores de confiabilidad, a saber Tolerancia ($\alpha = .72$), Evaluación ($\alpha = .82$), Absorción ($\alpha = .78$) y Regulación ($\alpha = .70$). La confiabilidad test-retest reportada por los autores fue también adecuada ($r = .61$; $p < .01$; Simon & Gaher, 2005). A la versión española, se incorporaron modificaciones, principalmente de carácter idiomático (Cardoso Ribeiro et al., 2010). Las modificaciones fueron sometidas al criterio de siete jueces expertos (cuatro de ellos

expertos en idioma inglés) que evaluaron la utilidad de los cambios y realizaron sugerencias. Por ejemplo, los términos “angustia” y “disgusto” de la versión española de la ETD (originalmente, “*distress*” y “*upset*”) fueron cambiados por “estrés” y “malestar”, puesto que se consideró que los mismos reflejaban más fielmente las expresiones anglosajonas “*distress*” y “*upset*” en el español rioplatense. Incluso los autores originales del instrumento (Simons & Gaher, 2005) destacan que el vocablo inglés “*distress*” puede referir a distintas formas de emociones negativas tales como tristeza, decepción o frustración, y no necesariamente limitarse a la angustia. En este sentido, las modificaciones introducidas tuvieron siempre el objetivo de que los ítems reflejaran lo más exactamente posible la intención original en inglés.

Escala de Intolerancia a la Incertidumbre: Se administró la adaptación para Buenos Aires (Rodríguez de Behrends & Brenlla, 2015) de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (Freeston et al., 1994). Se trata de una escala auto-administrada de 27 ítems que evalúan el desagrado de las personas frente a situaciones inciertas, como por ejemplo “*La incertidumbre hace la vida intolerable*” o “*Los imprevistos me molestan mucho*”. El instrumento se responde mediante una escala de tipo Likert desde 1 (*Nada característico de mí*) hasta 5 (*Muy característico de mí*). La adaptación argentina mostró un Alfa de Cronbach total de .93, y una buena confiabilidad test-retest luego de cinco semanas ($r = .47$; $p < .01$; Rodríguez de Behrends & Brenlla, 2015). En el presente estudio, la escala presente un α de .95.

Escala de Afectividad Positiva y Negativa -PANAS-: Se aplicó la versión argentina (Moriondo et al., 2012) de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa -PANAS- (Watson et al., 1988). La escala se divide en dos dimensiones: la Afectividad

Positiva y la Afectividad Negativa. Los ítems que la componen representan palabras que describen emociones y sentimientos como “*Entusiasmado*” y “*Avergonzado*”. El PANAS ha mostrado adecuados índices de confiabilidad para ambas escalas (α entre .85 y .89) y ha presentado buenos indicadores de validez en distintas investigaciones de diversos países (e.g., López-Gómez et al., 2015; Moriondo et al., 2012). En el presente estudio, tanto la escala de afectividad positiva como la escala de afectividad negativa presentaron un α de .88.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI: Para evaluar los niveles de Ansiedad estado y rasgo, se utilizó la versión española (Spielberger et al., 1999) del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo -STAI- (Spielberger et al., 1970). El STAI es una escala de autoinforme de 40 ítems que evalúan la ansiedad como un estado o condición transitoria y la ansiedad como un rasgo o propensión estable. El instrumento es ampliamente utilizado y resulta breve, sencillo y útil para la evaluación de la ansiedad. La literatura reporta buenos índices de consistencia interna en población hispanohablante (α entre .84 y .93; Fonseca-Pedrero et al., 2012; Guillén-Riquelme & Buela-Casal). En el presente estudio, el α para la ansiedad estado fue de .81, mientras que para la ansiedad rasgo fue de .71.

Inventario de Depresión de Beck-II BDI-II: Se utilizó la adaptación española (Sanz & Vázquez, 2011) del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996), el cual permite evaluar la presencia e intensidad de sintomatología depresiva en los últimos 14 días. Se trata de un instrumento de auto-informe de 21 ítems que representan síntomas depresivos. El inventario se responde a través de una escala con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3) que describen niveles crecientes de severidad de

ese síntoma. El instrumento cuenta con adecuados índices de confiabilidad (Sanz & Vázquez, 2011) y validez (e.g. Beltrán et al., 2012; Sanz & Vázquez, 1998, 2011). En el presente estudio, el α obtenido fue de .91.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional: Se utilizó la adaptación argentina (Medrano & Trógolo, 2014) de la DERS (Gratz & Roemer, 2004), la cual indaga sobre las dificultades clínicamente relevantes en la regulación de emociones negativas. La escala original está compuesta por 36 ítems que se responden mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos, desde 1 (*casi nunca*) a 5 (*casi siempre*), en donde el participante debe indicar en qué medida cada afirmación se aplica a él. Los ítems se distribuyen en seis factores que representan las seis dimensiones del modelo de Gratz y Roemer. Los índices de consistencia interna (α de Cronbach) de la escala original oscilan entre los .80 y .89 puntos. La adaptación argentina de Medrano y Trógolo (2014), replicó la estructura original de seis factores, pero reduciendo la escala original a 28 ítems. En el presente estudio, los índices de consistencia interna de las escalas fueron: Falta de aceptación emocional: $\alpha = .90$; Falta de claridad emocional: $\alpha = .81$; Interferencia en conductas dirigidas a metas: $\alpha = .84$; Dificultades en el control de impulsos: $\alpha = .91$; Falta de conciencia emocional: $\alpha = .79$; Acceso limitado a estrategias de regulación emocional: $\alpha = .73$.

Síntomas psicopatológicos y malestar: se administró la traducción al español (González de Rivera et al., 2002) del SCL-90-R (Derogatis, 1994). El instrumento es autoaplicado, y evalúa el grado de malestar psicológico y la sintomatología que experimenta una persona durante el período de la última semana, hasta el momento de la evaluación. Consta de 90 ítems en escala de tipo Likert con cinco opciones de

respuesta (de 0 "Nada" a 4 "Mucho") que representan distintos síntomas psicopatológicos, 83 de los cuales corresponden a nueve escalas: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Los otros siete ítems restantes no se incluyen en ninguna de estas escalas y, aunque refieren a diferentes situaciones de relevancia clínica (trastornos del sueño, comportamiento alimentario, sentimientos de culpa y pensamientos sobre la muerte), no fueron considerados por Derogatis para la baremación del instrumento, por lo que tampoco han sido considerados en el presente estudio. Es posible calcular también tres índices generales: Índice de Severidad Global (Global Severity Index -GSI-; indicador del nivel actual de malestar percibido), Total de síntomas positivos (total de síntomas reconocidos como presentes), e Índice de Malestar Sintomático Positivo (intensidad de aquellos síntomas indicados como presentes). Dado que el GSI representa un indicador sensible al sufrimiento psicológico general del sujeto puesto que combina el número de síntomas reportado y la intensidad del malestar de cada uno de ellos (Sánchez & Ledesma, 2009), este índice fue el utilizado en el presente estudio para operacionalizar el nivel de malestar general de los participantes. El SCL-90-R presenta buenas propiedades psicométricas (Arrindel et al., 2006; Caparrós- Caparrós et al., 2007; Cruz Fuentes et al., 2005; Gempp Fuentealba & Avendaño Bravo, 2008) y ha sido utilizado previamente en población rioplatense (Sanchez & Ledesma, 2009) mostrando índices de consistencia interna (α) cercanos o superiores a .80 en todas las subescalas. En el presente estudio, los índices de confiabilidad fueron: Somatizaciones: $\alpha = .88$; Obsesiones y compulsiones: $\alpha = .86$; Sensibilidad interpersonal: $\alpha = .80$; Depresión: $\alpha = .87$;

Ansiedad: $\alpha = .80$; Hostilidad: $\alpha = .69$; Ansiedad fóbica: $\alpha = .74$; Ideación paranoide: $\alpha = .63$; Psicoticismo: $\alpha = .72$; Ítems adicionales: $\alpha = .64$.

3.6. Procedimiento y consideraciones éticas

Se contactó a los estudiantes en actividades específicas de la UNMDP, principalmente en las aulas en las que se encontraban cursando en ese momento. Los docentes a cargo de las clases fueron contactados previamente y acordaron brindar unos momentos para que los alumnos que así los desearan pudieran participar del estudio. Se explicó a los estudiantes la naturaleza del estudio y los objetivos del mismo. También se brindó a todos la posibilidad de realizar preguntas que fueron contestadas oportunamente. Una vez concluido el espacio de presentación, se invitó a los estudiantes a participar voluntariamente. Quienes accedieron debieron firmar un consentimiento informado. Los participantes podían retirarse del estudio en cualquier momento. La toma de datos se realizó por grupos por la maestranda en persona y los protocolos fueron completados en formato de papel y lápiz. La toma de datos demoró aproximadamente entre unos 20 a 30 minutos en total. Se respetaron en todo momento los procedimientos recomendados por la *American Psychological Association* (2010) para la investigación en seres humanos, asegurando las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad de los datos y actuar en beneficio de todos los participantes involucrados.

3.7. Análisis de los datos

En primer lugar, se computaron las respuestas a todos los cuestionarios implementados en este estudio y se procesaron en una única matriz de datos. En los

casos en los que se hallaron datos perdidos, se comprobó que los mismos no superaran el 5% de las respuestas totales, y se imputó el dato calculando el promedio de las respuestas del participante en los restantes ítems de la escala o subescala a la que el valor perdido correspondía. Los ítems inversos (e.g., ítem 6 de la ETD) fueron recodificados.

Para evaluar la validez de constructo de la ETD, se analizó primero la correlación ítem-total con el objeto de verificar que los 15 ítems guarden relación entre sí (Wieland et al., 2017). Se evaluó la aplicabilidad del AFE a través de la prueba de esfericidad de Bartlett y el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin. El AFE se realizó por medio del programa FACTOR (v. 10.10.03, Lorenzo-Seva & Ferrando, 2020). Se determinó el número de factores a extraer a través de un análisis paralelo con implementación clásica (Horn, 1965). Para la consideración del número de factores, también se analizó el gráfico de sedimentación (realizado mediante la versión 23 del programa SPSS). Se optó por no trabajar con el procedimiento de extracción de Kaiser de autovalores mayores que 1, puesto que este método tiende a sobreestimar la cantidad de factores a extraer (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). El método de extracción utilizado fue el de mínimos cuadrados no ponderados robusto (RULS), el cual resulta robusto y adecuado cuando se trabaja con variables ordinales (Lloret-Segura et al., 2014). La rotación aplicada fue la oblicua Promax, asumiendo correlaciones interfactoriales (Clarkson & Jennrich, 1988; Lloret-Segura et al., 2014) según lo informado en estudios previos de la escala. Como medida adicional del ajuste del modelo, se analizaron los índices CFI, AGFI y RMSEA (Bentler, 1990; Bentler & Bonett, 1980; Hu & Bentler, 1998), reportados por el programa FACTOR acerca del ajuste a los datos del modelo sugerido. Por último, para determinar la confiabilidad de los factores de la ETD

obtenidos se analizó el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach. La correlación entre los factores fue estimada por medio del estadístico r de Pearson. Estos dos últimos análisis, así como los que se mencionan a continuación, se realizaron mediante la versión 23 del programa SPSS.

Para determinar la validez convergente de la ETD, se realizaron correlaciones r de Pearson entre la misma y la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre, el PANAS, el BDI-II y el STAI. También se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables bajo estudio. Se comprobó la normalidad de las variables siguiendo el criterio que establece que valores de asimetría y curtosis comprendidos entre ± 2 puntos se consideran como límites aceptables de dicha distribución (e.g., Field, 2009; George & Mallery, 2016; Trochim & Donnelly, 2006). Se evaluó la existencia de diferencias en función del género en los niveles de tolerancia al estrés mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se optó por utilizar en este caso una prueba no paramétrica puesto que los grupos diferían significativamente en los tamaños muestrales. No obstante, la distribución de las variables se asemejó a una distribución normal (valores de asimetría y curtosis comprendidos entre ± 0.50).

Luego de comprobar las propiedades de la ETD, se procedió a analizar en la segunda muestra el efecto de las habilidades de regulación emocional (ETD y DERS) sobre los niveles de sintomatología psicopatológica (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo) y el nivel de malestar general de los participantes (GSI). Se calcularon los estadísticos descriptivos tanto de los síntomas

psicopatológicos como de los niveles de malestar y de las habilidades de regulación emocional.

Dado que el SCL-90-R es un instrumento de evaluación de psicopatología, es común obtener resultados con distribuciones leptocúrticas y con asimetría positiva (Gempp Fuentealba & Avendaño Bravo, 2008; Sánchez & Ledesma, 2009), especialmente para algunos factores como Ansiedad fóbica o Psicoticismo. También es común observar diferencias en función del género para varios de los factores del inventario (e.g., Casullo et al., 2006; Derogatis, 1994; González de Rivera et al., 2002). Por tanto, se procedió a calcular las puntuaciones percentilares para cada sujeto en cada subescala, siguiendo los baremos de la adaptación española diferenciados por género. Esta transformación resuelve tanto el problema de las distribuciones no normales como la consideración del efecto del género sobre las respuestas de los participantes. Los valores de asimetría y curtosis originales y resultantes se muestran en la tabla 2. Tanto las puntuaciones percentilares del SCL-90-R como los valores de las habilidades de regulación emocional presentaron niveles de asimetría y curtosis dentro del rango aceptable (siguiendo el criterio de valores de asimetría y curtosis comprendidos entre ± 2 ; Field, 2009; George & Mallery, 2016; Trochim & Donnelly, 2006).

Tabla 2

Valores de asimetría y curtosis de las puntuaciones directas y transformadas del SCL-90-R

	Asimetría	Curtosis
PD Somatizaciones	1.96	4.51
PD Obsesiones y compulsiones	1.27	1.71
PD Sensibilidad interpersonal	1.32	1.85
PD Depresión	1.32	1.52
PD Ansiedad	1.78	3.67
PD Hostilidad	1.76	3.40
PD Ansiedad fóbica	3.20	12.79
PD Psicoticismo	2.55	8.68
PD Ideación paranoide	1.23	1.45
PD Ítems adicionales	0.98	0.43
PD SCL-90-R GSI	1.43	2.39
Perc. Somatizaciones	0.35	-1.00
Perc. Obsesiones y compulsiones	-0.24	-1.38
Perc. Sensibilidad interpersonal	-0.18	-1.34
Perc. Depresión	0.45	-1.18
Perc. Ansiedad	0.37	-1.14
Perc. Hostilidad	0.07	-1.02
Perc. Ansiedad fóbica	0.64	-1.08
Perc. Psicoticismo	-0.06	-1.62
Perc. Ideación paranoide	0.18	-1.52
Perc. SCL-90-R GSI	0.17	-1.43

Nota: PD = puntuación directo; GSI = Índice de Severidad Global; Perc. = puntuación percentilar

Luego, se realizaron correlaciones r de Pearson para calcular el grado de relación entre las variables bajo estudio. Finalmente, se analizaron diez modelos de regresión lineal mediante el método *Stepwise* (por pasos). Las diez variables dependientes consideradas fueron las nueve escalas de síntomas psicopatológicos del SCL-90-R y el Índice de severidad global (GSI). Las variables predictoras introducidas en el modelo fueron las habilidades de regulación emocional evaluadas por la ETD (i.e., Tolerancia general al distrés, Regulación distrés) y la DERS (i.e., Falta de aceptación emocional, Falta de consciencia emocional, Falta de claridad emocional, Dificultad para orientar el comportamiento dirigido a metas, Dificultad en el control de los impulsos, Acceso limitado a estrategias de regulación emocional). Los diagnósticos de

colinealidad (VIF) resultaron en todos los casos inferiores a 2 puntos. Se corroboró también la normalidad de los residuos de los modelos, hallándose valores de asimetría y de curtosis entre ± 1 (excepto para el residuo del modelo de Psicoticismo, cuya curtosis fue de -1.15).

4. Resultados

4.1. Validez de constructo de la Escala de Tolerancia al Distrés

Se calculó una variable total mediante la sumatoria de los 15 ítems y se calculó la correlación entre esta última y los 15 ítems (correlación ítem-total). Se encontraron asociaciones significativas ($p < .01$) en todos los casos, por lo que se conservaron todos los ítems originales. A continuación se realizó un AFE, puesto que tanto la prueba de esfericidad de Bartlett ($1017.6_{(105)}$; $p < .01$) como el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .85) sugirieron la aplicabilidad del mismo. El análisis paralelo y el gráfico de sedimentación sugirieron la retención de dos factores que explican el 47% de la varianza. La matriz de correlaciones rotada (tabla 3) muestra las cargas factoriales de los 15 ítems, las cuales oscilaron entre los .35 y .88 puntos y fueron unidimensionales en todos los casos.

Tabla 3

Matriz de correlaciones rotada de los 15 ítems de la Escala de Tolerancia al Distrés (Simons, & Gaher, 2005).

	Factor 1	Factor 2
1. Me resulta insoportable sentirme estresado o molesto <i>[Feeling distressed or upset is unbearable to me]</i>	.40	
2. Cuando me siento estresado o molesto, en lo único en lo que puedo pensar es en cuán mal me siento <i>[When I feel distressed or upset, all I can think about is how bad I feel]</i>	.71	
3. No puedo manejar mis sentimientos de estrés o malestar <i>[I can't handle feeling distressed or upset]</i>	.77	
4. Mis sentimientos de estrés son tan intensos que se apoderan de mi <i>[My feelings of distress are so intense that they completely take over]</i>	.84	
5. No hay nada peor que sentirse estresado o molesto <i>[There's nothing worse than feeling distressed or upset]</i>	.35	
*6. Puedo tolerar sentirme estresado o molesto tan bien como la mayoría de las personas <i>[I can tolerate being distressed or upset as well as most people]</i>	.35	
7. Mis sentimientos de estrés o de malestar son inaceptables <i>[My feelings of distress or being upset are not acceptable]</i>	.43	

9. Otras personas parecen poder tolerar mejor que yo el sentirse estresados o molestos <i>[Other people seem to be able to tolerate feeling distressed or upset better than I can]</i>	.49
10. Estar estresado o molesto es siempre una gran complicación para mí <i>[Being distressed or upset is always a major ordeal for me]</i>	.71
11. Me avergüenzo de mí mismo cuando me siento estresado o molesto <i>[I am ashamed of myself when I feel distressed or upset]</i>	.55
12. Me asustan mis sentimientos de estrés o de malestar <i>[My feelings of distress or being upset scare me]</i>	.58
15. Cuando me siento estresado o molesto, no puedo evitar pensar todo el tiempo en lo mal que se siente estar así <i>[When I feel distressed or upset, I cannot help but concentrate on how bad the distress actually feels]</i>	.70
8. Haría cualquier cosa para evitar sentirme estresado o molesto <i>[I'll do anything to avoid feeling distressed or upset]</i>	.85
13. Haría cualquier cosa para dejar de sentirme estresado o molesto <i>[I'll do anything to stop feeling distressed or upset]</i>	.88
14. Cuando me siento estresado o molesto, inmediatamente debo hacer algo al respecto <i>[When I feel distressed or upset, I must do something about it immediately]</i>	.43

* Ítem invertido

El factor 1 estuvo compuesto por 12 ítems y mostró un índice de confiabilidad muy bueno ($\alpha = .87$). El factor representa la autopercepción del sujeto sobre su capacidad general de tolerar estados emocionales displacenteros y fue llamado *Tolerancia general al distrés*. El segundo factor, compuesto por 3 ítems y con un índice de confiabilidad adecuado ($\alpha = .73$), representa la necesidad de la persona de ofrecer una respuesta concreta a las situaciones que le resultan emocionalmente displacenteras, es decir, los esfuerzos regulatorios para aliviar el distrés. Este segundo factor replica la subescala de Regulación originalmente postulada por Simons y Gaher (2005) y replicada por Sandín et al. (2017), por lo tanto, se conservó el mismo término para referirse a ella (*Regulación*). Finalmente, la correlación interfactor fue de $r = .37$ ($p < .01$), el índice de confiabilidad (α) total de los 15 ítems de la escala fue de .86, y los

índices de ajuste y de error del modelo fueron muy buenos (CFI =.98; AGFI =.97; RMSEA = .05).

4.2. Validez convergente de la Escala de Tolerancia al Distrés

Para evaluar la validez convergente del instrumento se calcularon las subescalas de la ETD sugeridas en los análisis previos y se analizaron sus relaciones con las medidas de afectividad positiva y negativa (PANAS), intolerancia a la incertidumbre (Escala de Intolerancia a la Incertidumbre), ansiedad (STAI) y depresión (BDI-II). Los resultados de las correlaciones se muestran en la tabla 4, junto con los valores estadísticos descriptivos.

Tabla 4

Correlaciones entre tolerancia al distrés y medidas teóricamente relacionadas

	1	2	3	4	5	6	7	8	ME	DE
1. TGD	-	.37**	.27**	-.41**	-.48**	-.38**	-.57**	-.42**	3.41	0.73
2. Reg.	-	-	-.10	.03	-.01	-.01	-.10	-.07	2.79	0.93
3. PANAS-P	-	-	-	-.35**	-.33**	-.45**	-.50**	-.50**	3.27	0.66
4. PANAS-N	-	-	-	-	.54**	.64**	.65**	.57**	1.97	0.68
5. EII	-	-	-	-	-	.47**	.71**	.51**	56.07	19.98
6. STAI-E	-	-	-	-	-	-	.65**	.63**	15.73	8.66
7. STAI-R	-	-	-	-	-	-	-	.65**	20.10	9.41
8. BDI-II	-	-	-	-	-	-	-	-	8.75	8.49

Nota. ** $p < .01$: TGD = Tolerancia General al Distrés; Reg. = Regulación; PANAS-P = PANAS Afecto Positivo; PANAS-N = PANAS Afecto Negativo; EII = Escala de Intolerancia a la Incertidumbre; STAI-E = STAI Estado; STAI-R = STAI Rasgo; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.

Como puede observarse, la Tolerancia general al distrés se encuentra asociada con las demás variables bajo estudio, indicando que a mayor tolerancia al distrés, mayor afectividad positiva, menor afectividad negativa, mayor intolerancia a la incertidumbre, menores niveles de ansiedad y menor frecuencia de síntomas depresivos. No obstante, la

subescala de Regulación de la ETD no presentó asociaciones estadísticamente significativas con ninguna de las variables evaluadas.

4.3. Diferencias de género en la habilidad de tolerancia al estrés

Se evaluó la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del género mediante la aplicación de pruebas *U* de Mann-Whitney. En la subescala de Regulación, los valores obtenidos por hombres ($ME = 2.96$; $DE = 0.78$) y mujeres ($ME = 2.75$; $DE = 0.95$) fueron similares y las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($U = 1932.000$; $Z = -1.44$; $p = .15$). Lo mismo se observó para las diferencias ($U = 1866.000$; $Z = -1.68$; $p = .09$) en la subescala de Tolerancia general al estrés respecto a los puntajes de hombres ($ME = 3.61$; $DE = 0.72$) y mujeres ($ME = 3.36$; $DE = 0.72$).

4.4. Relaciones entre síntomas psicopatológicos, malestar y habilidades de regulación emocional

En primer lugar, se calcularon los valores estadísticos descriptivos de las variables bajo estudio. Los resultados se muestran en la tabla 5. Al observar las puntuaciones percentilares, se encontró que la dimensión con mayor prevalencia fue obsesiones y compulsiones, mientras que los síntomas menos prevalentes fueron los correspondientes a la dimensión de ansiedad fóbica.

Tabla 5

Valores estadístico descriptivos de síntomas psicopatológicos, malestar y habilidades de regulación emocional.

	ME	DE
PD Somatizaciones	0.62	0.65
PD Obsesiones y compulsiones	0.84	0.73
PD Sensibilidad interpersonal	0.62	0.61
PD Depresión	0.68	0.63
PD Ansiedad	0.50	0.49
PD Hostilidad	0.42	0.46
PD Ansiedad fóbica	0.21	0.40
PD Psicoticismo	0.28	0.39
PD Ideación paranoide	0.44	0.50
PD Ítems adicionales	0.63	0.55
PD SCL-90-R GSI	0.55	0.44
Perc. Somatizaciones	46.54	27.74
Perc. Obsesiones y compulsiones	57.04	31.38
Perc. Sensibilidad interpersonal	53.26	33.06
Perc. Depresión	41.23	31.20
Perc. Ansiedad	44.45	28.82
Perc. Hostilidad	44.29	28.58
Perc. Ansiedad fóbica	32.27	32.42
Perc. Psicoticismo	46.26	35.33
Perc. Ideación paranoide	42.86	33.75
Perc. SCL-90-R GSI	47.46	31.61
ETD Tolerancia general del distrés	3.40	0.76
ETD Regulación distrés	2.76	0.96
DERS Falta aceptación	1.99	0.95
DERS Falta claridad	2.10	0.76
DERS Dificultades metas	2.82	0.96
DERS Dificultades impulsos	1.92	0.88
DERS Falta conciencia	2.16	0.81
DERS Dificultades estrategias	2.14	0.81

Nota: PD = Puntuación Directa; Perc = Puntuación percentilar; GSI = Índice de Severidad Global.

A continuación se analizó el grado de asociación entre las variables mediante correlaciones r de Pearson. Para ello se utilizaron las puntuaciones percentilares del SCL-90-R. Los resultados hallados para las relaciones entre los síntomas psicopatológicos (puntuaciones percentilares), el nivel de malestar (GSI) y las habilidades de regulación emocional (DERS y ETD) se presentan en la tabla 6.

Tabla 6

Correlaciones entre las habilidades de regulación emocional y los síntomas psicopatológicos y el nivel de malestar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Somatizaciones	-																
2. Obsesiones y compulsiones	.44**	-															
3. Sensibilidad interpersonal	.36**	.65**	-														
4. Depresión	.54**	.72**	.64**	-													
5. Ansiedad	.56**	.67**	.56**	.68**	-												
6. Hostilidad	.39**	.46**	.49**	.52**	.42**	-											
7. Ansiedad fóbica	.36**	.39**	.38**	.49**	.60**	.30**	-										
8. Psicoticismo	.42**	.62**	.63**	.67**	.52**	.48**	.52**	-									
9. Ideación paranoide	.23**	.52**	.66**	.58**	.42**	.50**	.47**	.67**	-								
10. SCL-90-R GSI	.68**	.82**	.75**	.87**	.81**	.62**	.58**	.77**	.67**	-							
11. Tolerancia general distrés	-.30**	-.53**	-.43**	-.51**	-.48**	-.30**	-.35**	-.40**	-.35**	-.53**	-						
12. Regulación distrés	.05	-.11	-.04	-.03	-.02	.03	.05	.01	-.11	-.02	.40**	-					
13. Falta aceptación	.30**	.49**	.48**	.47**	.52**	.32**	.41**	.44**	.36**	.51**	-.50**	-.23**	-				
14. Falta claridad	.18*	.40**	.39**	.38**	.33**	.31**	.36**	.35**	.31**	.40**	-.36**	-.06	.34**	-			
15. Dificultades metas	.32**	.55**	.47**	.46**	.45**	.37**	.30**	.41**	.36**	.52**	-.54**	-.11	.57**	.28**	-		
16. Dificultades impulsos	.33**	.56**	.52**	.47**	.54**	.43**	.40**	.41**	.44**	.57**	-.52**	-.11	.62**	.37**	.63**	-	
17. Falta conciencia	.05	.17*	.13	.12	.05	.04	.10	.02	-.00	.11	-.21**	-.02	.03	.35**	.07	.11	-
18. Dificultades estrategias	.34**	.47**	.43**	.48**	.45**	.28**	.39**	.34**	.30**	.51**	-.65**	-.14	.54**	.36**	.65**	.64**	.25**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; GSI = Índice de Malestar Global.

Se encontraron correlaciones directas y moderadas entre la mayor parte de las variables bajo estudio. Los síntomas psicopatológicos y el nivel de malestar se asociaron de forma directa con la mayoría de las dificultades de regulación emocional exploradas por la DERS, indicando que mientras mayores son las dificultades que experimentan los participantes para regular sus emociones negativas, mayor es también la presencia de síntomas de diverso tipo y mayor el nivel de malestar experimentado. Asimismo, las correlaciones fueron inversas con la capacidad de tolerancia al distrés, específicamente con la subescala de Tolerancia general al distrés, indicando que mientras mayor es la capacidad de los participantes de tolerar las situaciones que les generan malestar, menor es la presencia de síntomas psicopatológicos y menor el nivel de malestar experimentado. Por su parte, la subescala de Regulación de la ETD, al igual que en los análisis previos, no mostró asociaciones estadísticamente significativas con los síntomas psicopatológicos, ni tampoco con las dificultades de regulación emocional (a excepción

de una relación baja e inversa con la dimensión de Falta de aceptación emocional). Similarmente, la dimensión Falta de conciencia emocional tampoco mostró correlaciones estadísticamente significativas con el resto de las variables bajo estudio (a excepción de una relación moderada al interior del propio instrumento con la subescala Falta de claridad emocional).

A continuación se pusieron a prueba diez modelos de regresión lineal, considerando como variables dependientes a las dimensiones psicopatológicas consideradas por Derogatis (1994) y al índice de malestar general (GSI): Modelo (1), Somatizaciones; Modelo (2), Obsesiones y compulsiones; Modelo (3), Sensibilidad interpersonal; Modelo (4), Depresión; Modelo (5), Ansiedad; Modelo (6), Hostilidad; Modelo (7), Ansiedad Fóbica; Modelo (8), Psicoticismo; Modelo (9), Ideación paranoide; Modelo (10), malestar general (i.e., GSI, Índice de Severidad Global). En todos los casos, las variables independientes fueron las seis dificultades de regulación emocional evaluadas por el DERS (i.e., Falta de aceptación emocional, Falta de conciencia emocional, Falta de claridad emocional, Dificultad para orientar el comportamiento dirigido a metas, Dificultad en el control de los impulsos, Acceso limitado a estrategias de regulación emocional) y las dos dimensiones de la tolerancia al distrés halladas para la ETD (i.e., Tolerancia general al distrés, Regulación). Los resultados de los diez modelos se presentan en la tabla 7. Por cuestiones de espacio, se presenta únicamente el último paso de cada modelo. Los resultados de los pasos parciales para cada modelo pueden consultarse en el apéndice del presente estudio.

Tabla 7

Modelos de regresión lineal: efecto de las habilidades de regulación emocional sobre los síntomas psicopatológicos y el malestar general

Variable dependiente	Pasos del modelo	r^2	F	Variables Predictoras	β	t
Somatizaciones	1	.12	18.14**	Dificultades estrategias	.34	4.26**
				Dificultades impulsos	.24	2.71**
Obsesiones y compulsiones	4	.45	27.17**	Tolerancia general distrés	-.23	-2.81**
				Dificultades metas	.22	2.62**
				Falta claridad	.17	2.36*
				Dificultades impulsos	.29	3.13**
Sensibilidad interpersonal	3	.34	23.47**	Falta claridad	.21	2.82**
				Dificultades metas	.23	2.56**
				Tolerancia general distrés	-.40	-4.63**
Depresión	4	.38	20.69**	Falta aceptación	.26	3.28**
				Regulación distrés	.20	2.71**
				Falta claridad	.16	2.15*
				Dificultades impulsos	.24	2.62*
Ansiedad	4	.41	23.22**	Falta aceptación	.27	3.02**
				Tolerancia general distrés	-.30	-3.5**
				Regulación distrés	.19	2.57*
				Dificultades impulsos	.37	4.55**
Hostilidad	2	.21	18.50**	Dificultades claridad	.17	2.04*
				Falta aceptación	.23	2.56*
Ansiedad fóbica	3	.25	14.84**	Falta claridad	.22	2.66**
				Dificultades estrategias	.19	2.08*
				Falta aceptación	.25	2.76**
Psicoticismo	3	.27	16.69**	Falta claridad	.21	2.69**
				Dificultades metas	.20	2.28*
				Dificultades impulsos	.38	4.72**
Ideación paranoide	2	.22	19.28**	Falta claridad	.16	1.98*
				Dificultades impulsos	.28	3.22**
Índice severidad global (GSI)	4	.45	27.84**	Tolerancia general distrés	-.36	-4.36**
				Regulación distrés	.20	2.85**
				Falta aceptación	.21	2.43*

Nota: los índices β reportados refieren a los betas estandarizados

Todos los modelos analizados resultaron estadísticamente significativos, los modelos con mayor varianza explicada fueron el de Obsesiones y compulsiones, y el del GSI. Los modelos con menor varianza explicada fueron Somatizaciones e Ideación Paranoide. La habilidad de regulación emocional Falta de claridad emocional surgió como predictora en seis de los diez modelos, aunque su aporte no fue el principal en ninguno de ellos. Por su parte, la Dificultad en el control de impulsos resultó un

predictor significativo en cinco de los diez modelos, al igual que la Falta de aceptación emocional. Además, ambas habilidades resultaron los predictores principales de distintos modelos, así como predictores significativos en el modelo del nivel de malestar general (GSI). La Dificultades para orientar el comportamiento dirigido a metas y el Acceso limitado a estrategias de regulación emocional fueron predictores en tres y dos de los modelos, respectivamente. La varianza aportada por estas dos dificultades fue baja, incluso para el modelo de Somatizaciones, donde el Acceso limitado a estrategias de regulación emocional fue la única variable predictora. La dimensión Falta de conciencia emocional, por su parte, la cual no había presentado correlaciones estadísticamente significativas con ninguno de los síntomas psicopatológicos, no resultó predictora en ninguno de los modelos analizados.

Por su parte, la Tolerancia general al estrés resultó un predictor significativo en cuatro de los diez modelos analizados. Para los síntomas de depresión, ansiedad y el nivel de malestar general, esta variable presentó los valores beta estandarizados más altos de sus correspondientes modelos. Como se indicó previamente con las correlaciones, mientras mayor es la capacidad general de tolerar el estrés, menor resulta la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, obsesiones y compulsiones y menor el índice general de malestar. Respecto a la dimensión de Regulación del estrés, a pesar de que la misma no había evidenciado correlaciones significativas, resultó predictora para tres de los modelos, a saber, depresión, ansiedad y malestar general. De forma contraria a lo esperado, la variable aportó varianza directa, es decir, mientras mayores son las puntuaciones en la dimensión de Regulación del estrés, mayor es la presencia de sintomatología y malestar. No obstante, el aporte (β) de esta variable en los modelos en los que fue incluida fue menor al de otras variables.

5. Discusión

5.1. Estructura factorial de la Escala de Tolerancia al Distrés

La tolerancia al distrés representa una habilidad con un notorio interés clínico y científico debido a su destacado rol en el desarrollo, curso y tratamiento de una gran diversidad de conductas desadaptativas y desórdenes psicopatológicos (Cummings et al., 2013; Daughters et al., 2013; Gratz & Tull, 2011; Leyro et al., 2010). No obstante, su medición reviste aun un desafío debido a la ausencia de medidas empíricamente validadas y a las consideraciones sobre las bajas o ausentes asociaciones entre las medidas comportamentales y las de autoinforme (e.g., Ameral et al., 2014; Glassman et al., 2016; McHugh et al., 2011). Particularmente en población hispanohablante, solo se registraron dos estudios sobre la ETD: uno sobre la adaptación en España (Sandín et al., 2017) y otro sobre la validación de la misma en población mexicana (González-Ramírez et al., 2019). No se registraron estudios posteriores que hayan utilizado la escala, ni estudios sobre su funcionamiento en población argentina.

Por tanto, se decidió realizar una adaptación (principalmente de carácter idiomático) de la ETD de Simons y Gaher (2005) para población argentina y, conjuntamente, aportar evidencia a las consideraciones sobre la estructura factorial de la misma (Rogers et al., 2018; Tonarely & Ehrenreich-May, 2019). Los resultados del presente estudio indican que la ETD permitiría distinguir entre dos principales dimensiones: la Tolerancia general al distrés y la Regulación del distrés. Estos hallazgos difieren de la estructura de cuatro dimensiones originalmente reseñada por Simons y Gaher (2005) y replicada por algunos estudios (González-Ramírez et al., 2019; Sandín

et al., 2017). Contrariamente, lo encontrado fue consistente con los resultados del AFE de Rokosz y Poprawa (2021), quienes obtuvieron una solución de dos factores, y con los hallazgos de You y Leung (2012) y de Tonarely y Ehrenreich-May, (2019), quienes reportaron que el funcionamiento del factor Regulación se diferenciaba del resto de la escala. Una estructura de dos factores generales es también coherente con la evidencia empírica acerca de las limitaciones en la distinción de las subescalas Evaluación, Tolerancia y Absorción (e.g., Leyro et al., 2011; Rogers et al., 2018).

Acerca de esta estructura de dos dimensión para la ETD, las propuestas de diversos autores (e.g., Lynch & Mizon, 2011; McHugh & Otto, 2012) ya han sugerido la distinción entre la sensibilidad al distrés y los esfuerzos regulatorios para aliviar ese malestar: mientras que la primera indicaría el grado en que la persona está dispuesta a mantenerse en contacto con experiencias emocionales negativas, la segunda comprendería la reactividad comportamental de las personas cuando experimentan emociones negativas. También Koole (2009), refiriéndose a los distintos mecanismos de regulación emocional en general, sugiere diferenciar entre la sensibilidad emocional y la regulación en sí misma, asumiendo a esta última como un proceso de control. Otros estudios (e.g., Davis et al., 2014; Karrass et al., 2006; Silvers et al., 2012) respaldan esta propuesta, y Van Zutphen et al. (2015) incluso proponen dos sustratos neurales diferentes para estos dos mecanismos.

5.2. Validez y confiabilidad de la Escala de Tolerancia al Distrés

Acerca de la validez de la ETD, la dimensión denominada Tolerancia general al distrés se asoció con la afectividad positiva y negativa, con la intolerancia a la incertidumbre, y con los síntomas de ansiedad y depresión, lo cual sugiere la utilidad de

instrumento y es consistente con estudios previos (e.g., Ameral et al., 2017; Cummings et al., 2013; Katz et al., 2017; Keough et al., 2010; Zvolensky et al., 2011). De manera específica, las correlaciones entre esta dimensión y la intolerancia a la incertidumbre respaldan la propuesta de Zvolensky et al. (2010, 2011) acerca de que ambos constructos representan fenómenos relacionados entre sí, pero diferenciables en función de la naturaleza del malestar experimentado (Bardeen et al., 2013). Además, quienes poseen menor tolerancia al distrés, presentan más dificultad para lidiar con las emociones negativas y por tanto tienden a presentar mayor afectividad negativa y menor afectividad positiva (Zvolensky et al., 2011). Asimismo, una menor tolerancia al distrés también conduce a la evitación y la rápida reducción del malestar (Blakey et al., 2016; Lass et al., 2020), lo cual puede suponer un problema (i.e., depresión y ansiedad) en el largo plazo (Ameral et al., 2017; Magidson et al., 2013).

A diferencia de la Tolerancia general al distrés, la segunda dimensión encontrada en la ETD, a saber, la subescala de Regulación, no se asoció con ninguna de las variables trabajadas. A pesar de que se trata de un resultado contrario a lo esperado, dos consideraciones deben tenerse en cuenta. En primer lugar, La mayoría de las investigaciones que utilizaron la ETD para analizar las relaciones entre la tolerancia al distrés y la psicopatología, no discriminan entre las subescalas, sino que informan solo los resultados obtenidos para la escala total (e.g., Allan et al., 2014; Ameral et al., 2017; Buckner et al., 2007; Elhai et al., 2018; Katz et al. 2017; Keough et al., 2010; Reitzel et al., 2017). En segundo lugar, en muchos de los estudios que sí distinguen entre las cuatro dimensiones originales de la ETD, la subescala Regulación presentó asociaciones nulas (e.g., Greenberg et al., 2014; Magidson et al., 2013; Williams et al., 2013), o bajas (e.g., Lin et al., 2018; Sandín et al., 2017; Timpano et al., 2009; You & Leung, 2012),

en comparación con el resto de las dimensiones. Es por hallazgos como el presente que Rokosz y Poprawa (2021) han optado directamente por eliminar del modelo la dimensión Regulación.

De todos modos, aunque consistente con la literatura, la falta de resultados en relación a la dimensión Regulación indica una limitación relevante en la validez del instrumento. Es posible suponer que las expresiones de los ítems que componen la subescala (i.e., *“Haría cualquier cosa para dejar de sentirme estresado o molesto”*; *“Haría cualquier cosa para evitar sentirme estresado o molesto”*; *“Cuando me siento estresado o molesto, inmediatamente debo hacer algo al respecto”*) resulten ambiguas para el participante, dando lugar a los problemas mencionados. En particular, la expresión *“haría cualquier cosa”* no permite especificar si eso que se haría para aliviar el estrés es un mecanismo funcional, como el afrontamiento activo del problema, o disfuncional, como por ejemplo la evitación o el consumo de alcohol. Esto hace posible que distintos participantes realicen interpretaciones diferentes, impidiendo una medición precisa.

Al mismo tiempo, debe recordarse que la consideración del contexto en el que se aplican los mecanismos de regulación emocional supone un factor importante al juzgar la adaptabilidad o no de los mismos (Aldao, 2013; Gross, 2014). En efecto, no es lo mismo tolerar el estrés sin un fin específico (e.g., sostener una relación con una pareja disfuncional) que hacerlo en el marco de la persecución de un objetivo (e.g., quedarse en clase a pesar de estar aburrido o cansado; Daughters et al., 2009; Veilleux et al., 2019). Así, quien se enfrenta a cada situación debe juzgar qué tan adaptativo puede ser el hecho de continuar tolerando el estrés (Lynch & Mizon, 2011). En función de todo

lo indicado, se sugiere que futuros estudios analicen la validez de la dimensión Regulación de la ETD y exploren formas alternativas de medirla que le otorguen mayor precisión.

5.3. Diferencias de género en la habilidad de tolerancia al estrés

En relación al efecto del género sobre la tolerancia al estrés, los resultados del presente estudio indicaron que los varones y las mujeres no difieren en su capacidad de tolerar los estados emociones negativos. En efecto, algunos estudios han encontrado que los varones presentaron mayores niveles de tolerancia al estrés que las mujeres (e.g., Simons & Gaher, 2005; Kiselica et al., 2015; MacPherson et al., 2008; Sandín et al., 2017). Sin embargo, muchos otros (e.g., Cummings et al., 2013; Howell et al., 2010; Leyro et al., 2010; Marshall-Berenz et al., 2010; Glassman et al., 2016; Rogers et al., 2018) no han podido replicar dichas diferencias. Es posible que las discrepancias en la literatura se deban a la falta de acuerdo sobre las medidas de tolerancia al estrés y su validez, así como a la población de interés (i.e., general, clínica, fumadores, adultos, adolescentes) con la que se han llevado a cabo los distintos estudios. Además, particularmente en el presente estudio, la cantidad de participantes varones es muy reducida como para extraer conclusiones generalizables, puesto que es posible que no se haya alcanzado un nivel adecuado de poder estadístico. Futuros estudios deberán indagar sobre el efecto del género, particularmente discriminando entre medidas comportamentales y medidas de auto-informe.

5.4. Habilidades de regulación emocional, síntomas psicopatológicos y malestar

Respecto a la relación entre las distintas habilidades de regulación emocional y los síntomas psicopatológicos, se encontraron correlaciones univariadas directas y moderadas entre la mayor parte de las variables bajo estudio. Los hallazgos indican que mientras mayores son las dificultades que experimentan los estudiantes universitarios para regular sus emociones negativas, mayor es también la presencia de síntomas de diverso tipo y mayor el nivel de malestar experimentado. Las asociaciones halladas fueron directas para las dificultades de regulación emocional, e inversas para la tolerancia general al estrés. No se encontraron correlaciones para la dimensión Regulación (al igual que en los análisis previos sobre validez de la ETD) ni para la dimensión Falta de conciencia emocional. En los análisis de regresión, se corroboró el efecto de las habilidades de regulación sobre los síntomas psicopatológicos y se observaron distintas variables predictoras según el síntoma analizado.

Para las somatizaciones, se observó una baja varianza explicada, y solo el Acceso limitado a estrategias de regulación emocional resultó como predictor. Esto es similar a lo reportado Vatan y Pellitteri (2016) en población universitaria de Turquía y Estados Unidos, quienes indican que de todos síntomas psicopatológicos, somatizaciones obtuvo la menor varianza explicada, y solo el Acceso limitado a estrategias resultó predictor del modelo. Los hallazgos son también parcialmente incongruentes con lo encontrado por Wolz et al. (2015), quienes no encuentran relaciones entre ninguna de las dificultades de regulación emocional y los síntomas de somatizaciones en población general. En comparación con el resto de las dimensiones sintomáticas de la clasificación de Derogatis (1994), somatizaciones es aquella con

mayor acento fisiológico, en comparación con otras manifestaciones de mayor carácter cognitivo o emocional (e.g., depresión). Por tanto, es posible que el hecho de que sea esta la dimensión con menor varianza explicada se deba a que las habilidades de regulación emocional no juegan un rol tan importante como en otros estados con mayor carácter anímico, como la ansiedad o la depresión. También debe mencionarse que es común observar mayor sintomatología somática en población universitaria durante época de exámenes (Zunhammer et al., 2014), pero dado que dicha variable no fue considerada en el presente estudio, futuras investigaciones podrían explorar si la cercanía de exámenes posee un efecto mediador entre la regulación emocional y este tipo de síntomas.

Respecto a las obsesiones y compulsiones, el modelo de regresión presentó una de las mayores varianzas explicadas (i.e., 45%, al igual que para el modelo de malestar general). En este modelo, resultaron predictoras tanto habilidades referidas al procesamiento de las emociones (i.e., Falta de claridad emocional), como habilidades referidas a la tolerancia (i.e., Dificultades en el comportamiento orientado a metas, Tolerancia general al distrés) y gestión o regulación de las mismas (i.e., Dificultades en el control de impulsos). Esto es similar a lo reportado por Fergus y Bardeen (2014), quienes hallaron que los predictores de los síntomas obsesivo-compulsivos eran las Dificultades en el control de los impulsos, la Falta de claridad emocional y la Supresión de la expresión emocional (este último estudio no consideró el rol de la tolerancia al distrés). Los resultados también son similares a lo indicado en estudios previos sobre el efecto de la tolerancia al distrés en los síntomas obsesivos compulsivos (e.g., Cogle et al., 2012, 2013; Macatee et al., 2013). Es posible concluir que, para los síntomas relacionados con las obsesiones y compulsiones (pensamientos intrusivos, preocupación

constante, rituales, etc.) que presentan los estudiantes, es importante reconocer las emociones que se experimentan, ser capaz de controlar los actos y pensamientos impulsivos y disruptivos, sobreponerse a ellos orientando el comportamiento y ser capaz de tolerar el malestar que generan en caso de que sea necesario. Esto ejemplifica lo propuesto por el modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones de Berking (2000; Berking & Whitley, 2014) según el cual la regulación emocional ocurre como consecuencia de la interacción coordinada de distintas habilidades. También debe señalarse que una gran parte de la vida académica supone ser capaz de orientar la conducta para alcanzar metas personales (e.g., concentrarse para estudiar, aprobar un examen), y de tolerar el malestar para alcanzar un objetivo específico (e.g., continuar estudiando a pesar del aburrimiento, presentarse a un examen a pesar de estar nervioso) por lo que es comprensible que problemas en estas capacidades den lugar a mayor sintomatología. Sería interesante, en futuros estudios, indagar acerca del contenido de dichas obsesiones y compulsiones en la población de estudiantes universitarios.

Para los síntomas de sensibilidad interpersonal, las variables predictoras fueron Dificultades en el control de impulsos, Dificultades en el comportamiento orientado a metas y Falta de claridad emocional. Esto difiere de lo reportado por Vatan y Pellitteri (2016) para quienes el Acceso limitado a estrategias de regulación fue el único predictor de la dimensión sensibilidad interpersonal. Sin embargo, es similar a lo reportado por Wolz et al. (2015) en población con trastornos de alimentación, en cuyo estudio cinco de las seis dificultades de regulación emocional del modelo de Gratz y Roemer (2004) se encontraban asociadas con este tipo de síntomas (menos la Falta de conciencia emocional). Es menester recordar que una gran parte de los participantes del presente estudio pertenecía a la Facultad de Psicología, por lo que es posible que se trate de

personas que se encuentren en contacto con sus sentimientos y con mayor adecuación en la forma de conducirse con los demás (Dimitrijević et al., 2011), lo que dé lugar a resultados discrepantes con la literatura previa. Por otra parte, a pesar de que se encontraron correlaciones entre la sensibilidad interpersonal y la tolerancia al estrés, esta última no fue resultado predictora del modelo una vez que se consideró el efecto de todas las habilidades de regulación emocional de manera conjunta. Esto indicaría que el hecho de ser o no capaz de tolerar emociones negativas, no sería uno de los principales predictores de la experimentación de sentimientos de inferioridad, vergüenza, o inhibición en las relaciones con los demás, o al menos no si se considera también el efecto de otras habilidades de regulación de manera conjunta.

Con respecto a la sintomatología depresiva, la tolerancia general al estrés fue la principal variable predictora del modelo, seguida por Falta de aceptación emocional, Regulación (del estrés) y Falta de claridad emocional. Los resultados para la dimensión de síntomas de depresión fueron similares a los de la dimensión ansiedad, siendo las variables predictoras en este caso Falta de aceptación emocional, Dificultades en el control de los impulsos, Tolerancia general al estrés y Regulación (del estrés). Lo encontrado en el presente estudio respalda la importancia de la identificación y aceptación de las emociones en este tipo de trastornos, tal como fue señalado por otros autores previamente (e.g., Campbell-Sills et al., 2006; Cheung & Ng, 2019; Ehring et al., 2008; Vine & Aldao, 2014). Los hallazgos sobre depresión y ansiedad resultan particularmente interesantes considerando que la población universitaria ha mostrado ser especialmente proclive al desarrollo de este tipo de sintomatología (Czernik et al., 2006; Cardona-Arias et al., 2015; Gutiérrez Rodas et al., 2010; Soria Trujano et al., 2014). Respecto a la Dificultad en el control de los impulsos como variable predictoras

de los síntomas ansiosos, distintos estudios (e.g., Cheung & Ng, 2019; Estevez et al., 2020) han reportado previamente asociación entre estas variables. Autores como Dixon et al. (2017) o Pawluk y Koerner (2016) destacan que las personas que padecen trastornos de ansiedad (e.g., trastorno de ansiedad generalizada) presentan mayor urgencia negativa y mayores dificultades para controlarla, dando lugar a las manifestaciones características de estos trastornos. Similares son las conclusiones de Cogle et al. (2012) acerca de los pensamientos obsesivos.

Asimismo, la tolerancia al distrés también ha sido asociada previamente en la literatura con los síntomas de depresión y ansiedad, por lo que los hallazgos del presente estudio resultan coincidentes con la literatura previa (e.g., Allan et al., 2014; Ameral et al., 2017; Leyro et al., 2011; Sandín et al., 2017; Williams et al., 2013). Sin embargo, la dimensión Regulación de la ETD, la cual no había mostrado correlaciones significativas con los síntomas depresivos (ni en los análisis de validez de la escala ni en las correlaciones con el SCL-90-R), sí aportó varianza explicada para los síntomas depresivos y de ansiedad (así como también para el malestar general). Adicionalmente, dicha varianza fue contraria al sentido esperado: mayores niveles de Regulación supusieron mayor sintomatología. Es posible encontrar una explicación en la redacción misma de los ítems y su ambigüedad, tal como fue señalado previamente acerca de la validez de la ETD. Para Simons y Gaher (2005), si una persona indica que al sentirse estresado o molesto debe “hacer algo al respecto inmediatamente”, esto sugiere menor tolerancia al distrés (no puede tolerarlo, debe hacer algo para aliviar el distrés). No obstante, esta respuesta podría interpretarse en un segundo sentido: si una persona indica que al sentir malestar debe “hacer algo inmediatamente”, es posible que sea una persona con mayor tendencia a un afrontamiento activo, que en lugar de mantenerse en

ese estado de malestar e inconformidad (como haría alguien con un trastorno del estado del ánimo), intenta buscar alguna herramienta que pueda reducir esa emocionalidad negativa. Como se mencionó previamente, el funcionamiento de la subescala, y los resultados encontrados, probablemente residan en la ambigüedad de la idea de “hacer algo” o “hacer cualquier cosa”, siendo que estos dichos podrían interpretarse de distintas maneras y hacer alusión a “algo” adaptativo o desadaptativo. Nuevamente, también debe destacarse la importancia del contexto en la aplicación de cada mecanismo de regulación emocional (Aldao, 2013; Gross 2014) y también debe considerarse si el malestar se tolera con un fin específico (e.g., rendir un examen) o si la persona está “sobre-tolerando” una situación sin una meta clara (Lynch & Mizon, 2011). Efectivamente, los ítems de la ETD no parecen expresar esta idea de tolerar al malestar persiguiendo un objetivo personal, por lo que cobra sentido el que alguien con mayor capacidad de afrontamiento sienta necesidad de “hacer algo” al experimentar malestar.

Para la dimensión Hostilidad, las dificultades de regulación emocional que resultaron predictoras fueron Dificultades en el control de los impulsos y Falta de claridad emocional. No obstante, la varianza explicada por el modelo fue baja. Similarmente, las dificultades en el control de los impulsos emocionales han sido asociadas con la agresividad (e.g., Dixon et al., 2017; Watkins et al., 2014) y la hostilidad (Vatan & Pellitteri, 2016; Wolz et al., 2015) en estudios previos. En este sentido, aquellas personas que experimentan mayores problemas para gestionar los impulsos derivados de emociones negativas, tienen mayor tendencia a expresarlos mediante arrebatos de cólera, rabia y a sentir ganas de dañar o golpear a otros (Dixon et al., 2017). Por su parte, la Falta de claridad emocional también ha sido señalada

previamente (e.g., Elipe et al., 2012; Wolz et al., 2015) como una variable asociada con los síntomas relacionados con la ira, la rabia, el resentimiento y la agresividad.

Acerca de la ansiedad fóbica, las variables predictoras fueron Falta de aceptación emocional, Falta de claridad emocional y Acceso limitado a estrategias de regulación. Los resultados aquí encontrados son congruentes con lo reportado por estudios previos (e.g., Jacobs et al., 2008; Vatan & Pellitteri, 2016) aunque la evidencia respecto del efecto de los mecanismos de regulación emocional en las fobias es aún escasa. Por su parte, la tolerancia al distrés no se mostró asociada con la ansiedad fóbica, lo cual coincide con lo reportado por Laposa et al. (2015), aunque discrepa de los hallazgos de otros autores como Addicks et al. (2017) y Telch et al. (2003). Dado que los estudios al respecto de la tolerancia al distrés son escasos y aún muy novedosos, es posible que futuros trabajos que distingan entre los distintos tipos de fobia específica puedan explicar mejor las discrepancias reportadas.

Por su parte, los síntomas de psicoticismo presentaron una baja varianza explicada. Las variables que resultaron predictoras fueron Falta de aceptación emocional, Falta de claridad emocional y Dificultad en el comportamiento orientado a metas, lo cual discrepa de lo encontrado por Vatan y Pellitteri (2016), quienes reportan que la única dificultad de regulación emocional que aporta varianza explicada a este tipo de sintomatología es el Acceso limitado a estrategias de regulación. No obstante, en el estudio de Wolz et al. (2015), los síntomas de psicoticismo se asociaron con la Falta de aceptación emocional, la Falta de claridad emocional y el Acceso limitado a estrategias. Similarmente, Pollock et al. (2015) encuentran que la dimensión Psicoticismo tiende a asociarse con todas las dificultades de regulación emocional, pero

particularmente con la Falta de claridad emocional, es decir, con el procesamiento de los estímulos emocional y su reconocimiento. Sobre la tolerancia al distrés, Sandín et al (2017) tampoco reportan relaciones entre esta y el auto-reporte del psicoticismo. Es posible que este mecanismo de regulación emocional no guarde relación con los síntomas característicos de esta dimensión, es decir, con los sentimientos de soledad, el estilo de vida esquizoide, las alucinaciones auditivas, la carencia de relaciones íntimas, etc. No obstante, la evidencia al respecto es aún muy escasa y requiere de una exploración más exhaustiva.

De manera similar a lo que encontrado para la dimensión psicoticismo, en la ideación paranoide, la varianza explicada para también resultó baja, y sus predictores fueron, en orden de importancia, la Dificultad en el control de los impulsos y la Falta de claridad emocional. Los resultados son similares a lo reportado por Wolz et al. (2015), quienes encontraron en población general que las relaciones entre las dificultades de regulación emocional y esta dimensión del modelo de Derogatis (1994) eran bajas. Por su parte, la tolerancia al distrés tampoco se mostró como un predictor de este tipo de sintomatología. Es posible que los mecanismos de regulación emocional tengan un rol más claro en aquellos síntomas que se expresan en manifestaciones emocionales (i.e., trastorno del estado del ánimo), en comparación con los síntomas derivados de la ideación paranoide y el psicoticismo, con una menor impronta emocional y un mayor carácter patológico.

Finalmente, respecto al nivel de malestar general, los mecanismos de regulación emocional considerados explicaron un 45% de la varianza en población universitaria, resultando como predictores la Dificultad en el control de los impulsos, la Tolerancia

general al distrés, la Regulación del distrés y la Falta de aceptación emocional. Al respecto de los mecanismos de regulación propuestos desde el modelo de Gratz y Roemer (2004), distintos estudios (e.g., Dimaggio et al., 2017; Han et al., 2016) han mostrado que las dificultades de regulación emocional se asocian con el malestar (GSI) reportado por las personas. Resulta importante señalar que de las dos dificultades del modelo que resultaron predictoras, una se encuentra principalmente ligada al procesamiento de las emociones (i.e., Falta de aceptación emocional), mientras que la otra se corresponde con su moderación o regulación (i.e., Dificultad en el control de los impulsos). Esto, de nuevo, respalda la propuesta tanto de Berking (2000) como de Gratz y Roemer (2004) acerca de la importancia, no solo de la gestión o regulación de las emociones en sí misma, sino también de su procesamiento (en este caso, de su aceptación). Además, la Tolerancia general el distrés también resultó predictora del malestar, lo cual es similar a lo reportado en estudios previos acerca de la importancia de este mecanismo en la afectividad y la psicopatología (Ameral et al., 2017; Cummings et al., 2013; Daughters et al., 2013; Kiselica et al., 2015; Vujanovic et al., 2013; Zvolensky et al., 2010), demostrando que no solo es importante regular y moderar las emociones, sino también ser capaz de tolerarlas en caso de que sea necesario. Por su parte, la dimensión Regulación del distrés, aportó varianza explicada a los niveles de malestar general, aunque en un sentido contrario al esperado, similar a lo ya encontrado para los modelos de depresión y ansiedad. Nuevamente, puede ensayarse la idea de que “hacer algo inmediatamente” puede interpretarse en el sentido de implementar algún recurso adaptativo para regular el malestar (Lynch & Mizon, 2011), especialmente dado que las expresiones de los ítems de la ETD no transmiten claramente la idea de

tolerar el malestar en la persecución de un objetivo específico (e.g., aprobar un examen universitario importante).

Respecto a la dimensión Falta de conciencia emocional, la ausencia de relaciones de esta con los distintos síntomas psicopatológicos, así como con los demás mecanismos de regulación emocional, respalda la evidencia a favor de los problemas de validez de dicha subescala del modelo de Gratz y Roemer (2004), problema que han reportado otros investigadores (Koich Miguel et al., 2017; Lee et al., 2016; Muñoz-Martínez et al., 2016; Rugancı & Gençöz, 2010). Futuros estudios deberán indagar acerca de la validez de dicha dimensión y considerar la posibilidad de reformularla o suprimirla del modelo.

5.5. Limitaciones

En el presente estudio deben señalarse algunas limitaciones que dificultan la generalización de los resultados y circunscriben el aporte de los mismos. En primer lugar, debe recordarse que se trabajó integralmente con medidas de auto-informe, las cuales poseen diversas ventajas pero también varias limitaciones (Bourque & Fielder, 2003). A pesar de que estas técnicas permiten la recolección de una gran cantidad de datos de manera sencilla y económica, también resultan en ocasiones poco objetivas y pueden estar sesgadas por las capacidades de introspección de la persona y su memoria (Fernández Berrocal & Extremera Pacheco, 2004).

En segundo lugar, y asociado con la primera consideración, no fue controlado el efecto de variables espurias que podrían haber influenciado las respuestas de los participantes, como por ejemplo, los rasgos de personalidad. En este sentido, el rasgo

Neuroticismo podría ser un predictor que influya tanto las respuestas de la persona sobre la forma de regular sus emociones, como los síntomas psicopatológicos que reporta (aunque algunos estudios indican que la personalidad y la regulación emocional suponen constructos distinguibles, cada uno con poder explicativo independiente sobre la psicopatología; Stanton et al., 2016).

En tercer lugar, si bien el tamaño muestral resultó adecuado para el tipo de análisis estadísticos realizados (Bujang et al., 2017; Lloret-Segura et al., 2014), una muestra de mayor tamaño supondría estimaciones más precisas en el funcionamiento de los ítems de la ETD y mayor potencia estadística en los análisis inferenciales basados en ella, especialmente en los análisis de las diferencias en función del género. Además, contar con una segunda muestra de tamaño similar, también habría permitido realizar un Análisis Confirmatorio de la estructura de la ETD, poner a prueba distintos modelos y aportar al debate sobre las dimensiones de la misma. Se espera que estudios ulteriores permitan ahondar en la estructura factorial del instrumento y particularmente trabajar sobre la dimensión Regulación y su validez.

En cuarto lugar, si bien el objetivo del estudio residía en el análisis los mecanismos de regulación emocional y psicopatología en población universitaria, esta población posee características específicas que limitan la generalización a población general o a población clínica. Así, es posible que los resultados para población con trastornos específicos puedan diferir de los resultados para población sin patología (e.g., Wolz et al., 2015), por lo que se recomienda que futuros estudios indaguen el efecto de los mecanismos de regulación emocional, y específicamente de la tolerancia al estrés,

en poblaciones clínicas y normotípicas, para determinar si los resultados hallados en este estudio son replicables en dichas poblaciones.

5.6. Cierre y aporte del estudio

Respecto a la adaptación de la ETD, los análisis mostraron que la misma supone una medida adecuada para evaluar la capacidad percibida de tolerancia al estrés en población universitaria. En este sentido, el estudio supone un aporte instrumental que se espera represente una contribución al estudio de la tolerancia al estrés en población hispanohablante y que favorezca la difusión de la importancia de este constructo y su medición. Además, dado que la literatura sugiere que la tolerancia al estrés constituye un factor de interés transdiagnóstico (Ameral et al., 2017; Cummings et al., 2013; Holliday et al., 2016; Zvolensky et al., 2010), contar con una medida adaptada a Argentina para su evaluación puede ayudar a la detección y diagnóstico de los trastornos mentales, y a la mejora en el curso de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

Por otra parte, respecto de los resultados encontrados en la relación entre la regulación emocional y la sintomatología psicopatológica, el estudio supone un aporte en varios sentidos. En primer lugar, porque los estudios previos no han considerado por lo general el papel de las distintas dificultades de regulación emocional y la tolerancia al estrés de manera conjunta. Los estudios, en cambio, tienden a evaluar el efecto de la regulación emocional basándose en el uso de algunas estrategias específicas, o solo en algunos mecanismos particulares (e.g., Andreotti et al., 2013; Campbell-Sills et al., 2006; John & Gross, 2004; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Vine & Aldao, 2014). Por tanto, los hallazgos del presente estudio suponen un paso adelante en la consideración

de la interacción de los efectos de los distintos mecanismos de regulación emocional (Berking & Whitley, 2014). Particularmente, también debe considerarse que el papel de la tolerancia al estrés merece ser aun explorado puesto que se trata de un constructo relativamente novedoso (Zvolensky et al., 2011).

También puede considerarse que el presente estudio supone un aporte al indagar que los mecanismos de regulación emocional poseen efectos diferenciales en los distintos tipos de síntomas psicopatológicos. En este sentido, los análisis que discriminan entre las distintas dimensiones psicopatológicas (en lugar de su indagación unificada en un único indicador como fue observado en otros estudios, e.g., Dimaggio et al., 2017; Han et al., 2016) permiten visualizar con mayor claridad los efectos de los distintos mecanismos de regulación emocional y sus implicancias para cada tipo de psicopatología.

Finalmente, dada la previamente mencionada importancia que posee el bienestar para la población universitaria, conocer con exactitud los mecanismos que predicen, generan y sostienen el malestar y la psicopatología supone un paso previo para la promoción de la salud mental y el bienestar de los estudiantes. En efecto, un conocimiento detallado sobre estos fenómenos y sus interrelaciones es menester para la implementación de intervenciones orientadas a la optimización y promoción de la salud mental de los estudiantes universitarios, con efectos de transferencia sobre el curso y desarrollo de sus estudios (Sharp & Theiler, 2018). Estos conocimientos también podrán en el futuro permitir una mayor adecuación de las políticas educativas y de los planes de estudio, y pueden utilizarse para mejorar y potenciar la calidad de vida y la salud mental de la población universitaria.

6. Referencias

- Adams, H. E., Luscher, K. A., & Bernat, J. A. (2002). The classification of abnormal behavior: An overview. In P. B. Sutker, & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3ra Ed.). Kluwer Academic Publishers
- Addicks, S. H., McNeil, D. W., Randall, C. L., Goddard, A., Romito, L. M., Sirbu, C., Kaushal, G., Metzger, A., & Weaver, B. D. (2017). Dental care-related fear and anxiety: Distress tolerance as a possible mechanism. *JDR Clinical & Translational Research*, 2(3), 304-311.
<https://doi.org/10.1177/2380084417691962>
- Alarcón, R. D. (2019). La salud mental de los estudiantes universitarios. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 219-221. <http://doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3655>
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172.
<https://doi.org/10.1177/1745691612459518>
- Aldao, A., & Tull, M. T. (2015). Putting emotion regulation in context. *Current Opinion in Psychology*, 3, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.022>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alizade, L., Mohammadzadeh, H., & Babai, S. (2016). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and body image with eating disorder symptoms in secondary school students in the city of Urmia. *Educational Studies*, 1(3), 32-42.
<https://www.iaiest.com/abstract.php?id=10&archiveid=1020>

- Allan, N. P., Macatee, R. J., Norr, A. M., & Schmidt, N. B. (2014). Direct and interactive effects of distress tolerance and anxiety sensitivity on generalized anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 38(5), 530-540. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9623-y>
- Ameral, V., Bishop, L. S., & Palm Reed, K. M. (2017). Beyond symptom severity: The differential impact of distress tolerance and reward responsiveness on quality of life in depressed and non-depressed individuals. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 418-424. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.004>
- Ameral, V., Palm Reed, K. M., Cameron, A., & Armstrong, J. L. (2014). What are measures of distress tolerance really capturing? A mixed methods analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(4), 357-369. <https://doi.org/10.1037/cns0000024>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana (Trabajo original publicado en 2013).
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. American Psychological Association. www.apa.org/ethics/code/principles.pdf
- Andreotti, C., Thigpen, J. E., Dunn, M. J., Watson, K., Potts, J., Reising, M. M., Robinson, K. E., Rodriguez, E. M., Roubinov, D., Luecken, L., & Compas, B. E. (2013). Cognitive reappraisal and secondary control coping: associations with working memory, positive and negative affect, and symptoms of anxiety/depression. *Anxiety, Stress y Coping*, 26(1), 20-35. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.631526>

- Andrés, M. L. (2014). *Efecto mediador de las estrategias cognitivas de regulación emocional en la relación entre los rasgos de personalidad y la ansiedad, depresión y felicidad en niños de 9 a 11 años de edad* [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.
<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/538>
- Andrés, M. L., Stelzer, F., Vernucci, S., Canet Juric, L., Galli, J. I., & Navarro Guzmán, J. I. (2017). Regulación emocional y habilidades académicas: relación en niños de 9 a 11 años de edad. *Suma Psicológica*, 24(2), 79-86.
<https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.07.001>
- Andrews, B., & Wilding, J. M. (2010). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95(4), 509-521. <http://doi.org/10.1348/0007126042369802>
- Anestis, M. D., Selby, E. A., Fink, E. L., & Joiner, T. E. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 718-726. <https://doi.org/10.1002/eat.20471>
- Appleton, A. A., & Kubzansky, L. D. (2014). Emotion regulation and cardiovascular disease risk. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2da ed., pp. 596-613). The Guilford Press.
- Arévalo García, E., Castillo-Jimenez, D. A., Cepeda, I., López Pacheco, J., & Pacheco, R. (2019). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(1), e-022. <https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.5342>
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores

relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22.

<http://doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>

Arrindell, W., Barelds, D., Janssen, I., Buwalda, F., & van der Ende, J. (2006).

Invariance of SCL-90-R dimensions of symptom distress in patients with peripartum pelvic pain (PPPP) syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 377-391. <http://doi.org/10.1348/014466505X68924>

Ávila-Toscano, J. H., Pacheco, S. L. H., González, D. P., & Polo, A. C. (2011).

Relación entre ansiedad ante los exámenes, tipos de pruebas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(26), 255-268.

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1831>

Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Venezian, S., &

Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(3), 167-176.

<http://doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>

Bancroft, J. (2014). *Tolerance of uncertainty*. Author House.

Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2012). An examination of the latent

structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 382-392.

<https://doi.org/10.1007/s10862-012-9280-y>

Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2013). Testing a hierarchical model of

distress tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 495-505. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9359-0>

- Barrett, L. F., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). On the automaticity of emotion. In J. Bargh (Ed.), *Social psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes* (pp. 173-217). Psychology Press.
- Bartra Alegría, A., Guerra Sánchez, E., & Carranza Esteban, R. (2016). Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 6(2), 53-68.
<https://doi.org/10.17162/au.v6i2.212>
- Beck, A. T., Steer R. A., & Brown G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-second edition manual*. The Psychological Corporation.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), s4-s11. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). Conceptos y modelos en psicopatología. In A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 33-68). McGRAW-HILL.
- Beltrán, M. C., Freyre, M. Á., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
<http://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>

- Berking, M. (2000). *Training emotionaler Kompetenzen* [Entrenando la competencia emocional] (2da ed.). Springer.
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). *Affect Regulation Training*. Springer.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Bernstein, A., & Brantz, H. (2013). Tolerance of Negative Affective States (TNAS): Development and evaluation of a novel construct and measure. *Cognitive Therapy Research*, 37(3), 421-433. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9471-6>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C., & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Blakey, S. M., Jacoby, R. J., Reuman, L., & Abramowitz, J. S. (2016). The relative contributions of experiential avoidance and distress tolerance to OC symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(4), 460-471. <https://doi.org/10.1017/S1352465815000703>
- Blandón Cuesta, O. M., Carmona Parra, J. A., Mendoza Orozco, M. Z., & Medina Pérez, Ó. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61471>

- Bourque, L., & Fielder, E. P. (2003). *How to conduct self-administered and mail surveys* (Vol. 3). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781412984430>
- Buckner, J. D., Keough, M. E., & Schmidt, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1957-1963. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.12.019>
- Bujang, M. A., Sa'at, N., & Bakar, T. (2017). Determination of minimum sample size requirement for multiple linear regression and analysis of covariance based on experimental and non-experimental studies. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 14(3), e12117-1- e12117-9. <https://doi.org/10.2427/12117>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587-595. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-252.pdf
- Cardona-Arias, J. A., Perez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., & Gómez-Martínez, J. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas*, 11(1), 79-89. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0001.05>
- Centro Interuniversitario de Desarrollo (2006). *Repitencia y deserción universitaria en América Latina*. CINDA-IESALC-Universidad de Talca. <https://cinda.cl/wp-content/uploads/2006/05/repitencia-y-desercion-universitaria-en-latinoamerica.pdf>

- Cardoso Ribeiro, C., Gómez-Conesa, A., & Hidalgo Montesinos, M. D. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*, 32(6), 264-270. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2010.05.001>
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-158.pdf
- Casullo, M. M., Morandi, P., & Donati, F. (2006). Síntomas psicopatológicos, predisposición a perdonar y religiosidad en estudiantes universitarios. *Anuario de Investigaciones*, 13, 261-266. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139942026.pdf>
- Centro Interuniversitario de Desarrollo (2006). *Repitencia y deserción universitaria en América Latina*. CINDA-IESALC-Universidad de Talca. <https://cinda.cl/wp-content/uploads/2006/05/repitencia-y-desercion-universitaria-en-latinoamerica.pdf>
- Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., & McCann, N. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. *Journal of Educational Psychology*, 97(2), 268-274. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.2.268>
- Chau, C., & Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología (PUCP)*, 35(2), 387-422. <http://doi.org/10.18800/psico.201702.001>
- Cheung, R. Y., & Ng, M. C. (2019). Mindfulness and symptoms of depression and anxiety: The underlying roles of awareness, acceptance, impulse control, and

emotion regulation. *Mindfulness*, 10(6), 1124-1135.

<https://doi.org/10.1007/s12671-018-1069-y>

Cho, Y., & Hong, S. (2013). The new factor structure of the Korean version of the difficulties in emotion regulation scale (K-DERS) incorporating method factor. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(3), 192-201. <https://doi.org/10.1177/0748175613484033>

Chowdhury, N., Kevorkian, S., Hawn, S. E., Amstadter, A. B., Dick, D., Kendler, K. S., & Berenz, E. C. (2018). Associations between personality and distress tolerance among trauma-exposed young adults. *Personality and Individual Differences*, 120(1), 166-170. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.041>

Clarkson, D. B., & Jennrich, R. I. (1988). Quartic rotation criteria algorithms. *Psychometrika*, 53(2), 251-259. <https://doi.org/10.1007/BF02294136>

Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>

Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., & Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 183-194. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2005.0002.06>

Cooke, R., Bewick, B. M., Barkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university

- students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(4), 505-517.
<https://doi.org/10.1080/03069880600942624>
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007).
Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 91-97.
<https://doi.org/10.1037/a0019712>
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., & Goetz, A. R. (2012). Exploring the unique and
interactive roles of distress tolerance and negative urgency in
obsessions. *Personality and Individual Differences*, 52(4), 515-520.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.017>
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sarawgi, S., Smith, C. M., & Fitch, K. E. (2013). A
multi-modal investigation of the roles of distress tolerance and emotional
reactivity in obsessive-compulsive symptoms. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(5),
478-492. <https://doi.org/10.1080/10615806.2012.697156>
- Cova Solar, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., & Rodríguez, C.
(2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de
Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082007000200001>
- Cruz Fuentes, C. S., López Bello, L., Blas García, C., González Macías, L., Chávez
Balderas, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom
Check List 90 (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*,
28(1), 27-81.
http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/1037
- Cummings, J. R., Bornoalova, M. A., Ojanen, T., Hunt, E., MacPherson, L., & Lejuez,
C. (2013). Time doesn't change everything: The longitudinal course of distress

- tolerance and its relationship with externalizing and internalizing symptoms during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 735-748. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9704-x>
- Czernik, G., Giménez, S., Mora, M., & Almirón, L. (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(2), 64-73. https://www.alcmeon.com.ar/13/50/6_czernik.htm
- Dag, I. (1991). Belirti tarama listesi (SCL-90-R)nin universite ogrencileri icin guvenirligi ve gecerligi [The reliability and validity of SCL-90-R for university students]. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2, 5-12. <https://psycnet.apa.org/record/1997-86097-001>
- Daughters, S. B., Gorke, S. M., Magidson, J. F., MacPherson, L., & Seitz-Brown, C. J. (2013). The role of gender and race in the relation between adolescent distress tolerance and externalizing and internalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1053-1065. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.008>
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 729-734. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.114.4.729>
- Daughters, S. B., Reynolds, E. K., MacPherson, L., Kahler, C. W., Danielson, C. K., Zvolensky, M., & Lejuez, C. W. (2009). Distress tolerance and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: The moderating role of gender and

- ethnicity. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 198-205.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.001>
- Davis, T. S., Mauss, I. B., Lumian, D., Troy, A. S., Shallcross, A. J., Zarolia, P., Ford, B. Q., & McRae, K. (2014). Emotional reactivity and emotion regulation among adults with a history of self-harm: Laboratory self-report and functional MRI evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(3), 499-509. <https://doi.org/10.1037/a0036962>
- Dayapoğlu, N., & Tan, M. (2012). Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(10), 983-987.
<https://doi.org/10.1089/acm.2011.0390>
- De Wit, H. (2011). Globalización e internacionalización de la educación superior. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento (RUSC)*, 8(2), 77-84.
<http://doi.org/10.7238/rusc.v8i2.1247>
- del Valle, M., Betegón, E., & Irurtia Muñiz, M. J. (2018). Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre los niveles de ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicológica*, 25(2), 153-161.
<http://doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.7>
- del Valle, M., Hormaechea, F., & Urquijo, S. (2015). El bienestar psicológico: diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3), 6-13.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/10723>
- del Valle, M., Zamora, E., Grave, L., Merlo, E., Maidana, J., & Urquijo, S. (2021). El rol de las estrategias cognitivas de regulación emocional en la depresión: estudio

- en población universitaria. *Eureka. Revista de Investigación de Psicología*, 18(1), 7-25. <https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-18-1-8.pdf>
- Delgado-Gómez, M. S., Gómez-Díaz, M., Gómez-Sánchez, R., & Reche-García, C. (2019). Relación entre inteligencia emocional y riesgo psicopatológico en estudiantes universitarios. *Formación Universitaria*, 12(3), 39-46. <http://doi.org/10.4067/S0718-50062019000300039>
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual I for the Revised version of the SCL-90*. John Hopkins University.
- Derogatis, L. R. (1983). *Symptom Checklist-90- Revised*. Pearson. <http://doi.org/10.1002/9780470479216.cor psy0970>
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): Administration, Scoring and Procedures Manual* (3rd Ed.). National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-27.
- Derogatis, L., & Cleary, P. (1977). Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-982. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0)
- Dimaggio, G., Popolo, R., Montano, A., Velotti, P., Perrini, F., Buonocore, L., Garofalo, C., D'Aguanno, M., & Salvatore, G. (2017). Emotion dysregulation, symptoms, and interpersonal problems as independent predictors of a broad range of personality disorders in an outpatient sample. *Psychology and*

Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90(4), 586-599.

<https://doi.org/10.1111/papt.12126>

Dimitrijević, A., Hanak, N., & Milojević, S. (2011). Psychological characteristics of future helping professionals: Empathy and attachment of psychology students. *Psihologija*, 44(2), 97-115. <https://doi.org/10.2298/PSI1102097D>

Dixon, L. J., Tull, M. T., Lee, A. A., Kimbrel, N. A., & Gratz, K. L. (2017). The role of emotion-driven impulse control difficulties in the relation between social anxiety and aggression. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 722-732.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22372>

Dominguez-Lara, S. A., Alarcón-Parco, D., & Navarro-Loli, J. S. (2017). Relación entre ansiedad ante exámenes y rendimiento en exámenes en universitarios: análisis preliminar de la diferencia según asignatura. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(1), 166-176. <http://doi.org/10.19083/ridu.11.492>

Dominguez-Lara, S. A., Bonifacio-Vilela, M., & Caro-Salazar, A. (2016). Prevalencia de ansiedad ante exámenes en una muestra de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 6(2), 45-56.

<https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/155>

Echeverría Pérez, R. (2016). El diagnóstico psicopatológico y las clasificaciones de los trastornos mentales. In A. Jarne, & A. Talarn (Comps.). *Manual de psicopatología clínica* (2ed). ePub.

Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008).

Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1574-1584.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.013>

Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion, 10*(4), 563-572.

<https://doi.org/10.1037/a0019010>

Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J. B. (2009). Mental health and academic success in college. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy, 9*(1), 40.

<https://doi.org/10.2202/1935-1682.2191>

Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior, 84*, 477-484.

<https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.03.026>

Elipe, P., Ortega, R., Hunter, S. C., & Del Rey, R. (2012). Inteligencia emocional percibida e implicación en diversos tipos de acoso escolar. *Psicología Conductual, 20*(1), 169-181.

<https://www.behavioralpsycho.com/producto/inteligencia-emocional-percibida-e-implicacion-en-diversos-tipos-de-acoso-escolar/> .

Escuderos, A. M., Colorado, Y. S., & Sañudo, J. P. (2017). Burnout académico y síntomas relacionados con problemas de salud mental en universitarios colombianos. *Psychologia, 11*(2), 45-55.

<https://doi.org/10.21500/19002386.2926>

Estevez, A., Jauregui, P., Lopez, N., Lopez-Gonzalez, H., & Griffiths, M. (2020). Difficulties in emotion regulation, coping, and dysfunctional psychological symptoms in family members of people with gambling disorder. *International*

Journal of Mental Health and Addiction, 18, 1196-1208.

<https://doi.org/10.1007/s11469-019-00117-x>

Extremera Pacheco, N., & Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2), 1-17. <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/105>

Feldman, G., Dunn, E., Stemke, C., Bell, K., & Greeson, J. (2014). Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Personality and Individual Differences*, 56, 154-158.

<https://doi.org/10.1016/j.jpaid.2013.08.040>

Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243-248.

<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.06.001>

Fernández Berrocal, P., & Extremera Pacheco, N. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de Psicología*, 80, 59-78.

<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N80.htm>

Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.

<https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. SAGE.

Finkelstein-Fox, L., Park, C. L., & Kalichman, S. C. (2020). Health benefits of positive reappraisal coping among people living with HIV/AIDS: A systematic review. *Health Psychology Review*, 14(3), 394-426.

<https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1641424>

- Fitzsimons, G. M., & Bargh, J. A. (2004). Automatic self-regulation. In R. F. Baumeister, & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 151-170). Guilford Press.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
<https://www.behavioralpsycho.com/producto/propiedades-psicometricas-del-cuestionario-de-ansiedad-estado-rasgo-stai-en-universitarios/>
- Fox, H. C., Bergquist, K. L., Casey, J., Hong, K. A., & Sinha, R. (2011). Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: Relationship to stress and impulse control. *The American Journal on Addictions*, 20(2), 151-160.
<https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00108.x>
- Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33(2), 388-394.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.10.002>
- Fredrickson, B. L. (2005). Positive emotions. In C. R. Zinder, & S. J. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 121-134). Oxford University Press.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Gallego Villa, Ó. M. (2010). Características de los hábitos de estudio, la ansiedad y la depresión en estudiantes de Psicología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 3(2), 51-58. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.3205>

- Galván-Molina, J. F., Jiménez-Capdeville, M. E., Hernández-Mata, J. M., & Arellano-Cano, J. R. (2017). Sistema de tamizaje de psicopatología en estudiantes de Medicina. *Gaceta Médica de México*, *153*(1), 75-87.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71208>
- García de Fanelli, A. M. (2014). Rendimiento académico y abandono universitario: Modelos, resultados y alcances de la producción académica en la Argentina. *Revista Argentina de Educación Superior*, *6*(8), 9-38.
http://revistaraes.net/revistas/raes8_art1.pdf
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., & Fredrickson, B. L. (2011). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, *2*(1), 59-67. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0043-8>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, *40*(8), 1659-1669.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Garnefski, N., Hossain, S., & Kraaij, V. (2017). Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh. *Archives of Depression and Anxiety*, *3*(2), 23-29.
<http://doi.org/10.17352/2455-5460.000019>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and

- externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28(5), 619-631.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.009>
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van Den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267-276. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00083-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00083-7)
- Geller, G., Faden, R. R., & Levine, D. M. (1990). Tolerance for ambiguity among medical students: implications for their selection, training and practice. *Social Science & Medicine*, 31(5), 619-624. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90098-D](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90098-D)
- Gempp Fuentealba, R., & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
- George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS statistics 23 step by step: A simple guide and reference* (14th Ed.). Routledge.
- Ghorbani, F., Khosravani, V., Ardakani, R. J., Alvani, A., & Akbari, H. (2017). The mediating effects of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia and physical symptoms: Evidence from Iranian asthmatic patients. *Psychiatry Research*, 247, 144-151.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.015>
- Giromini, L., Velotti, P., De Campora, G., Bonalume, L., & Cesare Zavattini, G. (2012). Cultural adaptation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Reliability and validity of an Italian version. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 989-1007. <https://doi.org/10.1002/jclp.21876>

- Glassman, L. H., Martin, L. M., Bradley, L. E., Ibrahim, A., Goldstein, S. P., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2016). A brief report on the assessment of distress tolerance: Are we measuring the same construct? *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 34(2), 87-99.
<https://doi.org/10.1007/s10942-015-0224-9>
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M., & Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. Adaptación española*. TEA Ediciones.
- González, A., Donolo, D., Rinaudo, C., & Paoloni, V. (2011). Relaciones entre motivación, emoción y rendimiento académico en universitarios. *Estudios de Psicología*, 32(2), 257-270.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021093911795978207>
- González, D. A., Rodríguez, A. R., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>
- González-Ramírez, M. T., Landero-Hernández, R., & Quezada-Berumen, L. del C. (2019). Distress tolerance scale: Psychometric properties in a Mexican sample and its relationship with perceived stress and age. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.08.004>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 26(1), 41-54. <http://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Borderline personality disorder. In M. J. Zvolensky, A. Bernstein, & A. A. Vujanovic (Eds.), *Distress tolerance* (pp. 198-220). The Guilford Press.
- Graziano, P. A., Reavis, R. D., Keane, S. P., & Calkins, S. D. (2007). The role of emotion regulation and children's early academic success. *Journal of School Psychology, 45*(1), 3-19. <http://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.09.002>
- Green, E. G., Deschamps, J. C., & Paez, D. (2005). Variation of individualism and collectivism within and between 20 countries: A typological analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 36*(3), 321-339. <https://doi.org/10.1177/0022022104273654>
- Greenberg, L. P., Martindale, S. L., Collum, S. P., & Dolan, S. L. (2014). Distress tolerance as a predictor of depressive and posttraumatic stress symptoms in a substance use disorder in-patient treatment sample. *Journal of Traumatic Stress Disorders y Treatment, 3*(2), 1-4. <https://doi.org/10.4172/2324-8947.1000123>
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 224-237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion, 13*(5), 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2da ed., pp. 3-20). The Guilford Press.

- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp 3- 24). Guilford Press.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). American Psychological Association.
- Guadagni, A., Lima, G., & Boero, F. (2019). Tenemos más estudiantes universitarios, pero menos graduados que Brasil y Chile. *Publicación Mensual del Centro de Estudios de la Educación Argentina*, 8(80), 1-10.
http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/8768/cea_abril_2019.pdf
- Guerra, J. (2015). Duración real, sobreduración y titulación oportuna en la Carrera de Ingeniería en Sistemas de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. *Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 2(3), 1-7.
<https://doi.org/10.26423/rctu.v2i3.49>
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515. <http://www.psicothema.com/pdf/3916.pdf>
- Gumora, G., & Arsenio, W. F. (2002). Emotionality, emotion regulation, and school performance in middle school children. *Journal of School Psychology*, 40(5), 395-413. [http://doi.org/10.1016/S0022-4405\(02\)00108-5](http://doi.org/10.1016/S0022-4405(02)00108-5)
- Gutiérrez Rodas, J. A., Montoya Vélez, L. P., Toro Isaza, B. E., Briñón Zapata, M. A., Rosas Restrepo, E., & Salazar Quintero, L. E. (2010). Depresión en estudiantes

- universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17. <https://doi.org/10.21615/ces%20med.v24i1.1011>
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, 539. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539>
- Han, Z. R., Lei, X., Qian, J., Li, P., Wang, H., & Zhang, X. (2016). Parent and child psychopathological symptoms: the mediating role of parental emotion dysregulation. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(3), 161-168. <https://doi.org/10.1111/camh.12169>
- Hardy, R., Fani, N., Jovanovic, T., & Michopoulos, V. (2018). Food addiction and substance addiction in women: Common clinical characteristics. *Appetite*, 120, 367-373. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.026>
- Hernández, M., Rodríguez, J. A. C., Prado, C., Rodríguez, E., Pascual, C. H., González, M. Á., & Urreta, J. C. M. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 9(2), 233-257. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895
- Herrera, L. M., & Rivera, M. S. (2011). Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares. *Ciencia y Enfermería*, 17(2), 55-64. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532011000200007>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.

<https://www.behavioralpsycho.com/producto/psicopatologia-de-la-regulacion-emocional-el-papel-de-los-deficit-emocionales-en-los-trastornos-clinicos/>

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, *19*(2), 139-156.

<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/9be40cee5b0eee1462c82c6964087ff9>

Hochschild, A. R. (2002). The sociology of emotion as a way of seeing. In G.

Bendelow, & S. Williams (Eds.), *Emotions in social life* (pp. 3-15). Routledge.

Holliday, S. B., Pedersen, E. R., & Leventhal, A. M. (2016). Depression, posttraumatic stress, and alcohol misuse in young adult veterans: The transdiagnostic role of distress tolerance. *Drug and Alcohol Dependence*, *161*, 348-355.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.030>

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis.

Psychometrika, *30*, 179-185. <http://doi.org/10.1007/BF02289447>

Howell, A. N., Leyro, T. M., Hogan, J., Buckner, J. D., & Zvolensky, M. J. (2010).

Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*, *35*(12), 1144-1147.

<http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.07.003>

Hsu, S. H., Collins, S. E., & Marlatt, G. A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors*, *38*(3),

1852-1858. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.11.002>

- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453. <http://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *Anuario estadístico de la República Argentina 2018*. INDEC. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/anuario_estadistico_2018.pdf
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R. J. R., Charney, D. S., Pine, D. S., & Blair, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1487-1495. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.003>
- Jacobs, S. E., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation in education. Conceptual foundations, current applications, and future directions. In R. Pekrun, & L. Linnenbrink-García (Eds.), *International handbook of emotions in education* (pp. 183-201). Routledge.
- Jeffries, E. R., McLeish, A. C., Kraemer, K. M., Avallone, K. M., & Fleming, J. B. (2016). The role of distress tolerance in the use of specific emotion regulation strategies. *Behavior Modification*, 40(3), 439-451. <https://doi.org/10.1177/0145445515619596>
- John, O. P., & Eng, J. (2014). Three approaches to individual differences in affect regulation: Conceptualizations, measures, and findings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2da ed., pp. 321-345). The Guilford Press.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal*

of Personality, 72(6), 1301-1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>

- Kaplow, J. B., Gipson, P. Y., Horwitz, A. G., Burch, B. N., & King, C. A. (2014). Emotional suppression mediates the relation between adverse life events and adolescent suicide: Implications for prevention. *Prevention Science*, 15(2), 177-185. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0367-9>
- Karrass, J., Walden, T. A., Conture, E. G., Graham, C. G., Arnold, H. S., Hartfield, K. N., & Schwenk, K. A. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 39(6), 402-423. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2005.12.004>
- Katz, D., Rector, N. A., & Laposa, J. M. (2017). The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 459-477. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1334087>
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>
- Khalil, Y., del Valle, M. V., Zamora, E. V., & Urquijo, S. (2020). Dificultades de regulación emocional y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(1), 69-83. <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprocog/article/view/901>

- Kiselica, A. M., Rojas, E., Bornovalova, M. A., & Dube, C. (2015). The nomological network of self-reported distress tolerance. *Assessment, 22*(6), 715-729.
<https://doi.org/10.1177/1073191114559407>
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., & Wang, S. Y. (2008). The association between Internet addiction and belief of frustration intolerance: the gender difference. *Cyberpsychology & Behavior, 11*(3), 273-278.
<https://doi.org/10.1089/cpb.2007.0095>
- Kohn, R., & Rodríguez, J. (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. In J. J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 19-32). Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>
[e](#)
- Koich Miguel, F., Giromini, L., Stivaletti Colombarolli, M., Zuanazzi, A. C., & Zennaro, A. (2017). A Brazilian investigation of the 36-and 16-item difficulties in emotion regulation scales. *Journal of Clinical Psychology, 73*(9), 1146-1159.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22404>
- Kököneyi, G., Urbán, R., Reinhardt, M., Józsan, A., & Demetrovics, Z. (2014). The difficulties in emotion regulation scale: factor structure in chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology, 70*(6), 589-600.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22036>
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion, 23*(1), 4-41. <https://doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Koole, S. L. (2010). The psychology of emotion regulation: An integrative review. In J.

- De Houwer & D. Hermans (Eds.), *Cognition and emotion: Reviews of current research and theories* (pp. 128-167). Psychology Press.
- Koole, S. L., & Rothermund, K. (2011). "I feel better but I don't know why": The psychology of implicit emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 25(3), 389-399. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.550505>
- Krys, S., Otte, K. P., & Knipfer, K. (2020). Academic performance: A longitudinal study on the role of goal-directed rumination and psychological distress. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(5), 545-559. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1763141>
- Kuhn, G., Goldberg, R., & Compton, S. (2009). Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 54(1), 106-113. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.12.019>
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L., & Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.003>
- Lass, A. N., Winer, E. S., Collins, A. C., & Rokke, P. D. (2020). The associations among distress tolerance, unhelpful coping behaviors, and symptoms of depression: A network analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10131-2>
- Lee, D. J., Witte, T. K., Bardeen, J. R., Davis, M. T., & Weathers, F. W. (2016). A factor analytic evaluation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Clinical Psychology*, 72(9), 933-946. <https://doi.org/10.1002/jclp.22297>

- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Jellesma, F. C., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 19(2), 143-150. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0051-6>
- Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Danielson, C. W., & Ruggiero, K. (2006). *The Behavioral Indicator of Resiliency to Distress (BIRD)*. Unpublished manual.
- Lejuez, C. W., Kahler, C. W., & Brown, R. A. (2003). A modified computer version of the paced auditory serial addition task (PASAT) as a laboratory-based stressor. *Behavior Therapy*, 26, 290-293.
- Leyro, T. M., Bernstein, A., Vujanovic, A. A., McLeish, A. C., & Zvolensky, M. J. (2011). Distress Tolerance Scale: A confirmatory factor analysis among daily cigarette smokers. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 47-57. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9197-2>
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576-600. <https://doi.org/10.1037/a0019712>
- Lin, M. P., You, J., Wu, Y. W., & Jiang, Y. (2018). Depression mediates the relationship between distress tolerance and nonsuicidal self-injury among adolescents: One-year follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 589-600. <https://doi.org/10.1111/sltb.12382>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández- Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

- Londoño, N. H., Agudelo, D. M., Martínez, E., Anguila, D., Aguirre, D. C., & Arias, J. F. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *MedUNAB*, 21(2), 45-59.
<https://doi.org/10.29375/01237047.2807>
- López Hartmann, R. (2014). Prevalencia de depresión y correlación de dos cuestionarios para la depresión, entre estudiantes de la UMSA. *Investigación Psicológica*, 11, 93-108. http://scielo.org.bo/pdf/rip/n11/n11_a07.pdf
- López Segrera, F. (2016). Educación superior comparada: Tendencias mundiales y de América Latina y Caribe. *Revista de Avaliacao Superior*, 21(1), 13-32.
<https://doi.org/10.1590/S1414-40772016000100002>
- López-Gómez, I., Hervás, G., & Vázquez, C. (2015). Adaptación de la “Escala de Afecto Positivo y Negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23(3), 529-548.
<https://www.behavioralpsycho.com/producto/adaptacion-de-las-escalas-de-afecto-positivo-y-negativo-panas-en-una-muestra-general-espanola/>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2020). *Factor Analysis* (Versión 10.10.03) [Software]. <https://psico.fcep.urv.cat/utilitats/factor>
- Lynch, T. R., & Mizon, G. A. (2011). Distress overtolerance and distress intolerance: a behavioral perspective. In M. J. Zvolensky, A. Bernstein, & A. A. Vujanovic (Eds.), *Distress Tolerance* (pp. 52-79). The Guilford Press.
- Macatee, R. J., Capron, D. W., Schmidt, N. B., & Cogle, J. R. (2013). An examination of low distress tolerance and life stressors as factors underlying obsessions. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1462-1468.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.019>

- MacPherson, L., Stipelman, B. A., Duplinsky, M., Brown, R. A., & Lejuez, C. W. (2008). Distress tolerance and pre-smoking treatment attrition: Examination of moderating relationships. *Addictive Behaviors, 33*(11), 1385-1393. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.07.001>
- Magidson, J. F., Listhaus, A. R., Seitz-Brown, C. J., Anderson, K. E., Lindberg, B., Wilson, A., & Daughters, S. B. (2013). Rumination mediates the relationship between distress tolerance and depressive symptoms among substance users. *Cognitive Therapy and Research, 37*(3), 456-465. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9488-x>
- Marín Tejeda, M., Robles García, R., González-Forteza, C., & Andrade Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 35*(6), 521-526. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1510
- Marshall-Berenz, E. C., Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., & Zvolensky, M. J. (2010). Multimethod study of distress tolerance and PTSD symptom severity in a trauma-exposed community sample. *Journal of Traumatic Stress, 23*(5), 623-630. <https://doi.org/10.1002/jts.20568>
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences, 39*(7), 1249-1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- Martinengo, N. B., & Caretta, A. I. (2017). Duración teórica y duración real de la carrera de Ingeniería Agronómica de la Facultad de Ciencias Agrarias.

Indicadores. *Políticas Educativas-PolEd*, 11(1), 139-152.

<https://www.seer.ufrgs.br/PolEd/article/view/79038>

Martínez, S. (2011). ¿Igualdad de oportunidades? Un desafío de la enseñanza superior.

Estudiantes y mediaciones para la enseñanza. In S. Martínez (comp.),

Democratización de la universidad: investigaciones y experiencias sobre el

acceso y la permanencia de los/as estudiantes (pp. 19-54). EDUCO -

Universidad Nacional del Comahue.

Mateo Canedo, C., Canet Juric, L., & Andrés, M. L. (2015). Deserción y lentificación

en los estudios universitarios: aportes cognitivos para un mejor rendimiento

académico. *Questión*, 1(48), 147-159.

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/50457>

Mathew, A. R., Heckman, B. W., Froeliger, B., Saladin, M. E., Brown, R. A., Hitsman,

B., & Carpenter, M. J. (2019). Multi-method assessment of distress tolerance

and smoking-related factors among adult daily smokers. *Experimental and*

Clinical Psychopharmacology, 27(2), 136-

145. <https://doi.org/10.1037/pha0000238>

Mattos Machado, B., Gonçalves Gurgel, L., Gonçalves Boeckel, M., & Tozzi Reppold,

C. (2020). Evidences of validity of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-

DERS. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30, e3017. <https://doi.org/10.1590/1982->

[4327e3017](https://doi.org/10.1590/1982-4327e3017)

Mauss, I. B., & Gross, J. J. (2004). Emotion suppression and cardiovascular disease. In

I. Nyklíček, L. Temoshok, & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional expression and*

health: Advances in theory, assessment and clinical applications (pp. 60-80).

Brunner-Routledge.

- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), 175-190. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.175>
- McHugh, R. K., & Otto, M. W. (2012). Refining the measurement of distress intolerance. *Behavior Therapy*, 43(3), 641-651. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.12.001>
- McHugh, R. K., Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Murray, H. W., Hearon, B. A., Gorka, S. M., & Otto, M. W. (2011). Shared variance among self-report and behavioral measures of distress intolerance. *Cognitive Therapy and Research*, 35(3), 266-275. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9295-14>
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544-554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9. <http://ddoi.org/10.1037/emo0000703>
- Medrano, L. A., & Trógolo, M. (2014). Validación de la escala de dificultades en la regulación emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1345-1356. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.vedr>

- Medrano, L. A., Galleano, C., Galera, M., & del Valle Fernández, R. (2010). Creencias irracionales, rendimiento y deserción académica en ingresantes universitarios. *Liberabit*, 16(2), 183-192. <https://www.redalyc.org/pdf/686/68617161007.pdf>
- Mega, C., Ronconi, L., & De Beni, R. (2014). What makes a good student? How emotions, self-regulated learning, and motivation contribute to academic achievement. *Journal of Educational Psychology*, 106(1), 121-131. <https://doi.org/10.1037/a0033546>
- Meindl, P., Yu, A., Galla, B. M., Quirk, A., Haeck, C., Goyer, J. P., Lejuez, C. W., D'Mello, S. K., & Duckworth, A. L. (2019). A brief behavioral measure of frustration tolerance predicts academic achievement immediately and two years later. *Emotion*, 19(6), 1081-1092. <https://doi.org/10.1037/emo0000492>
- Mennin, D. S., Holoway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>
- Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- Mitsopoulou, E., Kafetsios, K., Karademas, E., Papastefanakis, E., & Simos, P. G. (2013). The Greek version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Testing the factor structure, reliability and validity in an adult community sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 123-131. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9321-6>

- Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 993-1000.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.001>
- Moors, A. (2009). Theories of emotion causation: A review. *Cognition and Emotion*, 23(4), 625-662. <https://doi.org/10.1080/02699930802645739>
- Moors, A., Ellsworth, P. C., Scherer, K. R., & Frijda, N. H. (2013). Appraisal theories of emotion: State of the art and future development. *Emotion Review*, 5(2), 119-124. <https://doi.org/10.1177/1754073912468165>
- Moriondo, M., De Palma, P., Medrano, L. A., & Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica*, 11(1), 187-196. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-1.aeap>
- Mulligan, K., & Scherer, K. R. (2012). Toward a working definition of emotion. *Emotion Review*, 4(4), 345-357.
<https://doi.org/10.1177/1754073912445818>
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Muñoz, C. L., Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M. L., Fócil, M. & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y Validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50.
http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/1052

- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M., & Hoyos-González, J. S. (2016). Escala de dificultades en regulación emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, *19*(1), 225-236.
<http://www.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.10>
- Nadeau, M. (2001). *Juegos de relajación para niños de 5 a 12 años*. Editorial Sirio.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, *143*(4), 384-427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>
- Nezlek, J. B., & Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, *76*(3), 561-580. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00496.x>
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *51*(6), 704-708.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>
- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *16*(4), 391-403. <https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.391.52526>
- Oro, P., Esquerda, M., Viñas, J., Yuguero, O., & Pifarre, J. (2019). Síntomas psicopatológicos, estrés y burnout en estudiantes de medicina. *Educación Médica*, *20*, 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.09.003>
- Oros, L. B., Manucci, V., & Richaud-de Minzi, M. C. (2011). Desarrollo de emociones positivas en la niñez. Lineamientos para la intervención escolar. *Educación y Educadores*, *14*(3), 493-509. <http://hdl.handle.net/123456789/2188>

- Osborne, T. L., Michonski, J., Sayrs, J., Welch, S. S., & Anderson, L. K. (2017). Factor structure of the difficulties in emotion regulation scale (DERS) in adult outpatients receiving dialectical behavior therapy (DBT). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(2), 355-371.
<https://doi.org/10.1007/s10862-017-9586-x>
- Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A., & Norgate, R. (2012). Anxiety and depression in academic performance: An exploration of the mediating factors of worry and working memory. *School Psychology International*, 33(4), 433-449.
<https://doi.org/10.1177/0143034311427433>
- Pawluk, E. J., & Koerner, N. (2016). The relationship between negative urgency and generalized anxiety disorder symptoms: the role of intolerance of negative emotions and intolerance of uncertainty. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(6), 606-615. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1134786>
- Pekrun, R. & Linnenbrink-García, L. (2012) Academic emotions and student engagement. In S. L. Chistenson, A. L. Reschly, & C. Wylie (Eds.). *Handbook of research on student engagement* (pp. 259-292). Springer.
- Pollock, N. C., McCabe, G. A., Southard, A. C., & Zeigler-Hill, V. (2016). Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences*, 95, 168-177. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.049>
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthöfth, M., & Kraaij, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: a comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 98, 218-224.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.022>

- Rama, C. (2009). La tendencia a la masificación de la cobertura de la educación superior en América Latina. *Revista Iberoamericana de Educación*, 50, 173-195. <https://rieoei.org/historico/documentos/rie50a09.htm>
- Reitzel, L. R., Smith, N. G., Obasi, E. M., Forney, M., & Leventhal, A. M. (2017). Perceived distress tolerance accounts for the covariance between discrimination experiences and anxiety symptoms among sexual minority adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 48, 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.006>
- Renna, M. E., Chin, S., Seeley, S. H., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., & Mennin, D. S. (2018). The use of the mirror tracing persistence task as a measure of distress tolerance in generalized anxiety disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(1), 80-88. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0274-2>
- Ríos, G. (2007). Duración real de los estudios universitarios: desgranamiento y egreso. In *IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Huerta Grande, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-028/40.pdf>
- Rodríguez de Behrends, M., & Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. *Interdisciplinaria*, 32(2), 261-274. <http://www.ciipme-conicet.gov.ar/ojs/index.php?journal=interdisciplinaria&page=article&op=view&path%5B%5D=63>
- Rogers, T. A., Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Benfer, N. (2018). Factor structure and incremental utility of the Distress Tolerance Scale: A bifactor analysis. *Assessment*, 25, 1-12. <https://doi.org/10.1177/1073191118789496>

- Rojas Malpica, C., De Lima Salas, M. Á., & Mobili Rojas, A. (2014). El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Una aproximación crítica a su quinta edición (DSM-5). *Gaceta Médica de Caracas*, 122(3), 208-218.
http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/17664
- Rokosz, M., & Poprawa, R. (2021). A Polish adaptation and validation of the Distress Tolerance Scale. *Roczniki Psychologiczne*, 23(4), 347-366. <https://doi.org/10.18290/rpsych20234-3>
- Romero, R., Abba, M. J., & Taborga, A. M. (2015). Las políticas públicas en la educación superior argentina. Análisis comparativo de la internacionalización universitaria durante los períodos 1990-2002 y 2003-2011. In *V Congreso Nacional e Internacional de Estudios Comparados en Educación*, Buenos Aires, Argentina. <http://www.saece.com.ar/docs/congreso5/trab062.pdf>
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., & Arntz, A. (2012). The effects of experimentally induced rumination, positive reappraisal, acceptance, and distancing when thinking about a stressful event on affect states in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 73-84. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9544-0>
- Roseman, I., & Smith, C. (2001). Appraisal theory. Overview, assumptions, varieties, controversies. In K. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 3-19). Oxford University Press.

- Rottenberg, J., & Gross, J.J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 227-232. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg012>
- Rugancı, R. N., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 442-455. <https://doi.org/10.1002/jclp.20665>
- Rusch, S., Westermann, S., & Lincoln, T. M. (2012). Specificity of emotion regulation deficits in social anxiety: An internet study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 268-277. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02029.x>
- Sánchez, R. O., & Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274. <https://www.revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?idt=114>
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22(Su2), 407-416. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp2.1189>
- Sandín, B., Simons, J. S., Valiente, R. M., Simons, R. M., & Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the Spanish version of The Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.239>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296. <http://psicothema.com/pdf/3463.pdf>

- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72710207.pdf>
- Sanz, J., & Vázquez, C. (2011). *Adaptación española del Inventario para Depresión de Beck-II (BDI-II). Manual*. Pearson.
- Sargin, A. E., Özdel, K., Utku, Ç., Kuru, E., Yalçinkaya Alkar, Ö., & Türkçapar, M. H. (2012). Distress Tolerance Scale: A study of reliability and validity. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 1(3), 152-161.
<http://www.jcbpr.org/?mno=29274>
- Scherer, K. R. (2004). Which emotions can be induced by music? What are the underlying mechanisms? And how can we measure them? *Journal of New Music Research*, 33(3), 239-251. <https://doi.org/10.1080/0929821042000317822>
- Schmidt, N. B., & Cook, J. H. (1999). Effects of anxiety sensitivity on anxiety and pain during a cold pressor challenge in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(4), 313-323. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00139-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00139-9)
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., & Fitzpatrick, K. K. (2006). Discomfort intolerance: development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(3), 263-280. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.02.002>
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G., & Tress, W. (2000). The symptom check-list-90-R (SCL-90-R): a German validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185-193. <https://doi.org/10.1023/A:1008931926181>
- Secretaría de Políticas Universitarias (2020). *Sistema de consulta de estadísticas universitarias*. <http://estadisticasuniversitarias.me.gov.ar>

- Selby, E. A., Kranzler, A., Panza, E., & Fehling, K. B. (2016). Bidirectional-compounding effects of rumination and negative emotion in predicting impulsive behavior: Implications for emotional cascades. *Journal of Personality, 84*(2), 139-153. <https://doi.org/10.1111/jopy.12147>
- Sereda, Y., & Dembitskyi, S. (2016). Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry, 16*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1014-3>
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining negative beliefs about uncertainty: Validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment, 21*(2), 176-186. <http://doi.org/10.1037/a0015827>
- Seymour, K. E., Macatee, R., & Chronis-Tuscano, A. (2019). Frustration tolerance in youth with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 23*(11), 1229-1239. <https://doi.org/10.1177/1087054716653216>
- Shanahan, S. F., Anderson, S. J., & Mkhize, N. J. (2001). Assessing psychological distress in Zulu-speakers: Preliminary findings from an adaptation of the SCL-90-R. *South African Journal of Psychology, 31*(4), 1-12. <https://doi.org/10.1177/008124630103100401>
- Shariff, A., & Tracy, J. (2011). What are emotion expressions for? *Current Directions in Psychological Science, 20*(6), 395-399. <https://doi.org/10.1177/0963721411424739>
- Sharp, J., & Theiler, S. (2018). A review of psychological distress among university students: Pervasiveness, implications and potential points of intervention. *International Journal for the Advancement of Counselling, 40*(3), 193-212. <https://doi.org/10.1007/s10447-018-9321-7>

Shiota, M. N., & Levenson, R. W. (2009). Effects of aging on experimentally instructed detached reappraisal, positive reappraisal, and emotional behavior suppression. *Psychology and Aging, 24*(4), 890-900.

<https://doi.org/10.1037/a0017896>

Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D. E., Gross, J. J., Remy, K. A., & Ochsner, K. N. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion, 12*(6), 1235-

1247. <http://doi.org/10.1037/a0028297>

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83-102.

<https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>

Solimán, N. T., Gálvez, M. R. R., Requena, R. O., & Prieto, C. A. (2015). Prevalencia de los trastornos del sueño en universitarios. *Actualidad Médica, 100*(795), 66-70. <https://doi.org/10.15568/am.2015.795.or01>

Soria Trujano, R., Ávila Ramos, E., y Morales Pérez, A. K. (2014). Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina. Diferencias de género. *Alternativas en Psicología, 18*(31), 45-59.

<https://www.alternativas.me/numeros/19-numero-31-agosto-2014-enero-2015/64-3-depresion-y-problemas-de-salud-en-estudiantes-universitarios-de-la-carrera-de-medicina-diferencias-de-genero>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1999). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.

- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *VERTEX - Revista Argentina de Psiquiatría*, 39(142), 275-299. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex142.pdf#page=36>
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249-257. <https://doi.org/10.1080/00050067.2010.482109>
- Stanton, K., Rozek, D. C., Stasik-O'Brien, S. M., Ellickson-Larew, S., & Watson, D. (2016). A transdiagnostic approach to examining the incremental predictive power of emotion regulation and basic personality dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(7), 960-975. <https://doi.org/10.1037/abn0000208>
- Strong, D. R., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Marinello, M., Kahler, C. W., & Brown, R. A. (2003). *The computerized mirror tracing task version 1*. Unpublished manual.
- Suveg, C., Morelen, D., Brewer, G. A., & Thomassin, K. (2010). The emotion dysregulation model of anxiety: A preliminary path analytic examination. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 924-930. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.018>
- Tamagawa, R., Giese-Davis, J., Specca, M., Doll, R., Stephen, J., & Carlson, L. E. (2013). Trait mindfulness, repression, suppression, and self-reported mood and stress symptoms among women with breast cancer. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3), 264-277. <https://doi.org/10.1002/jclp.21939>

- Tamir, M. (2009). What do people want to feel and why? Pleasure and utility in emotion regulation. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 101-105.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01617.x>
- Tamir, M., Chiu, C., & Gross, J. J. (2007). Business or pleasure? Utilitarian versus hedonic considerations in emotion regulation. *Emotion*, 7, 546-554.
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.3.546>
- Telch, M. J., Jacquin, K., Smits, J. A., & Powers, M. B. (2003). Emotional responding to hyperventilation as a predictor of agoraphobia status among individuals suffering from panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(2), 161-170. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(03\)00037-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(03)00037-5)
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(1), 163-182. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007021>
- Timpano, K. R., Buckner, J. D., Richey, J. A., Murphy, D. L., & Schmidt, N. B. (2009). Exploration of anxiety sensitivity and distress tolerance as vulnerability factors for hoarding behaviors. *Depression and Anxiety*, 26(4), 343-353.
<https://doi.org/10.1002/da.20469>
- Tisocco, F., Bruno, F. E., & Stover, J. B. (2019). Inteligencia emocional, sintomatología psicopatológica y rendimiento académico en estudiantes de Psicología de Buenos Aires. *Academo*, 6(2), 111-123.

<http://www.uamericana.edu.py/revistacientifica/index.php/academo/article/view/281>

- Tonarely, N. A., & Ehrenreich-May, J. (2019). Confirming the factor structure and validity of the Distress Tolerance Scale (DTS) in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00935-z>
- Tooby, J., & Cosmides, L. (2008). The evolutionary psychology of the emotions and their relationship to internal regulatory variables. In M. Lewis, J. Haviland-Jones, & L. Feldman Barret (Eds.), *Handbook of emotion* (pp. 114-137). The Guilford Press.
- Tooby, J., Cosmides, L., & Barrett, H. C. (2003). The second law of thermodynamics is the first law of psychology: Evolutionary developmental psychology and the theory of tandem, coordinated inheritances. *Psychological Bulletin*, 129(6), 858-865. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.858>
- Tran, T. B., Siemer, M., & Joormann, J. (2011). Implicit interpretation biases affect emotional vulnerability: A training study. *Cognition and Emotion*, 25(3), 546-558. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.532393>
- Trochim, W. M., & Donnelly, J. P. (2006). *The research methods knowledge base* (3rd ed.). Atomic Dog.
- Tull, M. T., & Aldao, A. (2015). Editorial overview: New directions in the science of emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.03.009>
- Urquijo, S., del Valle, M. V., Ané, A. M. D., Heredia, L., & Martínez, B. (2013). Psicopatología y desempeño académico en estudiantes universitarios. *Revista*

Argentina de Ciencias del Comportamiento, Sup, 373-374.

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/5108/5280>

Van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Goebel, R., & Arntz, A. (2015). Emotional sensitivity, emotion regulation and impulsivity in borderline personality disorder: A critical review of fMRI studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 51, 64-76. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.01.001>

Vargas, I., Ramírez, C., Cortés, J., Farfán, A., & Heinze, G. (2011). Factores asociados al rendimiento académico en alumnos de la Facultad de Medicina: estudio de seguimiento a un año. *Salud Mental*, 34(4), 301-308.

http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1419

Varvogli, L., & Darviri, C. (2011). Stress management techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*, 5(2), 74-89. <https://www.hsj.gr/archive/iphsj-volume-5-issue-2-year-2011.html>

Vatan, S., & Pellitteri, J. (2016). The relationship between attachment styles, emotion regulation and psychopathology symptoms in Turkish and American students. *Psychology*, 6(1), 14-23. <http://doi.org/10.17265/2159-5542/2016.01.002>

Veilleux, J. C., Pollert, G. A., Zielinski, M. J., Shaver, J. A., & Hill, M. A. (2019). Behavioral assessment of the negative emotion aspect of distress tolerance: Tolerance to emotional images. *Assessment*, 26(3), 386-403. <https://doi.org/10.1177/1073191116689819>

Vélez, L. P. M., Gutiérrez, J. A., & Isaza, B. E. T. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Ces Medicina*, 24(1), 7-17. <https://doi.org/10.21615/ces%20med.v24i1.1011>

- Ventura León, J. L., Caycho Rodríguez, T., Vargas Tenazoa, D., & Flores Pino, G. (2018). Adaptación y validación de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) en niños peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 23-29. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.2.3>
- Vine, V., & Aldao, A. (2014). Impaired emotional clarity and psychopathology: A transdiagnostic deficit with symptom-specific pathways through emotion regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(4), 319-342. <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.4.319>
- Vujanovic, A. A., Bakhshaie, J., Martin, C., Reddy, M. K., & Anestis, M. D. (2017). Posttraumatic stress and distress tolerance: associations with suicidality in acute-care psychiatric inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 531-541. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000690>
- Vujanovic, A. A., Hart, A. S., Potter, C. M., Berenz, E. C., Niles, B., & Bernstein, A. (2013). Main and interactive effects of distress tolerance and negative affect intensity in relation to PTSD symptoms among trauma-exposed adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 235-243. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9325-2>
- Watkins, L. E., Maldonado, R. C., & DiLillo, D. (2014). Hazardous alcohol use and intimate partner aggression among dating couples: The role of impulse control difficulties. *Aggressive Behavior*, 40(4), 369-381. <https://doi.org/10.1002/ab.21528>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 54(6), 1063-1070.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775-808.

<https://doi.org/10.1037/a0027600>

Wieland, A., Durach, C. F., Kembro, J., & Treiblmaier, H. (2017). Statistical and judgmental criteria for scale purification. *Supply Chain Management*, 22(4), 321-328. <https://doi.org/10.1108/SCM-07-2016-0230>

Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 469-475. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.005>

Wolz, I., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Gratz, K., Menchon, J. M., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Emotion regulation in disordered eating: Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale among Spanish adults and its interrelations with personality and clinical severity. *Frontiers in Psychology*, 6, 907.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00907>

World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders. Global health estimates*. WHO Document Production Services.

https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

- Wyatt, T., & Oswalt, S. B. (2013). Comparing mental health issues among undergraduate and graduate students. *American Journal of Health Education, 44*(2), 96-107. <https://doi.org/10.1080/19325037.2013.764248>
- You, J., & Leung, F. (2012). A Chinese adaptation of the distress tolerance scale among adolescents: Factor structure and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*(1), 136-144. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9256-3>
- Zeifman, R. J., Boritz, T., Barnhart, R., Labrish, C., & McMMain, S. F. (2020). The independent roles of mindfulness and distress tolerance in treatment outcomes in dialectical behavior therapy skills training. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 11*(3), 181-190. <https://doi.org/10.1037/per0000368>
- Zelazo, P. D., & Cunningham, W. A. (2007). Executive function. Mechanisms underlying emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation* (135-158). The Guilford Press.
- Zenasni, F., Besançon, M., & Lubart, T. (2008). Creativity and tolerance of ambiguity: An empirical study. *The Journal of Creative Behavior, 42*(1), 61-73. <https://doi.org/10.1002/j.2162-6057.2008.tb01080.x>
- Zhang, N., & Henderson, C. N. (2014). Test anxiety and academic performance in chiropractic students. *Journal of Chiropractic Education, 28*(1), 2-8. <https://doi.org/10.7899/JCE-13-20>
- Zunhammer, M., Eberle, H., Eichhammer, P., & Busch, V. (2013). Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. *PloS One, 8*(12), e84911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084911>

Zvolensky, M. J., Leyro, T. M., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (2011). Historical perspectives, theory, and measurement of distress tolerance. In M. J. Zvolensky, A. Bernstein, & A. A. Vujanovic (Eds.), *Distress tolerance* (pp. 3-27). The Guilford Press.

Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, *19*(6), 406-410.

<https://doi.org/10.1177/0963721410388642>

7. Apéndice

Variable dependiente	Pasos Modelo	r^2	Cambio en r^2	F	Variables Predictoras	β	t	VIF
Somatizaciones	1	.12	-	18.14**	Dificultades estrategias	.34	4.26**	1.00
	1	.31	-	63.36**	Dificultades impulsos	.56	7.96**	1.00
Obsesiones y compulsiones	2	.39	.08	44.76**	Dificultades impulsos	.39	5.04**	1.36
					Tolerancia general distrés	-.33	-4.27**	1.36
	3	.42	.03	32.26**	Dificultades impulsos	.28	3.23**	1.79
					Tolerancia general distrés	-.26	-3.28**	1.52
					Dificultades metas	.22	2.57**	1.86
					Dificultades impulsos	.24	2.71**	1.87
4	.45	.03	27.17**	Tolerancia general distrés	-.23	-2.81**	1.58	
				Dificultades metas	.22	2.62**	1.86	
				Dificultades claridad	.17	2.36*	1.21	
Sensibilidad interpersonal	1	.27	-	50.04**	Dificultades impulsos	.52	7.07**	1.00
	2	.31	.04	30.67**	Dificultades impulsos	.43	5.65**	1.16
					Dificultades claridad	.22	2.93**	1.16
	3	.34	.03	23.47**	Dificultades impulsos	.29	3.13**	1.79
					Dificultades claridad	.21	2.82**	1.17
Dificultades metas					.23	2.56**	1.67	
Depresión	1	.26	-	47.45**	Tolerancia general distrés	-.51	-6.89**	1.00
	2	.32	.06	32.08**	Tolerancia general distrés	-.36	-4.42**	1.34
					Dificultades aceptación	.29	3.56**	1.35
	3	.36	.04	25.37**	Tolerancia general distrés	-.44	-5.26**	1.51
					Dificultades aceptación	.30	3.75**	1.34
					Regulación distrés	.22	2.91**	1.19
	4	.38	.02	20.69**	Tolerancia general distrés	-.40	-4.63**	1.61
Dificultades aceptación					.26	3.28**	1.39	
Regulación distrés					.20	2.71**	1.21	
Dificultades claridad					.16	2.15*	1.21	
Ansiedad	1	.29	-	55.56**	Dificultades impulsos	.54	7.45**	1.00
	2	.35	.06	36.12**	Dificultades impulsos	.35	3.93**	1.62
					Dificultades aceptación	.31	3.49**	1.62
	3	.38	.03	27.63**	Dificultades impulsos	.27	3.01**	1.78
					Dificultades aceptación	.24	2.70**	1.75
					Tolerancia general distrés	-.22	-2.70**	1.47
	4	.41	.03	23.22**	Dificultades impulsos	.24	2.62*	1.83
					Dificultades aceptación	.27	3.02**	1.77
Tolerancia general distrés					-.30	-3.5**	1.70	
Regulación distrés					.19	2.57*	1.22	
Hostilidad	1	.19	-	32.11**	Dificultades impulsos	.43	5.67**	1.00
	2	.21	.02	18.50**	Dificultades impulsos	.37	4.55**	1.16
Ansiedad fóbica	1	.17	-	27.43**	Dificultades aceptación	.41	5.24**	1.00
					Dificultades aceptación	.32	4.01**	1.13
	2	.22	.05	19.62**	Dificultades claridad	.25	3.17**	1.13
					Dificultades aceptación	.23	2.56*	1.47
					Dificultades claridad	.22	2.66**	1.19
					Dificultades estrategias	.19	2.08*	1.49
Psicoticismo	1	.19	-	33.16**	Dificultades aceptación	.44	5.76**	1.00
	2	.24	.05	21.77**	Dificultades aceptación	.36	4.57**	1.13
					Dificultades claridad	.23	2.93**	1.13
	3	.27	.03	16.69**	Dificultades aceptación	.25	2.76**	1.56
					Dificultades claridad	.21	2.69**	1.15
Dificultades metas					.20	2.28*	1.50	
Ideación paranoide	1	.20	-	33.90**	Dificultades impulsos	.44	5.82**	1.00
	2	.22	.02	19.28**	Dificultades impulsos	.38	4.72**	1.16
					Dificultades claridad	.16	1.98*	1.16

Índice severidad global (GSI)	1	.33	-	66.64	Dificultades impulsos	.57	8.16**	1.00
	2	.40	.07	45.79	Dificultades impulsos	.41	5.26**	1.36
					Tolerancia general distrés	-.32	-4.14**	1.36
	3	.43	.03	33.94	Dificultades impulsos	.38	5.00**	1.38
					Tolerancia general distrés	.41	-4.90**	1.63
					Regulación distrés	.18	2.56*	1.21
	4	.45	.02	27.84	Dificultades impulsos	.28	3.22**	1.83
					Tolerancia general distrés	-.36	-4.36**	1.70
					Regulación distrés	.20	2.85**	1.22
					Dificultades aceptación	.21	2.43*	1.77