



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adultos mayores con depresión.

Alumno: Rocío García Bárcenas

Tutor: Prof. D^a Mónica Hernández López

Dpto: Departamento de Psicología

Junio, 2016

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO Y CAMBIOS ASOCIADOS AL MISMO.....	6
3. FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN A TRASTORNOS MENTALES, ESPECIALMENTE LA DEPRESIÓN, EN PERSONAS QUE ENVEJECEN.....	7
4. BREVE INTRODUCCIÓN DE LAS TRES GENERACIONES DE TERAPIAS.....	10
5. TERAPIAS QUE HAN SIDO UTILIZADAS HABITUALMENTE PARA ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC).....	11
6. DESCRIPCIÓN Y EVIDENCIA DE LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN ANCIANOS CON DEPRESIÓN COMO UNA ALTERNATIVA A LAS TERAPIAS CLÁSICAS.....	16
7. CONCLUSIONES.....	23
8. REFERENCIAS.....	25

RESUMEN

En este trabajo vamos a exponer la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como una alternativa terapéutica para personas mayores que sufren depresión. En primer lugar se habla de cómo la sociedad actual está envejeciendo, se analiza el concepto de vejez, se describen los cambios que se asocian a esta misma, y los factores de riesgo que contribuyen a la depresión en personas mayores. Se incluye una revisión sobre la terapia que más apoyo empírico ha recibido al aplicarla a ancianos que padecen este trastorno, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Finalmente, se describe la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y se revisan las aplicaciones y los resultados obtenidos con personas mayores que presentan depresión.

PALABRAS CLAVES: Terapia de Aceptación y Compromiso, depresión, adultos mayores, Terapia Cognitivo Conductual.

ABSTRACT

In this work, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is proposed as a therapeutic alternative for older people suffering from depression. Firstly we talk about how today's society is aging, the concept of old age is analyzed, changes that are associated with this age, and the risk factors that contribute to depression in the elderly are described. A review of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), the therapy that has received more empirical support for elderly with depression is included. Finally, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is described and its applications and the results obtained with older people with depression are reviewed.

KEYWORDS: Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, depression, older adults.

1. INTRODUCCIÓN.

Desde principios de siglo se viene observando un progresivo envejecimiento de la población mundial. Algunas proyecciones demográficas indican que en nuestro planeta viven aproximadamente 600 millones de personas que tienen más de 60 años y se estima que para el año 2025 existirán más de 1000 millones de seres humanos que pertenecerán a este grupo de edad (Muñoz Tortosa, 2002).

Actualmente, en España existen más de seis millones de personas que pertenecen al grupo de la tercera edad lo que representa más del 15% de su población total, y para el año 2050 se espera que al menos uno de cada cuatro españoles tenga más de 65 años. El envejecimiento de la población en los países industrializados provoca un enorme interés y preocupación. Muchos estudios ponen de manifiesto que los gobiernos difícilmente podrán satisfacer las necesidades económicas, sociales y sanitarias que generará el colectivo de personas de la tercera edad a lo largo del siglo, debido a la falta de recursos económicos.

El envejecimiento de los países desarrollados ha sido originado por la combinación de tres factores: el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad y la baja tasa de inmigración de personas jóvenes. Durante los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado aproximadamente en quince años. Echando la vista atrás, recapitulamos que durante la Edad Media, la esperanza de vida del ser humano no superaba los 30 años, y en países desarrollados, actualmente se aproxima a los 80 años. Algunos de los factores que han ayudado al aumento de la esperanza de vida son: una amplia mejora en las condiciones higiénicas, descontaminación de las aguas, reciclaje de basura, calidad de entorno, mejora en la alimentación, mejor accesibilidad a los servicios sociosanitarios, y avances en el campo de la medicina (Martínez Atienza, García Gámiz, 2012), además de una mayor concienciación de la sociedad en la práctica de hábitos más saludables en cuanto a la alimentación, higiene y ejercicio físico (Fernández-Ballesteros, 2009).

Sin embargo, la mayoría de los estudios apuntan que con el aumento de la edad, los sexos no responden de la misma forma ante la muerte, los hombres mueren a edades

más tempranas que las mujeres. En España, actualmente el hombre tiene una esperanza media de vida próxima a los 80 años, y la mujer supera los 86 años (INE, 2015). La diferencia en la esperanza de vida, por sexos, ha sido atribuida tanto a factores psicológicos como ambientales y genéticos (Waldron, 1985). Otro factor que influye de forma sustancial en el envejecimiento de la población es la reducción en las tasas de natalidad. La ONU, en el año 1954, apuntó que este factor determina la composición de la estructura poblacional de una sociedad. La totalidad de los países desarrollados tienen tasas de natalidad y mortalidad bajas, en comparación con los países no desarrollados; el progreso demográfico de estos países, desde hace años, está provocando preocupación y temor de cara al futuro, habiéndose generado una gran sensibilización hacia el denominado «problema demográfico» que se caracteriza por el miedo o temor al aumento constante de la población anciana y la fuerte reducción de la población joven. La baja tasa de inmigración de personas jóvenes es otro factor que hace que aumente el envejecimiento.

El envejecimiento de la población conlleva consecuencias a las que la sociedad debe hacer frente. Cada vez hay más personas que presentan incapacidades crónicas y necesitan mayores medios económicos, sociales, sanitarios y humanos o personales. Y algunos de ellos sufrirán trastornos psicológicos que deberán ser atendidos.

2. CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO Y CAMBIOS ASOCIADOS AL MISMO.

Llegados a este punto, ¿cómo podríamos definir el concepto de envejecimiento desde el punto de vista del individuo que envejece? El envejecimiento del ser humano es un proceso inevitable, natural, gradual, que conlleva cambios y transformaciones que se producen a nivel biológico, psicológico y social. Estas transformaciones aparecen con el paso de los años y van unidas al desarrollo y al deterioro (Muñoz Tortosa, 2002). El envejecimiento no es necesariamente un proceso negativo, como de forma equívoca muchas personas creen. Tenemos que considerar por tanto, que el envejecimiento es una etapa más de la vida por la que pasan los individuos a lo largo del ciclo vital. Esta etapa, no comienza en el mismo momento para todas las personas debido a que cada persona es diferente, hay personas que envejecen de forma más rápida y otras lo hacen más

lentamente. Tampoco los órganos de la misma persona envejecen a la vez, ya que es cierto que los órganos pierden su funcionalidad, pero no todos lo hacen al mismo ritmo. También debemos tener en cuenta que el envejecimiento no solo conlleva pérdidas, sino que con la edad, las personas también adquieren experiencias y conocimientos que son valores positivos para ellas. Desde esta perspectiva, la psicología rechaza que las disminuciones físicas unidas a la edad impliquen la muerte psicológica del individuo.

Respecto a los cambios cognitivos que se producen en el individuo durante el envejecimiento se le aplican los mismos matices que a los cambios físicos y biológicos; los cambios que sufre la persona desde su nacimiento a la madurez se perciben en términos de desarrollo y están cubiertos de connotaciones positivas. Las alteraciones que aparecen en el último tramo de la vida se asocian al envejecimiento y llevan consigo connotaciones despectivas. Por suerte, se han modificado algunos estereotipos sociales en cuanto a la vejez, con intentos de cambiar la idea despreciativa que supone el concepto de envejecimiento para asociarlo a una etapa de crecimiento y desarrollo en la cual la experiencia del individuo tiene un papel esencial.

La conceptualización actual une el envejecimiento al desarrollo. No se concibe el envejecimiento como un proceso de retroceso y de regreso a estadios anteriores, sino que se percibe como un proceso evolutivo. Los cambios psicológicos de la persona tienen lugar a lo largo de todo su ciclo vital (Muñoz Tortosa, 2002).

Sin embargo, es un hecho cierto que a medida que aumenta en edad, el individuo se vuelve más vulnerable y con frecuencia padece desórdenes orgánicos y cognitivos. La OMS señala que entre el 20% y el 25% de los adultos mayores de más de 60 años sufre algún trastorno mental o neural siendo la demencia y la depresión los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este grupo de edad. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad avanzada y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas afectan casi al 1% (OMS, 2016).

3. FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES.

La depresión es una alteración del estado de ánimo en la que predominan síntomas de tristeza patológica, pérdida de interés o placer en actividades que antes

disfrutaba, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, falta de autoestima y falta de apoyo, fatiga, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, trastornos del sueño, cambios en el apetito, pensamientos de muerte e intentos de suicidio en casos graves, irritabilidad y ansiedad, síntomas físicos como dolores de cabeza, problemas digestivos o dolor crónico. Su impacto es tal, que puede llegar a incapacitar la realización de las actividades cotidianas (Federación Mundial de la Salud, 2010).

La depresión en la tercera edad no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino que es un trastorno que debe detectarse y ser tratado igual que en otras etapas de la vida (Sarró-Maluquer, Ferrer-Feliu, Rando-Matos, Formiga, Rojas-Ferreras, 2013). De hecho existe un fenómeno específico en relación con esta patología en esta etapa de la vida y es que muchas veces existe y no es diagnosticada ni tratada. Los cambios económicos, biológicos, psicológicos y sociales que se observan en la tercera edad, asociados a las numerosas patologías que aparecen en esta etapa, ayudan a que los mayores tengan condiciones para deprimirse (Rodríguez Blanco, Sotolongo Arró, Luberta Noy, Calvo Rodríguez, 2013). Es muy común que ante estos fenómenos, la respuesta del paciente sea el aislamiento, estableciéndose una pobre interacción tanto con su familia, como con sus amistades y demás miembros de la sociedad.

Existen factores de riesgo sociales, psíquicos y biológicos, que contribuyen a la aparición de desórdenes mentales y concretamente a la depresión. Podemos destacar los siguientes factores de riesgo: La privación de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad a la que se ven sujetos algunos mayores, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y otros problemas relacionados con el entorno, la familia, educación y económicos, entre otros (OMS, 2015). La institucionalización es otro factor de riesgo que puede causar depresión y otras patologías como ansiedad, trastornos alimenticios, trastornos en el sueño, desorientación en las tres esferas, incontinencia, etc. (Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiter y Ribbe, 2004). Por eso, en la medida de lo posible, los expertos recomiendan que la institucionalización se realice después de un dialogo con el interesado y con su consentimiento, y que no se haga de forma veloz y traumática.

Una vez expuestos los factores de riesgo convendría destacar las cifras de dicho trastorno en este colectivo de edad. La Organización Mundial de la Salud señala que la depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7%

de los años vividos con una discapacidad entre las personas de más de 60 años. En los servicios de atención primaria, la depresión no se suele diagnosticar ni tratar de la manera adecuada, y como ya hemos dicho anteriormente en los adultos mayores los síntomas se consideran erróneamente como parte normal del proceso de envejecimiento, razón por la cual según el consenso de la NIH (Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos) sólo el 10% de quienes la padecen reciben un tratamiento apropiado. Las consecuencias de la depresión no tratada o no tratada adecuadamente pueden ser graves para el anciano, debido tanto al aumento del deterioro funcional como al de la mortalidad, ya que el riesgo de suicidio en los ancianos es mayor (Gallo y Lebowitz, 1999). En España, el número de muerte por suicidios ha aumentado en los últimos años, y de forma alarmante en las personas de la tercera edad, manteniéndose las diferencias significativas entre hombre y mujeres que se observan también en otros grupos de edad. Según el INE los hombres mayores de 65 años muestran una tasa de suicidio de 25,10 mientras que las mujeres mayores de 65 años presentan una tasa de suicidio de 6,46 (INE, 2015).

El abordaje de la depresión durante la vejez es complejo debido a la presencia de comorbilidades y a la variedad de orígenes posibles. Los síntomas de depresión pueden ser diferentes a los encontrados en personas más jóvenes. Los más comunes en ancianos son: desinterés, pesimismo, disminución de la energía, fatiga, retardo o agitación psicomotora, decremento o aumento del apetito, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), nerviosismo o ansiedad. También es usual que muestren más interés por la evolución de sus síntomas físicos, que son frecuentes, que por su tristeza o melancolía (Ribera Casado, Cruz Jentoft, 1992).

Los adultos mayores con depresión tienen un escaso desempeño de las funciones o tareas que realizan en su vida en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como enfermedades pulmonares, hipertensión arterial o diabetes. Además, este trastorno aumenta la percepción de tener mala salud, así como la utilización de los servicios médicos y los costes de la asistencia sanitaria.

Los médicos aconsejan que una forma de mejorar y/o mantener la salud mental, como puede ser la reducción del nivel de depresión de los adultos mayores, sea mediante la práctica de hábitos activos y saludables como el ejercicio físico, no fumar, beber moderadamente, y seguir una dieta equilibrada. En personas que tienen hábitos saludables, si aparece la discapacidad, ésta se retrasa 7,75 años. Además, si

comparamos a personas activas que realizan ejercicio físico a diario o con frecuencia con personas que no practican ejercicio físico y que llevan un estilo de vida sedentario, en las primeras, la discapacidad se pospone hasta 12,8 años (Wang et al., 2002). En definitiva, los hábitos de vida saludables tienen efectos muy beneficiosos a largo plazo sobre la salud, tanto física como mental, ya que ayuda a la mejora de la sintomatología depresiva, y la discapacidad.

4. BREVE INTRODUCCIÓN DE LAS TRES GENERACIONES DE TERAPIAS.

Una vez expuesto todo esto, investigaremos sobre las diferentes técnicas que se utilizan para tratar trastornos mentales, y específicamente la depresión, en personas mayores. Hayes, Masuda y De Mey (2003) señalaron la presencia de tres olas o generaciones en el desarrollo de la Terapia de Conducta. La primera generación estaría compuesta por técnicas fundamentadas en los principios del condicionamiento clásico y operante. La segunda generación de terapias tiene por objetivo modificar creencias irracionales, esquemas cognitivos patológicos, o errores en el procesamiento de la información, que serían los responsables de los problemas. Con el intento de los terapeutas de trazar un puente entre las terapias de primera generación y las terapias de segunda generación, aparecen las terapias cognitivo conductuales, que recurren a principios conductuales para abordar la conducta observable o manejar la emoción y a técnicas cognitivas para trabajar con los pensamientos disfuncionales. Por último, la tercera generación de terapias que tiene en común con las terapias de primera generación el reconocimiento de la importancia de los procesos de condicionamiento en el origen, mantenimiento y solución de los problemas. Con las terapias de segunda generación tiene en común la importancia que se le da al lenguaje y la cognición, pero con una forma diferente de comprender el funcionamiento psicológico. El objetivo de este grupo de terapias es modificar las funciones de los eventos psicológicos cuando estos causan problemas, sin alterar la frecuencia o el contenido de dichos eventos. Estas terapias están basadas en la exposición a los eventos privados, pretenden desarrollar habilidades y generar repertorios flexibles y eficaces que permitan a los individuos llevar una vida responsable y con valor para ellos. En esta tercera generación

encontramos diferentes terapias, pero en la que nos vamos a centrar y la que nos interesa en la Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) que es la más completa de todas las incluidas en la Tercera Generación de Terapias de Conducta (Hayes, 2004) y que propone como tratamiento la alteración de funciones de los eventos privados y originar flexibilidad en la regulación del comportamiento. Considera que el problema no está en dichos eventos sino en la función que estos cumplen, y persigue que las personas se comporten de una forma valiosa para ellas a pesar de la presencia de pensamientos, sentimientos y/o emociones negativas. La literatura sobre la aplicación de ACT en personas mayores no es aún muy amplia, pero algunos estudios señalan que puede resultar eficaz en el tratamiento de la depresión en las personas de este grupo de edad como veremos más adelante.

5. TERAPIAS QUE HAN SIDO UTILIZADAS HABITUALMENTE PARA ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN.

Las terapias de segunda generación, concretamente la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), ha sido la más utilizada durante muchos años para tratar la depresión y así como otros trastornos psicológicos que sufren las personas de avanzada edad. La alta aplicación de estas técnicas se debe a que se ha demostrado empíricamente su eficacia, como mostraremos más adelante en diferentes estudios.

La Terapia Cognitivo Conductual se caracteriza por otorgar un papel causal a los eventos privados de la persona (emociones, pensamientos, creencias irracionales y disfuncionales, esquemas desadaptativos, intenciones y motivaciones), en el origen de los problemas psicológicos y en proponer como base para el tratamiento de estos problemas la modificación o eliminación de dichos eventos privados que son problemáticos. El objetivo de las terapias cognitivas es enseñarle al sujeto a aprender nuevas formas de respuesta ante las diferentes situaciones que puedan surgir o a disminuir el malestar o la conducta no deseada, orientándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas (Hernández y Sánchez, 2007).

Beck, (1964) desarrollo la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a

resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación real y la consecuente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría duradera es resultado de la modificación de las creencias disfuncionales latentes.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) típicamente incluye una combinación de las siguientes técnicas cognitivas y conductuales: psicoeducación, técnicas de manejo de ansiedad o estrategias de afrontamiento (reentrenamiento en respiración, entrenamiento en relajación y autodeclaraciones positivas), exposición (exposición en vivo, exposición en imaginación) y reestructuración cognitiva (Hamblen, 2012). El objetivo de las técnicas cognitivas es modificar o cambiar el pensamiento y las interpretaciones que realizan las personas de los sucesos que puedan provocar malestar y/o conductas perjudiciales. Por tanto, la función del terapeuta en dichas terapias sería facilitar al paciente diferentes formas de actuación alternativas para este tipo de situaciones, estrategias y técnicas que le permitan eliminar o cambiar los pensamientos desadaptativos por otros adaptativos, y reducir el malestar o la ansiedad que le generan estas experiencias. El objetivo al que va encaminado la terapia es que el paciente tenga conocimiento de la relación entre cognición, afecto y conducta, ya que si es capaz de controlar o dirigir sus pensamientos negativos también será capaz de manejar su conducta.

Existen diferentes estudios en los que se ha aplicado TCC en adultos mayores con depresión. Gould, Coulson, y Howard (2012), realizaron un metaanálisis para evaluar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para tratar la depresión en las personas mayores, y analizar los factores asociados a su eficacia. Los objetivos del estudio fueron revisar críticamente la calidad de los ensayos aleatorizados de TCC para la depresión en las personas mayores; comparar la eficacia de la TCC con controles activos (i.e. apoyo social o diferentes condiciones placebo), no activos (i.e. listas de espera) u otro tratamiento (i.e. farmacológico u otras psicoterapias) utilizando estimaciones de los tamaños del efecto; examinar la duración de la eficacia de la TCC en 1 a 3, 6, y 9 a 12 meses de seguimiento; e investigar los factores predictivos de la

eficacia de la TCC para la depresión en personas mayores. Los participantes que se incluyeron en el metaanálisis fueron personas de la tercera edad, con depresión mayor, distimia, y otros síntomas depresivos.

Para seleccionar los estudios utilizaron bases de datos y los registros de la literatura online en busca de ensayos aleatorizados de la TCC para la depresión en las personas mayores.

Identificaron 485 estudios, de los cuales se incluyeron 23 que cumplían los criterios de inclusión. En estos estudios se utilizaron controles activos, se comparó la TCC con otro tratamiento (farmacológico u otras psicoterapias), los participantes tenían un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, depresión menor o distimia o síntomas depresivos, tenían más de 60 años y se utilizaron medidas de resultado de la depresión basadas en la evidencia.

Al final de la intervención, la TCC fue significativamente más eficaz en la reducción de los síntomas depresivos que las terapias habituales o estar en una lista de espera, pero no fue mejor que los controles activos. Encontraron el mismo patrón de resultados para los 6 meses de seguimiento, ya que el tamaño de efecto combinado en favor de la TCC no fue significativo. No se pudo analizar el tamaño del efecto promedio general a los 9 ni a los 12 meses de seguimiento entre la TCC y controles activos u otro tratamiento debido a los altos grados de heterogeneidad. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre la TCC y otras formas de tratamiento (farmacoterapia y otras psicoterapias) con respecto a la eficacia, ni el post ni en los seguimientos. Sin embargo, con las medidas de resultado valoradas por el médico, se observaron mayores efectos en favor de la TCC que con las medidas de autopercepción.

Así pues, los autores concluyeron que la TCC para la depresión en las personas mayores es más eficaz que estar en una lista de espera o un tratamiento habitual, pero su eficacia no se ha demostrado a través de los controles activos u otro tratamiento. La calidad de los estudios revisados fue variable, la mitad de los estudios recibieron calificaciones inadecuadas o poco claras en tres o más áreas del sesgo (problemas en la generación de la secuencia aleatoria, no ocultación de la asignación, no utilizar evaluadores ciegos de resultados, datos de resultado incompletos, y presentación de informes de resultado selectivo). Por tanto, serían necesarios nuevos estudios aleatorizados mejor controlados antes de establecer conclusiones sólidas acerca de la eficacia de la TCC para la depresión en las personas mayores.

En otro estudio reciente Sanz Simon, Athanássios Cordás, y Bottino (2014), realizaron una revisión sistemática con el objetivo de comprobar la efectividad de las Terapias Cognitivo Conductuales para mejorar los síntomas depresivos, la discapacidad y la cognición en adultos mayores con depresión y déficit cognitivos. Concretamente en este estudio, la terapia cognitivo conductual centrada en la resolución de problemas es el enfoque principal.

Para esta revisión se seleccionaron 6 estudios. El criterio de inclusión fue la aplicación de psicoterapia para ancianos que presentasen depresión y déficits cognitivos. No se incluyeron estudios de caso.

Los resultados de estos estudios mostraron que la TCC es eficaz para mejorar los síntomas depresivos en los ancianos con depresión y déficit cognitivos. Esta mejoría tuvo lugar tanto en las terapias de resolución de problemas como en las terapias de apoyo, con un efecto significativamente mayor en el grupo de terapias de resolución de problemas (TRP). La mejora en el estado de ánimo y la discapacidad fueron significativas y consistentes, aunque la evidencia de los cambios en las medidas cognitivas resultó menos clara. Sin embargo, se encontraron mejoras tras la aplicación de la psicoterapia en la función ejecutiva, la velocidad de procesamiento, y las habilidades de resolución de problemas, tales como la generación de alternativas y la toma de decisiones de los pacientes. Los resultados parecen mantenerse después de 2 a 6 meses.

Con esta revisión sistemática podemos concluir que aunque la evidencia es escasa, los estudios han demostrado que los adultos mayores con depresión y déficits cognitivos se benefician de la TCC. Cabe destacar que aunque los estudios también encontraron beneficios después de la terapia de apoyo, la TRP ha demostrado ser consistentemente más efectiva que el placebo en la reducción de las tasas de discapacidad y síntomas depresivos, y también dio lugar a mayor las tasas de remisión de estos síntomas.

El último estudio que vamos a introducir para cerrar este apartado es un estudio reciente, realizado en España, que aunque tiene una muestra muy pequeña, sirve a modo de ejemplo para mostrar en detalle, las características de aplicación de la TCC a mayores con depresión.

Sales, Atiénzar, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez (2015), llevaron a cabo un pequeño estudio en el que aplicaron una terapia de reestructuración cognitiva a ancianos deprimidos institucionalizados sin deterioro cognitivo. Participaron 8 ancianos de una residencia de mayores, de edades comprendidas entre 85 y 93 años. Se llevó a cabo un estudio experimental aleatorizado con dos grupos de análisis, experimental (n=4) y control (n=4), recogiendo medidas en dos periodos de tiempo diferentes (pre y post tratamiento).

Se evaluaron estados emocionales negativos como depresión, ansiedad y estrés, satisfacción vital, nivel de resiliencia, autoestima, y apoyo social. El programa de intervención se aplicó, de manera grupal, con dos sesiones semanales de una hora durante cuatro semanas, haciendo un total de 8 sesiones. En la primera sesión se presentó el programa, el terapeuta y los participantes, y el resto de la sesión se destinó a que cada uno de los sujetos compartiera con el resto de participantes algún problema que le inquietase, para que de esta forma los demás sujetos se den cuenta que todos tenemos problemas y que es algo común. En la segunda sesión se les proporciona a los participantes información sobre lo que es la depresión, como esta se desarrolla, y porque se mantiene. Al finalizar la sesión se elabora una lista de problemas. En la tercera sesión se les da una explicación de lo que son las creencias irracionales y se les enseña la detección e identificación de estas creencias y pensamientos. Para poner en práctica lo aprendido al final de la sesión realizan ejercicios grupales e individuales. En la cuarta sesión le explica el modelo ABC y se pone en práctica con los propios problemas. En la quinta sesión se trabaja la relación entre problemas y creencias irracionales y el modelo ABC, para ello se enseña a los pacientes a identificar sus pensamientos cuando estos surjan, de manera que apliquen este esquema a su propia vida. En la sexta sesión se les explica como debatir los pensamientos mediante la discusión cognitiva de Beck y Ellis, con el fin de sustituir las ideas irracionales por otras racionales, esto se lleva a cabo mediante un debate dialectico en el cual a través de preguntas, se le reta al sujeto a demostrar la objetividad de sus creencias y pensamientos. En la séptima sesión, se les enseña a los participantes a buscar pensamientos alternativos y realistas frente a los antiguos pensamientos irracionales. Y por último, en la octava sesión, se hacen reflexiones sobre todo lo tratado durante las sesiones anteriores, se resuelven dudas, se valora la terapia y se comenta su utilidad, se anima a los participantes a que continúen con la misma actitud de cambio y finalmente se da paso a la despedida.

Los resultados encontrados, mostraron efectos positivos de la terapia para reducir la depresión, así como una mejora de las diferentes variables consideradas (estrés, ansiedad, autoestima, satisfacción vital, resiliencia y apoyo social).

Finalmente, para concluir este apartado, decir que la TCC se ha utilizado ampliamente para el tratamiento de la depresión en mayores. Se han aplicado técnicas como la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, etc. y aunque parecen tener efectos positivos en la reducción de estados emocionales negativos e incluso en la mejora de habilidades cognitivas, los metaanálisis más recientes señalan la falta de control de algunos de estos estudios y señalan que la TCC no resulta más eficaz que otros tratamientos activos. De ahí la importancia de seguir investigando en alternativas terapéuticas para esta población.

6. DESCRIPCIÓN Y EVIDENCIA DE LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN ANCIANOS CON DEPRESIÓN, COMO UNA ALTERNATIVA A LAS TERAPIAS CLÁSICAS.

El punto central del presente trabajo es la presentación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como una alternativa terapéutica para personas mayores con depresión, debido a esto, es en el punto que más nos vamos a extender.

De todas las terapias incluidas en la tercera generación, la que tiene más apoyo, y por tanto es la más utilizada, es La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, 2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso no se dirige a la reducción o eliminación de los eventos privados aversivos (síntomas cognitivos) como paso necesario para cambiar la conducta del sujeto, sino que está dirigida a la modificación de su función por medio de la alteración del contexto en el que estos eventos son problemáticos.

La Terapia de Aceptación y Compromiso es coherente con un modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje, que propone la Teoría del Marco Relacional (TMR)

(Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). La ACT parte de una dimensión funcional común a diferentes trastornos: el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002). Este trastorno hace referencia a los esfuerzos por alterar o modificar la frecuencia o la forma de eventos privados no deseados, incluyendo recuerdos, pensamientos, emociones y sensaciones, incluso cuando hacerlo provoca daño personal (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996). TEE se define como “un patrón inflexible que consiste en que para poder vivir se actúa bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados. Ese patrón inflexible está formado por numerosas respuestas con la misma función: controlar el malestar y los eventos privados así como las circunstancias que los generan” (Luciano y Valdivia, 2006). La evitación constante del malestar o sufrimiento es un problema ya que aunque hace que se obtenga un alivio inmediato, a largo plazo aumenta el malestar de la persona, ya que se dejan de lado las acciones encaminadas a trayectorias valiosas. La ACT propone como alternativa el auto-distanciamiento comprensivo (o incremento de la flexibilidad psicológica), dirigido a la aceptación de los síntomas y la actuación en dirección de los valores del sujeto, como objetivo terapéutico (Pérez-Álvarez, 2008).

Luciano y Valdivia (2006) destacan algunas de las características fundamentales de ACT: (1) Se trata de un tratamiento que se centra en las acciones valiosas del individuo como forma para el cambio conductual; (2) considera el malestar o sufrimiento como normal, resultado de la condición humana; (3) fomenta el análisis funcional de las conductas del individuo y, por consiguiente, se basa en la experiencia del sujeto como la clave del tratamiento; (4) el objetivo de esta terapia es suavizar o flexibilizar la reacción al malestar ya que la experiencia del paciente le dice que soportar los eventos privados limita la vida; (5) implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando conscientemente los eventos privados que aparezcan, y poner en práctica la aceptación lo antes posible y el mayor número de veces posible; (6) implica elegir una y otra vez actuar hacia valores con los eventos privados que sucedan por la recaída, lleva a aprender a "caer y a levantarse".

Las primeras formulaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso hablaban de seis componentes (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes y

Strosahl, 2004), que serían: desesperanza creativa, clarificación de valores, el control de los eventos privados como problema, desliteralización o desactivación de las funciones verbales, separación del Yo contexto y el Yo contenido, estar abierto a los eventos privados y comprometerse con la dirección elegida.

- La Desesperanza Creativa: el objetivo es generar las condiciones para que el paciente experimente y compruebe lo que es importante o valioso para él, lo que hace con respecto a sus eventos privados y los resultados que consigue, tanto a corto plazo como a largo plazo. Es una experiencia que se repetirá varias veces a lo largo de toda la terapia (Luciano y Valdivia, 2006; Luciano, Valdivia, y Páez Blarrina, 2006). Es una experiencia creativa porque la persona aprende que el problema no son los eventos privados en sí, sino la conducta que realiza. Esta experiencia produce desesperanza y angustia mientras que sitúa a la persona frente a sus experiencias de evitación y control de sus eventos privados a través de conductas que le llevan a aumentar las consecuencias negativas en distintas facetas de su vida. Lo que hace o realiza el paciente para disminuir su malestar, lo aumenta. Algunas de las metáforas que pueden servir de ayuda para trabajar el valor de la desesperanza creativa en terapia son: la “metáfora del hombre en el hoyo”, la “metáfora del granjero y el asno”, y la “metáfora de las arenas movedizas” (Wilson y Luciano, 2002).

-Clarificación de valores: ayuda a la persona a comprender cuáles son los caminos valiosos en su vida y las actuaciones que lo dirigen hacia ellos. Para ello se necesita que el paciente esté preparado para tener los eventos privados que ello supone, y de tal modo, aceptar el sufrimiento relacionado en este trayecto. Algunas metáforas y ejercicios útiles en la clarificación de valores en psicoterapia sería: la “metáfora del jardín”, la “metáfora del conductor de autobús y los pasajeros”, el ejercicio “del funeral y ejercicio del epitafio” (Luciano y Cabello, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

-El control de los eventos privados como problema: es necesario para que el sujeto tome conciencia de que es el control de estos eventos privados lo que le ha alejado de su trayectoria valiosa alargando y aumentando su malestar. La “metáfora del polígrafo” (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002), el ejercicio de “los elefantes rosas” y “la lucha con el monstruo” (Wilson y Luciano, 2002), son algunas de las metáforas y ejercicios que pueden servir para orientar al paciente en la identificación del control de eventos privados como problema.

-Desliteralización o desactivación de las funciones verbales: trata de romper la vinculación o unión entre las palabras y su función. Pretende que las palabras no lleguen a controlar conductas que sitúan al paciente en contra de la dirección que desea seguir, ya que las personas actúan ante las palabras como si se tratasen de hechos a los que dichas palabras se refieren. Algunos ejercicios orientados a la desactivación de las funciones verbales son: el ejercicio de “repetir muchas veces, y sin parar, una palabra”, el ejercicio de “sacar la mente a pasear”, y el ejercicio “del limón” (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002).

-Separación del Yo contexto y el Yo contenido: aquí se pretende es alcanzar la experiencia del yo, es decir, un contexto fiable desde el cual poder presenciar los pensamientos, las emociones y los sentimientos, ya sean agradables o desagradables y dolorosos. Algunas metáforas y ejercicios para servir de ayuda al paciente para diferenciar entre el yo contexto y el yo contenido son: la “metáfora del tablero”, el ejercicio del “observador” o “el otoño y las hojas” (Wilson y Luciano, 2002).

-Estar abierto a los eventos privados y comprometerse con la dirección elegida: el objetivo que aquí se persigue es ayudar al paciente a desistir en la lucha contra sus eventos privados y a aceptar lo que no se pretende o no pueda modificar. Esto se lleva a cabo cuando el paciente ya se ha dado cuenta y toma conciencia de que los métodos que hasta el momento ha empleado tanto a nivel cognitivo como emocional son inútiles en su trayectoria valiosa y le causan sufrimiento y malestar. Algunas de las metáforas y ejercicios que pueden emplearse para que tomen conciencia de que de nada vale luchar en contra de los sentimientos o emociones y que lo que se debe hacer es aceptarlos son: la “metáfora del autobús”, el ejercicio de “ponerse enfrente”, la “metáfora de montar en bicicleta” (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002).

Como ya dijimos anteriormente, la literatura sobre la aplicación de ACT en personas mayores con síntomas depresivos es escasa. Sin embargo, como veremos a continuación, contamos con algunos estudios, que muestran su eficacia con resultados prometedores.

A medida que se cumplen años, algunas personas mayores tienden a sentirse deprimidas, su estado de ánimo cambia, ya sea por la cantidad de problemas físicos

asociados al desgaste del cuerpo normal de la edad, como pueden ser enfermedades crónicas, dolores, o también debido a otros problemas como pueden ser conflictos familiares, problemas económicos entre otros. Este estado de ánimo deprimido puede presentarse junto con otros trastornos como ansiedad y estrés. La presencia de un estado de ánimo deprimido, sensaciones de ansiedad, junto con otros eventos privados aversivos como sentimientos de culpa, baja autoestima, sentimientos de inutilidad, entre otros y la lucha para acabar con ellos, puede limitar la vida de las personas mayores. La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso les ayudaría a marcar una trayectoria valiosa, aprender a aceptar las situaciones que no se puedan cambiar, aprender a aceptar los eventos privados que puedan surgir sean agradables o desagradables y, con ellos, dirigirse a aquello que les resulta fundamental y valioso.

Uno de los estudios más amplios de aplicación de ACT fue el llevado a cabo por Karlin et al. (2013). Llevaron a cabo una intervención basada en ACT a dos grupos: uno de jóvenes de entre 18-64 años de edad y otro de mayores de más 65 años, todos ellos veteranos de guerra con síntomas depresivos y otros trastornos asociados. Aquí nos vamos a centrar solamente en los veteranos de guerra mayores de 65 años, ya que es el colectivo de personas en el que se centra el presente trabajo fin de grado. El objetivo principal de este estudio fue examinar los cambios en la depresión y la calidad de vida entre los veteranos mayores que recibieron una intervención basada en la aceptación. De los 746 pacientes que participaron en el estudio general, 76 contaban con 65 años o más.

El protocolo de tratamiento de ACT para los veteranos era de aproximadamente 12 a 16 sesiones de duración ya que este fue diseñado para ser utilizado con flexibilidad en función del contexto y de la edad de los participantes. Consistió principalmente en dos componentes, que fueron un taller de capacitación y consultas telefónicas semanales con un experto en ACT. En el primer componente de la terapia, es decir, en el taller de capacitación se incluyeron presentaciones didácticas, ejercicios prácticos, revisión de las grabaciones en vídeo de los expertos en ACT, práctica de habilidades, discusiones en grupos pequeños y juegos de rol. El taller tenía una duración de 3 días. El segundo componente de la terapia conllevó la participación en sesiones de consulta telefónica de 90 minutos semanales durante 6 meses dirigidos por un experto en ACT. Los asesores

de formación proporcionan información directa a los consultados para fomentar el dominio de las habilidades y la aplicación exitosa de la terapia.

Los resultados obtenidos mostraron que para los pacientes de más edad que completaron el tratamiento, hubo una reducción en las puntuaciones medias BDI-II del 38%. Además de las mejoras en depresión, ACT produjo mejoras significativas en la calidad de vida de estos participantes.

Otro estudio reciente realizado en nuestro país con una muestra más pequeña es el de Ruiz Sánchez, Cangas Díaz y Barbero Rubio (2014). Estos aplicaron ACT a 2 mujeres y 1 hombre con edades comprendidas entre 65 y 83 años, institucionalizados en una residencia geriátrica a tiempo completo y que presentaban síntomas depresivos. El varón, de 65 años, presentaba un diagnóstico de Trastorno Distímico co-mórbido a una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Una mujer de 80 años presentaba un Trastorno Distímico y estaba siendo tratada con antidepresivos. La última participante, una mujer de 83 años, presentaba un Trastorno Depresivo Recurrente y también estaba siendo tratada con antidepresivos y ansiolíticos sin observarse mejoría.

El diseño fue de caso único, con medidas de conductas objetivo en el pre-tratamiento (1 semana), durante el tratamiento (6 semanas) y en los periodos de seguimiento (a los 5 y 12 meses). La intervención se aplicó individualmente en 6 sesiones semanales, con una duración de entre 40 minutos y 1 hora y 30 minutos por sesión. La intervención se centró en el análisis funcional del patrón de evitación, la desesperanza creativa, la de-fusión, y la regulación de conducta en dirección a valor.

Los resultados mostraron un incremento en las acciones valiosas para todos los participantes durante el tratamiento. Al final del mismo, el número de acciones valiosas era aún más elevado, y el malestar había disminuido. En los seguimientos a los 5 y 12 meses, todos mantenían un nivel aceptable de acciones valiosas. Con respecto a los síntomas depresivos, se observa una disminución clínicamente significativa en la HAM-D en los tres participantes. Durante el seguimiento las puntuaciones aumentaron respecto al post-tratamiento, pero mantuvieron una disminución significativa con respecto al pre-tratamiento.

La ACT ha sido aplicada también a personas mayores que presentaban otros problemas además de síntomas depresivos. Wetherell et al. (2011) compararon dos terapias, ACT y TCC en un grupo de ancianos diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Generalizada que presentaban sintomatología depresiva. Participaron 16 ancianos, 7 fueron tratados con ACT, y 9 fueron tratados con TCC. La terapia tuvo una duración de 12 sesiones, que se aplicaron de forma individual. La ACT fue orientada a los valores y objetivos de clarificación haciendo hincapié en la voluntad de experimentar todas las emociones y situaciones, utilizando para ello estrategias basadas en la aceptación. Cada sesión incluyó un ejercicio de conciencia plena, metáforas y ejercicios prácticos orientados a la aceptación de los síntomas y al compromiso con los valores. La TCC, se centró en proveer psicoeducación y técnicas para modificar los pensamientos disfuncionales. Los 7 participantes a los que se les aplicó ACT completaron la terapia, y todos ellos mostraron una mejoría en la preocupación y la reducción de los síntomas depresivos. En cuanto a los resultados de la TCC, cinco de las 9 personas que iniciaron la TCC completaron el tratamiento. Estos sujetos también mostraron una mejoría significativa en los síntomas depresivos y de ansiedad. Respecto a la satisfacción con el tratamiento, se obtuvo un alto nivel de satisfacción con el mismo.

Los resultados de ambas terapias (TCC y ACT), parecen indicar que ambas son viables para utilizarlas con los adultos mayores con TAG y que también son eficaces en la reducción de los síntomas depresivos.

Por último, en un estudio de caso (Roberts y Sedley, 2016), se aplicó ACT a una anciana de 89 años que padecía depresión y trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La mujer no asumía los cambios tanto físicos como cognitivos que se producen con el envejecimiento, presentaba pensamientos suicidas y de asesinato, y se quejaba de pérdida de memoria, ya que esta estaba convencida de que tenía Alzheimer al igual que tuvo su madre, este pensamiento subjetivo, le producía frustración y tristeza. A nivel fisiológico, se quejaba de que había perdido vista y audición, y padecía dolores en varias partes de su cuerpo que le dificultaban la movilidad. La señora, vivía con su marido de 90 años, esta decía sentirse sola y recibir poco apoyo por parte de su marido e

hijos. Además tenía sentimiento de culpa, no lograba concentrarse ni conciliar el sueño, y siempre estaba inquieta y fatigada.

La terapia duró seis sesiones de 1 hora, durante 8 semanas. En la primera sesión se explicaron los objetivos que se pretende con la terapia, y se trabajó la reformulación del problema, y el reconocimiento de la evitación experiencial y la forma en la que esta evitación ayuda a incrementar el malestar. En la segunda sesión se trabajó de nuevo con evitación experiencial y se introdujeron estrategias de mindfulness o atención plena para concentrar la atención en el momento presente, y así ayudar al conocimiento de pensamientos y emociones y la propia conciencia. En la sesión tres, se realizó un ejercicio de conciencia plena con las sensaciones buenas o malas que la anciana experimentaba. En la cuarta sesión se introdujeron técnicas nuevas de defusión y también se trabajó la aceptación. En las dos últimas sesiones, se trabajó con los valores y el compromiso.

Tras la aplicación de la terapia, se encontró una disminución significativa del nivel de depresión, y ansiedad, menor angustia, una mayor flexibilidad psicológica por parte de la anciana y reducción de la evitación experiencial, a nivel cognitivo se encontraron complicaciones normales de su edad. Los cambios se mantuvieron 6 semanas después de finalizar la terapia. Por tanto, en este estudio, se considera que ACT, una vez más es válida para ancianos con depresión.

7. CONCLUSIONES

La población está envejeciendo en los últimos años. Las personas que llegan a una edad avanzada pueden presentar diferentes reacciones emocionales, que pueden ser aversivas para ellos, ya sea por problemas físicos asociados a la edad, como dolores, enfermedades, o por problemas relacionados con la familia, económicos, la institucionalización, la soledad, la pérdida de su pareja u otros seres queridos. Todos estos factores pueden hacer que el anciano caiga en un estado de ánimo deprimido, ansioso, estresante, que puede interferir considerablemente en su calidad vida (Chachamovich, Fleck, Laidlaw, y Power, 2008).

En ancianos, el predominio de trastornos mentales, incluyendo principalmente la depresión, es de un 25% (Blazer, 2002; Reynolds y Kupfer, 1999), aumentándose considerablemente en ancianos que están ingresados en residencias. (Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiter y Ribbe, 2004). Aun así, solo una pequeña proporción de ancianos con diagnóstico de depresión, son tratados (Levin, Wei, Akincigil, Lucas, Scott y Crystal, 2007).

Una de las terapias más utilizadas para afrontar los problemas a los que se enfrentan los ancianos deprimidos es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que está dirigida a la modificación de los pensamientos desadaptativos de estos mayores por otros más adaptativos. También se centra en la eliminación de los síntomas depresivos que estos padecen. En este trabajo se ha mostrado diferentes estudios en los que se ha aplicado estas terapias y se ha observado su eficacia en la disminución de los síntomas depresivos en ancianos y la enseñanza de estrategias de afrontamiento para este trastorno.

La Terapia de Aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002; Hayes y Stroschal, 2004) es una terapia que pretende que los mayores consigan aceptar sus pensamientos, sentimientos, comportándose en dirección a sus valores. ACT ha mostrado su eficacia para tratar los problemas a los que se enfrentan los ancianos ya sean depresión o cualquier otro caracterizado por la lucha contra los eventos privados aversivos. La evidencia acerca de la eficacia de ACT con ancianos con trastornos del estado de ánimo es aún escasa, aunque los resultados de los pocos estudios publicados hasta la fecha (Karlin et al., 2013; Roberts y Sedley, 2016; Ruiz Sanchez et al. 2014; Wetherell et al. 2011) son prometedores.

8. REFERENCIAS

- Blazer, D.G. (2002). *Depression in Later Life*. New York: Springer.
- 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.
- Federación Mundial de la Salud. (2010). *Depresión: lo que es, puede ayudarte*. Recuperado de http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH_GIAS_Depression_Spanish.pdf
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Gallo, J.J., y Lebowitz, B.D. (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: Themes for the new century. *Psychiatric Services*, 50, 1158–1166.
- Gould, R.L., Coulson, M.C., y Howard, R.J. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for depression in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *The American Geriatrics Society*, 60, 1817–1830.
- Hamblen, J.L. (2012). *Terapia Cognitivo Conductual para estrés post-desastre: versión general. Manual del Terapeuta*. Recuperado de http://dspace.utalca.cl:8888/salud/65509_%20p2.pdf
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Masuda, A., y De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy: een derde-generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 2, 69-96.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hernández, N., y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. México: Libros en Red.
- Institut Català de la Salut, Depresión en el mayor. *Manejo y prevención de la depresión en el mayor*. Recuperado de <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/100114163853.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). *Defunciones según la causa de muerte*. Recuperado de [http:// www.ine.es](http://www.ine.es).
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Esperanza de vida*. Recuperado de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

- Instituto Nacional de Estadística. (2014). “*Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de Octubre)*”. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
- Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M., Beekman, A.F., Kluiters, H., y Ribbe, M.W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 135-142.
- Karlin, B.E., Walser, R.D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., y Barr Taylor, C. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health*, 17, 555-563. doi: 10.1080/13607863.2013.789002.
- Levin, C.A., Wei, W., Akincigil, A., Lucas, J.A., 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, M.C., y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 313-324.
- Luciano, M.C., y Valdivia, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 2, 0214-7823.
- Luciano, M.C., Valdivia, M.S., y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5, 173-201.
- Luciano Soriano, M.C., y Valdivia Salas, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.

Martínez Atienza, J.F., y García Gámiz, M.L. (2012). *Promoción de la salud*. Madrid: Paraninfo.

Muñoz Tortosa, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.

NIH Consensus Statement. (1991). *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life*. Recuperado de <http://consensus.nih.gov/1991/1991Depressionlatelife086html.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Pérez-Álvarez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. *Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*.

Reynolds, C.F., y Kupfer, D.J. (1999). Depression and aging: A look to the future. *Psychiatric Services*, 50, 1167-1172.

Ribera Casado, J.M., Cruz Jentoft, A.J. (1992). *Geriatría II*. Madrid: Idepsa.

Roberts, S.L., y Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy with older adults: Rationale and case study of an 89-year-old with depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*, 15, 53-67.

Rodríguez Blanco, L., Sotolongo Arró, O., Luberta Noy, G., y Calvo Rodríguez, M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29, 0864-2125.

Ruiz Sánchez, L.J., Cangas Díaz, A.J., y Barbero Rubio, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados

- con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 445-458.
- Sales, A., Pardo Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Meléndez, J.C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 165-172.
- Sanz Simon, S., Athanássios Cordás, T., y Bottino, C. (2014). Cognitive Behavioral Therapies in older adults with depression and cognitive deficits: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 30, 223-233.
- Sarró Maluquer, M., Ferrer Feliub, A., Rando Matos, Y., Formiga, F., y Rojas Farreras, S. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*, 39, 354-360.
- Waldron, I. (1985). Que savons-nous de la différenciation sexuelle dans la mortalité? Aperçu bibliographique. *Bulletin démographique des Nations Unies*, 18, 67-87.
- Wang, B.W., Ramey, D.R., Schettler, J.D., Hubert, H.B., y Fries, J.F. (2002). Postponed development of disability in elderly runners: a 13-years longitudinal study. *Archive of Internal Medicine*, 162, 2285-2294.
- Wetherell, J.L., Afari, N., Ayers, C.R., Stoddard, J.A., Ruberg, J., Sorrell, J.T., Liu, L., Petkus, A.J., Thorp, S.R., Kraft, A., y Patterson, T.L. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42, 127-134.
- Wilson, K.G., y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.