



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

“ENTRENAMIENTO BASADO EN LA TERAPIA DIALÉCTICA
CONDUCTUAL PARA MEJORAR LAS HABILIDADES SOCIALES EN
ADULTOS MAYORES DEL GRUPO "SALUD Y VIDA" DE IBARRA”

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología
Clínica con mención Psicoterapia

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTOR:

Kevin Mauricio Aldaz Ruano

DIRECTOR:

Msc. Alexandra Yakeline Meneses Meneses

Ibarra – Ecuador 2025

Dedicatoria

Dedico esta investigación a mis seres amados, pilares y las luces en el camino de mi vida. A mi madre Gladys, cuyo esfuerzo incansable y amor inquebrantable han sido el cimiento sobre el cual me sostengo; a mi abuela, mi querida mamita María, cuya sabiduría y ternura me han guiado con la luz serena de la experiencia; a mis hermanos Richard y Emily, que con su presencia han tejido la fuerza que me anima en cada paso.

A mi pareja Victoria, inspiración constante, que con su energía ha sabido recordarme la grandeza de los sueños compartidos y la belleza de creer en lo posible. Y a los valientes adultos mayores del grupo Salud y Vida que, con la nobleza de abrir su mundo interior a la ciencia, me han brindado la oportunidad de aprender de su historia, de su coraje y de su profunda humanidad.

A todos ustedes, dedico estas páginas, con la gratitud más profunda y con la certeza de que esta obra es también fruto de su amor, de su confianza y de su ejemplo.

Agradecimiento

Agradezco profundamente a la vida, por regalarme la experiencia de crecer, aprender y descubrir la belleza en cada instante. Agradezco a la música, compañera silenciosa que ha acompañado mis días y ha dado voz a emociones que las palabras no alcanzan a expresar.

Agradezco al coraje que habita en mí y en quienes me rodean, por la fuerza de seguir adelante aun frente a las adversidades, por la valentía de transformar el miedo en impulso, y la dificultad en enseñanza. Agradezco a todos aquellos que con su presencia, apoyo y confianza han iluminado mis pasos.

Que este reconocimiento se convierta en un recordatorio constante de gratitud, amor y compromiso con la vida y la sociedad que más lo necesite.

CERTIFICACIÓN DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CURRICULAR

Ibarra, 06 de octubre del 2025

Msc. Alexandra Yakeline Meneses Meneses

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular con el tema "Entrenamiento Basado en la Terapia Dialéctica Conductual para mejorar las Habilidades Sociales en Adultos Mayores del grupo "Salud y Vida" De Ibarra", que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte. En consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

(f).....

Msc. Alexandra Yakeline Meneses Meneses

CI. 1715155147

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

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:	DE	1003775010	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	ALDAZ RUANO KEVIN MAURICIO	
DIRECCIÓN:		MALDONADO 10-76 Y VELASCO	
EMAIL:		kmaldazr@utn.edu.ec	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0980229658

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	ENTRENAMIENTO BASADO EN LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA MEJORAR LAS HABILIDADES SOCIALES EN ADULTOS MAYORES DEL GRUPO "SALUD Y VIDA" DE IBARRA
AUTOR (ES):	KEVIN MAURICIO ALDAZ RUANO
FECHA: DD/MM/AAAA	07/10/2025
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
TUTOR /ASESOR:	Msc. Alexandra Yakeline Meneses Meneses / Msc. Anabela Salomé Galárraga Andrade

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 07 días del mes de octubre de 2025.

EL AUTOR:

(Firma).....
Nombre: Kevin Mauricio Aldaz Ruano

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	II
Agradecimiento	III
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
Keywords: Social skills, communication, older adults, Dialectical Behavior Therapy.....	2
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.2. Antecedentes	6
1.3. Objetivos de la Investigación.....	9
1.3.1. Objetivo General	9
1.3.2. Objetivos Específicos.....	9
1.4. Hipótesis de Investigación	10
1.5. Justificación	10
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL.....	12
2.1. Envejecimiento y Adulto Mayor.....	12
2.1.1. Cambios Neurocognitivos, Emocionales y Sociales en la Adulter Mayor	13
2.1.2. Factores de Protección en el Envejecimiento.....	15
2.1.3. Factores de Riesgo en el Envejecimiento.....	17
2.2. Habilidades Sociales	19
2.3. Terapia Dialéctico Conductual (DBT).....	21
2.3.1. Origen y Fundamentos Teóricos de la DBT	22
2.3.2. Terapia Dialéctico Conductual en Adultos Mayores.	24
2.4. Marco Legal.....	25
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008).....	25
2.4.2. Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores	25
2.4.3. Reglamento General de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores.....	26
2.4.4. Plan de Creación de Oportunidades 2021–2025	26
3.1. Descripción del Área de Estudio / Grupo de Estudio	28
3.2. Enfoque y Tipo de Investigación	28
3.3. Población y muestra.....	28
3.3.1. Criterios de Inclusión.	29
3.3.2. Criterios de Exclusión.....	29

3.4.	Procedimiento de investigación	30
3.5.	Técnicas e Instrumentos.....	32
3.5.1.	Ficha Sociodemográfica.....	32
3.5.2.	Escala de Habilidades Sociales (EHS).....	32
3.6.	Plan de Intervención Terapia Dialéctica Conductual.....	34
3.7.	Plan de análisis de datos.....	36
CAPÍTULO IV		37
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		37
4.1.	Características sociodemográficas	37
4.2.	Diagnóstico de Habilidades Sociales	37
4.3.	Comparación de resultados obtenidos en el pretest entre grupos.....	38
4.4.	Comparación de resultados obtenidos en el postest.....	39
4.5.	Diferencias entre los cambios reportados al comparar los resultados de las pruebas pre y postest entre grupos.....	40
4.6.	Discusión.....	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		46
	Conclusiones	46
	Recomendaciones	47
REFERENCIAS.....		48

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Operacionalización de la Variable dependiente</i>	31
Tabla 2. <i>Interpretación de resultados escala de habilidades sociales (EHS)</i>	33
Tabla 3. <i>Plan de intervención</i>	34
Tabla 4. <i>Edad y sexo de la población</i>	37
Tabla 5. <i>Diagnóstico de los niveles de habilidades sociales en la evaluación pretest</i>	38
Tabla 6. <i>Comparaciones de los puntajes pretest en los grupos experimental y control</i>	39
Tabla 7. <i>Comparaciones de los puntajes pretest en los grupos experimental y control</i>	39
Tabla 8. <i>Comparaciones de los cambios obtenidos en los grupos experimental y control</i>	40

Índice de figuras

Figura 1. <i>Diagnóstico de habilidades sociales por grupos.</i>	41
---	----

RESUMEN

Los adultos mayores ecuatorianos afrontan limitaciones comunicativas y aislamiento social que afectan su bienestar psicológico. Por tanto, el objetivo de este estudio consistió en determinar si el entrenamiento aplicado genera mejoras significativas en las habilidades sociales de un grupo de adultos mayores. Se siguió el método cuantitativo, de diseño cuasiexperimental con alcance explicativo, incluyendo a 50 adultos mayores jubilados a quienes se dividió en dos grupos cuasiexperimental (n=25) y cuasicontrol (n=25). Para la medición de habilidades sociales se utilizó la Escala de Habilidades Sociales (EHS) antes y después de la intervención, la cual fue estructurada en 10 sesiones. Los resultados indicaron que el grupo cuasiexperimental obtuvo mejoras estadísticamente significativas al compararlo con el grupo cuasicontrol, en los cambios reportados al comparar las pruebas pre y post, con un valor $p = .001$ y un tamaño del efecto $r = 0,567$. En consecuencia, fue posible destacar la efectividad de la intervención para fortalecer habilidades sociales, por lo que se concluye que el entrenamiento fue eficaz para potenciar las habilidades comunicativas en adultos mayores, contribuyendo así a su bienestar emocional e interacción social.

Palabras clave: Habilidades sociales, Comunicación, Adulto mayor, Terapia Dialéctico Conductual.

ABSTRACT

Ecuadorian older adults face communicative limitations and social isolation that negatively impact their psychological well-being. Therefore, the objective of this study was to determine whether applied training produced significant improvements in the social skills of a group of older adults. A quantitative method was employed, using a quasi-experimental design with an explanatory scope. The sample included 50 retired older adults, divided into two groups: quasi-experimental ($n = 25$) and quasi-control ($n = 25$). Social skills were measured using the Social Skills Scale (EHS) before and after the intervention, which consisted of 10 structured sessions. The results indicated that the quasi-experimental group showed statistically significant improvements compared to the quasi-control group, based on changes observed between pre- and post-tests, with a p -value = .001 and an effect size of $r = 0.567$. Consequently, the effectiveness of the intervention in strengthening social skills was highlighted, leading to the conclusion that the training was effective in enhancing communicative abilities in older adults, thereby contributing to their emotional well-being and social interaction.

Keywords: Social skills, communication, older adults, Dialectical Behavior Therapy.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La salud del ser humano está influenciada por diversos factores sociales y ambientales que determinan su bienestar integral. En este sentido, De La Guardia y Ruvalcaba (2020) señalan la definición de la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2008) explicando que, las condiciones sociales en las que los individuos nacen se desarrollan, trabajan, residen y transitan hacia la vejez están determinadas por diversos factores estructurales y dinámicas sociales que configuran su entorno cotidiano y, por ende, su calidad de vida. Es decir, estas condiciones tienen un impacto directo en la vida de las personas y en su bienestar general.

En este contexto, las relaciones interpersonales desempeñan un papel importante en la salud y el bienestar psicológico, especialmente en los adultos mayores, ya que la falta de vínculos sociales junto con habilidades sociales reducidas puede llevar a un aislamiento que, a su vez, se asocia con comportamientos menos saludables, como dietas inadecuadas, consumo de tabaco y alcohol, entre otros. Por lo tanto, el aislamiento social puede agravar las condiciones de salud y afectar negativamente la calidad de vida, especialmente en las etapas más avanzadas de la vida (Woods et al., 2021).

A nivel de Latinoamérica, Rojas et al. (2022) explica que, en la adultez avanzada, los cambios cognitivos, como enlentecimiento de la fluidez verbal y disminución de la velocidad de procesamiento, afectan directamente las competencias socioemocionales y comunicativas, lo que incrementa el riesgo de aislamiento, soledad y deterioro cognitivo o emocional. Adicionalmente, en este contexto, la tercera edad se encuentra marcada por estereotipos negativos y

discriminación, lo que reduce la autoestima y la motivación para interactuar, reforzando el aislamiento (Tovar-Zavala et al., 2020)

Por otro lado, en Ecuador, diversas investigaciones evidencian la presencia de dificultades en el desarrollo de habilidades sociales en la población adulta mayor. Por ejemplo, Chávez y Córdova (2023) realizaron un estudio con 447 adultos en la ciudad de Guayaquil, aplicando un instrumento elaborado por los propios autores, cuyos resultados revelaron que el nivel de habilidades sociales fue predominantemente bajo en un 34,5% de los participantes.

La efectividad interpersonal y habilidades sociales son importancia en todas las etapas de vida, incluyendo la tercera edad. De acuerdo con Intriago (2024), las personas necesitan establecer vínculos afectivos con otros, también requieren participar activamente en espacios de convivencia, ya que ello fortalece el bienestar psicológico, lo que especialmente relevante en la vejez. Esto se debe a que si no hay interacciones con otras personas se puede generar un entorno emocional negativo, lo cual se asocia con la aparición de trastornos depresivos o ansiosos, así como con el deterioro en las funciones mentales. Por el contrario, cuando el adulto mayor se siente integrado y valorado dentro de una red social, se incrementan sus niveles de motivación, autoestima y estabilidad emocional.

En este contexto, la calidad de las relaciones interpersonales está estrechamente vinculada con el bienestar, como lo señala Suragarn (2023), quien subraya que la conexión social es esencial a lo largo de toda la vida. Un conjunto sólido de evidencia científica ha demostrado que la falta de conexión social es un indicador de mortalidad prematura comparable a muchos indicadores de salud importantes. Por lo tanto, es deseable prevenir la aparición del aislamiento social o la soledad debido a sus efectos perjudiciales, así como también predecir los síntomas

depresivos asociados a la baja eficacia interpersonal que disminuye el bienestar de los adultos mayores.

Por el otro lado, el mantener relaciones saludables genera efectos positivos en el bienestar. La OMS (2022) apunta que la adquisición y el desarrollo de habilidades sociales son cruciales para el bienestar emocional y el éxito en la vida personal, pues su desarrollo adecuado provoca mayores niveles de satisfacción en sus relaciones, mayor autoestima y capacidad para enfrentar los desafíos sociales y adaptarse a diferentes situaciones.

Frente a lo expuesto, se consideran entrenamientos efectivos para mejorar la eficacia interpersonal, que puede sustentarse desde la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT). Este enfoque terapéutico incorpora estrategias centradas en la exposición controlada a estímulos, la modificación de patrones conductuales mediante la gestión de consecuencias, y el fortalecimiento de competencias como el control del estrés, el manejo adecuado de emociones y la optimización de las relaciones interpersonales.

Uno de los componentes de intervención de DBT, variable de la presente investigación, son las Habilidades Sociales, definida por Teti et al. (2020) como los patrones de conducta que facilitan tanto la creación de nuevas relaciones como el fortalecimiento de las existentes, además de ayudar a manejar conflictos y construir relaciones valiosas. Esto incluye la capacidad de expresar deseos y establecer límites de manera efectiva.

En esa misma línea, Linehan (1993) señala que dichas conductas están determinadas por los objetivos específicos de cada individuo en un contexto particular. Asimismo, destaca que la efectividad se relaciona con lograr los cambios deseados en las relaciones, conservarlas y preservar el autorrespeto.

Complementando lo antes expuesto, según Wu et al. (2023) el subtema DBT-Efectividad interpersonal (DBT-IE) enfatiza en el aprendizaje de estrategias para lograr objetivos interpersonales a través del desarrollo de habilidades sociales como asertividad, el refuerzo conductual y la empatía efectiva o habilidades de validación, que se pueden aplicar a uno mismo y a los demás. En investigaciones como la de Khodabakhshi-Koolae et al. (2024) y Carvajal (2023) se evidencia que la DBT ha demostrado eficacia en reducir la desregulación emocional, la depresión y la ansiedad; sin embargo, su aplicación se ha centrado en psicopatologías significativas en entornos psiquiátricos. Hasta el momento, no se han estudiado los efectos de incorporar habilidades interpersonales de la TCD en entrenamientos de comunicación para mejorar el bienestar de adultos mayores y personas no patológicas

En base a lo mencionado, el estudio se plantea la siguiente pregunta a resolver en la investigación: ¿En qué medida se muestra eficaz la Terapia Dialéctica Conductual para el mejoramiento de las habilidades sociales en el grupo cuasiexperimental sobre el grupo control en la muestra de adultos mayores del grupo “Salud y Vida” de Ibarra, año 2025?

1.2. Antecedentes

Betancourt et al. (2022) en su estudio sobre las habilidades sociales en un grupo de adulto mayores del Valle del Cauca, evidencian varias afectaciones como consecuencia de atravesar este ciclo vital. Los autores señalan que los individuos de esta edad sienten incomodidad al expresar sus sentimientos, dificultades para gestionar emociones negativas y generar contextos para la convivencia. En consecuencia, el estudio interpreta que en ciertos casos las relaciones interpersonales de los participantes se ven afectadas por aspectos temperamentales propios de la edad, lo que refleja la necesidad de fortalecer esta competencia para mejorar la convivencia y, por ende, el bienestar emocional en la tercera edad.

En un estudio sobre terapias aplicadas a personas adultas mayores, Ruiz y Callejón (2014) explican que, se describe que las terapias de tercera generación, también conocidas como terapias contextuales, tal como la DBT, emergen con el propósito de abordar las problemáticas humanas mediante la modificación de las respuestas individuales y el contexto en el que se manifiestan. Estas terapias integran la aceptación a través de técnicas basadas en mindfulness, seguida de un cambio conductual logrado mediante el aprendizaje y entrenamiento en habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar.

La DBT es implementada frecuentemente para tratar pacientes con trastornos severos, tal como explica Teti et al. (2015) quienes estudiaron esta terapia para trabajar con pacientes complejos quienes representan varias dificultades para los profesionales de la salud mental. Por ejemplo, en el caso de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), personas con conducta suicida, depresión, ansiedad e individuos con desregulación emocional; se busca con la DBT la aceptación y el cambio para lo que se realiza varias sesiones distribuidas en distintas etapas hasta lograr un incremento del sentimiento de plenitud, encontrando libertad y felicidad que permitan resolver las dificultades y malestares que acontezcan a partir de un entrenamiento conductual de habilidades.

La DBT resulta ser bastante útil para la formación de habilidades, así lo refieren Revilla et al., (2021) quienes recopilaron a través de una investigación bibliográfica el abordaje de DBT durante el contexto del COVID-19, esto les permitió determinar que el enfoque en cuestión genera cambios significativos en las personas con síntomas clínicos que dificultan adquirir una completa calidad de vida; para que sea efectiva, la aplicación debe llevarse a cabo en varias sesiones psicoeducativas grupales o individuales en las que se desarrollan estrategias para crear nuevos patrones comportamentales, cognitivos y emocionales, lo que favorece las habilidades

afectivas a nivel interpersonal y para situaciones sociales, puesto que se reduce el malestar emocional.

En esta misma dirección, Lynch (2003) refiere que la red social proporcionada por la terapia de grupo puede proporcionar beneficios terapéuticos a pacientes de edad avanzada que experimentan una pérdida de relaciones interpersonales a través de la muerte de amigos y cónyuges. Propuso que la terapia dialéctica conductual (DBT) podría ofrecer ventajas para el tratamiento de enfermedades en la vejez. DBT fue desarrollado y mostrado originalmente eficaz para el tratamiento de mujeres crónicamente suicidas o autolesivas con trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, las habilidades de afrontamiento que son esenciales elemento del tratamiento pueden ser conceptualizadas como habilidades útiles para gestionar la vida, independientemente del diagnóstico. Lynch modificó el DBT estándar para su uso con pacientes deprimidos. adultos mayores y describieron las habilidades que se supone que son particularmente relevantes en el tratamiento de esta población, incluyendo mayor efectividad interpersonal.

Finalmente, Aguilar (2024) analizó la efectividad de la DBT en la adquisición de habilidades, señalando que, aunque las investigaciones internacionales han mostrado resultados prometedores los estudios sobre la DBT en América Latina son limitados. Las diferencias socioculturales y económicas de la región podrían afectar directamente la efectividad de la terapia, dado que los países latinoamericanos se caracterizan por un acceso limitado a los servicios de salud mental. De igual forma, una investigación sobre la DBT en la comunidad ibarreña aportaría significativamente al desarrollo de las ciencias del comportamiento humano, ya que los adultos mayores se consolidan como una población de menor interés académico investigativo.

Por tanto, se ofrece parte de la evidencia sobre la adaptabilidad de la DBT en esta población a fin de mejorar sus habilidades interpersonales mediante el abordamiento de desafíos como el aislamiento social y la pérdida de redes de apoyo. Así mismo, se amplía la comprensión sobre como esta terapia impacta la efectividad interpersonal y las habilidades sociales en el bienestar emocional, lo que es altamente útil para el diseño de intervenciones que promuevan el envejecimiento activo y la inclusión social. Finalmente, integra psicología clínica, gerontología y salud pública, con potencial para orientar políticas y prácticas profesionales centradas en la calidad de vida de los adultos mayores.

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la eficacia del entrenamiento basado en la Terapia Dialéctico Conductual para mejorar las habilidades sociales del grupo cuasiexperimental sobre el grupo cuasi control en los adultos mayores del Grupo “Salud y Vida” de Ibarra.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel inicial de habilidades sociales que muestran los grupos asignados, tanto el grupo cuasiexperimental como el cuasi control, del Grupo "Salud y Vida" de la ciudad de Ibarra.
- Intervenir a un grupo cuasiexperimental de adultos mayores del Grupo “Salud y Vida”, mediante un entrenamiento basado en la Terapia Dialéctica Conductual para el mejoramiento de habilidades sociales.

- Comprobar las diferencias significativas que muestra el grupo cuasiexperimental sobre el grupo cuasicontrol en la mejora de las habilidades sociales, después del entrenamiento con DBT al comparar las pruebas pre y post.

1.4. Hipótesis de Investigación

- El entrenamiento basado en Terapia Dialéctica Conductual será eficaz, evidenciado por diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post intervención, mostrando un mayor incremento en las habilidades sociales en los adultos mayores del grupo cuasiexperimental en comparación con los del grupo cuasicontrol.

1.5. Justificación

Esta investigación sobre el entrenamiento basado en Terapia Dialéctica Conductual o también llamada DBT, se aplica para mejorar las habilidades sociales en los integrantes del Grupo “Salud y Vida” de Ibarra. Por lo tanto, se constituye como una contribución significativa a los enfoques terapéuticos y el bienestar de los participantes.

El estudio aborda una problemática relevante para el contexto actual, ya que se interesa por el impacto y los cambios que provoca el envejecimiento sobre la interacción social, ya que a medida que las personas envejecen, se empiezan a generar transformaciones importantes en las redes sociales y habilidades comunicativas, lo que puede derivar en un aislamiento social, provocando deterioro del bienestar psicológico. De igual forma, se responde a esta necesidad al emplear una intervención basada en la DBT, combinando técnicas de aceptación y cambio para promover la regulación emocional y las habilidades interpersonales.

De modo que, esta investigación busca mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, pero también se destaca por su potencial para fortalecer las dinámicas sociales en un contexto

comunitario. Se sabe que las habilidades sociales son esenciales para fomentar relaciones saludables, resolver conflictos y construir redes de apoyo, por tanto, son elementos críticos en la vejez para contrarrestar la soledad y el aislamiento.

El enfoque innovador de esta investigación radica en la integración de un modelo terapéutico originalmente diseñado para otros contextos, adaptándolo a las necesidades específicas de los adultos mayores. Este esfuerzo, a más de enriquecer el campo de la gerontología, subraya la importancia de desarrollar estrategias personalizadas y basadas en evidencia para poblaciones vulnerables. La implementación de este tipo de intervenciones contribuye significativamente a la construcción de entornos más inclusivos, donde los adultos mayores sean agentes activos en la creación de comunidades resilientes y colaborativas. La investigación se anexa a la línea de investigación “Salud y Bienestar Integral” de la Universidad Técnica del Norte, que busca promover la prevención y promoción de la salud y el bienestar psicológico de la comunidad.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

2.1. Envejecimiento y Adulto Mayor

Desde una perspectiva biopsicosocial, el envejecimiento es un proceso fisiológico, psicológico y social dinámico, progresivo e irreversible que implica una serie de transformaciones estructurales y funcionales en el organismo humano, las cuales impactan tanto en el desempeño físico como en la esfera cognitiva y emocional (Pinilla et al., 2021). Este proceso no se limita únicamente al deterioro biológico, sino que se configura como una etapa del ciclo vital atravesada por determinantes sociales, económicos y culturales que moldean la calidad de vida en la vejez (Ojediz, 2023).

Entre los principales cambios de carácter fisiológico en el envejecimiento se encuentran la pérdida de masa muscular, disminución de la densidad ósea, alteraciones en el sistema inmunológico y deterioro de funciones sensoriales, por otro lado, a nivel cognitivo se puede observar una disminución en la velocidad de procesamiento y algunas funciones ejecutivas como la memoria (Silva-Vera et al., 2024). Estos cambios pueden influir en la autonomía del individuo, aumentando el riesgo de dependencia, pero autores como Guillem (2021) afirman que su manifestación no es homogénea, ya que el envejecimiento está profundamente influenciado por factores como el estilo de vida, el entorno psicosocial y la red de apoyo familiar o comunitaria.

En este sentido, el concepto de adulto mayor ha evolucionado más allá de una simple clasificación etaria que ubica a los individuos a partir de los 65 años en este grupo poblacional (OMS, 2024). Más bien, se ha adoptado por un enfoque integral que considere la funcionalidad, el estado de salud y el grado de participación activa en la sociedad, ante lo cual OMS, partir del

año 2020, promueve el modelo de envejecimiento saludable donde se enfatiza el derecho de las personas mayores a vivir con dignidad, seguridad y autonomía, favoreciendo la inclusión social, el acceso equitativo a servicios de salud y la continuidad de su participación en actividades culturales, recreativas o laborales.

No obstante, muchas veces este grupo etario enfrenta situaciones de exclusión, estigmatización y vulnerabilidad, especialmente en contextos donde los servicios psicosociales son limitados. Por tanto, la inatención a los factores de riesgo que rodean esta etapa de vida puede derivar en aislamiento no deseado, abandono, dependencia, depresión, maltrato o el deterioro cognitivo, ocasionando una disminución de la calidad de vida (Contreras et al., 2023).

Frente a ello, numerosas investigaciones han demostrado que la práctica regular de ejercicio, adaptada a las condiciones individuales de adultos mayores mejora los parámetros fisiológicos como la fuerza muscular, la movilidad articular y la capacidad cardiovascular, pero sobre todo actúa como un regulador del estado de ánimo, disminuyendo los niveles de ansiedad, depresión y deterioro cognitivo (Araque et al., 2021; Cruz-Peralta & Gonzáles-Celis, 2023). Por consiguiente, en adultos mayores, el movimiento no se limita al ámbito biomecánico, sino más bien se convierte en un medio para conservar la autonomía, promover la autoestima y mantener vínculos sociales activos.

2.1.1. Cambios Neurocognitivos, Emocionales y Sociales en la Adulthood Mayor

En el plano neurocognitivo, el envejecimiento se acompaña de una reorganización funcional del cerebro que implica una reducción en la velocidad del procesamiento mental, así como en la flexibilidad cognitiva, pero la inteligencia cristalizada vinculada al conocimiento acumulado tiende a preservarse, la memoria de trabajo, la atención sostenida y la capacidad de

aprendizaje muestran una declinación gradual (Velis et al., 2018). En ese contexto, los cambios no indican una patología, sino que se presentan como adaptaciones fisiológicas del sistema nervioso central que modifican la manera en que el adulto mayor aborda tareas complejas (Montoya, 2019).

Por otro lado, la población de la tercera edad también percibe transformaciones en su esfera afectiva. Por efecto de la edad y la experiencia, el adulto mayor posee la capacidad de regular las emociones negativas, así como el manejo adecuado de sus vínculos afectivos (Meléndez et al., 2019). No obstante, Cervigni et al. (2022) afirma que, en este ciclo vital, las experiencias negativas acumuladas como el retiro de actividades laborales y duelos por pérdidas de seres queridos, pueden generar vacíos existenciales que desencadenan estados depresivos.

En palabras de Medina (2021) el adulto mayor también experimenta un desplazamiento hacia roles pasivos, tanto en la estructura comunitaria como familiar, puesto que, en ocasiones, esta transición altera el sentido de pertenencia e identidad, pues es común vincular el valor social de una persona con su productividad económica en la sociedad. En contraste, Flores Villavicencio et al., (2025) afirman que muchos adultos mayores se empeñan en reconstruir sus vínculos y redes sociales a través de la participación en clubes o programas de envejecimiento activo que les ayuda a reafirmar su rol como transmisores de saber y experiencia. Por lo tanto, se comprende que la calidad de las interacciones, más que la cantidad, así como el acceso a entornos que promuevan el respeto intergeneracional, se vuelven centrales en esta etapa, ya que este tipo de inclusión resulta determinante para evitar procesos de desvinculación social progresiva.

2.1.2. Factores de Protección en el Envejecimiento.

Entre los factores más relevantes que favorecen un envejecimiento saludable se encuentra el apoyo social, entendido como la red de relaciones significativas que rodean al individuo y que cumplen funciones afectivas, instrumentales e informativas (Vivaldi & Barra, 2012). Para Mireles (2022) la presencia de vínculos familiares cercanos, la participación en grupos comunitarios o religiosos y el mantenimiento de relaciones amistosas fortalecen el sentido de pertenencia, reducen la percepción de soledad y amortiguan el impacto de eventos estresantes. Además, Hernández-Rodríguez et al. (2021) resalta que el apoyo social es un soporte relacional que contribuye a la regulación emocional y promueve conductas de autocuidado, por tanto, se configura como una barrera protectora ante trastornos afectivos como la depresión o la ansiedad, los cuales tienen alta prevalencia en la adultez mayor.

En estrecha relación con lo anterior, la autonomía personal se erige como un pilar esencial en la calidad de vida de esta población, ya que les permite mantener el control sobre las decisiones que afectan su día a día. Según Ruiz et al. (2021) esta capacidad se mantiene o mejora significativamente con un manejo adecuado del tiempo libre, realización de actividades de ocio, el acceso a servicios de salud o la participación en actividades recreativas, ya que refuerza la percepción de autoeficacia y dignidad. Para Dacal-Santiago y Cuenca-Sasbón (2023), el entorno familiar o institucional promueve la autodeterminación del adulto mayor, se reduce el riesgo de dependencia funcional y se fortalecen las competencias psicosociales para enfrentar con resiliencia los cambios propios del envejecimiento.

Asimismo, el acceso equitativo a servicios de salud integrales, especialmente en el área de la salud mental, representa otro factor protector de gran relevancia. Molina y Camino (2024) señala que la atención a adultos mayores debe ser integral y holística, capaz de cubrir las

necesidades emocionales, sociales, físicas y espirituales que, en conjunto con la detección temprana de alteraciones y el acompañamiento profesional, permiten prevenir complicaciones severas y fomentar una vejez activa y funcional. Por su lado, Carreño et al. (2021) aclaran que la atención integral requiere intervenciones multidisciplinarias que incluyan desde medicina general, nutrición, psicoterapia y demás enfoques que resultan fundamentales para construir una visión integral del adulto mayor como sujeto complejo y no como portador pasivo de enfermedades.

De acuerdo con Cruz-Peralta y Gonzáles-Celis (2023), estimular el cerebro de manera sistemática ayuda a ralentizar el deterioro cognitivo y mejora las funciones ejecutivas, lo cual repercute directamente en la capacidad de adaptación y resolución de problemas cotidianos. Según Guerrero et al. (2022) actividades que incluyan ejercicios de memoria, resolución de acertijos, talleres de escritura creativa, lectura guiada y juegos de estrategia, sirven para activar distintas áreas del funcionamiento cognitivo, estimulan la motivación intrínseca, el sentido de logro y la percepción de utilidad, dimensiones clave para una vejez significativa.

Por otro lado, el autocuidado en esta población se entrena con el mantenimiento de rutinas saludables que incluyan la continuación o implementación de una alimentación balanceada, también con un descanso adecuado, pero sobre todo con la realización de actividad física de forma regular; todo ello es de gran importancia en esta edad, pues ayuda al sistema inmunológico y previene enfermedades crónicas no transmisibles (Martínez & Torres, 2022). En consecuencia, al incorporar estos hábitos se mejora la condición física, pero también se impacta en la estabilidad emocional al generar sensaciones de bienestar y control, lo que reduce el grado de dependencia, incentivando un entorno preventivo y promotor de salud integral (Valenzuela et al., 2021).

Por último, fomentar la participación activa de los adultos mayores en roles sociales o comunitarios les permite mantenerse funcionales y emocionalmente equilibrados, ya que se fortalece su autoestima a través del sentido de pertenencia y propósito, además de que se perciben como funcionales al mantenerse involucrados en actividades que dan sentido a su cotidianidad (Yagual-Choez & Pozo-Chele, 2024). Actividades como el voluntariado, la formación en oficios, el liderazgo de barrios o su inclusión en políticas públicas son formas efectivas de evitar el aislamiento y resignificar el papel del adulto mayor como agente activo dentro de la sociedad, así pues, se reduce la estigmatización por edad y se promueve un envejecimiento digno y productivo (Paño-Yáñez et al., 2023).

2.1.3. Factores de Riesgo en el Envejecimiento.

El aislamiento social en adultos mayores se manifiesta como uno de los factores de riesgo más significativo, entendido como una barrera que ocasiona una escasa o nula interacción con redes familiares, comunitarias o institucionales, pues en esta etapa del ciclo vital, la pérdida del capital social por la muerte de amigos, colegas o pareja, o la jubilación pueden reducir drásticamente las oportunidades de contacto social (López & Clemente, 2019). Esta desconexión retratada por ausencia de relaciones significativas limita el intercambio emocional y funcional, incrementa la sensación de soledad debilitando las capacidades adaptativas del adulto mayor y generando una percepción de inutilidad social lo que se asocia a un mayor riesgo de deterioro cognitivo, depresión, e incluso mortalidad prematura (Espinoza & Cevallos, 2024).

Un segundo factor de riesgo relacionado con la tercera edad es la polipatología, es decir, el padecimiento de dos o más enfermedades, lo que ocasiona el uso excesivo de medicamentos debido al aumento de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o artritis (García et al., 2017). El manejo simultáneo de múltiples diagnósticos conduce a la prescripción de diversos

fármacos, lo que incrementa las posibilidades de interacciones adversas, efectos secundarios y complicaciones médicas, deteriorando la calidad de vida, generar dependencia del sistema sanitario y afectar el bienestar psicológico al provocar confusión, somnolencia o pérdida de autonomía en la administración de su propia salud (Soca et al., 2017).

Para Flores-Payan y Salas-Durazo (2018) la inseguridad económica representa un factor de riesgo estructural que condiciona múltiples dimensiones del envejecimiento donde, la falta de ingresos suficientes, pensiones mínimas o el desempleo en edades avanzadas limitan el acceso a servicios básicos, alimentación adecuada, medicamentos y espacios de recreación. Esta precariedad financiera genera un estado de vulnerabilidad sostenida que incrementa los padecimientos emocionales y el sentimiento de exclusión social, lo que obliga a muchos adultos mayores a prolongar su vida laboral en condiciones inadecuadas o a depender de la ayuda externa.

Indudablemente, en esta etapa sobresale un factor de riesgo relacionado con la fragilidad física por una disminución progresiva de la fuerza muscular, el equilibrio, la resistencia y la capacidad funcional general. Este deterioro puede ocasionar caídas frecuentes, dificultad para movilizarse, fatiga crónica y pérdida de masa muscular, lo cual incrementa la dependencia y reduce la calidad de vida (Astaiza et al., 2021). Esta fragilidad compromete la capacidad del organismo para responder eficazmente a enfermedades o intervenciones médicas, haciendo que eventos menores, como una gripe o una fractura, puedan desencadenar deterioros graves e irreversibles (Sarabia & Godoy, 2021).

El deterioro neurocognitivo, principalmente por enfermedades como la demencia o el Alzheimer, constituyen factores de riesgo que afectan profundamente la autonomía del adulto mayor, pues la presencia de estos trastornos compromete la memoria, la toma de decisiones, el

lenguaje y la orientación espacial, lo que dificulta la realización de actividades cotidianas y exponiendo a la persona a situaciones de desprotección, abandono o abuso (Forttes, 2024). La progresión de estos cuadros puede generar dependencia total del cuidador y una carga emocional elevada tanto para el afectado como para su entorno familiar, ya que, la persona puede dejar de reconocer a sus seres queridos, perder la capacidad para comunicarse eficazmente o incluso para realizar actividades básicas de la vida diaria como vestirse, alimentarse o controlar esfínteres (Chacón & Rojas, 2016).

2.2. Habilidades Sociales

Mendoza-Medina (2021) menciona que las habilidades sociales son un conjunto de conductas aprendidas que permiten al interactuar efectivamente con otros sujetos en los diferentes contextos, lo que incluye respetar las normas sociales, facilitando el alcance de objetivos personales, pero sin vulnerar los derechos ajenos. Mercado (2023) añade que estas competencias incluyen desde la escucha activa, la expresión de emociones y opiniones, hasta la negociación, asertividad y la resolución de conflictos. Su desarrollo es dinámico y depende de múltiples factores como la historia de aprendizaje, las experiencias interpersonales, el contexto cultural y modelos de socialización temprana.

Las habilidades sociales en la vejez, así como en la mayoría de las fases del desarrollo, tienen mayor relevancia dado su papel comunicativo, pero sobre todo por su función como herramientas protectoras del bienestar emocional y relacional, dado que permite establecer límites, expresar necesidades o pedir ayuda de forma adecuada, lo cual marca una diferencia significativa para una vejez autónoma y una dependiente (Delfín-Ruiz et al., 2021). En situaciones donde la persona mayor enfrenta pérdidas funcionales o se debilitan los vínculos, estas habilidades permiten reconstruir conexiones significativas lo que evita la marginación y

refuerza el sentido de pertenencia, por tanto, las habilidades sociales también actúan como mediadoras frente al estrés social, pues reduce la incidencia de reacciones agresivas o pasividad en las relaciones interpersonales (Atehortúa-Sánchez et al., 2025).

Citando a Espino y Rivera (2023), las intervenciones para el fortalecimiento de habilidades sociales en adultos mayores, a diferencia de lo que ocurre en etapas tempranas del desarrollo, deben adaptarse a sus trayectorias vitales, para ello es relevante reconocer sus estilos comunicativos ya consolidados, así como posibles resistencias al cambio. Por su lado, Betancourt et al. (2022) agregan que, en adultos mayores prevalece un enfoque basado en la activación de los recursos latentes que ya posee el individuo, esto con el objetivo de corregir patrones disfuncionales, lo que le permite mantener escenarios seguros para la convivencia. Según Manrique et al. (2024) la educación holística, la contextualización, la retroalimentación grupal y las dinámicas estructuradas de interacción resultan altamente efectivas, ya que promueven el sentido de control y respetan el ritmo individual de participación.

Por otro lado, existe una gran evidencia donde se sugiere que el entrenamiento en habilidades sociales en la adultez mayor genera efectos colaterales positivos en la salud mental como la reducción de síntomas depresivos, el aumento de la autoestima y la mejora del afrontamiento ante situaciones de duelo o pérdida (Meza et al., 2022). En consecuencia, estas mejoras son ocasionadas por el aprendizaje conductual y la reestructuración cognitiva que acompaña el proceso, ya que la persona comienza a reinterpretar su rol en la sociedad y ha resignificar sus vínculos, en gran medida porque estas competencias se vinculan integralmente a las creencias y expectativas que el adulto mayor tiene sobre sí mismo (Castillo & Martínez, 2019).

Es importante señalar que las habilidades sociales se manifiestan de manera diferencial según el entorno sociocultural, el género, el nivel educativo y las experiencias previas del sujeto. Por ello, Mendizábal (2018) señala que, toda propuesta de intervención debe considerar la diversidad dentro del grupo etario, reconociendo tanto a quienes conservan una alta competencia social como a quienes presentan déficits marcados derivados de trayectorias de aislamiento o estigmatización.

2.3. Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

La DBT es una modalidad psicoterapéutica derivada de la terapia cognitivo-conductual, enriquecida con un enfoque integrador que incorpora elementos de la filosofía dialéctica y de prácticas contemplativas como el mindfulness (Reyes-Ortega et al., 2023). Su propósito incluye la reducción de síntomas, pero sobre todo se centra en el fortalecimiento de habilidades que permiten a los individuos regular sus emociones, tolerar el malestar, comunicarse efectivamente y vivir de manera más consciente (Wu et al., 2023).

Una de las características distintivas de la DBT es su estructura organizada en cuatro bloques de habilidades que incluyen el control emocional, tolerancia al malestar, la efectividad con los demás y atención plena (Reyes-Ortega et al., 2023). El diseño estructural de esta terapia de tercera generación permite una intervención sistemática y personalizada, pues cada módulo aborda componentes esenciales del funcionamiento psicológico (Balvoa & Llerena, 2023).

El valor terapéutico de la DBT también reside en su principio dialéctico que contempla la integración de opuestos como la aceptación y el cambio, una lógica dialéctica que permite comprender y validar su experiencia actual, sin renunciar a la posibilidad de transformación (Reyes-Ortega et al., 2023). Esta perspectiva es especialmente útil para abordar sentimientos de

frustración o resignación, promoviendo la aceptación de la realidad sin caer en la pasividad. En consecuencia, la DBT, mejora el bienestar subjetivo y favorece el desarrollo de una narrativa vital coherente, digna y funcional (García, 2019).

Según De la Torre (2023) la DBT se puede implementar mediante sesiones individuales y grupales, mediante entrenamiento en habilidades con ejercicios estructurados y tareas para el hogar, combinación que facilita el aprendizaje experiencial en un espacio de validación mutua y refuerza la generalización de las habilidades en distintos contextos. Esta metodología asegura la transferencia de lo aprendido al entorno cotidiano, lo que es fundamental para consolidar el cambio conductual.

2.3.1. Origen y Fundamentos Teóricos de la DBT

Mazón y Barragán (2021) sostienen que la DBT nace a finales de la década de 1980 como respuesta a la condicionada eficacia de los enfoques cognitivo-conductuales en pacientes con conductas suicidas crónicas y diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Marsha Linehan lo desarrolló desde una base empírica rigurosa, donde observó que sus pacientes con estos padecimientos no respondían conforme a las intervenciones centradas exclusivamente al cambio conductual. Chacón (2023) agrega que, en base a esa necesidad, la DBT integra el componente de aceptación con la intención de validar las emociones y experiencias del paciente sin promover la pasividad, generando así una dialéctica entre aceptación y cambio como eje metodológico.

El fundamento filosófico de la DBT se basa en la dialéctica hegeliana propuesta por Karl Marx y Helen, conocida como una lógica dinámica y evolutiva que sostiene que la realidad es constantemente cambiante y se desarrolla mediante una síntesis compleja y adaptativa que abarca la negación, contradicción y superación de ideas y conceptos (Cano, 2021). En términos clínicos,

esto se traduce en la cohabitación de dos estrategias principales incluyendo la aceptación influida por la filosofía zen y la atención plena, y el cambio derivado de la terapia cognitivo-conductual, otorgando flexibilidad para trabajar con individuos altamente reactivos desde un enfoque que no niega el sufrimiento, pero confronta con su capacidad para transformarse (Albarrán, 2021).

Otro de los pilares teóricos que sustentan y acompañan la DBT está la teoría biosocial donde se plantea que los trastornos de desregulación emocional surgen de la interacción entre una vulnerabilidad emocional biológicamente determinada y un entorno invalidante, lo cual conduce a patrones conductuales disfuncionales que se refuerzan con el tiempo (Reyes-Ortega et al., 2023). Esta conceptualización ha permitido extender su aplicación a diversas patologías caracterizadas por dificultades en la modulación emocional, la impulsividad o los déficits interpersonales.

Por otro lado, el componente correspondiente al análisis funcional del comportamiento viene heredado del conductismo radical de Skinner, por lo que permite descomponer cada conducta problemática en antecedentes, respuestas y consecuencias, brindando una comprensión contextual y modificable del comportamiento. Esta herramienta metodológica posibilita adaptar los objetivos terapéuticos a las necesidades individuales del paciente, sin perder de vista los patrones sistémicos de conducta que mantienen el malestar psicológico (Tugender, 2024).

Sainz-Maza (2022) opina que el enfoque en el entrenamiento estructurado de habilidades convierte a la DBT en un modelo terapéutico activo que incluye la reflexión e interpretación de conceptos, pero sobre todo la enseñanza sistemática de competencias emocionales, cognitivas y sociales. Este enfoque integral ha consolidado a la DBT como una de las terapias de tercera generación con mayor respaldo empírico a nivel internacional.

2.3.2. Terapia Dialéctico Conductual en Adultos Mayores.

La DBT ha demostrado eficacia en diversas poblaciones clínicas, pero aún existe una limitada base empírica respecto a su aplicación específica en adultos mayores. Gran parte de la evidencia se ha concentrado en personas con trastorno límite de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, conductas autolesivas y en adolescentes con desregulación emocional severa, donde se ha observado una mejora significativa en la regulación afectiva, la disminución de impulsividad y el fortalecimiento de habilidades interpersonales (Aguilera & Arancibia-Levit, 2023; Wu et al., 2023).

A pesar de la escasez de estudios centrados en personas adultas mayores, se plantea que los principios y módulos estructurales de la DBT podrían ser altamente beneficiosos para esta población, especialmente frente a los desafíos psicosociales y emocionales vinculados al envejecimiento. De acuerdo con Meza et al. (2023) esta terapia ofrece herramientas adaptativas frente a los desafíos emocionales, cognitivos y sociales, por lo que podría su diseño puede ser ajustado para trabajar, por ejemplo, el afrontamiento ante pérdidas, el fortalecimiento de vínculos sociales o la resignificación de la identidad personal en esta etapa vital. Así mismo, podría promover una mayor percepción de autoeficacia y un afrontamiento saludable de los cambios propios del envejecimiento. Por su lado, Ruano et al. (2021) afirman que las intervenciones en formato grupal con adultos mayores se convierten en un espacio de socialización terapéutica que, además de potenciar el aprendizaje, reduce la sensación de aislamiento y fortalece los lazos afectivos entre los participantes.

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)

En su artículo 36 afirma que las personas de la tercera edad son del grupo prioritario, por tanto, recibirán atención de este tipo en ambientes públicos y privados, a fin de garantizar su inclusión y cumplimiento de derechos (Constitución de la República del Ecuador, 2008). De igual forma, el artículo 37 garantiza el cumplimiento de derechos específicos como la atención gratuita y especializada de salud, acceso gratuito a medicinas, trabajo remunerado acorde a sus capacidades, jubilación universal, y beneficios en servicios públicos y privados.

Este marco constitucional proporciona una base sólida para implementar intervenciones que promuevan la salud mental y el bienestar emocional de las personas adultas mayores. La atención especializada de salud mencionada incluye intervenciones psicológicas y terapéuticas, como la DBT, que pueden ser fundamentales para abordar los desafíos emocionales y sociales que enfrentan en esta etapa de la vida.

2.4.2. Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores

A fecha de 2019, tiene como objeto la promoción, regulación y garantía de los derechos de las personas adultas mayores, de acuerdo con el principio de atención prioritaria y especializada que se encuentra en el Artículo 35 de la constitución. Esta ley enfatiza la atención integral, la inclusión social, la participación activa, la responsabilidad social colectiva y otros principios, con el fin de proteger a los adultos mayores de la violencia, el abandono y la doble vulnerabilidad.

2.4.3. Reglamento General de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores

Este Reglamento General (2020) se compone por lineamientos y normas para la aplicación de la Ley antes mencionada para las personas de la tercera edad, por tanto, su función principal es proveer un marco normativo que de paso a la implementación efectiva de la ley, asegurando la accesibilidad a servicios, la promoción de la autonomía, la prevención de la discriminación y el establecimiento de responsabilidades claras para los actores que se relacionen con la atención y cuidado de este grupo poblacional.

La DBT, al enfocarse en el desarrollo de habilidades para la regulación emocional y la mejora de las relaciones interpersonales, se convierte en una herramienta eficaz dentro de las políticas y programas promovidos por este reglamento, por lo que su aplicación puede fortalecer la autonomía y el bienestar emocional de las personas adultas mayores, en consonancia con los objetivos del reglamento.

2.4.4. Plan de Creación de Oportunidades 2021–2025

Se trata de un plan del Consejo Nacional de Planificación que se estructura en cinco ejes, incluyendo el eje social que busca una vida digna para los ecuatorianos, además, en el plan se hace énfasis en los diferentes grupos de atención prioritaria que incluye a adultos mayores. En este eje se prioriza el fortalecimiento en la protección de sus derechos, lo que incluye mejorar su acceso a servicios de salud integral, así como su inclusión social y económica a través de programas específicos que eliminen las barreras y limitaciones. Aquí se reconoce la importancia de la participación de los adultos mayores en la sociedad, por lo que promueve espacios para su desarrollo personal y comunitario (Secretaría Nacional de Planificación, 2021).

La inclusión de programas terapéuticos como la DBT en las estrategias del Plan de Creación de Oportunidades puede contribuir significativamente al bienestar de las personas adultas mayores, al abordar aspectos clave de la salud mental y emocional, se fortalece la capacidad de este grupo para participar activamente en la sociedad y disfrutar de una vida plena.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del Área de Estudio / Grupo de Estudio

La investigación se llevará a cabo en el Grupo “Salud y Vida” de Ibarra, una organización emblemática con varios años de funcionamiento ubicada en la Provincia de Imbabura, ciudad de Ibarra, parroquia del Sagrario, sector “Redondel Ajaví” en la casa comunal ubicada en las calles Luis Felipe Borja y Alberto Haro. Esta localidad se caracteriza por su dinamismo y riqueza cultural, con una población diversa en términos socioeconómicos y culturales. Se compone por 50 integrantes del grupo “Salud y Vida” conformado principalmente por jubilados de la región ibarreña. La diversidad y el contexto sociocultural de la ciudad de Ibarra enriquecerán los resultados y la relevancia de esta investigación. Por lo tanto, el grupo de estudio pertenece a los beneficiarios de esta institución, quienes han buscado ayuda en la misma, en temas de acompañamiento psicológico, durante el periodo del año 2025.

3.2. Enfoque y Tipo de Investigación

El estudio se aplicó bajo el enfoque cuantitativo, mismo que permitió obtener una visión profunda del fenómeno estudiado mediante un análisis numérico, lo que facilitó la descripción de frecuencias y cambios producidos en los participantes. Por otro lado, tuvo un diseño cuasiexperimental con alcance explicativo, ya que se midieron las habilidades sociales antes y después de la intervención. Se contó con un grupo cuasiexperimental y un grupo cuasi control (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

3.3. Población y muestra

La población diana identificada corresponde a 50 adultos mayores que asisten al grupo “Salud y Vida”, en la ciudad de Ibarra. Dado las características del diseño cuasiexperimental, en

la primera fase se seleccionó a todos los participantes de este grupo que acepten participar del estudio, y que además hayan cumplido con los criterios de inclusión y exclusión. Para la asignación de los participantes a los grupos, se utilizó un muestreo aleatorio simple, garantizando la aleatoriedad y adecuada distribución, 25 para el grupo cuasiexperimental y 25 para el grupo cuasi control (López et al., 2021).

3.3.1. Criterios de Inclusión.

La población objetivo fue incluida a partir de los siguientes criterios:

- Ser integrante del Grupo Salud y Vida de Ibarra.
- Firmar su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Estar entre los 65 y 80 años de edad
- Residir en la ciudad de Ibarra.
- Poseer alfabetización suficiente para comprender las instrucciones.
- Disposición a participar en el estudio.

3.3.2. Criterios de Exclusión.

- Estar con tratamiento terapéutico.
- Presentar enfermedades que afecten su capacidad de comprensión.
- Presentar enfermedades neurodegenerativas o condición médica que dificulte la participación.
- Residir fuera de la ciudad de Ibarra o tener planes de ausentarse durante el periodo de intervención y evaluación.
- Presentar dificultades auditivas, visuales o de movilidad que imposibiliten su participación en las actividades propuestas sin adaptaciones significativas.

- Haber participado recientemente (en los últimos 6 meses) en otro estudio similar que pudiera generar una alteración en los resultados.

3.4.Procedimiento de investigación

Como indica Hernández-Sampieri y Mendoza (2023) se establecen 10 fases en la investigación cuantitativa, que han sido usadas en el presente estudio, lo que permitió garantizar rigurosidad metodológica y obtener datos fiables y válidos. En primer lugar, se identificó y delimitó el problema de investigación, estableciendo los objetivos; luego el planteamiento del problema y las preguntas de estudio. Posteriormente, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura para sustentar el marco teórico y conceptual. En esa misma línea, se formularon las hipótesis y se seleccionó el diseño de investigación más adecuado. En la fase de operacionalización, se definieron las variables y los instrumentos para su medición como se muestra en la tabla 1 seguidas por la determinación de la población, muestra y técnicas de muestreo.

A continuación, se determinaron los instrumentos de recolección de datos, los cuales fueron aplicados durante la fase de recolección. Para ello se brindó a los grupos un espacio prudente donde se solicitó responder el instrumento evaluativo para las habilidades sociales. Los instrumentos fueron impresos y llenados por los participantes a mano; el investigador estuvo presente en todo momento a fin de aclarar dudas o brindar apoyo para rellenar el formulario de preguntas. Tras ello, se ejecutó el plan de intervención durante diez semanas, es decir que, el entrenamiento en habilidades sociales se llevó un día a la semana donde se proporcionó el espacio y los materiales necesarios hasta la culminación del plan. Finalmente, en la semana 10 se aplicó nuevamente el instrumento, se agradeció la participación y se brindó un espacio para sugerencias o comentarios. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente y los

resultados se interpretarán con base en las hipótesis planteadas y la literatura revisada. Finalmente, los hallazgos se presentan en un informe estructurado, discutiendo sus implicaciones, limitaciones y recomendaciones. Este enfoque sistemático y ordenado aseguró que el estudio cumpliera con los estándares de calidad científica.

Tabla 1.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional (Instrumento)	Dimensiones	Indicadores (ítems)	Escala
Habilidades Sociales	El conjunto personal de habilidades necesarias para interactuar y comunicarse exitosamente con los demás, tanto de manera verbal como no verbal a través de gestos, lenguaje corporal y apariencia personal (Mendoza-Medina (2021))	Escala de Habilidades Sociales EHS	Autoexpresión en situaciones sociales	1, 5, 7, 10, 13, 17, 21, 24, 25, 30.	Ordinal
			Defensa de los propios derechos como consumidor	2, 4, 9, 14, 19, 23, 28.	
			Expresión de enfado o disconformidad	6, 8, 15, 18, 22, 27.	
			Capacidad para pedir ayuda y expresar afecto	3, 11, 12, 16, 20, 26, 29.	
			Iniciativa en interacciones sociales	31, 32, 33.	
Entrenamiento en DBT	Modelo terapéutico activo que incluye la reflexión e interpretación de conceptos, pero sobre todo la enseñanza sistemática de competencias emocionales, cognitivas y sociales (Sainz-Maza (2022)).	Entrenamiento basado en DBT para el mejoramiento de habilidades sociales adultos mayores.	Pre-intervención	Sesión 1	Nominal
			Intervención	Sesiones: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	
			Post intervención	Sesión 10	

Nota. Variable independiente: Entrenamiento en DBT, Variable dependiente: Habilidades Sociales

3.5. Técnicas e Instrumentos

En esta investigación, se proporcionó a cada participante un consentimiento informado con el propósito de garantizar la protección de su información y confidencialidad. Asimismo, se utilizaron los siguientes instrumentos:

3.5.1. Ficha Sociodemográfica.

Este instrumento tiene el objetivo de recoger ciertos datos generales como la edad, el sexo, el estado civil y la ocupación de quienes participan, con fines netamente informativos. Puede aplicarse de manera individual o grupal, asegurando su privacidad, por lo que recopila información de manera anónima, ya que los datos son utilizados únicamente con fines informativos, sin vinculación directa con la identidad de cada persona.

3.5.2. Escala de Habilidades Sociales (EHS).

La Escala de Habilidades Sociales (EHS), desarrollada por Elena Gismero en 2002, es una herramienta destinada a diagnosticar las habilidades sociales en adultos. Originalmente fue creada en Madrid-España, posteriormente fue adaptada y validada en el 2022 por Fernanda Pazmiño en Ambato-Ecuador. Tiene una duración aproximada de 20 minutos y consta de un manual de aplicación y una hoja de respuestas que permite evaluar de manera efectiva las habilidades sociales. La baremación de los resultados se realiza por sexo (hombres y mujeres), lo que permite obtener una visión diferenciada de los participantes. Su aplicación puede ser realizada tanto de manera individual como grupal.

Posee ítems con 4 alternativas de respuestas que van desde “No me identifico en lo absoluto”, pasando por “la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría”, seguido por “muy de acuerdo” y finalmente “me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. Le competen 28

ítems que califican las habilidades sociales más 5 ítems para verificar aspectos positivos. Al test le corresponde 6 factores como la auto expresión en situaciones sociales, la defensa de derechos, la expresión de enfado o disconformidad, el decir no e iniciar interacciones (Gismero, 2002). La tabla 2 expone los valores para su interpretación.

Según Bustamante y Charrez (2023) la validez del instrumento estuvo basada en la correlación de ítems y el análisis factorial, donde se presentó un rango de saturación entre 0.26 y 0.75 entre los factores I a VI. La validez del constructo fue menor a 0,05 por lo que se determina como un test válido para su aplicación. Además, posee un alfa de Cronbach de 0.88, es decir que tiene buena consistencia interna. De igual manera, en la muestra de adultos se obtuvieron altos niveles de fiabilidad, con valores de 0.83 para el factor I; 0.69 para el factor II; 0.66 para el factor III; 0.74 para el factor IV; 0.68 para el factor V; y 0.69 para el factor VI.

Tabla 2.

Interpretación de resultados escala de habilidades sociales (EHS)

INTERPRETACIÓN HSS	
Bajas HSS	25 o -
Moderadas HSS	26 a 74
Altas HSS	75 o +

Nota. HSS: representa Habilidades sociales

3.6. Plan de Intervención Terapia Dialéctica Conductual

El entrenamiento basado en DBT para el mejoramiento de habilidades sociales en adultos mayores tuvo como objetivo aumentar las habilidades sociales de los adultos mayores del grupo “Salud y Vida”. Para ello se realizó una intervención grupal con una sesión semanal de 90 minutos conformada por 3 espacios a lo largo de 10 semanas, enfocándose en el desarrollo de habilidades personales e interpersonales, como se evidencia en la tabla 3.

Tabla 3.

Plan de intervención

Fases	Sesión	Objetivos Terapéuticos	Técnicas y Estrategias del Entrenamiento Basado en DBT	Evidencia Científica
Pre-Intervención	1	- Evaluación-Diagnóstico de las Habilidades Sociales en el Grupo Seleccionado. - Rapport	- Aplicación de la EHS. - Psicoeducación sobre DBT. - Método Socrático para debate del área interpersonal.	Linehan (2015) resalta que la psicoeducación inicial es clave para involucrar a los participantes en el proceso terapéutico.
	2	- Entrenamiento en mindfulness aplicado a las relaciones interpersonales.	- Mindfulness - Meditación	La atención plena permite desarrollar habilidades interpersonales (Hayes, 2022).
Intervención	3	- Desarrollar empatía y autoconsciencia.	- Mindfulness - Modelamiento - Roleplaying enfocado a la validación - Reforzamiento grupal de contingencias	Bohus et al. (2019) sugieren que la validación reduce conflictos y fortalece relaciones interpersonales.
	4	- Entrenar la autoexpresión en situaciones sociales.	- Estrategias DEAR MAN (Describir, Expresar, Aertar, Reforzar).	Swales et al. (2022) demostraron que el uso de DEAR MAN mejora significativamente la asertividad.
	5	- Entrenar estrategias GIVE (Ser gentil, Mostrar interés, Validar, Tener actitud equilibrada) - Entrenar la capacidad de petición.	- GIVE - Moldeamiento. - Roleplaying - Regulación Emocional	Koerner (2012) describe cómo la regulación emocional mejora la efectividad interpersonal en entornos grupales.

Intervención		- Desarrollar iniciativa en relaciones sociales.		
	6	- Desarrollar estrategias FAST (Ser firme, Sin disculpas excesivas, Seguir valores, Ser veraz)	- FAST - Mindfulness - Roleplaying - Modelamiento	Shirey (2013) encontró que el role-playing mejora significativamente la capacidad de resolución de conflictos en participantes.
	7	- Entrenar en resolución de conflictos y negociación efectiva. - Desarrollar el respeto por sus propios derechos como consumidor.	- Role-playing con estrategias de resolución. - Técnica "Ganar-Ganar".	Según lo expuesto por Tylor (2023), el fortalecer métodos orientados a la resolución conjunta de tensiones interpersonales favorece el entendimiento mutuo, la toma de decisiones compartida y la construcción de relaciones más saludables y resilientes.
	8	- Manejar el Rechazo y desarrollar Asertividad.	- TIP - STOP: Registro de emociones en interacciones. "Pausa Reflexiva". - Mejorar el momento - Tolerancia al Malestar	Chapman et al. (2011) destacan que tolerar los malestares ayuda a sumar la capacidad de resiliencia frente al rechazo social.
	9	- Desarrollar comunicación asertiva y estilos de comunicación. - Entrenar la expresión de enfado y disconformidad.	- Reforzamiento enfocado en conductas prosociales en grupo. - Habilidades para socializar - Entrenamiento grupal.	Batson (2011) establece que fomentar la empatía mejora la cohesión grupal y fortalece las relaciones interpersonales.
Post-Intervención	10	Comprobar las diferencias significativas que muestra el grupo cuasiexperimental sobre el grupo cuasi control en la mejora de las habilidades sociales, después del entrenamiento con DBT al comparar las pruebas pre y post.	- Aplicación del reactivo EHS. - Aplicar todas las estrategias aprendidas en ejercicios de role-playing basados en situaciones reales.	Rizvi y Steffel (2014) indican que las sesiones de cierre refuerzan la generalización de habilidades aprendidas hacia contextos cotidianos

Nota. Basado en el módulo de efectividad interpersonal de DiFabio (2023).

3.7. Plan de análisis de datos

Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS versión 26 en el que se realizó los análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y de habilidades sociales. También, se verificó que los datos no seguían una tendencia normal mediante la prueba de Shapiro-Wilk, por lo que se determinó el uso de pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) para comparar los resultados del pretest y posttest entre los grupos. Finalmente, se probó el tamaño del efecto de la intervención mediante la r de Rosenthal (Domínguez-Lara, 2018).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas

En la tabla 4 se observa que el 100 % de los adultos mayores encuestados se encuentra en un rango de edad comprendido entre los 65 y 79 años. En la distribución por género, el 90 % de los participantes corresponde a femeninas adultas mayores, mientras que el 10 % restante son masculinos.

Tabla 4.

Edad y sexo de la población

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	De 65 a 79 años	50	100,0	100,0	100,0
Género	Masculino	5	10,0	10,0	10,0
	Femenino	45	90,0	90,0	100,0

4.2. Diagnóstico de Habilidades Sociales

La tabla 5 se muestra que la mayoría de las personas, tanto del grupo cuasiexperimental como del grupo cuasicontrol, mostraron habilidades sociales bajas, pues en conjunto representan el 66 % de la muestra. También se aplicó una prueba de chi-cuadrado (1,523) que obtuvo un nivel de significancia de $p = .467$, es decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos cuasiexperimental y cuasicontrol en cuanto al nivel de habilidades sociales antes de la intervención. Por tanto, se determina que los grupos fueron comparables al inicio del estudio.

Tabla 5.*Diagnóstico de los niveles de habilidades sociales en la evaluación pretest*

		Grupo		Total	
		Cuasi experimental	Cuasi control		
Nivel de habilidades sociales preintervención	Bajas	% dentro de Nivel de habilidades sociales preintervención	45,5%	54,5%	100,0%
		% dentro de Grupo	60,0%	72,0%	66,0%
		% del total	30,0%	36,0%	66,0%
	Moderadas	% dentro de Nivel de habilidades sociales preintervención	56,3%	43,8%	100,0%
		% dentro de Grupo	36,0%	28,0%	32,0%
		% del total	18,0%	14,0%	32,0%
	Altas	% dentro de Nivel de habilidades sociales preintervención	100,0%	-	100,0%
		% dentro de Grupo	4,0%	-	2,0%
		% del total	2,0%	-	2,0%
Total	% dentro de Nivel de habilidades sociales preintervención	50,0%	50,0%	100,0%	
	% dentro de Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%	

Nota. Prueba Chi cuadrado de Pearson (1,523), nivel de significancia (.467).

4.3. Comparación de resultados obtenidos en el pretest entre grupos

Según la prueba de Shapiro-Wilk los datos no provienen de una distribución normal ($p=.001$), por lo que se aplicó la prueba U de Mann Whitney. En la tabla 6, la prueba de U de Mann-Whitney para la variable habilidades sociales en la fase pre-intervención, expone un valor de $U=257,500$ seguido de valor $p = .283$, lo que comprueba que no hay diferencia estadísticamente significativa. Es decir, no existen diferencias en el nivel habilidades sociales entre grupos antes de la intervención.

Tabla 6.

Comparaciones de los puntajes pretest en los grupos experimental y control

Variable	Test	Grupo Cuasiexperimental	Grupo Cuasicontrol	Estadístico	Valor p
Habilidades sociales	Escala de habilidades sociales	Rango medio 23,30	Rango medio 27,70	U: 257,500	p = .283

Nota. U: U de Mann Whitney para muestras independientes.

4.4. Comparación de resultados obtenidos en el postest

Según la prueba de Shapiro-Wilk los datos no vienen de una distribución normal ($p = 003$), por lo que se aplicó la prueba U de Mann Whitney. Tras la intervención, los resultados de la tabla 7 incluyen la prueba U Mann-Whitney para la variable habilidades sociales evidencian un valor de $U = 106,500$ con un nivel de significancia de $p = .001$. Esta diferencia es estadísticamente significativa, lo que indica que el grupo cuasiexperimental obtuvo rangos medios considerablemente más altos (33,74) en comparación con el grupo cuasi control (17,26). Estos resultados sugieren que la intervención aplicada tuvo un efecto positivo en el desarrollo de las habilidades sociales, generando mejoras significativas en el grupo que la recibió en comparación con el grupo que no fue intervenido.

Tabla 7.

Comparaciones de los puntajes pretest en los grupos experimental y control

Variable	Test	Grupo Cuasiexperimental	Grupo Cuasicontrol	Estadístico	Valor p
Habilidades sociales	Escala de habilidades sociales	Rango medio 33,74	Rango medio 17,26	U: 106,500	p = .001

Nota. U: Prueba U de Mann Whitney para muestras independientes

4.5. Diferencias entre los cambios reportados al comparar los resultados de las pruebas pre y posttest entre grupos

Dado que los datos de la variable HHSS provinieron de una distribución no normal, pues obtuvieron valores p menores a .05, se aplicó la prueba U Mann-Whitney. En la tabla 8 se comparan los puntajes pre y posttest entre grupos, donde se evidencian diferencias estadísticamente significativas, pues el grupo cuasiexperimental alcanzó un promedio de 55,80 mientras que el grupo cuasi control obtuvo una media menor de 23,92. El estadístico expone un valor $U = 106,500$ seguido por el valor de significancia de $p = .001$, confirmando la diferencia entre las puntuaciones de los grupos. Por otro lado, considerando el valor de $Z = 4,009$ se calculó la r de Rosenthal, obteniendo un valor de .567, lo cual representa un tamaño del efecto grande (Domínguez-Lara, 2018).

Tabla 8.

Comparaciones de los cambios obtenidos en los grupos experimental y control

Variable	Test	Grupo cuasiexperimental M; DE	Grupo cuasi control M; DE	Estadístico	Valor p	r*
Habilidades sociales	Escala de Habilidades Sociales	55,80; 23,438	23,92; 24,870	$U = 106,500$.001	.567

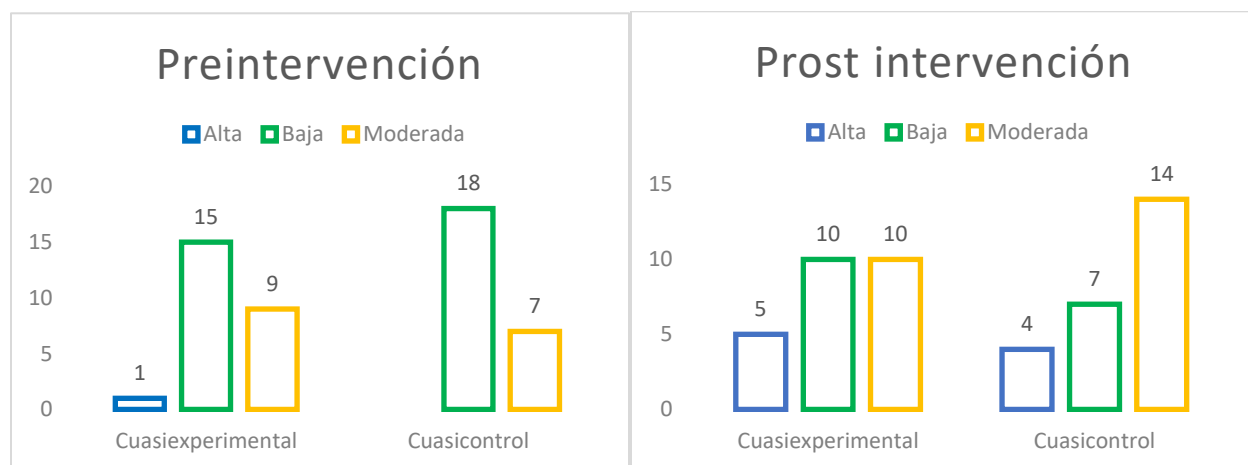
Nota. M: Media; DE: Desviación Estándar; r*: r de Rosenthal.

De forma similar, en la figura 1 se puede observar los cambios en los niveles de habilidades sociales tras la intervención. En el grupo cuasiexperimental hubo un aumento de casos en el nivel alto que pasó de 1 a 5 participantes, mientras que los casos en el nivel bajo disminuyeron de 15 a 10. También se incrementó el nivel moderado de 9 a 10 casos, lo que

indica un desplazamiento general hacia niveles más altos. El grupo cuasi control mostró un avance menos marcado donde el nivel alto subió de 0 a 4 casos, el nivel bajo se redujo de 18 a 7 y el nivel moderado pasó de 7 a 14.

Figura 1.

Diagnóstico de habilidades sociales por grupos.



4.6. Discusión

Respecto a la evaluación diagnóstica de habilidades sociales, en esta investigación se encontró bajos niveles en esta competencia interpersonal, resultados que muestran similitud con el estudio de Betancourt et al. (2022) donde se destaca que los adulto mayores del Valle del Cauca en Colombia experimentan afectaciones en la calidad de su convivencia, pues en su día a día pueden llegar a percibir incomodidad al expresar sentimientos y dificultad para iniciar o mantener conversaciones, lo que demuestra una capacidad limitada para la socialización. De acuerdo con Intriago et al. (2024), esto es causado por la inseguridad o falta de interés hacia las relaciones interpersonales, ya que, los adultos mayores perciben sus vínculos sociales como regulares, incluso algunos se muestran apáticos hacia las amistades como consecuencia de los cambios emocionales, cognitivos y sociales propios del envejecimiento.

Por otro lado, el estudio de Chacón y León (2024) también evidenció hallazgos similares en los integrantes del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Caleta de Carquín, Perú, en quienes se identificaron bajos niveles de habilidades sociales. En el grupo evaluado se observaron dificultades en los procesos de socialización e interacción interpersonal, similares a las encontradas en la presente investigación.

Al parecer, los cambios producidos en la tercera edad impactan negativamente la disposición para interactuar, ya que disminuyen progresivamente la motivación y la habilidad de los adultos mayores para establecer y mantener vínculos sociales saludables. Esta situación los hace más vulnerables a situaciones de aislamiento y deterioro emocional, por lo que se vuelve necesaria la implementación de intervenciones orientadas al fortalecimiento de sus habilidades sociales.

Como resultado, el estudio comprueba que la implementación de sesiones grupales para entrenamiento de habilidades sociales facilita su aprendizaje y consolidación. Según Yagual-Choez y Pozo-Chele (2024), la interacción estructurada y el respaldo de un grupo favorecen el cambio conductual lo que provoca una mejor expresión emocional, así como la comunicación asertiva que contribuye a la resolución de conflictos interpersonales. Esto coincide con los hallazgos obtenidos en el grupo cuasiexperimental en quienes se observó una reducción sustancial en los niveles bajos de habilidades sociales, así como un incremento de casos en los niveles medios y altos.

Estos cambios se asemejan a los encontrados en la investigación de Khodabakhshi-Koolae et al. (2024), quienes aplicaron un entrenamiento de 10 sesiones de DBT en formato grupal a un grupo de adulto mayores. Tras la intervención, se evidenciaron mejoras considerables en la regulación emocional, seguido por una disminución notable en los niveles de

ansiedad ante la muerte, que la investigación consideraba como un indicador frecuente de malestar psicológico en la vejez. Por tanto, se sostienen que el abordaje estructurado de la DBT es clave para alcanzar resultados favorables en poblaciones adulto-mayores.

Asimismo, Carvajal (2023) reportó que el entrenamiento en habilidades de DBT contribuye a reducir conductas agresivas mediante el fortalecimiento de la regulación emocional y la efectividad interpersonal. De acuerdo con el autor, las intervenciones basadas en esta terapia de tercera generación, evoca respuestas más adaptativas durante la interacción social, reflejando los fundamentos propuestos en DBT. En consecuencia, se contrasta que el fortalecimiento de las habilidades emocionales constituyó una base sólida para incrementar niveles medios y altos, a diferencia del grupo cuasi control, que no alcanzó cambios, salvo en cuatro casos aislados.

Según Revilla et al., (2021) a través de una enseñanza estructurada centrada en los componentes de regulación emocional, tolerancia al malestar, atención plena y efectividad interpersonal, ejes fundamentales de la DBT, los participantes logran identificar, modular y expresar de forma más adaptativa sus emociones, facilitando respuestas más prosociales frente a situaciones sociales cotidianas. En adulto mayores, es probable que estos cambios se traduzcan en una mayor competencia para establecer límites, comunicar necesidades de forma asertiva y resolver conflictos sin recurrir a conductas evitativas o agresivas (Teti et al., 2020).

Dado que cuatro participantes del grupo cuasi control alcanzaran niveles altos, Intriago et al. (2024) sugieren que los adultos mayores pueden experimentar pequeñas mejoras espontáneas en sus habilidades sociales como producto del entorno natural, ya sea por interacción familiar o participación creciente en actividades comunitarias. Es decir que la persona de la tercera edad puede presentar variaciones que tienden a ser irregulares y limitadas en magnitud.

En contraste, Reyes-Ortega et al., 2023 recalca que la DBT, cuando se aplica de forma estructurada, promueve procesos de cambio consistentes y replicables a lo largo del tiempo. Esta intervención se organiza en módulos específicos centrados en competencias fundamentales como la regulación emocional, la efectividad interpersonal y la tolerancia al malestar. Cada uno de estos componentes es reforzado mediante técnicas activas como el modelado conductual, el uso de dramatizaciones (role-playing) y la retroalimentación inmediata y supervisada, lo que permite que los participantes comprendan y practiquen las habilidades en un entorno controlado.

Una de las limitaciones de este estudio fue el tamaño de la muestra que estuvo conformada por 50 adultos mayores, por tanto, los hallazgos y efectos pueden no generalizarse, dado que la intervención se aplicó en un entorno específico que fue el grupo “Salud y Vida”, lo que podría influir en la replicabilidad de los resultados en otros contextos con dinámicas distintas. Otra limitación se pronuncia al no realizar un seguimiento longitudinal posterior a la intervención, por lo que no es posible determinar la sostenibilidad de los progresos en el tiempo. Finalmente, otra de las limitaciones importantes se fundamenta por la composición desigual del sexo, ya que fue predominantemente femenina, lo que impidió el contraste de diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Tras la realización de este estudio se abren múltiples posibilidades para futuras investigaciones que se interesen en fortalecimiento de habilidades sociales en adultos mayores. En ese camino, se puede considerar una muestra más grande para replicar el entrenamiento en otros contextos o asociación a fin de evaluar la validez del programa. Otro punto clave sería el incorporar un diseño longitudinal que permita medir los efectos en el tiempo, así como la realización de sesiones para refuerzo o seguimiento. También se abre paso a la incorporación de

otras variables como autoestima, depresión o percepción de apoyo social para comprender el efecto de la intervención en estos factores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El diagnóstico mediante la aplicación de la EHS permitió establecer que la mayoría de los participantes presentaron mayormente niveles bajos y moderados. En el grupo cuasi experimental las habilidades sociales se concretaron en un nivel bajo en el 60%, seguido por el nivel moderado con 36% y el nivel alto con un 4%. En el grupo cuasi control, el 72% presentó niveles bajos y el 28% niveles moderados; en este grupo no se encontraron casos en niveles altos. La comparación estadística no encontró diferencias significativas, lo que demuestra que ambos grupos partieron en igualdad de condiciones.

La implementación del entrenamiento en habilidades sociales y sustentando en los principios de la DBT, mostró un aumento en el grupo cuasiexperimental. El plan de intervención consideró la participación de los adultos mayores en sesiones estructuradas de aproximadamente 90 minutos, donde se aplicaron técnicas y estrategias centradas en la regulación emocional, la tolerancia al malestar y la efectividad interpersonal. En consecuencia, se evidenciaron mejoras medibles en las conductas sociales.

Al comparar las pruebas pre y post intervención se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos. Se comprobó que, tras la intervención, el grupo cuasiexperimental presentó aumento en sus niveles de habilidades sociales, así como una reducción de los niveles bajos. Por tanto, es posible validar el efecto positivo del entrenamiento basado en DBT, lo que refuerza la importancia de incorporar programas psicoeducativos para mejorar el bienestar social de la población adulto mayor.

Recomendaciones

Se recomienda replicar y ampliar la implementación de entrenamientos basados en la DBT en otros grupos de adultos mayores de la ciudad de Ibarra.

Es pertinente considerar evaluaciones posteriores al cierre del entrenamiento para monitorear si los cambios en habilidades sociales se mantienen o evolucionan con el tiempo.

Es recomendable diseñar versiones simplificadas del entrenamiento DBT que utilicen recursos visuales, dramatizaciones o materiales auditivos para asegurar la comprensión y participación activa de todos los beneficiarios.

Puesto que, al momento de la investigación la literatura científica sobre la DBT en adulto mayores fue limitada, se recomienda replicar este tipo de investigaciones en diferentes contextos geográficos del país, lo que permitirá fortalecer la evidencia científica nacional sobre intervenciones psicosociales efectivas en población adulta mayor ecuatoriana.

REFERENCIAS

- Aguilar, E. L. (2024). *Efectividad de la terapia dialéctica conductual en entrenamiento de habilidades en personas con trastorno límite de la personalidad atendidos en una institución pública especializada en salud mental en el año 2021* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/23063>
- Aguilera, V. A., & Arancibia-Levit, N. (2023). Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en la Disminución de Conductas Autolesivas No Suicidas en Adultos. *Revista de Estudiantes de Psicología*, 11(2), 143-150. <https://orcid.org/0009-0006-4116-5380>
- Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., De la Cruz, E., & Ramírez, T. (2021). El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Journal of neuroscience and public health*, 1(1), 5-11. <https://doi.org/10.46363/jnph.v1i1.1>
- Alcaraz, F., Espín, A., Martínez, A., & Alarcón, M. (2016). Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones. *Revista clinica de medicina de familia*, 1(5), 232-236.
- Araque-Martínez, M. Á. A., Ruiz Montero, P. J., & Artés Rodríguez, E. M. (2021). Efectos de un programa de ejercicio físico multicomponente sobre la condición física, la autoestima, la ansiedad y la depresión de personas adultas-mayores. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (39), 1024-1028.
- Atehortúa-Sánchez, J. A., León, S. L., & González, M. R. (2025). Comunicación y memoria: una mirada a la identidad cultural rural a partir de las historias de vida de los ancianos agricultores de Rionegro (Antioquia, Colombia). *Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación. Ensayos*, (250), 179-191.

- Astaiza, M. C., Benítez-Ceballos, M. J., Bernal-Quintero, V., Campo-Giraldo, D., & Betancourt-Peña, J. (2021). Fragilidad, desempeño físico y riesgo de caídas en adultos mayores pertenecientes a una comuna de Cali, Colombia. *Gerokomos*, 32(3), 154-158.
- Balvoa, C. S. & Llerena Cruz, A., G. (2023). *Terapias de tercera generación y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo].
- Betancourt, S. M., Montoya Romero, F. M., & Vásquez Benítez, L. (2022). Fortalecimiento de las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores de la fundación Rosa de Misericordia del municipio de Tuluá–Valle del Cauca. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 32-55. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2196
- Cano, C. (2021). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. *Revista científica Ciencias de la salud*, 3(2), 126-135. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/03.02.2021.126>
- Carvajal, P. A. (2023). *La influencia del entrenamiento en habilidades de regulación emocional y efectividad interpersonal de la terapia dialéctico conductual en el comportamiento agresivo de adultos* [Trabajo de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/items/732ed42e-c422-407e-a071-7d7a47ca967f>
- Carreño, G., Vidaña, M. E., & González, M. N. (2021). Programa psicoeducativo para personas adultas mayores: una propuesta desde el enfoque humanista que promueve bienestar psicológico. *Ehquidad: La Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (16), 63-80. <http://doi.org/10.15257/ehquidad.2021.0014>

- Castillo, V. P., & Martínez, A. I. (2019). *Construcción del instrumento para la recolección de datos del proyecto: reconstruyendo una etapa* [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/15400>
- Cervigni, M., Martino, P., Caycho-Rodríguez, T., Barés, I., Calandra, M., & Gallegos, M. (2022). Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en adultos mayores de Argentina. *Revista Argentina de Ciencias del comportamiento*, 14(2), 64-74.
- Chacón, G. N., & León, I. V. (2024). *Habilidades sociales de los integrantes del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, Municipalidad Distrital Caleta de Carquín, 2024* [Trabajo de grado, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. <http://hdl.handle.net/20.500.14067/9861>
- Chacón, M. J., & Rojas Alchao, Y. L. (2016). *Los ciudadanos con vínculo familiar de los adultos mayores con Alzheimer: impacto en la salud mental, familiar y socio-económica* [Tesis Doctoral, Universidad Academia de Humanismo Cristiano]. <https://bibliotecadigital.academia.cl/items/5b288152-9068-45b6-9c74-2c709a663bed>
- Chacón, F. M. (2023). Estudio de Caso en Regulación emocional de la terapia Dialéctica Conductual en paciente con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite: Emotional Regulation in Borderline Personality Disorder. *Revista Ciencia y Salud Integrande Conocimientos*, 7(1), 59-71. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i1.579>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Art. 35-36. *Asamblea Nacional del Ecuador*. https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Contreras, K., Martínez, M. C., López, M. P., Mendoza, J. S., Conzatti, M. E., Posadas, J. R. L., & García, G. A. (2023). Impacto del abandono en la salud física y mental del adulto

- mayor. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 10714-10733.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5242
- Cruz-Peralta, M., & González-Celis, A. L. (2023). Intervenciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores: Revisión sistemática con preguntas PIO. *Psicología y salud*, 33(2), 415-426. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2824>
- Dacal-Santiago, K., & Cuenca-Sasbón, M. E. (2023). Fisioterapia: Una estrategia de prevención de la dependencia en el adulto mayor. *Memorias del Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e innovación*, 10(2), 68-73.
<https://doi.org/10.26457/mclidi.v10i2.3769>
- De La Guardia, M. A., & Ruvalcaba, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative and no positive results*, 5(1), 81-90.
<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- De la Torre, A. E. (2023). La Terapia Cognitivo Conductual y el devenir de las Terapias de Tercera Generación, una mirada histórico conceptual. *Entre la evaluación y la intervención*, 15. 15-36
- Delfín-Ruiz, C., Orozco, C. S., Guzmán, R. C., & Valencia, E. J. P. (2021). Caracterización de los roles familiares y su impacto en las familias de México. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 27(3), 128-138.
- DiFabio, D. (2023). *The effectiveness of the dialectical behavior therapy module of interpersonal effectiveness compared to traditional assertiveness training: A randomized control trial* (Doctoral dissertation, St. John's University). St. John's Scholar.
https://scholar.stjohns.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1659&context=theses_dissertations

- Domínguez-Lara, S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación médica*, 19(4), 251-254. <https://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Espino, M., & Rivera Espino, C. (2023). La biblioterapia como herramienta en el desarrollo de la resiliencia en los adultos mayores. *Biblioteca universitaria*, 26(1), 54-60.
- Espinoza, A. L., & Cevallos, T. L. (2024). *La soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/12999>
- Flores-Payan, L., & Salas-Durazo, I. A. (2018). Calidad del empleo en grupos socialmente vulnerables en México. El caso de los adultos mayores. *Economía, sociedad y territorio*, 18(56), 1-33. <https://doi.org/10.22136/est20181066>
- Flores, C. E., & Flores, K. L. (2021). Pruebas para comprobar la normalidad de datos en procesos productivos: Anderson-darling, ryan-joiner, shapiro-wilk y kolmogórov-smirnov. *Societas*, 23(2), 83-106.
- Flores, M. E., Rodríguez, V., & Robles, J. R. (2025). Validación de una Escala de Experiencia de Vida en Adultos Mayores pertenecientes a clubes comunitarios. *Revista Información Científica*, 104, 4686. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14749179>
- Fortes, P., Gonzáles, J., & Valenzuela, M. (2024). *Informalidad del Empleo y desafíos para la Seguridad Social: el caso de los trabajadores(as) de cuidados de larga duración*. Superintendencia de Seguridad Social. https://www.suseso.cl/619/articles-745320_archivo_01.pdf
- García, A. L., Carpio, S. R., Dominguez, J. A., & de Chávez, D. R. (2017). Polifarmacia en el adulto mayor en primer nivel de atención. *Revista-e Ibn Sina*, 8(2), 1-15. <https://doi.org/10.48777/ibnsina.v8i2.35>

- García, M. (2019). *Programa de Intervención para el tratamiento de las Autolesiones No Suicidas en población adolescente* [Trabajo de fin de máster, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://core.ac.uk/download/pdf/169309392.pdf>
- Gismero, E. (2002). *Manual de Escala de Habilidades Sociales*. TEA Ediciones
- Guerrero, R. F., Luna, T. G., Páramo, S. V., Razo, L. A., Vázquez, I. E., & Chávez, S. (2022). Experiencia vivida del cuidado de la salud mental en el adulto mayor durante el aislamiento por COVID-19. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 9(1), 68-82. <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.723>
- Guillem, J., Tapia, M. D., & Lacomba, L. (2021). Factores de riesgo y protección del envejecimiento activo: Revisión sistemática. *Kronos*, 20(1), 1-11.
- Hernández-Rodríguez, M., González-Netro, M. G., García-Casas, X. M., Téllez-González, M. A., Torres-de los Santos, R., & Chávez-Rodríguez, J. (2021). Influencia del apoyo social y la sobrecarga del cuidador en la calidad de vida del adulto mayor. *Nure Investigación*, (113).
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Más de 2.700 personas son centenarias en Ecuador según el Censo*. Censo Ecuador. <https://www.censoecuador.gob.ec/mas-de-2-700-personas-son-centenarias-en-ecuador-segun-el-censo/>
- Intriago, A., Hernández, R. V., Salazar, L. S., & López, L. A. (2024). La disminución de las habilidades sociales y la calidad de vida en el grupo de adultos mayores y sus afectaciones. *593 Digital Publisher CEIT*, 9(1), 99-111. <http://dx.doi.org/10.33386/593dp.2024.1-1.2264>

- Iraizoz, A. M., García, V., Brito, G., León, G. D. L. Á., Jaramillo, R. M., & Santos Luna, J. A. (2024). Calidad de vida de la población geriátrica de El Oro, Ecuador, en tiempo de pandemia. *Retos: Nuevas Perspectivas de Educación Física, Deporte y Recreación*, 56, 654-662.
- Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019). *Registro Oficial Suplemento N.º 484. Asamblea Nacional del Ecuador*. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf
- Linehan, M. (2020). Manual de entrenamiento en habilidades DBT: para el/la terapeuta. Revisión y traducción: Pablo Gagliesi. Tres olas Ediciones y Editorial de la Universidad de La Plata.
- López, E. R., & Clemente, C. C. (2019). Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en ámbito de las personas mayores en España. *Ehquidad*, (12), 127-154.
- López, P. R., Arrastia, M. J. R., & Padilla, C. R. (2021). *Metodología de la investigación: de lector a divulgador* [Universidad Almería].
- Khodabakhshi-Koolaei, A., Falsafinejad, M. R., Zoljalali, T., & Ghazizadeh, C. (2024). Dialectical behavior therapy: Effect on emotion regulation and death anxiety in older female adults. *OMEGA-journal of Death and Dying*, 88(3), 1218-1231. <https://doi.org/10.1177/00302228211065960>
- Manrique, E., Salgado, M. del C., & Ramírez, M. (2024). Enfoques de complejidad en la transformación digital de la educación de adultos mayores. *Revista Iberoamericana De Complejidad Y Ciencias Económicas*, 2(4), 17-27. <https://doi.org/10.48168/ricce.v2n4p17>

- Martínez, J., & Torres, A. (2022). Autocuidado y estilos de vida saludable en el adulto mayor institucionalizado. *Cuidado y Ocupación Humana*, 11(2).
- Mazón, J. P., & Barragán, V. M. (2021). *Terapia dialéctico conductual en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7877>
- Medina, E. M. (2021). Personas mayores, participación y cambio social antes y después del COVID-19. *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (42), 105-113. <https://doi.org/10.6018/areas.483961>
- Meléndez, J. C., Delhom, I., & Satorres, E. (2019). El poder de la inteligencia emocional sobre la resiliencia en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés*, 25(1), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.01.001>
- Mena, A. S., & Ocaña, M. J. (2020). *Estados depresivos en adultos mayores jubilados durante la pandemia por el COVID 19* [Trabajo de titulación, Universidad Politécnica Salesiana]. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/19413/1/UPS-TTQ158.pdf>
- Mendizábal, M. R. L. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta*, 47(1), 45-54. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>
- Mendoza-Medina, C. H. (2021). Las habilidades sociales, factor clave para una interacción efectiva. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 6(2), 3-16.
- Mercado, C. M. C. (2023). Estrategias para el desarrollo de habilidades de comunicación en el personal de salud: Escucha activa, asertividad e inteligencia emocional. *Orbis Tertius-UPAL*, 7(13), 13-33. <https://doi.org/10.59748/ot.v7i13.125>

- Meza, E. M., Riaño, M. R., & Sánchez, J. R. (2022). *Sala Interactiva como Estrategia Psicopedagógica, que Fortalezca las Habilidades Sociales de las Personas Mayores del Centro de Protección Social Bello Horizonte, para Disminuir los Problemas de Convivencia, Favorecer la Tolerancia y Vivir Mejor en la Vejez* [Tesis Doctoral, Corporación Universitaria Minuto de Dios].
<https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/15e18045-9a21-446e-becd-388995dae111/content>
- Meza, L., Mejía-Ríos, J., & Ramírez, J. (2023). Optimizando el desarrollo social: estrategias escolares para estudiantes con trastorno del espectro autista. *Pedagogical Constellations*, 2(2), 71-85. <https://doi.org/10.69821/constellations.v2i2.10>
- Miguel, P., Sarmiento, Y., Mariño, A., Llorente, Y., Rodríguez, T., & Peña, M. (2017). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay*, 7(3), 155-167.
- Mireles Alonso, M. A., Salazar Barajas, M. E., Guerra Ordóñez, J. A., Ávila Alpirez, H., Silva Fhon, J. R., & Duran-Badillo, T. (2022). Calidad de vida relacionada con dependencia funcional, funcionamiento familiar y apoyo social en adultos mayores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210482. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482es>
- Molina, D. S., & Camino, S. A. (2024). La atención al adulto mayor. Necesidad y posibilidad. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(1), 260-272. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i1.992>

- Montoya, S. (2019). Estimulación neuroescritural ante la detección temprana de deterioro cognitivo en la persona adulta mayor, en la Asociación Gerontológica de Curridabat. *Humanitas*, 16(16), 23-43.
- Navarro-Haro, M., Pérez-Hernández, N., Serrat, S., & Gasol-Colomina, M. (2018). Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 201-209.
- Ojediz, M. E. (2023). Gerontología y biología celular: Investigación sobre el envejecimiento celular y su relación con la salud en general, así como posibles estrategias para promover la salud y el bienestar en personas de edad avanzada. *RECIMUNDO*, 7(4), 66-74.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.66-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.66-74)
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Envejecimiento Saludable*.
<https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Paño-Yáñez, P., Pacheco-Lupercio, F., & Sucozhañay-Calle, D. C. (2023). Análisis del proceso de institucionalización de la participación ciudadana en Ecuador. *Revista española de ciencia política*, (61), 93-117.
- Pazmiño, D. F. (2022). *Validación de la escala de habilidades sociales EHS en estudiantes universitarios* [Informe de investigación, Universidad Técnica de Ambato].
<https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/34786>
- Placencia, A. C., Oñate, J. F., Pasquel, S. J., & Yarad, W. S. (2024). Efectividad de una intervención basada en mindfulness en personas adultas mayores con sintomatología

- depresiva y la satisfacción con la vida. *REVISTA U-Mores*, 3(2), 57–72.
<https://doi.org/10.35290/ru.v3n2.2024.1172>
- Plan de Desarrollo - Creación de oportunidades 2021-2025. (2021). Secretaría Nacional de Planificación. Quito-Ecuador.
- Pinilla, M. A., Ortiz, M. A., & Suárez-Escudero, J. C. (2021). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Revista Salud Uninorte*, 37(2), 488-505. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>
- Reglamento General a la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. (2020). Presidencia de la República del Ecuador. https://www.regulacionagua.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/reglamento_lopam0382842001601663401.pdf
- Reyes-Ortega, M. A., Zapata-Téllez, J., Gil-Díaz, M. E., Ramírez-Ávila, C. E., & Ortiz-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. <https://doi.org/10.5944/rppc.33704>
- Revilla, J., Vargas, L., Rojas, K., Quintana, E., & Soletto, F. (2021). Habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 59(4), 379-381.
- Rojas, C., Riffo, B., & San Martín, M. (2022). Habilidades lingüísticas en un cerebro envejecido: revisión de estudios empíricos en adultos de tercera y cuarta edad cognitivamente sanos. *Estudios filológicos*, (69), 213-233. <http://dx.doi.org/10.4067/S0071-17132022000100213>

- Ruano, D. S., Imbajoa, Y. M., & Yarce, E. (2021). La Terapia ocupacional y la atención plena para el cuidado de personas mayores. Revisión documental. *Revista Biumar*, 5(1), 59-69. <https://doi.org/10.31948/BIUMAR5-1-art6>
- Ruiz, L. J., & Callejón, Z. (2014). Terapias conductuales de tercera generación en personas mayores: una revisión de la literatura. *Psychology, Society, & Education*, 6(2), 113-124.
- Ruiz, D. A. R., Ugsha, S. C. T., Mejía, M. C., & Atiaga, D. R. M. (2021). El tiempo libre y el ocio en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 83.
- Sainz-Maza, A. (2022). Una introducción a la Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta y una revisión sistemática de las evidencias de su eficacia. *Apuntes de Psicología*, 40 (2), 97-107. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1419>
- Sarabia, J.G., & Godoy, M. E. (2021). *Ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física del adulto mayor frágil* [Monografía, Universidad de San Carlos de Guatemala]. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2021/116.pdf>
- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). *Plan de Creación de Oportunidades 2021–2025*. <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
- Silva-Vera, M., González, M. D. J. J., Almanza, L. V., García, M. M., & Silva, O. A. M. (2024). En movimiento hacia un envejecimiento saludable: la obesidad y la actividad física en adultos mayores. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 28, 1-7. <https://doi.org/10.15174/jc.2024.4571>

- Teti, G., Boggiano, J., & Gagliesi, P. (2020). Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 57-64.
- Tovar-Zavala, N., Campos-Aguilera, M. G., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2021). Socialización y afrontamiento en el adulto mayor en estudios españoles e Hispanoamericanos (años 2013-2020). *Archivos de Neurociencias*, 25(4), 62-69.
<https://doi.org/10.31157/archneurosciencemex.v25i4.223>
- Tugender, B. (2024). *No Creas en Soluciones Mágicas: El porqué, cómo y cuándo la psicología clínica dejó de ser científica*. Benjamin Tugender.
- Universidad de Sonora. (2020). ¿Qué es una encuesta? *Departamento de Matemáticas. División de Ciencias Exactas y Naturales*. Recuperado de
<http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/queesunaencuesta.pdf>
- Valenzuela, M. T., Rodríguez, C., Pérez, I., Sarmiento, L., & San Martín, P. (2021). Intervención multidimensional preventiva de dependencia de personas mayores del centro integral para el envejecimiento feliz. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 466-473.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.03.008>
- Velis, L., Viteri, E., Terranova, E., & Ordoñez, S. (2018). Nuevas tecnologías de la comunicación y capacidad cognitiva de los adultos mayores. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 22(89).
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>

Yagual-Choez, G. T., & Pozo-Chele, J. L. (2024). Participación Social Del Adulto Mayor, En El Barrio 7 De Septiembre. *Santiago*, (164), 215-230.

Zabaleta-González, R., Lezcano-Barbero, F., Martínez-Pérez, A., & Casado-Muñoz, R. (2023). Métodos e instrumentos de evaluación en los programas de formación de pares para personas con problemas de salud mental: revisión documental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e220108.