

REPÚBLICA DEL ECUADOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

**“APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO
MATRIX PARA MEJORAR LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA EN
ADULTOS MAYORES ECUATORIANOS”**

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

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTOR:

Jaime Andrés Yépez Maldonado

DIRECTOR:

Carlos Benigno Burneo Garcés, PhD.

Ibarra, febrero 2025

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico a todos los profesionales en psicología que en su búsqueda constante a la luz de la evidencia científica de mejores estrategias de aplicación clínica han brindado importantes avances en la rama en pro del bienestar de todas las personas.

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme brindado la oportunidad de haber iniciado y culminado el programa de Maestría. Agradezco a mis padres cuya paciencia y apoyo me han permitido ser el profesional que soy actualmente. A Victoria cuyo amor, paciencia y apoyo en todo momento me han permitido seguir adelante a pesar de la adversidad.

Un especial agradecimiento al PhD. Carlos Burneo que más que un tutor han sido un guía en todo momento en la ejecución de este trabajo, brindando siempre apoyo incondicional y motivando a la búsqueda constante de nuevas herramientas psicológicas en pro de la ciencia psicológica. A la Doctora Paola Galindo por permitirme el espacio para la ejecución de la fase experimental del presente trabajo.

Finalmente, agradezco de todo corazón a los participantes que formaron parte de este estudio. Sin su entusiasmo, perseverancia, paciencia y seguimiento durante la ejecución del protocolo clínico no hubiera sido posible este trabajo.

**CERTIFICACIÓN DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR**

Ibarra, 20 de febrero de 2025

Carlos Benigno Burneo Garcés, PhD.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

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



Escaneado electrónicamente por:
CARLOS BENIGNO
BURNEO GARCÉS

(f)

Carlos Benigno Burneo Garcés, PhD.

C.C.: 1102119003



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1725376279		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Yépez Maldonado Jaime Andrés		
DIRECCIÓN:	Carcelén-Quito		
EMAIL:	jaimelopez1997@hotmailcom		
TELÉFONO FIJO:	2486666	TELÉFONO MÓVIL:	0998686847

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso Matrix para mejorar la flexibilidad psicológica en adultos mayores ecuatorianos
AUTOR (ES):	Yépez Maldonado Jaime Andrés
FECHA:	20/02/2025
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> GRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia
ASESOR /DIRECTOR:	PhD. Carlos Burneo Garces- PhD. Alexandra Meneses

CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 20 días del mes de febrero de 2025

EL AUTOR:

(Firma).....

Nombre: Jaime Andrés Yépez Maldonado

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1. Problema de investigación	1
1.2. Antecedentes	6
1.3. Objetivos de investigación	7
1.4. Hipótesis de investigación.....	8
1.5. Justificación.....	8
CAPÍTULO II.....	11
MARCO REFERENCIAL.....	11
2.1. Marco Teórico	11
2.1.1. Terapia de Aceptación y Compromiso	11
2.1.2. Evitación experiencial y flexibilidad psicológica.....	11
2.1.3. Hexaflex e inflexibilidad psicológica	12
2.1.4. Terapia de Aceptación y Compromiso Matrix (ACTM)	12
2.2. Marco legal.....	13
2.2.1. Declaración de Helsinki.....	13
2.2.2. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.....	14
2.2.3. Constitución de la República del Ecuador.....	14
CAPÍTULO III.....	16
MARCO METODOLÓGICO.....	16
3.1. Descripción del área de estudio/grupo de estudio.....	16
3.2. Enfoque y tipo de investigación	16
3.3. Procedimiento de investigación	17
3.3.1. Participantes.....	17
3.3.2. Protocolo de evaluación.....	18
3.3.3. Organización del trabajo de campo	23
3.3.4. Protocolo del programa ACTM.....	23
3.3.5. Análisis de datos	25
3.3.6. Consideraciones éticas.....	26
CAPÍTULO IV.....	27

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
4.1. Resultados	27
4.2. Discusión.....	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS.....	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptivos sociodemográficos de las muestras de estudio	17
Tabla 2. Protocolo de aplicación ACTM	20
Tabla 3. Matriz de correlaciones para ambos grupos	27
Tabla 4. Matriz de correlaciones para el grupo control	27
Tabla 5. Matriz de correlaciones para el grupo experimental.....	28
Tabla 6. Resultados en las medidas clínicas para los grupos control y experimental	28

Resumen

Introducción. El envejecimiento es un periodo degenerativo celular y molecular que causa cambios físicos y psicológicos, además de implicar dependencia progresiva del adulto mayor (AM), quien debe recurrir al apoyo y cuidado de su familia o instituciones públicas o privadas. La intervención que recibe esta población es predominantemente farmacológica, en detrimento de las intervenciones psicológicas y terapias ocupacionales. Entre las principales alternativas de tratamiento psicológico se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso Matrix (ACTM), que ha mostrado resultados favorables en la mejora de la flexibilidad psicológica, de la cual depende, en cierta medida, la prevención de trastornos psicológicos de distinta gravedad. **Problema.** Debido a que el AM no recibe la atención debida, es imperioso buscar alternativas de tratamiento psicológico que sustituyan o complementen a los tratamientos convencionales. En este sentido, no se ha puesto a prueba, en el entorno ecuatoriano, alternativas terapéuticas eficaces en distintas dimensiones de desarrollo del AM, como es el caso de la ACTM. **Objetivo.** Determinar la eficacia de la ACTM para mejorar la flexibilidad psicológica en una muestra de AM ecuatorianos. **Justificación.** La aplicación de programas basados en valores y perspectivas enfocados en la flexibilidad psicológica son importantes en una sociedad centrada predominantemente en tratamientos farmacológicos. Avances en esta materia permitirían optimizar la atención a esta población, asumiendo un modelo de atención al AM más humano y eficaz. **Método.** La presente investigación posee un enfoque cuantitativo y alcance explicativo, y se desarrolló mediante un diseño cuasiexperimental. La muestra de estudio estuvo compuesta por un grupo de 21 AM funcionales, autónomos y sin deterioro cognitivo, con un rango de edad de entre 65 y 91 años, seleccionados por conveniencia, quienes residen en la ciudad de Quito. Los 21 participantes se dividieron en un grupo control (10 personas) y un grupo experimental (11 personas), a quienes se les aplicó la ACTM y dos herramientas de validación del efecto de esta técnica: el *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Bond et al., 2011; Patrón-Espinosa, 2010) y la Hoja de valoración cognitiva (Hayes et al., 2010). **Resultados.** Los valores *d* de Cohen obtenidos en las dos medidas de cambio empleadas muestran un efecto muy grande y grande respectivamente en la mejora de la flexibilidad psicológica en el grupo experimental respecto al grupo control. **Discusión.** Los resultados sugieren la utilidad de la ACTM para trabajar la flexibilidad psicológica en AM ecuatorianos. No obstante, es necesario contrastar esta cualidad en grupos de AM con distinto nivel de reserva cognitiva, funcionalidad y autonomía, para obtener datos generalizables. **Conclusión.** La ACTM se presenta como una buena alternativa terapéutica para mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida, en general, de los AM ecuatorianos, enriqueciendo los recursos técnicos de los profesionales de la Psicología.

Palabras clave. Adultez tardía, Flexibilidad psicológica, Bienestar emocional, Calidad de vida.

Abstract

Introduction. Aging is a cellular and molecular degenerative period that causes physical and psychological changes and progressive dependence on the elderly, who must rely on the support and care of their family or public or private institutions. The intervention received by this population is predominantly pharmacological, to the detriment of psychological interventions and occupational therapies. Among the main alternatives for psychological treatment is the Acceptance and Commitment Therapy Matrix (ACTM), which has shown favorable results in improving values due to its close relationship with flexibility, which partly depends on the prevention of psychological disorders of varying severity. **Problem.** Since the elderly do not receive the appropriate care, it is imperative to seek psychological treatment alternatives that replace or complement conventional treatments. In this sense, effective therapeutic options in different dimensions of older adult development, such as ACTM, have not been evaluated in the Ecuadorian context. **Objective.** To determine the effectiveness of ACTM in improving psychological flexibility in a sample of Ecuadorian older adults. **Justification.** Applying values-based and perspective-based programs focused on psychological flexibility is important in a society focused on pharmacological treatments. Advances in this area would optimize care for this population, adopting a more humane and effective model of care for the elderly. **Method.** This research has a quantitative approach and explanatory scope and was developed through a quasi-experimental design. The study sample consisted of 21 functional, autonomous older adults without cognitive impairment, aged between 65 and 91 years, selected for convenience, residing in Quito, Ecuador. The 21 participants were divided into a control group (10 people) and an experimental group (11 people), to whom ACTM and two tools for validating the effect of this technique were applied: the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011; Patrón-Espinosa, 2010) and the Cognitive Assessment Sheet (Hayes et al., 2010). **Results.** The Cohen's d values obtained in the two change measures used show an excellent effect size in improving psychological flexibility in the experimental group compared to the control group. **Discussion.** The results suggest the usefulness of ACTM in enhancing psychological flexibility in Ecuadorian older adults. However, it is necessary to contrast this quality in groups of older adults with different levels of cognitive reserve, functionality, and autonomy to obtain generalizable data. **Conclusion.** ACTM presents itself as a good therapeutic alternative to improve the emotional well-being and quality of life, in general, of Ecuadorian older adults, enriching the technical resources of psychology professionals.

Keywords: Elderly, Psychological flexibility, Emotional well-being, Quality of life.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Problema de investigación

La adultez tardía es una etapa culminante en la vida de una persona, en la que se evidencian cambios importantes a nivel físico, cognitivo y emocional. Este proceso de desarrollo puede implicar factores de riesgo para el adulto mayor (AM), debido a que, habitualmente, algunos aspectos del envejecimiento pasan desapercibidos o son abordados de manera inadecuada, repercutiendo negativamente en su calidad de vida. Uno de ellos es la pérdida de funcionalidad progresiva, que es considerada más una carga para la familia y el sistema público de salud que un reto para los profesionales y el personal involucrado en su atención. Esto explica la escasa atención que se le ha dado a la implementación de alternativas o planes de intervención destinados a garantizar mejores condiciones de vida a las personas en la vejez, con o sin el concurso de patologías físicas y mentales (Casanova et al., 2004).

En materia de estrategias para compensar o enlentecer el deterioro integral asociado al paso del tiempo, existen terapias psicológicas poco exploradas en esta población y en nuestro contexto nacional, como es el caso de las terapias psicológicas de tercera generación, que no buscan patologizar las vivencias internas del AM, sino potenciar sus fortalezas para sobrellevar los cambios personales y sociales inherentes a esta etapa.

El envejecimiento, desde una perspectiva biológica, se define como la degeneración y el deterioro celular y molecular, que implica alteraciones a nivel físico y psicológico, generando malestar significativo en la vida del individuo, especialmente en etapas avanzadas de la adultez (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Las características del proceso de envejecimiento plantean retos significativos que, habitualmente, no pueden ser afrontados

unilateral y totalmente por el AM, quien acude al apoyo de familiares y centros públicos y privados, en función de sus necesidades y posibilidades.

Tomando como base estas necesidades, se han planteado varios tipos, modalidades y estilos de cuidado del AM, que presentan particularidades o factores diferenciadores en los diferentes países y culturas a nivel mundial. Por ejemplo, en continentes como Asia, Europa y Norteamérica las modalidades más comunes de atención son aquellas centradas en comunidades geriátricas, casas de acogida o geriátricos particulares (Moon, 2022). En Latinoamérica, la experiencia y la poca literatura existente sobre la materia ponen en evidencia que el cuidado del AM recae principalmente en sus familiares o programas de apoyo geriátrico. En este sentido, resulta alarmante que una proporción importante (25 %) de AM viva solo, sin ningún tipo de apoyo y en condiciones deficitarias en materia de medios básicos de habitabilidad, como luz, agua, teléfono, internet, etc. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2022).

En Ecuador, por razones más culturales que económicas (si bien estas tienen un peso importante en las decisiones familiares relevantes), a pesar de la existencia de programas públicos, como los brindados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, y privados, la familia es el entorno que acoge a sus miembros hasta el final de sus días (Forttes, 2021). En todo caso, la elección de la modalidad de cuidado depende, sin duda, de las circunstancias particulares y necesidades de cada AM. Cuando las necesidades superan las capacidades de atención del entorno cercano, los AM son institucionalizados o simplemente abandonados, lo que los coloca en una situación de indefensión, que se traduce en efectos adversos en diferentes dimensiones de su vida: física, emocional y social. Este fenómeno es tan evidente como desatendido por el Estado, que no promueve políticas públicas y recursos de protección integral de esta población, considerando que buena parte de la población ecuatoriana se desarrolla en contextos de pobreza y pobreza extrema (INEC, 2022).

La insuficiente atención presupuestaria que el Estado ecuatoriano concede a las políticas de protección del AM incrementa su exposición a factores de riesgo cuyas consecuencias se pueden deducir de las estadísticas asociadas a este grupo poblacional. A modo de ejemplo, se estima que el 20 % de los AM no cuenta ni siquiera con una vivienda (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2022). La situación de vulnerabilidad y abandono puede dar lugar a la aparición de precursores o potenciadores de enfermedades crónicas, traumatismos, deterioro cognitivo y trastornos mentales, especialmente aquellos que incluyen síntomas asociados a depresión y ansiedad (Menéndez et al., 2021). No hay que olvidar que la familia y la sociedad deben asumir su cuota de responsabilidad en cuanto a las consecuencias que genera, de modo directo e indirecto, la falta de atención adecuada o la adopción de alternativas terapéuticas inadecuadas y poco humanas a esta población.

Respecto a las alternativas de intervención habitualmente utilizadas en los AM, la farmacológica es la opción prioritaria, debido a que sus efectos son rápidos en la mitigación de síntomas asociados al deterioro cognitivo y emocional. En la práctica, a pesar de representar la solución más rápida para problemas asociados a la adultez tardía, esta alternativa puede presentar efectos secundarios tales como delirios, alucinaciones, síndromes motrices y, en casos graves, demencia o muerte (Witlox et al., 2018; Lawrence et al., 2019; Delhom et al., 2022). Como alternativas a los llamados tratamientos farmacológicos, las terapias psicológicas han demostrado efectos positivos y estables en el tratamiento y seguimiento de trastornos mentales como físicos del AM.

Entre las terapias de mayor uso y explotación científica centrada en el tratamiento de patologías mentales en la adultez tardía se encuentran las denominadas Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC). Las TCC ostentan, sin duda, un lugar importante dentro de la Psicología, por su efectividad ampliamente demostrada en diferentes grupos poblacionales durante las últimas décadas (para un metaanálisis, ver Hall et al., 2016). En población de AM, la TCC ha

mostrado porcentajes de efectividad que superan el 60 % en la reducción de sintomatología asociada especialmente a trastornos de ansiedad y depresión al igual que sus comorbilidades. A pesar del amplio uso y de los resultados favorables de las TCC en prevención y tratamiento psicológico, esta no ha estado libre de críticas centradas en sus principios prácticos clínicos, que exigen el cambio de pensamientos negativos, ejercicio que para muchos AM se torna difícil y, en algunos casos, puede llegar a ser contraproducente (Witlox et al., 2018; Lawrence et al., 2019; Delhom et al., 2022).

Con base en la experiencia previa, la comunidad científica propone programas centrados en terapias más amigables, focalizadas en el ser humano más que en la patología. Entre las terapias de mayor relevancia que nacen de estos principios se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 2014). La ACT es una terapia prometedora que busca, como propósito principal, la aceptación de los acontecimientos vitales de la persona, como también su reconexión con los valores personales, lo que motiva un estado psicológico de afrontamiento saludable de la vida y, en consecuencia, la no evitación de experiencias vitales dolorosas, asociadas, en algunos casos, a mayor prevalencia de trastornos psicológicos. La ACT ha mostrado reducción de síntomas asociados a la depresión y ansiedad, generando, inclusive, en muchos casos, beneficios iguales o superiores a los de la TCC (Witlox et al., 2018; Lawrence et al., 2019; Delhom et al., 2022).

La ACT ha ido evolucionando y presentando programas centrados en promoción, prevención y tratamiento. Entre los programas que se centran en estos ejes tenemos la Terapia de Aceptación y Compromiso Matrix (ACTM) (Wilson et al., 2009). La ACTM es un programa basado en valores personales cuyo objetivo es lograr que la persona enfrente situaciones desagradables, valiéndose de sus valores personales, para mejorar la flexibilidad psicológica y, en consecuencia, su bienestar general. Puesto que los valores personales son únicos en cada ser humano, este programa exige, en primera instancia, que la persona los reconozca. Para este fin,

existen pruebas de evaluación específicas que son utilizadas en la ACT y la ACTM (Wilson et al., 2009). Considerando los resultados de la ACTM en ciertas poblaciones, su aplicación a grupos vulnerables, como el de adultos mayores, podría representar una aportación importante. Esto se explica porque a mayor reconocimiento de valores, mayor flexibilidad psicológica, que repercute en un mayor compromiso consigo mismo y sus experiencias.

La mayoría de los seres humanos alcanza la adultez tardía, cuyas características, limitaciones y complicaciones, en términos de salud física y mental, son conocidas por proximidad o convivencia con el AM dentro y fuera del círculo familiar. En este sentido, la calidad de vida asociada al envejecimiento dependerá de la existencia de condiciones idóneas de diferente tipo, entre las que figuran las individuales y contextuales. Entre las primeras, destacan los valores, relacionados con la flexibilidad cognitiva y el comportamiento, que depende de las prioridades que cada individuo establece en su vida.

A pesar de las implicaciones sociales, económicas y de salud pública del abordaje inadecuado del envejecimiento, los AM, en nuestro país, no reciben la atención médica y psicológica disponible a nivel internacional. Por ejemplo, no hay constancia de que, en el contexto ecuatoriano, tanto público como privado, se apliquen estrategias terapéuticas como la ACTM, para la mejora de la flexibilidad psicológica en AM, destinadas a reducir la probabilidad de la aparición de trastornos psicológicos y mejorar su calidad de vida.

El Sistema Nacional de Salud tiene el compromiso ético, profesional, científico y social de implementar todas las alternativas y estrategias de intervención, en el marco de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, para garantizar la mejor calidad de vida de la población ecuatoriana y, de modo particular, de las poblaciones o los grupos de atención prioritaria, entre los que se encuentra los AM. En esta materia, la literatura proporciona múltiples posibilidades de atención a esta población, que pueden emplearse en los sectores públicos y privados de nuestro país. Por lo tanto, resulta no solo conveniente, sino una

obligación para los profesionales de la salud, poner a prueba en nuestro contexto, la eficacia de programas que fomenten, de distinta forma, el bienestar del AM. Estas iniciativas deben tener como fin último fortalecer la atención integral del AM, pues el abordaje de la atención de esta población debe ser multidisciplinar.

Con base en lo referido, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso Matrix para mejorar la flexibilidad psicológica en adultos mayores ecuatorianos?

1.2. Antecedentes

La literatura referente a la ACT es abundante. Estudios realizados sobre la efectividad de ACT en algunos tipos de trastornos refieren una reducción mayor al 60 % en sintomatología de moderada a severa, especialmente en episodios relacionados con la ansiedad y la depresión (Swain et al., 2013; Hoffman et al., 2023; Garinelli et al., 2023; Larsson et al., 2022; Lappalainen et al., 2021). Dichos estudios se han realizado especialmente en grupos que se encuentran en la denominada etapa de la adultez media.

En AM, existen pocos estudios que hayan valorado la eficacia de la ACT, aunque el valor científico de los existentes permite esperar resultados similares en otras poblaciones. Los resultados que se presentan en estos estudios son diversos, pues en algunos casos se plantea que la sintomatología se reduce de manera exponencial y en otros casos, se muestra que no existen diferencias en la reducción de sintomatología, en comparación con el efecto de la TCC (Witlox et al., 2018; Lawrence et al., 2019; Delhom et al., 2022). Debido a la diversidad y cierta inconsistencia en los resultados obtenidos con la ACT, y dada la necesidad de plantear nuevas alternativas a corto plazo y con resultados duraderos, se han construido programas grupales fundamentados en la ACT, que incorporan componentes basados en valores. Una de estas alternativas es la denominada ACTM, creada como una variante de la ACT, que se centra

en la creación de contingencias basadas en valores, con el fin de promover la no evitación experiencial (Wilson et al., 2009).

Los estudios existentes en ACTM presentan resultados prometedores en cuanto al mejoramiento de la ciencia conductual, evidenciado en grupos poblacionales psiquiátricos, que han revelado reducción de síntomas asociados a la ansiedad, la depresión y al incremento de flexibilidad psicológica después de la aplicación de esta técnica (Goodman et al., 2023). En otros casos se ha podido observar que, en síntomas asociados a la depresión causados por dolores crónicos, debido al síndrome de intestino irritable, la ACTM ha mostrado efectos favorables en la reducción de rumiaciones, desde el enfoque de la ACT, y el incremento de pensamientos positivos, así como mayor tolerancia al dolor (Mirsharifa et al., 2019).

Además de lo descrito, se ha evidenciado que la ACTM aplicada en grupos con el uso de medicamentos de bajo espectro, reduce el dolor crónico y la dependencia a fármacos opioides (Weinrib et al., 2017). En varios estudios asociados a trastornos depresivos en Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), la ACTM genera reducción de síntomas relacionados con la depresión, aumento de la conciencia encaminada a valores importantes para la persona y mayor flexibilidad psicológica en periodos pre y post tratamiento (Watanabe, 2021). Esta evidencia sugiere la aplicación de este programa en otras poblaciones.

1.3. Objetivos de investigación

Con base en las necesidades de atención en salud de los AM ecuatorianos y la importancia de mejorar la atención integral que se les brinda en espacios públicos y privados, el presente estudio plantea un objetivo general y tres objetivos específicos.

Objetivo general

Determinar la eficacia de la ACTM para mejorar la flexibilidad psicológica en una muestra de adultos mayores ecuatorianos.

Objetivos específicos

- Analizar las características sociodemográficas de una muestra de 21 AM ecuatorianos que acuden regularmente a un centro de atención geriátrica de la ciudad de Quito, Ecuador.
- Evaluar la flexibilidad psicológica en una muestra de 21 AM ecuatorianos que acuden regularmente a un centro de atención geriátrica de la ciudad de Quito, Ecuador.
- Aplicar la ACTM, orientada a mejorar la flexibilidad psicológica, a una muestra de 11 AM ecuatorianos que acuden regularmente a un centro de atención geriátrica de la ciudad de Quito, Ecuador.

1.4. Hipótesis de investigación

Después de la aplicación de la ACTM, el grupo experimental mostrará mejora estadísticamente significativa en flexibilidad psicológica respecto al grupo control, establecida mediante la comparación de medidas de flexibilidad psicológica aplicadas pre y post intervención.

1.5. Justificación

En el Ecuador, como en el mundo entero, la adultez tardía representa la etapa cúspide en el proceso vital del ser humano. A continuación, se exponen algunos aspectos que ponen en relieve la importancia del presente estudio en el contexto ecuatoriano.

La ACTM y los programas basados en la ACT representan una alternativa invaluable en el ámbito de la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades en toda la población y, en este caso específico, en los AM, un segmento poblacional importante pero olvidado e invisibilizado. Esta población, al encontrarse en una etapa de vida tan importante, merece un trato digno e igualitario.

Mediante la aplicación de la ACTM, se busca fomentar el bienestar a nivel físico, cognitivo y emocional, gracias al trabajo en los valores personales. Los valores personales en esta edad son, con frecuencia, dejados de lado. Al no contar con objetivos plausibles de vida sobre la base de su sentir, los AM asumen pensamientos y sensaciones asociados a sus dolencias, generadas por el deterioro natural del envejecimiento, provocando una mayor afluencia a centros médicos, lo que causa sobresaturación del sistema de salud, que, en el mejor de los casos, proporciona alternativas farmacológicas paliativas para este grupo poblacional. Por ello, el presente estudio no solo favorece el bienestar psicológico en el AM, sino también las políticas de prevención y promoción estatales y, por supuesto, la concienciación de la familia respecto al cuidado que esta población merece. En definitiva, se intenta evitar que el AM sea visto como una carga, sino como un ser humano que vive, siente y desea valorarse en esta etapa tan fundamental de su vida. Así, en el Ecuador se podrá dar pasos importantes en cuanto a la prevención integral de patologías asociadas a la salud mental en la adultez tardía.

El presente trabajo busca aportar, con base en el modelo basado en ACT, información básica para la creación o aplicación de nuevos (para el contexto ecuatoriano) programas preventivos centrados en los valores personales como una alternativa eficaz para mejorar la flexibilidad cognitiva, el equilibrio emocional y, en consecuencia, el bienestar general en el AM. Las aportaciones brindadas en este estudio pretenden ser un recurso clave para la creación de nuevos manuales especializados en la prevención y promoción de valores ACT en AM, hasta ahora inexistentes en el contexto ecuatoriano.

Metodológicamente, se busca que la utilidad de las herramientas básicas que brinda la ACTM sea puesta a prueba en AM, y, de ser el caso, puedan replicarse en el futuro, no solo como programas preventivos, sino como programas clínicos básicos para la reducción de síntomas muy comunes en la población de AM a nivel mundial, como la ansiedad y la depresión. Al no existir programa alguno centrado en la ACTM, en el Ecuador, este estudio

representa el primer paso para su generalización a espacios asistenciales públicos y privados y, en cierta medida, contribuye a la concienciación de la sociedad ecuatoriana en materia de atención humana y adecuada a los AM, así como de la necesidad de políticas públicas que garanticen los derechos de esta población.

El Plan Nacional de Desarrollo (SENPLADES, 2021) se entiende como una política pública que toma como base 16 objetivos, enfocados en el impulso y desarrollo social. La presente investigación no es ajena a los objetivos plasmados en el documento antes referido, pues se ajusta a lo expuesto, específicamente en su inciso 6 que plantea la creación de políticas basadas en fomentar la salud integral, gratuita y de calidad en la población.

La ACTM busca incentivar la salud integral en la población, basándose en los principios fundamentales de la ACT, cuyo objetivo es que la persona experimente nuevamente sus vivencias, sin evitarlas, sino viviéndolas plenamente con base en sus principios y convicciones. Mediante este programa de promoción en valores, el AM podrá desarrollar mayor flexibilidad, tomando como guía sus valores bien formulados conforme a sus propios intereses, reduciendo la aparición de síntomas o trastornos mentales severos y de enfermedades físicas que son comórbidas a trastornos psicológicos en el AM.

Finalmente, el presente trabajo de investigación se enmarca en el alcance académico, científico y social del programa de maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, que pertenece al área de salud y bienestar.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco Teórico

2.1.1. *Terapia de Aceptación y Compromiso*

Durante las últimas décadas las intervenciones cognitivas conductuales de segunda generación han sido referentes importantes para la aplicación terapéutica basada en evidencia científica. Su amplia historia y eficacia ampliamente demostrada ha permitido su expansión y utilización en varios contextos, si bien no ha estado libre de críticas. Esto explica el surgimiento, en estos últimos 30 años, de alternativas a estos modelos terapéuticos, centradas en la atención plena y en el momento presente, entre ellas el modelo de la ACT. Como se ha podido resumir en capítulos anteriores, la ACT es un modelo terapéutico basado en la evidencia, que tiene como objetivo poner en relevancia la no evitación de experiencias o eventos dolorosos, centrándose esencialmente en la importancia de valores personales y la búsqueda de su direccionamiento (Dindo et al., 2017).

2.1.2. *La evitación experiencial y flexibilidad psicológica*

La evitación experiencial, base esencial de la ACT, facilita la explicación y comprensión de este modelo, desde una aproximación filosófica. La evitación experiencial se refiere al mecanismo que emplean las personas para escapar de manera automática de eventos dolorosos o incómodos, brindando un alivio breve, pero repercutiendo a largo plazo en la estabilidad psicológica de la persona, causando un estado de entropía y estrés constante (Dindo et al., 2017). El antídoto a este problema es, sin duda, la experiencia plena centrada en el “aquí” y en el “ahora”. Esto permite a la persona formar mecanismos protectores que sustenten su flexibilidad psicológica (Dindo et al., 2017).

La flexibilidad psicológica es clave en ACT, pues teórica y prácticamente busca explicarla. La flexibilidad psicológica se puede definir como la capacidad de la persona para adaptarse a situaciones aversivas, centrándose en el presente sin exponerse a la evitación. En ACT, la flexibilidad y su antítesis se abordan y trabajan en el denominado HEXAFLEX, que está compuesto por los siguientes elementos de afrontamiento: Atención Flexible al presente, Aceptación radical, Defusión, Yo contexto, Acciones comprometidas y Clarificación de valores (Dindo et al., 2017).

2.1.3. HEXAFLEX e inflexibilidad psicológica

El HEXAFLEX explica tanto la flexibilidad como la inflexibilidad psicológica, mediante el abordaje de seis componentes o dimensiones: 1) *Atención rígida*, que se asocia a la incapacidad de reconocer eventos en el presente y presentar cavilaciones asociadas con eventos del pasado; 2) *No aceptación*, usualmente asociada al no reconocimiento de los eventos que se viven y la constante evitación de estos; 3) *Fusión*, asociada a la mezcla de pensamientos y sentimientos y la formación de un ente único que perjudica la clarificación de estos para el alcance del equilibrio psicológico; 4) *Yo concepto*, asociado a la fusión de las experiencias personales con las de los demás, teniendo un enfoque centrado en el eje social y desconociendo aspectos claves centrados a la percepción personal; 5) dificultad para ejecutar acciones, asociada a una conducta desorganizada, sin sentido o a la perspectiva de aplicar una conducta por obligación y no por perspectiva personal; y 6) sentido sin valores, asociado al no reconocer lo que es importante para la persona, que acaba siendo la brújula que guía sus vidas (Moosivand et al., 2024).

2.1.4. ACT Matrix

La ACT Matrix es una herramienta creada por Wilson y colaboradores en 2014, que presenta, de forma resumida, los ejes clave de la ACT, brindando al terapeuta y al cliente una

experiencia dinámica, rápida y efectiva. La Matrix se divide en dos líneas verticales y dos horizontales, exponiendo temas relacionados con los valores personales, la experiencia y la evitación experiencial. La Matrix permite un acercamiento exponencial a la flexibilidad psicológica, mediante el trabajo en valores, el enfoque en el presente y la reducción de la evitación (Watanabe, 2021).

2.2. Marco legal

En función de las características particulares de la presente investigación y de la población de estudio, se considera el siguiente marco legal nacional e internacional.

2.2.1. Declaración de Helsinki

El deber del profesional de la salud es promover y velar por la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación clínica. Los conocimientos y la conciencia del profesional de la salud han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. Es necesario tomar en consideración que personas, grupos y comunidades se pueden encontrar en una situación de mayor vulnerabilidad como participantes de una investigación, debido a factores que pueden ser fijos o contextuales y dinámicos, y, por lo tanto, corren mayor riesgo de sufrir perjuicio o daños. Cuando estas tienen necesidades de salud específicas, su exclusión de la investigación puede potencialmente perpetuar o exacerbar sus disparidades. Por lo tanto, los daños de la exclusión deben considerarse y sopesarse frente a los daños de la inclusión. Para incluirse de manera justa y responsable en la investigación, los participantes deben recibir apoyo y protección específicamente considerados.

La investigación clínica con personas, grupos o comunidades en situaciones de especial vulnerabilidad solo se justifica si responde a sus necesidades y prioridades en materia de salud y si la persona, el grupo o la comunidad se benefician de los conocimientos, las prácticas o las intervenciones resultantes. Los investigadores solo deben incluir a personas en situaciones de

especial vulnerabilidad cuando la investigación no pueda realizarse en un grupo o comunidad menos vulnerable o cuando su exclusión perpetúe o exacerbe sus disparidades

2.2.2. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores

Respecto a la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, el Art. 11 de este documento indica lo siguiente:

La persona mayor tiene el derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. La negación de este derecho constituye una forma de vulneración de los derechos humanos de la persona mayor. Con la finalidad de garantizar el derecho de la persona mayor a manifestar su consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa, así como a ejercer su derecho de modificarlo o revocarlo, en relación con cualquier decisión, tratamiento, intervención o investigación, en el ámbito de la salud, los Estados Parte se comprometen a elaborar y aplicar mecanismos adecuados y eficaces para impedir abusos y fortalecer la capacidad de la persona mayor de comprender plenamente las opciones de tratamiento existentes, sus riesgos y beneficios.

2.2.3. Constitución de la República del Ecuador

A continuación, se refiere el contenido de algunos artículos de este instrumento.

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

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

Art. 36. Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y

económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

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

En síntesis, el marco legal expuesto forma parte integral de esta investigación, debido a que respeta los derechos del adulto mayor como participante de una investigación.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del área de estudio/grupo de estudio

El ámbito de estudio de la investigación es el bienestar del AM en contextos públicos y privados. En los centros geriátricos que atienden a los AM, en la ciudad de Quito (Ecuador), se brindan programas de salud física y mental, aunque solo existe un programa de salud mental basado en ludoterapia y fortalecimiento de funciones cognitivas. Esta particularidad es común a la mayoría de los centros de esta naturaleza, debido a la falta de una aproximación técnica multidisciplinar a la atención del AM, evidenciada en la ausencia de planes de tratamiento integrales, orientados a garantizar las mejores condiciones de vida de esta población, no solamente sus necesidades básicas.

3.2. Enfoque y tipo de investigación

El estado de la literatura sobre el tema de estudio, la naturaleza y las exigencias del objetivo general, el enfoque (promoción de la salud) y el nivel de las facilidades logísticas para el desarrollo de la presente investigación sugieren la adopción de un diseño cuasiexperimental (Hernández y Mendoza, 2023). Dado que existe suficiente evidencia de la utilidad de la ACT y de su variante ACTM, el estudio pretende, por lo menos, alcanzar un nivel de rigurosidad metodológica cuasiexperimental, que daría a sus resultados un alcance mayor respecto al de un estudio preexperimental, en términos de certeza de la eficacia de la ACTM para mejorar la flexibilidad psicológica en una muestra de AM ecuatorianos versus un grupo control (es decir, generando un cambio significativo), medida con indicadores cuantitativos o estadísticos. Se trata de la mejor aproximación metodológica posible de acuerdo con los objetivos del estudio y los recursos disponibles para su desarrollo, en el marco de los estudios de posgrado.

3.3. Procedimiento de investigación

3.3.1. Participantes

La muestra de estudio estuvo compuesta por un grupo de 21 AM, seleccionados mediante la técnica de muestreo por conveniencia, con un rango de edad de entre 65 y 81 años, que residen en el norte de la ciudad de Quito y no presentan problemas de funcionalidad física y mental ni deterioro cognitivo. La muestra se dividió en un grupo control (10 personas) y un grupo experimental (11 personas), a quienes se les aplicó la ACTM (ver Tabla 1).

Tabla 1

Descriptivos sociodemográficos de las muestras de estudio

Variable	Grupo control <i>n</i> = 10	Grupo experimental <i>n</i> = 11
	<i>M</i> (<i>DT</i>) o <i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>DT</i>) o <i>n</i> (%)
Sexo		
Masculino	2 (50 %)	2 (55 %)
Femenino	8 (50 %)	9 (45 %)
Edad	74,30 (4,620)	73 (7,071)
Estado civil		
Soltero/Separado/Viudo	3 (30 %)	7 (63,6 %)
Casado	7 (70 %)	4 (36,4 %)
Estrato socioeconómico		
Medio	10 (100 %)	11 (100 %)
Convivencia		
Vive solo	1 (10 %)	1 (9,1 %)
Vive con familiares	9 (90 %)	10 (90,9 %)

Los criterios de inclusión que se aplicaron a los participantes del estudio, tanto para el grupo control como para el grupo experimental, fueron los siguientes:

- Tener 65 años o más.
- Contar con un nivel de escolaridad equivalente a educación general básica.
- Frecuentar regularmente el centro de atención geriátrica elegido para el estudio.

- No presentar enfermedades neurodegenerativas o condiciones físicas y mentales que puedan incidir en su desempeño durante el desarrollo del estudio.
- Prestar su consentimiento informado.

3.3.2. Protocolo de evaluación

Con el propósito de obtener la información y los datos necesarios para cumplir los objetivos del estudio, se empleó un protocolo de evaluación, que se describe a continuación.

Cuestionario ad hoc datos sociodemográficos

Para conocer los datos esenciales de los AM que forman parte del estudio, se diseñó un cuestionario *ad hoc*, compuesto por los siguientes ítems, tomando como referencia las características únicas de este grupo poblacional: datos de identificación, sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico y convivencia (si vive solo o con otras personas/familiares). Los datos necesarios para verificar los criterios de inclusión se consultaron los archivos del centro colaborador.

Terapia de Aceptación y Compromiso Matrix (ACTM; Wilson et al., 2009)

ACTM es un programa tipo formato, que se ha generalizado progresivamente a diversos grupos poblacionales. Basados en la idea original de Kevin Polk, Wilson, Webster y Hambright (2009) desarrollaron este formato, que se basa en aprender a discriminar entre la experiencia directa con los sentidos y la experiencia indirecta en la mente (línea vertical), y luego en la idea de clasificar el comportamiento en dos direcciones: “Hacia” y “Lejos” (línea horizontal). Las personas interactúan con el diagrama y experimentan pensamientos, sentimientos e impulsos que preferirían no tener, mientras eligen actuar hacia quién o qué es importante: valores personales (Wilson et al., 2009).

La ACTM busca que la persona transforme sus funciones verbales asociadas a la evitación y guíe sus esfuerzos hacia los aspectos y las situaciones que considera valiosas en su

vida. Esto se consigue fomentando una mayor flexibilidad psicológica, utilizando como paso clave el reconocimiento de los eventos dolorosos y un enfoque guiado a reconocer los aspectos favorables que subyacen en el contexto personal sin mezclarse con estos (ver Tabla 2). Además, la ACTM muestra un sinnúmero de aplicaciones y módulos que se administran en varios contextos, entre los que se incluyen: clínicos, grupales enfocados a la promoción, educacionales y organizacionales (Wilson et al., 2009). En el presente estudio se aplicó el módulo para grupos generales, que se encuentra compuesto por cinco pasos esenciales.

Primero. Plantear discriminaciones principales entre términos de forma y función. Este paso implica el primer acercamiento a la ACTM, desarrollando ejercicios específicos dirigidos a reconocer las experiencias mentales y sensoriales de la persona.

Segundo. Mediante una hoja diana, se favorece el reconocimiento de los valores de la persona y la relevancia de estos en su vida.

Tercero. Identificar experiencias mentales dolorosas y su relación con el alejamiento de los valores personales, que se plantean con anterioridad, dando lugar a la formación de la ACTM.

Cuarto. Identificación de los mecanismos usados para escapar del dolor (escape experiencial) y reconocimiento de cómo estos nos alejan más de nosotros mismos y de nuestros valores.

Quinto. Observar la funcionalidad de los mecanismos de evitación y permitir que las personas se den cuenta si son o no importantes en sus procesos vitales y de esta manera buscar alternativas si creen pertinentes para ellos (Wilson et al., 2009).

Tabla 2

Protocolo de aplicación ACTM

Sesión N.	Actividad, herramienta o estrategia a utilizar	Integración ACTM y HEXAFLEX ACT Resultados esperados	Tiempo	Materiales
1 y 2	Aplicación del AAQII (Bond et al., 2011; Patrón-Espinosa, 2010) y del HEXAFLEX (Hayes et al., 2014).	Clarificación de valores. Moviéndome por acercarme hacia lo que me importa. Inflexibilidad psicológica.	20 minutos por participante	Lápiz, Papel, Formatos
3	Hacer dos discriminaciones principales, en términos de forma y funciones de la experiencia: 1) Describir la palabra con lo primero que se viene a la cabeza, y 2) Cuestionar cómo estamos gobernados por el contexto, por lo que el mundo nos dice, y qué tan fusionados estamos con esos conceptos.	Moviéndome por alejarme de lo que no deseo. Fusión vs Defusión. Yo concepto vs Yo Contexto.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital
4	Idéntica a la anterior. Metáfora del roble y la espiga y juegos con el contexto diario. Relación con el HEXAFLEX.	Moviéndome por alejarme de lo que no deseo. Fusión vs Defusión. Yo concepto vs Yo Contexto.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital
5	Identificar estrategias utilizadas para evitar el dolor. Metáfora de la pistola.	Moviéndome por alejarme de lo que no deseo. Yo concepto, Fusión, Inflexibilidad.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital
6	Acercamiento hacia los valores personales. Uso de la hoja de trabajo diana.	Clarificación de valores. Moviéndome por acercarme hacia lo que me importa.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital
7	Identificar experiencias mentales no deseadas. Uso de metáfora del bus aplicada a la vida real. Se etiquetará emociones no deseadas y se dará a la persona un papel en base a sentimientos no deseados. Técnica mindfulness momento presente.	Atención flexible al presente y aceptación radical. Moviéndome por alejarme de lo que no deseo.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital
8	ACTM como estrategia de comprensión para acciones centradas en los valores y la comprensión de causas y efectos de la evitación. Aplicación actividades encaminadas hacia valores.	Moviéndome por alejarme de lo que no deseo. Acercándome a lo que no deseo. Valores y HEXAFLEX.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital

9	Metáfora del epitafio. Revisión del trabajo en casa, actividades encaminadas a valores.	Construcción sólida de valores. Integración de valores completos del HEXAFLEX. Flexibilidad basada en la ACTM.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital
10	La flexibilidad y los valores. Metáfora ¿quién paga? Trabajo de aceptación radical.	Defusión. Aceptación.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital
11	Metáfora de la varita mágica. Evaluación mediante preguntas centradas en la ACTM.	ACTM y evaluación grupal completa de flexibilidad.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital
12	Aplicación del AAQII (Bond et al., 2011; Patrón-Espinosa, 2010) y HEXAFLEX (Hayes et al., 2014).	Clarificación de valores. Moviéndome por acercarme hacia lo que me importa. Inflexibilidad psicológica.	20 minutos por participante	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital
13	Despedida y Agradecimiento.	Clarificación de valores. Moviéndome por acercarme hacia lo que me importa. Inflexibilidad psicológica.	60 minutos	Lápiz, Papel, Formatos, Presentación digital

Hoja de valoración de la flexibilidad psicológica (HEXAFLEX) (Hayes et al., 2014)

La Hoja de Valoración de la Flexibilidad Psicológica es un instrumento diseñado para evaluar las seis dimensiones fundamentales que conforman la flexibilidad psicológica (aceptación, conciencia, valores, defusión, acciones comprometidas, yo contexto), según el modelo de ACT. Esta herramienta permite observar el nivel de flexibilidad psicológica de la persona. La aplicación de este instrumento no reviste mayor complejidad, y se necesita de la experticia y el juicio del evaluador, quien, a través de un cuestionario que contiene los seis componentes del HEXAFLEX va puntuando cada uno de ellos, con base en su criterio y observación, como también en la coherencia de los resultados de la entrevista y de la evaluación clínica, en una escala del 1 al 10, donde 1 representa la presencia de dificultades en el área específica evaluada y 10, el manejo integral del área medida en el proceso. Las puntuaciones dan lugar a un perfil individual de flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2014).

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011; Patrón-Espinosa, 2010)

Este cuestionario tiene relación directa con la denominada inflexibilidad psicológica y evitación experiencial, y consta de 10 ítems que se califican en una escala de Likert de 7 puntos, que va desde 1 (Nunca es verdad) hasta 7 (Siempre es verdad); a mayor puntuación menor flexibilidad psicológica y mayor evitación experiencial. En la adaptación de Patrón-Espinosa (2010) se encontró un alfa de Cronbach de .89. La relación entre los valores personales y la flexibilidad psicológica se ha evidenciado en diversos estudios, donde los tratamientos basados en acciones encaminadas a fomentar valores ACT han comprobado la reducción de síntomas asociados a la depresión y la reducción exponencial de indicadores asociados a la inflexibilidad psicológica (Keinonen et al., 2018). En consecuencia, se aplicará este cuestionario cuya medida servirá para valorar el cambio o el impacto del programa ACTM para fomentar valores personales y su mejoramiento en áreas asociadas al mismo, como la flexibilidad psicológica, analizando las diferencias entre antes (pre) y después (post) de la aplicación del programa.

3.3.3. Organización del trabajo de campo

El trabajo de campo comenzó, una vez se obtuvieron los permisos necesarios por parte de la casa de atención geriátrica colaboradora, que incluyeron la organización de los aspectos logísticos para el desarrollo de la entrevista y la evaluación, socialización con los potenciales participantes (grupos control y experimental), verificación de los criterios de inclusión y suscripción del consentimiento informado. En el primer acercamiento a los participantes, más allá de realizar la ejecución protocolaria se buscó crear un contexto y ambiente de trabajo idóneo para exponer las reglas generales del procedimiento basadas principalmente en el respeto y cooperación, al igual que atender cualquier pregunta asociada al proceso investigativo. En este punto, igualmente se realizaron las respectivas evaluaciones individuales, para obtener información sociodemográfica y los datos antes de la aplicación del programa al grupo experimental. El protocolo de intervención se aplicó a la muestra de estudio de modo grupal, cuya duración fue de aproximadamente 60 minutos. La aplicación de la ACTM tuvo una duración de tres meses, a razón de 12 sesiones, cada una de ellas de una hora de duración, y estuvo a cargo de dos psicólogos expertos en investigación y especialistas en ACT, con experiencia en ACTM. Finalmente, se procedió a la evaluación post intervención del grupo experimental y de control, en una sesión final que sirvió también de cierre del programa.

3.3.4. Protocolo del programa ACTM

El protocolo de evaluación consta de varias fases, que son descritas a continuación.

Fase 1. Preparación de los grupos control y experimental

Como primer paso se procedió a explicar a los grupos control y experimental los aspectos esenciales del procedimiento correspondiente a cada uno de ellos. Al grupo control se le explicó los fundamentos, el objetivo de la investigación y el procedimiento de evaluación en dos momentos distintos, sin revelar detalles que pudieran sesgar su comportamiento y

distorsionar los resultados. Al grupo experimental, en cambio, además de las explicaciones anteriores, se le aportó las bases teóricas, técnicas y terapéuticas de la ACTM, así como orientaciones de cómo debían proceder durante todas las sesiones, con el fin de garantizar el desarrollo esperado de todo el programa.

Fase 2. Recogida de información básica

Para la etapa de recolección de la información, habiendo realizado el acercamiento y la socialización a los participantes, se procedió a realizar una entrevista clínica semiestructurada, de modo individual, destinada a recoger datos generales sociodemográficos, realizar una rápida anamnesis personal, y obtener información sobre enfermedades, comorbilidades y redes de apoyo. A continuación, se procedió a la valoración de la reserva cognitiva actual, o el nivel de recursos cognitivos, del participante, mediante la exploración del estado mental de cada participante: apariencia, conciencia, atención, lenguaje, orientación, memoria, inteligencia, pensamiento, sensopercepción, afectividad y motricidad, valorados en un rango de 0 a 10. Esta última puntuación se tomó como equivalente de mayor presencia del dominio o constructo valorado. La puntuación en cada uno de estos dominios se consideró en la aplicación de los criterios de inclusión.

Fases 3 y 5. Evaluación pre y post aplicación del programa

Para contar con una medida de validez externa de la flexibilidad psicológica, que a su vez sirva como medida del cambio entre antes y después de la implementación del programa ACTM, se aplicó el AAQII juntamente con la Hoja de Valoración de la flexibilidad psicológica (HEXAFLEX). De este modo, se pudo deducir el cambio en la percepción de los valores del VQL, mediante los cambios en flexibilidad cognitiva.

Fase 4. Aplicación de la ACTM

Esta fase es la principal del estudio, porque está destinada a la aplicación de la condición experimental, cuyas sesiones o pasos se pueden consultar en la Tabla 2. Respecto a las generalidades del protocolo clínico, se llevaron a cabo doce sesiones basadas en capacitaciones centradas en componentes de la ACTM, mediante el recurso técnico-práctico HEXAFLEX, basado en el principio fundamental del paradigma de la ACT, denominado Contextualismo Funcional. El grupo experimental asistió a las 12 sesiones.

En las primeras sesiones se trabajaron los siguientes aspectos:

- Discriminaciones básicas de los apetitivos y evitaciones comportamentales.
- Identificación de los eventos adversos de los cuales la persona quiere alejarse.
- Acercamiento a los valores personales.
- Experiencias mentales que evitan el acercamiento a los valores personales.
- ACTM como base para acercarme a mis valores.
- Ejercicios para concienciar sobre la importancia de los valores.
- Flexibilidad.
- Importancia de los eventos negativos como eje fundamental para trabajar en valores.

Fase 6. Análisis de resultados

Esta fase final del estudio consistió en la sistematización, el procesamiento, el análisis y la interpretación de los datos y la información obtenida durante las fases anteriores. Los resultados de esta fase pueden consultarse en el apartado 4.1. Resultados.

3.3.5. Análisis de datos

En coherencia con el objetivo y el diseño del estudio, se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS versión 22 para Windows (IBM, 2022). Una vez comprobada la normalidad de la distribución de la muestra, mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($p > 0.05$), se emplearon

estadísticos descriptivos, la ρ de Spearman, la t de Student y la d de Cohen, con valores de significancia de $p < .05$ y $p < .001$.

3.3.6. Consideraciones éticas

Como paso previo y esencial, se gestionó el visto bueno de un Comité científico de la Universidad Técnica del Norte. Posteriormente, se tomó contacto con el centro en que se desarrolló el programa, para organizar el trabajo de campo y el acceso a la potencial muestra de estudio. Se realizó una reunión con los potenciales participantes, para explicarles sus derechos como participantes en una investigación, ciertas consideraciones éticas, el tiempo y las exigencias que representa la aplicación del protocolo de investigación y los beneficios posibles de este módulo de capacitación basado en ACTM, entre otros aspectos. Además, se realizó una primera sesión con ellos para explicarles, de manera breve, la base de cada sesión, al igual que cada uno de los ejercicios del programa. Se garantizó a los participantes total anonimato y confidencialidad, así como la libertad para retirarse del estudio sin perjuicio alguno. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado antes de iniciar el trabajo de campo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Como primer resultado, se identificó que los grupos control y experimental están igualados en las variables sociodemográficas analizadas, como son sexo (mayor presencia de mujeres), edad (entre 70 y 75 años), estado civil (mayoría de solteros/viudos/separados), estrato socioeconómico (la totalidad pertenece a un estrato socioeconómico medio) y convivencia, entendido como vivir solo o en compañía de terceros, familiares o no (casi la totalidad de los participantes vive con otros familiares), tal como se puede observar en la Tabla 1. Para Reserva cognitiva, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p < .803$).

Tabla 3

Matriz de correlaciones para ambos grupos

	1	2	3	4
1. Edad	-	-,586*	,093	,047
2. Reserva cognitiva	-,586*	-	,106	-,274
3. HEXAFLEX Pre	,093	,106	-	-,121
4. AQII post	,047	-,274*	-,121	-

Otros resultados relevantes son la correlación inversa, fuerte y significativa entre Reserva cognitiva y edad y entre Reserva cognitiva y las medidas pre del AAQII, para ambos grupos (ver Tabla 3); entre Reserva cognitiva y edad y entre Reserva cognitiva y las medidas pre y post del AAQII, para el grupo control. De la misma manera, se identificó una correlación inversa, fuerte y significativa entre Edad y Reserva cognitiva, y entre las medidas pre y post del AQQII, para el grupo experimental (ver Tablas 4 y 5).

Tabla 4

Matriz de correlaciones para el grupo control

	1	2	3	4	5	6
1. Edad	-	-,310	-,456	-,421	,310	,330
2. Reserva cognitiva	-,310	-	,467	,505	-,712*	-,730*
3. HEXAFLEX pre	-,456	,467	-	,985**	-,324	-,372
4. HEXAFLEX post	-,421	,505	,985**	-	-,427	-,474
5. AQII pre	,310	-,712*	-,324	-,427	-	,997**
6. AQII post	,330	-,730*	-,372	-,474	,998**	-

Nota. HEXAFLEX = Hoja de valoración de la flexibilidad psicológica (Hayes et al.,2014); AAQII = *Acceptance and Action Questionnaire-II* (Bond et al., 2011; Patrón-Espinosa, 2010).
* $p < .05$, ** $p < .001$

Tabla 5

Matriz de correlaciones para el grupo experimental

	1	2	3	4	5	6
1. Edad	1	-,684*	,401	,007	-,016	-,078
2. Reserva cognitiva	-,684*	1	,089	-,093	-,033	,305
3. HEXAFLEX pre	,401	,089	1	,276	-,087	,014
4. HEXAFLEX post	,007	-,093	,276	1	,319	,035
5. AAQII pre	-,016	-,033	-,087	,319	1	,794**
6. AAQII post	-,078	,305	,014	,035	,794**	1

Nota. HEXAFLEX = Hoja de valoración de la flexibilidad psicológica (Hayes et al.,2014); AAQII = *Acceptance and Action Questionnaire-II* (Bond et al., 2011; Patrón-Espinosa, 2010).
* $p < .05$, ** $p < .001$

También se identificaron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones de las medidas HEXAFLEX (Hayes et al., 2014) y AAQII (Bond et al., 2011; Patrón-Espinosa, 2010), del pre y post del grupo experimental, con tamaños de efecto muy grande y grande, respectivamente (ver Tabla 6).

Tabla 6

Resultados en las medidas clínicas para los grupos control y experimental

Variable	GC1	GC2	GE1	GE2	p	d
	n = 10	n = 10	n = 11	n = 11		
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Reserva cognitiva	9,50 (1,080)	-	9,64 (1,362)	-	,803	,11
HEXAFLEX	4,43 (1,753)	4,32 (1,572)	-	-	,287	,06
	-	-	2,9145 (1,491)	7,7218 (0,651)	,000	4,17
AQQII	29,30 (12,347)	30,80 (11,952)	-	-	,000	,12
	-	-	26,82 (11,098)	19,64 (5,372)	,011	,82

Nota. GC1 = Grupo control pre; GC2 = Grupo control post; GE1=Grupo experimental pre; GE2=Grupo experimental post; HEXAFLEX = Hoja de valoración de la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2014); AAQII = *Acceptance and Action Questionnaire-II* (Bond et al., 2011; Patrón-Espinosa, 2010).

4.2. Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar la eficacia de la ACTM para mejorar la flexibilidad psicológica en una muestra de AM ecuatorianos, considerando como hipótesis que después de la aplicación de la ACTM, el grupo experimental mostrará mejora estadísticamente significativa en flexibilidad psicológica respecto al grupo control, establecida mediante la comparación de medidas de flexibilidad psicológica aplicadas pre y post intervención. En coherencia con la hipótesis propuesta, los resultados del ensayo clínico cuasiexperimental sugieren un efecto muy grande y grande, respectivamente, desde el punto de vista estadístico y clínico, de la ACTM, en términos de mejora de la flexibilidad cognitiva en el grupo experimental de AM respecto al grupo control de AM que no recibió este programa. A continuación, se discuten los hallazgos en función de la literatura.

Variables sociodemográficas

Respecto a las variables sociodemográficas, se observa que la media de edad tanto del grupo de control como experimental oscila entre los 70 y 75 años. En su mayoría, se trata de una muestra compuesta predominantemente por mujeres, que gozan de autonomía y residen con familiares. Esto se puede deber a que se trata de personas solteras, viudas o separadas, que pertenecen a un estrato socioeconómico medio, y que carecen de problemas cognitivos relevantes. La pertenencia a un estrato socioeconómico medio puede tener incidencia en el

estado de salud y percepción de bienestar de los AM, como se analizará más adelante. En este sentido, un estudio realizado en Antioquia (Colombia) refiere que mujeres residentes en una zona rural específica de esta región, de estado civil soltera y con un bajo grado de educación, declaran una menor calidad de vida (Cardona et al., 2018). Por lo tanto, el nivel de acceso a recursos de desarrollo debe ser analizado y considerado en AM, por su relación con indicadores sensibles de calidad de vida, como son vivienda, nutrición, educación, atención en salud, etc.

Reserva cognitiva

Respecto a la Reserva cognitiva, no se detecta mayor deterioro cognitivo y en funciones mentales superiores, en todos los participantes, posiblemente por la asistencia a grupos en los cuales se busca incentivar aspectos asociados a estos. De hecho, un criterio de inclusión del estudio es acudir habitualmente a un centro de atención geriátrica, no residir en él, lo que implica gozar de estado de salud preservado respecto a los residentes en estos centros.

Si bien en este estudio no se ha explorado el itinerario de desarrollo de cada participante, el análisis de su estado mental indica un nivel de autonomía y de razonamiento suficiente para participar en el estudio, tanto en un grupo como en el otro. De hecho, esta es una condición para la aplicación de la ACTM. Como se mencionó con anterioridad, la educación puede representar un factor protector importante en el AM al igual que la participación en grupos de refuerzo cognitivo. En esta materia, un estudio aleatorizado realizado en población de AM sin deterioro cognitivo comprobó que los programas de estimulación cognitiva muestran efectos beneficiosos en esta población (Calatayud et al., 2021).

Las puntuaciones obtenidas por los grupos control y experimental en Reserva cognitiva son consistentes con la percepción del estado mental de sus miembros, en esta dimensión. A este estado también puede contribuir, como se indicó anteriormente, su pertenencia a un estrato socioeconómico medio, que equivale a un determinado tipo de acceso a recursos. Además, es necesario indicar que todos los participantes acuden a actividades de grupos de refuerzo

cognitivo, proporcionados, de manera gratuita, por el Gobierno autónomo del Distrito Metropolitano de Quito. En este sentido, se hace referencia a la relación entre el estrato socioeconómico, al igual que la ubicación sociodemográfica, y una mejor reserva cognitiva o menor deterioro de las funciones asociadas al pensamiento y la memoria. Como ejemplo de ello, se ha evidenciado que, en población de AM colombianos, a menores ingresos y entornos deficitarios, donde no existen medios de subsistencia básicos, hay mayor presencia de deterioro cognitivo, en especial en mujeres (Sarmiento et al., 2024).

Correlaciones entre variables de estudio

En referencia a las variables de estudio, se observa que, a diferencia de lo que ocurre en el grupo control, existe una correlación inversa, moderada y significativa entre edad y Reserva cognitiva para el total de la muestra y para el grupo experimental. Este resultado es coherente con la literatura y el curso natural del deterioro del organismo debido al paso del tiempo. Sin embargo, resulta llamativo que el grupo control, igualado en las variables sociodemográficas y en Reserva cognitiva, no obtenga un resultado similar. Algo parecido, pero con una correlación baja, sucede entre edad y la medida AAQ-II, pero no entre edad y la medida HEXAFLEX, lo que indica que aquella es más sensible a la flexibilidad cognitiva que la última. Respecto al grupo control, igualmente se observa una fuerte correlación entre el pre y post del inventario HEXAFLEX, tal como se esperaba, debido a que el grupo control no recibió ningún tipo de intervención psicológica. Sin embargo, no se detectan correlaciones entre HEXAFLEX y las medidas pre y post del AAQII, que puede deberse a que el HEXFLEX es una medida que depende del juicio clínico o del investigador, mientras que el AAQII es un autoinforme. En cuanto al grupo experimental, la inexistencia de correlación entre el pre y post del HEXAFLEX, al igual que la correlación del HEXAFLEX y el AAQII en su pre y post, se explica fácilmente con los resultados importantes obtenidos en la aplicación del protocolo

ACTM. Es decir, las puntuaciones de ambas medidas (pre y post) deberían diferir gracias a la intervención.

Eficacia de la ACTM

En cuanto a la eficacia de la ACTM, que es el tema central de este trabajo, los resultados han superado las expectativas. En primer lugar, como era de esperar, no se detectaron diferencias significativas entre HEXAFLEX y AAQII, entre el grupo control y el grupo experimental. Esto se explica porque este grupo no recibió ningún tipo de tratamiento. Resultados opuestos se encontraron entre grupo control y grupo experimental, para esta variable, con un tamaño de efecto muy grande para HEXAFLEX y grande para AAQII. Esto pone en evidencia el gran beneficio de la ACTM en el grupo de AM que formó parte de esta investigación.

En referencia a la literatura existente sobre ACTM, se ha evidenciado que aplicaciones móviles han ayudado a un mejor acercamiento a la salud del usuario y mayor acceso a la salud mental a bajo costo y en menor tiempo que otros estilos terapéuticos o modelos psicológicos, con resultados mayormente positivos relacionados al control del peso (Levina et al., 2017). Con referencia al sueño, la ACTM también tiene efectos positivos como estrategia de psicoeducación rápida, que permite tomar conciencia de los factores asociados al problema (Leckey et al., 2023). Considerando la evidencia existente y los resultados del estudio actual, se puede sugerir que existen buenos argumentos para incorporar a los AM a las poblaciones que se benefician de este estilo y modelo terapéutico.

De esta manera, se pueden deducir las implicaciones clínicas amplias y relevantes de la ACTM en materia de mejoramiento del bienestar psicológico del AM y de la prevención de psicopatologías en esta población, centradas en el abordaje de los valores personales y de la flexibilidad psicológica. No hay que olvidar que los valores personales representan la brújula

que guía nuestras vidas y, por lo tanto, si sabemos reconocerlos, podemos mantenernos en el itinerario de vida adecuado.

Estos resultados, en términos generales, potencian las iniciativas de intervención psicológica en materia de promoción, prevención, intervención y rehabilitación en la población de AM en el Ecuador, en particular. La creación de programas basados en ACTM para la prevención de psicopatologías podría beneficiar al sistema de salud mental, reduciendo la prevalencia de trastornos físicos y mentales en el AM e incentivando una mejor calidad de vida en ellos. Es importante recalcar que la ACTM no se limita al aspecto preventivo, ya que sus principios básicos son usados en el ámbito clínico psicológico, lo cual podría tener beneficios igual de importantes en la salud del AM.

Para finalizar, es importante recalcar que este estudio basado en ACTM representa una alternativa viable a bajo costo, en una menor cantidad de tiempo que otros protocolos clínicos de intervención o prevención, y que puede usarse de manera grupal e individual. Aunque también es necesario reconocer que este estudio presenta limitaciones tales como las características propias de los grupos, en términos de tamaño, pero también de características clínicas, pues se trata de AM autónomos que, a priori, gozan de un estado de salud menos deteriorado que el de AM residentes o institucionalizados. Finalmente, el protocolo se aplicó a un pequeño grupo de AM en un ambiente que carece del control experimental óptimo, como el requerido para un estudio experimental puro o de máxima rigurosidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados del presente estudio sugieren, desde un punto de vista clínico y estadístico, la utilidad de la ACTM, en términos de mejora de la flexibilidad cognitiva en el grupo experimental de AM respecto al grupo control de AM que no recibió este tratamiento. Sobre esta base, la ACTM se presenta como una gran alternativa en la población de AM para mejorar su bienestar emocional. Se espera que a futuro este y muchos otros protocolos basados en ACTM puedan replicarse en este grupo poblacional con el objetivo de crear planes encaminados al mejoramiento de la salud mental de la población de AM. Los valores, como brújula esencial en la vida del AM, son una gran metáfora que permite a persona salir de su zona de confort y crear conciencia de sus perspectivas personales. Por ello, es importante tomar esta guía para posibles réplicas de estos estudios en el futuro. Se sugiere para futuros estudios la incorporación de otros grupos de AM, con diferentes niveles de autonomía, funcionalidad y deterioro cognitivo, a la vez que la aplicación de diseños con mayor rigurosidad metodológica, con el fin de comprobar, con mayor precisión, los beneficios de la ACTM en diversas poblaciones de AM.

REFERENCIAS

- Álamo, A., Ávila, M. y Góngora, C. (2021). Principales factores de riesgo en la tercera edad. Su prevención. *Didascalía: Didáctica y Educación*, 12(1).147-157. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7909860>.
- Arias, P., Barraca, J. y García, F. (2023). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en adultos ecuatorianos. *Actualidad en psicología*, 37(143). 99-116. DOI: 10.15517/ap.v37i134.48374.
- Calatayud, E., Gómez, A., y Gómez, I. (2021). Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con cognición normal: ensayo clínico aleatorizado. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 44(3), 361-372. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0961>.
- Cardona, D., Segura, A., Garzón, M., & Salazar, L. (2019). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia. *Papeles De Población*, 24(97), 9-42. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8838>.
- Casanova, P., Casanova, P., & Casanova, Carlos. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500012&lng=es&tlng=es.
- Comisión económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas Editorial.
- Constitución de la República del Ecuador, Publicación del Registro Oficial No. 449, 20 de octubre de 2008.

- Delhom, I., Mateu, J., y Lacomba, L. (2022). Is acceptance and commitment therapy helpful in reducing anxiety symptomatology in people aged 65 or over? A systematic review. *Front Psychiatry, 13*(1),1-13. doi: 10.3389/fpsy.2022.
- Dindo, L., Van, J., y Arch, J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics, 14*, 546-553. DOI 10.1007/s13311-017-0521-3
- Fortes, P. (2020). *Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Ecuador*. Editorial Felipe Herrera.
- Garinelli, S., Gallego, A. Lappalainen, P. y Lappalainen, R. (2023). Virtual reality acceptance and commitment therapy intervention for social and public speaking anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science, 28*(1), 289-299. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.004>.
- Goodman, M., Eshera, Y. y Gerkin, J. (2023). Acceptance and Commitment Therapy Integration for Values Engagement in Consultation-Liaison Psychiatry (ACTIVE CLP): Pilot Study for ACT-Based Skills Training in Medically Hospitalized Patients. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry, 64*(6), 578-580. doi: 10.1016/j.jaclp.2023.04.001.
- Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(11):1063-1073. doi: 10.1016/j.jagp.2016.06.006.
- Hayes, S., Strosahl, K., and Wilson, G. (2014). *La terapia de aceptación y compromiso: Un nuevo modelo para la psicoterapia y el cambio personal*. Pearson.
- Hayes, S., Strosahl, K., and Wilson, K., (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso práctico del cambio consciente (mindfulness)*. Editorial Brouwer.

- Hernández, R., y Mendoza, C. (2023). *Metodología de la investigación*. Panda.
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
- Hoffmann Frydendal D., Ulrikka Rask C., Søndergaard Jensen J., Bro Wellnitz K. y Frosthalm L. (2023). Mindful non-reactivity and psychological flexibility mediate the effect of internet-delivered acceptance and commitment therapy for health anxiety, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 71-78, <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.011>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (3 de enero del 2022). *Más de 2.700 personas son centenarias en Ecuador según el censo*. Ecuador en cifras.
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/mas-de-2-700-personas-son-centenarias-en-ecuador-segun-el-censo/#:~:text=Quito%2C%20Ecuador%20\(28%20de%20septiembre,4%25%20\(705.454\)%20hombres](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/mas-de-2-700-personas-son-centenarias-en-ecuador-segun-el-censo/#:~:text=Quito%2C%20Ecuador%20(28%20de%20septiembre,4%25%20(705.454)%20hombres).
- Keinonen, K., Kyllönen, H., Astikainen, P. y Lappalainen, R. (2018). Early sudden gains in an acceptance and values-based intervention: Effects on treatment outcome for depression and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10(1), 24-30.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.010>.
- Lappalainen, P., Keinonen, K., Pakkala, I., Lappalainen, R. y Nikander, R. (2021). The role of thought suppression and psychological inflexibility in Older Family Caregivers' psychological symptoms and quality of life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20(1), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.04.005>.
- Larsson, A., Hartley, S. y McHugh, L. (2022). A randomized controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety, and stress of college Students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24(1). 10-17.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.02.005>.

- Lawrence, V., Kimona, K., Howard, R., Serfaty, M., Wetherell, J., Livingston, G., Wilkinson, P., Walters, K., Jones, R., Wuthrich, V. y Gould, R. (2019). Optimizing the acceptability and feasibility of acceptance and commitment therapy for treatment-resistant generalized anxiety disorder in older adults. *Age Ageing*, 48(5),741-750. doi: 10.1093/aging/afz082.
- Leckey, J, Dagher, A., & Lee-Baggley, D. (2023). Using the ACT matrix to improve sleep: A practical guide for implementing the “what” and the “how” of sleep hygiene. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 30, 142-154. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.10.002>.
- Levin, M., Pierce, B., & Schoendorff, B. (2017). The acceptance and commitment therapy matrix mobile app: A pilot randomized trial on health behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(3), 268-275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.05.003>.
- Macías, J., Ruiz, A. y Valero, L. (2023). Validación y propiedades psicométricas del “Cuestionario de valores de vida” (VLQ) para población española. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 31(2), 247-267. <https://doi.org/10.51668/bp.8323202s>.
- Menéndez, L., Izaguirre, A., Tranche, S., Montero, A., y Orts, M. (2021). Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad. *Atención Primaria*, 53(10): 1-11. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102128.
- Mirsharifa, S., Mirzaian, B. y Dousti, Y. (2019). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on Depression and Psychological Capital of the Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3),421-427. doi: 10.3889/oamjms.2019.076.
- Moon, B. (2022). Classification of Program Types and Cost Prediction of Integrated Care for the Elderly. *Frontiers in Public Health*, 10(1).1-8. doi: 10.3389/fpubh.2022.818811.
- Moosivand, M., Bagian, M., Sayad, M., y Zaremohzzabieh, Z. (2024). Flexibility and inflexibility in an Iranian sample: psychometric properties of MPFI based on the Hexaflex model. *BMC Psychology*, 12 (34), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01531-0>

- Organización de Estados Americanos. (2017). *La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. DC: OPS
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre del 2022). *Envejecimiento y Salud*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- Sarmiento, A., Cerón, D., y Mayorga, M. (2024). Asociación entre el deterioro cognitivo y factores socioeconómicos y sociodemográficos en adultos mayores colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(2), 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.02.005>.
- Secretaría Nacional de Planificación (2021). *Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025*. Instituto Geográfico Militar.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. y Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965-978. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>.
- Watanabe, T. (2021). Treatment of Major Depressive Disorder with Autism Spectrum Disorder by Acceptance and Commitment Therapy Matrix. *Case Reports in Psychiatry*, 1, 1-7. doi: 10.1155/2021/5511232.
- Weinrib, A., Burns L., Mu A., Azam, M., Ladak S., McRae, K., Katznelson, R., Azargive, S., Tran, C., Katz, J. y Clarke, H. (2017). A case report on the treatment of complex chronic pain and opioid dependence by a multidisciplinary transitional pain service using the ACT Matrix and buprenorphine/naloxone. *Journal of Pain Research*, 10, 747-755. doi: 10.2147/JPR.S124566.
- Wilson, K., Polk, K. y Schoendorff, B. (2014). *The ACT Matrix a new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. Contest press.
- Witlox, M., Kraaij, V., Garnefski, N., De Waal M., Smit, F., Hoencamp, E., Gussekloo, J., Bohlmeijer, E. y Spinhoven, P. (2018). An Internet-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for older adults with anxiety complaints: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Open access*, 19, 1-14. doi: 10.1186/s13063-018-2731-.