

Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva

Luis Jorge Ruiz Sánchez*, Adolfo Javier Cangas Díaz, Adrián Barbero Rubio

Universidad de Almería, España

ABSTRACT

Brief ACT Protocol for Nursing Home Residents with Depressive Symptomatology. Depression is widely prevalent in nursing home residents. However, this population remain unobserved and undertreated. This pilot study explored the applicability and efficacy of a brief ACT-based protocol to three elderly residents, aged 65 to 83 years, diagnosed with dysthymic disorder and recurrent depressive disorder. Measures of psychological flexibility, value-consistent behaviour and depressive symptomatology were assessed. The results suggest that this brief ACT protocol produced significant increases on value-consistent behaviour in all subjects at 5 and 12 months follow-up. Clinical significant changes were also obtained in improvements in psychological flexibility, value-consistent behaviour and depressive symptomatology scores. This preliminary brief ACT protocol shows an important impact as a therapeutic tool in nursing home residents who present recurrent depressive symptoms. Further research is discussed.

Key words: psychological flexibility, elderly, nursing-home, Acceptance and Commitment Therapy.

Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- La literatura sobre intervenciones psicológicas en residencias geriátricas es escasa y limitada.
- La mayoría se centra en la disminución de la sintomatología, sin analizar el impacto en la vida cotidiana y sin periodos de seguimientos de larga duración.

¿Qué añade este artículo?

- Proporciona una evidencia preliminar sobre el impacto de un protocolo breve basado en ACT en personas mayores institucionalizadas y diagnosticadas de Trastorno Depresivo Recurrente y Trastorno Distímico.
- Analiza el impacto en la vida cotidiana y proporciona datos en un periodo de seguimiento de un año.

En las últimas décadas se ha observado un creciente envejecimiento de la población mundial (Kinsella y Velkoff, 2001). La prevalencia del trastorno depresivo en personas mayores llega hasta el 25% (Blazer, 2002; Reynolds y Kupfer, 1999), incrementándose de forma alarmante en aquellos institucionalizados en centros geriátricos (Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiter y Ribbe, 2004), este diagnóstico está estrechamente ligado al suicidio (Gallo y Lebowitz, 1999), a un peor pronóstico (Rovner, 1993; Street, O'Connor, y Robinson, 2007) y a una disminución en calidad de vida (Chachamovich, Fleck, Laidlaw, y Power, 2008). A pesar de ello, sólo una mínima parte de los ancianos que presentan un trastorno depresivo, reciben algún tipo de tratamiento psicológico (Levin, Wei, Akincigil, Lucas, Scott y Crystal, 2007).

* Correspondencia a: Luis Jorge Ruiz Sánchez, Departamento de Psicología, Facultad de Humanidades y Psicología. Edificio A, Universidad de Almería. 04120 Almería. E-mail: jorge20_3@msn.com. Agradecimientos: los autores agradecen a Carmen Luciano las aportaciones realizadas a este manuscrito y a José Gallego su ayuda para llevar a cabo este estudio.

La literatura sobre intervenciones psicológicas en instituciones geriátricas es dispersa y limitada (Gellis y McCracken, 2008). La mayoría de estudios se basan en intervenciones psicosociales, solución de problemas y programación de actividades. Entre las limitaciones de estos estudios se encuentra el marcado interés en la disminución de la sintomatología depresiva en lugar del impacto en áreas de la vida diaria, el manejo de la enfermedad y/o los efectos en aquellos mayores con enfermedades crónicas asociadas. Además, muchos estudios no incluyen una descripción adecuada de la intervención y no proporcionan seguimientos de larga duración (véanse revisiones de: Areán y Cook, 2002; Gellis y McCracken, 2008; Mackin y Areán, 2005).

En los últimos años, numerosos estudios centrados en la eficacia terapéutica de las emergentes terapias de tercera generación o terapias contextuales (p.ej., Ruiz, 2010) han permitido conformar una sólida base desde la cual poder abordar la intervención en la vejez. En concreto, destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) como el modelo de intervención contextualista funcional más representativo de este movimiento y que cuenta con más evidencia empírica (Hayes, 2004; Ruiz, 2010).

ACT es un modelo de intervención psicológica especialmente diseñado para el tratamiento de los distintos trastornos circunscritos en la definición funcional identificada como Trastorno de Evitación Experiencial o Evitación Experiencial destructiva o problemática (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Un repertorio destructivo de Evitación Experiencial (TEE) que se caracteriza por un patrón inflexible y rígido de comportamientos dirigidos a eludir el malestar en forma de pensamientos, sensaciones u otros eventos privados como objetivo para poder vivir (Wilson y Luciano, 2002). Desde ACT, la naturaleza problemática de la depresión no sería el ánimo deprimido o los pensamientos negativos sino la función que han adquirido tales eventos privados en la historia del individuo, llevando a una regulación ineficaz de la conducta que limita la vida y aumenta el malestar (Zettle y Hayes, 2002). En esta línea, los estudios sobre supresión de pensamientos y rumiación son un buen ejemplo de la forma en que la evitación experiencial participa en la creación de esta psicopatología (p.ej., Galera *et al.*, 2012; Wenzlaff, Wegner y Klein, 1991). En personas mayores, las estrategias basadas en la evitación, como la supresión de pensamientos, parecen relacionarse con una reducción en el significado de la vida (Krause, 2007), el incremento de la ideación suicida y la sintomatología depresiva (Andrew y Duling, 2007; Cukrowicz, Ekblad, Cheavens, Rosenthal y Lynch, 2008). El objetivo de ACT es alterar el TEE creando un repertorio flexible de acciones dirigidas a metas valiosas personales, incluso en presencia de experiencias privadas cargadas de malestar (Luciano y Valdivia, 2006).

En relación a las personas de avanzada edad sólo se han efectuado tres estudios. Wetherell *et al.* (2011) aplicaron un protocolo de ACT en ancianos diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Generalizada a lo largo de 12 sesiones individuales con terapeutas noveles basado en Hayes *et al.* (1999). Al término de la intervención, los resultados indicaron una reducción de la sintomatología depresiva y la preocupación, sin embargo no se observaron cambios significativos en las puntuaciones de ansiedad. Karlin *et al.* (2013) aplicaron una intervención ACT orientada a la depresión en dos grupos: uno de jóvenes (entre 18-64 años de edad) y otro de mayores (por encima de los 65 años),

todos ellos veteranos de guerra. El protocolo de intervención tuvo una duración de 12 a 16 sesiones y consistió principalmente un workshop y consultas telefónicas semanales con un experto en ACT. El examen de los datos clarificó que el modelo ACT era un tratamiento efectivo y adecuado para mayores veteranos, incluyendo aquellos con altos niveles de depresión. Finalmente, Alonso, López, Losada y González (2013) aplicaron un protocolo ACT en el mayor institucionalizado con dolor crónico. Este protocolo tuvo una duración de 10 sesiones y estuvo basado en Hayes *et al.* (1999), así como en el entrenamiento en estrategias de selección, optimización y compensación (SOC; Baltes y Baltes, 1990). Los resultados indican un incremento en la satisfacción con la consecución de objetivos y una disminución de las creencias negativas asociadas al dolor. En ninguno de estos estudios se tomaron datos más allá de los obtenidos al término de la intervención.

Hasta la fecha no hay evidencia de las implicaciones de ACT en el anciano institucionalizado en centros geriátricos con trastornos del estado de ánimo y enfermedades co-mórbidas. El objetivo del presente estudio se basa en la aplicación de un protocolo breve de ACT fundamentado explícitamente en el estudio de Luciano *et al.* (2011) y en línea con la evidencia experimental que resalta el papel de la de-fusión y las acciones orientadas a valor (véase Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Páez *et al.*, 2008). En concreto, el presente protocolo estuvo centrado en el análisis funcional del patrón, la desesperanza creativa, la de-fusión y la regulación de conducta en dirección a valor. Además, este estudio hizo especial hincapié en los datos de seguimiento a largo plazo.

MÉTODO

Participantes

Tres participantes (2 hombres y 1 mujer) con edades comprendidas entre 65 y 83 años institucionalizados en una residencia geriátrica a tiempo completo.

Participante A (PA). Varón de 65 años institucionalizado desde hace 3 años. Informa de una historia de pérdidas, rechazos y conflictos familiares que se iniciaron hace 20 años. Tras la pérdida de su esposa, pasó gran parte del tiempo llorando y con pensamientos recurrentes relacionados su pérdida, la incapacidad para seguir adelante y una profunda sensación de tristeza. Cuando estos pensamientos y sensaciones aparecían, intentaba reducirlos “dándole vueltas a la cabeza”, faltando al trabajo, consumiendo tabaco, aislándose, tomando medicación o no asumiendo el cuidado de sus hijos. Esta situación produjo un rechazo por parte de sus hijos y mayores conflictos familiares. A la larga, dejó de realizar actividades que antes le satisfacían como la lectura, la actividad física, relaciones sociales y de ocio, mientras que su consumo de tabaco aumentó, el auto-cuidado empeoró, acontecieron problemas pulmonares y el malestar se hizo más presente. Todo ello lo llevó a institucionalizarse. Al inicio del estudio presenta un diagnóstico de Trastorno Distímico co-mórbido a una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Participante B (PB). Mujer de 80 años institucionalizada desde hace 3 años. PB informa que los problemas comenzaron 15 años atrás. La pérdida de su pareja le produjo gran

tristeza y vacío. Cuando estas sensaciones aparecían intentaba justificarse, lloraba, se lamentaba de su situación o se aislaba del resto de personas. A su vez, dejó de realizar actividades significativas para ella como la costura, actividades del hogar, relaciones sociales o la lectura y el autocuidado. Finalmente, acontecieron conflictos familiares y fue institucionalizado. En el momento de la intervención presenta problemas neurovasculares, acompañado de diabetes. Sus relaciones sociales y alimentación son deficientes. La participante informa de pensamientos recurrentes relacionados con su incapacidad (por ejemplo, “soy una inútil”, soledad “no tengo a nadie”), desesperanza y deseos de morir (por ejemplo, “ya da igual, yo lo que quiero es morir pronto”). Actualmente presenta un diagnóstico de Trastorno Distímico y está siendo tratada con antidepresivos.

Participante C (PC). Mujer de 83 años institucionalizada desde hace 20 años. Tras la muerte de su marido y la salida de los hijos de la casa familiar fue institucionalizada debido a sus problemas de salud, pérdida de visión, diabetes y dificultad para moverse. A partir de ese momento, su estado de ánimo cambió; se mostraba aislada, informaba ganas de morir y sentirse muy deprimida. Cuando estas sensaciones aparecieron, intentó reducir las durmiendo, estando sola, rumiando sobre el abandono por parte de sus hijos y tomando medicación. Indica dos intentos de suicidio que deterioraron aún más su salud. En uno de ellos se fracturó la rodilla y su movilidad quedó más reducida. En el momento de la intervención presenta un diagnóstico de Trastorno Depresivo Recurrente y está bajo tratamiento farmacológico con antidepresivos y ansiolíticos. Sin embargo, su situación no ha mejorado, indica que se siente sola, sin ganas de vivir, con dolores constantes, pitidos en los oídos, problemas de sueño, mantiene poca relación con el resto de residentes y recurre a la auto-medicación.

Diseño

Diseño de caso único A-B con replicaciones y medidas de conductas objetivo en el pre-tratamiento (1 semana), durante el tratamiento (6 semanas) y en dos periodos de seguimiento (5 y 12 meses). El protocolo fue aplicado individualmente en 6 sesiones semanales. La duración de cada sesión osciló entre 40 minutos y 1 hora y 30 minutos.

Contexto terapéutico y materiales

El estudio fue llevado a cabo en una sala de la residencia que disponía de una pizarra, una mesa y dos sillas. El protocolo fue aplicado por un terapeuta novel con formación en ACT.

Instrumentos y medidas

Registro de Acciones dirigidas a Valor (RAV). Este registro está basado en los modelos propuestos por Wilson y Luciano (2002) y Hayes *et al.* (1999). Incluyó las áreas vitales consideradas más importantes por los participantes, los objetivos a conseguir, las barreras y las acciones operacionalmente definidas. Se incluyeron espacios en blanco para nuevas acciones en dirección al objetivo establecido. Las respuestas fueron dicotómicas, de forma que solo se evaluó la realización o no de la conducta.

Malestar informado. El malestar informado se registró mediante dos preguntas: a) “¿Qué grado de malestar ha tenido durante la última semana? Indique del 0 al 10, donde 0

es nada y 10 es mucho”; y b) “¿Ha sucedido algo relevante en esta semana que le haya impactado especialmente? Indique sí o no y el tipo de suceso”.

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (DGE; validada por Salamero y Marcos, 1992).

Esta escala hetero-aplicada es una medida de depresión para población mayor de 65 años. Consta de 30 ítems sobre afecto, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos y juicios negativos. Los índices psicométricos establecidos son buenos, alta consistencia interna y validez convergente con la Escala Hamilton. Puntuaciones de 10 a 16 indican depresión moderada y por encima de 17 depresión severa.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond *et al.*, 2011). El AAQ-II es una medida genérica de evitación experiencial y aceptación psicológica. Se utilizó su versión en castellano (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013) y se adaptó para ser hetero-aplicada a esta población. Este instrumento ha mostrado una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,75 y 0,93) y validez convergente. El instrumento adaptado consta de 7 ítems tipo Likert de 1 a 7 puntos, donde puntuaciones altas indican mayor grado de evitación experiencial. Para muestras de 20 a 63 años, la puntuación clínica es igual o superior a 33,5 (Sd. 8,1) puntos.

Escala Hamilton para la Depresión (HAM-D; validada por Ramos-Brieva, 1988). La escala Hamilton es una medida hetero-aplicada de depresión diseñada para medir la intensidad de la sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems que incluyen elementos referidos al ánimo depresivo, ansiedad, así como síntomas somáticos. La puntuación oscila desde 0-7 (no depresión) hasta 54 (depresión muy grave). La escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). La fiabilidad inter-observador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

Protocolo

El protocolo de ACT se basó, esencialmente, en el estudio de Luciano *et al.* (2011), en los manuales de ACT de Wilson y Luciano (2002) y en los protocolos aplicados a población adolescente (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Ruiz y Páez, 2009; Luciano y Valdivia, 2012). Las metáforas y los ejercicios se modificaron para adaptarse a esta población en línea con Petkus y Wethrell (2011) (el protocolo está disponible bajo petición).

Parte 1. Detección de direcciones (sesión 1). El objetivo de la primera sesión fue realizar un análisis funcional de los comportamientos del participante hasta ese momento para detectar áreas significativas, establecer una línea base de acciones conectadas a valores y contextualizar la intervención. Para ello, se utilizó una versión adaptada de la metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002). Utilizando un conjunto de 8 imágenes que simbolizaban diferentes áreas del participante, se le preguntó al participante el significado de esas imágenes, qué podrían decir de su jardinero, cuándo las cuidó por última vez, cómo de satisfecho estaba con el cuidado de esa área y qué se vería haciendo si no hubiese ningún problema que le impidiese dar un paso en esa dirección.

Parte 2. Análisis funcional experiencial, clarificación de valores y desesperanza creativa (sesión 2). En la segunda sesión se situó a cada participante en el contexto del problema; esto es, cómo ha estado intentando resolverlo y cuáles son los resultados. Con el objetivo de analizar aquellos eventos privados que estaban funcionando como barreras y realizar una equivalencia funcional con “las malas hierbas del jardín”, se les mostró las imágenes que simbolizaban las diferentes áreas de valor y se les

preguntó por lo que les impedía cuidar esa planta de su jardín. Cada barrera surgida era escrita en un papel y situada bajo las imágenes. A fin de esclarecer el patrón de regulación, se les dijo: “cuando aparecen las malas hierbas ¿qué hace?”. Si aludían a la medicación, aislarse, dormir o cualquier tipo de regulación, se conectaba con el significado de esas conductas como “cortar o quitar malas hierbas”. Tras ello se les preguntó si funcionaba quitarlas, si se sentían mejor y durante cuánto tiempo para, finalmente, preguntar qué sucede luego y volver a escribir cualquier evento privado derivado por los participantes. Este patrón se conectó con diferentes áreas y se les preguntó cuánto tiempo llevaban así y cómo habían quedado sus plantas mientras tanto. En este punto, se planteó la posibilidad de que el problema estuviese justamente en todos esos intentos de quitar las malas hierbas. Para concluir, se introdujo la metáfora del dentista (Wilson y Luciano, 2002) y en aras a potenciar el valor del compromiso se dijo: “es importante que sepamos que cada uno tiene su jardín, yo nunca podré plantar semillas en su jardín, ni decirle qué semillas debe plantar o cómo crecerán mejor; yo nunca podré cuidar de sus plantas, sólo usted podrá hacerlo ¿estaría dispuesto a dar un paso en esa dirección?”.

Parte 3: Clarificación, toma de conciencia y de-fusión (sesiones 3-6). Durante las sesiones 3 y 4 se propició un entrenamiento en múltiples ejemplos (MET) para facilitar la observación de la experiencia privada. Se contextualizó el ejercicio como una forma de ser consciente de nuestros pensamientos, sensaciones, recuerdos, incluso de las malas hierbas que puedan aparecer. Para ello se les dijo que tomaran una postura cómoda y se centraran en la respiración: “ahora me gustaría que notase su respiración, siga respirando como respira normalmente y note como se mueve su pecho, note su estómago, como sube y baja mientras respira (...) si nota que se ha ido o le ha distraído algún pensamiento obsérvelo y vuelva a escucharme”. Cada cinco minutos se hizo una parada y se les preguntó sobre las sensaciones o pensamientos que tuvieron, si habían tenido ganas de rascarse, levantarse o cualquier evento privado. Esto se realizó para tener constancia de que estaban discriminando la experiencia privada. Posteriormente, se continuó discriminando sensaciones desde los pies hasta la cabeza y se terminó la sesión con ejemplos personales donde habían sentido sensaciones o pensamientos desagradables y siguieron con lo que era importante.

Durante las sesiones 5 y 6 se continuó con múltiples interacciones (MET) para facilitar la discriminación del propio comportamiento, incluyendo preguntas dirigidas explícitamente a generar la experiencia del yo como contexto, potenciando una relación de jerarquía entre la persona y sus eventos privados, así como la regulación efectiva de la conducta (para una revisión: Luciano, *et al.*, 2011; 2012). La quinta sesión empezó con múltiples discriminaciones de sensaciones y sonidos, se les dijo: “quiero que note los ruidos que se escuchan fuera de la habitación, la gente pasando (...) Obsérvelo como si fuese una película de cine ¿lo está observando? ¿Qué ve? Note como es usted, aquí sentado, la persona que está observando esa imagen”. Con recuerdos pasados como lo que había comido, lo que había hecho, con quién estaba y qué sentía mientras recordaba todo eso: “note los detalles, lo que estaban bebiendo... tome una foto de esa imagen y póngala frente a usted (...) ¿Nota como usted es el observador y la foto está allí, frente a usted? (...) eso que está en frente de usted es un pensamiento, un recuerdo... ¿qué nombre le pondría a esa imagen?”. Una vez aquí, se escribió en un post-it y se le pidió permiso para pegárselo en alguna parte del cuerpo. Se introdujeron sensaciones molestas a fin de practicar estas habilidades en presencia del malestar y discriminar los eventos privados que surgen: “ahora quiero que coja esta pinza de la ropa y se la ponga en el dedo. Quiero que note la sensación ¿qué

siente? ¿Grande o pequeña? ¿Muy molesta o poco? Si le tuviese que poner un color ¿qué color sería? ¿Quién está notando esa sensación en el dedo? (...) ¿Le viene algún pensamiento relacionado con el dolor? Obsérvelo como si de un cuadro se tratase". Se continuó con múltiples ejemplos. Finalmente, para potenciar una regulación eficaz de la conducta se les dijo: "quiero que observe su cuerpo, en él aparecen todos los pensamientos, recuerdos y sensaciones diferentes que ha tenido a lo largo de este tiempo. Observe como es usted quien contiene todos esos pensamientos agradables y no tan agradables ¿podría ver como es usted más que todos esos papelitos? (...) ¿Podría ir hacia ese lado de la habitación con todos ellos? (...)". Se añadieron otros eventos privados como "no puedo moverme" "no soy capaz" y se le pidió que se dirigiesen hacia la dirección establecida. Se concluye: "Parece que a pesar de tener este tipo de pensamientos o emociones podemos ir donde queramos... ¿durante este tiempo le ha pasado algo similar? (...) Si llegar a aquella esquina fuese como regar una planta de su jardín ¿hoy la habría regado? (...) ¿Qué podría hacer esta semana para regar las plantas de su jardín?". En la sexta sesión se contextualizaron los ejercicios con una adaptación de la metáfora de la charca (Hayes *et al.*, 1999) y se siguieron las claves aportadas por Luciano *et al.* (2011) y Luciano *et al.* (2009). En concreto, para facilitar la regulación de-fusionada se les dijo: "intente verse a sí mismo cuando esas sensaciones y pensamientos molestos aparecen y controlan lo que hace... Intente pensar qué hace cuando aparece esa sensación de malestar. Coja una foto de esa situación en la que el malestar dirige lo que hace... ¿la tiene? Ahora pregúntese ¿quien está tomando las riendas en esa situación, usted o sus pensamientos? (...) Cuando eso sucede ¿está más cerca de lo que le importa o más lejos?". Posteriormente, se continuó con la misma situación en la que, a pesar de tener esos eventos privados, se dispone a "regar sus plantas": "imagínese en esa situación en la que viene el malestar y es usted quien dirige, quién toma las riendas en lugar de sus pensamientos y emociones ¿puede imaginarse esa situación? Coja una foto de ese momento en el que usted manda (...) ¿Con cuál de estas fotos se queda?". Para terminar la sesión, se realizó una analogía de todos los eventos privados con las pecas del cuerpo, se introdujo la metáfora del autobús y la de montar en bicicleta (Wilson y Luciano, 2002). La sesión terminó estableciendo compromisos.

Procedimiento

Fase de Pre-Tratamiento. La duración de esta fase fue de una semana. Los criterios de inclusión estuvieron definidos por un diagnóstico clínico previo mediante CIE-10 de trastorno depresivo o distimia, una puntuación clínica en la DGE y un patrón de Evitación Experiencial Destructivo. Los criterios de exclusión fueron la presencia de demencia, deterioro cognitivo grave, presencia de tratamiento psicológico actual o discapacidad auditiva. En primer lugar, se contextualizó la intervención como un "taller para mejorar la vida" y se analizó el patrón de regulación preguntando: a) si le gustaría participar en el estudio y por qué; b) qué le ha llevado a estar así; y, c) qué ha hecho hasta la fecha para solucionar su problema. Finalmente, se administró de forma individual el AAQ-II, la DGE, el Malestar Informado y se firmó el consentimiento. Durante esta semana se procedió a evaluar mediante la escala HAM-D a los participantes por cada uno de sus respectivos médicos.

Fase de Tratamiento. La duración del protocolo fue de 6 semanas, coincidiendo con cada sesión (véase protocolo). El AAQ-II, DGE y Malestar informado fueron aplicados al inicio de la tercera y quinta sesión, coincidiendo con 2 y 4 semanas completas de

tratamiento respectivamente. El RAV fue respondido al inicio de cada sesión en relación a las acciones llevadas a cabo durante la semana anterior.

Fase de Post-Tratamiento. Una semana después de la última sesión (sesión 6) se aplicaron las medidas mencionadas arriba. El RAV fue respondido de igual forma que en la fase de tratamiento.

Fase de Seguimiento. En el seguimiento, tanto de 5 como de 12 meses, se aplicó el AAQ-II, la DGE, Malestar informado y el RAV. El HAM-D fue respondido por el equipo médico en el seguimiento de 12 meses.

RESULTADOS

La figura 1 muestra la frecuencia total de comportamientos en dirección a valor durante cada semana y el informe del malestar por cada participante.

En el pre-tratamiento, ningún sujeto informa acciones a valor y muestran un nivel de malestar importante. Específicamente, un nivel de 5, 10 y 9 puntos para PA, PB y PC respectivamente. Durante el tratamiento, no se observan cambios hasta la segunda semana, a excepción de PC. Según avanza el tratamiento, se informa de un incremento de acciones para todos los participantes; sin embargo, el PA manifiesta un evento estresante y no realiza ninguna acción durante la semana 4. En el post-tratamiento (semana 6) el número de acciones está por encima de 6 y el malestar ha disminuido en PB y PC, llegando a 7 y 8 puntos respectivamente. En el seguimiento de 5 meses, todos los participantes han sufrido un cambio de residencia e informan tal cambio como un evento estresante. No obstante, todos mantienen un nivel aceptable de acciones valiosas, destacando PC con un incremento sustancial de las mismas. En el seguimiento de 12 meses todos los sujetos informan de acciones valiosas. El mayor descenso en el número de acciones se observa en PB, coincidiendo con un evento estresante y un nivel de malestar muy alto.

Basándonos en la significación clínica, se analizan los datos considerando el porcentaje de reducción en las puntuaciones en AAQ-II respecto a la puntuación inicial y entre momentos. Dada la cronicidad de la sintomatología, se considerará una reducción del 20% como clínicamente significativa.

La figura 2 muestra las puntuaciones en el AAQ-II para todos los participantes. En el PA, hay un aumento de la puntuación en la semana 2 respecto al pre-tratamiento; sin embargo, se observa una reducción del 14,3% entre la semana 2 y 4, del 19% entre la semana 2 y semana 6 (post-tratamiento), así como una reducción del 28,6% entre la semana 2 y los 12 meses. En el PB se observa una disminución del 28,1% entre el pre-tratamiento y la semana 2; del 18,7% entre el pre-tratamiento y la semana 4, así como una reducción del 31,3% entre el pre-tratamiento y la semana 6. En cambio, se observa un incremento de la puntuación a los 5 y 12 meses. Finalmente, en el PC no se observan cambios clínicamente significativos hasta la semana 4 (30,3%) que continúan durante el post-tratamiento (40,4%), a los 5 meses (66,7%) y al año (63,6%).

La figura 3 muestra las puntuaciones en la DGE y HAM-D para todos los participantes. En la DGE no se observan cambios clínicamente significativos en el participante A y B a lo largo de los diferentes momentos de evaluación. En cambio, se

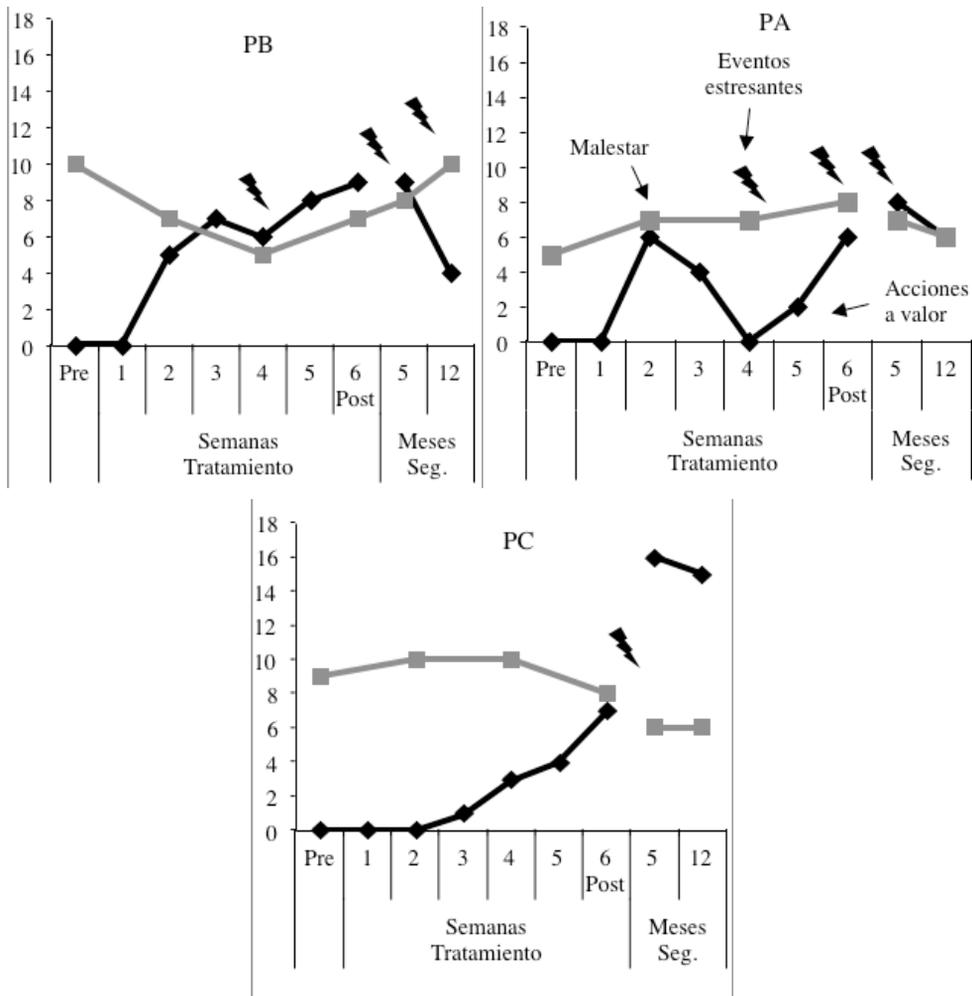


Figura 1. Frecuencia del total de acciones valiosas por semana (línea negra), informe de malestar (línea gris clara) y eventos estresantes (rayo) durante el pre-tratamiento (pre), la aplicación del tratamiento (semana 1 a 6) y el seguimiento de 5 y 12 meses en los tres participantes.

observa una disminución en la puntuación para el PC que, tomando como referencia la evaluación previa, oscila hasta el 31,3% en la semana 2, el 25% en la semana 6 y el 56,3% tras 12 meses.

Se advierte que la sintomatología depresiva hetero-informada se recoge en el pre-tratamiento, la semana 6 (post-tratamiento) y a los 12 meses. Se observa una disminución clínicamente significativa en la HAM-D entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento en los tres participantes (PA: 63,6%; PB: 77,3%; PC: 65,2%). Durante el seguimiento las puntuaciones incrementaron respecto al post-tratamiento, aunque siguieron una disminución clínicamente significativa respecto al pre-tratamiento (PA: 22,7%; PB: 27,3%; PC: 43,5%).

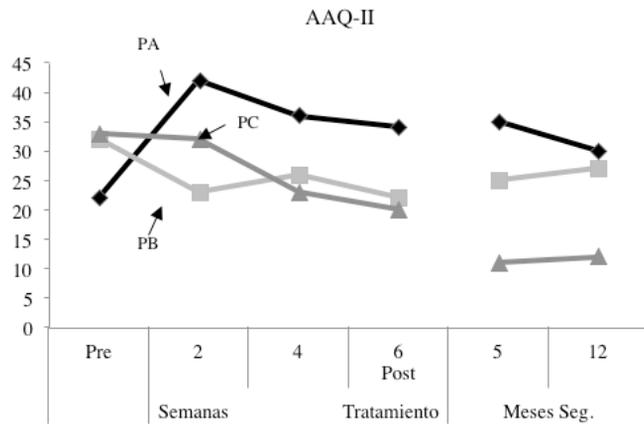


Figura 2. Puntuaciones en el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) durante el pre-tratamiento (pre), la aplicación del tratamiento (semana 2, 4 y 6) y el seguimiento de 5 y 12 meses para PA (línea negra), PB (línea gris clara) y PC (línea gris oscura). Mayor puntuación indica una mayor evitación.

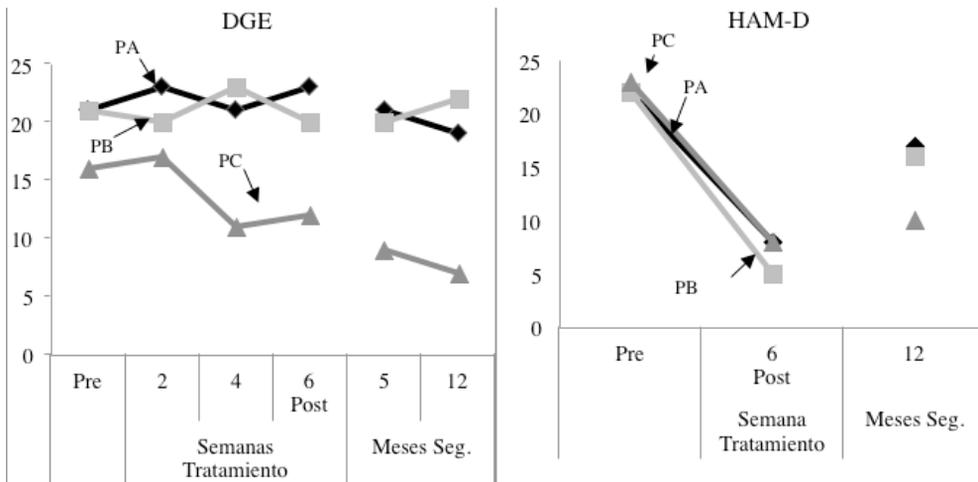


Figura 2. Puntuaciones en la DGE y el HAM-D durante el pre-tratamiento (pre), la aplicación del tratamiento (semana 2, 4 y 6 para DGE; semana 6 para HAM-D) y el seguimiento (5 y 12 meses para DGE y 12 meses para HAM-D) para PA (línea negra), PB (línea gris clara) y PC (línea gris oscura). Mayor puntuación indica una mayor sintomatología depresiva.

DISCUSIÓN

El estudio proporciona evidencia preliminar sobre la eficacia y aplicabilidad de un protocolo de intervención breve basado en ACT en el anciano con Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo Recurrente.

Los resultados indican la viabilidad de este protocolo para generar un incremento en las acciones a valor aún en presencia del malestar para todos ellos, manteniéndose tales acciones a los 5 y a los 12 meses de seguimiento. No obstante, se observa una variación de las conductas a lo largo de la intervención que pueden estar relacionadas con los elementos trabajados en cada una de ellas. En esta línea, no se observaron cambios tras la primera sesión en ninguno de los participantes. Durante la primera sesión se trabajó de forma no experiencial con las áreas de valor a fin de establecer una línea base y contextualizar la intervención. Sin embargo, la clarificación formal desde las áreas de valor hasta acciones concretas requiere dejar a un lado las barreras psicológicas para tomar contacto con lo que importa. Esto parece poco útil cuando aún no se han dispuesto las condiciones para que los pacientes puedan contactar con el costo de su repertorio problemático (desesperanza creativa) y sin un mínimo de práctica en tomar perspectiva de los eventos privados, de forma que pueda discriminarse a sí mismo como contexto de la experiencia privada y tomar contacto con lo que realmente importa en ese momento (Luciano y Valdivia, 2012; Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez, 2006).

Las primeras acciones a valor de PA y PB se observan tras la segunda sesión del protocolo. Esta parte del protocolo parece haber permitido que los participantes respondiesen bajo control de lo que puede ser importante en lugar de hacerlo exclusivamente bajo control de sus eventos privados problemáticos. Lo anterior va en línea con la importancia de la desesperanza creativa con alguna práctica en de-fusión como primera línea de trabajo para abrir paso hacia la clarificación de trayectorias valiosas (p. ej., Luciano y Valdivia, 2012; Luciano, Valdivia y Ruiz, 2012; Törneke, Luciano y Valdivia, 2008; Luciano *et al.*, 2006; Wilson y Luciano, 2002).

Las fluctuaciones en las acciones a valor durante la semana 3 y 4 en PA, y en menor medida en PB, pueden deberse a la falta de fluidez para situarse en la perspectiva del yo cuando viene contenido cargado de malestar. Así, aunque la habilidad para discriminar los eventos privados en curso puede favorecer una relación de jerarquía e inclusión entre el individuo y sus eventos privados, parece ser más eficaz la aplicación de claves que hagan explícita estas relaciones y promuevan la regulación efectiva de la conducta (Luciano *et al.*, 2011, 2012), tal y como se introdujeron en las sesiones 5 y 6. Durante estas sesiones, se observa un aumento de acciones a valor en todos los participantes a pesar de informar gran malestar y presencia de eventos estresantes. En este punto, resulta interesante cómo el malestar informado de los participantes B y C era alto cuando empezaron a realizar acciones valiosas, decreciendo ligeramente conforme se implicaban en más acciones. Probablemente, esto último pareciera indicar que el malestar empezaba a incluirse en la dirección valiosa y pudiese transformarse en menos aversivo, en línea con los estudios experimentales de Páez *et al.* (2008) y Luciano *et al.* (2010). Durante el seguimiento, ningún participante dejó de realizar acciones a valor, destacando el incremento de acciones por parte de PC. La disminución de acciones en el participante B puede deberse a que el protocolo no proporcionase suficientes interacciones para conformar un patrón sostenido de flexibilidad del comportamiento necesario en circunstancias de gran malestar.

El efecto del tratamiento también se observa en la disminución de las puntuaciones del AAQ-II y el HAM-D. Al respecto, destaca el incremento de las puntuaciones en el

AAQ-II por parte de PA. Puesto que el AAQ-II pretende captar el tipo de regulación de la conducta, es posible que tras la segunda sesión se contextualizasen los ítems de forma más ajustada. No obstante, hasta la fecha se carecen de datos psicométricos sobre el AAQ-II en población mayor, lo que hace necesaria mayor investigación en este tópico.

Se ha de tener en cuenta que este estudio presenta deficiencias metodológicas que nos lleva a ser cautelosos a la hora de generalizar los resultados. La primera limitación fue el registro de acciones a valor retrospectivo para el participante B y C, puesto que no sabían leer ni escribir. En esta línea, el malestar informado fue respondido también de forma retrospectiva y no estuvo centrado en el malestar presente durante la realización de cada acción. La segunda limitación está relacionada con la ausencia de un grupo control que permita una comparación acerca de la eficacia terapéutica y un análisis de la integridad de los protocolos. Finalmente, se ha de tener en cuenta que la aplicación del protocolo fue llevada a cabo por un terapeuta novel y esto pudo influir en los resultados obtenidos.

Este estudio permite abrir una línea de investigaciones centradas en la aplicabilidad y eficacia de protocolos breves basados en ACT en población mayor con psicopatología en línea con recientes estudios (p.ej., Karlin *et al.*, 2013; Wetherell *et al.*, 2011). Además, se pretenden superar algunas críticas tradicionales a las aproximaciones de corte cognitivo-conductual en la población mayor como el excesivo énfasis en disminución de la sintomatología, la falta de una descripción adecuada del tratamiento, la ausencia de datos sobre el impacto en la vida cotidiana y la carencia de seguimientos de larga duración en mayores con enfermedades crónicas asociadas (véase Mackin y Areán, 2005).

Para futuras investigaciones se proponen mejoras en el protocolo que se centren en la desesperanza creativa como forma de clarificar trayectorias valiosas y en generar interacciones con múltiples ejemplos que impliquen discriminar los eventos privados en curso, quién los tiene y potenciar una regulación de comportamiento eficaz en línea con aportaciones recientes dirigidas al análisis de los métodos clínicos en ACT (p.ej., Luciano y Valdivia, 2012; Luciano, *et al.*, 2011, 2012).

REFERENCIAS

- Alonso M, López A, Losada A y González JL (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain. *Behavioral Psychology*, *1*, 59-79.
- Andrew L y Dublin PL (2007). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: experiential avoidance as a moderator. *Aging and Mental Health*, *11*, 596-603
- Areán PA y Cook BL (2002). Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biological Psychiatry*, *52*, 293-303.
- Baltes PB y Baltes MM (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En PB Baltes, MM Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press
- Blazer DG (2002). *Depression in later life*. New York: Springer.
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KC, Guenole N, Orcutt HK et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire –II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, *42*, 676-688.

- Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, y Power M (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, *48*, 593-693.
- Cukrowicz KC, Ekblad AG, Cheavens JS, Rosenthal MZ y Lynch TR (2008). Coping and thought suppression as predictor of suicidal ideation in depressed older adults with personality disorders. *Aging and Mental Health*, *12*, 149-157.
- Galera JC, Barbero-Rubio A, Uclés R, Navarro-Gómez N, Ruiz FJ, Eisenbeck N y Luciano C (2012). La supresión directa y derivada interfiere en el rendimiento en una tarea de alta demanda cognitiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*, 155-172.
- Gallo JJ y Lebowitz BD (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: Themes for the new century. *Psychiatric Services*, *50*, 1158-1166.
- Gellis ZD y McCracken SG (2008). Depressive disorders in older adults. En S Diwan (Ed.), *Mental Health and Older Adults* (pp. 1-31). Washington, DC: CSWE Gero-Ed Center, Master's Advanced Curriculum Project.
- Gutiérrez O, Luciano MC, Rodríguez M y Fink B (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, *35*, 767-783.
- Hayes SC (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. En SC Hayes, VM Follette y M Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A y Lillis J (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25.
- Hayes SC, Strosahl K y Wilson KG (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AF, Kluiters H y Ribbe MW (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, *83*, 135-142.
- Karlin BE, Walser RD, Yesavage J, Zhang A, Trockel M y Taylor CB (2013). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health*, *17*, 555-563.
- Kinsella K y Velkoff V (2001). *Census Bureau: An aging world*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Krause N (2007). Thought suppression and meaning in life: A longitudinal investigation. *International Journal of Aging and Human Development*, *65*, 67-82.
- Levin CA, Wei W, Akincigil A, Lucas JA, Scott B y Crystal S (2007). Prevalence and Treatment of Diagnosed Depression among Elderly Nursing Home Residents in Ohio. *Journal of American Medical Directors Association*, *8*, 585-594.
- Luciano C, Molina F, Gutiérrez O, Barnes-Holmes D, Valdivia S, Cabello F, Barnes-Holmes Y, Rodríguez M, y Wilson K. (2010). The impact of acceptance-based versus avoidance-based protocols on discomfort. *Behavior Modification*, *34*, 94-119.
- Luciano C, Ruiz F, Vizcaíno RM, Sánchez V, Gutiérrez O y López JC (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in ACT. A preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescent. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *11*, 165-182.
- Luciano C y Valdivia MS (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, *27*, 79-91.
- Luciano C y Valdivia MS (2012). Nuevas perspectivas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. En Vallejo, M.A. (Ed), *Manual de Terapias de Conducta, tomo II* (pp. 855-930). Madrid: Dykinson.
- Luciano C, Valdivia S, Gutiérrez O y Páez M (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, *5*, 173-201.
- Luciano C, Valdivia S, Gutiérrez O, Ruiz FJ y Páez M (2009). Brief Acceptance-based Protocols Applied to the Work with Adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *9*, 237-257.
- Luciano C, Valdivia S y Ruiz F (2012). The self as the context for rule governed behavior. En L McHugh

- e I Stewart (Eds.), *Self and Perspective Taking* (pp.143-160). Oakland, CA: Harbinger.
- Mackin SR y Areán PA (2005). Evidence-based psychotherapeutic Intervention for Geriatric Depression. *Psychiatric Clinic of North America*, 28, 805-820.
- Páez M, Luciano C, Gutiérrez O, Valdivia S, Ortega J y Rodríguez M (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 84-97.
- Petkus AJ y Wetherell JL (2013). Acceptance and Commitment therapy With Olders Adults: Rationale and Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 47-56.
- Ramos-Brieva JC (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 14, 324-334.
- Reynolds CF y Kupfer DJ (1999). Depression and aging: A look to the future. *Psychiatric Services*, 50, 1167-1172.
- Rovner BW (1993). Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. *The American Journal of Medicine*, 94, 19-22.
- Ruiz FJ (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz FJ, Langer AI, Luciano C, Cangas AJ y Beltrán I (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Salamero M y Marcos T (1992). Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 283-286
- Street H, O'Connor M y Robinson H (2007). Depression in older adults: Exploring the relationship between goal setting and physical health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1115-1119.
- Törneke N, Luciano C y Valdivia S (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156.
- Wenzlaff RM, Wegner DM y Klein SB (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 500-508
- Wetherell JL, Afari N, Ayers CR, Stoddard JA, Ruberg J, Sorrell JT et al. (2009). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorders in older adults: A preliminary reports. *Behavior Therapy*, 42, 127-134.
- Wilson KG y Luciano C (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zettle RD y Hayes SC (2002). Brief ACT treatment of depression. En F Bond y W Dryden (Eds.), *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 35-54). Chichester, England: Wiley.

Recibido, 10 Julio 2014
Aceptación final, 25 Agosto, 2014