



UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

**“ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: MUESTRA TRANSVERSAL
DE ADOLESCENTES DE CIUDAD DE DAVID”**

Proyecto final de graduación presentado como requisito para optar por el título de Trabajo de Maestría
en Psicología Clínica en la Universidad Latina de Panamá

Aida Sofia Morales Gaitan
C.I.: 4-777-987

Profesor Asesor:
Mgst. Augusto Mendez

Panamá, República de Panamá

2024

Dedicatoria

Esta investigación está dedicada a Dios, por darme la fuerza física y mental para culminar con esta meta. A mi mamá y a mi papá, por su apoyo incondicional y motivación. A mi abuelo, por darme valor desde el cielo. A mis amigos y familiares que me alentaron a seguir y me dieron espacio para desahogarme cada vez que lo necesitaba. Y finalmente, a mi persona, por no rendirme.

Agradecimiento

Gracias a Dios, por calmarme en los momentos de angustia.

Gracias a los jóvenes y acudientes, quienes confiaron y estuvieron dispuestos en participar en este estudio.

Gracias a mi familia y amistades, por brindarme su apoyo incondicional durante todo este proceso.

Gracias a mi asesor por brindarme sus conocimientos y guiarme.

Gracias a Bangtan Sonyeondan “BTS” por acompañarme y ayudarme a canalizar mis emociones y alentarme a no rendirme.



UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMÁ

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Aida Sofia Morales Gaitan con cédula de identidad personal número, 4-777-987 estudiante graduando del programa/carrera de Maestría en Psicología Clínica declaro bajo la gravedad del juramento que el material que aparece en este trabajo de graduación, en la opción: “ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE CIUDAD DE DAVID” (Tesis, proyecto final, pasantía, otro) es de mi producción intelectual, en razón de lo cual exonero a la Universidad Latina de Panamá de cualquier responsabilidad relacionada con este aspecto.

Como constancia, firmo la presente declaración el día 18 del mes de marzo del año 2024.

Firma del estudiante:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Aida Sofia Morales Gaitan", is written over a light blue rectangular background.

Cédula: 4-777-987

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Declaración Jurada.....	iv
Índice.....	v
Índice de Figuras	vii
Índice de Tablas	viii
Introducción.....	1
Resumen	3
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA	4
1.1 Planteamiento y Formulación del Problema	5
1.2 Objetivos de la Investigación	7
1.2.1. Objetivo General	7
1.2.2. Objetivo Especifico	7
1.3 Justificación de la Investigación.....	7
1.4 Alcance y Delimitación	9
1.5 Línea de Investigación	9
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes de Investigación Realizadas en el Tema	11
2.2 Bases Teóricas de la Investigación	12
2.3 Sistema de Variables	60
2.3.1 Definición Conceptual de Variables	60
2.3.2 Definición Operacional de Variables	61
2.3.3 Mapa de variables	61
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	63
3.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	64
3.2 Población y/o Muestra.....	64
3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	65
3.4 Validez y Confidencialidad	67
3.5 Técnica de Análisis de Datos.....	67
3.6 Procedimiento de la Investigación	68

CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	71
4.1 Análisis de los Resultados	72
4.2 Discusión de los Resultados	78
CAPÍTULO 5: PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN	85
5.1 Introducción de la Propuesta	86
5.2 Objetivos de la Propuesta	¡Error! Marcador no definido.
5.3 Beneficios e Impacto Esperado	¡Error! Marcador no definido.
5.4 Cronograma de Actividades	89
5.5 Presupuesto.....	90
5.6 Plan de ejecución	91
Conclusiones	94
Recomendaciones	95
Bibliografía	96
Anexos	103

Índice de Figuras

Figura 1. Estrategias de intervención	49
Figura 2. Estructura de la intervención.....	69
Figura 3. Resultados pre-test y pos-test globales del DERS.....	74
Figura 4. Resultados pre-test y post-test de las sub-escalas del DERS.....	75
Figura 5. Resultados pre-test y pos-test de la Escala de Depresión de Beck (BDI).....	77
Figura 6. Resultados pre-test y pos-test de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)..	78
Figura 7. Cambios observados en las sesiones de entrenamiento grupal basado en DBT.....	79

Índice de Tablas

Tabla 1. Clasificación de depresión y ansiedad según CIE-10 y DSM-5	41
Tabla 2. Criterios diagnósticos del Trastorno depresivo mayor según CIE-10 y DSM-5.....	43
Tabla 3. Criterios diagnósticos del Trastorno de ansiedad generalizada según CIE-10 y DSM-5	45
Tabla 4. Mapa de variables de la investigación	61
Tabla 5. Características sociodemográficas.....	72
Tabla 6. Resultados pre-test y pos-test de la aplicación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).....	73
Tabla 7. Resultados pre-test y pos-test del Inventario de Depresión de Beck (BDI)	76
Tabla 8. Resultados pre-test y pos-test de la escala de Hamilton para la Ansiedad	77
Tabla 9. Cronograma de actividades de la investigación.....	89
Tabla 10. Presupuesto de la investigación.....	89

Introducción

Muchas veces los adultos se relacionan con los adolescentes desde una posición de alarma, etiquetándolos como “problemáticos/as” y creando una serie de estereotipos y prejuicios que contribuyen a factores de riesgo en la adolescencia. Los problemas como la búsqueda de identidad, la relación propia consigo mismos, la búsqueda de pertenencia a un grupo, las preocupaciones por el aspecto físico o las dificultades académicas pueden desarrollar síntomas de ansiedad, depresión y así mismo, dificultades en las habilidades para gestionar emociones fuertes.

Esta investigación tiene como propósito el análisis de la eficacia de un entrenamiento en regulación emocional basado en Terapia Dialéctica Conductual; dirigido a una población de adolescentes, los cuales debido a diversos factores estresores propios del desarrollo, de esta etapa, puede interpretarse como complicado.

La Terapia Dialéctica conductual es una terapia basada en la evidencia dirigida a problemáticas de desregulación emocional considerable. Permitiendo la acción dirigida a una meta frente a intensas experiencias emocionales negativas (Ortega, 2017). La regulación de las emociones se percibe como un proceso que cumple con una función adaptativa. Es decir, es una habilidad que ejerce un cambio en la experiencia emocional, utilizando diferentes estrategias efectivas para cumplir con metas específicas, y también para enfrentar y tolerar situaciones incómodas del día a día.

La estructura del presente trabajo de grado, se divide de la siguiente manera: en el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos; del mismo modo, se expone la justificación, el alcance y las limitaciones de la presente investigación.

En el capítulo II, presenta el marco teórico, el cual exponen los antecedentes de la investigación, y los conocimientos fundamentales sobre la adolescencia. También plantea aspectos generales de las emociones y la conceptualización y modelos teóricos de la regulación emocional; incluyendo los problemas relacionados a la regulación emocional como la depresión y ansiedad. Además, introduce la

literatura sobre la Terapia Dialéctica Conductual. Por último, describe las variables y sus definiciones conceptuales y operacionalización.

En el capítulo III, se desarrolla la metodología de la investigación, que incluye la muestra y el proceso llevado a cabo y estructurado en un diseño cuasi experimental pre-test pos-test. También especifica la muestra de los sujetos que participaron en la investigación. Por último, se describen las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el análisis de datos y el procedimiento de la investigación.

En el capítulo IV se presenta el análisis y discusión de resultados obtenidos de la aplicación del pre y post test de los instrumentos de recolección de datos, los cuales se presentan a través de gráficas y cuadros. De igual manera, se corrobora la hipótesis

En el capítulo V se detalla la propuesta de investigación del presente estudio y se indican las conclusiones a las que se alcanzó; como resultado de la investigación y las recomendaciones para estudios futuros relacionados con este tema.

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue aplicar un programa de entrenamiento a un grupo de adolescentes. Se utilizó un diseño cuasi experimental de tipo descriptivo y exploratorio con pre-test y post-test de un grupo único. La muestra utilizada fueron 4 participantes adolescentes, con edades entre 15 y 17 años, de la ciudad de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá. El entrenamiento se basó en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) de Marsha Linehan, la cual forma parte de las terapias analíticas funcionales de tercera generación. La intervención se realizó durante 7 sesiones, dos sesiones semanales de 60 minutos cada una. Los participantes fueron evaluados mediante tres instrumentos, La Escala de Dificultades en la regulación Emocional (DERS), la escala de Hamilton para la Ansiedad y el Inventario de Beck para la Depresión. Los resultados indicaron que no se puede inferir que el entrenamiento grupal basado en Terapia Dialéctica Conductual; no fue efectivo para mejorar las habilidades de regulación emocional en los adolescentes participantes del estudio. Los síntomas depresivos parecen haber disminuido; no obstante, en los síntomas de ansiedad, solo una participante (P3) disminuyó su puntuación.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento y Formulación del Problema

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizado por cambios físicos, emocionales y sociales. Por lo tanto, es un periodo del desarrollo humano ideal para el aprendizaje y desarrollo de hábitos saludables. La capacidad de reconocer, comprender y gestionar las emociones de manera consciente y balanceada es un aspecto fundamental en el desarrollo emocional de los adolescentes para enfrentar desafíos de la vida y cultivar desde temprana edad, la importancia de priorizar la salud mental ante cualquier circunstancia que experimenten.

A nivel emocional los jóvenes pueden presentar una tendencia al desánimo; se produce un comportamiento más impaciente y presentan con mayor frecuencia problemas de somatización. Los adolescentes pueden estar menos contentos y más enojados que en su etapa de desarrollo infantil; manifiestan más estados afectivos desfavorables, desequilibrio emocional y sentimientos de miedo, tristeza, ansiedad, vergüenza y culpa. (Mónaco, Barrera, & Montoya-Castilla, 2017).

Hoy en día conocemos que las emociones cumplen la tarea de regular tanto interpersonal como extrapersonal el comportamiento humano; y que gracias a esta función de evaluar y dar significado es posible tener una mejor preparación y respuesta frente a determinado evento. Según Gross (1998), la regulación emocional es el conjunto de mecanismos que una persona usa para influir en sus emociones cuando aparecen y, en particular como se siente y se expresa. Sin una regulación emocional adecuada, es más tormentoso y problemático adecuarse a las circunstancias y dar respuestas más acordes a la situación (Silva, 2020).

Las emociones son como una alarma interna que permiten al ser humano adaptarse y afrontar su entorno. Durante la adolescencia, se puede presentar una alta vulnerabilidad, que se relaciona con la inestabilidad emocional, el desarrollo de la personalidad e identidad; así como también con las dificultades generadas de las relaciones con su entorno.

En consecuencia, cuando se encuentran inmersos en un ambiente invalidante, pueden cuestionar la comprensión de sus propias experiencias y aprenden que sus emociones y sentimientos no son aceptados por los demás. De esa manera, cuando los jóvenes no logran construir estrategias efectivas para regular sus emociones, aparecen los comportamientos de riesgo, debido a la deficiencia en la regulación emocional conocida como desregulación emocional (Acosta & Gómez, 2021).

Las bases teóricas conceptualizan la desregulación emocional, como una respuesta emocional extrema o inapropiada de sucesos que se experimentan. Es decir, existe una incapacidad para controlar las emociones propias por falta de conocimiento en el reconocimiento emocional, así como la dificultad en la expresión y afrontamiento tanto verbal como no verbal ante una determinada situación; generando comportamientos “exagerados” debido a que se percibe una sensación interna intensa y traumática imposible de gestionar.

Por lo tanto, en los adolescentes los signos de comportamiento que amenazan la estabilidad del desarrollo emocional deben abordarse desde etapas tempranas para evitar la constante necesidad de los adolescentes de retrasar el sentirse gratificado por las situaciones y acciones que pueden derivar en serios problemas emocionales como manejo de la ira, trastornos de ansiedad y depresión (Acosta & Gómez, 2021). Al respecto, Hervias et al. (2022) indican que los adolescentes que sufren de ansiedad y depresión, tienen un deterioro en su funcionamiento global y una propensión a la cronicidad y persistencia de trastornos mentales en la adultez.

En este sentido, la Terapia Dialéctica Conductual ha demostrado su efectividad como método de intervención para el entrenamiento en habilidades de regulación emocional; permitiendo el aprendizaje de técnicas basadas en evidencia para identificar y regular las emociones intensas y mejorar la calidad de vida.

Sin dejar a un lado que, aunque existe una amplia literatura sobre la regulación emocional y por lo expuesto anteriormente; aún es necesario profundizar y ampliar en investigaciones en Panamá sobre

la importancia y relevancia que tienen las estrategias de regulación emocional en adolescentes para mejorar los procesos emocionales y el funcionamiento general psicológico. Los jóvenes no deben enfocarse en solo sobrevivir a una sociedad y a las demandas del Siglo XXI; sino también que es necesario brindarles la oportunidad de aprender sobre la regulación emocional como punto clave para disminuir en el origen de psicopatologías en un futuro y así darles herramientas para vivir en plenitud emocional y psicológica.

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Analizar el efecto de un entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en Terapia Dialéctico Conductual (DBT) en adolescentes de 15 a 17 años del Distrito de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir las variables sociodemográficas y clínicas de un grupo de adolescentes.
- Evaluar el estado basal de la dificultad de habilidad emocional con la escala DERS en adolescentes.
- Medir estadísticamente si el entrenamiento grupal DBT en habilidades de regulación emocional influye significativamente en los síntomas depresivos de los adolescentes.
- Medir estadísticamente si el entrenamiento grupal DBT en habilidades de regulación emocional influye significativamente en los síntomas de ansiedad de los adolescentes.

1.3 Justificación de la Investigación

Para poder aprovechar de todos los recursos que ofrecen las emociones, se requiere de la disposición de ciertas habilidades emocionales. De lo contrario, las emociones pueden conducir a un deterioro sobre el buen funcionamiento psicológico de una persona. En particular, los estados de ánimo en ocasiones permanecen independientes de las circunstancias objetivas de la vida, volviéndose

disfuncionales y desadaptativos. Lo que conlleva aprender ciertas habilidades para regular los estados emocionales, ya sea enfado, tristeza o miedo para lograr adaptarse al entorno.

De acuerdo con el informe Estado Mundial de la Infancia del 2021, 1 de cada 7 adolescentes entre edades de 10 a 19 años ha sido diagnosticado con un trastorno mental (UNICEF, 2021). Los trastornos de salud mental representan el 16% de todas las enfermedades y lesiones en este grupo de edad. En el cual, la mitad de los trastornos mentales comienzan alrededor de los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se diagnostican ni se tratan. Del mismo modo, nos dice que la mayoría de las causas de muerte entre los jóvenes son los suicidios en adolescentes entre los 10 y los 19 años (Villanueva & Quispe, 2021).

Un estudio sobre las características epidemiológicas de los suicidios en Panamá reportó 1, 475 suicidios entre 2007 y 2016, de los cuales el 13 % ocurrieron en el grupo de edad de 10 a 19 años. Sin embargo, Panamá tiene un subregistro aproximado de 14.4%, lo que impide información veraz (Sánchez M. M., 2019). En un reporte de la UNICEF Panamá indica que al menos 1 menor de 18 años había presentado molestias en su salud mental; en el 2020 el 21% de los encuestados había reportado la necesidad de ser atendido por un profesional de salud mental. Mientras que, en el 2021, se reportaba el 33%.

En el 2022, el Ministro de Salud, Luis Sucre mencionó que la tasa nacional de suicidios es de 3,1% por cada 100.000 habitantes, y es la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años en el país (El Siglo, 2022) Según el MEDUCA, el 43% de los estudiantes tuvieron un impacto emocional leve, moderado o severo, y la mayoría mencionó estrés o ansiedad a medida que se adaptan al regreso presencial (El Siglo, 2022) A esta realidad se le suma el hecho de que muchas personas que padecen estas patologías, pero que por situaciones personales o culturales no buscan la ayuda profesional necesaria y quedan excluidos de todas las estadísticas procesadas a nivel institucional y especialmente en el ámbito de la salud (García, 2017).

Durante el periodo de la adolescencia es de gran relevancia brindar y desarrollar habilidades de regulación emocional adecuadas. Con un manejo más sano de las emociones es posible evitar patologías y mejorar la calidad de vida de esta población. Del mismo modo, promover una adecuada regulación emocional no solo aporta a una mayor satisfacción individual, sino que también permite a la sociedad mejorar su salud mental.

En la ciudad de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá es necesario recopilar mayor información sobre la salud mental en adolescentes, dado que es una etapa del ciclo de vida en donde esta población se ve expuesta ante vulnerabilidades que pueden afectar gravemente su salud emocional y psicológica debido a los cambios tanto físico como cognitivos que afrontan durante esta etapa.

Si bien es cierto, la regulación emocional se va construyendo durante la toda la vida, la etapa de la adolescencia es donde se podría promover, prevenir y brindar estrategias que beneficien la salud mental en adolescentes; siendo así la clave analizar, evaluar y validar estrategias orientadas al desarrollo de la regulación emocional en adolescentes de 15 a 17 años y disminuir diagnósticos de psicopatologías en la adultez.

1.4 Alcance y Delimitación de la Investigación

La presente investigación tiene como alcance y delimitación la aplicación de un entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en la Terapia Dialéctica Conductual a una población seleccionada de adolescentes entre las edades de 15 a 17 años de la ciudad de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá.

1.5 Línea de Investigación a la que Pertenece el Estudio

La línea de investigación de la presente investigación es psicología clínica, el cual analiza los efectos biológicos, psicológicos y sociales de las intervenciones psicológicas en individuos con diferentes condiciones de salud mental. Por lo tanto, esta línea de investigación se centra en la relación entre salud

y enfermedad utilizando como unidades de análisis los individuos que presenten síntomas y/o trastornos psicológicos.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de Investigación Realizadas en el Tema

En un estudio de caso único con un diseño de seguimiento A-B realizado por González (2021), en donde aplicó un protocolo virtual de entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) con adolescentes que presentaron sintomatología emocional; medido a través de las escalas DASS-21, CDI y SCARED. Con tres participantes, implementó un protocolo de intervención estuvo conformado por cinco sesiones virtuales con los siguientes temas: habilidades de Mindfulness, regulación emocional, acumulación de experiencias positivas a corto y largo plazo, construir competencia, solución de problemas y acción opuesta. Los resultados demostraron que la intervención fue efectiva y que contribuyó en la reducción de puntajes en sintomatología de ansiedad y depresión. Por el contrario, con el tercer participante no se obtuvieron resultados que indican mejoría significativa debido a que estaba afrontando un duelo de un familiar cercano.

López (2020) analizó el efecto de una intervención individual y una intervención familiar en base a la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en adolescentes que presentaban desregulación emocional y las interacciones con sus cuidadores. Se realizó un diseño de caso único ABC con fase de seguimiento, medición constante y escalas conductuales. Los resultados mostraron que, según los participantes, la terapia individual no fue efectiva, la introducción de la terapia familiar sí lo fue. Ambas intervenciones pudieron reducir el comportamiento emocionalmente perturbado y desarrollaron comportamientos efectivos como habilidades.

Valdivieso y Cambero (2021) realizaron una intervención basada en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) del modelo original de Marshall M. Linehan para adolescentes gravemente desregulados emocional y conductualmente de manera virtual. El programa incluía terapia individual, grupo multifamiliar de entrenamiento en habilidades, coaching telefónico, un grupo de terapeutas que trabajan en equipo; en caso de ser necesario un tratamiento farmacológico y sesiones a familiares.

Los resultados indicaron que la DBT para adolescentes era un método de intervención empírico que había demostrado ser beneficioso, incluso en su adaptación virtual por motivos de la pandemia COVID-19. Sin embargo, manifestaban que era necesario seguir realizando investigaciones que ampliarán su efectividad y promovieron a otros profesionales a utilizar este tipo de tratamiento para casos de desregulación emocional y Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes. Trabajar en las habilidades de regulación emocional en adolescentes es una oportunidad para desarrollar e intervenir en patrones emocionales; que impulsarían al cambio a nivel cognitivo, conductual e interpersonal.

2.2 Bases Teóricas de la Investigación

Perspectiva Histórica sobre Adolescencia

Desde una perspectiva histórica, la conceptualización de la adolescencia es una fase de transición que ha sufrido cambios significativos. Los pueblos primitivos solo reconocían la infancia y la edad adulta, por lo que un niño a cierta edad debía superar satisfactoriamente determinadas pruebas y ejercicios para convertirse inmediatamente en adulto. En esa época, había muchas doctrinas que impedían al hombre apoderarse de su libertad y dignidad humana. En la antigüedad, los niños menores de 8 años eran considerados animales; tenían acción voluntaria, pero no una oportunidad real. De 8 a 14 años, se consideraba que el joven era capaz de manejar sus deseos emocionales al control y dominación; por lo tanto, era capaz de tomar decisiones significativas (Marintez, B.; et al., 2012)

Platón (427-347 a. C.) y Aristóteles (384 -322 a. C.) consideraron la transición a la edad adulta como un momento de adquisición de la razón, pero también de pasiones e inestabilidad. En el Imperio Romano los menores de edad eran conocidos como “impuber” y se convertían en adultos cuando el padre o tutor se daba cuenta de que tenían la edad suficiente para llevar ropa de adulto y afeitarse. Alrededor de los doce años, un niño romano se graduaba de la escuela primaria y a la edad de catorce años ingresaba al ejército. En la Edad Media, el crecimiento físico de un niño se consideraba el

desarrollo gradual de la creación de Dios, los niños y los adultos eran iguales, solamente que el joven era un adulto en miniatura (como se citó en Marintez, B; et al., 2012).

Etimológicamente, la adolescencia proviene de la palabra latina "adolescere", que significa pubertad, y castellano tiene dos significados: algún defecto o ausencia, y también desarrollo y madurez. Es una etapa de cambio entre la niñez y la edad adulta. Involucra intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales (Hidalgo, 1954).

En el Renacimiento, los niños eran entregados a una madre sustituta en sus primeros años de vida y eran alejados de sus cuidadores principales. Alrededor de los dos a siete años regresaban con sus padres y trataban de adaptarse nuevamente a su entorno y convivencia familiar. Por lo tanto, durante este periodo, la vida tanto emocional como física de los jóvenes estaba marcada por momentos difíciles. En el siglo XVII y XVIII, se empieza a aceptar que los niños son seres humanos que tienen dificultades diferentes a los adultos y se empieza a preocupar en el ámbito afectivo (Marintez, B.; et al., 2012).

Tradicionalmente, el concepto de adolescencia está conformado por dos dinámicas principales. El primero empieza en Europa alrededor del siglo XVIII, influido por la Revolución Industrial, la creación de los "tribunales de menores" y normas laborales que gradualmente categorizaban las personas según su edad, para que pudiesen ser clasificados como trabajadores. Por otro lado, se encontraba la propuesta de Rousseau de organizar a las personas que acudían a la escuela según su edad, lo que causó el desequilibrio en la heterogeneidad del aula, ocasionando grupos de edad en la educación y a su vez influyó en el origen de las escuelas. Que actualmente se clasifican por grupo de edad como infancia, adolescencia y adultez (Suárez & Rico, 2018).

La segunda dinámica fue la implementación en los países occidentales de los constructos de la adolescencia desde una perspectiva eurocéntrica, que destacaban la necesidad de vigilancia y protección de esta población. Estas percepciones pasaron a la historia y fueron la base sobre la cual el

estado creó y/o adoptó normas, en especial políticas nacionales, destinadas a satisfacer estas necesidades (Suárez & Rico, 2018).

Hacia final del siglo XX surge el concepto de cultura adolescente, en donde se comienza a desarrollar signos de identificación propios a su edad por ejemplo la moda, hábitos, pensamientos, valores, preocupaciones, entre otros. La educación se convierte obligatoria hasta los dieciséis años y residen con sus cuidadores principales. Durante esta etapa se pone en duda la autoridad de los adultos, se pueden dar comportamientos transgresores y se empieza a explorar la sexualidad (Marintez, B.; et al., 2012).

En la mayoría de las sociedades modernas, la transición de la niñez a la edad adulta no se distingue por una sola etapa, sino por un largo período conocido como adolescencia, que es una etapa de desarrollo que incluye cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales y toma diferentes formas en diferentes escándalos sociales, culturales y económicos (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Principales Definiciones sobre la Adolescencia

En el siglo XX, la antropología desempeñó un papel en la definición de la juventud, pero la mayoría de los estudios antropológicos sobre el tema de la juventud revelan la fuerte influencia de las teorías psicológicas sobre el desarrollo humano y la socialización. El interés por la niñez y la juventud se puede encontrar en el trabajo de antropólogos de Ruth Benedict y Margaret Mead. Si bien Mead cuestiona la noción de adolescencia como un universal cultural y muestra en Samoa que las transiciones de niños y niñas a la edad adulta son diferentes, ambos parten de la idea de socialización entendida como la emergencia de conocimientos y características culturales transmitidas por los adultos a los bebés en su fase de transformación. Esto es desde una perspectiva de desarrollo humano, considerando su transformación en un adulto maduro con el tiempo (Castro-Pozo, 2019).

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de adolescencia como la etapa de vida comprendida entre la niñez y la adultez, es decir, entre los 10 a 19 años. Destacando que es una fase de vital importancia para el desarrollo sano del ser humano (OMS, s.f.).

Por otra parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia señala que la adolescencia es la fase indispensable para la integración de los valores propios, permitiendo el aprendizaje y desarrollo de fortalezas. Manifestando a su vez, lo complicado que puede ser debido a los cambios y dudas que afrontan los adolescentes; así como para sus padres y adultos cercanos (UNICEF, 2022).

Por esta razón la adolescencia es la etapa entre la niñez y la adultez, que se inicia cronológicamente con los cambios de la pubertad y se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales, muchos de los cuales generan crisis, conflictos y contradicciones, pero en gran parte positivos. Esta no es sólo una época de ajuste a los cambios físicos, sino también una etapa de identificación frente a la independencia psicológica y social (Pérez & Santiago, 2002).

Fases de la Adolescencia

La adolescencia marca la segunda etapa del desarrollo evolutivo que experimenta toda persona. Este periodo, como hemos descrito anteriormente, dura varios años. Por lo tanto, se puede afirmar que en un grupo de jóvenes existen diferentes subgrupos de personas que viven diferentes momentos de la vida. Según el autor Castillo (1999) la adolescencia se puede dividir en tres etapas (como se citó en Montoya, 2007):

Adolescencia primaria o pubertad. Esta fase se presenta para las niñas entre las edades de 11 y 13 años. En los niños, ocurre un poco más tarde, entre los 13 y 15 años. Se caracteriza por los cambios físicos que experimenta el joven durante la primera transición desde la infancia hasta la edad adulta. Todos los cambios físicos que acompañan a la pubertad influyen en la psique de una persona joven. Es posible que los jóvenes no se muestren afectados profundamente por los cambios que empiezan a experimentar, pero lo cierto es que el comportamiento del adolescente en esta fase puede ser

interpretado como negativo, sin embargo, estos suelen ser casos aislados. Por lo general, el joven en esta primera etapa es un ser espontáneo y emotivo. Se mueve entusiasta e incluso demasiado apasionado por las cosas.

Adolescencia intermedia. Ocurre a partir de los 13 y 17 años en las niñas; en cambio, en los varones se presenta entre los 15 y 18 años. Esta fase se caracteriza por “una crisis interna”, en donde se va dando un proceso de cambio biológico visible. Una vez que se puede superar estos cambios, empieza una realidad interna difícil de manejar. El adolescente se mueve entre la incertidumbre y la rebeldía, se enfrenta a una serie de desafíos que debe superar para convertirse en adulto. Se da el descubrimiento de su identidad, desarrollo intelectual, conquista de la autonomía y desarrollo su propia conciencia moral es un desafío que debe enfrentar.

Poco a poco, el joven aprende a conocerse mejor y se da cuenta de sus limitaciones. Es consciente de lo que es y de lo que le gustaría conseguir en el futuro. Empieza a tomar conciencia de que el futuro requiere esfuerzo y lo que le gustaría explorar. Esta segunda pubertad consiste, por tanto, en el comienzo del autodescubrimiento.

Adolescencia superior o edad juvenil. Esta fase se suele presentar entre los 16 y se extiende hasta los 18 años en las niñas; en los varones, entre los 18 a los 21 años. Es la última etapa de maduración y desarrollo de la personalidad. El joven ya no es impulsivo, ni consigo mismo ni con otras personas; empieza a disfrutar de una sana convivencia de su familia y personas de su entorno.

Con la llegada de esta tercera adolescencia, llega el momento de pensar en el futuro y tomar decisiones que te acercan a la persona ideal. El joven da el paso y se suma a los que han superado la adolescencia y afrontan el inicio de la edad adulta con naturalidad y serenidad.

Lo expuesto anteriormente, señala que las niñas comienzan y terminan la pubertad aproximadamente un año antes que los niños. Crecer requiere madurez y cada una de las etapas permite que los adolescentes utilicen habilidades que se pueden usar mejor a lo largo de los años. Hay

que destacar que la aparición del pensamiento formal o abstracto y el nacimiento de la intimidad son cruciales para la maduración adolescente (Acevedo, 2019).

Desarrollo en la Adolescencia

Ningún sistema del desarrollo puede precisar de forma eficaz a cada uno de los adolescentes porque no forman un grupo homogéneo; la adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y/o estándar. Los diferentes aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no tener el mismo ritmo de maduración, y la infelicidad o el estancamiento se producen especialmente en momentos de estrés (Güemes-Hidalgo, González-Fierro, & Vicario, 2017).

Esta fase del desarrollo humano permite el tránsito de la niñez a la adultez. Es un período puente, de transición entre dos realidades muy lejanas y diferentes. La juventud es una época de especial maduración y crecimiento. Los cambios que se dan en esta etapa son introductorios; una oportunidad para el cambio en una persona (Acevedo, 2019).

Existen infinitas diferencias entre el desarrollo biológico y el psicosocial de cada joven. Además, el desarrollo psicológico puede verse influido por aspectos biológicos. Por ejemplo, si el proceso de desarrollo va muy por delante o por detrás de sus pares, el joven suele tener dificultades de adaptación y baja autoestima (Güemes-Hidalgo, González-Fierro, & Vicario, 2017).

La adolescencia es una ventana de oportunidades para el crecimiento, no solo físicos, sociales y cognitivo sino también en autopercepción de sí mismos; la autoestima, autonomía y la privacidad (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Desarrollo Físicos

Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, un proceso que conduce a la madurez sexual, la fertilidad o la posibilidad de reproducirse. La pubertad es el efecto de la producción de diversas hormonas. Un aumento en los niveles de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) en el hipotálamo provoca un aumento en dos importantes hormonas reproductivas; hormona luteinizante

(LH) y hormona estimulante del folículo (FSH). En las niñas, la menstruación comienza con un aumento de la hormona estimulante del folículo. En los hombres, la hormona luteinizante desencadena la secreción de testosterona y androstenediona (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

La pubertad tiene dos etapas significativas: *la activación de las glándulas suprarrenales*, ubicadas sobre los riñones y que se da alrededor de los 6 u 8 años de edad. Durante esta etapa, secreta cantidades gradualmente crecientes de andrógenos, en especial dehidroepiandrosterona (DHEA). Lo cual influye en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial, así como también el desarrollo corporal más rápido, incremento de la grasa y olor corporal (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

La segunda etapa, es la madurez de los órganos sexuales aproximadamente 4 años más tarde; se da el aumento de producción de estrógeno en las mujeres lo que influye en el desarrollo de los genitales femeninos y crecimiento de los senos, vello púbico y axilar. En los hombres, los testículos aumentan la producción de andrógeno, en específico la testosterona, que impulsa el crecimiento de los genitales masculinos, la musculatura y el vello corporal. Tanto los niños como las niñas tienen ambas hormonas. Sin embargo, las mujeres tienen niveles más altos de estrógeno, mientras que los hombres tienen niveles más altos de andrógenos (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Otros cambios físicos que empiezan a evidenciarse son el crecimiento del cuerpo como el peso, la estatura y las variaciones en las formas y tamaños del cuerpo. Incremento de la masa muscular y de la fuerza, más en hombres. Incremento de la circulación de oxígeno, aumento de los mecanismos hemostáticos, así como la maduración de los pulmones y el corazón, lo que significa un mejor desempeño y una recuperación más rápida de las actividades físicas. A medida que aumentan los cambios físicos, pueden presentarse signos de torpeza motora, trastornos de coordinación, fatiga, trastornos del sueño, que pueden causar trastornos emocionales y conductuales temporales (Güemes-Hidalgo, González-Fierro, & Vicario, 2017).

Desarrollo Cognitivo

Los adolescentes ingresan al nivel más alto de desarrollo cognitivo de Piaget, las "operaciones formales", a medida que potencian su capacidad de pensar de manera abstracta. Esta habilidad, generalmente alrededor de los 11 años, les brinda una forma nueva y más flexible de procesar la información (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Algunos investigadores del procesamiento de información han identificado dos cambios medibles en el pensamiento adolescente: los *cambios estructurales*, incluye cambios en el tamaño de la memoria de trabajo; capacidad de la memoria de trabajo que aumenta rápidamente durante la niñez, mientras continúa aumentando durante la adolescencia. Tal expansión permite a los jóvenes lidiar con problemas complejos o decisiones que involucran múltiples piezas de información (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Por otra parte, se da un aumento en la cantidad de información almacenada en la memoria a largo plazo que puede ser declarativa, es decir, expone todo el conocimiento según hechos. El conocimiento procedimental, implica todo el conocimiento que tiene una persona y conocimiento conceptual, consta del uso de la comprensión. El *cambio funcional* se refiere a los procesos de adquisición, gestión y almacenamiento de información. Estos incluyen aprender, recordar y razonar, los cuales mejoran durante la adolescencia (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

A través del pensamiento abstracto, los adolescentes pueden definir y discutir conceptos abstractos como el amor, la justicia y la libertad. Son más conscientes de las palabras como símbolos que pueden tener múltiples significados, disfrutan más de la ironía, los juegos de palabras y las metáforas (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Los jóvenes también adquieren la capacidad de tener una mejor perspectiva social, la capacidad de adaptar su discurso al conocimiento y la perspectiva de otra persona. Esta habilidad es importante para la persuasión o la conversación (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

El vocabulario de los jóvenes se caracteriza por un cambio rápido, aunque algunos de sus conceptos se han vuelto cotidianos, los jóvenes están constantemente construyendo otros nuevos. Este vocabulario puede variar según el género, la etnia, la edad, la región geográfica, el vecindario y el tipo de escuela. Debido a que los jóvenes son conscientes de su audiencia, utilizan un lenguaje diferente con sus compañeros que con los adultos. La jerga juvenil es parte del proceso de identidad independiente, aislado de los padres y del mundo adulto (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

A medida que los adolescentes alcanzan niveles cognitivos más altos, adquieren mayor capacidad de hacer raciocinios más elaborados sobre temas morales. También aumenta su inclinación al altruismo y la empatía. Los jóvenes son más hábiles que los niños más pequeños en considerar otro punto de vista cuando resuelven problemas sociales, se ocupan de las relaciones humanas y se ven a sí mismos como seres sociales. Toda esta evolución contribuye al desarrollo moral (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Desarrollo Psicosocial

En la adolescencia surge la búsqueda de la identidad, que Erikson define como un autoconcepto unificado que consta de objetivos, valores y creencias con los que una persona está comprometida. Como señala Erikson (1950), el esfuerzo del joven por hacerse entender no es “una especie de malestar madurativo”, sino que forma parte de un proceso sano y vital que se sustenta en los logros de etapas anteriores (confianza, autonomía, iniciativa y diligencia) y sienta las bases para enfrentar los desafíos de la edad adulta. Sin embargo, la crisis de identidad rara vez se recupera por completo durante la adolescencia, ya que los problemas de esta fase reaparecen una y otra vez en la edad adulta (como se citó en Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Según Erikson, la identidad se forma cuando los jóvenes deciden tres cosas principales: elegir una profesión, adoptar los valores con los que viven y desarrollar una identidad de género satisfactoria. Durante la infancia, se adquieren las habilidades necesarias para tener éxito en su cultura y durante la

adolescencia se necesitan encontrar formas constructivas de usar estas habilidades (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Por otra parte, Erikson también plantea el concepto de "moratoria psicosocial" que es un período de libertad en el adolescente para buscar compromisos a los que puedan ser fieles. El psicólogo David Elkind (1998) mencionó que muchas se impone un comportamiento de adultez prematura en los adolescentes; por consiguiente, los adolescentes carecen de tiempo y oportunidades para observar una moratoria psicosocial: un período necesario de libertad desarrollar un yo estable y enfocado en sí mismo (como se citó en Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

El mismo autor menciona que los jóvenes resuelven con éxito una crisis de identidad cuando desarrollan la virtud de la lealtad; lealtad constante, esperanza o sentido de pertenencia a un ser querido. De la misma manera, la lealtad también puede significar identificación con valores, ideología, religión, movimiento político, intereses creativos o etnicidad (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

El principal peligro de esta etapa es la confusión de identidad o de roles, que puede retrasar significativamente la llegada de la edad adulta psicológica. Sin embargo, cierta confusión de identidad es normal. Según Erikson, esto explica el comportamiento aparentemente caótico y el doloroso abandono que muestran muchos jóvenes. La pertenencia a un grupo y la intolerancia a la diferencia, son características de la adolescencia y defensas contra la confusión de la identidad (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Según el psicólogo James E. Marcia, los adolescentes se dividen en cuatro estados de identidad, que se relacionan con estados del desarrollo de sí mismos: logro de la identidad, exclusión, moratoria y difusión de la identidad. Estas categorías no se relacionan con la presencia o ausencia de crisis y compromiso; por lo contrario, a lo que planteaba Erickson. Para Marcia, la crisis era un periodo en donde se tomaban decisiones conscientes y se daba el compromiso como una valoración personal en una ocupación o sistema de creencias. Por ende, encontró similitudes entre el estado de intensidad y

componentes como la ansiedad, autoestima, razonamiento moral y patrones de conducta (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Ahora bien, algunos autores cuestionan la diferencia real entre los hombres y las mujeres en su camino hacia la identidad. Por lo que sugieren que las diferencias individuales pueden ser más importantes que las diferencias de género. Sin embargo, el desarrollo de la autoestima durante la adolescencia suele estar relacionado con la búsqueda de logros individuales en hombres y mujeres, son más dependientes de las conexiones con los demás (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Varios estudios han demostrado que la autoestima disminuye durante la adolescencia, más rápidamente en las mujeres que en los hombres, y luego aumenta gradualmente en la edad adulta. Estos cambios pueden deberse en parte a la imagen corporal y otras preocupaciones relacionadas con la pubertad y la transición a la escuela secundaria (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Por ende, la autoestima se relaciona con las emociones complejas que se atraviesan durante la etapa de la adolescencia; impactando significativamente en el bienestar general de un adolescente. Por lo tanto, es importante comprender mejor el mundo emocional de un adolescente y no solo clasificar las emociones en “buenas” o “malas”.

Aspectos Generales de las Emociones

El término emoción se ha utilizado cada vez más en los últimos años, pero sigue habiendo dudas sobre su significado. En un estudio llevado a cabo para ahondar en la historia de la palabra emoción, concluyó que tiene un origen francés porque nace en la palabra *émotion* que deriva del verbo *émouvoir* proveniente del latín *ēmovēre*. En sus primeros significados, la emoción fue concebida como un movimiento o sacudida en las crónicas francesas, este término se refiere a una perturbación o rebelión, sin embargo, desde el siglo XIX comenzó a utilizarse para designar procesos psíquicos (Illachura, 2022).

De acuerdo a Sanchez y Jiménez (2010) las emociones se pueden agrupar en cuatro elementos principales:

- Reacciones fisiológicas que generan cambios a nivel del sistema nervioso autónomo como por ejemplo aceleración del ritmo cardíaco, enrojecimiento de la piel o erizamiento del vello. Así como también, cambios en el sistema nervioso central (activación o inhibición de estructuras neuronales) y en la secreción hormonal. Además, existen cambios fisiológicos que forman parte de la experiencia emocional como son las reacciones faciales, que al ser manifestadas comunican los estados emocionales.
- “Tendencia a la acción” o afrontamiento, ante situaciones en el ambiente que son emocionalmente importantes para el individuo, por lo que todas las emociones incluyen un desplazamiento para resolverlas; lo que se puede observar en comportamientos como agresión, evasión y postura del cuerpo.
- Experiencia subjetiva de la emoción o sentimientos, son señales de advertencia que las emociones hacen para reclamar nuestra atención. Lo que indica lo que las personas experimentan cuando se sienten ansiosas o irritadas. Generalmente, este aspecto es el más investigado.
- La emoción como un sistema para analizar y procesar información. Se supone que las emociones ocurren debido a una evaluación, positiva o negativa, de situaciones y así, la misma situación puede causar diferentes emociones.

En general, las emociones son respuestas repentinas, rápidas e intuitivas a nuestros estados mentales que cambian cuando experimentamos nuestro día a día. Las emociones se desencadenan por pensamientos, recuerdos o eventos importantes que crean reacciones rápidas que nos hacen actuar en función de cómo nos sentimos en ese momento (Álvarez, Bustos, & Nuñez, 2018). Por lo tanto, podemos inferir que las emociones se experimentan de forma diferente en cada individuo y son generadas por eventos internos o externos.

Todas las emociones tienen alguna función que las hace útiles y capacita al sujeto para realizar con eficacia respuestas conductuales adecuadas, independientemente del origen. Incluso en la mayoría de

las emociones, lo desagradable juega un papel importante en el ajuste social y personal (Montañés, 2005). Las emociones son funciones adaptativas que brindan información sobre el entorno y protegen ante situaciones amenaza o peligro, así como también sobre situaciones placenteras.

De acuerdo con Watson y Clark en 1995, en su investigación inicial, demostraron que el estado de ánimo se compone de influencias positivas y negativas. De acuerdo con lo anterior, se menciona que las emociones asociadas a las emociones positivas incluyen la alegría, la felicidad, el entusiasmo, etc., mientras que las emociones negativas rodean a estas emociones. Por ejemplo, la ira, el miedo, la ira, etc. (cómo citó Ferrer, 2019). Así pues, las emociones transmiten información sobre el contexto, las demandas y desafíos percibidos en conjunto con los estados de ánimo comunican la condición interna de cada individuo.

Las emociones, son parte de la naturaleza humana, pueden volverse patológicas y manifestarse en comportamientos impulsos, desatención, estados de tensión, confusión, mala planificación, elevados niveles de agresión hacia uno mismo y hacia los demás. Todos estos comportamientos dificultan que los adolescentes se adapten al entorno en el que viven y pueden interferir en sus relaciones con amigos, compañeros, hermanos, maestros y padres (Álvarez, Bustos, & Nuñez, 2018).

Las emociones se consideran una de las variables psicológicas más influyentes en la vida de los individuos porque determinan en gran medida el comportamiento. Por lo tanto, el estudio de experimentar y transformar la experiencia emocional se ha vuelto muy importante y, por lo tanto (Acevedo, 2019), la regulación emocional se ha convertido en un proceso central en las investigaciones recientes. Al no tener herramientas que permitan manejar las emociones adecuadamente, surge en el individuo la incapacidad para adaptarse al ambiente. Especialmente en presencia de esas emociones desagradables como lo son el enojo o tristeza, pueden tener grandes repercusiones en la regulación de las mismas.

Conceptualización de la Regulación Emocional

Se entiende la regulación emocional como la facultad que tiene un individuo para modular una emoción o un conjunto de emociones. Adicional, se propone que habría dos formas de regular las emociones: la regulación emocional explícita e implícita. La primera hace referencia a un seguimiento consciente de las emociones y la segunda modula la duración e intensidad de las emociones sin necesidad de tomar consciencia (Illachura, 2022).

Gratz y Romer (2004) indican que regulación emocional puede ser definido como el conjunto de las siguientes habilidades: conciencia, aceptación y entendimiento de las emociones; la habilidad de controlar el comportamiento impulsivo y actuar según los objetivos deseados a pesar de experimentar emociones negativas; y finalmente, poder utilizar estrategias regulatorias adecuadas para satisfacer las exigencias del medio ambiente.

Linehan (2020) define la regulación emocional como una habilidad para prevenir el comportamiento impulsivo e inapropiado asociado con fuertes emociones negativas o positivas; organizarse para actuar de una manera que no sea dependiendo del estado de ánimo; apaciguar toda activación fisiológica de este fuerte sentimiento causado; y ante la presencia de emociones fuertes, lograr enfocar la atención.

La dificultad para regular las emociones dolorosas está en el centro de muchos problemas de comportamiento en los humanos. Desde esta perspectiva, este dolor es un problema que necesita ser resuelto. Estas habilidades son especialmente importantes para los jóvenes que pueden ser emocionalmente sensibles y reactivos y para quienes no es fácil calmar la tensión emocional. Al desarrollar la capacidad de tomar decisiones que no se toman bajo presión emocional, los adolescentes están mejor posicionados para tomar decisiones efectivas (Mazza et al., 2016).

Mazza et al (2016) plantea que existen cuatro habilidades de regulación emocional:

Entender y nombrar las emociones. Enseñar acerca de las emociones y su relación con las funciones biológicas, es decir, el impacto que tienen en la motivación y preparación para la acción. Las

emociones comunican y afectan a los demás a través de nuestras expresiones faciales y comportamiento verbal y no verbal. Así como también, las emociones dan información sobre nosotros mismos y nuestro entorno.

Cambiar las respuestas emocionales. Los pensamientos y las interpretaciones del evento desencadenante pueden reforzar o cambiar el sentimiento. La habilidad de verificación de hechos permite verificar si lo que creen que realmente sucedió tal cual se piensa.

Reducir la vulnerabilidad a la mente emocional. Se enfoca en prevenir la aparición de emociones que generan malestar mediante la reducción de la vulnerabilidad de la mente emocional.

Dejar de lado el sufrimiento emocional. También es necesario experimentar emociones difíciles para responder de manera efectiva. Esta habilidad de desarrollar el hacer conscientes las sensaciones físicas asociadas con las emociones y experimentarlas sin ser molestados o perturbados por ellas.

La regulación emocional asiente la capacidad de poder prevenir conductas impulsivas e inapropiadas que son comúnmente asociadas con emociones negativas fuertes o positivas, que permite organizar una conducta en función a una situación. Es decir, la regulación emocional es tener la habilidad de poder sosegar cualquier impulso físico que genera una emoción fuerte y enfocar la atención; controlando e internalizando habilidades.

Modelos Teóricos de la Regulación Emocional

Las personas aprenden a regular sus emociones de manera gradual y en un proceso continuo. Comienza desde el nacimiento con dependencia total de los cuidadores principales hasta la edad adulta, cuando el individuo adquiere independencia y responsabilidad en su propia regulación emocional. Por lo tanto, el transcurso del tiempo entre una etapa a otra, juega un papel importante en el proceso de desarrollo de la regulación emocional (Gullón, 2019).

Múltiples autores han definido este concepto de regulación emocional a partir de los diferentes enfoques con los que han trabajado, pero estas propuestas no son excluyentes sino complementarias. Paul Ekman (1984) fue un psicólogo pionero de las emociones centradas en las expresiones faciales; proponiendo tres características principales de la expresión emocional: cada emoción es diferente, por ende, tienen propiedades únicas; la emoción es una respuesta aprendida para resolver tareas básicas de la vida, y las emociones básicas primarias y se fusionan para formar emociones complejas (Perales & Herrera, 2018).

Reeve (1994) se centró en la importancia funcional de las emociones; según él, la emoción tiene tres funciones principales: primero, una función adaptativa en la que el organismo presenta un comportamiento adecuado para cada situación y donde la emoción juega un papel muy importante; segundo, una actividad social, porque la expresión de las emociones transmite nuestro estado de ánimo, facilitando las relaciones humanas; y tercero, una motivación hacia la acción, porque la emoción puede determinar la manifestación de una conducta motivada, dirigirla a un fin específico y hacer que funcione con cierta intensidad (como se citó en Perales & Herrera, 2018).

A su vez, Contreras (2019), señaló la definición de regulación emocional de Thompson como “el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta” (p. 106).

Desde este concepto planteado por Thompson, la regulación emocional se caracteriza por los siguientes componentes: control de los procesos de activación mediante la maduración de los sistemas reguladores neurofisiológicos, enfocar la atención e internalizar información que afecta el estado emocional de una persona, interpretación de información emocionalmente relevante, control de signos internos de activación emocional; acceso a fuentes de supervivencia, tanto materiales como interpersonales; predecir y gestionar las demandas emocionales de los escenarios conocidos y elegir formas adaptativas de expresar emociones (Contreras, 2019).

En el transcurso de los noventa, Gross (1999) comenzó a estudiar la regulación de las emociones y se convirtió en uno de los principales investigadores en el campo. Según él, es el proceso por el cual los individuos influyen sobre sus sentimientos, cuándo se sienten y cómo los experimentan y expresan; (como se citó en Hérvas & Moral, 2017)

A lo largo de los años, se ha tratado de llegar a un consenso sobre el concepto de regulación emocional. Lo que nos lleva a reflexionar que esta destreza incluye una gama de procesos relacionados con problemas destinados a lograr la adaptación a un costo personal mínimo. Por lo que es esencial revisar sobre modelos teóricos utilizados para la comprensión de la regulación emocional.

Modelo Procesual de Regulación Emocional

Este modelo indica que la regulación de las emociones se puede estudiar en función de dónde interviene una estrategia reguladora en el proceso de generación de emociones (Gross, 1999). Según este autor, el proceso de generación emocional se puede dividir en varias etapas: situación, atención, interpretación y respuesta. Al mismo tiempo, se puede formar un grupo de estrategias de regulación emocional para cada etapa (como se citó en Hérvas & Moral, 2017).

Hérvas & Moral (2017) además mencionan que la estrategia de regulación emocional se puede dividir en dos grandes grupos: regulación centrada en los antecedentes de la emoción y regulación centrada en la respuesta emocional. Las estrategias de regulación emocional centrada en los antecedentes, se desarrolla de la siguiente manera:

Selección de la situación. Cada persona puede determinar ponerse en determinadas situaciones y no en otras. Las situaciones vividas que han provocado emociones negativas posibilitan el aprendizaje, lo que puede llevar a una persona a evitarlas antes de que se presente la situación que pueda generar sentimientos no deseados. A la inversa, también es posible elegir situaciones que generen experiencias positivas

Modificación de la situación. Se refiere al hecho de que una persona cuando se encuentra en una situación, puede intentar cambiar algún elemento en una u otra dirección de la situación, es decir, la situación puede configurarse parcialmente por la acción o inacción de una persona.

Modulación de la atención. Cada situación contiene muchos componentes por ejemplo puntos de vista u detalles; por lo tanto, una vez que se define una situación, siempre se puede controlar, incluso si ya no es fácilmente modificable. Logrando la atención de ciertos factores de dicha situación y no a otros. A veces, como sugiere el modelo, el propósito de cambiar el foco de atención tanto externa como interna, es regular una posible respuesta emocional.

Cambio cognitivo. La interpretación de la situación es a menudo la herramienta clave que explica la reacción de sentimientos futuros.

En cambio, la estrategia de regulación centrada en la respuesta emocional, se enfoca en cada una de las partes que activa la emoción. De esta manera, se puede intentar influir en el conocimiento emocional, la expresión u aparición de la conducta o en la activación fisiológica. Dentro de la terapia, las técnicas de desactivación buscarían principalmente reducir el aspecto psicofisiológico de la emoción activada (Hervás & Moral, Regulación Emocional aplicada al campo Clínico, 2017).

Es significativo recalcar que este modelo destaca entre las estrategias de regulación centradas en componentes previos a la generación emocional (antecedentes), o en componentes posteriores a la generación (consecuentes). Esto a veces es confuso porque una persona suele activar estrategias de regulación emocional cuando se activa una emoción, por lo que se puede interpretar que todas las acciones ocurren después de la emoción. Específicamente, Gross (1999) argumenta que la regulación basada en etapas previas a la activación emocional siempre es preferible a utilizar una estrategia que opere en una etapa posterior cuando la emoción ya ha sido activada (como se citó en Hervás & Moral, 2017).

Recientemente, Gross (2015) propuso un enfoque complementario, al que llamó "Modelo de Proceso Extendido". Este nuevo modelo, contiene ciclos funcionalmente conectados en el cual interactúan diferentes sistemas de valoración. Debido a que la emoción implica evaluación, la regulación emocional implica una evaluación de la evaluación. Entonces, en esta perspectiva, se considera que un sistema de valoración de primer orden genera emoción y genera un sistema de segundo orden que puede o no regular.

Aparentemente paralelos al modelo procesual de las emociones, se considera que estos sistemas de calificación representan períodos de ciclos de secuencia W-P-V-A. En donde "W" se refiere al mundo interior o exterior persona (situación), "P" en el entendido de que uno es para esto (atención), reconocimiento "V" estas observaciones (grado) y finalmente "A", al componente activo (respuesta), que considera tanto la actividad mental como la física (Santos, 2022).

De esta manera, los ciclos sucesivos se utilizan para explicar el proceso de generación y regulación de emociones, que incluye pasos como tales como: reconocimiento de una oportunidad o no regular las emociones, elección estrategia utilizada e implementación tácticas regulatorias especiales y seguimiento de cada una de las fases (Santos, 2022).

Modelo de Regulación Emocional Basado en el Procesamiento Emocional

Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg (2000) propusieron que el "afrontamiento emocional", es la capacidad de lidiar con emociones de alta intensidad de manera saludable o adaptativa, por lo que es un tipo de estrategia asociada con mejor ajuste psicológico. Estos autores identificaron dos mecanismos diferentes de afrontamiento emocional:

Expresión emocional. Cuando una persona intenta activamente expresar su experiencia emocional frente a los demás; tanto verbalmente como no verbal.

Procesamiento emocional. cuando se intenta activamente sentir y comprender los sentimientos y sus significados.

Hervás & Moral (2017) indican que este modelo sugiere que las emociones fuertes o las situaciones traumáticas no requieren procesamiento emocional, pero que dicho procesamiento es útil cuando se enfrenta a todas las emociones. Específicamente el modelo propone seis procesos que permiten un procesamiento emocional óptimo de la experiencia y por lo tanto una regulación emocional efectiva. Por el contrario, si uno de estos procesos es deficiente, la regulación emocional puede verse afectada en su eficacia.

El esquema de procesos que plantea el modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional es el siguiente (Hervás & Moral, 2017):

Apertura emocional. Que es la facultad de un individuo para acceder conscientemente a sus emociones, el estadio más avanzado sería el que se alcanza tras una práctica continuada de atención plena o atenta, y la alexitimia es el polo deficitario. Acceder a las emociones es un proceso complejo que involucra el desarrollo gradual y la integración de componentes psicológicos y somáticos.

Atención emocional. Se trata de la predisposición de atribuir recursos atencionales a la información emocional, y la indiferencia emocional es el otro extremo.

Aceptación emocional. Implica la ausencia de una evaluación negativa de la propia experiencia emocional, y la otra parte es el rechazo emocional.

Etiquetado emocional. Hace referencia a la capacidad de una persona para nombrar claramente sus sentimientos, y el extremo del déficit es la confusión emocional. Esta capacidad de nombrar con precisión las emociones también se ha denominado “granularidad” o “complejidad emocional”.

Análisis emocional. Se refiere a la capacidad de una persona para reflexionar y comprender el significado y las consecuencias de sus sentimientos. Dentro de esta fase, se contempla el “origen” cuando se activa una emoción y el primer objetivo es saber por qué se activa; si no se conoce esta información. Luego se da el “mensaje”, que descubre el significado del sentimiento. Posteriormente la

“validez” de la emoción utilizando estrategias que permitan verificarla. Y por último el “aprendizaje” con respecto a situaciones posteriores o metas de acción.

Modulación emocional. Indica la capacidad de una persona para cambiar sus respuestas emocionales mediante la activación de diferentes estrategias, ya sean estrategias emocionales, cognitivas o conductuales; lo contrario sería la desregulación emocional.

De esta manera, procesar las emociones, conlleva abrirse, aceptarlas y comprenderlas, es un proceso inseparable de la regulación emocional para este modelo. Intentar regular las emociones sin abrirse a ellas, adaptándolas o sin comprenderlas crea inevitablemente una dinámica desadaptativa en el corto plazo y especialmente en el mediano plazo (Hervás & Moral, 2017). Por lo tanto, la regulación emocional es el proceso por el cual los individuos toman decisiones a partir de sus sentimientos, incluyéndose experimentar los que le permiten lograr metas personales y sociales (Pérez & Bello, 2016).

Problemas Relacionados con la Regulación Emocional en la Adolescencia

Cada vez hay mayor evidencia de que las disfunciones en los procesos emocionales involucrados en la regulación emocional efectiva pueden desempeñar un papel importante en la vulnerabilidad a desarrollar diferentes trastornos psicológicos e inclusive físicos (Hévas,2011). Lo que crea una interrogante sobre el valor de poseer habilidades de regulación emocional y su impacto en la salvaguardar la calidad de vida de los jóvenes; y a su vez prevenir la aparición de enfermedades mentales y físicas.

APA (2014) señala que un trastorno mental se caracteriza por mostrar cambios clínicamente significativos en la regulación emocional, el estado cognitivo o conductual, desarrollando problemas en procesos biológicos, psicológicos y así interfiriendo en el funcionamiento del sujeto. Esta definición sugiere que la regulación emocional tiene un papel fundamental en la preservación de la salud o la posible presencia de un desorden mental (como se citó en Illachura, 2022). Legerstee et al. (2011)

revelaron en un estudio que los adolescentes entre 12 a 16 años frecuentemente utilizan la ansiedad, rumiación, catastrofización y sentimientos de culpa como estrategias de regulación emocional.

Las dificultades y trastornos del estado de ánimo amenazan con el bienestar de los jóvenes perjudicando el desarrollo esperado en las capacidades y competencias emocionales, cognitivas y sociales; que permiten la superación de hitos normativos. Tanto la sintomatología como el cuadro clínico, los problemas y trastornos emocionales relacionados con la depresión y ansiedad se encuentran entre los más comunes y con mayor probabilidad de generar desadaptación en niños y adolescentes entre 10 y 19 años (Hermida & Fernández, 2021).

En pocas palabras, una adecuada habilidad y gestión emocional se ha vinculado con un mayor bienestar emocional del adolescente y una menor vulnerabilidad de desarrollar psicopatologías.

Depresión

La depresión durante la adolescencia es una de las patologías mentales más predominantes, que a su vez implica una gran afectación a nivel funcional (Mascaraque & Cohen, 2020). La conexión teórica entre la regulación de las emociones y la depresión es muy estrecha. Podríamos considerar a la depresión no solo como un trastorno del estado de ánimo, sino más específicamente como un desequilibrio en la regulación del estado emocional. De hecho, la depresión se caracteriza principalmente por una falta de control emocional, lo que significa que existe una ruptura en el equilibrio emocional en el cual cada individuo fluctúa (Hervás, 2011).

Se estima que la prevalencia de los síntomas depresivos en niños de 6 a 11 años a lo es del 2%, mientras que en adolescentes desde los 12 hasta 17 años es el 7% (Mendoza, 2023). Según datos del 2023, en Estados Unidos, los niños y adolescentes tiene la prevalencia de depresión mayor del 11% y trastorno depresivo persistente del 1,8% con un aumento significativo en la edad adulta (Walter et al.; 2023). Según datos de la UNICEF (2021) En América Latina y el Caribe, se estima que cerca de 16

millones de adolescentes presentaban alguno trastorno mental diagnosticado, del cual el 40% representaba alrededor del 40% en depresión.

Estudios mencionan que hay un déficit en la regulación emocional, ya que se ha observado que los sujetos depresivos mantienen sus estados de ánimo durante más tiempo y a su vez tienen poca disposición a realizar actividades placenteras. Pero estos problemas de regulación emocional no son exclusivos de pacientes depresivos, sino también de personas que son vulnerables a este trastorno. En particular, se ha conocido que después de una inducción del estado de ánimo negativo, se encontró que las personas con antecedentes de la depresión y tendencia a sufrir más episodios tenían una mayor persistencia del estado de ánimo negativo en comparación con personas sin antecedentes de depresión (Mendoza I. R., 2018).

En otros estudios realizados por Beevers et al. (2015) con un diseño longitudinal, se llegó a la conclusión de que las personas con mayor déficit de regulación emocional son más probables de presentar síntomas de depresión en las siguientes semanas. Los procesos de regulación emocional parecieran brindar explicaciones sobre elementos que influyen en los adolescentes con estado negativo de ánimo al momento de enfrentar situaciones problemáticas. Pero también, se pone de manifiesto que mientras más tiempo exista la ausencia de estrategias de regulación más probabilidades se tiene de desarrollar psicopatologías en el futuro.

Es importante aclarar que los síntomas de la depresión suelen manifestarse de diferentes maneras en los adolescentes. En ocasiones las expresiones conductuales se manifiestan por crisis de llanto, desesperación o rabia acompañadas de autoagresión o heteroagresión (golpes, puñetazos, rasguños, heridas en manos y/o pies) otras veces las conductas suelen ser de inhibición, dificultad para establecer relaciones sociales, mutismo, aislamiento y dificultades para expresar emociones. El estado de ánimo irritable, hostil e irritado da espacio a la tristeza prolongada y profunda; los síntomas

somáticos como dolores de cabeza o gastrointestinales sin razón médica aparente. Además, pueden presentar alta sensibilidad a la crítica y rechazo (Hermida & Fernández, 2021).

La depresión en la adolescencia se vincula con abuso de sustancias, agresividad, trastornos de conducta alimentaria, riesgo de desarrollar trastorno bipolar y es considerado como uno de los factores de riesgo de suicidio en los adolescentes (Mascaraque & Cohen, 2020).

Dentro de los factores de riesgo que se relaciona con la aparición de depresión en adolescentes se encuentra los factores individuales; como el carácter que puede influir en el desarrollo y activación de la depresión. Esto se debe a que los individuos con predisposición a experimentar estados emocionales negativos son más propensos a desarrollar problemas emocionales como respuesta a situaciones desfavorables; el pensamiento rumiativo, baja autoestima, la diferencia de género (hombre y mujer) y la pubertad temprana. Otro factor es la existencia de otros problemas psicológicos o enfermedades orgánicas crónicas e incapacitantes. La tendencia a factores biológicos y ambientales condiciona el origen y mantenimiento de la depresión. En este aspecto, la exposición a situaciones negativas durante la infancia, como el estrés o algún tipo de pérdida como fallecimiento de un ser querido, negligencia parental, maltratado infantil, conflictos familiares, acoso o rechazo escolar, entre otros (Hermida & Fernández, 2021).

Además, el comportamiento de los padres también puede tener una gran influencia sobre el desarrollo de la depresión. Si algunos de los padres sufren de depresión pueden estar propensos a cambiar su estado de humor, experimentar dificultades para satisfacer las necesidades del niño y transmitir a sus hijos patrones de pensamientos erróneos, distorsiones y negativos. Además, cuando los padres expresan abiertamente sus emociones, pueden condicionar a los a sus hijos a desarrollar un trastorno de la depresión en el futuro, lo cual se puede deber acaso a la influencia negativa constante (Cardona, 2005).

Comparando con los individuos sanos, las personas con depresión reportan haber limitado la conciencia emocional, escasa claridad de sentimientos negativos y alexitimia. De la misma forma, presentan limitada tolerancia emocional, lo que significa que podrían sentirse emocionalmente abrumados más rápido lo que puede llevar a un menor uso de las estrategias de regulación emocional que les permitan combatir con las emociones desagradables (Hermida & Fernández, 2021).

La depresión mayor puede manifestarse en cualquier etapa del desarrollo, desde la infancia hasta la adolescencia. Tanto para niños como para niñas, la edad es un factor de riesgo importante para el inicio de la enfermedad depresiva, y su incidencia máxima ocurre en los últimos años de la adolescencia. Un diagnóstico temprano puede predecir el desarrollo de un trastorno de personalidad durante la adolescencia tardía o en la edad adulta, incluso después de que los rasgos de personalidad presentes durante la infancia hayan sido controlados (Cardona, 2005).

De manera global, se puede concluir que existe una relación entre la regulación emocional y los procesos emocionales, sobre todo la relevancia que tiene en el origen, tratamiento y prevención de los trastornos de depresión. Es importante recalcar que sufrir un episodio depresivo en la infancia y la adolescencia repercute de forma negativa en el rendimiento escolar, crecimiento y relaciones sociales (Mascaraque & Cohen, 2020).

Ansiedad

Los problemas de ansiedad pueden tener distintos orígenes; no solo existe una causa, sino una mezcla de factores, variables y circunstancias (Espinosa-Fernández, García-López, & Martínez, 2019). La ansiedad se vuelve patológica cuando es desproporcionada con la situación y demasiado prolongada. Las características clínicas de los trastornos de ansiedad son síntomas de ansiedad normal, que varían en duración y gravedad, pero no en forma. Otro rasgo importante de la ansiedad patológica, es la atención se enfocada en la respuesta de una persona ante una amenaza, como un aumento del ritmo cardíaco, acompañada de preocupación por la anormalidad de esa respuesta, como pensar que un aumento del

ritmo cardíaco indica una enfermedad cardíaca, o preocuparse por lo que otras personas perciben como anormal; por ejemplo, a las fobias sociales les preocupa que otras personas piensen que se sienten incómodas porque les tiemblan las manos (Hernández et. at.; 2012).

El desarrollo de la ansiedad en adolescentes se puede categorizar en las siguientes etapas: la ansiedad por separación y algunas fobias tienden a comenzar alrededor de los siete años; el trastorno de ansiedad generalizada suele comenzar a inicios de la escuela secundaria; el trastorno de ansiedad social con frecuencia también se observa al inicio de la adolescencia y el trastorno de pánico se caracteriza por su manifestación al final de la etapa adolescente. Otros trastornos de ansiedad temprana en niños, como la ansiedad por separación, puede aparecer en el adolescente si no se trabajan a tiempo (Mendoza, 2023).

En ese sentido, los miedos y ansiedades son frecuentes en la niñez y adolescencia; por lo general aparecen cuando el joven tiene que enfrentar un nuevo reto como por ejemplo interacciones con nuevos pares o el desapego de su figura principal de cuidado. La mayoría de esta población puede gestionar adecuadamente estas situaciones, sin embargo, en algunos casos los síntomas se pueden cronificar, intensificar y afectar el cotidiano funcionamiento, conllevando a problemas para sí mismo y su entorno (Hermida & Fernández, 2021).

Por otra parte, durante la etapa de la adolescencia, los temores hacia la muerte tienden a disminuir, lo cual se relaciona con la tendencia de alejarse un poco de la seguridad del hogar y buscar más aventuras y riesgos. Al mismo tiempo, los miedos vinculados a la crítica, el juicio social, la popularidad y el éxito se intensifican, acercándose cada vez más a los temores característicos de la adultez. Podríamos afirmar que los jóvenes experimentan temores relacionados con problemas específicos de su edad y del entorno en el que se desenvuelven. Estos temores pueden transformarse en preocupaciones excesivas y en estímulos que el individuo percibe como incontrolables, generando así una problemática mayor. Si el adolescente no cuenta con las herramientas adecuadas para enfrentar las

demandas del entorno relacionadas con sus miedos, es posible que eventualmente desarrolle problemas de ansiedad (Venegas, 2012).

Los hallazgos encontrados en un estudio realizado por Costello et al. (2003) de una muestra de mil cuatrocientos niños entre las edades de 9 y 16 años, mostraron la prevalencia a los tres meses para cualquier trastorno de ansiedad. En otro estudio de Ghandour et al. (2019) con una muestra americana entre 3 a 17 años, mostraron resultados del 7,1% presentaba síntomas actuales de ansiedad, el 7,4% indicaba algún problema de conducta y el 3,2% padecía de depresión.

Además, el desarrollo de trastornos de ansiedad requiere la consideración de tres tipos de vulnerabilidad (Espinosa-Fernández, García-López, & Martínez, 2019).:

Vulnerabilidad biológica. se refiere a una hipersensibilidad neurobiológica al estrés determinada genéticamente e incluye rasgos temperamentales, con un fuerte componente genético sumando neocriticismo, introversión, afectividad negativa e inhibición comportamental ante lo desconocido.

Vulnerabilidad psicológica general. Indica que las experiencias tempranas ante situaciones estresantes y/o las reacciones a ellas son impredecibles y/o incontrolables; las cuales están influidas por el estilo de crianza sobreprotector y carente de apego parental, relaciones de apego inseguras entre el niño y sus cuidadores y exposición a eventos estresantes o traumáticos.

Vulnerabilidad biológica. Específica plantea que las experiencias de aprendizaje específicas, directa o indirectamente, contribuyen a la ansiedad, que se ve facilitada por una vulnerabilidad biológica y psicológica general a circunstancias específicas que se perciben como amenazantes y peligrosas.

Las manifestaciones de los trastornos de ansiedad difieren de un adolescente a otro, sin embargo, los síntomas son parecidos por ejemplo temores y preocupaciones excesivas, sentimientos de angustia interna y patrón de ser excesivamente prudente. Inclusive, en ausencia de una amenaza real, algunos adolescentes pueden tener sensación de nerviosismo y tensión. Habitualmente los síntomas

físicos como problemas de estómago, dolores de cabeza, dificultad con el sueño y fatiga en general; en cuanto a comportamiento tienden a evitar actividades habituales o limitarse a participar en experiencias nuevas o desconocidas. Esta evitación puede ser acompañada por sentimientos de miedo, malestar o timidez y a vez, como forma de disimular su ansiedad tienden a participar en conductas de riesgo, como el consumo sustancias adictivas como drogas, cigarrillos y alcohol (Faros Sant Joan de Déu, 2021).

Además, la ansiedad en los adolescentes puede causar dificultad para concentrarse y afectar la capacidad de mantener el rendimiento académico. Un adolescente ansioso se caracteriza típicamente por una gran simpatía, un fuerte deseo de complacer a los demás, una preocupación hacia el perfeccionismo y confianza en sí mismo. Puede que le resulte difícil tomar decisiones y expresar opiniones que difieran de las de su grupo o entorno familiar. Los adolescentes ansiosos tienden a ser inseguros y buscan seguridad en su entorno (Faros Sant Joan de Déu, 2021).

La tendencia a reprimir las emociones puede estar relacionado con el aumento de los niveles de activación fisiológica de un individuo. Por consiguiente, la supresión emocional continua podría, en combinación con otros factores situacionales, generar intensas reacciones de ansiedad para algunas personas. Sin embargo, aún se necesitan más estudios que demuestren de manera inequívoca el rol de los procesos emocionales como factores de vulnerabilidad. En efecto, los programas de intervención que se están proponiendo para los trastornos emocionales como depresión y ansiedad, incluyen un apartado dedicado a la regulación emocional para el tratamiento eficaz de dichos trastornos (Hervás, 2011).

En relación con lo expuesto anteriormente, las emociones son un mecanismo adaptativo que permite autorregularse y regular a otros (Mendoza I. R., 2018). Los adolescentes atraviesan una etapa vital de cambios que puede exponerlos a sensaciones continuas más complejas y gestionar de forma eficiente la gama de emociones puede despertar angustia e incomodidad. Sin embargo, es posible

aprender nuevas habilidades de regulación emocional y con ello desarrollar la capacidad de adaptarse a entornos difíciles.

Para solucionar la problemática de diferenciar entre los trastornos de depresión y ansiedad, por sus múltiples similitudes que pueden tener en la adolescencia. Se establecieron ciertos criterios en diagnósticos que serán explicados a continuación.

Criterios Diagnósticos CIE-10 y DSM-5

Tanto en la práctica como en la investigación, la depresión y ansiedad se pueden diagnosticar a través de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y los de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5).

En la Tabla 1, se muestra la clasificación según los manuales para la ansiedad: Trastornos de ansiedad, relacionados con situaciones traumáticas y factores estresantes, asociados a sintomatologías y disociativos. En relación con la infancia y adolescencia aparecen por separación de padres, por mutismo selectivo y terminando la adolescencia se presentan las fobias sociales, agorafobia, generalizada, simple, determinadas por el diagnóstico médico. Además, los trastornos neuróticos se refieren a la ansiedad, por miedos intensos, mixtos ansiosos y depresivos, disociativos, somáticos, por estrés grave y de adaptación. Así como otros por desrealización y despersonalización (Ruiz, 2020). En cuanto a la depresión, el CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39) y la F33 la de trastorno depresivo recurrente.

Tabla 1

Clasificación de depresión y ansiedad según CIE-10 y DSM-5

	CIE-10	DSM-5
--	--------	-------

Depresión	<p>F32.0 Episodio depresivo leve.</p> <p>F32.1 Episodio depresivo moderado.</p> <p>F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.</p> <p>F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.</p> <p>F32.8 Otros episodios depresivos.</p> <p>F32.9 Episodio depresivo, no especificado</p>	<p>296.99 (F34.81) Trastorno de desregulación del estado de ánimo</p> <p>Trastorno depresivo mayor</p> <p>300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistentes (distimia)</p> <p>625.4 (F32.81) Trastorno disfórico premenstrual</p> <p>Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento</p> <p>Trastorno depresivo debido a otra afección médica</p> <p>311 (F32.89) Otro trastorno depresivo especificado</p> <p>311 (F32.9) Otro trastorno depresivo no especificado</p>
Ansiedad	<p>F40 Trastorno de ansiedad fóbica</p> <p>F40.0 Agorafobia</p> <p>F40.00 Sin trastorno de pánico F40.01 Con trastorno de pánico</p> <p>F40.1 Fobia social</p> <p>F40.2 Fobias específicas (aisladas)</p> <p>F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica</p> <p>F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación</p> <p>F41 Otros trastornos de ansiedad</p> <p>F41.0 Trastorno de pánico</p> <p>F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada</p> <p>F41.2 Trastorno mixto ansiosodepresivo</p> <p>F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad</p> <p>F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificada</p>	<p>209.21(F39.0) Trastorno de ansiedad por separación</p> <p>313.23 (F94.0) Mutismo selectivo</p> <p>Fobia específica</p> <p>300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (fobia social)</p> <p>300.01 (F41.0) Trastorno de pánico</p> <p>300.22(F40.00) Agorafobia</p> <p>300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada</p> <p>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos</p> <p>293.84 (F06.4) Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica)</p> <p>300.09 (F41.8) Otro trastorno de ansiedad especificado</p>

	F41.9 Otros trastornos de ansiedad no especificado F42 Trastorno obsesivo-compulsivo F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación F44 Trastornos disociativos (de conversión) F45 Trastornos somatomorfos F48 Otros trastornos neuróticos	300.00 (F41.9) Otro trastorno de ansiedad no especificado
--	--	---

Nota. Cie-10, 1992; DSM-5, 2014

En el Tabla 2 y Tabla 3, se muestran como los criterios diagnósticos para la depresión y ansiedad en la adolescencia siguen los mismos criterios diagnósticos que los adultos. Tanto en la CIE-10 y el DSM-5, la gravedad de un episodio depende del número, tipo e intensidad de los síntomas y del grado de deterioro funcional. Es importante señalar, que ante cualquier diagnóstico clínico es necesario realizar un diagnóstico diferencial y descartar la comorbilidad con otros trastornos para no afectar la respuesta al tratamiento, la persistencia de los síntomas, la cronicidad y riesgo de mortalidad (Tochoy & Chaske, 2016).

Tabla 2

Criterios diagnósticos del Trastorno depresivo mayor según CIE-10 y DSM-5

	CIE-10	DSM-5
Trastorno depresivo mayor	A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico. C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos presentes pueden	A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo

	<p>coexistir al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras - Ausencia de reacciones emocionales frente a acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual - Empeoramiento matutino del humor depresivo. - Presencia de enlentecimiento motor o agitación. - Pérdida marcada del apetito - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes. - Notable disminución del interés sexual. 	<p>deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
--	---	--

		<p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.</p> <p>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p> <p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>
--	--	--

Nota. Cie-10, 1992; DSM-5, 2014

Tabla 3

Criterios diagnósticos del Trastorno de ansiedad generalizada según CIE-10 y DSM-5

	CIE-10	DSM-5
Trastorno de ansiedad generalizada	<p>Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”).</p> <p>Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.</p>	<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Facilidad para fatigarse. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

		<p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni otra afección médica.</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.</p>
--	--	--

Nota. Cie-10, 1992; DSM-5, 2014

Introducción a la Terapia Dialéctica Conductual

La Terapia Dialéctica Conductual (por sus siglas en inglés DBT), es una propuesta desarrollada por la doctora Marsha M. Linehan en 1993 para pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (TLP) que presentaban intentos suicidas recurrentes (Paredes, 2022). Desde entonces se han realizado varios estudios clínicos que demuestran su eficacia no sólo en estos casos, sino también en muchos otros trastornos y problemas, incluido el control insuficiente o excesivo de las emociones y los patrones cognitivos y conductuales (Linehan, 2020).

La Terapia Dialéctica Conductual se basa en la suposición de que las emociones forman un sistema integral que consiste en respuestas breves e involuntarias a estímulos internos y externos. Al igual que otros enfoques, destaca la importancia del valor adaptativo evolutivo de las emociones para comprenderlas. Además, plantean que se pueden considerar los siguientes subsistemas vinculados: vulnerabilidad emocional a los estímulos; situaciones internas y/o externos que afectan la entrada estímulos emocionales (por ejemplo, situaciones desencadenantes); valoración e interpretación de estímulos; predisposición de respuesta, incluyendo respuestas neuroquímicas e impulsos fisiológicos, experienciales y de acción; respuestas y comportamientos verbales y no verbales; por último, emociones secundarias. Combinando todos estos elementos dentro del sistema, la Terapia Dialéctica Conductual enfatiza que cambiar un componente del sistema emocional probablemente cambie el funcionamiento de todo el sistema. Por lo tanto, si una persona quiere cambiar sus sentimientos, incluido su proceso emocional, puede hacerlo cambiando cualquier parte del sistema (Linehan, 2020).

El aspecto más definitorio de la terapia de Linehan es la fusión de terapia cognitivo-conductual, que se centra en cambios de conducta, con principios derivados del Zen que se centran en la aceptación y la afirmación. El DBT, en este sentido, es pionera al incorporar a la psicoterapia científica algunos métodos y técnicas que ahora son ampliamente utilizados, como el mindfulness o estrategias de aceptación (Soler, Elices, & Carmona, 2016).

En la Figura 1, se muestra como Gempeler (2008) menciona que la terapia dialéctica conductual utiliza diversas estrategias de intervención como nucleares, dialécticas y de dirección las cuales son descritas brevemente a continuación. Las *estrategias nucleares* involucran la terapia cognitivo conductual que hace referencia al desarrollo de nuevos comportamientos (pensamientos, sentimientos y conductas) presentes en cada una de las sesiones. El sujeto en conjunto con el terapeuta, identifica, analiza y da seguimiento a los cambios obtenidos; sumando el factor de entrenamiento en grupo e individual. El objetivo principal es adquirir habilidades que permitan identificar los elementos que mantienen el comportamiento en el tiempo y generar los cambios necesarios de los mismos. Las técnicas más utilizadas son el entrenamiento en habilidades, la terapia de exposición, terapia cognitiva enfocándose en la solución de problemas y el manejo de crisis.

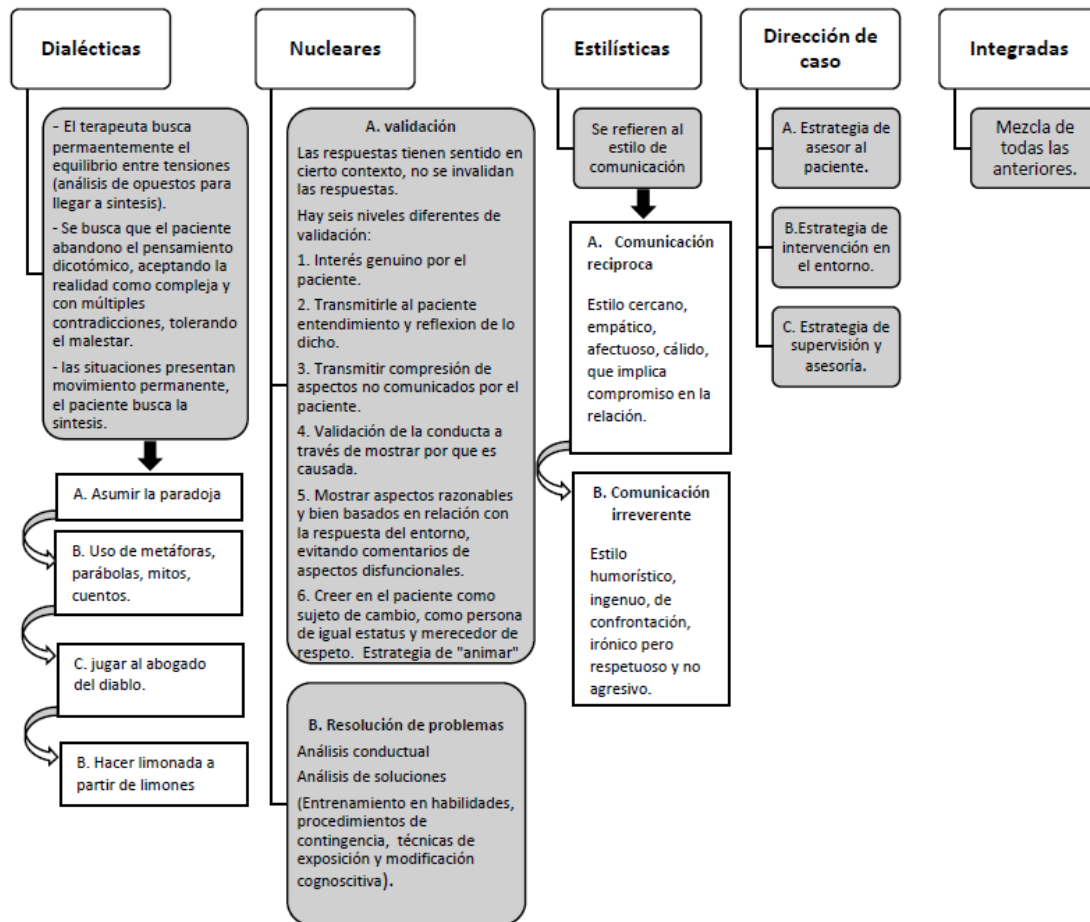
Durante la intervención, los pacientes pueden sentir malestar durante el proceso de cambio del comportamiento por lo que las estrategias de validación (p.ej. la escucha activa y evitar los prejuicios) juegan un papel fundamental para que el individuo en primer lugar acepte y comprenda su conducta sin juzgarla; teniendo en cuenta su historia de vida y así pueda movilizarse mejor entre los comportamientos inapropiados que han sido identificados (Gempeler, 2008). En todos los módulos terapéuticos se hace hincapié en “aceptar aquello que no podemos cambiar, así como en cambiar lo que es susceptible de ser cambiado” (p.141, p.1).

Gempeler (2008) menciona que las estrategias dialécticas combinan los conceptos de entender que “cada cosa está relacionada con todas las partes. El cambio es constante e inevitable. Los opuestos se pueden integrar para acercarse a la verdad (que está en constante evolución)” (p.141.p.2). Dentro de una estructura dialéctica, el terapeuta se enfoca continuamente en la búsqueda del balance de las tensiones generadas entre la terapia, la aceptación y el cambio; a su vez teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones. Este balance solo es posible mediante una revisión cuidadosa de las situaciones expuestas durante las sesiones del tratamiento, en donde se trabaja para que el paciente abandone el pensamiento polarizado y pueda ser más flexible y tolerante ante las complejidades y contradicciones internas.

Por otra parte, es importante tomar en cuenta los estilos de comunicación dependiendo del objetivo y el timing del tratamiento. Se encuentra el estilo recíproco, es decir cercano y empático o el estilo irreverente, que es respetuoso pero paradójico. En cuanto a las *estrategias de dirección* le dan importancia seguimiento del paciente y reorganizar el entorno; así como también el terapeuta recibe supervisión y asesoría (Gempeler, 2008).

Figura 1

Estrategias de intervención



Nota. En base al diagrama de Gempeler, 2008.

Este modelo de intervención se compone de cuatro modalidades principales: la terapia individual para mantener la motivación y realizar las sesiones de intervención. En combinación de asistencia telefónica entre sesiones para brindar apoyo en momentos de crisis, dar seguimiento de las habilidades aprendidas, evitar comportamientos que comprometen la vida del paciente y así como también fortalecer la relación terapéutica. Por lo tanto, para esta modalidad se requiere establecer reglas claras entre el paciente y el terapeuta (p.ej. los motivos de las llamadas y horarios de atención). También se cuenta con entrenamientos grupales permiten al paciente incorporar, desarrollar y reforzar habilidades centradas en la toma de conciencia plena de su experiencia presente, la habilidad de efectividad interpersonal enfocada al cumplimiento de objetivos personales de manera eficiente, la

habilidad de de modulación de emociones y tolerancia de malestar de experiencias negativas y aprender a sobrellevarlo, Por otra parte, la atención terapéutica de los propios terapeutas con el objetivo de promover y mantener una postura dialéctica y dar un espacio de apoyo grupal en las dificultades que pueden afrontar en el camino, en especial quienes trabajan en tratamientos con diagnósticos de trastornos límite de personalidad.

Además, incluye estrategias como la exposición, el aprendizaje por modelado, juego de roles; así como refuerzos y retroalimentación en base a la validación emocional, entre otros. Con el objetivo de contribuir a la regulación emocional mediante el uso de estrategias de comportamiento, funcionales y adecuadas a situaciones que desencadenan emociones intensas; por lo que el periodo de tratamiento puede variar entre dos años de duración, culminado cuando la persona tiene la capacidad de implementar las estrategias de habilidades aprendidas (Lynch et al.; 2006).

Con el enfoque de crear un tratamiento que permita “vidas que valgan la pena ser vividas” (Linehan, 1993). La terapia dialéctica conductual se divide en una etapa de pretratamiento y cuatro estadios, que aborda los comportamientos que mantienen al paciente vivo y comprometidos al proceso terapéutico:

Pretratamiento. En esta etapa el paciente y terapeuta plantean los acuerdos y compromisos de la intervención, de acuerdo con los objetivos del paciente. Se indican las bases del tratamiento, exponiéndose desde una perspectiva cognitiva conductual, enfocándose en el aprendizaje de habilidades.

El Primer Estadio. Se centra en la movilización de un comportamiento desenfrenado a uno más controlado. Las metas son disminuir y suprimir los comportamientos que pongan en peligro la vida del paciente (p.ej. intentos suicidas o pensamientos suicidas); comportamientos que limitan el tratamiento (p.ej. ausencias, el no cumplimiento de tareas o la poca colaboración del paciente); comportamientos que interfieran con la calidad de vida (p.ej. desempleo, problemas de salud física) y aumentar los

comportamientos que potencian la calidad de vida (p.ej. entornos seguros como familia y amigos). así como también aprender habilidades que enfoquen al paciente a estar en el presente, preservar relaciones interpersonales sanas y establecer nuevas de ser necesario, aprender a gestionar las emociones intensas que pueden experimentar sin sentirse abrumados y tolerar el malestar que están generan sin realizar comportamientos que pongan en riesgo su vida.

El segundo estadio. Trata de terminar con la supresión de la experiencia emocional para obtener una experiencia total de las emociones. Lo que implica experimentar los sentimientos sin disociarse, evitar la vida o presentar síntomas de trastorno por estrés postraumático.

El tercer estadio. Busca ayudar al paciente a reestructurar su vida y solucionar problemas; lo que le permite mayor desarrollar mayor estabilidad. Para ello, es necesario que el paciente confronte conflictos internos.

El cuarto estadio. Orienta al paciente a la búsqueda de un crecimiento espiritual y utilizando un enfoque zen. Este es el final del proceso, en este punto el paciente ya tiene una vida para vivir, pero enfrenta la sensación de estar incompleto, sentirse vacío.

El pilar de esta terapia es una teoría dialéctica y biosocial del trastorno psicológico que enfatiza el papel de las dificultades en la regulación de las emociones, tanto inadecuadas como excesivas, y el comportamiento (Linehan, 2020).

Modelo Biosocial

Linehan (2020) se basó en la teoría biosocial desde la premisa de que tanto el suicidio como el trastorno límite de la personalidad son, en esencia, trastornos de desregulación emocional. La desregulación de las emociones se ha relacionado con una variedad de problemas de salud mental que resultan de la inestabilidad en la regulación de las emociones, el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen.

El concepto de *desregulación emocional*, indica la incapacidad a pesar de los mejores esfuerzos, para cambiar o regular los estímulos emocionales, las experiencias, comportamiento, las respuestas verbales y/o no verbales. Algunas características principales son: excesivas experiencias emocionales dolorosas, incapacidad para regular el desencadenante intenso, dificultad para desviar la atención de los estímulos emocionales, distorsiones cognitivas en el procesamiento de la información; control insuficiente del comportamiento impulsivo asociado con fuertes emociones positivas y negativas; dificultades para organizar y coordinar actividades para lograr objetivos independientes del estado de ánimo durante la situación emocional; tendencia a congelarse o disociarse en condiciones de estrés intenso. También puede manifestarse como dominio y supresión emocional, lo que lleva a la incapacidad para generar emociones positivas y dificultades en la comunicación emocional (Linehan, 2020).

Estas características mencionadas, también pueden ser llamadas “conductas problemas” y son métodos aprendidos para regular la angustia emocional cuando un individuo no cuenta con estrategias de afrontamiento alternativas o modulación de emociones desadaptativas e inapropiadas (Boggiano & Gagliesi, 2020).

Linehan (2020) plantea que la vulnerabilidad emocional se puede identificar por los siguientes componentes: emoción negativa muy alta como línea base, sensibilidad a los estímulos emocionales fuerte, fuerte respuesta a los estímulos emocionales y retorno lento a la línea de base emocional después de la excitación emocional.

No logra regular las emociones puede conducir a un comportamiento impredecible y de inconsistencia cognitiva. Por lo tanto, es disruptiva con el desarrollo de la identidad. El patrón de las personas desreguladas es tratar de suprimir las respuestas emocionales influyendo en la falta de un sólido sentido de identidad. A menudo, se puede experimentar como un vacío, lo que aumenta aún más la autoconciencia inadecuada y, a veces, la ausencia (Linehan, 2020).

A su vez, la desregulación emocional también se ve involucrada en las relaciones interpersonales. Impidiendo una autoconciencia estable y una expresión emocional adecuada. Destruyendo así, relaciones de muchas maneras; por ejemplo, la ira y las dificultades para expresarla impiden mantener relaciones estables.

La teoría biosocial explica el mantenimiento y el origen de comportamientos que interfieren con las habilidades de regulación emocional. Por lo que, la *desregulación emocional* desde para el DBT se puede dividir en dos grandes componentes: la *vulnerabilidad biológica* y el *ambiente de cuidado*.

Vulnerabilidad Biológica

La emoción negativa, la alta sensibilidad a los estímulos emocionales y la impulsividad son las bases biológicas de los trastornos emocionales. La influencia biológica consta de la herencia, factores intrauterinos, lesiones físicas en el cerebro durante la niñez o la edad adulta y los efectos del aprendizaje temprano tanto en el desarrollo como en la función del cerebro. Por consiguiente, si un componente del sistema emocional es disfuncional, puede provocar una base biológica para la vulnerabilidad emocional y dificultades en la gestión emocional (Linehan, 2020).

Los terapeutas pueden identificar la vulnerabilidad biológica en el tratamiento mediante la indagación de antecedentes familiares, no solo desregulación emocional sino también de otros trastornos del estado de ánimo y de impulsividad. Así como también se puede tomar en cuenta las experiencias de familiares con alta sensibilidad emocional a corta edad por ejemplo terrores nocturnos, fobias o respuestas extremas ante sonidos o ruidos fuertes (Boggiano & Gagliesi, 2020).

Existen dos dimensiones fundamentales en el desarrollo del temperamento infantil: el *control esforzado* y la *emocionalidad negativa*. El primero, participa en la regulación emocional y conductual, es un concepto que se utilizara para varios comportamientos de autorregulación; incluyendo la inhibición de las respuestas dominantes, la participación en respuestas menos dominante y en planificar e identificar errores de comportamiento (Linehan, 2020).

Cuando un adolescente está en riesgo de sufrir trastornos emocionales e incapacidad de controlar la conducta y alta afectividad negativa, es probable que aparezcan síntomas de malestar como la frustración, timidez, tristeza e incapacidad para calmarse (Linehan, 2020).

Ambiente de cuidado

La sensación de vulnerabilidad es difícil de entender si nunca se ha experimentado con anterioridad. Sin embargo, todos los seres humanos tienen vulnerabilidades que los ponen en desventaja en ciertas situaciones. El tan solo hecho de tener una experiencia diferente, invalida las emociones, sentimientos, pensamientos y comportamientos de la otra parte (Boggiano & Gagliesi, 2020).

La tendencia a reprimir sentimientos e incapacidad, formular y modelar expresiones apropiadas de emoción; estilo de comunicación que aumenta la excitación emocional y una mala combinación entre el temperamento del niño y la educación de los tutores son aportes del entorno social, especialmente de la familia pueden influir en el desarrollo de la regulación emocional (Linehan, 2020).

En consecuencia, cuando se da un *ambiente invalidante*, se envía un mensaje, que es importante y no es recibido adecuadamente, el remitente aumenta significativamente la comunicación, por lo tanto, intensifica la emoción. Cuando la otra parte, no entiende o lo pasa por desapercibido, continúa una y otra vez, hasta que una de las partes sucumba. A menudo, el destinatario finalmente se detendrá y escuchará o cederá a las demandas del remitente altamente emocional. Así que se intensifica la desregulación emocional (Linehan, 2020).

Un rasgo característico del entorno invalidante es la tendencia a responder de manera volátil e inapropiada a las experiencias privadas como creencias, pensamientos, sentimientos, sensaciones. Especialmente a ser insensible a las experiencias privadas que no se expresan públicamente. Los ambientes ambivalentes también responden a experiencias privadas que ocurren públicamente en formas extremas, es decir, con reacciones exageradas o insuficientes (Linehan, 2020).

Un ambiente invalidante tiende a enfatizar el control de la expresión emocional, especialmente las emociones negativas. Las experiencias dolorosas a menudo se trivializan y se derivan de rasgos negativos como la falta de motivación, disciplina y una actitud positiva. Los fuertes sentimientos positivos y las preferencias asociadas pueden resultar de otros rasgos negativos, como falta de juicio y reflexividad o impulsividad (Linehan, 2020).

También, se promueve alteraciones emocionales porque no le enseña al niño a etiquetar y modular la excitación, tolerar la incomodidad y confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. Se enseña a cancelar activamente las experiencias al exigir que vea a su entorno en busca de pistas sobre cómo actuar y sentir. Al facilitar la solución de los problemas de la vida, no se establecen metas realistas (Linehan, 2020).

Por supuesto, se necesita cierta cantidad de invalidación para criar a un niño y enseñarle autocontrol, pero los entornos invalidantes tienen efectos diferentes en los niños. Las estrategias de manejo de emociones para familias invalidantes pueden tener poco impacto negativo o incluso beneficiar a aquellos que están fisiológicamente bien para regular sus emociones. Sin embargo, es probable que tengan un impacto devastador en los niños emocionalmente vulnerables (Linehan, 2020).

El ambiente invalidante desarrolla maneras radicales de regulación emocional, en el cual los pacientes pueden oscilar entre la disociación, para aliviar las sensaciones de vacío, las dificultades para tomar decisiones y la falta de propósito en la vida. La represión y los intentos de control de experiencias internas han sido asociados al aumento de emociones evitadas. Las conductas impulsivas, autolaceraciones, intentos suicidas parecen ser medidas de alivio a corto plazo sin embargo sus consecuencias son graves a mediano y largo plazo (Boggiano & Gagliosi, 2020).

Supuestos DBT

Al trabajar con los pacientes con desregulación emocional, los terapeutas introdujeron ciertas creencias y prejuicios que obstaculizan el funcionamiento de la intervención DBT. Dichos supuestos no son hechos sino puntos de vista (Boggiano & Gagliesi, 2020):

- *los participantes hacen lo mejor que pueden*, se refiere a no invalidar el esfuerzo que hacen los pacientes durante el tratamiento; cada paciente es diferente y tiene su propio ritmo de generar cambios.
- *Los participantes quieren mejorar*, lo cual demuestran y expresan mediante el deseo continuo de mejorar, por ende, el supuesto de atribuir al paciente diversos factores (miedo, falta de habilidades o factores que refuerzan conductas problemáticas) limita la búsqueda de soluciones que sean más adecuadas a la realidad y vida del paciente.
- *Los participantes necesitan desempeñarse mejor, intentar más y estar motivados al cambio*, el terapeuta debe brindar apoyo para movilizar al paciente a un cambio a través de un tratamiento estructurado, sostenible, así como contar con estrategias de estímulo y reflexionar sobre los factores que retrasan o limitan con el cambio.
- *Los participantes pueden no haber causado todos sus problemas, pero sin duda tienen que resolver los mismos*; se refiere a que en ocasiones conocer la causa de un problema es irrelevante. Por lo que el tratamiento es más eficaz cuando se enfoca en solucionar un problema, sin invalidar los aportes y contextos que trae a sesión el paciente.
- *La vida de los consultantes con desregulación emocional es insoportable*, es aceptar y validar que a veces la vida cotidiana de los pacientes conlleva mucho sufrimiento.
- *Los participantes deben aprender nuevas conductas en todos los contextos*, implica generalizar las habilidades aprendidas en todos los contextos importantes de la vida del paciente. Teniendo en cuenta que en ocasiones estas habilidades no funcionan en todos los ámbitos y que no son estables.

- *Los participantes no pueden fallar en la terapia, durante el tratamiento puede darse la falta de progreso, el abandono o incluso el empeoramiento de los síntomas y no es responsabilidad del paciente. La falta de recursos y estrategias puede ser un obstáculo para el terapeuta.*

Entrenamiento en Habilidades DBT-A

La Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes (DBT-A) es una intervención que cuenta con evidencia creciente para el tratamiento de adolescentes con desregulación emocional y conductual (Paredes, 2022). Rathus y Miller (2015) sugirieron que la formación en habilidades DBT-A se dividen en seis habilidades que brindan una variedad de estrategias a los adolescentes para adquirir habilidades de reducción del riesgo suicida, malestar emocional y comportamental. Las cuales se clasifican de la siguiente manera: orientación al entrenamiento de habilidades, habilidades de atención plena basada en Mindfulness, habilidades de tolerar el malestar, habilidades del camino del medio, habilidades de regulación emocional y habilidades de efectividad interpersonal.

Cabe destacar que, de acuerdo con los autores, antes de iniciar cada módulo es necesario dedicar un espacio a la revisión de atención plena. Así pues, la duración del formato DBT-A para adolescentes tiene un tiempo estimado de 24 semanas (Díaz, 2020).

Rathus y Miller (2015) señalan que el entrenamiento se puede desarrollar abarcando todas las habilidades o revisando en un periodo corto algunas de las habilidades. En cuanto al primer formato, brinda la oportunidad de que los participantes aprendan todas las habilidades y seleccionen las habilidades que requiera su situación; mientras que el segundo formato de aplicación permite que los participantes adquieran ciertos conocimientos más puntuales.

Hay estudios que se han focalizado en analizar sólo los resultados de la aplicación de los grupos de entrenamiento en las habilidades, encontrando diferentes posibles respuestas a los problemas alimenticios, gestión del enojo, auto laceraciones, comportamientos suicidas; síntomas depresivos,

trastorno de personalidad límite; dando como resultado una reducción en las diferentes conductas problemáticas.

La aplicación del entrenamiento en habilidades a niños y adolescentes, podría prevenir problemas a futuros como el desarrollo de psicopatologías en la adultez y ayudar a mejorar el bienestar psicológico en general. Prado et. al. (2020), Menciona que los adolescentes que muestran problemas de comportamiento valoran positivamente el trabajo en grupo de habilidades, indican una satisfacción con los cambios que vienen a obtener tras esta modalidad de tratamiento e incluso aparecen personas más sanas.

Desde una perspectiva teórica, la Terapia Dialéctica Conductual no solo puede ser aplicada como método de intervención a trastornos límites de la personalidad sino también a personas que presentan problemas de regulación emocional. Por consiguiente, la aplicación de un entrenamiento en habilidades emocionales es un instrumento que abre el camino a los adolescentes para restablecer su estabilidad emocional y psicológica; y la relación con su entorno.

Cabe señalar que, para la presente investigación, el entrenamiento grupal fue basado solo en el módulo de habilidades de regulación emocional. Este conjunto de habilidades, desde el modelo DBT, se centra en enfocar compensar la predisposición de los pacientes a sobrecargar, suprimir o escapar de las emociones. El módulo de regulación emocional, se divide en *identificar, entender y etiquetar las emociones*: Determinar las funciones de las emociones y su relación con las dificultades de cambiarlas; comprender la naturaleza de las emociones presentando patrones emocionales; y aprender a reconocer y sentir emociones en la vida cotidiana. Por otra parte; *cambiar las emociones no deseadas* se refiere al cambio en las respuestas emocionales al aprender como verificar los hechos, realizando la acción opuesta cuando una emoción no corresponde con los hechos e implementar en la resolución de problemas cuando los hechos de un contexto son el problema (Linehan, 2020).

2.3 Sistema de Variables

2.3.1 Definición Conceptual de las Variables

Variable Independiente: Entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT).

En esta investigación, la variable independiente es el entrenamiento grupal en base a la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) que se conceptualiza como el aprendizaje impartido en virtud de la teoría biosocial de Linehan (1993) sobre la desregulación emocional generalizada. Por lo tanto, es un programa universal que brinda estrategias de regulaciones de emociones, habilidades de toma de decisiones y habilidades de comunicación personal enfocado en los dificultades y estresores que podrían enfrentar los adolescentes (Rathus & Miller, 2015).

Variable Dependiente: datos sociodemográficos

Esta variable se conceptualizó como el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales presentes en la población de estudio, dadas las que se pueden medir (Juarez, s.f.).

Variable Dependiente: regulación emocional

La variable dependiente fue las habilidades de regulación emocional que se conceptualiza como la capacidad de entender y etiquetar las emociones; modificar las emociones indeseadas; disminuir la vulnerabilidad ante la mente emocional y gestionar las emociones ajenas (Linehan, 2020).

2.3.2 Definición Operacional de las Variables

Variable Independiente: Entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT).

Esta variable se operacionalizó a través de la implantación de las 7 sesiones en base al programa “Emotion Regulation Skills del DBT Skills Manual for Adolescents”, el cual se tradujo de inglés a español (Rathus & Miller, 2015) a un grupo de adolescentes de 15 a 17 años mediante una convocatoria abierta.

Variable Dependiente: datos sociodemográficos

Se operacionalizó a través de un formulario en Google Form como parte del pre-registro para formar parte de la investigación. Los indicadores serán los siguientes: sexo, edad, lugar de residencia y colegio.

Variable Dependiente: Regulación emocional

Esta variable se operacionalizó mediante la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) que evaluó la capacidad de regulación de la emoción percibida en el rasgo e identificará dificultades clínicamente significativas. La misma, mide las siguientes dimensiones: no-aceptación, metas, impulsividad, estrategias, consciencia y claridad (Muñoz-Martínez, Vargas, & Hoyos-González, 2016).

2.3.3 Mapa de variables

A continuación, se especifica la Tabla 4, la operacionalización de variables a investigar en el presente estudio.

Tabla 4

Mapa de variables de la investigación

Variable	Dimensiones	Indicadores
Datos sociodemográficos	Sexo	Hombres, mujer
	Edad	14-17 años
	Lugar de residencia	David, Barrio Bolivar, El Terronal, Lassonde, San Mateo, Doleguita.
	Colegio	Público, Privado
	No aceptación de respuestas emocionales	Ítems 11, 12, 21, 23, 25, 29
	Dificultades para cumplir metas	Ítems 13, 18, 20, 26, 33
	Dificultades en el control de los impulsos	Ítems 3, 14, 19, 24, 27, 32

Regulación Emocional	Falta de conciencia emocional	Ítems 2, 6, 8, 10, 17, 34
	Acceso limitado a las estrategias de regulación emocional	Ítems 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35, 36
	Falta de claridad emocional	Ítems 1, 4, 5, 7, 9

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de la Investigación

Esta investigación corresponde a un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo con un diseño cuasi experimental pretest-postest. A su vez, la investigación fue alcance exploratorio debido a que existe poca investigación previa sobre habilidades en regulación emocional basados en Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en adolescentes de 15 a 17 años en la Ciudad de David, Provincia de Chiriquí, República de Panamá.

3.2 Muestra

Para efectos de la selección de la muestra, la obtuvimos a partir de una muestra no probabilística de selección por conveniencia de un grupo único; mediante una convocatoria abierta en redes sociales. El tamaño de la muestra inicial fue un grupo de 5 participantes, en edades desde los 15 a 17 años, Residentes de la ciudad de David.

Para seleccionar la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Adolescentes mujeres y hombres
- Edades comprendidas entre 15 a 17 años
- Residentes del Distrito de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá
- Llenar formulario de pre inscripción
- Firmar el consentimiento y asentimiento firmado por parte padres y/o tutores legales y adolescentes participantes.
- Obtener puntuación igual o mayor de 14 en adelante en la Escala de Depresión de Beck
- Obtener puntuación igual o mayor de 18 en adelante en la Escala de Ansiedad de Hamilton.

En cuanto a los criterios de exclusión para seleccionar la muestra se encontraba:

- Contar con diagnóstico clínico previo de trastornos del neurodesarrollo y trastornos mentales.
- Adolescentes que tengan alguna discapacidad física y sensorial.
- Abuso de sustancias, drogas y/o alcohol.

- Estar recibiendo tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico.

Cabe destacar, que para este estudio se utilizó un grupo más pequeño, ya que permitía que fuera más eficiente y efectivo (Rathus & Miller, 2022). Además, las investigaciones han demostrado que los grupos pequeños son una forma eficaz de facilitar la interacción con los compañeros cuando ayudan a otros a desarrollar sus habilidades o conocimientos (Conte, 2022). Es importante señalar, que antes de iniciar el entrenamiento, uno de los participantes decidió retirarse, por consiguiente, la muestra quedó conformada por 4 participantes.

Para efectos de esta investigación se planteó la hipótesis nula (H_0) de que los adolescentes participantes del entrenamiento grupal basado en DBT no muestran cambios significativos en las habilidades de regulación emocional y la hipótesis alterna (H_1) de que los adolescentes participantes del entrenamiento grupal basado en DBT muestran cambios significativos en las habilidades de regulación emocional. Lo que lleva a la pregunta del presente estudio ¿Qué efecto tiene el entrenamiento grupal de habilidades de regulación emocional con una muestra de adolescentes del Distrito de David?

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica seleccionada para analizar el efecto del entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional en adolescentes de 15 a 17 años del Distrito de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá fue una adaptación de un programa de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) que tiene como objetivo facilitar al adolescente la resolución de conflictos para reforzar su sentido de mismo, desarrollar y mantener relaciones interpersonales más estables y satisfactorias. Así como también, disminuir en el comportamiento impulsivo o evitativo, comúnmente generado por la desregulación emocional o un intento para regularla (Valdivieso & Cambero, 2021).

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron:

El Inventario de Depresión de Beck (BDI). Consta de 21 ítems y evalúa principalmente síntomas clínicos de depresión y pensamientos intrusivos que ocurren en la depresión, sin valores de corte. El

valor de cada ítem es diferente para cada respuesta. Las puntuaciones medias son correspondientes a los diferentes grados de la depresión: la puntuación media del BDI fue de 10,9. Depresión leve oscila entre la puntuación media 18,7. Depresión moderada oscila entre puntuación media 25,4 y la Depresión severa oscila entre puntuación media 30 puntos. Cuenta con muy buena consistencia interna ($\alpha= 0,89$), validez y fiabilidad para el monitoreo de la intensidad en la presencia de síntomas de depresión (Bobes et al., 2005).

Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS). Es una prueba que tiene como objetivo evaluar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems y evalúa aspectos psicológicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Se califica en una escala Likert que va del 0 (No tengo) al 4 (Casi siempre, totalmente) (Bobes et al., 2002).

Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS). En su versión original, consta de 36 ítems compuesto de la siguiente manera: a) no aceptación de respuestas emocionales, (b) dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado, (c) dificultades en controlar conductas impulsivas cuando se está alterado, (d) acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas, (e) falta de conciencia emocional (consciencia), y (f) falta de claridad emocional. La puntuación de cada ítem es directa y al final se suma todas las puntuaciones. Cuanto más alta sea la puntuación, mayores dificultades con la regulación emocional (Muñoz-Martínez, Vargas, & Hoyos-González, 2016)

Los puntajes entre 36 a 72 indican que no hay dificultades para controlar las emociones. Entre 73 a 108 puntos significa que presenta dificultades significativas para regular emociones. Entre 109 a 144 indica que presenta dificultades elevadas para regular emociones y que influyen negativamente en actividades cotidianas. Entre 145 a 180 puntos representa serias dificultades para regular emociones e indican comportamientos impulsivos, conductas de riesgo y posibles problemas interpersonales (Tejeda M. M., s.f.)

Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) está validada en poblaciones latinoamericanas cuyos baremos pueden ser aplicados a la población panameña. No obstante, se requiere una investigación posterior para obtener puntuaciones nacionales.

Formulario de Pre-registro. Se solicitó datos generales de los participantes: sexo, edad, lugar de residencia, colegio. Datos familiares: edad de los padres, escolaridad, ocupación, estado civil, hermanos y sus edades, número total de integrantes de la familia. Información sobre diagnósticos y tratamientos previos sobre salud mental y psicofármacos. Abuso de sustancias, drogas y/o alcohol.

3.4 Validez y Confidencialidad

El Inventario de Depresión de Beck cuenta (BDI) cuenta con muy buena consistencia interna ($\alpha=0,89$), validez y fiabilidad para el monitoreo de la intensidad en la presencia de síntomas de depresión (Bobes et al., 2005). La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) tiene buenas propiedades psicométricas similares a las escalas originales, lo que las hace adecuadas para su uso en investigación clínica con una consistencia interna de consistencia interna ($\alpha=0,89$) (Bobes et al., 2002). En cuanto a la, Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) tiene una buena consistencia interna ($\alpha=0,93$) y buena confiabilidad test-retest ($r=0,88$) (Tejada et al., 2012).

3.5 Técnica de Análisis de Datos

El análisis e interpretación de los datos obtenidos a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS) y la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) se ingresaron al programa Microsoft Excel, mediante el cual se realizó la suma de la puntuación individual de cada participante para sacar el promedio de acuerdo a los tres instrumentos de medición implementados. Luego, se calcularon los puntajes promedio pre-test y pos-test de la intervención.

3.6 Procedimiento de la Investigación

Esta investigación se conformó de acuerdo a las siguientes fases:

Fase 1. Elaboración y aprobación de anteproyecto por parte del Coordinador de la facultad de Psicología de la Universidad Latina de Panamá. Registro del anteproyecto en la plataforma RESEGIS y presentación ante CBI-USMA para su aprobación.

Fase 2. Convocatoria abierta de la muestra mediante la creación de un flyer que fue publicado en redes sociales tales como Instagram, Facebook y Twitter. Posteriormente se contactó vía virtual y/o telefónica para completar el formulario de pre-registro que recogería datos sociodemográficos, se explicaba el objetivo del estudio y la confidencialidad de los datos (Anexo 1). De igual forma, se le explicaba el número total de las sesiones y la importancia de la asistencia voluntaria a todas las sesiones de entrenamiento (Anexo 2). Si los padres y/o tutores legales manifiestan que estaban de acuerdo con lo mencionado en el formulario, se les enviaba un formato digital la Escala de Depresión de Beck y Escala de Ansiedad de Hamilton para ser resuelto por el/la adolescente.

Fase 3. Convocatoria a una reunión presencial para la firma de asentamiento y consentimiento informado (Anexo 3); posterior a la firma, se aplicó el pretest de la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) a los participantes.

Fase 4. Desarrollo del entrenamiento grupal de habilidades de regulación emocional basado en DBT (ver Figura 2). El cual conforma de la siguiente manera:

Primera sesión. Se desarrollaron los temas de etiquetar, identificar y regular emociones; así como también se potenció la concientización de las mismas mediante la tolerancia y aceptación de las emociones.

Segunda sesión. Se enfocó en el aprendizaje de que es una emoción y la comprensión de los diferentes componentes con que se relaciona, como lo son interpretaciones, cambios biológicos, expresiones y secuelas.

Tercera sesión. Se explicó el concepto de verificar hechos de una situación como un parte del proceso de modificación de sus pensamientos y creencias acerca de evento. Así como también, se les

brindo estrategias de habilidades de acción opuesta, es decir, a cambiar sus emociones a través del cambio de sus comportamientos.

Cuarta sesión. Se trabajó en la habilidad para resolución de problemas.

Quinta sesión. Se centró en potenciar las emociones positivas, disminuir la vulnerabilidad de emociones negativas y evadir profundizar en la Mente Emocional con la habilidad de adquirir experiencias positivas a corto como largo plazo; a través de la A del ABC de CUIDA.

Sexta sesión. Se presentó la habilidad BC del CUIDA, el cual desarrolla la habilidad de involucrarse en actividades complicadas que aumentaran la autoconfianza y satisfacción personal. También se mencionó e identifico individualmente en cada uno de los participantes las habilidades CUIDA relacionadas en cuidar el cuerpo, mantener una dieta balanceada, buenos hábitos de sueño, ejercitarse diario, evitar sustancias que alteren el estado de ánimo y cuidar cualquier enfermedad física con el objetivo de reducir la vulnerabilidad a la Mente emocional.

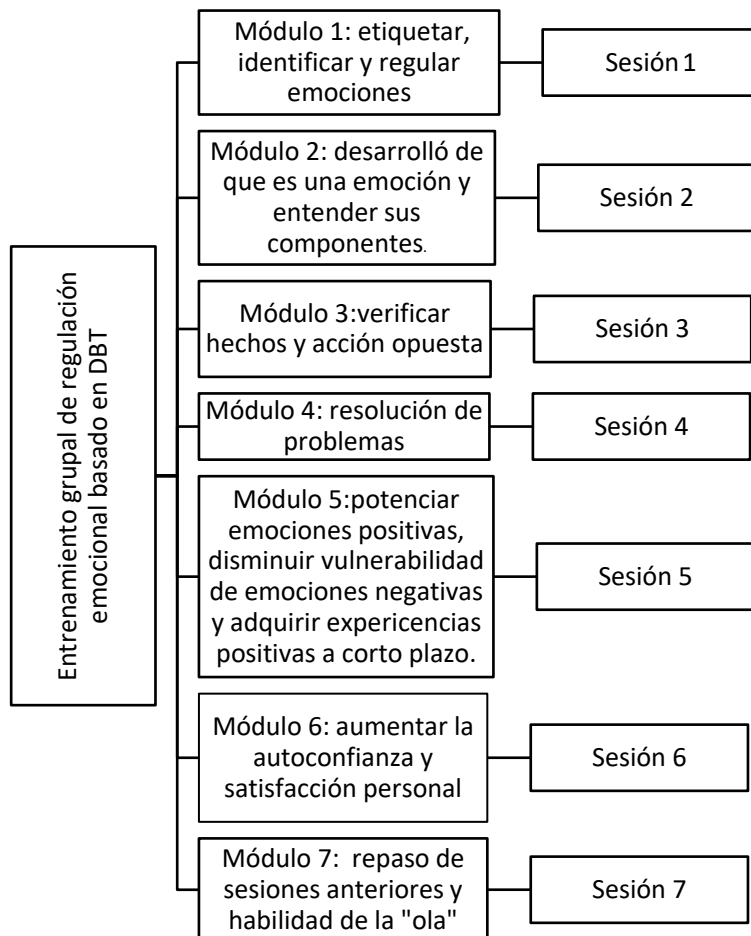
Séptima sesión. Se repasó todo lo enseñado previamente y se enseñó sobre la consciencia plena de las emociones como una habilidad de la “ola”, la cual está enfocada en experimentar a conciencia plena una emoción sin rechazarla ni retenerla.

Fase 5. Aplicación pos test de la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DER), Inventario de depresión de Beck y Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 4).

Fase 6. Tabulación de los resultados y análisis de los resultados de la efectividad de un entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en Terapia Dialéctica Conductual (DBT) dirigido a adolescentes de 15 a 17 años de la ciudad de David.

Figura 2

Estructura de la intervención



CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis de los Resultados

A continuación, se presentan las características de la muestra y los resultados obtenidos luego de una intervención grupal basada en Terapia Dialéctica Conductual (DBT).

Dada una baja que se dio al inicio de la intervención, la muestra final se constituyó por cuatro (4) adolescentes residentes de la ciudad de David, distrito de David, provincia de Chiriquí, con el siguiente perfil:

- Tres (3) mujeres y un (1) hombre entre los 15 y 17 años; tres (3) participantes asistían a colegio privado y uno (1) a un colegio público. Los (2) de los participantes (P2 y P5) asistían al mismo colegio, sin embargo, no mantenían ningún tipo de relación interpersonal (ver Tabla 5).
- P2 reside con su madre y hermano mayor; la P3 con su madre, padre y hermano mayor; la P4 con su madre y hermano mayor; el P5 con su madre y hermano menor.

Ninguno de los participantes tenía diagnóstico clínico previo de trastornos del neurodesarrollo y trastornos mentales; no permanecían en tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico; no presentaban problemas de alcohol, drogas u otras sustancias. Para mantener la confidencialidad de los datos, a cada adolescente se le otorgó un código.

Tabla 5

Características sociodemográficas

Variable/sujetos	P2*	P3	P4	P5*
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre
Edad	16 años	17 años	17 años	15 años
Lugar de residencia	David	David	David	David
Colegio	Privado	Público	Privado	Privado

Nota. El * son los participantes que asistían al mismo colegio.

Dentro de esta investigación se hicieron mediciones al principio (pre-test) y al final (pos-test) del entrenamiento grupal en el cual se utilizaron tres instrumentos distintos: la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Hamilton (HARS).

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Tabla 6

Resultados pre-test y pos-test de la aplicación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

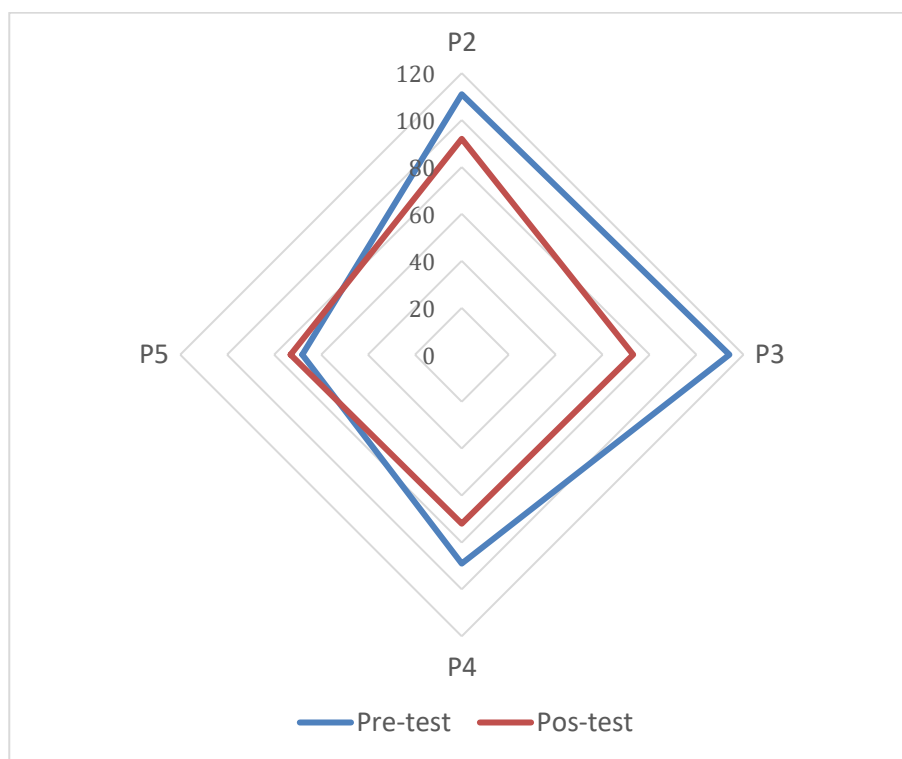
<i>Instrumento</i>	Participantes							
	<i>P2</i>		<i>P3</i>		<i>P4</i>		<i>P5</i>	
	<i>Pre-test</i>	<i>Pos-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Pos-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Pos-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Pos-test</i>
Puntuación Global (DERS)	111	92	114	73	89	72	68	73
No aceptación de respuestas emocionales (DERS)	15	16	24	9	14	9	8	10
Dificultades para cumplir metas (DERS)	19	15	18	9	12	9	10	10
Dificultades en el control de los impulsos (DERS)	19	11	14	10	9	10	9	11
Falta de conciencia emocional (DERS)	19	21	17	17	17	16	21	20
Acceso limitado a las estrategias de regulación emocional (DERS)	21	16	30	17	22	17	12	14
Falta de claridad emocional (DERS)	18	13	11	11	15	11	9	8

Nota. Para el DERS global se consideró 36-72 sin dificultades, 73-108 dificultades significativas, 109-144 dificultades elevadas y significativas, y 145-180 serias dificultades. Todas las puntuaciones representadas son puntajes directos. Todas las puntuaciones representadas son puntajes directos. Tejada et al., 2012.

Como se muestra en la Tabla 6, los resultados globales de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS) indican que a pesar de que los participantes P2, P3 y P4 disminuyeron sus puntajes pre-test y pos-test, parecen mantener niveles altos de dificultad en la regulación emocional. De manera opuesta, el participante P5 parece haber aumentado las dificultades. Estos puntajes globales son el sumatorio total de las seis subescalas que lo conforman: no aceptación de respuestas emocionales; dificultades para cumplir metas; dificultades en el control de impulsos; falta de conciencia emocional; acceso limitado a las estrategias de regulación emocional; y falta de claridad emocional (ver Figura 3).

Figura 3

Resultados pre-test y pos-test globales del DERS



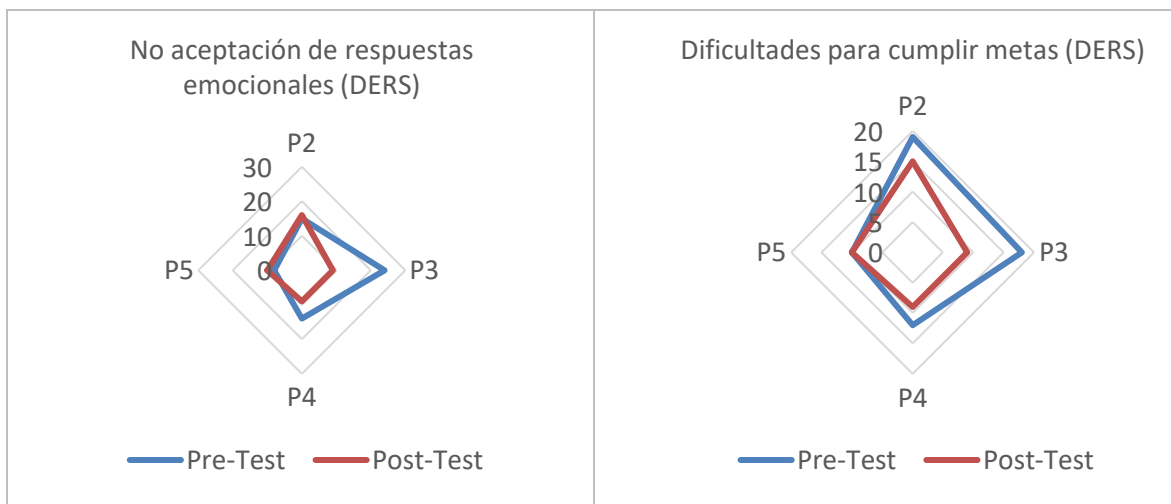
Nota. Esta Figura muestra una gráfica radial de los cambios en las habilidades de dificultades de regulación emocional global; al inicio y final de la aplicación del entrenamiento grupal en DB.

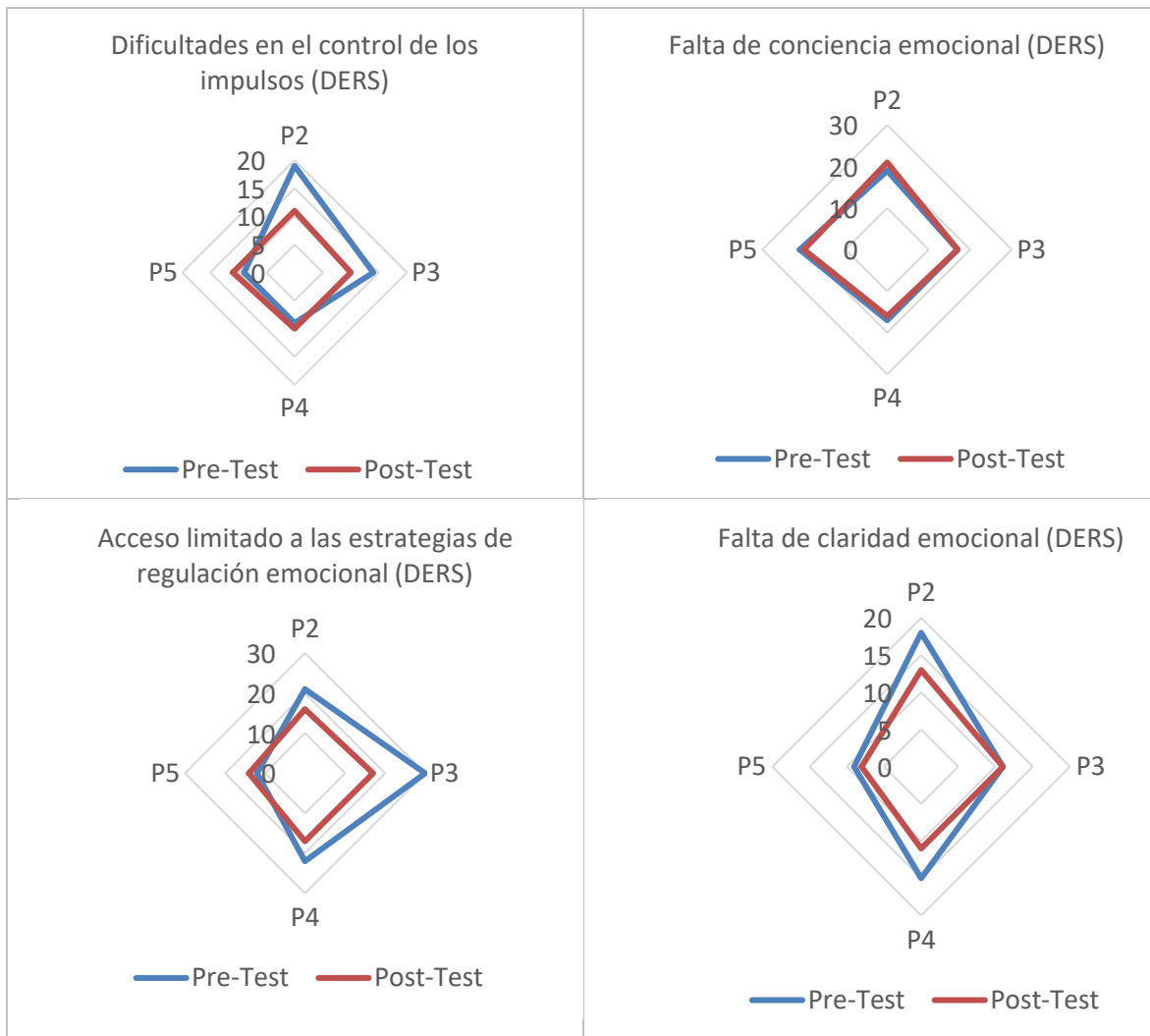
Al revisar las puntuaciones de regulación emocional por sub-escala, encontramos que la subescala de *no aceptación de respuestas emocionales*, P3 y P4 muestran una disminución en la

puntuación mientras que la P2 y P5 muestra un aumento en la puntuación. En la subescala de *dificultades para cumplir metas* y para *acceso limitado a las estrategias de regulación emocional* P2, P3 y P4 presentaron una disminución del puntaje; sin embargo, P5 mantuvo su puntaje para la primera y la aumentó para la segunda. En cuanto a la subescala de dificultades en el control de impulsos P2 y P3 disminuyeron su puntaje; mientras que P4 y P5 aumentaron sus puntajes. Por otro lado, en la subescala de *falta de conciencia emocional* P2 muestra un aumento en el puntaje, P4 y P5 presenta una disminución en el puntaje; mientras que P3 mantuvo su puntaje. Por último, en la subescala de *falta de claridad emocional* todos los participantes disminuyeron su puntaje (ver Figura 4).

Figura 4

Resultados pre-test y post-test de las sub-escalas del DERS





Nota. Esta Figura muestra una gráfica radial de los cambios en las habilidades por sub-escalas de dificultades de regulación emocional; al inicio y final de la aplicación del entrenamiento grupal en DBT.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Tabla 7

Resultados pre-test y pos-test del Inventario de Depresión de Beck (BDI)

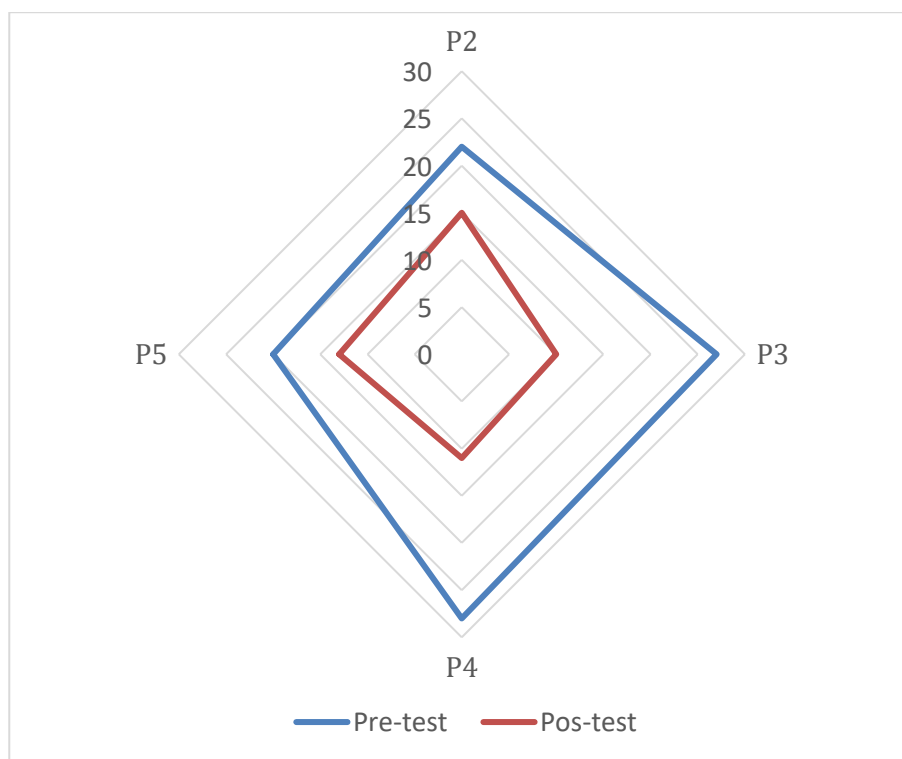
	Participantes			
	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>
Pre-test	22	27	28	20
Pos-test	15	10	11	13

Nota. Para el BDI se consideró 10.9 síntomas mínimos, 18.7 depresión leve, 25.4 depresión moderada y 30 depresión grave. Bobes et al., 2005.

Como se muestra en la Tabla 7, se observó una disminución en los puntajes pre-test y pos-test que representan síntomas de depresión en toda la muestra (ver Figura 5).

Figura 5

Resultados pre-test y pos-test de la Escala de Depresión de Beck (BDI)



Nota. Esta Figura muestra una gráfica radial de los cambios en los síntomas depresivos; al inicio y final de la aplicación del entrenamiento grupal en DBT.

Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)

Tabla 8

Resultados pre-test y pos-test de la escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)

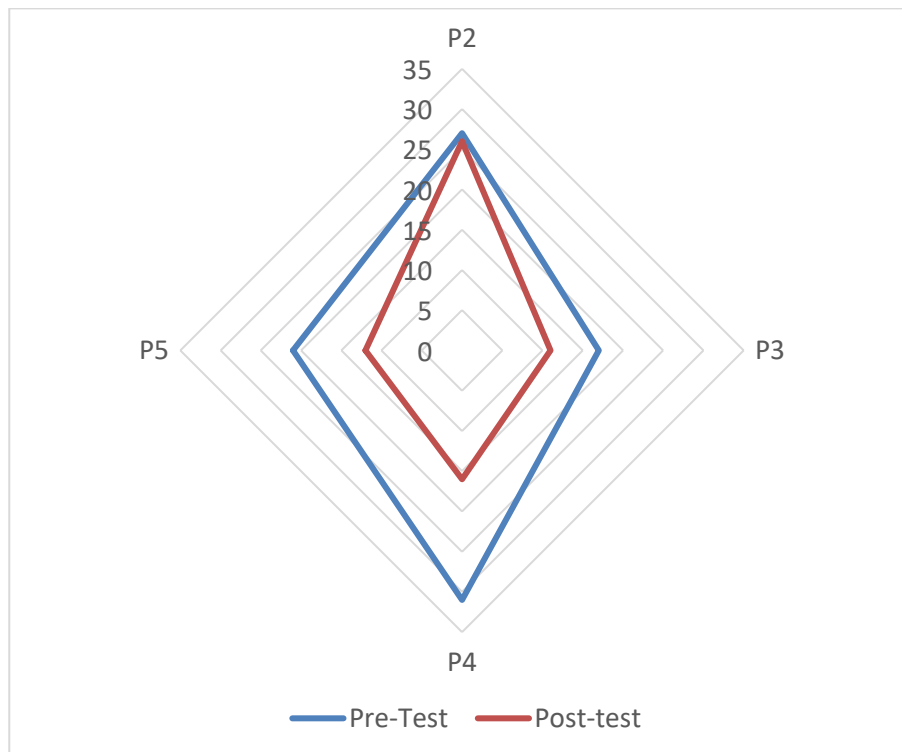
Participantes				
	P2	P3	P4	P5
Pre-test	27	17	31	21
Pos-test	26	11	16	12

Nota. Para el HARS, <5 no ansiedad, 6-14 ansiedad leve y >15 ansiedad moderada/ grave. Bobes et al., 2005.

Por otro lado, como indica la Tabla 8, los resultados pre-test y pos-test de la Escala de Ansiedad de Hamilton muestran que los puntajes moderados/graves se mantienen para los participantes P2 y P4, pero disminuyeron para P5, excepto para la participante P3 que continúa presentando síntomas de ansiedad leve (ver Figura 6).

Figura 6

Resultados pre-test y pos-test de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)



Nota. Para el HARS se consideró <5 no ansiedad, 6-14 ansiedad leve y >15 ansiedad moderada/ grave.

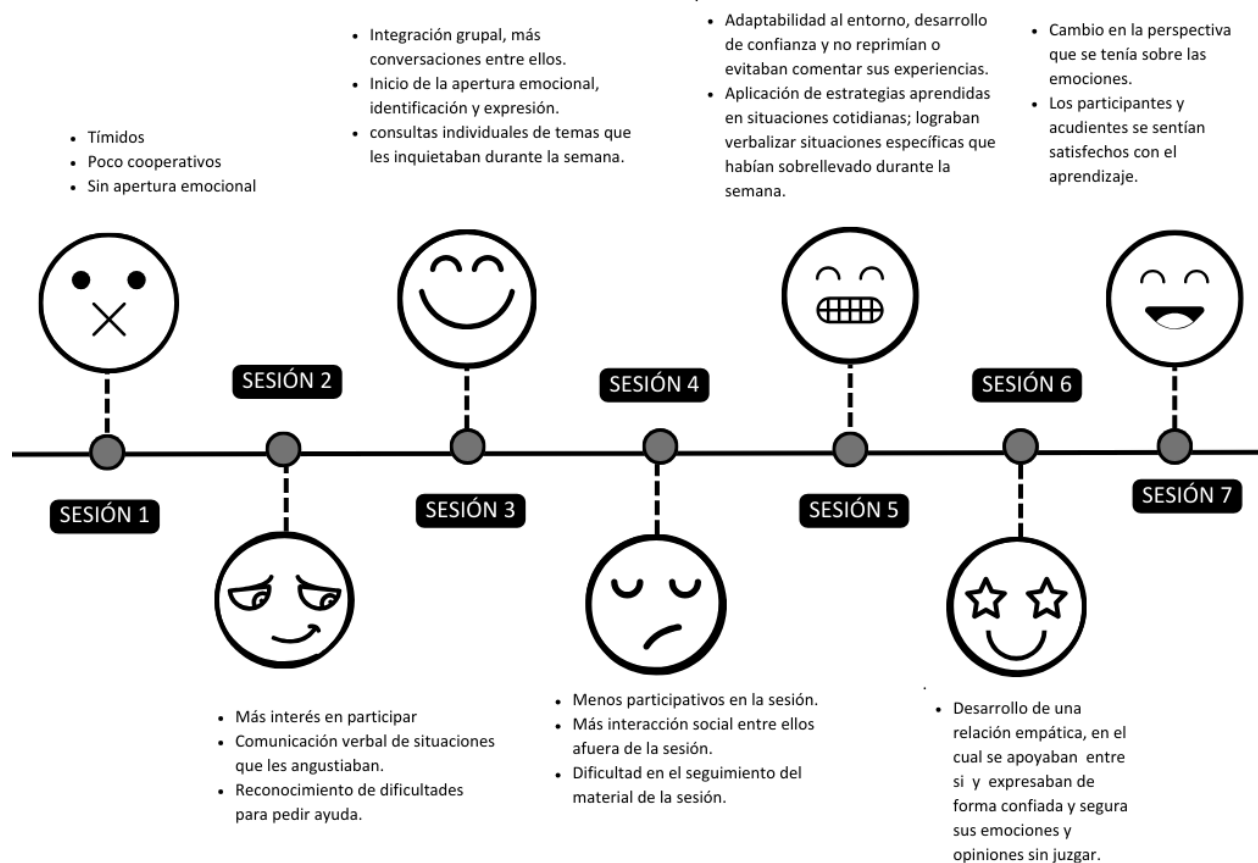
Todas las puntuaciones representadas son puntajes directos. Bobes et al., 2005.

4.2 Discusión de los Resultados

Se realizó una intervención grupal de entrenamiento basado en DBT. En la Figura 7, se muestra como los participantes fueron generando cambios que influían en su comportamiento grupal y, por tanto, en sus habilidades de regulación emocional a lo largo de las de siete sesiones presenciales de intervención. Antes y después de la intervención se realizaron mediciones para observar las habilidades emocionales y la capacidad de regulación de los adolescentes.

Figura 7

Cambios observados en las sesiones de entrenamiento grupal basado en DBT



Nota. Línea de tiempo de los cambios observados durante el entrenamiento grupal basado en DBT.

Con base a los objetivos planteados, los resultados obtenidos muestran hallazgos importantes. En primer lugar, la descripción de las variables sociodemográficas y clínicas mostraron que ninguno de los participantes del estudio se encontraba en situaciones de riesgo social; no mantenían diagnósticos clínicos previos de salud mental y no presentaban problemas de adicciones.

Cabe señalar que tres de los participantes (P2, P4 y P5) tenían una composición familia monoparental mientras que solo P3 tenía una composición familiar nuclear.

En segundo lugar, referente al objetivo de evaluar el estado basal de las dificultades de habilidad emocional con la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS). Se encontró que hubo una disminución en las puntuaciones globales pos-test de las dificultades de regulación emocional de los participantes; no obstante, los puntajes se mantuvieron dentro de un rango de dificultades considerables y no se encontraron resultados estadísticamente significativos. Lo mencionado anteriormente, concuerda con los resultados del estudio de Flynn et al. (2018) quienes reportan que a pesar de observar una mejora en las dificultades de regulación emocional luego de un entrenamiento DBT breve no hubo diferencias claras en las mediciones pre y post test. Así mismo, dos adaptaciones que añadieron otros elementos al entrenamiento DBT en habilidades emocionales para adolescentes y adultos jóvenes encontraron disminuciones estadísticamente significativas en estas dificultades (Gasol et al., 2022). Es importante destacar que estos estudios se realizaron en contextos del aula de clase, distintos al entorno terapéutico establecido para nuestra investigación.

En esta misma línea, Champan (2019) propone que, al inicio de un tratamiento, los pacientes todavía se encuentran en la fase de aprendizaje de nuevos comportamientos efectivos que sustituyan la conducta disfuncional. Por lo tanto, los pacientes en esta etapa suelen tener poco conocimiento o experiencia en la aplicación de habilidades de regulación de emociones y puede ocasionar que cuando se activen emocionalmente, se les dificulte reducir esa intensidad emocional debido a las fuertes

emociones incontrolables o por patrones de pensamiento y /o creencias problemáticas que impiden la habilidad de regularse emocionalmente.

Este hallazgo, se relaciona con las áreas problemáticas mencionadas por todos los participantes: relaciones interpersonales de familia y amistades. Linehan (2014) menciona, que una de las causas de la desregulación emocional es que el sujeto se encuentre en un ambiente invalidante; en carencia de comunicación y afecto familiar. De manera similar, el aumento de las responsabilidades familiares y escolares y la adaptación a estas responsabilidades conducen a mayores exigencias de los padres sobre los jóvenes y a conflictos familiares en general (como se citó en Acosta & Gómez, 2021).

Es fundamental que los jóvenes desarrollen actividades extracurriculares (P5), se propongan metas personales (P2 y P4) y dispongan de entornos seguros emocionalmente con sus pares y familiares (P3). Estudios mencionan que los adolescentes que participan en actividades de ocio estructuradas, tienen mayor autoestima, apoyo social, menores niveles de estrés y en general una mejor adaptación. Además, estas actividades pueden ser herramientas útiles, a través de las cuales los niños y adolescentes desarrollan varias habilidades, como la iniciativa de trabajo en equipo, las habilidades emocionales y un sentido completo y significativo de su lugar en el mundo (Tieu et al.;2010 Abbott y Barber, 2007; Larson, 2000 como se citó en Aránzazu, 2020).

En tercer lugar, el objetivo de medir estadísticamente si el entrenamiento grupal DBT en habilidades de regulación emocional influye significativamente en los síntomas depresivos de los adolescentes se dio a conocer que luego de la intervención todos los participantes parecían haber disminuido el puntaje en los síntomas de depresión, indicando ausencia o mínimo. Esto concuerda con Goldstein et al. (2007), quien en una intervención propuesta obtuvo mejoras significativas en síntomas de depresión, autolesión e ideación suicida. Sin embargo, al igual que nuestra investigación el tamaño de la muestra fue pequeño y no se disponía de ensayos clínicos controlados aleatorios.

Martínez-Hernández y Muñoz (2010) quienes mencionan que los adolescentes tienden a interpretar el malestar emocional generado por la depresión como una serie de sensaciones físicas y cognitivas, las cuales pueden causar sentimientos de incompreensión por parte de sus pares y otros adultos, así como deseos de aislamiento y sentimiento de culpa. Por ello, un punto clave para el manejo de síntomas de depresión durante el entrenamiento DBT, fue establecer el rapport constante con los adolescentes a lo largo de las sesiones y propiciar cohesión grupal lo que permitió la integración del material. Lo que dio lugar a un vínculo terapéutico, centrado en la creación de un espacio emocional seguro, centrado en la empatía y la confianza.

Por último y, en cuarto lugar, el objetivo de medir estadísticamente si el entrenamiento grupal DBT en habilidades de regulación emocional influye significativamente en los síntomas ansiosos de los adolescentes se apreció que a pesar que todos los participantes disminuyeron sus puntajes, solo una participante (P3) disminuyó síntomas a leves. En este caso particular, durante las sesiones, la participante mostró la capacidad de expresar verbalmente la conexión con los temas y su estado emocional, que muchas veces eran adaptativas.

En investigaciones de Nesayan et al. (2017) señalan que el entrenamiento en habilidades de regulación emocional puede disminuir la ansiedad, sobre todo si se logra sustituir una estrategia de regulación poco adaptativa por una más adaptativa. Así mismo, la habilidad de expresarse emocionalmente, es un factor protector que permite una percepción adecuada de las emociones propias y de los demás; así como ayuda en el moldeamiento del comportamiento, pensamiento y la capacidad de relacionarse con otros (Mónaco et. al., 2017).

En este resultado, los factores que favorecen en el mantenimiento de los síntomas ansiosos en los participantes son estrés causado por presiones escolares (P2,P3 y P5), mala higiene de sueño (P2), y dificultades en la comunicación y en la relación con padres (P2,P4,P5). En la adolescencia los síntomas de ansiedad pueden aparecer por distintos factores predisponentes, por ejemplo antecedentes

familiares, sustancias tóxicas durante la etapa de gestación o estilos de crianza con vínculos inseguros (López et al; 2012). En esta edad los adolescentes son más propensos, como plantea Sánchez-Gómez et al. (2020), a desarrollar miedo a una valoración negativa, llegando a evitar situaciones sociales y familiares nuevas. De esta manera se trunca la evolución del autoconcepto. De igual forma hay presencia excesiva de susceptibilidad a temores y preocupaciones, sentimiento de vergüenza, inseguridad y victimización por parte de pares.

Con base en el análisis descriptivo presentado en el capítulo anterior, se rechazó la hipótesis alterna y se aceptó la hipótesis nula para los tres instrumentos de medición: la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Hamilton (HARS). De acuerdo con estos resultados, no se puede inferir que el entrenamiento grupal basado en Terapia Dialéctica Conductual no fue efectivo para mejorar las habilidades de regulación emocional en los adolescentes participantes del estudio.

Es importante considerar que esta investigación tuvo varias limitaciones que influyeron en los resultados. Ante todo, la muestra fue muy pequeña ($n=4$), por ello los resultados de este estudio no establecieron un índice estadísticamente significativo y no pueden ser generalizables a la población adolescente del distrito de David, Chiriquí.

Otro aspecto que influyó fue el tiempo de las sesiones muy corto en contraposición con el material. Durante las sesiones se observó que los participantes se distraen y se aburren con facilidad. Como plantea National Institute of Mental Health (2023), es común que en la adolescencia, debido a la etapa del desarrollo cerebral en la que se encuentran, el foco de atención se centre en las relaciones con los pares y otras experiencias sociales. Esto los hace dejar de lado la atención en actividades que requieran de mayor energía cognitiva.

Por otra parte, los procesos individuales, grupales, el estilo de crianza y el tipo de apego son elementos que limitan o aumentan las habilidades de regulación emocional. Sobre este particular, el

estilo de crianza de los progenitores con sus hijos está vinculado con el moldeamiento de las conductas, el modo de actuar y pensar. Así mismo, existe una relación entre los estilos de apego y las estrategias de regulación emocional. Es decir, la forma en que los individuos manifiestan su apego se puede asociar a ciertas emociones y a la expresión como regulación de estas. Cabe destacar que se reconoce que la expresión y estado emocional varía de acuerdo con la etapa de vida en la que se encuentre (Chirinos, 2021; Delgado & Bustamante, 2022).

El presente estudio tuvo un efecto no solo en los síntomas de ansiedad y depresión sino también permitió la psicoeducación emocional, la identificación y expresión de sus emociones. También se logró poner en manifiesto la necesidad de seguir investigando y fomentando la regulación emocional desde un contexto de Terapia Dialéctica Conductual en adolescentes. Esta población se encuentra en un periodo de vida vulnerable y es propensa a sentar las bases para el desarrollo de una psicopatología en la edad adulta.

CAPÍTULO 5: PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Introducción de la Propuesta

Las habilidades de regulación emocional son imprescindibles, especialmente en adolescentes que son emocionalmente susceptibles, puesto que tendrán dificultades para permanecer en calma debido a los problemas para gestionar sanamente los procesos emocionales. La ausencia de esta habilidad, afecta con el buen funcionamiento psicológico de los adolescentes y los hace más vulnerables a desarrollar trastornos de la salud mental.

Existen diversos tratamientos científicos que brindan estrategias para la regulación emocional. Sin embargo, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) es una de las intervenciones que ha demostrado mayor efectividad en adolescentes. Este modelo de intervención propone que la desregulación emocional se caracteriza por cambios rápidos, intensos y con poco control del estado de ánimo; junto con pensamientos negativos ininterrumpidos. Por consecuencia, se dificulta a los adolescentes regular con eficacia las emociones y/o reacciones dependientes del humor provocando diferentes problemas a nivel académico, familiar y social (Rathus & Miller, 2022).

Todas las emociones tendrán un propósito y beneficio si se aprende a interpretarlas y a relacionarlas con el pensamiento y conducta adecuada. Frente a este posible desafío, la presente investigación propone desarrollar un entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional de adolescentes de 15 a 17 años de la ciudad de David para desarrollar de forma óptima la respuesta ante emociones desagradables y angustiosas y generar emociones positivas.

5.2 Justificación de la propuesta

En las últimas dos décadas, el estudio de la regulación emocional ha tenido un impacto significativo y de rápido desarrollo. Distintos campos de investigación coinciden en que las dificultades en la regulación de las emociones juegan un papel central en el desarrollo y mantenimiento de enfermedades psicopatológicas; especialmente en niños y jóvenes (Caqueo-Urizar et al.,2020).

De acuerdo con el informe Estado Mundial de la Infancia del 2021, 1 de cada 7 adolescentes entre edades de 10 a 19 años ha sido diagnosticado con un trastorno mental (UNICEF , 2021) .Los trastornos de salud mental representan el 16% de todas las enfermedades y lesiones en este grupo de edad. En el cual, la mitad de los trastornos mentales comienzan alrededor de los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se diagnostican ni se tratan. Del mismo modo, nos dice que la mayoría de las causas de muerte entre los jóvenes son los suicidios en adolescentes entre los 10 y los 19 años (Villanueva & Quispe, 2021).

Un estudio sobre las características epidemiológicas de los suicidios en Panamá reportó 1, 475 suicidios entre 2007 y 2016, de los cuales el 13 % ocurrieron en el grupo de edad de 10 a 19 años. Sin embargo, Panamá tiene un subregistro aproximado de 14.4%, lo que impide información veraz (Sánchez M. M., 2019). En un reporte de la UNICEF Panamá indica que al menos 1 menor de 18 años había presentado molestias en su salud mental; en el 2020 el 21% de los encuestados había reportado la necesidad de ser atendido por un profesional de salud mental. Mientras que, en el 2021, se reportaba el 33%.

En el 2022, el Ministro de Salud, Luis Sucre mencionó que la tasa nacional de suicidios es de 3,1% por cada 100.000 habitantes, y es la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años en el país (El Siglo, 2022) Según el MEDUCA, el 43% de los estudiantes tuvieron un impacto emocional leve, moderado o severo, y la mayoría mencionó estrés o ansiedad a medida que se adaptan al regreso presencial (El Siglo, 2022)A esta realidad se le suma el hecho de que muchas personas que padecen estas patologías, pero que por situaciones personales o culturales no buscan la ayuda profesional necesaria y quedan excluidos de todas las estadísticas procesadas a nivel institucional y especialmente en el ámbito de la salud (García, 2017).

Generalmente los adolescentes de la ciudad de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá obtendría solamente educación tradicional, dejando a un lado la comprensión y regulación de

las emociones y sentimientos; generando incertidumbre y malestar emocional en cómo abordar lo que sienten, piensan y actúan; impidiendo que puedan relacionarse sanamente con su entorno. Por lo mencionado anteriormente, esta investigación pretenderá contribuir con estrategias en habilidades de la regulación emocional basada en Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en adolescentes de 15 a 17 años de edad.

5.3 Objetivos de la Propuesta

Objetivo General

Analizar el efecto de un entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en adolescentes de 15 a 17 años del Distrito de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá.

Objetivos Específicos

- Describir las variables sociodemográficas y clínicas de un grupo de adolescentes.
- Evaluar el estado basal de la dificultad de habilidad emocional con la escala DERS en adolescentes.
- Medir estadísticamente si el entrenamiento grupal DBT en habilidades de regulación emocional influye significativamente en los síntomas depresivos de los adolescentes.
- Medir estadísticamente si el entrenamiento grupal DBT en habilidades de regulación emocional influye significativamente en los síntomas de ansiedad de los adolescentes.

5.3 Beneficios e Impacto Esperado

En cuanto a los beneficios, este estudio se enfocó en desarrollar habilidades de regulación emocional adecuadas para contribuir en el incremento de la satisfacción individual en los adolescentes, que sería reflejado a su vez en las relaciones interpersonales como la convivencia familiar, los desafíos

3	Solicitar y esperar aprobación de anteproyecto a Comité de Bioética												
4	Abrir convocatoria para muestreo												
5	Filtrado												
6	Reunión con padres y/o tutores legales para firma de consentimiento y asentamiento informado												
7	Aplicación de Pretest DERS												
8	Protocolo de entrenamiento en habilidades de regulación emocional.												
9	Aplicación de postest												
10	Tabulación de datos												
11	Análisis de resultado												
12	Elaboración de trabajo de grado												

5.5 Presupuesto

Tabla 10

Presupuesto de la investigación

Etapas con implicaciones financieras	
Actividad	Costo
Movilidad/gasolina	B/. 60.00
Materiales	B/. 50.00
Impresiones	B/. 50.00
Comida (brindis de apertura y cierre)	B/. 80.00
Total	B/. 240.00

5.6 Plan de Ejecución

Esta investigación estuvo conformada por las siguientes etapas: en la primera fase se elaboró un anteproyecto que fue presentado ante el Coordinador de la facultad de Psicología de la Universidad Latina de Panamá para su aprobación. Seguidamente, se registró en RESEGIS y se presentó ante CBI-USMA para su aprobación. Luego de la aprobación del comité de bioética se inició la segunda fase con la convocatoria abierta de la muestra mediante la creación de un flyer que será publicado en redes sociales tales como Instagram, Facebook y Twitter.

Posteriormente se contactó vía virtual y/o telefónica para informar sobre el formulario de pre-registro que recogerá datos sociodemográficos, se explicó el objetivo del estudio y la confidencialidad de los datos. De igual forma, se le explicará el número total de las sesiones y la importancia de la asistencia voluntaria a todas las sesiones del entrenamiento. Si los padres y/o tutores legales manifiestan que están de acuerdo con lo mencionado en el formulario, se les enviarán en formato digital la Escala de Depresión de Beck y Escala de Ansiedad de Hamilton para que sea completado por los adolescentes. De cumplir con todos los criterios de inclusión, se concretó una reunión presencial. De lo contrario, si durante la toma de la muestra se detecta un nivel significativo relevante de desregulación emocional que comprometa el bienestar emocional y psicológico de los participantes se le refiere de forma inmediata a evaluación y atención psicológica a la Caja de Seguro Social o MINSA.

En la tercera fase, se convocó a una reunión para la firma de asentamiento y consentimiento informado. Se explicará a los padres y/o tutores legales y adolescentes acerca de los criterios de inclusión y exclusión. Adicional, se aplicó el pretest de la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) a los participantes.

En la cuarta fase, aplicará el entrenamiento grupal de habilidades de regulación emocional en 7 sesiones, cuya duración será de 60 minutos. En la **primera sesión** se etiquetó, identificó y régulo emociones; así como también potenciar la concientización de las mismas mediante la tolerancia y aceptación de las emociones. Al finalizar la sesión, se le asignó llevar un registro de las emociones durante la semana.

En la **segunda sesión** se enfocó en desarrollar que es una emoción y entender los diferentes componentes con que se relaciona, como lo son interpretaciones, cambios biológicos, expresiones y secuelas. Posteriormente, se realizará una actividad en donde se le otorga una emoción para que la analicen según modelo de las emociones. Al finalizar se le asignó de tarea, escribir el uso de las habilidades que aprendieron durante la sesión y que aplicaron durante la semana.

En la **tercera sesión** aprendió a verificar hechos de una situación como un parte del proceso de modificación de sus pensamientos y creencias acerca de evento. Seguido, se brindó estrategias de habilidades de acción opuesta, es decir, se enseñó a cambiar sus emociones a través del cambio de sus comportamientos. Al finalizar se le asignó de tarea, escribir el uso de las habilidades que aprendieron durante la sesión y que aplicaron durante la semana.

En la **cuarta sesión** se trabajó en la habilidad para resolución de problemas. Al finalizar se le asignó de tarea, escribir el uso de las habilidades que aprendieron durante la sesión y que aplicaron durante la semana.

En la **quinta sesión** se centró en potenciar las emociones positivas, disminuir la vulnerabilidad de emociones negativas y evadir profundizar en la Mente Emocional con la habilidad de adquirir

experiencias positivas a corto como largo plazo; a través de la A del ABC de CUIDA. Al finalizar se le asignó de tarea, escribir el uso de las habilidades que aprendieron durante la sesión y que aplicaron durante la semana.

En la **sexta sesión**, se focalizó en la habilidad BC del CUIDA, el cual desarrolla la habilidad de involucrarse en actividades complicadas que aumentaran la autoconfianza y satisfacción personal. También se desarrolló sobre las habilidades CUIDA relacionadas en cuidar el cuerpo, mantener una dieta balanceada, buenos hábitos de sueño, ejercitarse diario, evitar sustancias que alteren el estado de ánimo y cuidar cualquier enfermedad física. Se trabajó en conjunto para identificar cuantas habilidades CUIDA utilizan con regularidad y así determinar si están cuidándose con el objetivo de reducir su vulnerabilidad a la Mente emocional. Al finalizar se le asignó de tarea, escribir el uso de las habilidades que aprendieron durante la sesión y que aplicaron durante la semana.

En la **séptima sesión**, se repasó todo lo enseñado previamente y se enseñó sobre la consciencia plena de las emociones como una habilidad de la “ola”, la cual está enfocada en experimentar a consciencia plena una emoción sin rechazarla ni retenerla. Al finalizar se le asignó de tarea, escribir el uso de las habilidades que aprendieron durante la sesión y que aplicaron durante la semana.

En la quinta fase, una semana después de culminar con la intervención, se aplicará el pos-test de la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DER). Se procedió con la tabulación de los resultados utilizando Microsoft Excel, para luego continuar con la elaboración de los cuadros y gráficos donde se presento las puntuaciones de los participantes considerando los objetivos de la investigación para seguidamente graficar los resultados del análisis de la efectividad de un entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en Terapia Dialéctica Conductual (DBT) dirigido a adolescentes de 15 a 17 años de la ciudad de David.

Conclusiones

La Terapia Dialéctica Conductual, puede ser una buena opción como entrenamiento en habilidades de regulación emocional para una población no clínica de adolescentes con dificultades emocionales propias de la etapa del desarrollo y el contexto social.

Un espacio seguro, en el cual los jóvenes pueden expresarse emocionalmente, sin ser juzgados y en el encuentran un refugio emocional que propicia el desarrollo y mantenimiento de la gestión apropiada de las emociones. Lo que conlleva a la apertura emocional progresiva, necesaria para sentirse validados, escuchados y protegidos. De la mano, se manifiesta la importancia de las relaciones interpersonales saludables; en especial familiares y sociales para cultivar el crecimiento en las diferentes áreas del adolescente.

Por otra parte, señalamos que la constancia aumenta el nivel de compromiso en lo jóvenes, por ende, a mayores oportunidades de aprendizaje emocional, mayores probabilidades de incorporar y crear hábitos psicológicos y emocionales, sanos para la vida. La apertura emocional progresiva es necesaria para sentirse validados, escuchados y protegidos.

Este entrenamiento brindó psicoeducación emocional, identificación y expresión de las emociones, así como la adquisición de nuevas estrategias para sobrellevar situaciones que generaban malestar para este grupo de adolescentes. A partir de ello, la intervención parece haber sido un factor que pudo haber impactado en la disminución de puntajes en los síntomas de ansiedad y depresión de los participantes, así como una sensación de bienestar luego de la intervención. Los avances terapéuticos individuales por mínimos que sean, siguen siendo cambios que hacen la diferencia en la vida de cada individuo, así como en su entorno.

Recomendaciones

- Replicar el entrenamiento en DBT a una muestra con grupo control y experimental. De tal forma que se pueda observar si los resultados de la Escala de Regulación Emocional (DERS) disminuyen significativamente frente a esta intervención y así profundizar sobre las implicaciones de esta terapia en la adolescencia.
- Agregar al entrenamiento grupal sesiones con los padres o tutores legales para fomentar el cambio emocional, especialmente en los adolescentes que presentan dificultades en las relaciones parentales.
- Realizar una intervención del entrenamiento de habilidades emocionales con una muestra de adolescentes más grande para profundizar y ampliar los resultados de la investigación
- Aumentar la cantidad de sesiones de la intervención del entrenamiento de habilidades basado en Terapia Dialéctica Conductual emocional con más sesiones. Incluir otras habilidades propuestas por Rathus y Miller (2005) como lo son las habilidades mindfulness y tolerancia al malestar.
- Agregar al programa de intervención sesiones de seguimiento una-a-uno, entre las sesiones grupales. De esta forma los participantes pueden tener un espacio adicional para interiorizar sus conocimientos y sentirse acompañados en la puesta en práctica.
- Promover, concienciar e incentivar a centros escolares, Instituciones, Municipios y gabinetes psicopedagógicos; a crear espacios seguros, realizar clases, programas y/o talleres de regulación emocional y salud mental, para brindar herramientas que permitan reforzar y guiar a los adolescentes a un manejo integral de situaciones; ya sea negativas o positivas de la vida cotidiana.

Bibliografía

- Acevedo, N. Z. (2019). De la Adolescencia a la Adulthood. Obtenido de https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/57930/1/2018_2019%20BENDECK%2C%20Nelson.pdf
- Acosta, Á. M., & Gómez, L. S. (2021). *Problemas de disregulación emocional en adolescentes durante la pandemia por COVID-19*. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/58789/Prada%26S%C3%A1nchez%20Trabajo%20de%20Grado.pdf?sequence=1>
- Aldunate, F. U. (2015). *Intervenciones Terapéuticas basadas en la Evidencia para Niños y Adolescentes con Trastorno del Ánimo Biplar*. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392145/tab2015.pdf>
- Álvarez, S. C., Bustos, M. B., & Nuñez, O. F. (2018). *Manejo de las emociones negativas desde el aula: un reto para el equilibrio, salud y conocimiento*. Obtenido de <http://ojs.urbe.edu/index.php/redhecs/article/view/2629/3157>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Albertos, A., Osorio, A., & Beltramo, C. (2019). *Adolescentes y ocio: desarrollo positivo y transición hacia la vida adulta*. Obtenido de Redalyc: <https://www.redalyc.org/journal/834/83466582003/html/>
- Arias-Arroyo, P. A., Merino-Zurita, M. M., & Peralvo-Arequipa, C. R. (2017). Analysis of Jean Piaget's Theory of Psycho-Genetics: A contribution to the discussion. *Ciencias de la Educación*, 833-845. Obtenido de file:///C:/Users/admorales/Downloads/Dialnet-AnalisisDeLaTeoriaDePsicogeneticaDeJeanPiagetUnApo-6326679%20(1).pdf
- Beevers, C. G., Clasen, P. C., Enock, P. M., & Schnyer, D. M. (2015). *Attention bias modification for major depressive disorder: Effects on attention bias, resting state connectivity, and symptom change*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25894440/>
- Boggiano, J. P., & Gagliosi, P. (2020). *Terapia Dialéctico Conductual*. La Plata: EDULP.
- Cardona, G. A. (2005). *Depresión en la adolescencia*. Obtenido de Universidad de la Sabana: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4626/130812.pdf;jsessionid=5E03EFD87646184B661B855F07F5CC10?sequence=1>
- Caqueo-Urizar, A., Mena-Chamorro, P., Flores, J., Narea, M., & Irrazaval, M. (2020). *Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile*. Obtenido de Scielo.
- Carretero, M., Palacios, J., & Marchesi, A. (1985). *Psicología Evolutiva 3. Adoelscencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial . Obtenido de [https://ifssa.edu.ar/ifssavirtual/cms/files/Carretero%20-%20Adolescencia,%20madurez%20y%20senectud\(1\).pdf](https://ifssa.edu.ar/ifssavirtual/cms/files/Carretero%20-%20Adolescencia,%20madurez%20y%20senectud(1).pdf)
- Castro-Pozo, M. U. (2019). *Adolescencia y juventud: reposicionamientos teóricos*. Obtenido de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/16001/13748>
- Conte, Q. (2022). Criterios para planificar e iniciar un grupo de psicoterapia . Panamá.
- Contreras, Y. L. (2019). *Regulación emocional y su relación con la perspectiva del tiempo y mindfulness en adolescentes escolarizados de la comuna de Talcahuano*. Obtenido de <http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/966/1/Tesis%20Regulacion%20emocional.pdf>
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12912767/>
- Chapman, A. (2019). *Phone coaching in Dialectical Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press. Obtenido de PubMed.

- Chirinos S., J. E. (2019). *Estilos de Crianza e Inteligencia Emocional en Adolescentes de un Centro Juvenil de Chiclayo 2019*. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8171/Chirinos%20Santacruz%20C%20Julia%20Elizabet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Delgado, M. C., & Bustamante, A. K. (2022). *Estilos de apego y estrategias de regulación emocional en los adolescentes entre los 10 y los 19 años: Una Revisión Sistemática de la Literatura Actual*. Obtenido de <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/0547154d-11ae-4636-b11b-7223b052b10d/content>
- Díaz, M. E. (2020). *Efectividad de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A para la disminución de factores de riesgo en la conducta suicida*. Obtenido de <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4241647>
- El Siglo. (13 de enero de 2022). *En Panamá, cada tres días una persona se quita la vida*. Obtenido de <http://elsiglo.com.pa/cronica-roja/panama-cada-tres-dias-persona-quita-vida/24191635>
- El Siglo. (5 de julio de 2022). *Pensamientos mortales por estrés y ansiedad*. Obtenido de <http://elsiglo.com.pa/panama/pensamientos-mortales-estres-ansiedad/24204606>
- Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., & Martínez, J. A. (2019). *Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad*. Obtenido de Universidad de Jaén: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/1._una_mirada_hacia_los_jovenes_con_trastornos_de_ansiedad.pdf
- Estévez, M. G. (2022). *Teoría Psicogenética de Jean Piaget*. Obtenido de Centro de Investigación Interdisciplinar en valores de integración y desarrollo Social: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/13496/1/teor%C3%ADa-psicogen%C3%A9tica-jean-piaget.pdf>
- Faros Sant Joan de Déu. (2021). *Una mirada a la salud mental de los adolescentes*. Obtenido de https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455_d_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf
- Fernández-Abascal, E. G., & Sánchez, M. P. (2010). *Psicología de la emoción*. Obtenido de Editorial Universitaria Ramón Areces: <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf>
- Fernández, A. S.-M. (2022). *Una introducción a la Terapia Dialéctico Conductual*. Obtenido de https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/140212/Apuntes_Sainz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fernández López, O., Jiménez Hernández, B., Almirall, R. A., & Molina, S. (2012). *Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos*. Obtenido de Redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180024553019.pdf>
- Ferrer, J. D. (2019). *Intervención en inteligencia emocional a adolescentes desde técnicas cognitivo-conductuales*. Obtenido de https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/11089/1/UVDT.P_GonzalezJenniffer_2019..pdf
- Flynn, D., Joyce, M., Weihrauch, M., & Corcoran, P. (2018). *Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy - skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A): evaluation of a pilot implementation in Irish post-primary schools*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32677137/>
- García, D. L. (2017). *Tratamiento Cognitivo Conductual orientado a la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de adolescentes de séptimo grado diagnosticadas con Trastorno mixto ansioso depresivo con autolesiones*. Obtenido de <http://up-rid.up.ac.pa/1579/1/diana%20mendez.pdf>

- García, I. S. (1998). *Autoconcepto y adolescencia. Una línea de intervención psicoeducativa*. Obtenido de file:///Users/aidasofia/Downloads/75800-Text%20de%20l'article-96563-1-10-20071128%20(2).pdf
- Gasol, y. X., Navarro-Haro, M. V., Fernández-Felipe, I., García-Palacios, A., Suso-Ribera, C., & Gasol-Colomina, M. (2022). *Preventing Emotional Dysregulation: Acceptability and Preliminary Effectiveness of a DBT Skills Training Program for Adolescents in the Spanish School System*. Obtenido de Int. J. Environ. Res. Public Health: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/494>
- Gempeler, J. (2008). *Terapia conductual dialéctica*. Obtenido de https://www.academia.edu/31309652/Terapia_conductual_dialéctica
- Güemes-Hidalgo, M., González-Fierro, M. C., & Vicario, M. H. (2017). *Pubertad y adolescencia*. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2007). *Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17581446/>
- Gullón, I. (2019). *Regulación emocional en niños y adolescentes*. Obtenido de Univesidad Pontificia de Comillas: <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/239021/retrieve>
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). *Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322701/>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Obtenido de Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment: <https://link.springer.com/article/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). *The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review*. Obtenido de Review of General Psychology: <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2015). *The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, Applications, and Future Directions*. Obtenido de Psychological Inquiry: <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Hermida, J. R., & Fernández, S. V. (2021). *Libro blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil*. Obtenido de Consejo General de la Psicología España: <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf>
- Hernández Sánchez, M. M., Horga de la Parte, J. F., Navarro Cremades, F., & Mira Vicedo, A. (2012). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria*. Obtenido de <https://www.siquia.com/assets/uploads/2012/10/Guia-ansiedad.pdf>
- Hervás, G. (2011). *Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos*. Obtenido de Behavioral Psychology.
- Hervás, G., & Moral, G. (2017). *Regulación Emocional aplicada al campo Clínico*. Obtenido de FOCAD: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Hidalgo, E. S. (1954). *La adolescencia según la psicología topológica de Kurt Lewin*. Obtenido de <https://revistas.upr.edu/index.php/educacion/article/view/16588/14138>
- Higueras, P. H., Navarro, M. G., Fernández, A. M., Mascaraque, P. S., & Lauffer, J. C. (2022). *Mental health in adolescence (I). Anxiety and depression*. Obtenido de Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541222001974>
- Illachura, P. R. (2022). *Mindfulness y regulación emocional en estudiantes de nivel secundario de la Institución educativa Jorge Basare Grohmann, Tacna 2022*. Obtenido de <http://161.132.207.135/bitstream/handle/20.500.12969/2735/Ramos-Illachura-Paola.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

- J. Bobes, M. P. G.-Portilla, M. T. Bascán, Saiz, P., & Bousoño, M. (2003). *Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: ArsMedica.
- Juarez, A. O. (s.f.). *Biblioteca Central UNMSM*. Obtenido de https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf
- Legerstee, J., Garnefski, N., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2011). *Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9 - 11-year-old children: the development of an instrument*. Obtenido de PMID.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Pres.
- Linehan, M. M. (2020). *Manual de Entrenamiento en Habilidades DBT*. Buenos Aires: Tres Olas.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *PubMed*.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad* Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilto. Obtenido de ScienceDirect: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775302724299>
- López, M. A. (2020). *Efecto de una Intervención Individual y Familiar Basadas en la Terapia Dialéctica Conductual Sobre los Repertorios de Desregulación Emocional de Adolescentes y las Interacciones con cuidadores*. Obtenido de Fundación Universitaria Konrad Loren: <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/4178/911182017%20RAI.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Marintez, B.; et al. (2012). *El tránsito del Adolescente: retos y oportunidades*. Valencia: Palmero Ediciones.
- Martínez-Hernández, Á., & Muñoz, G. (2010). «Un infinito que no acaba». *Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)*. Obtenido de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24467>
- Mascaraque, P. S., & Cohen, D. S. (2020). *Ansiedad y depresión en niños y adolescentes*. Obtenido de <https://www.adolescere.es/ansiedad-y-depresion-en-ninos-y-adolescentes/>
- Mazza, J. J., & et.al. (2016). *Habilidades para la Solución de Problemas Emocionales para Adolescentes*. Obtenido de file:///C:/Users/admorales/Downloads/DBT%20STEPS-A%20EspaA%CC%83%C2%B1ol.pdf
- Mendoza, I. R. (2018). *Terapia Cognitiva basada en mente plena para la regulación emocional en adolescentes del Hogar Metro Amigos*. Obtenido de http://up-rid.up.ac.pa/1985/1/idis_rodriguez.pdf
- Mendoza, K. M. (2023). Factores que influyen en las manifestaciones de ansiedad y depresión en adolescentes de una Institución educativa de Arequipa 2023. Obtenido de <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e12349aa-d10d-431e-9dc0-6d722800878d/content>
- Mercado, V. G. (1998). La emancipación : una causa de conflicto en el hogar del adolescente. Obtenido de https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/DGB_UNAM/TESO1000258956/3/258956.pdf
- Mónaco, E., Barrera, U. d., & Montoya-Castilla, I. (2017). *Desarrollo de un programa de intervención para mejorar las competencias emocionales, el afecto positivo y la empatía en la adolescencia*. Obtenido de <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/146>
- Montañés, M. C. (2005). *Psicología de la Emoción: el proceso emocional*. Obtenido de <https://www.uv.es/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>

- Montoya, E. I. (2007). *Los adolescentes en la planificación de medios: segmentación y conocimiento del target*. Obtenido de <https://www.injuve.es/sites/default/files/2%20-%20los%20adolescentes%20como%20personas.pdf>
- Muss, R. E., & Thomas, J. J. (1989). *La teoría de Arnold Gesel sobre el desarrollo*. México : Paidós. Obtenido de http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/1745/361_07.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M., & Hoyos-González, J. S. (2016). *SCALA DE DIFICULTADES EN REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS): ANÁLISIS FACTORIAL EN UNA MUESTRA COLOMBIANA*.
- National Institute of Mental Health. (2023). *El cerebro de los adolescentes: 7 cosas que usted debe saber*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/el-cerebro-de-los-adolescentes-7-cosas>.
- O.M.S. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento* (Vol. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (s.f.). *Salud del adolescente*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Ortega, M. A. (2017). *Una interpretación de la terapia dialéctica comportamental desde la ciencia comportamental contextual*. Obtenido de <https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/1058/528>
- Pardo, E. S., Rivas, A. F., Barnier, P. O., Mirabent, M. B., Lizeaga, I. K., Cosgaya, A. D., . . . Torres, M. A. (2020). *A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group*. Obtenido de BMC Psychiatry: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02649-2>
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mc Graw Hill.
- Pámpols, C. F. (2020). *Identidad, juventud y crisis. El concepto de crisis en las teorías sobre la juventud*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7685384>
- Paredes, C. S. (2022). *Estrategias de Terapia Dialéctica Conductual para depresión en adolescentes: una propuesta teórica*. Obtenido de Revista de Investigación Talentos.
- Perales, M. R., & Herrera, K. T. (2018). *Regulación emocional y comprensión lectora en estudiantes de educación primaria de una I.E.P. de Surco, 2018*. Obtenido de Universidad Antonio Ruiz de Montoya: https://repositorio.uarm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12833/2294/Bujaico%20Perales,%20Maxary%20R._Torres%20Herrera,%20Karina_Tesis_Maestr%C3%ADa_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez, O. G., & Bello, N. C. (2016). *Regulación emocional: definición, red nomológica y medición*. Obtenido de Universidad Nacional Autónoma de México: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>
- Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia*. Cuba: Minsap.
- Quiroga. (2019). *La adolescencia: fenómeno de multideterminación*.
- Rathus, J., & Miller, A. (2015). *DBT Skills manual for adolescent*. Obtenido de The Guilford Press.
- Rathus, J., & Miller, A. (2022). *Manual de habilidades DBT para adolescentes*. Buenos Aires, Argentina: Tres Olas.
- Ruiz, S. K. (2020). Obtenido de Ansiedad y desesperanza en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mental comunitario San Cosme de la Victoria: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8592/T061_43937509_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez, E. G.-A., & Jiménez, M. P. (2010). *Psicología de la emoción*. Obtenido de Editorial universitaria Ramón Areces: <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf>

- Sánchez, M. M. (2019). *Ideación suicida, síntomas depresivos e involucramiento afectivo en adolescentes escolarizados del 2019*. Obtenido de <https://revistas.utp.ac.pa/index.php/apanac/article/view/3211/3886>
- Sánchez-Gómez, M., Oliver, A., Adelantado-Renau, M., & Bresó, E. (2020). *Inteligencia Emocional y Ansiedad en Adolescencia: una propuesta práctica en el aula*. Obtenido de <https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/189065/70369.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Santos, D. A. (2022). *Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas: Confluencias, complementariedades y divergencias*. Obtenido de Universidad Adventista del Plata: [file:///C:/Users/admorales/Downloads/Dialnet-RegulacionEmocionalYTerapiasPsicologicasEmpiricame-8376264%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/admorales/Downloads/Dialnet-RegulacionEmocionalYTerapiasPsicologicasEmpiricame-8376264%20(3).pdf)
- Sanz, J., García-Vera, M.-P., Regina, E., María, F., & Vázquez, C. (2005). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos*. Obtenido de Redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104001.pdf>
- Silva, M. J. (2020). *autorregulación emocional y depresión en adolescentes de un Instituto Superior de Lambayeque*. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8612/Cumpa%20Silva%20Mary%20Julia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). *Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica*. Obtenido de <https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12313/Terapia-Dialectica.pdf?sequence=2>
- Suárez, C. I., & Rico, D. A. (2018). *“Construcción de adolescencia”: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072018000100347
- Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E. J., & Angold, A. (2008). *Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents*. Obtenido de The Journal of Child Psychology and Psychiatry: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2007.01822.x>
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). *Coping through emotional approach: scale construction and validation*. Obtenido de PubMed.
- Tejeda, M. M., García, R. R., González-Forteza, C., & Andrade Palos, P. (2012).
- Tejeda, M. M. (s.f.). Corrección e Interpretación DERS. *Fundación de la Asociación de Bancos de México A. C.*
- Tochoy, P. P., & Chaske, R. (2016). *Depresión en niños y adolescentes*. Obtenido de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresión.pdf>
- Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos*. Obtenido de SaludMental: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/rt/printerFriendly/1510/0
- UNICEF. (2021). *Niños, niñas y adolescentes han sufrido un importante deterioro en su salud mental a la raíz de la pandemia, evidencian diversos estudios realizados por UNICEF*. Obtenido de UNICEF Panamá: <https://www.unicef.org/panama/comunicados-prensa/niños-niñas-y-adolescentes-han-sufrido-un-importante-deterioro-en-su-salud>
- UNICEF. (2021). *Resumen regional: América Latina y el Caribe estado mundial de la infancia 2021*. Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/28661/file/EMI2021-Resumen-regional-ALC.pdf>
- UNICEF. (2022). *¿Qué es la adolescencia?* Obtenido de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

- Valdivieso, G., & Cambero, S. M. (2021). Artículo de revisión Terapia conductual dialéctica para adolescentes con desregulación emocional: adaptaciones online en tiempos de pandemia . *Lationamericana de Personalidad*.
- Venegas, M. C. (2012). *El trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/47068645.pdf>
- Villanueva, A. A., & Quispe, D. G. (2021). *DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN ESTUDIANTES DE CUARTO A QUINTO DE SECUNDARIA DE UN COLEGIO DE LIMA METROPOLITANA*. Obtenido de Universidad Privada del Norte: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/30324/Huaitan%20Villanueva%2c%20Andrea%20Alejandra%20-%20Vera%20Quispe%2c%20David%20Gabriel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villaran, V. M. (2020). *Reducción de conductas que atentan contra la vida de adolescentes con la Terapia Dialéctica Conductual*.
- Walter, H., Abright, A., Bukstein, O., Diamond, J., Keable, H., & Ripperger-Suhler, J. (2023). Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 62: 479-502.

ANEXOS



Carta de revisión del Profesor de Español

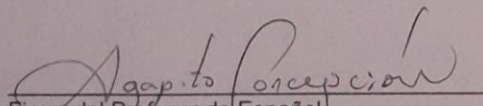
Panamá, 3 de marzo de 2024

Señores:
UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMA
E. S. D.

Estimados Señores:

El suscrito notifica haber revisado por solicitud del estudiante AIDA SOFIA MORALES GAITAN con cédula de identidad personal 4-777-987, el proyecto final de graduación titulado: “ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID” y a su vez, doy fe que el documento cumple satisfactoriamente con todos los requisitos formales de ortografía y de redacción, exigidos por el idioma español.

Atentamente,


Firma del Profesor de Español)

Anexo 1. Formulario de pre-registro como criterio de inclusión en la investigación

Pre-registro para participar en investigación sobre entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional en adolescentes de la ciudad de David

Por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como fin seleccionar a los participantes del estudio. El cual pretende analizar el efecto de un entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional de adolescentes entre las edades de 15 a 17 años de la ciudad de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá.

El entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional tendrá una duración de 7 semanas, con sesiones de 60 minutos cada una dos veces a la semana. Antes de iniciar el entrenamiento y 1 semana después de la culminación se aplicará el instrumento de la escala de Regulación emocional (DERS).

El estudio será desarrollado por la psicóloga Aida Sofia Morales como parte del trabajo de graduación de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Latina de Panamá.

Los datos que usted brindara serán de forma voluntaria y verdaderos; toda la información que usted brindará será confidencial.

 asmorales127@gmail.com (no se comparten) [Cambiar cuenta](#)



***Obligatorio**

1. DATOS GENERALES

Por favor revisar bien los datos antes de enviar el formulario

Número de participante

Tu respuesta

Sexo *

Elegir

Edad *

Tu respuesta _____

Fecha de nacimiento *

Tu respuesta _____

Lugar de residencia *

Tu respuesta _____

Grado que cursa *

Tu respuesta _____

Nombre del colegio *

Tu respuesta _____

2. DATOS FAMILIARES

Por favor revisar bien los datos antes de enviar el formulario

Edad de la madre

Tu respuesta _____

Escolaridad

Tu respuesta _____

Ocupación de la madre

Tu respuesta _____

Estado civil

Tu respuesta _____

Edad del padre

Tu respuesta _____

Ocupación del padre

Tu respuesta _____

Estado civil

Tu respuesta _____

¿Tiene hermanos y/o hermanas?

- SI
- NO

Edad de hermanos y/o hermanas

Tu respuesta _____

Número total de personas con las que vive el participante (especificar rol)
por ejemplo: Madre, padre, 2 hermanos.

Tu respuesta _____

3. TRATAMIENTOS PREVIOS

Por favor revisar bien los datos antes de enviar el formulario.

¿Su hijo(a) cuenta con diagnóstico clínico previo de trastornos del neurodesarrollo
y trastornos mentales?

- SI
- NO

¿Su hijo(a) esta recibiendo tratamiento psicológico en este momento?

- SI
- NO

¿Su hijo(a) esta recibiendo tratamiento psicofarmacológico en este momento?

- SI
- NO

¿Su hijo(a) tiene problemas de abuso de sustancias, drogas y /o alcohol?

- SI
- NO

Muchas gracias por su tiempo y su intención voluntaria de participar en este estudio. Se estará evaluando su pre-registro y se le contactará en caso de ser seleccionado para indicarle los siguientes pasos a seguir.

¿De no ser seleccionado, desearía que se le contactará para brindarle mayor información sobre otras instancias que puedan brindarle la atención adecuada?

- SI
- NO

Enviar

Borrar formulario

Anexo 2. Asentamiento y Consentimiento informado

ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales
Versión: 2.0

COMITÉ DE ÉTICA
EN LA INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMÁ
Firma: 
Fecha: 10/05/2023

Consentimiento Informado

A través de este documento le invitamos a participar en este estudio. Por favor, lea cuidadosamente antes de tomar la decisión.

Objetivo del estudio: analizar el efecto de un entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional de adolescentes entre las edades de 15 a 17 a la ciudad de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá. El estudio será desarrollado por la psicóloga Aida Sofia Morales como parte del trabajo de graduación de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Latina de Panamá.

Procedimiento de estudio: si acepta participar en este estudio, se requiere autorización y firma del consentimiento informado por parte de los padres y/o tutores legales; así como también firma del asentimiento informado por parte del adolescente participante. El entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional tendrá una duración de 7 sesiones de 60 minutos dos veces a la semana. Antes de iniciar el entrenamiento y 1 semana después de la culminación se aplicará el instrumento de la escala de Regulación emocional (DERS). Una vez terminado y tabulado los datos recopilados del estudio, se contactará vía virtual con los padres y/o tutores legales y adolescentes participantes para hacerle entrega de un informe final con los resultados individuales obtenidos durante el entrenamiento.

Participación voluntaria: la participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que proporcionar un motivo. Esto no le genera ningún problema, ni tendrá consecuencias. Solo debe comunicar a la psicóloga Aida Sofia Morales que no asistirá más a las sesiones restantes del entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional.

Riesgos potenciales: no hay riesgos anticipados para su hijo(a) al participar en este estudio.

Beneficios potenciales: la participación de su hijo(a) le permitirá desarrollar conocimientos en habilidades emocionales, autoconocimiento, relaciones interpersonales saludables y una mejor comunicación emocional. La información que proporcione en esta encuesta es solo para fines de investigación.

Compensación: no habrá compensación por su participación en este estudio.

**ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL:
MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID**

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales
Versión: 2.0



Confidencialidad: los datos recopilados durante el entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional se almacenarán de forma segura en una base de datos y serán mantenidos por la psicóloga Aida Sofia Morales. Esta base de datos está protegida físicamente bajo llave y de forma virtual con contraseña. La información recopilada en este estudio puede publicarse en revistas científicas, pero no compartiremos ni publicaremos ningún detalle que pueda identificar a su hijo(a); siempre respetando la confidencialidad de identidad.

Lugar: el entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional se realizará en **Área Coworks**; ubicado en Ave. Obaldía entre Romero Doleguita y Microserfin, en la ciudad de David. Este lugar cuenta con seguridad privada y es adecuado en cuanto a espacio, ubicación y comodidad.

Preguntas: si tiene preguntas sobre este estudio, comuníquese con Aida Sofia Morales (psicoaidmorales@gmail.com)

Guarde una copia de este documento para guardarlo como referencia si así lo desea.

Importante: Si tiene alguna queja o preocupación sobre las implicaciones éticas de su participación en este estudio, y quiere hablar con alguien que no esté en el equipo de investigación, puede contactar al **Comité de Bioética de la Universidad Católica Santa María la Antigua** escribiendo a cbi@usma.ac.pa.

Conforme a lo expuesto anteriormente, Yo, _____
afirmo que se me han brindado los detalles acerca de la investigación a la que ha sido invitado (a) **a participar mi representado (a) con nombre** _____
_____. Doy fe de que el (ella) desea participar, y del uso que se dará a los datos recolectados, entiendo que puedo negarme a autorizar la participación en cualquier momento de la investigación. Siendo así, acepto voluntariamente a que mi representado (a) participe en el entrenamiento grupal de habilidades de regulación emocional para recoger los datos requeridos en esta investigación.

Firma del representante: _____

Número de identificación: _____

Fecha: _____

**ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL:
MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID**

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales
Versión: 2.0


COMITÉ DE BIOTICA
EN LA INVESTIGACION
Firma: Aida Sofia Morales
Fecha: 10/05/2023

Declaración del investigador

Doy fe de que he explicado a los participantes en la investigación acerca de la naturaleza de la misma, el manejo de los datos, se ha brindado el contacto de la investigadora responsable para aclaración de alguna duda y solicitud de información.

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Número de Documento: _____

**ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL:
MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID**

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales
Versión: 2.0



Asentamiento Informado

A través de este documento le invitamos a participar en este estudio. Por favor, lea cuidadosamente antes de tomar la decisión.

Objetivo del estudio: analizar el efecto de un entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional de adolescentes entre las edades de 15 a 17 a la ciudad de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá. El estudio será desarrollado por la psicóloga Aida Sofia Morales como parte del trabajo de graduación de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Latina de Panamá.

Procedimiento de estudio: si acepta participar en este estudio, se requiera autorización y firma del consentimiento informado por parte de los padres y/o tutores legales; así como también firma del asentimiento informado por parte del adolescente participante. El entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional tendrá una duración de 7 sesiones de 60 minutos dos veces a la semana. Antes de iniciar el entrenamiento y 1 semana después de la culminación se aplicará el instrumento de la escala de Regulación emocional (DERS). Una vez terminado y tabulado los datos recopilados del estudio, se contactará vía virtual con los padres y/o tutores legales y adolescentes participantes para hacerle entrega de un informe final con los resultados individuales obtenidos durante el entrenamiento.

Participación voluntaria: la participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que proporcionar un motivo. Esto no le genera ningún problema, ni tendrá consecuencias. Solo debe comunicar a la psicóloga Aida Sofia Morales que no asistirá más a las sesiones restantes del entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional.

Riesgos potenciales: no hay riesgos anticipados para su hijo(a) al participar en este estudio.

Beneficios potenciales: la participación de su hijo(a) le permitirá desarrollar conocimientos en habilidades emocionales, autoconocimiento, relaciones interpersonales saludables y una mejor comunicación emocional. La información que proporcione en esta encuesta es solo para fines de investigación.

**ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL:
MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID**

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales

Versión: 2.0



Firma: Aida Sofia Morales

Fecha: 10/05/2023

Compensación: no habrá compensación por su participación en este estudio.

Confidencialidad: los datos recopilados durante el entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional se almacenarán de forma segura en una base de datos y serán mantenidos por la psicóloga Aida Sofia Morales. Esta base de datos está protegida físicamente bajo llave y de forma virtual con contraseña. La información recopilada en este estudio puede publicarse en revistas científicas, pero no compartiremos ni publicaremos ningún detalle que pueda identificar a su hijo(a); siempre respetando la confidencialidad de identidad.

Lugar: el entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional se realizará en Área Coworks; ubicado en Ave. Obaldía entre Romero Doleguita y Microserfin, en la ciudad de David. Este lugar es adecuado en cuanto a espacio, ubicación y comodidad y seguridad privada.

Preguntas: si tiene preguntas sobre este estudio, comuníquese con Aida Sofia Morales (psicoaidmorales@gmail.com)

Guarde una copia de este documento para guardarlo como referencia si así lo desea.

Importante: Si tiene alguna queja o preocupación sobre las implicaciones éticas de su participación en este estudio, y quiere hablar con alguien que no esté en el equipo de investigación, **puede contactar al Comité de Bioética de la Universidad Católica Santa María la Antigua escribiendo a cbi@usma.ac.pa.**

Conforme a lo expuesto anteriormente, Yo, _____
afirmo que se me han brindado los detalles acerca de la investigación a la que he sido invitado (a) a participar, y del uso que se dará a los datos recolectados, entiendo que puedo negarme a participar en cualquier momento de la investigación. Siendo así, acepto participar voluntariamente en el entrenamiento grupal de habilidades de regulación emocional para recoger los datos.

Firma del participante: _____

Número de identificación: _____

Fecha: _____

**ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL:
MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID**

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales
Versión: 2.0

 COMITÉ DE BIÉTICA
DE LA INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD DE LA PAZ
Firma: 
Fecha: 10/05/2023

Declaración del investigador

Doy fe de que he explicado a los participantes en la investigación acerca de la naturaleza de la misma, el manejo de los datos, se ha brindado el contacto de la investigadora responsable para aclaración de alguna duda y solicitud de información.

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Número de Documento: _____

Anexo 3. Pruebas psicométricas aplicadas



ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales

Versión: 2.0



5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Periodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales
Versión: 2.0


 COMITÉ DE BIOÉTICA
 Y DE LA INVESTIGACIÓN
 UNIVERSIDAD DE LA CIUDAD DE DAVID
 R.P. 90000000
 Firma: 
 Fecha: 10/05/2023

11. Irritabilidad
- No estoy más irritable que normalmente
 - Me irrito con más facilidad que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
-
12. Aislamiento social
- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
 - Me intereso por la gente menos que antes
 - No he perdido mi interés por los demás
 - He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
-
13. Indecisión
- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
 - Tomo mis decisiones como siempre
 - Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
 - Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
-
14. Imagen corporal
- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
 - Me siento feo y repulsivo
 - No me siento con peor aspecto que antes
 - Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
-
15. Capacidad laboral
- Puedo trabajar tan bien como antes
 - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - No puedo trabajar en nada
 - Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 - No trabajo tan bien como lo hacía antes
-
16. Trastornos del sueño
- Duermo tan bien como antes
 - Me despierto más cansado por la mañana
 - Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 - Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
 - Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
 - Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
 - Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
 - No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
-
17. Cansancio
- Me canso más fácilmente que antes
 - Cualquier cosa que hago me fatiga
 - No me canso más de lo normal
 - Me canso tanto que no puedo hacer nada
-
18. Pérdida de apetito
- He perdido totalmente el apetito
 - Mi apetito no es tan bueno como antes
 - Mi apetito es ahora mucho menor
 - Tengo el mismo apetito de siempre
-
19. Pérdida de peso
- No he perdido peso últimamente
 - He perdido más de 2,5 kg
 - He perdido más de 5 kg
 - He perdido más de 7,5 kg
-
20. Hipocondría
- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
 - Estoy preocupado por dolores y trastornos
 - No me preocupa mi salud más de lo normal
 - Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
-
21. Libido
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
 - He perdido todo mi interés por el sexo
 - Apenas me siento atraído sexualmente
 - No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales

Versión: 2.0



Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales
Versión: 2.0



ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL-DERS
(Gratz y Roemer, 2004)

Nombre:..... Sexo: V M Edad:.....
Lugar de nacimiento:..... Lugar de residencia:.....
Nivel de Instrucción:..... Ocupación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Por favor, indique con qué frecuencia se aplican a usted las 36 afirmaciones siguientes. En el cuadro en blanco al costado de cada enunciado, escriba el número apropiado para su respuesta (1, 2, 3, 4 o 5) según la escala que se presenta a continuación:

1 2 3 4 5
Casi nunca A veces La mitad del tiempo La mayoría del tiempo Casi siempre
(0-10%) (11-35%) (36-65%) (66-90%) (91-100%)

Nº	Reactivos	Rpta.
1	Tengo en claro mis sentimientos (I).	
2	Presto atención a cómo me siento (I).	
3	Experimento mis emociones de forma abrumadora y descontrolada.	
4	No tengo idea de cómo me siento.	
5	Tengo dificultad para entender mis sentimientos.	
6	Presto atención a mis sentimientos (I).	
7	Sé exactamente cómo me siento (I).	
8	Me importa lo que estoy sintiendo (I).	
9	Estoy confundido/a sobre cómo me siento.	

Cuando siento emociones desagradables o negativas (como angustia, cólera, tristeza, etc.)...

10	...Reconozco mis emociones (I)	
11	...Me enoja conmigo/a mismo por sentirme de esa manera.	
12	...Me avergüenza sentirme de esa manera.	
13	...Me dificulta terminar mis labores diarias.	
14	...No puedo controlarme.	
15	...Me toma mucho tiempo calmarme.	
16	...Creo que terminaré sintiéndome muy triste.	
17	...Creo que lo que siento es normal e importante (I).	
18	...Tengo dificultad para concentrarme en otras cosas.	
19	...Siento que pierdo el control.	
20	...Igual puedo hacer mis labores diarias (I).	
21	...Me siento avergonzado/a conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	
22	...Sé que encontraré una manera de sentirse mejor (I).	
23	...Siento que soy débil de carácter.	
24	...Siento que puedo controlar mi conducta (I).	
25	...Me siento culpable por sentirme de esa manera.	
26	...Tengo dificultad para concentrarme.	
27	...Tengo dificultades para controlar mi conducta.	
28	...Creo que nada puedo hacer para sentirme mejor.	

4

ENTRENAMIENTO GRUPAL EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: MUESTRA TRANSVERSAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE DAVID

Nombre del investigador: Aida Sofia Morales
Versión: 2.0



29	...Me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	
30	...Empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo/a.	
31	...Creo que dejarse llevar por ello es todo lo que puedo hacer	
32	...Pierdo el control sobre mis conductas.	
33	...Tengo dificultad para pensar en otra cosa.	
34	...Me tomo mi tiempo para saber lo que estoy sintiendo realmente (I).	
35	...Me toma mucho tiempo sentirme mejor.	
36	...Mis emociones parecen aplastarme.	

Anexo 4. Sesión 1 del entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en el manual de habilidades para la solución de problemas emocionales para adolescentes (Mazza, Mazza, Miller, Rathus, & Murphy, 2015)

5