

REPÚBLICA DEL ECUADOR



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO**



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

**“EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA
INCREMENTAR LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADULTOS
MAYORES ECUATORIANOS”**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster en Psicología
Clínica Mención Psicoterapia

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTOR:

Cecilia Isabel Araguillín Rojas

DIRECTOR:

Carlos Benigno Burneo Garcés, PhD.

ASESOR:

David Francisco Balseca Bolaños, Msc

Ibarra – abril 2025

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a mi familia, quienes con su apoyo incondicional y perseverancia son un ejemplo para crecer personal y profesionalmente.

También, dedico esta investigación a los adultos mayores de mi país, para que sean valorados y tomados en cuenta en investigaciones futuras; y así, fomentar una sociedad inclusiva que dé prioridad a la salud mental de este grupo etario.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por permitirme cumplir este sueño que inicio hace un año y medio, para fortalecer mi vida profesional y brindar un servicio de calidad con calidez; que junto al apoyo de familia, amigos y compañeros ha sido crucial para poder culminar esta etapa de mi vida e iniciar nuevos proyectos.

También, en este proceso de estudio ha sido de gran ayuda y guía al PhD. Carlos Burneo, quien, con sus conocimientos, motivación y principalmente su tiempo permitieron plasmar esta investigación a favor de los adultos mayores ecuatorianos.

Finalmente, agradezco a la Sra. Consuelo Domínguez por su apoyo y gestión con la comunidad de Guayllabamba y a cada una de las personas adultas mayores que participaron en la fase experimental del presente estudio.

**CERTIFICACIÓN DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR**

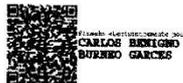
Ibarra, 22 de abril de 2025

Carlos Burneo Garcés, PhD.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte. En consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



(f).....

Carlos Burneo Garcés, PhD.

C.C.: 1102119003



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1721876504		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Araguillín Rojas Cecilia Isabel		
DIRECCIÓN:	La Rumiñahui-Quito		
EMAIL:	ceciaraguillin@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2807033	TELÉFONO MÓVIL:	0981821279

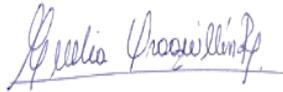
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual para incrementar la regulación emocional en adultos mayores ecuatorianos.
AUTOR (ES):	Araguillín Rojas Cecilia Isabel
FECHA: DD/MM/AAAA	24/04/2025
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia
ASESOR /DIRECTOR:	PhD. Carlos Burneo Garcés / Msc. David Balseca

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 24 días del mes de abril de 2025.

EL AUTOR:



(Firma).....

Nombre: Cecilia Isabel Araguillín Rojas

Índice de contenido

Resumen.....	IX
Abstract	X
CAPÍTULO I	11
EL PROBLEMA.....	11
1.1. Problema de investigación	11
1.2. Antecedentes.....	17
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	18
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	18
1.4. Hipótesis general.....	19
1.5. Justificación.....	19
CAPÍTULO II	21
MARCO REFERENCIAL.....	21
2.1. Marco teórico.....	21
2.1.1. <i>Conceptualización de la regulación emocional</i>	21
2.1.2. <i>Modelo teórico de la regulación emocional</i>	21
2.1.3. <i>Definición y principios de la DBT</i>	22
2.1.4. <i>Módulos de la DBT</i>	23
2.1.5 <i>Eficacia de la DBT en diferentes poblaciones</i>	24
2.2. Marco Legal	25
2.2.1. <i>Declaratoria de Helsinki</i>	25
CAPÍTULO III.....	27
MARCO METODOLÓGICO.....	27
3.1. Descripción del área de estudio/grupo de estudio	27
3.2. Enfoque y tipo de investigación.....	27
3.3. Procedimiento de investigación	28
3.3.1. Participantes	28
3.3.2. Medidas e instrumentos	29
<i>Entrevista sociodemográfica Ad hoc</i>	29
<i>Terapia dialéctica conductual (DBT; Linehan, 2015)</i>	29
3.3.3. Organización del trabajo de campo	32
3.3.4. Protocolo del módulo de regulación emocional de la DBT	33
3.3.5. Análisis de datos.....	35

3.4. Consideraciones bioéticas	35
CAPÍTULO IV	37
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
4.1. Resultados	37
4.2. Discusión	39
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	43
Referencias.....	45

Índice de Tablas

Tabla 1. Protocolo de aplicación del módulo de regulación emocional de la Terapia Dialéctica Conductual	31
Tabla 2. Descripción sociodemográfica de las muestras de estudio.....	37
Tabla 3. Matriz de correlación para la muestra total.....	38
Tabla 4. Resultados en las medidas clínicas para los grupos control y experimental.....	38

Resumen

Introducción. El envejecimiento conlleva cambios físicos y mentales en las distintas fases de desarrollo, especialmente en la adultez tardía. **Problema.** Los adultos mayores (AM) suelen experimentar alteraciones psicológicas, debido a la forma inadecuada de interpretar el paso del tiempo y afrontar sus efectos, evidenciadas en diferentes problemas, entre los que sobresalen los asociados a la regulación emocional (RE). A pesar de que estas limitaciones son habituales en los AM y que en el plano internacional existen datos suficientes sobre la utilidad de ciertas técnicas psicológicas, como la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), para mejorar la RE en esta población, no existen estudios con este enfoque metodológico en el Ecuador. **Objetivo.** Estudiar la eficacia del módulo de RE, de la DBT, para incrementar la RE en AM ecuatorianos. **Método.** El estudio adoptó un diseño cuasiexperimental y utilizó un muestreo por conveniencia, que permitió seleccionar a 20 AM, de entre 65 y 85 años, que frecuentan un centro de apoyo gerontológico en el Ecuador, divididos en dos grupos: 10 AM como grupo control ($M = 74,40$; $DT = 4,620$) y 10 AM como grupo experimental ($M = 71,10$; $DT = 5,259$), al que se le aplicó el protocolo del módulo de regulación emocional, de la DBT. **Justificación.** Estudios de este tipo permiten poner a prueba la eficacia de la DBT, en particular el módulo de RE, enfocado en diferentes poblaciones y con objetivos específicos, que puede significar un recurso valioso para la atención a esta población en contextos públicos y privados ecuatorianos. **Resultados.** Los resultados sugieren que la aplicación del módulo de RE, de la DBT, genera una mejora significativa en el reconocimiento y la gestión de las emociones en el grupo experimental respecto al grupo control. **Discusión.** Si bien se identificaron diferencias significativas en el grupo experimental después de la intervención, con tamaños de efecto de moderados a grandes, según las medidas de cambio empleadas, se sugiere replicar este estudio en grupos de AM con diferente nivel de funcionalidad y comorbilidad física y psicopatológica, para verificar el alcance de la efectividad de la DBT. **Conclusión.** El módulo de RE, de la DBT, se presenta como una buena alternativa terapéutica para mejorar el bienestar emocional de los AM en el contexto ecuatoriano.

Palabras clave. Emociones, Psicopatología, Calidad de vida, Adultez tardía, Ecuador.

Abstract

Introduction. Aging entails physical and mental changes throughout various developmental phases, particularly in late adulthood. **Problem.** Older adults (OA) often face psychological challenges due to inadequate interpretations of the passage of time and coping with its effects. These challenges manifest in different issues, notably those linked to emotional dysregulation. Although such limitations are common among OA and sufficient international evidence supports the effectiveness of several psychological techniques, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT), in improving emotional regulation within this population, no studies using this methodological approach have been conducted in Ecuador. **Objective.** To evaluate the effectiveness of the emotional regulation module of DBT in enhancing emotional regulation among Ecuadorian OA. **Method.** The study utilized a quasi-experimental design with convenience sampling to select 20 OA aged 65 to 85, attending a gerontological support center in Ecuador. They were divided into two groups: 10 OA as the control group ($M = 74.40$; $SD = 4.620$) and 10 OA as the experimental group ($M = 71.10$; $SD = 5.259$), where the emotional regulation module of the DBT protocol was applied. **Justification.** Such studies allow testing the efficacy of DBT, specifically its emotional regulation module, focusing on different populations and specific objectives. This can represent a valuable resource for supporting this population in Ecuadorian public and private contexts. **Results.** The findings suggest that applying DBT's emotional regulation module significantly improves the recognition and management of emotions in the experimental group compared to the control group.

Discussion. While significant differences were identified in the experimental group after the intervention, with moderate to large effect sizes based on the employed measures of change, it is recommended to replicate this study among OA groups with varying functionality and physical or psychopathological comorbidities to verify DBT's effectiveness scope. **Conclusion.** DBT's emotional regulation module appears to be a promising therapeutic alternative, enhancing the emotional well-being of OA within the Ecuadorian context.

Keywords. Emotions, Psychopathology, Quality of Life, Late Adulthood, Ecuador.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Problema de investigación

La salud mental es el estado de bienestar general, que implica la posesión de recursos para aprovechar oportunidades y superar adversidades que se presentan durante la vida, colocando al individuo en condiciones de desarrollar su potencial en distintas dimensiones de su desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Este estado de bienestar es particularmente sensible a factores de riesgo propios de cada fase de vida, especialmente en la infancia temprana y la adultez tardía, debido al grado de dependencia del individuo de terceros, en materia de autonomía y desarrollo. En el caso de la última etapa de vida del ser humano, a diferencia de lo que sucede en los niños de corta edad, la autonomía y funcionalidad decrecen de modo inexorable a medida que pasa el tiempo, sin posibilidad de recuperación (Botero y Pico, 2007).

Una de las áreas más afectadas por el envejecimiento es el procesamiento y la regulación emocional o de las emociones (RE), que juegan un papel crucial en la adquisición, mantenimiento o recuperación del bienestar general del adulto mayor (AM), debido a sus implicaciones en la percepción de sí mismo, del sentido de la vida y de la interacción social (Varela, 2016). En esta materia, el itinerario habitual de muchos AM es el abandono o la asunción voluntaria o forzada de un estado de exclusión. Desde una perspectiva humana, social y económica, el Estado debe garantizar los recursos necesarios para que esta población atraviese la última etapa de su vida con el mayor bienestar posible, tanto en contextos públicos como privados (Robledo y Duque, 2022).

El envejecimiento es un proceso que trae consigo cambios asociados a la edad y al entorno físico, familiar y social (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2021). Estos cambios se explican por varios factores, uno de los cuales es la percepción que las personas tienen de sí mismas y del papel que desempeñan en la comunidad (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 1999). En términos estadísticos, en el Ecuador, el porcentaje de AM (65 años o más de edad) tuvo un incremento, pasando del 6,2 %, en 2010, al 9 %, en el 2022, con mayor presencia de mujeres (53,6 %). Esta tendencia permite estimar que para el año 2050, los AM tendrán una esperanza de vida promedio de 83,5 años en el país (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2022). Con base en estos datos, parece fundamental identificar tanto la salud general del AM como la capacidad de mantener la funcionalidad, a pesar de sus dolencias (OMS, 1982) que, en gran parte, están relacionadas con la movilidad, la autonomía, el estado emocional, la memoria y la actividad social.

La presencia de los problemas de salud referidos está asociada, de manera inversa, a la disponibilidad de recursos. Si se considera que el 45 % de los AM ecuatorianos vive en condiciones de pobreza y extrema pobreza, el 74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo, y el 14,9% son víctimas de negligencia y abandono (MIES, 2015), el panorama de la calidad de vida de esta población es poco alentador. Además, el incremento de este grupo etario aumenta las necesidades de atención, que acaban desbordando el sistema de salud público y privado, que tampoco está preparado para brindar atención integral a esta población. En consecuencia, la atención deficiente del AM puede reducir las oportunidades de envejecer de manera digna, donde la implicación de los familiares más próximos tiene un papel determinante. Por esta razón, uno de los objetivos de toda intervención debe ser fomentar la responsabilidad del núcleo familiar en la valoración del papel del AM en la familia y la atención de sus necesidades, evitando de esta manera, la

percepción de abandono dentro y fuera del hogar (Cardona et al., 2016).

Conforme pasan los años, el ser humano va modificando sus actividades en función de sus necesidades básicas y requerimientos sociales. Este cambio paulatino e imperceptible va avanzando hasta llegar a la senectud, donde se evidencia una mayor presencia de patologías interrelacionadas, responsables de la discapacidad y la dependencia en buena parte de los AM (MIES, 2021). En esta materia, las estadísticas (INEC, 2011) indican que las personas AM en Ecuador presentan un conjunto de enfermedades crónicas con mayor prevalencia, como la osteoporosis (9 %), la diabetes (13 %), los problemas cardiovasculares (13 %) y las enfermedades pulmonares (8%). Estas patologías crónicas hacen que el AM se vea incapaz de desarrollar sus actividades con autonomía, incrementando su nivel de dependencia. Incluso, al menos 1 de cada 3 AM, en Ecuador, presenta enfermedades relacionadas con la salud mental, como demencias, deterioro cognitivo, depresión, abuso de sustancias, trastornos del sueño, trastorno de adaptación y síndrome del cuidador (MIES, 2021; OPS, 2020). Respecto al impacto letal de una de estas psicopatologías, es oportuno señalar que la tasa de suicidio se ha incrementado en AM, alcanzando los 27,45 suicidios por cada 100.000 habitantes (OMS, 2014). Esta realidad llama la atención sobre la importancia de la identificación de los factores de alerta de riesgo de deterioro físico y mental que presenta este grupo poblacional, en términos de conducta (impulsividad), estado anímico (irritabilidad) y señales físicas (falta de energía).

Los AM enfrentan limitaciones psicológicas que impactan significativamente en su calidad de vida y bienestar emocional. A medida que se acerca la senectud, la persona experimenta problemas cognitivos, pérdida de la autonomía, soledad, discriminación por la edad y pérdida del sentido de la vida (OMS, 2014), siendo el deterioro cognitivo la limitación psicológica más frecuente en esta etapa de vida (Miyamura et al., 2019). Dado que el deterioro cognitivo implica limitaciones en la atención, la memoria, el lenguaje, el

juicio, el razonamiento, la capacidad de aprendizaje y la habilidad visuoespacial (MIES, 2021), consideradas capacidades clave para el desarrollo humano en cualquier etapa de vida, las actividades de promoción, prevención e intervención en esta área ocupan un lugar prioritario. Si bien la literatura en esta materia es escasa en el contexto ecuatoriano, algunos estudios hacen referencia a los problemas emocionales de mayor incidencia en esta población, como la depresión, que alcanza un 55 % (Campoverde, 2023), relacionada con el rol social, la soledad, el aislamiento, la viudez y la pérdida de amigos (Guanoluisa y Panamá, 2024). En consecuencia, es indispensable tener en cuenta algunas señales de riesgo en este grupo etario, como pérdida o aumento de apetito, ideación suicida, irritabilidad, pensamientos de minusvalía, problemas para conciliar el sueño o exceso de sueño, lentitud excesiva al moverse, tristeza y ansiedad.

Los cambios relacionados con el envejecimiento están vinculados al entorno y al comportamiento de las personas, lo que permite que su nivel de percepción y adaptación a esta etapa sea favorable (Guillen et al., 2021). Por esta razón, se debe trabajar en la promoción de los factores de protección, con el fin de prevenir y mitigar los problemas físicos y psicológicos en el envejecimiento, impulsando el bienestar y la calidad de vida. En este sentido, los factores protectores que intervienen en la preservación de la salud se clasifican en factores externos (entorno) y factores internos (personales). Entre los factores externos se encuentran las redes de apoyo social, el acceso a servicios de salud, la participación social/comunitaria y los ambientes seguros y accesibles. En cuanto a los factores internos, destacan la resiliencia, la autoestima, el autocuidado, las habilidades de afrontamiento, la motivación intrínseca y la RE (Góngora y Casullo, 2009). La confluencia de estos dos tipos de factores permitirá crear espacios seguros y de acompañamiento en los AM, promoviendo la adaptación a la senectud de una manera favorable, donde la RE juega un papel clave.

Desde la perspectiva de la promoción de la salud, es importante identificar los factores que promueven el ajuste psicosocial y la disminución de conductas de riesgo en la población, como la RE, entendida como la capacidad para gestionar y procesar de manera adecuada las emociones y la asimilación de los cambios inherentes al paso del tiempo, a través de la autoconciencia, la flexibilidad para utilizar estrategias de afrontamiento, la disposición/apertura para experimentar emociones negativas como parte de la vida y la autogeneración de emociones positivas (Frías- Luque y Toledano-González, 2022). En otros términos, la RE es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada, tomando conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento (García y Niño, 2023). Además, la RE juega un rol clave en la adaptación al cambio, la comprensión de las propias emociones y los estados emocionales de los demás, el manejo del estrés y la generación de emociones positivas desde una postura flexible y realista (Orozco, 2012). Dicho de otra manera, la RE se relaciona con las estrategias de afrontamiento y la valoración personal de los eventos, promoviendo la satisfacción personal, las relaciones interpersonales, la gestión del estrés, la resolución de conflictos, la toma de decisiones, la motivación intrínseca y la salud, permitiendo el crecimiento intelectual y emocional (Góngora y Casullo, 2009).

La RE favorece el desarrollo de destrezas adaptativas frente a la senectud, impulsando los vínculos afectivos sanos e incentivando la búsqueda de apoyo social (Frías- Luque y Toledano- González, 2022). De hecho, el sentido de pertenencia se fomenta con el vínculo afectivo. Por esto, las relaciones interpersonales y el apoyo social inciden en el equilibrio afectivo y la satisfacción con la vida de las personas mayores. En consecuencia, las estrategias de afrontamiento y la RE son importantes para la adaptación al envejecimiento, gracias a su impacto favorable en la resiliencia, la reducción de conflictos, la estabilidad emocional, la salud física, la autonomía y la facilidad de adaptación a los

cambios. Existen estudios que corroboran que hay menor presencia de ansiedad, depresión y estrés debido al uso de estrategias de RE más adaptativas (Fernández y Cabello, 2021).

La RE es un recurso de compensación a los cambios que experimentan los AM con la edad.

Esta etapa de ajustes está vinculada con la autorregulación de las emociones en la vejez y se enlaza con la satisfacción física, psicológica y social (Christopher y Facal, 2023).

Mediante la RE, se fomentan las relaciones interpersonales, evitando el aislamiento social y la soledad, considerados factores de riesgo de la salud de esta población (OMS, 2023).

Debido a la importancia de la RE en este grupo etario, se han identificado alternativas y técnicas de intervención que proporcionan al AM las herramientas para manejar las emociones, entre las que sobresalen la terapia cognitivo conductual (Moreno et al., 2006), el entrenamiento en habilidades sociales (Valle et al., 2019), el Mindfulness (Mejía et al., 2024) y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT; García y Camus, 2021). La DBT se presenta como una alternativa de intervención para mejorar la RE en diferentes poblaciones, principalmente en adolescentes, con resultados importantes en términos de seguridad y solidez en las relaciones interpersonales, reduciendo el aislamiento, la indefensión y la percepción del abandono (Revilla et al., 2021).

La DBT es un modelo de intervención que busca cambios a través de estrategias de aceptación y orientación hacia las metas personales (Santana et al., 2023). Este modelo se compone de técnicas de terapia de la conducta y principios de aceptación de la realidad basados en la filosofía Zen y budista (De La Vega y Sánchez, 2013), y está dirigido a personas con trastornos de salud mental complejos. Su objetivo es promover en el consultante el enfoque de una vida que valga la pena vivir y que tenga sentido (Reyes et al., 2023). Con este fin, se emplean herramientas actualizadas, con soporte científico, que focalizan al individuo en el momento presente, con el fin de establecer nuevos patrones cognitivos, emocionales y comportamentales. Es decir, se entrena a la persona en

habilidades para resolver conflictos, redirigir los pensamientos, manejar las emociones y disminuir la evitación interpersonal, desde una perspectiva confiable y eficaz (Fassbinder et al., 2016). Su eficacia alcanza las patologías que implican problemas de RE, como la ansiedad, el consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria y el comportamiento suicida (Soler et al., 2016).

Cada etapa de vida conlleva una idea de la madurez y de los aspectos positivos y negativos asociados al paso del tiempo. En efecto, conforme avanza el tiempo, la percepción de la calidad de vida va acentuándose más, debido a que las enfermedades crónicas se hacen presentes y la movilidad se ve disminuida, en especial en la adultez tardía. Así, el incremento de la población AM en el Ecuador, considerada una población de atención prioritaria; las limitaciones físicas y mentales asociadas al paso del tiempo; las implicaciones sociales y económicas de la demanda asistencial de la población de AM; la obligación del Sistema Nacional de Salud de prestar servicios de promoción, prevención e intervención para este grupo poblacional; el compromiso social de la Psicología de proporcionar recursos que fomenten la calidad de vida del individuo durante la existencia; y la literatura internacional consistente en materia de eficacia de la DBT para favorecer habilidades de RE en distintas poblaciones, así como la falta de datos de este tipo en el contexto ecuatoriano sugieren la necesidad de explorar los beneficios de la DBT para mejorar la calidad de vida de los AM ecuatorianos. Por las características de este modelo terapéutico y en especial el módulo de RE, tanto en su adaptabilidad y flexibilidad, permitirá desarrollar habilidades enfocadas en comprender y regular las emociones, afrontamiento de situaciones difíciles, reducción de la impulsividad y fortalecimiento de la conciencia emocional, siendo idónea para ajustarse a población AM.

1.2. Antecedentes

El deterioro funcional, el abandono de la familia y el alto costo de la atención

médica influyen en la calidad de vida de los AM, quienes suelen experimentar negligencia y abandono por parte de sus cuidadores habituales (Abdi et al., 2019; Pachana, 2023). Al igual que las deficiencias físicas, la falta de independencia y la reducción de la capacidad para sostener vínculos afectivos contribuyen a su aislamiento social (Frías-Luque y Toledano-González, 2022), que conlleva alteraciones en su salud mental (Pachana, 2023). Esto acentúa la relevancia de la RE en la adaptación de los AM a los cambios asociados al paso del tiempo, donde la DBT puede tener un protagonismo particular (Arteaga de Luna et al., 2023), gracias a que se ha mostrado eficaz para regular las emociones, reducir los niveles de ansiedad y estrés, controlar los intentos autolíticos, focalizando el trabajo en la resolución de problemas, el redireccionamiento de los pensamientos, el manejo de las emociones difíciles y la disminución de la evitación interpersonal (Ward-Ciesielski et al., 2016; Fassbinder et al., 2016). Actualmente, las investigaciones proponen la DBT como una herramienta con validez científica para reducir síntomas relacionados con problemas de RE e intentos de suicidio, cuyo objetivo es promover en las personas conductas funcionales y adaptativas, aun cuando experimentan emociones muy intensas (Linehan, 1993; Sánchez, 2019).

1.3. Objetivos de la investigación

En función de lo mencionado en apartados previos, se plantean un objetivo general y tres objetivos específicos, que son descritos a continuación.

1.3.1. Objetivo general

Determinar la eficacia del módulo de RE, de la DBT, para incrementar la regulación emocional en adultos mayores ecuatorianos.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de una muestra de 20 adultos mayores ecuatorianos que frecuentan habitualmente un centro de apoyo

gerontológico.

- Evaluar las habilidades de la regulación emocional en una muestra de 20 adultos mayores ecuatorianos que frecuentan habitualmente un centro de apoyo gerontológico.
- Aplicar el protocolo del módulo de RE, de la DBT, a una muestra de 10 adultos mayores ecuatorianos que frecuentan habitualmente un centro de apoyo gerontológico.

1.4. Hipótesis general

Después de la aplicación del protocolo del módulo de RE, de la DBT, el grupo experimental mostrará mejora estadísticamente significativa en el incremento de la RE respecto al grupo control, establecida mediante la comparación de medidas de RE aplicadas pre y post intervención.

1.5. Justificación

La presente investigación cuenta con diferentes fundamentos sólidos que le dan sentido. En primer lugar, las condiciones físicas, mentales y socioeconómicas asociadas a la adultez tardía convierten este grupo poblacional en prioritario, tal como lo refleja la Constitución de la República del Ecuador (2008, art. 36). Este reconocimiento obliga al Estado a brindar al AM atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas, jubilación universal, rebajas en los servicios públicos/privados de transporte y espectáculos y acceso a una vivienda que asegure una vida digna. Por lo tanto, el Estado, de modo oficial y legal, y la familia, por derecho natural y obligación moral y social, deben garantizar que los AM cuenten con los recursos y las condiciones de vida necesarias para llevar una vida digna. En segundo lugar, el Sistema Nacional de Salud no cuenta con un número suficiente de estrategias o alternativas psicoterapéuticas eficaces y de bajo costo que promuevan el bienestar de los AM y, a la vez, reduzcan la probabilidad

de la ocurrencia o el agravamiento de afecciones físicas y psicológicas. Desde un punto de vista humanitario, legal, social y económico, tanto el Estado como la sociedad se verían beneficiados por la aplicación de recursos psicoterapéuticos que tienen efecto preventivo y rehabilitador al mismo tiempo. Para entender esta afirmación, basta con analizar el ahorro en materia de desgaste emocional (espera de atención oportuna, expectativas de mejora o cura no satisfechas, etc.) y recursos económicos (atención interdisciplinar en contextos públicos y privados, pruebas diagnósticas, fármacos, rehabilitación, etc.) que puede suponer la aplicación de técnicas psicológicas, como la DBT, para abordar un conjunto amplio de psicopatologías que están vinculadas con enfermedades físicas en la población de AM. En tercer lugar, la evidencia científica internacional sobre la eficacia de la DBT para mejorar la RE en diferentes poblaciones sugiere la conveniencia de explorar sus cualidades en población de AM ecuatoriana, en especial en el módulo de RE cuyos resultados fácilmente predecibles pueden significar un beneficio importante para este grupo poblacional y sus familias, la mayoría de ellas con recursos económicos limitados, considerando la proporción de ecuatorianos que pertenecen a estratos socioeconómicos medio/medio-bajo/bajo (INEC, 2024). Cabe recalcar que, este estudio se centra en el módulo de RE descartando los módulos referentes a Mindfulness, eficacia interpersonal y tolerancia al malestar, debido a que el módulo de RE se puede adaptar a las necesidades de cada persona y los problemas emocionales en este grupo etario pueden variar según el contexto social, salud física y capacidades cognitivas. Finalmente, el presente trabajo de investigación se enmarca en el alcance académico, científico y social del programa de maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, que pertenece al área de salud y bienestar.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Conceptualización de la regulación emocional

En los últimos años ha crecido el interés por estudiar la RE, debido a la relación directa que presenta en la salud, la interacción social y el desempeño laboral, es decir, el bienestar general del individuo. La RE es conceptualizada como el proceso por el cual las personas ajustan sus emociones, siendo capaces de modificar el comportamiento para adaptarse al entorno y promover el bienestar personal y social (Gómez y Calleja, 2016; Fassbinder et al., 2016). La RE es definida como el conjunto de procesos que permiten a las personas encaminar las emociones en función de los objetivos del individuo (Gross, 1999 y Thompson, 1994). De esta manera, la RE es un proceso clave para mantener las relaciones saludables y tomar decisiones conscientes y enfrentar desafíos de forma constructiva.

2.1.2. Modelo teórico de la regulación emocional

2.1.1.1. Modelo de la regulación emocional de Gross (Gross, 1998)

El modelo procesal de RE de Gross es identificado como una de las teorías más influyentes respecto al manejo de las emociones. Este modelo, propuesto por James J. Gross, en 1998, plantea que la RE es un proceso dinámico que puede ocurrir en diferentes etapas de la generación de emociones (Hervás y Moral, 2017). De este modo, las estrategias de RE se pueden dividir en dos grupos o fases: 1) La RE centrada en los antecedentes y 2) La RE centrada en la respuesta. A continuación, se describen las etapas y los componentes

de cada una de ellas. Por un lado, la fase uno se subdivide en la selección de situaciones (elecciones personales en un aprendizaje previo con el fin de evitar o experimentar emociones asociadas a una situación en específica), el cambio de situaciones (modificar la situación o el espacio para ajustar el impacto de las emociones en la persona), foco atencional (manipulación de la atención para manejar las emociones ante situaciones estresantes) y cambio cognitivo (reformulación del significado de la emoción de manera adaptativa). Esta fase permite desarrollar la reevaluación cognitiva como estrategia de RE (Hervás y Moral, 2017; Chávez, 2023), que permite modificar el pensamiento ante la situación o el evento cambiando el impacto o la respuesta emocional, promoviendo el cambio en la expresión de la conducta. Por otro lado, la fase dos se enfoca específicamente en la modificación de la respuesta, donde el individuo se entrena en modificar sus emociones y ajustar el comportamiento. Esta fase da paso a la estrategia de supresión de la experiencia emocional, la cual impide la respuesta emocional, modificando el comportamiento, más no la emoción, adaptando la exteriorización de la respuesta emocional y desarrollando el autocontrol (Gómez y Calleja, 2016).

2.1.3. Definición y principios de la DBT

La DBT fue desarrollada a finales de la década de 1980 por Marsha M. Linehan, y surge como alternativa para el tratamiento de personas con trastorno de la personalidad límite (TPL). Esta terapia se centra en el equilibrio entre la aceptación radical y el cambio, enfatizando la validación emocional para promover la RE, mediante la combinación de técnicas de modificación de conducta con prácticas de atención plena y fomentar la estabilidad emocional (Boggiano y Gagliosi, 2020). Las características expuestas por la DBT se tienen en cuenta en el Modelo Biosocial que propone Linehan, que establece que los problemas de RE son el resultado de la interacción entre una predisposición biológica (alta reactividad emocional y lento retorno a la calma) y un ambiente invalidante (contextos

de crianza enfocados en el castigo), lo cual se expresa como una dificultad para modular las emociones (Vega y Quintero, 2021). Entre las modalidades de intervención de la DBT se ubican 1) la terapia individual (de 50 a 60 minutos), orientada a promover la motivación del consultante ante el tratamiento; y 2) el contacto telefónico, centrado en la utilización del apoyo en el desarrollo de habilidades para prevenir automutilaciones y fortalecer la relación terapéutica. Mientras que el trabajo individual tiene como objetivo mantener una posición dialéctica y de supervisión, el entrenamiento grupal busca el desarrollo y consolidación de estrategias de conciencia plena, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y RE.

2.1.4. Módulos de la DBT

La DBT se centra en el desarrollo de cuatro habilidades de entrenamiento para regular las emociones, encaminadas a aumentar las capacidades de los consultantes. Este entrenamiento es llevado a cabo por dos terapeutas en una sesión grupal, en dos horas y media de duración una vez por semana. A continuación, se describe cada uno de los cuatro módulos de trabajo.

Módulo Conciencia plena. Este módulo se centra en la capacidad de observar, describir, participar y no emitir juicios. Esta estrategia está basada en la filosofía oriental de meditación y va dirigida a modular los sentimientos de vacío y desconocimiento del yo. Por lo tanto, en este módulo trabaja tres estados mentales: la mente racional (lógica), la mente emocional (sentimientos, emociones) y la mente sabia (equilibrio entre la mente racional y la mente emocional).

Módulo Efectividad interpersonal. Este módulo permite a las personas tener relaciones saludables y exitosas, que deben fortalecerse mediante el análisis de las situaciones de inestabilidad en las relaciones interpersonales y de los factores que contribuyen e interfieren en la eficacia interpersonal, como la agresión o autoagresión, y

aprendiendo a poner límites y ser tolerante y respetuoso a nivel personal y social.

Módulo Tolerancia al malestar. Este módulo se encarga de disminuir las conductas desadaptativas ante la frustración, especialmente aquellas que están relacionadas directamente con la impulsividad. Las estrategias que se trabajan se dividen en dos aristas enfocadas en la supervivencia a la crisis y de aceptación de la realidad. Respecto a la supervivencia a la crisis, se trata de evitar que el consultante se autolesione, utilizando técnicas como la relación y la imaginación, proporcionarse estímulos positivos, y pensar en los pros y contras de la conducta impulsiva. La aceptación de la realidad, en cambio, consiste en aceptarse, de manera radical y no enjuiciadora, a sí mismo y a la situación.

Módulo Regulación emocional. Este módulo trabaja el reconocimiento de las emociones y del impulso que las acompaña, y a la inhibición de la conducta impulsiva e inapropiada, evitando comportamientos reactivos. En este sentido, uno de los principales objetivos del entrenamiento de la RE es comprender que las emociones organizan y motivan la acción, se comunican de manera no verbal y permiten identificar información del entorno (Boggiano y Gagliesi, 2020). Además, se ensayan técnicas para aumentar la conciencia y la frecuencia de las emociones positivas y técnicas destinadas a reducir la vulnerabilidad relacionadas con un estilo de vida poco saludable.

2.1.5 Eficacia de la DBT en diferentes poblaciones

Esta técnica, que inicialmente se centró en personas con TPL, cuenta con estudios que proporcionan información respecto a su eficacia, en población adolescente y adulta, en tratamientos para reducir la autolesión y la ideación suicida (Martínez et al., 2023); en trastornos de conducta alimentaria, reduciendo la frecuencia de las purgas y atracones; y en pacientes con TPL y comorbilidad de consumo de sustancias, reduciendo la gravedad de las recaídas. Sin embargo, los pocos estudios en AM destacan la efectividad de la DBT para reducir síntomas de ansiedad y depresión (Vega y Quintero, 2019).

2.2. Marco Legal

2.2.1. Declaratoria de Helsinki

La presente investigación toma como base la Declaratoria de Helsinki, propuesta por la Asociación Médica Mundial, como normativa de los principios éticos para orientar a los médicos y profesionales de la salud que realizan investigación. Esta declaratoria expone los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, centrándose en la preservación de los derechos humanos de los participantes. De este modo, queda claro que es deber del investigador velar por la vida, la salud, la privacidad y la dignidad del ser humano (Barrios et al., 2016). Además, esta declaración resalta la combinación de la investigación médica con la atención médica, sea de tipo preventivo, diagnóstico o terapéutico. En definitiva, se trata de investigar protegiendo la integridad física y mental de los participantes (Manzini, 2000). Con base en esta declaratoria, la investigación realizada contó con los requerimientos específicos para su desarrollo, precautelando la salud mental y física de los participantes, siempre con su conocimiento y consentimiento. Todos ellos fueron suficientemente informados sobre todos los aspectos asociados a la investigación.

2.2.2. Constitución de la República del Ecuador

A continuación, se refiere el contenido de algunos artículos de la Constitución de la República del Ecuador (2008).

Art 19. Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos.

Art 32. Promover la inclusión de contenidos que propicien la comprensión y aceptación de la etapa del envejecimiento en los planes y programas de estudios de los diferentes niveles educativos, así como en las agendas académicas y de investigación.

Art. 36. Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada

en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 38. El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del área de estudio/grupo de estudio

La investigación se llevó a cabo en la provincia de Pichincha, con una muestra de AM de ambos sexos, que frecuentan regularmente un centro de apoyo gerontológico, con la finalidad de favorecer su estado de salud física y mental, mediante el desarrollo de tareas y actividades asociadas a la DBT. Se trata, por tanto, de un grupo de AM que conservan un grado importante de autonomía, respecto al de la población AM que reside en casas de reposo o centros gerontológicos, debido a la necesidad de apoyo suplementario para el desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria. En cuanto al centro colaborador, se puede destacar que recibe financiación pública y se encuentra en una localidad al norte de la provincia de Quito. Este centro cuenta con el apoyo de profesionales externos, gracias a iniciativas académicas o sociales que implican actividades con el personal de estos centros y los AM que los frecuentan.

3.2. Enfoque y tipo de investigación

El estado de la literatura sobre el tema de estudio, la naturaleza y las exigencias del objetivo general, el enfoque (promoción de la salud) y el nivel de las facilidades logísticas para el desarrollo de la presente investigación sugirieron la adopción de un diseño cuasiexperimental (Hernández y Baptista, 2023). Esto se debe, en primer lugar, a que existe suficiente evidencia de la utilidad de la DBT para mejorar la RE, principalmente en población juvenil y universitaria. En segundo lugar, el estudio pretendió alcanzar el mayor nivel de rigurosidad metodológica posible, dadas las limitaciones logísticas inherentes al

tipo de investigación que se plantea, marcado por su objetivo general y, de modo específico y determinante, por la población de estudio. Así, el diseño cuasiexperimental es el más idóneo, porque puede otorgar a los resultados un alcance mayor respecto al de un estudio preexperimental, en términos de mejora (cambio clínico y estadísticamente significativo) de la RE en el grupo experimental vs el grupo control, asumiendo sus limitaciones en términos de precisión y generalización.

3.3. Procedimiento de investigación

El estudio surgió de la observación directa en AM que presentan comportamientos impulsivos y reactividad emocional, lo cual repercute en la adaptación al envejecimiento, causando inquietud y motivación por este grupo etario. Esto motivó la revisión de la literatura necesaria para el desarrollo de la presente investigación, cumpliendo con del desarrollo de las fases de la investigación cuantitativa: hipótesis, definición de variables, diseño de investigación, muestra de estudio, criterios de inclusión y protocolo de evaluación. Como punto final, se elaboró en informe de investigación.

3.3.1. Participantes

La muestra de estudio estuvo compuesta por un grupo de 20 AM, seleccionados mediante la técnica de muestreo por conveniencia, con un rango de edad de entre 65 y 85 años, que frecuentan habitualmente un centro de apoyo gerontológico al norte de la provincia de Pichincha, Ecuador. La muestra se dividió en un grupo control, conformado por 10 personas ($M = 74,40$; $DT = 4,620$) y un grupo experimental, también compuesto por 10 personas ($M = 71,10$; $DT = 5,259$), tal como se puede consultar en la Tabla 2. A continuación, se describen los criterios de inclusión que se aplicaron a los potenciales participantes en el estudio.

- Tener 65 años o más.
- Leer y escribir, o capacidad intelectual suficiente para comprender el desarrollo.

- Frecuentar el centro de apoyo gerontológico seleccionado para el estudio.
- No presentar enfermedades neurodegenerativas o condiciones físicas y mentales.
- Suscribir el consentimiento informado de la investigación.

3.3.2. Medidas e instrumentos

En coherencia con los objetivos del estudio, a la muestra se le aplicó el protocolo de evaluación que se describe a continuación.

Entrevista sociodemográfica Ad hoc

Se diseñó una entrevista sociodemográfica, de aplicación individual, destinada a obtener información básica de los participantes, como sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico y convivencia (solo o con familiares). El tiempo requerido para la aplicación de este instrumento es de 20 minutos.

Terapia dialéctica conductual (DBT; Linehan, 2015)

La DBT es un enfoque terapéutico desarrollado por Marsha Linehan, originalmente para consultantes con conductas autolíticas o TPL. Actualmente, la DBT se utiliza para abordar una variedad de problemas emocionales y conductuales, como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos alimentarios (Boggiano y Gagliosi, 2020). La DBT se fundamenta en los principios de la terapia cognitivo-conductual, la filosofía Zen y la dialéctica, integrando perspectivas de aceptación y cambio al mismo tiempo. Esta técnica se compone de cuatro módulos (regulación emocional, tolerancia al malestar, eficacia interpersonal, y conciencia plena) destinados a prevenir los problemas de salud mental asociados a la desregulación emocional (Linehan, 2015).

Módulo regulación emocional. Este módulo busca encontrar un punto medio entre el pensamiento racional y las emociones intensas, para promover el desarrollo de habilidades específicas que permiten enfrentar situaciones difíciles y regular las emociones, así como entre la razón y la emoción, mediante el uso de fichas para el aprendizaje, hojas de trabajo y tareas con 200 habilidades conductuales. El módulo de regulación emocional

trabaja nueve habilidades, cuyas características se describen a continuación.

- *Identificación de emociones.* Consiste en aprender a reconocer y describir las emociones con claridad sobre lo que la persona está sintiendo y las razones que subyacen a estas.
- *Aumento de experiencias emocionales positivas.* Consiste en aplicar estrategias que incorporan actividades y experiencias que generan emociones positivas, contrarrestando las emociones negativas persistentes.
- *Reducción de la vulnerabilidad emocional física.* Se refiere a adoptar hábitos que fortalecen la estabilidad emocional relacionados con la alimentación, uso de sustancias y actividad física y como las emociones dolorosas y el dolor físico alteran el ciclo de sueño y la alimentación.
- *Reducción de la vulnerabilidad emocional cognitiva.* Se relaciona con los pensamientos desencadenantes que provocan sufrimiento perturbando el bienestar emocional.
- *Gestión de emociones intensas.* Tiene como finalidad instruir en habilidades para el manejo de emociones como cambio de pensamiento, respiración profunda, construcción de experiencias positivas y acciones opuestas.
- *Ser consciente de las propias emociones sin juzgar.* Se centra en la toma de conciencia emociones sin emitir juicios de valor sobre la persona y los demás disminuyendo la probabilidad de las emociones se conviertan en arrolladoras.
- *Exposición de emociones.* Se caracteriza por enfrentar las emociones a cambio de evitarlas y exponer repetidamente la emoción hasta que la intensidad disminuya, aceptando que la emoción es parte de la experiencia humana.
- *Hacer lo contrario de tus impulsos emocionales.* Identificar que cada emoción tiene una acción impulsiva y mediante la acción inversa se cambiarán las reacciones

emocionales impulsivas, disminuyendo la intensidad de las emociones arrolladoras.

- *Solucionar problemas.* Se encarga de evitar, cambiar o resolver un evento traumático antes que empiecen las emociones arrolladoras.

En síntesis, el módulo de regulación emocional se centra en la aceptación de las emociones, para evitar reacciones impulsivas y mejorar la toma de decisiones, de tal modo que la persona pueda vivir de manera satisfactoria (Elices y Cordero, 2011). A continuación, se describen las sesiones de aplicación del módulo de regulación emocional (ver Tabla 1).

Tabla 1

Protocolo de aplicación del módulo de regulación emocional de la Terapia Dialéctica Conductual

Sesión	Objetivo	Técnica o método	Recursos	Competencias
1	Entender y nombrar Las emociones	Psicoeducación	Folleto 3	Identificación de emociones.
2	Entender y nombrar Las emociones	Psicoeducación: creencias erróneas	Folleto 4	Identificar lo que las emociones hacen en ti.
3	Entender y nombrar las emociones	Formas de describir las emociones	Folleto 6	Identificar lo que las emociones hacen en ti.
4	Disminuir la frecuencia de las emociones indeseadas	Revisar los hechos	Folleto 8-8A	Identificar los factores que desencadenan las emociones indeseadas y comprender la función de las emociones en la experiencia personal.
5	Disminuir la frecuencia de las emociones indeseadas	Acción opuesta	Folleto 9-10	Identificar emociones problemáticas y responder a conductas contrarias.
6	Disminuir la frecuencia de las emociones indeseadas	Solución de problemas	Folleto 12	Aprender estrategias efectivas para abordar situaciones que generan emociones negativas recurrentes.
7	Reducir la vulnerabilidad emocional	Habilidades ABC, GRACIAS	Folleto 14	Mantener hábitos saludables como la alimentación, sueño y ejercicio.
8	Reducir la vulnerabilidad emocional	Acumula emociones positivas	Folleto 15-17	Permanecer mindful a eventos placenteros y no multitareas.
9	Reducir la vulnerabilidad emocional	Lista de valores	Folleto 18	Identificar y reconocer estrategias.
10	Incrementar las emociones positivas	Registro de actividades placenteras	Folleto 16	Identificar y reconocer estrategias.
11	Manejo de emociones realmente difíciles	Lista de pensamientos de afrontamiento	Folleto 21	Incremento de resiliencia
12	Manejo de emociones realmente difíciles	Revisión de habilidades desarrolladas	Folleto 25	Incremento de resiliencia

Nota. Linehan (2015).
Realizado por: Cecilia Araguillín.

Cuestionario de regulación emocional (ERQ; Gross y Oliver, 2003)

Este instrumento está dirigido a evaluar un conjunto de estrategias que fomentan la RE en adolescentes, jóvenes y adultos. Se compone de 10 afirmaciones cuyo contenido está dirigido a medir el manejo de las emociones, categorizadas en dos grupos: Reevaluación cognitiva (ítems 1, 3, 5, 7, 8 y 10) y Supresión expresiva (ítems 2, 4, 6 y 9). Esta herramienta emplea una escala Likert, que va del 1 al 7, donde una mayor puntuación se interpreta como mayor presencia del constructo medido. El tiempo requerido para su aplicación es de tres a cinco minutos. Este instrumento se adaptó a una población española, obteniendo un alfa de Cronbach de .7 (Pérez et al., 2020).

Escala de dificultades de regulación emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004)

Este instrumento, de aplicación individual y colectiva, evalúa las dificultades de RE, como el rechazo emocional (10, 11, 16, 17, 18, 22 y 21), el descontrol emocional (3, 13, 15, 20, 23 y 25), la interferencia emocional (12, 14, 19 y 24), la desatención emocional (1,2,6,7 y 9) y la confusión emocional (4, 5 y 8). Está conformada por 25 afirmaciones, divididas en los cinco factores mencionados, con sus correspondientes ítems. Una escala de Likert de 0 a 5 permite obtener puntuaciones por cada factor, donde a menor puntuación le corresponde una interpretación de menor dificultad en cada uno de ellos. Su administración requiere unos 20 minutos. El instrumento, adaptado a población chilena, presentó un alfa de Cronbach de .71 (Guzmán et al., 2020).

3.3.3. Organización del trabajo de campo

El trabajo de campo inició una vez se aceptaron los permisos necesarios por parte del centro de apoyo geriátrico, que incluye organización de los aspectos logísticos para el desarrollo de la entrevista y la evaluación. Luego, se procedió a la socialización del estudio

a los potenciales participantes (grupos control y experimental), verificación de los criterios de inclusión y suscripción del consentimiento informado. El protocolo de evaluación pre y post intervención se aplicó a la muestra de estudio de modo grupal, cuya duración fue de aproximadamente 60 minutos por sesión. La aplicación de la DBT se ejecutó con base en 12 sesiones, orientadas a entender y nombrar las emociones, disminuir la frecuencia de emociones indeseadas, reducir la vulnerabilidad emocional y manejar las emociones. El trabajo de campo, que tuvo tres meses de duración, estuvo a cargo de un equipo de dos psicólogos expertos en investigación, liderados por un experto en DBT. Por último, se realizaron las evaluaciones post intervención de los grupos control y experimental.

3.3.4. Protocolo del módulo de regulación emocional de la DBT

El protocolo de evaluación ejecutado en la población AM, estuvo conformado por 6 fases, que se detallan brevemente.

Fase 1: Disposición de los grupos control y experimental

Antes de iniciar el estudio, se realizó el primer encuentro con el grupo control y experimental, a quienes se expusieron los objetivos de la investigación para cada grupo. En el caso del grupo control, se mencionó la participación en dos momentos de la investigación, evitando proporcionarles información específica que pudiera generar sesgos en el proceso de evaluación. Para el grupo experimental, en cambio, se especificaron las directrices teóricas, técnicas y terapéuticas de la DBT, los requerimientos de participación, el tiempo y compromiso para el debido proceso del estudio, y la importancia de evaluar la manera de percibir sus emociones y cómo actúan ante un evento estresor o agradable, para evitar sesgos o interpretaciones inadecuadas al momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Fase 2: Recogida de información

A los grupos de estudio se les aplicó la entrevista sociodemográfica, para obtener

datos básicos (edad, sexo, estado civil, estrato socioeconómico y convivencia). Además, se realizó una

breve anamnesis personal para detectar comorbilidades, enfermedades preexistentes y redes de apoyo; y se evaluó la reserva cognitiva actual, con base en preguntas específicas relacionadas con los dominios siguientes: 1) Apariencia, 2) Conciencia, 3) Atención, 4) Lenguaje, 5) Orientación, 6)

Memoria, 7) Inteligencia, 8) Pensamiento, 9) Sensopercepción, 10) Afectividad, y 11) Motricidad. La puntuación en cada dominio osciló entre 0 a 10, donde una mayor puntuación se interpreta como mayor presencia de constructo o dominio, lo cual permitió reconocer a la persona que es apta para el protocolo de investigación, corroborando, de este modo, los criterios de inclusión.

Fase 3: Evaluación antes de la aplicación del programa

Se procedió a la administración a los grupos control y experimental de los instrumentos psicológicos referidos (ERQ y DERS), destinados a medir las habilidades y dificultades en la RE, respectivamente. Además, la aplicación se realizó de manera individual, con un tiempo aproximado de 30 minutos, en un ambiente tranquilo, libre de contaminación auditiva y visual.

Fase 4: Aplicación del módulo de regulación emocional de la DBT

Antes y después de cada sesión se realizan actividades para crear confianza, lo cual permite mejorar el manejo del grupo y la participación en la siguiente sesión. En esta fase se desarrolló el protocolo del módulo de RE, de la DBT, tal como figura en el manual de entrenamiento en habilidades DBT (Linehan, 2015). Este protocolo se divide en doce sesiones, de 60 minutos de duración cada una, centradas en entender y nombrar las emociones, disminuir la frecuencia de las emociones indeseadas y disminuir el sufrimiento emocional. En estas capacitaciones se usaron las hojas de trabajo propuestas en el manual,

haciendo uso de papelotes, para abordar los temas siguientes. Las habilidades que se trabajan en el módulo de RE, en las diferentes sesiones, se abordaron en el subapartado 3.3.2. *Medidas e instrumentos.*

Fase 5: Evaluación después de la aplicación del programa

Una vez finalizado el protocolo, se administró a los grupos control y experimental los instrumentos psicológicos (ERQ y DERS), a modo de retest, cuyos resultados permitirán evidenciar el impacto de la DBT en la RE de los AM que pertenecen al grupo experimental. Las valoraciones se realizaron con el mismo sigilo que en la fase 3, para así evitar sesgos o interpretaciones inadecuadas al momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Fase 6: Análisis de resultados

Finalmente, se sistematizaron los resultados obtenidos en cada grupo, para su posterior análisis e interpretación. Cada uno de estos datos es analizado a profundidad en el capítulo 4.

3.3.5. Análisis de datos

Para procesar los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS.22 para Windows (IBM, 2022). Una vez comprobada la normalidad de la distribución de la muestra, mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($p > 0.05$), se emplearon estadísticos descriptivos, la *rho* de Spearman, la *t* de Student y la *d* de Cohen, con valores de significancia de $p < .05$ y $p < .001$.

3.4. Consideraciones bioéticas

El ente regulador de la práctica de los profesionales e instituciones adscritas al área de la salud es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Guano y Costales, 2021). Ante esta realidad, los colegios y sociedades de profesionales de la salud mental basan sus normas, valores y principios mediante un código de ética en los que destacan el respeto a

las personas, la beneficencia, no maleficencia y la justicia. Con base en estas consideraciones, se cumplieron los requisitos propuestos por el área de posgrado de la Universidad Técnica del Norte, entre los que se encuentra la aprobación del tema de estudio por parte del Comité científico de la institución. Posteriormente, se tomó contacto con el centro geriátrico colaborador, para gestionar los permisos y organizar el trabajo de campo. Es de importancia informar a los participantes de los aspectos relevantes del proyecto como los beneficios de la educación emocional en los AM, así como la libertad de desertar en cualquier momento de la participación en el mismo. Bajo esta premisa los participantes deberán firmar el consentimiento informado previo a la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Los grupos se encuentran igualados en edad y sexo. Además, la mayoría del grupo control está casado, vive con familiares y pertenece en su totalidad al estrato socioeconómico (ESE) medio, mientras que una elevada proporción de participantes del grupo experimental no está casado o comprometido y vive con familiares, si bien en términos de ESE, los porcentajes se dividen en partes iguales entre ESE medio y ESE alto (ver Tabla 2).

Tabla 2

Descriptivos sociodemográficos de las muestras de estudio

Variable	Grupo control <i>n</i> = 10	Grupo experimental <i>n</i> = 10
	<i>M</i> (<i>DT</i>) o <i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>DT</i>) o <i>n</i> (%)
Sexo		
Masculino	2 (20 %)	2 (20 %)
Femenino	8 (80 %)	8 (80 %)
Edad	74,30 (4,620)	71,10 (5,259)
Estado civil		
Soltero/Separado/Viudo	3 (30 %)	8 (80 %)
Casado	7 (70 %)	2 (20 %)
Estrato socioeconómico		
Medio	10 (100 %)	5 (50 %)
Alto	-	5 (50 %)
Convivencia		
Vive solo	1 (10 %)	3 (7 %)
Vive con familiares	9 (90 %)	7 (70 %)

Para el total de la muestra (grupo control y grupo experimental unidos), se encontró una correlación directa, moderada y significativa entre Edad y Supresión Expresiva, entre Supresión Expresiva y Descontrol Emocional, y entre Descontrol Emocional e Interferencia Emocional; y una correlación inversa, moderada y significativa entre Reserva cognitiva y Rechazo Emocional y entre Reevaluación Emocional y Rechazo Emocional.

Tabla 3

Matriz de correlaciones para el total de la muestra

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Edad	-	-	-	,426*	-	-	-	-	-
2. Reserva cognitiva	-	-	-	-	-,397*	-	-	-	-
3. ERQ Reevaluación Emocional	-	-	-	-	-,401*	-	-	-	-
4. ERQ Supresión Expresiva	,426*	-	-	-	-	,424*	-	-	-
5. DERS Rechazo Emocional	-	-,397*	-,401*	-	-	-	-	-	-
6. DERS Descontrol Emocional	-	-	-	,424*	-	-	,411*	-	-
7. DERS Interferencia Emocional	-	-	-	-	-	,411*	-	-	-
8. DERS Desorientación Emocional	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. DERS Confusión Emocional	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. DERS = Escala de dificultades de regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004).
* $p < .05$, ** $p < .001$

Tabla 4

Resultados en las medidas clínicas para los grupos control y experimental

Variable	GC1	GC2	GE1	GE2	p	D
	n = 10	n = 10	n = 10	n = 10		
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Reserva cognitiva	9,50 (1,080)		9,80 (1,033)		-	-
ERQ Reevaluación Emocional			14,80 (3,225)	19,20 (2,486)	,000	,61
ERQ Supresión Expresiva			9,20 (2,700)	19,70 (4,715)	,001	,81
DERS Rechazo Emocional			32,60 (1,265)	26,40 (3,062)	,000	-,80
DERS Descontrol Emocional			26 (4,082)	21,90 (1,853)	,031	-,54
DERS Descontrol Emocional	27,20 (2,348)	27,80 (2,098)			,024	,13
DERS Interferencia Emocional			16,80 (2,394)	12,8 (1,398)	,002	-,71
DERS Desorientación Emocional			20,80 (1,398)	17,80 (1,549)	,000	-,71
DERS Confusión Emocional			12,40 (1,838)	8,80 (1,033)	,000	-,77

Nota. GC1 = Grupo control pre; GC2 = Grupo control post; GE1= Grupo experimental pre; GE2 = Grupo

experimental post; DERS = Escala de dificultades de regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004); Cuestionario de regulación emocional (ERQ, Gross y Oliver, 2003).

Los análisis de diferencias de medias arrojaron como resultado igualdad entre los grupos, antes de la intervención, para Reserva cognitiva; diferencias significativas entre grupo control antes y después de la intervención únicamente para Descontrol Emocional; y diferencias significativas, con un tamaño de efecto entre moderado y grande para todas las variables de estudio del ERQ y del DERS.

4.2. Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar la eficacia del módulo de RE, de la DBT, para incrementar la RE en adultos mayores ecuatorianos. Como hipótesis se plantea que después de la aplicación del módulo de RE, de la DBT, el grupo experimental mostrará mejora estadísticamente significativa en el incremento de la RE respecto al grupo control, establecida mediante la comparación de medidas de RE aplicadas pre y post intervención. Los resultados parecen confirmar ampliamente la hipótesis propuesta, ya que el grupo experimental revela una mejora significativa, con tamaños de efecto grande, en las variables de estudio, respecto al grupo control. A continuación, se discuten los resultados por tipo de análisis.

Correlaciones entre las variables de estudio

El análisis de correlaciones entre las variables de estudio arroja resultados relevantes. La correlación entre Edad y Supresión Expresiva sugiere que a medida que pasa el tiempo las habilidades para inhibir las emociones disminuye, posiblemente debido a la dificultad para gestionar las emociones, aunque Edad no parece tener relación con Reserva Cognitiva, según el valor de correlación obtenido. Algunos autores detectaron, en una muestra de universitarios peruanos, que a mayor edad mayor frecuencia de Supresión Expresiva (Kateri et al., 2012).

La supresión, al ser una estrategia de RE que se desarrolla a través de los años, se enfoca en inhibir la expresión de la respuesta emocional y se centra en modificar el aspecto

comportamental, no modifica la emoción. Sin embargo, Rechazo Emocional, entendido como la dificultad para aceptar las emociones negativas sí correlaciona de manera significativa e inversa con Reserva Cognitiva. Esto se puede explicar porque la inhibición emocional es una habilidad, mientras que el rechazo emocional depende una estrategia. Por esta razón, se podría entender que el paso del tiempo repercute negativamente en la reserva cognitiva (afectación del razonamiento, la atención y la memoria) y la capacidad para aceptar las emociones derivadas de la experiencia (Mogollón, 2014). Otro dato importante que deriva del análisis de correlaciones es que a mayor Rechazo Emocional menor Reevaluación Emocional. Esta relación es técnicamente correcta, porque la dificultad para aceptar las emociones negativas es inversamente proporcional a la reevaluación emocional, dado que se trata de una habilidad de la RE, que se centra en modificar la emoción fomentando las relaciones positivas con otros (Advíncula, 2018). Por otra parte, no llama la atención que a mayor Descontrol Emocional le corresponda menos Supresión Expresiva, que implica aumento de impulsividad y disminución de la estrategia de Supresión Expresiva, al modificar el comportamiento, pero no la emoción. Resultados similares se han referido en un estudio previo, donde Descontrol Emocional mostró el efecto modulador del malestar psicológico (Mateo et al., 2014). Finalmente, los datos sugieren que a mayor Interferencia Emocional mayor Descontrol Emocional, lo que significa que hay presencia de problemas de RE, caracterizados por el aumento proporcional de la impulsividad y la dificultad de utilizar estrategias emocionales apropiadas ante las demandas o problemas de la vida diaria (Mateo et al., 2014).

Eficacia del módulo de regulación emocional de la Terapia Dialéctica Conductual

Los participantes de ambos grupos comparten el mismo nivel de Reserva Cognitiva, condición que da solidez a los resultados, considerando que se trata, por lo tanto, de una muestra de AM más saludable. En este sentido, un estudio realizado con 234 AM

españoles, de edades comprendidas entre los 65 y 73 años, quienes se sometieron a un programa de estimulación cognitiva y motricidad, reportan mejores resultados, atribuidos a su estado de salud general y a su implicación en las actividades terapéuticas (Fabre et al., 2002). Estos resultados sugieren que es necesario, en futuras investigaciones, poner a prueba la eficacia de la DBT en grupos de AM menos autónomos y sanos en las dimensiones física y mental.

Se identificaron también diferencias significativas en el grupo experimental antes y después de la intervención, en todas las variables de estudio, con tamaños de efecto de moderados a grandes. Esto sugiere la eficacia de la intervención con el módulo de RE de la DBT, en los límites que un estudio cuasiexperimental permite interpretar los resultados. Estos hallazgos permiten vislumbrar un panorama alentador respecto a la generalización de la aplicación de esta técnica en AM, con distintos propósitos. Respecto al grupo control, se identificaron diferencias significativas entre las evaluaciones pre y post para la variable Descontrol Emocional (impulsividad). Esta variable, medida por el DERS (Gratz y Roemer, 2004), se refiere a la dificultad para controlar los impulsos y regular el comportamiento ante situaciones negativas. Este resultado, contraproducente a priori, se podría explicar por diferentes acontecimientos o experiencias cotidianas que generan malestar, incertidumbre e inseguridad en los AM. En este sentido, un estudio llevado a cabo con una muestra de 234 jóvenes adultos argentinos, en quienes el descontrol emocional o la impulsividad tiene una estrecha relación con la valoración cognitiva negativa de sí mismos y del entorno (Rilova y Rovella, 2013). Resultados similares (correlación ansiedad y descontrol emocional) se reportaron en una muestra de 143 individuos peruanos, quienes evidenciaron problemas para mantener el control del comportamiento (Rodríguez, 2021).

Significancia clínica

En términos generales, de los resultados del presente estudio se puede inferir un

incremento en el desarrollo de habilidades de reevaluación emocional y de supresión emocional, medido por el ERQ-Reevaluación Emocional, en el grupo experimental. Estos cambios conllevan el desarrollo de habilidades enfocadas en la modificación del proceso de surgimiento de la emoción, donde la persona suele experimentar emociones positivas y menos síntomas ansiosos, mostrando mejoras a nivel cognitivo (memoria) y en sus relaciones con otras personas. Estas habilidades se asocian con mayor bienestar psicológico, mejor manejo del estrés y relaciones interpersonales más saludables. La mejora en respuesta emocional, medida por el ERQ-Supresión Expresiva, implica mejor inhibición de la emoción negativa y, a la vez, aumento de irritabilidad, afectación en la memoria, disminución en la conexión social con el entorno y mayores niveles de estrés.

Referente a los resultados que arroja el DERS, que mide la desregulación emocional, mediante varios factores (rechazo, descontrol, interferencia, desorientación y confusión emocional), también sugieren un efecto importante del módulo de RE de la DBT en rechazo emocional. En este dominio, se obtuvo una disminución considerable en el grupo experimental, lo cual es coherente con la disminución de la dificultad para aceptar las emociones, debido a que se desarrollaron las estrategias de RE. Para DERS-Descontrol Emocional, los resultados revelan un decremento gradual en la impulsividad, mientras que en DERS-Interferencia Emocional se observa la presencia de reducción en la incapacidad para desfocalizar la atención de las emociones negativas, o, en otros términos, mejora en el direccionamiento del comportamiento hacia objetivos particulares o metas. Además, en DERS-Desorientación Emocional se presenta una disminución en la incapacidad para atender y darse cuenta a los estados emocionales experimentados, es decir, existe mayor conciencia en la identificación de los estados emocionales. Finalmente, en DERS-Confusión Emocional, el decremento de esta dificultad se asocia con mayor claridad y comprensión con las emociones.

Aplicaciones e implicaciones

Los resultados del presente estudio aportan evidencia sobre la eficacia del módulo de RE de la DBT para mejorar la RE en AM, si bien su generalización y solidez requieren contrastación de la eficacia de esta técnica en estudios similares, pero de mayor complejidad metodológica. No obstante, no queda duda alguna de la relevancia de los resultados, en términos de introducir o sugerir que el módulo de RE de la DBT puede emplearse en intervenciones psicológicas con distintas poblaciones, en particular con AM. La consolidación del uso de esta técnica significaría un beneficio para el cuerpo técnico de la Psicología, en promoción, prevención e intervención en la salud mental de distintas poblaciones, así como una aportación importante al Sistema Nacional de Salud y a la sociedad ecuatoriana.

Conclusiones

Los resultados de la presente investigación sugieren que la DBT, en especial el módulo de RE puede ser eficaz en el abordaje de la desregulación emocional en AM. Futuros estudios deberán acometer diseños clínicos más complejos, en términos metodológicos, con el fin de obtener datos consistentes y concluyentes sobre la eficacia de los cuatro módulos de la DBT (conciencia plena, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar, y regulación emocional) para abordar distintas psicopatologías en grupos de adultos mayores de distinta edad, autonomía, estado de salud física y mental y ESE. Esto permitirá tener una amplia visión del potencial de la DBT para mejorar la calidad de vida y promover el envejecimiento saludable en diversos entornos. De esta manera, el módulo de la RE de la DBT podría desempeñar un papel transformador no solo en la RE, sino también en la prevención de trastornos mentales y el fortalecimiento de redes de apoyo social en esta población vulnerable.

Recomendaciones

La presente investigación permite obtener información valiosa respecto al análisis clínico y estadístico de la aplicación del módulo de RE de la DBT en el desarrollo de habilidades de RE en AM. Por esta razón, se sugiere realizar investigaciones que permitan conocer la relación entre la RE y las redes de apoyo, debido a su potencial incidencia en la RE y la adaptación del AM a distintas realidades que pueden incidir negativamente en su salud mental. Estos estudios deberían poner a prueba la eficacia de los cuatro módulos que componen la DBT.

Referencias

- Abdi, S., Span, A., Barilovic, J., Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs on older people: a scoping review and categorization using the WHO international classification of functioning, disability, and health framework. *BMC Geriatric*, *19*(1), 68-79. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>.
- Arteaga de Luna, S., Ferreira, O., Hermosillo, A., Vargas, M. y González, F. (2023). Adaptación, validación y propiedades psicométricas de la DBT -WCCL-DSS en población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, *70*(4), 176-185. doi.org/10.21865/RIDEP70.4.13.
- Barrios, I, Anido, V. y Morera, M. (2016). Declaración de Helsinki. *Revista Cubana de Salud Pública*, *42*(1), 132-142. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2016.v42n1/o14/es>.
- Boggiano, J. y Gagliesi, P. (2020). *Terapia Dialéctica Conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Editorial Universidad de la Plata.
- Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores. *Revista hacia la promoción de la salud*, *12*(1), 12-21. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci_arttext.
- Campoverde, E. (2023). En Ecuador el 65% de adultos mayores sufre depresión. *Revista la República*. <https://www.larepublica.ec/>
- Cardona, J., Giraldo, E. y Maya, M. (2016). Factores asociados con la calidad de vida

relacionado con la salud de adultos mayores. *Revista de medicina de la ciudad de Santander*, 29(19), 1-11.

<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5484/5701>.

Chávez, B. (2023). *Ideación suicida y regulación emocional*. Tesis de maestría.

Facultad de ciencias de la salud, Universidad César Vallejo, Perú.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/130797/Chavez_ABO-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Chirico, A., Nisiota, N., & Gaglioli, A. (2021). Positive emotion dispositions and emotion

regulation in the Italian population. *PloS One*, 16(3): 1-19. doi.org/10.1371/journal.pone.0245545.

Christopher, G., & Facal, D. (2023). Emotion regulation and mental health in older adults, *Psychology and aging*, 14, 11-18.

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1173314/full>.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1999). *Encuentro*

Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad: seminario técnico. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/0c66f3b2-2984-4909-9aae-5daa315b83f7/content->.

Constitución de la República del Ecuador (2008). Última reforma.

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2017/DIJU/octubre/LA2_OCT_DIJU_Constitucion.pdf.

- Costa, A., Cámara, G., Arriaga, M., Nogueira, P., & Pereira, J. (2021). Active and healthy aging after COVID-19 pandemic Portugal and other European countries: time to rethink strategies and foster action. *Frontiers in public health*, 2(9), 1-5. doi.org/10.3389/fpubh.2021.700279.
- De La Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia Dialéctica Conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-55. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030771005.pdf>.
- Duan, Y., Peiris, D., Yang, M., Wei, L. Baker, J. & Shang, V. et al. (2021). Lifestyle behaviors and quality of life among older adults after the first wave of ten COVID pandemic in Hubei China. *Frontiers in public health*, 10(9), 1-11. doi.org/10.3389/fpubh.2021.744514.
- Elices, M. y Cordero, S. (2011). Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(3), 132-15. <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847405006.pdf>.
- Fabre, C., Chamari, K., Mucci, P., Massé Biron, J. y Prefaud, C. (2002). Mejora de la función cognitiva mediante entrenamiento mental y/o aeróbico individualizado en sujetos mayores sanos. *Medicina deportiva internacional*, 23(4), 15-21. doi: 10.1055/s-2002-33735.
- Fassbinder, E., Shweiger, U., Martius, D., Brand, O. & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in Schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers and psychology*, 7: 1-19. doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373.
- Fernández, P. y Cabello, R. (2021). Inteligencia emocional como fundamento de la educación emocional. *Revista Internacional de educación emocional y bienestar*, 1(1), 31-46.

https://ri.iberomx/bitstream/handle/iberomx/6043/RiEEB_01_01_31.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Fisher, M., Teng, J., Gebadeyan, O. & Prakash, R. (2023). Using connectome-based models of working memory to predict emotion regulation in older adults. *Social cognitive and affective neuroscience*, 18(1): 1-11. doi.org/10.1093/scan/nsad036.

Frías-Luque, M. & Toledano-González. (2022). Determinants of quality of life and well-being in cognitively unimpaired older adults: a systematic review. *Life and Environment*, 10: 1-24. doi.org/10.7717/peerj.12900.

García, A. y Camus, A (2021). Eficacia de un programa de intervención basado en Terapia Dialéctica Conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *MLS psychology research*, 4(2), 1-22. <https://mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/704/1293>.

García, L. y Niño, S. (2023). La regulación emocional en docentes de educación en formación. *Pensamiento educativo*, 70(3), 10-15. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-04092023000300101&script=sci_arttext.

Ghandehari, O., Gallant, N., Hadjistavropoulos, T., Williams, J., & Clark, D. (2020). The relationship between the pain experience and emotion regulation in older adults. *Pain Medicine*, 21(12): 3366-3376. doi.org/10.1093/pm/pnaa135.

Gómez, O. y Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de investigación en psicología*, 8(1), 96-117. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>.

Góngora, V. y Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: estudio comparativo entre valores, autoestima e inteligencia emocional. *Revista*

interdisciplinaria, 26(2), 26-29. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s1668-70272009000200002&script=sci_arttext.

Gross, J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Ed.) (*Handbook of personality: Theory and research*, 2nd ed., 525-552. <https://psycnet.apa.org/record/1999-04371-021>.

Guanoluisa, G. y Panamá, H. (2024). Epidemiología en pacientes geriátricos. *Revista Conecta libertad*, 8(3), 39-46. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/402/582>

Guano, L. y Costales, A. (2021). Regulación deontológica del ejercicio profesional de los psicoterapeutas y psicólogos consultantes del Ecuador. *Profundidad psicológica*, 5(2), 12-20. [Researchgate.net/profile/Anna-Costales-Zavgorodniaya/publication/354866116_Regulacion_Deontologica_del_Ejercicio_Profesional_de_los_Psicoterapeutas_y_Psicologos_Consultantes_del_Ecuador/links/6151e3b3d2ebba7be7521a5a/Regulacion-Deontologica-del-Ejercicio-Profesional-de-los-Psicoterapeutas-y-Psicologos-Consultantes-del-Ecuador.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Anna-Costales-Zavgorodniaya/publication/354866116_Regulacion_Deontologica_del_Ejercicio_Profesional_de_los_Psicoterapeutas_y_Psicologos_Consultantes_del_Ecuador/links/6151e3b3d2ebba7be7521a5a/Regulacion-Deontologica-del-Ejercicio-Profesional-de-los-Psicoterapeutas-y-Psicologos-Consultantes-del-Ecuador.pdf).

Guillen, J., Tapia, M. y Lacomba, L. (2021). Factores de riesgo y protección del envejecimiento activo. *Kronos. Journal Online education*, 116(8), 195-204. [center/api-oas/v1/articles/sa-960edacae1bfd/export-pdf/factores-de-riesgo-y-proteccion-del-envejecimiento-activo-revision-sistemica-2869](https://www.ojs.uca.es/center/api-oas/v1/articles/sa-960edacae1bfd/export-pdf/factores-de-riesgo-y-proteccion-del-envejecimiento-activo-revision-sistemica-2869).

Guzmán, M., Mendoza, R., Garrido, L., Barrientos, J. y Arzúa, A. (2020). Escala de Regulación emocional DERS-E en población adulta chilena. *Revista médica chilena*, 32(1), 19-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78530014002>.

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional. *Behavioral psychology*,

http://webprueba2.quned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologia_de_la_regulacion_emocional_el_papel_de_los_deficit_emocionales.pdf.

Hervás, G. y Moral, G. (2017). *Regulación emocional en área clínica. Formación continua a distancia, 1 ed.* FOCAD. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023). *Mas de 2.700 personas son centenarias en Ecuador.* <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/mas-de-2-700-personas-son-centenarias-en-ecuador-segun-el-censo/>.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2024). *Envejecimiento poblacional.* [ecuadorencifras.gob.ec/institucional/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/)

Junkes, L., Bruno, G., Apolinario, J. y Nardí, A. (2024). Terapia dialéctica conductual como intervención para la depresión resistente para el tratamiento en adultos. *Journal PLOS*, 22(14), 135-150. file:///C:/Users/pc_ex/Downloads/journal.pone.0303967.pdf.

Kateri, M., James, J., Weber, J., Roberson, E., Sokol, P., Ray, R., Gabrieli, J. & Ochner, K. (2012). Desarrollo de la regulación de las emociones: reevaluación cognitiva en niños, adolescentes y adultos. *Sociología cognitiva y afecto*, 7(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22228751>.

Linehan, M. (2015). *Entrenamiento en habilidades DBT* (2da Ed.). Universidad Nacional de la Plata. <https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2023/09/Manual-2023-enumerado-.pdf>.

Manzini, J. (2000). Declaración de Helsinki, principios. *Acta Bioethica*, 6(2), 28-56.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2000000200010&script=sci_arttext.

Mejía, A., García, M. y Beltrán, V. (2024). Mindfulness y su uso en adultos mayores.

Revista internacional de enfermería basada en la evidencia, 21(1), 5-13.
<https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e14901>.

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2021). *Misión mis mejores años:*

Incremento de cobertura y calidad de los servicios de la misión mis mejores años en Ecuador.

https://servicios.inclusion.gob.ec/Lotaip_Mies/phocadownload/02_feb_2022/k_Planes%20y%20programas%20en%20ejecucion/PROYECTO%20Incremento%20de%20cobertura%20y%20calidad%20de%20los%20servicios%20Mision%20Mis%20Mejores%20A%C3%B1os.pdf.

Miyamura, K., Silva, J. y Assis, A., Fuentes, W., Campos, R. y Partezania, R. (2019).

Síndrome de fragilidad y deterioro en los adultos mayores. *Revista latinoamericana Enfermagem*, 27(5), 81-112. doi.org/10.1590/1518-8345.3189.3202.

Mogollón, E. (2014). Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Revista electrónica*

EDUCARE, 18(2), 42-67.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-42582014000200001.

Moreno, M., Contreras, E., Martínez, N., Araya, P., Livacic, P., Vera, P. (2006).

Evaluación de un efecto de intervención cognitivo conductual sobre los niveles de presión arterial. *Revista médica de Chile*, 134(4), 34-98.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000400005&script=sci_arttext&tlng=en

Orozco, M. (2022). Inteligencia emocional, empatía y buen trato como factores protectores frente a la agresión física en adolescentes. *CES Psicología*, 14(2), 75-92.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-30802021000200001&script=sci_arttext.

Pachana, N. (2023). Innovative approaches to improving mental health and well-being in older people. *International Psychogeriatrics*, 35(3): 117-118. doi.org/10.1017/s1041610223000194.

Pérez, J., Delgado, A. y Prieto, G. (2020). Propiedades psicométricas de las puntuaciones de los test más empleados en la evaluación de la regulación emocional. *Revista Papeles del psicólogo*, 41(2), 115-127. <https://www.redalyc.org/journal/778/77865485005/77865485005.pdf>.

Red Latinoamericana de Gerontología (2011). *En el Ecuador hay 1229, 089 adultos mayores, 28% se sienten desamparado.*

<https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2205#:~:text=Las%20enfermedades%20m%C3%A1s%20comunes%20en,educaci%C3%B3n%20e%20el%20nivel%20primario>.

Revilla, J., Vargas, L., Rojas, A., Quintana, E. y Sotelo, F. (2021). Habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, 59(4), 67-98.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272021000400379&script=sci_arttext&tlng=pt.

Reyes, M., Zapata, J., Gil, M., Ramírez, C., & León, S. (2023). Utilidad de la Terapia dialéctica conductual abreviada para dificultades de regulación emocional en estudiantes mexicanos: Casos clínicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 28(1): 67-81. doi.org/10.5944/rppc.33704.

Robledo, C. y Duque, C. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas entorno al envejecimiento y la vejez. *Revista CES Derecho*, 13(2), 132-160. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s2145-77192022000200132&script=sci_arttext

Rodríguez, M. (2021). *Apego adulto y regulación emocional en universitarios*. Universidad Católica del Perú. hdl.handle.net/20.500.12404/19565.

Ruilova, M. y Rovella, A. (2013). *Insatisfacción de la imagen corporal y su relación con la regulación emocional*. V Congreso internacional de investigación y práctica profesional. Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-054/306.pdf>

Sánchez, S. (2019). Tratamiento del trastorno límite de la personalidad desde la DBT.

Tesis de Grado. Universidad de Palermo.

<http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2029/S%C3%A1nchez%20Silvina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Santana, M., De Luna, L. y Santoyo, F. (2023). Intervenciones psicológicas para la intervención del suicidio DBT. *Psicología conductual*, 18(1), 34-98.

file:///C:/Users/pc_ex/Downloads/DE+LUNA.pdf.

Soler, J., Elices, M. y Carmona, C. (2016). Terapia dialéctica conductual: aplicaciones clónicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de la conducta*, 42(165), 35-49. file:///C:/Users/pc_ex/Downloads/2793-Texto%20del%20art%C3%ADculo-8524-1-10-20160526.pdf.

Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(3), 25-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7984164/>

Valle, D., Mercado, E., Silva, L. y Aranda, L. (2019). Competencias sociales y personales en el envejecimiento. *Salud y ciclo vital*, 15(6) 25 3-263. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/3814/TFM-G196.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33(2), 19 9-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.

Vega, I. y Quintero, S. (2021). Terapia dialectico conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Revista acción psicológica*, 10(1), 45-56. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005.

Ward-Ciesielski, E., Jones, C., Noland, M. y Wilks, C. (2016). Entrenamiento en

habilidad de terapia dialéctica conductual de sesión única versus
entrenamiento de relajación para
adultos. *Psicología BMC*, 4(1), 20
1-232. https://www.researchgate.net/publication/299401522_Single-