REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

"EFICACIA DEL MODELO HEXAFLEX DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA MEJORAR LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES ECUATORIANOS"

Autor: Fanny Marcela Flores Gómez

Director: Carlos Benigno Burneo Garcés, PhD.

Asesor: Mateo Alberto Álvarez Maldonado, MSc.

IBARRA - ECUADOR

2026

Dedicatoria

A la memoria de mi padre, Carlos, y mis abuelitos, Manuel y Luzmila, por sus enseñanzas y amor infinito.

Agradecimientos

A mi madre Gloria, por su apoyo incondicional.

A David, por su amor y motivación constante.

Al doctor Carlos Burneo Garcés, por su calidad humana y profesional.

Al Club del Adulto Mayor “La Victoria”, por su compromiso y tiempo valioso. Mi admiración total.

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Ibarra, 10 de julio de 2026

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.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
CARLOS BENIGNO BURNEO GARCES

.....

Carlos Benigno Burneo Garcés, PhD.
C.C.: 1102119003

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Flores Gómez Fanny Marcela

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	EFICACIA DEL MODELO HEXAFLEX DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA MEJORAR LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES ECUATORIANOS.
AUTOR (ES):	Fanny Marcela Flores Gómez
FECHA: DD/MM/AAAA	10/7/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	☐ **PREGRADO** ■ **POSGRADO**
TITULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Psicología Clínica Mención Psicoterapia
DIRECTOR/ASESOR:	Carlos Benigno Burneo Garcés, PhD. Mateo Alberto Álvarez Maldonado, MSc.

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta 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 el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el

contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 10 días del mes de julio del año 2026

EL AUTOR:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
FANNY MARCELA
FLORES GOMEZ

Fanny Marcela Flores Gómez
C.C. 1004331300

CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO

Ibarra, 10 de julio de 2026

Dr. Jorge Gordón

Decano
Facultad de Posgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final Señor(a) Decano(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado **"Eficacia del modelo hexaflex de la Terapia de Aceptación y Compromiso para mejorar la flexibilidad psicológica en adultos mayores ecuatorianos"** de la maestrante Fanny Marcela Flores Gómez, de la Maestría de Psicología Clínica mención en Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	Carlos Benigno Burneo Garcés, PhD.	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: CARLOS BENIGNO BURNEO GARCES
Asesor/a	Mateo Alberto Álvarez Maldonado, Mgtr.	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MATEO ALBERTO ALVAREZ MALDONADO

CONTENIDO

Dedicatoria II
Agradecimientos III
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS IV
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE V
CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL VII
RESUMEN X
ABSTRACT XI
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA 1
1.1. Planteamiento del problema 1
1.2. Antecedentes 4
1.3. Objetivos de la investigación 6
1.3.1. Objetivo general 6
1.3.2. Objetivos específicos 6
1.4. Hipótesis de investigación 7
1.5. Justificación 7
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL 10
2.1. Envejecimiento 10
2.1.1. Salud mental en la vejez 11
2.2. Definición conceptual de flexibilidad psicológica 12
2.2.1. Importancia de la flexibilidad psicológica en la salud mental 13
2.3. Terapia de Aceptación y Compromiso 14
2.3.1. Modelo Hexaflex 15
2.3.1.1. Dimensiones del Hexaflex 15
2.3.2. Adaptaciones relevantes de la Terapia de Aceptación y Compromiso 16
2.3.2.1. Enfoque geropsicológico de la Terapia de Aceptación y Compromiso 17
2.3.2.2. Terapia grupal con Terapia de Aceptación y Compromiso 18
2.4. Flexibilidad psicológica y Terapia de Aceptación y Compromiso 19
2.5. Marco legal 20
2.5.1. Consideraciones bioéticas 21
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO 23
3.1. Descripción del área de estudio/grupo de estudio 23
3.2. Enfoque y tipo de investigación 23

3.3. Procedimiento de investigación 24
3.3.2. Instrumentos y técnicas 26
3.3.2.1. Encuesta sociodemográfica *ad hoc* 26
3.3.2.2. Evaluación Mini Mental State Examination 27
3.3.2.3. Cuestionario de Aceptación y Acción 27
3.4.3. Plan terapéutico de intervención 29
3.5. Plan de análisis de datos 32
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 33
4.1. Resultados de la investigación 33
4.2. Discusión 35
CONCLUSIONES 42
RECOMENDACIONES 43
REFERENCIAS 44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión 26
Tabla 2. Protocolo terapéutico que emplea el Hexaflex 30
Tabla 3. Protocolo terapéutico que emplea el Hexaflex (Continuación) 31
Tabla 4. Descriptivo sociodemográficos de las submuestras de estudio 33
Tabla 5. Matriz de correlaciones para el grupo control 34
Tabla 6. Matriz de correlaciones para el grupo experimental 34
Tabla 7. Resultados en el AQ-II para el grupo control y el grupo experimental 35

RESUMEN

El envejecimiento poblacional constituye un desafío creciente para la salud mental. En esta etapa, los adultos mayores (AM) enfrentan cambios biológicos, psicológicos y sociales. Habitualmente, niveles reducidos de flexibilidad psicológica (FP) en AM se asocia con su deterioro en el bienestar físico y emocional. En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) emerge como una intervención eficaz para abordar estas problemáticas. A pesar de que la FP es un elemento clave en el desarrollo integral de los AM y en su bienestar general, tal como lo indica la literatura disponible, en nuestro país, no hay estudios con este enfoque metodológico, algo que impide contar con datos específicos asociados a esta población, el problema mencionado y a su contexto de desarrollo. Por esta razón, el objetivo del presente estudio fue estudiar la eficacia del Modelo Hexaflex de la ACT para mejorar la FP en AM ecuatorianos. Con este fin, se empleó un enfoque cuantitativo con diseño cuasiexperimental. La muestra estuvo conformada por 30 AM de entre 65 y 81 años pertenecientes a un centro colaborador de la provincia de Imbabura (Ecuador), distribuidos equitativamente en un grupo experimental y un grupo control, a razón de 15 participantes cada uno, todos ellos sin deterioro cognitivo ni limitaciones de salud significativas que pudieran interferir en la ejecución del protocolo y en la validez de la información resultante. Para confirmar una capacidad cognitiva mínima, se aplicó a la muestra el *MiniMental State Examination* a los participantes. A ambos grupos se administró un protocolo de evaluación compuesto por una encuesta sociodemográfica, el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), este último antes de y después del tratamiento con ACT, que solo recibió el grupo experimental. Se aplicaron los estadísticos necesarios de acuerdo con el diseño planteado (de normalidad, descriptivos e inferenciales). Los resultados refieren diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental antes y después del tratamiento, como también entre grupos después del tratamiento. En ambos casos, el tamaño de efecto calculado mediante la *d* de Cohen fue grande. Finalmente, los datos estadísticos, la percepción de los participantes del grupo experimental y la percepción del profesional convergen en respaldar la eficacia de la ACT para fortalecer la FP en la muestra de estudio. De esta manera, mediante la confirmación de la hipótesis se proporciona al contexto clínico ecuatoriano evidencias de eficacia de una alternativa psicoterapéutica valiosa para trabajar limitaciones importantes y frecuentes en una variable clave para el desarrollo y bienestar general de los AM ecuatorianos: la FP.

Palabras clave. Edad, Envejecimiento, Psicopatología, Bienestar psicológico, Tratamiento.

ABSTRACT

Population aging constitutes a growing challenge for mental health. At this stage, older adults (OA) face biological, psychological, and social changes. Reduced levels of psychological flexibility (PF) in OA are commonly associated with deterioration in physical and emotional well-being. In this context, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) emerges as an effective intervention to address these issues. Although PF is a key element in the integral development and overall well-being of OA, as indicated by the available literature, in our country there are no studies employing this methodological approach. This absence prevents the availability of specific data related to this population, the problem, and its developmental context. For this reason, the objective of the present study was to examine the efficacy of ACT in strengthening PF among Ecuadorian OA. To this end, a quantitative approach with a quasi-experimental design was employed. The sample consisted of 30 OA between 65 and 81 years of age, belonging to a collaborating center in the province of Imbabura (Ecuador), distributed equally into an experimental group and a control group, with 15 participants each. All participants presented no cognitive impairment or significant health limitations that could interfere with the implementation of the protocol or the validity of the resulting information. To confirm a minimum cognitive capacity, the Mini-Mental State Examination was administered to the participants. Both groups received an evaluation protocol composed of a sociodemographic survey and the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), the latter administered before and after ACT treatment, which was applied only to the experimental group. The necessary statistical analyses were conducted according to the proposed design (tests of normality, descriptive, and inferential statistics). The results indicate statistically significant differences in the experimental group before and after treatment, as well as between groups after treatment. In both cases, the effect size calculated using Cohen's d was large. Finally, the statistical data, the perceptions of the participants in the experimental group, and the professional's evaluation converge to support the efficacy of ACT in strengthening PF within the study sample. Thus, by confirming the hypothesis, evidence is provided to the Ecuadorian clinical context regarding the effectiveness of a valuable psychotherapeutic alternative to address significant and frequent limitations in a key variable for the development and overall well-being of Ecuadorian OA: psychological flexibility.

Keywords. Age, Aging, Psychopathology, Psychological well-being, Treatment.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Todas las etapas de vida del ser humano mantienen sus características de desarrollo y transición. Respecto a la vejez, conocida como adultez mayor o tardía, se puede afirmar que se trata de una etapa que generalmente inicia a los 65 años, se desarrolla de manera gradual y natural e implica cambios a nivel biológico, psicológico y social (Gaviano et al., 2024). Más allá de las limitaciones biológicas u orgánicas, los problemas asociados al envejecimiento, en particular pasados los 65 años, suelen deberse a crisis por jubilación, duelos, percepción de abandono, soledad, inminencia de la muerte, entre otros factores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Las singularidades de esta etapa y las transiciones adaptativas físicas, psicológicas y contextuales como eventos de salud, ajustes psicoemocionales, cambios físicos y pérdida de roles constituyen un desafío para la salud mental que se acompaña de factores que incrementan la vulnerabilidad al presentar patrones de rigidez cognitiva y conductual, que se sitúan en el extremo opuesto de la flexibilidad psicológica (FP), tal como refieren ciertos autores (Plys et al., 2023).

El envejecimiento constituye un fenómeno demográfico global de crecimiento acelerado que exige demandas sanitarias y sociales. Los grupos etarios de 60 años en adelante mantienen proyecciones de crecimiento significativo en los próximos años lo que eleva también la prevalencia de enfermedades crónicas e implicaciones directas para la salud mental influenciadas además por factores de riesgo como recursos limitados, aislamiento y la escasez de intervenciones en salud mental (World Health Organization [WHO], 2025). Ecuador, en concreto, vive un proceso de envejecimiento demográfico visible. En este sentido, datos recientes muestran que el 9 % de la

población es adulta mayor, y se prevé un aumento significativo para el 2030, con el consecuente incrementando la demanda sobre servicios de salud, perfiles epidemiológicos y necesidades integrales que incluyen la salud mental (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2024).

En el contexto de países con ingresos medios y bajos, las problemáticas se agravan por limitaciones estructurales como el acceso a servicios de salud mental, escasas adaptaciones e intervenciones para esta etapa del ciclo vital y la falta de acciones basadas en evidencia y enfocadas al fortalecimiento de habilidades en adultos mayores (AM), tanto en prevención como en respuesta (Giebel et al., 2024). Este escenario evidencia además una combinación de factores en la que la carga de morbilidad por trastornos mentales como la depresión, ansiedad y el malestar psicológico es elevada, lo que constituye un riesgo inmediato para el bienestar y funcionalidad de los AM, intensificando su fragilidad emocional y rigidez psicológica (Jalali et al., 2024). No obstante, las investigaciones disponibles presentan limitaciones metodológicas en cuanto a la representatividad de sus muestras poblacionales y la contextualización de los hallazgos obtenidos, lo que exige que las investigaciones futuras adopten enfoques acordes al contexto específico de cada país y grupo etario (Aravind et al., 2025). En el contexto latinoamericano, esta brecha es evidente debido a la escasez de estudios publicados, lo que exige generar evidencia empírica, considerando que los modelos de envejecimiento existentes presentan heterogeneidad metodológica y una débil aplicabilidad regional (Ibanez et al., 2024).

Ante el panorama detallado, también se documentan brechas en la atención primaria, prevención y disponibilidad de servicios especializados con programas psicosociales basados en evidencia (WHO, 2021). Esta problemática aumenta la probabilidad de deterioro adaptativo en la adultez mayor, especialmente en zonas rurales. En este sentido, hay que considerar que la vejez suele asociarse al aislamiento; a la pérdida de actividades sociales y autonomía, que genera

sentimientos de desesperanza; a la frustración y la soledad; al deterioro del bienestar subjetivo; y, por último, al riesgo de mortalidad (Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021). Además, la presencia de procesos psicológicos desadaptativos como la rumiación y la supresión emocional adquieren una relevancia particular dado que sus efectos acumulativos sobre la salud mental y física resultan más notorios en la AM, características que junto con limitaciones en materia de FP generan un perfil de vulnerabilidad complejo que demanda atención especializada e intervenciones clínicas oportunas (Gringart et al., 2025). En términos estadísticos, la soledad crónica afecta a más de una cuarta parte de los AM a nivel mundial y está asociada directamente con la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la fragilidad (Hajek et al., 2024; Salari et al., 2025).

En el ámbito de la Psicología Clínica, existen diversas estrategias para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor, aunque no todas responden de igual manera a la integralidad del individuo, entendida como la conjunción de la dimensión física y psicológica (Intriago-Molina & Loor-Lino, 2021). Diversas investigaciones han evidenciado que los diferentes enfoques de Terapia Cognitivo Conductual (TCC; Beck, 1963) aportan hallazgos mixtos en población AM, especialmente en casos de depresión y ansiedad. En este sentido, las estrategias cognitivas orientadas a cuestionar la validez de ciertos pensamientos y emociones son poco pertinentes, ya que estas respuestas derivan de pérdidas reales y, por lo tanto, no son necesaria o totalmente irracionales (Zarling et al., 2024). Además de la TCC (Beck, 1963), existen estrategias psicoterapéuticas más recientes y que se emplean para atender limitaciones o problemas de naturaleza psicológica, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 2013), y que podrían ampliar los resultados obtenidos con estrategias convencionales. En esta materia, la ACT (Hayes et al., 2013) se orienta a que el individuo encuentre un propósito más humano a cada experiencia, en particular las que considera negativas o aversivas para él, mediante su aceptación y

una reconexión de valores personales y el momento presente sin evitar experiencias dolorosas o de malestar (Hayes et al., 2013). Además, este modelo terapéutico es apropiado para intervenciones con AM, ya que resulta coherente con los procesos naturales del envejecimiento en los que el individuo tiende a priorizar objetivos de mayor valor personal y desarrollar estrategias y herramientas compensatorias ante las diferentes limitaciones físicas y sociales (Zarling et al., 2024). En efecto, una revisión sistemática concluye que la ACT (Hayes et al., 2013) genera efectos significativos en la reducción de sintomatología depresiva en AM, consolidándose como una intervención transdiagnóstica con un alto potencial para abordar diferentes problemáticas de salud mental en este grupo etario (Sun et al., 2025).

A pesar de que las limitaciones en FP detectadas en los AM impiden un desarrollo integral con un bienestar general aceptable, considerando las alteraciones y los cambios que el paso del tiempo produce en el organismo, y que existen alternativas psicoterapéuticas viables y eficaces, en nivel mundial, como la ACT (Hayes et al., 2013), cuya utilidad ha contrastado la literatura, en el Ecuador no hay estudios con el enfoque planteado en apartados previos. Este vacío representa un punto de partida importante para la presente investigación y le otorga no solo un carácter pionero en su género, sino una pertinencia crucial para el futuro de la atención a AM en diferentes estados y condiciones de salud. A raíz de estas consideraciones, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿En qué medida es eficaz el modelo Hexaflex de la ACT para mejorar la FP en AM ecuatorianos?

1.2. Antecedentes

La base científica y empírica que ha consolidado la ACT (Hayes et al., 2013) a nivel global es creciente y respalda el desarrollo de intervenciones psicológicas integrales y transdiagnósticas orientadas a promover la FP en diversas poblaciones. En este sentido, una revisión sistemática que

examinó la ACT (Hayes et al., 2013) en adultos con condiciones crónicas determinó que este enfoque transdiagnóstico promueve conductas saludables basadas en valores personales y FP, reduciendo el malestar propio de la cronicidad de sus condiciones (Witlox et al., 2021). Además, un metaanálisis evaluó el efecto de la ACT (Hayes et al., 2013) en pacientes con trastornos depresivos y demostró que esta terapia es eficaz para reducir significativamente los síntomas asociados a esta psicopatología, mejorando la FP y mostrando, por extensión, efectos de mantenimiento sostenido en el tiempo, especialmente en muestran de origen chino (Zhao et al., 2023).

Algunos autores han evaluado la eficacia de la ACT (Hayes et al., 2013) en el "síndrome del nido vacío", caracterizado por sentimientos de soledad, infelicidad, miedo e incapacidad de desarrollo de roles ante la partida de los hijos (Mahmoudpour et al., 2023). Mediante un estudio experimental con AM diagnosticados con esta condición, estos autores refieren que el grupo experimental presentó diferencias significativas en flexibilidad cognitiva y autorregulación emocional respecto al grupo control. Estos hallazgos sugieren que los profesionales de la salud pueden aprovechar la ACT (Hayes et al., 2013) como intervención eficaz para mejorar la FP y el bienestar en personas adultas mayores. Asimismo, una revisión sistemática, empleando el método PRISMA, aporta evidencia clara de la eficacia de la ACT (Hayes et al., 2013) para reducir los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y síntomas depresivos en AM (Delhom et al., 2022). Estos autores insisten en la necesidad urgente de tratamientos psicológicos adaptados ante la escasez de estas intervenciones o vacíos investigativos. En esta misma línea, un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados en un grupo de AM de Polonia, que presentaban altas tasas de ansiedad y depresión asociadas al malestar psicológico propio del envejecimiento, demostró la eficacia de la ACT (Hayes et al., 2013) para incrementar la FP, mediante la aceptación,

la defusión y la atención plena, además de una disminución significativa del estrés, de la ansiedad y de la depresión (Chojak, 2023).

Mediante una revisión narrativa que se plantea como objetivo explorar la eficacia de la ACT (Hayes et al., 2013) para promover el bienestar psicológico (Anusuya & Gayatridevi, 2025), se identificó que pese al sólido respaldo que mantiene este enfoque psicológico existen brechas importantes asociadas al número de estudios longitudinales, adaptación cultural y contextual de los diferentes protocolos y la eficacia de su aplicación en poblaciones específicas. No obstante, los autores de esta revisión también señalan el potencial de la ACT (Hayes et al., 2013) como un enfoque terapéutico versátil para profesionales de la salud mental.

Como se mencionó previamente, el acervo científico internacional no se corresponde con la escasa investigación producida en el Ecuador sobre la utilidad de la ACT (Hayes et al., 2013) para abordar diferentes psicopatologías o fomentar habilidades funcionales en AM, e inexistente en cuanto a la FP en esta población en el entorno ecuatoriano. Esta brecha representa una oportunidad valiosa para generar evidencia local que fortalezca los enfoques de atención integral en salud desde una perspectiva más integral y culturalmente contextualizada.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Estudiar la eficacia del modelo Hexaflex de la ACT para mejorar la FP en AM ecuatorianos.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de una muestra de AM residentes en la provincia de Imbabura.
- Evaluar la FP en una muestra de AM residentes en la provincia de Imbabura.

- Aplicar la ACT a una muestra de AM residentes en la provincia de Imbabura, para fortalecer su FP.

1.4. Hipótesis de investigación

La aplicación del modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) al grupo experimental generará diferencias estadísticamente significativas en FP respecto al grupo control, que no recibirá este tipo de tratamiento, mediante un diseño pre-post intervención que permitirá verificar, mediante la comparación de puntuaciones obtenidas por ambos grupos en un instrumento de evaluación de la FP, los cambios intragrupo (experimental: pre y post) y las diferencias en FP entre el grupo experimental y el grupo control, en el postest.

1.5. Justificación

A nivel global, el envejecimiento demográfico y la salud mental de los AM constituyen una problemática caracterizada por factores de riesgo como pérdidas funcionales, enfermedades crónicas, cambios físicos y limitaciones evidentes en materia de FP (Plys et al., 2023). En contextos con limitaciones económicas, sociales y culturales, estos factores no solo incrementan la vulnerabilidad de los AM, sino que exigen mayor atención y reconocimiento por parte de la academia y los profesionales de salud y salud mental (Guo et al., 2023). Este escenario justifica, en primer, lugar la necesidad de intervenciones de prevención o respuesta especializadas para los AM, como la ACT (Hayes et al., 2013), que focalice la FP y la relaciones con una mejor adaptación y bienestar general ante los cambios que se producen en la vida diaria.

La aplicación del protocolo basado en ACT (Hayes et al., 2013) permitirá a los AM ecuatorianos participantes experimentar mejoras reales y medibles en su FP. De este modo, se fortalecerá su capacidad para afrontar pensamientos rígidos, emociones o situaciones difíciles, así

como el contacto con el momento presente. El programa estructurado basado en ACT (Hayes et al., 2013) puede mejorar el bienestar subjetivo y físico de una persona, generando mejoras en el sentido de propósito personal, autonomía y calidad de vida, cuyos efectos clínicos y psicosociales relevantes están documentados en la literatura (Witlox et al., 2021). En un contexto más amplio, al mejorar la FP en los AM, se esperan efectos positivos en su entorno familiar y comunitario, dado que la presente investigación se proyecta a mejorar paralelamente la relación familiar, el autocuidado y la integración y participación social comunitaria. Adicionalmente, los servicios de salud de primer nivel de atención podrán disponer de un protocolo de intervención replicable que contribuirá al fortalecimiento institucional de los servicios de salud, la optimización de recursos y la promoción de una atención integral de calidad.

Científicamente, el presente estudio aportará evidencia empírica dentro del contexto ecuatoriano sobre la eficacia de la ACT (Hayes et al., 2013) en la FP en población geriátrica, constituyendo una base empírica para la creación, adaptación o réplica de programas y protocolos centrados en el bienestar de los AM. Este estudio también contribuirá al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2023), en lo que respecta a la salud y el bienestar (ODS 3) y la reducción de desigualdades (ODS 10), promoviendo una vida saludable y bienestar en la vejez, reforzando la equidad en salud y la inclusión en poblaciones poco atendidas. Asimismo, se generará evidencia local que apoye la formulación de políticas públicas alineadas con las metas oficiales de la Agenda 2030.

Según la Ley Orgánica de las personas adultas mayores (LOAM, 2019), en el Ecuador se establecen como prioridad la atención integral y el acceso a servicios de salud adecuados de los AM, lo que respalda el desarrollo de investigaciones aplicadas basadas en evidencia científica y empírica para fortalecer la normativa y planificación pública desde la academia (Secretaría

Nacional de Planificación, 2024). En este contexto normativo e institucional, el alcance académico y social de la presente investigación se enmarca directamente en la línea de investigación Salud y Bienestar de la maestría en Psicología Clínica mención en Psicoterapia, contribuyendo al desarrollo del conocimiento científico y la atención en salud mental de los AM ecuatorianos.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

2.1. Envejecimiento

El envejecimiento, como proceso natural en la vida del ser humano, se ha abordado habitualmente como una fase de pérdida o reducción de capacidades y roles, así como un deterioro cognitivo significativo. Los estereotipos que se marcan en esta etapa de la vida suelen ser negativos y se asocian con características de dependencia, soledad, inutilidad y aislamiento social (González, 2021). No obstante, el envejecimiento también se puede desarrollar como un proceso saludable y continuo en optimización de oportunidades para mantener y mejorar la calidad de vida, la independencia y la salud física y mental de las personas (OMS, 2025; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2025).

Actualmente, el envejecimiento ya no se entiende solo como un desgaste o declive de salud física y mental, sino como un proceso complejo y multidimensional que integra factores biológicos, psicológicos y sociales en la experiencia de la vejez. Sin embargo, no existe una definición exacta y compartida de la vejez, ya que las investigaciones y los modelos conceptuales del envejecimiento subrayan su complejidad y su impacto en la salud mental con variabilidades individuales, influencias culturales y percepciones psicológicas (Gaviano et al., 2024).

En el contexto ecuatoriano, el envejecimiento es un tema de relevancia para la política pública, debido a la acelerada transición y aumento poblacional de este grupo etario. Por ejemplo, en el Ecuador, el 22,6 % de los hogares tiene al menos un adulto mayor, mientras que el 18,2 % de AM viven solos (INEC, 2024). Sobre esta base, el fortalecimiento de políticas y estrategias que

mejoren la calidad de vida en la vejez no solo debe garantizar la inclusión social y el bienestar de los AM, sino también abordar los desafíos que esto implica con estrategias reales y aplicables.

2.1.1. Salud mental en la vejez

Como uno de los componentes fundamentales para el bienestar integral en toda etapa del ciclo de la vida, la salud mental influye directamente en la calidad de vida de los AM. Las problemáticas y cambios asociados a la vejez enfatizan la vulnerabilidad y la perspectiva integral y contextual que se debe tener frente al malestar emocional. Los AM experimentan con mayor intensidad eventos adversos (duelos, jubilaciones, dificultades económicas, entre otros factores) y su salud mental se ve condicionada en múltiples dimensiones, incluyendo la falta de acceso a servicios de salud mental (WHO, 2025).

La depresión, la ansiedad y los trastornos afectivos relacionados con el uso de sustancias han sido las problemáticas que más se asocian a la vejez en el contexto de salud mental (Andreas et al., 2017). Estos autores sugieren la necesidad de mejorar tanto las evaluaciones como las atenciones para AM, concienciando sobre las problemáticas psicosociales cotidianas. En la población europea, los síntomas depresivos prevalecen y se asocian con una mala condición física, soledad y menor calidad de vida (Melo et al., 2025). Estos autores añaden que el rápido envejecimiento en esta población determina grandes desafíos para la salud mental. Sin embargo, la participación en roles activos como el cuidado de nietos y la sociabilidad se mostraron como posibles factores protectores, por lo que la integración social resalta la importancia de considerar intervenciones y políticas que promuevan la salud mental desde un enfoque activo.

En Estados Unidos, los AM latinos presentan una prevalencia del trastorno depresivo similar al reportado en el estudio referido antes, a la vez que las múltiples barreras existentes para acceder a servicios de salud y salud mental agravan considerablemente la situación (Álvarez et al.,

2013). Aunque algunos tratamientos para la depresión y ansiedad están disponibles, los AM latinos se enfrentan a barreras estructurales como el idioma, la falta de seguros médicos y las limitaciones de tiempo (Jiménez et al., 2020). No obstante, la salud mental de los AM puede mejorar a través de la promoción de la salud mental y la creación de estrategias reales y recursos efectivos para garantizar este derecho (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019).

2.2. Definición conceptual de flexibilidad psicológica

La FP se define como la capacidad de conectar conscientemente los pensamientos y las emociones con el momento presente, sin desarrollar patrones que ocasionen interferencias o malestar. Asimismo, la capacidad de responder ante situaciones difíciles con comportamientos adaptativos orientados al bienestar representa un indicador central de bienestar psicológico (Doorley et al., 2020). En síntesis, se puede afirmar que la FP promueve una salud mental positiva desarrollando resiliencia y reduciendo la angustia o malestar (Tindle & Moustafa, 2021).

En la literatura actual, esta capacidad persiste con comportamientos que se desarrollan en consonancia con los valores personales que uno elige frente al malestar (Barrado-Moreno et al., 2025). El concepto de FP es esencial desde una perspectiva contextual y debe mantenerse como un proceso o mecanismo dinámico de adaptación facilitando el desarrollo de comportamientos más funcionales sin reacciones de evitación experiencial, entendida como el intento de escapar de las experiencias internas aversivas (Neto et al., 2024). Además, es importante destacar que la FP no implica vivir sin dolor, evitar el sufrimiento, ni dejar de lado pensamientos y emociones, ni debe confundirse con un rasgo estable de personalidad. La FP implica, en realidad, la aceptación de experiencias internas, mantenerse en el presente y actuar de manera comprometida a favor de una mejor regulación y adaptación psicológica (Hayes et al., 2006). De este modo, el ser humano cuenta con la capacidad de afrontar las circunstancias difíciles de la vida sin recurrir a estrategias de

evitación o patrones conductuales rígidos que dificulten el bienestar psicológico (Doorley et al., 2020).

2.2.1. Importancia de la flexibilidad psicológica en la salud mental

Como proceso de salud mental, la FP ha sido ampliamente documentada en la literatura científica por su capacidad para facilitar la adaptación funcional ante las demandas del contexto. Un estudio realizado tras la pandemia por COVID-19 demuestra que la FP se relaciona empíricamente con mejores indicadores de salud mental, funcionamiento psicológico y factores protectores del funcionamiento cognitivo (Okayama et al., 2024). Además, la FP actúa como mediadora entre la adversidad interpersonal a largo plazo y sus efectos psicológicos, por lo que las intervenciones tempranas dirigidas a fortalecer la FP específicamente sobre eventos interpersonales adversos podrían reducir los efectos de adversidades pasadas (Fazio et al., 2025). En la misma línea, se demostró que los síntomas físicos persistentes que generalmente se acompañan de comorbilidad psiquiátrica afectan directamente la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, la FP se asoció con resultados positivos en pacientes que presentan síntomas relacionados con factores ambientales, por lo que varios autores señalan que debe considerarse bajo enfoques multifactoriales en la realización de más investigaciones (Selinheimo et al., 2025).

En investigaciones previas, la FP se consideraba como una piedra angular para el funcionamiento interno y social saludable. A medida que las habilidades relacionadas a una mejor FP se desarrollaban, las personas se volvían más versátiles con mejores beneficios para las respuestas mentales y conductuales. Así, la FP va de la mano con otras fortalezas internas e impulsa las acciones con motivación intrínseca hacia la autodeterminación (Kashdan & Rottenberg, 2010). En la actualidad, estos hallazgos sugieren que las personas no están lejos de alcanzar la resiliencia

basada en valores personales y significativos que orienten sus decisiones hacia una vida con mayor bienestar.

2.3. Terapia de Aceptación y Compromiso

Dentro de las terapias contextuales de la tercera ola o generación, la ACT (Hayes et al., 2013) se ha desarrollado como un modelo psicoterapéutico sustentado en el contextualismo funcional y la teoría de los marcos relacionales. Esta terapia promueve la FP integrando estrategias de aceptación, *mindfulness* y compromiso con valores personales (Hayes et al., 2006). La ACT es un modelo de cambio de conducta con la FP como proceso central, vinculada a una filosofía pragmática de la ciencia como parte de la familia de terapias conductuales y cognitivas (Hayes et al., 1999).

Actualmente, la ACT (Hayes et al., 2013) representa para el campo de la psicoterapia un modelo de apertura que no intenta cambiar lo que las personas piensan o sienten, sino que promueve el cambio de las respuestas a sus pensamientos o emociones (Ponce-Alencastro et al., 2021). Se trata de un modelo unificado de aprendizaje relacional que se centra en ejercicios experienciales y mantiene las contingencias directas (relaciones causa-efecto) de la psicología humana (Hayes et al., 2013). Esta terapia no relaciona de manera directa el sufrimiento con los contenidos mentales del ser humano, sino con la tendencia constante de evitar dicho sufrimiento, lo que ocasiona rigidez mental y desconexión con el momento presente (Hayes et al., 2006). Los principios basados en evidencia que sustentan la ACT, su naturaleza orientada a procesos y la capacidad de adaptación que puede darse a diversas áreas de desarrollo del ser humano hacen que esta técnica ofrezca una visión clara de su posición y efectividad documentada (Spencer & Levin, 2025).

2.3.1. Modelo Hexaflex

El modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013), representado gráficamente por un hexágono, constituye un conjunto de seis procesos interrelacionados que operacionalizan la FP con sus dimensiones: contacto con el momento presente, aceptación, defusión, yo como contexto, valores y acción comprometida. Este modelo funciona como una especie de interfaz visual intuitiva vinculada a principios conductuales (Hayes et al., 2013). La dinámica relacional de los seis procesos no solo influye en los patrones afectivos negativos, sino que promueve un bienestar general y mejora la FP. Además, el modelo destaca la necesidad de que los profesionales de la salud mental deben involucrarse con la ciencia de manera más flexible, discutiendo su propia rigidez para mejorar la calidad de vida de las personas que atienden (Belisle & Dixon, 2021).

2.3.1.1. Dimensiones del Hexaflex

El modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) comprende varias dimensiones, cuyas características esenciales se describen a continuación.

Aceptación. Esta habilidad implica la disposición del ser humano para experimentar y reconocer pensamientos, emociones y eventos de la experiencia humana de manera contraria a la evitación experiencial. La aceptación activa y consciente incrementa la acción basada en valores e impulsa una postura más adaptativa y compasiva (Anusuya & Gayatridevi, 2025).

Defusión cognitiva. Implica la habilidad de distanciarse del dolor o sufrimiento, reduciendo la influencia de dichas experiencias en el comportamiento del ser humano. La creación de distancia entre los eventos internos ayuda a las personas a percibirlos como situaciones pasajeras a través de herramientas como metáforas o etiquetamientos (Ding & Zheng, 2022).

Contacto con el momento presente. En lugar de involucrarse con relaciones verbales o conductuales de eventos pasados o futuros, el estar presente mantiene la atención en eventos del aquí y ahora. Esta consciencia del presente puede enfrentar mayores desafíos si se mantiene atención a eventos hipotéticos o recuerdos. Así, si se reduce la rumia y se practica la atención plena, las experiencias actuales podrán procesarse con una mejor objetividad (Belisle & Dixon, 2021).

Yo como contexto. Este proceso implica que el ser humano pueda ser consciente de su propio flujo de experiencias promoviendo la defusión y aceptación. Supone además reconocer la propia identidad estable y paralela a los pensamientos, emociones y eventos internos y externos, lo que permite observarse a sí mismo desde una perspectiva amplia (Cervantes-Perea et al., 2025).

Valores. De acuerdo con la FP, la clarificación de valores identifica lo que es importante para el ser humano y actúa en coherencia con los valores personales, generando propósito y pertinencia para priorizar objetivos y creencias. De este modo, se facilita la toma de decisiones incluso ante valores en conflicto (Plumb et al., 2009).

Acción comprometida. Para alcanzar objetivos significativos alineados con los valores personales es importante mantener una coherencia con ellos a través de la perseverancia y la adaptabilidad conductual. La acción comprometida fomenta este proceso mejorando la satisfacción mediante la adopción de medidas concretas que permitan manejar el cambio conductual a largo plazo (Anusuya & Gayatridevi, 2025).

2.3.2. Adaptaciones relevantes de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La flexibilidad conceptual y metodológica de la ACT (Hayes et al., 2013) ha permitido su adaptación a diferentes intervenciones y poblaciones en las que se han abordado necesidades y objetivos específicos. Además, la evidencia que muestran diferentes estudios sobre intervenciones

con ACT (Hayes et al., 2013) reporta resultados favorables respondiendo a cambios y características cognitivas y contextuales de diferentes poblaciones. Por ejemplo, en un grupo de pacientes ambulatorios adultos con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se aplicó la ACT (Hayes et al., 2013) como complemento a la atención habitual. La eficacia de esta técnica se demostró mediante mejoras significativas en aceptación, defusión cognitiva y atención al momento presente (Loftus et al., 2024). A partir de esta evidencia, resulta importante analizar de manera detallada las principales adaptaciones pertinentes para esta investigación, particularmente en el enfoque geropsicológico y en el formato grupal de la ACT (Hayes et al., 2013).

2.3.2.1. Enfoque geropsicológico de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La ACT (Hayes et al., 2013) y su aplicabilidad evidenciada en diferentes investigaciones han demostrado que se puede abordar el malestar psicológico asociado a la vejez sin patologizar esta etapa de la vida, favoreciendo la calidad de vida y el bienestar. En una revisión exploratoria se demostró que los AM participantes evidenciaron mayor atención consciente y apertura experiencial relacionadas con la calidad de vida en comparación con los resultados de los adultos más jóvenes evaluados en el estudio (Plys et al., 2023). Además, la FP se relaciona directamente con el bienestar de adultos de diferentes grupos etarios, incluidos los AM, ya que se ha identificado como un mecanismo que vincula la personalidad con el bienestar (Steenhaut et al., 2019). En la práctica clínica, esto constituye un resultado favorable puesto que contribuye a las intervenciones existentes dirigidas a aumentar la FP. En esta materia, la FP adquiere relevancia y constituye un recurso prometedor durante la vejez, ya que contribuye a afrontar de manera adaptativa cambios como la jubilación, la pérdida de seres queridos, disminución de capacidades físicas, la modificación de roles comunitarios, así como los cambios derivados del desarrollo de una sociedad más digitalizada. Por otra parte, la intervención basada en ACT (Hayes et al., 2013) busca ayudar a los AM a reducir

el aislamiento social y los sentimientos de soledad, favoreciendo una mayor satisfacción con las relaciones interpersonales. Finalmente, la ACT (Hayes et al., 2013) no solo pone énfasis en los valores personales, sino que también constituye una intervención eficaz para abordar los desafíos asociados a la vejez (Zarling et al., 2024).

2.3.2.2. Terapia grupal con Terapia de Aceptación y Compromiso

En los últimos años, las intervenciones e investigaciones en formato grupal de la ACT (Hayes et al., 2013) han tomado relevancia gracias a su eficacia clínica y coherencia con el modelo contextual. La posibilidad de abordar los seis procesos de la FP a través del intercambio de experiencias compartidas entre los participantes de diferentes o similares grupos etarios favorece la aplicación de la terapia sin afectar la integridad teórica de la ACT (Hayes et al., 2013). Por ejemplo, una revisión sistemática con metaanálisis encontró la eficacia de la ACT en el tratamiento del dolor crónico (Martínez-Calderón et al., 2024). Los 48 estudios utilizados en este estudio, que evidenciaron mejoras en la atención plena, FP general y calidad de vida de los AM, representan una referencia importante para evaluar las características clínicas de la intervención en los diferentes participantes en los que se aplicó el formato grupal.

El tratamiento grupal con una versión breve y adaptada de la ACT (Hayes et al., 2013) denominada *Focused Acceptance and Commitment Therapy* (FACT-CP; Strosahl et al., 2012) fue bien aceptado por un grupo de personas con dolor crónico y demostró ser viable en un centro de salud comunitario en donde los pacientes recibían una atención primaria (Kanzler et al., 2022). Los resultados fueron favorables respecto a la salud física y el bienestar emocional de los participantes después del tratamiento con la FACT-CP (Strosahl et al., 2012). Este formato resulta útil, práctico y eficiente para lograr los objetivos de la ACT (Hayes et al., 2013).

2.4. Flexibilidad psicológica y Terapia de Aceptación y Compromiso

La FP se identifica como un componente central de cambio terapéutico. Esta capacidad actúa mediando la intervención terapéutica y los resultados en salud mental, respaldada por evidencia científica que demuestra que su mejora explica la eficacia de la ACT (Hayes et al., 2013). Un estudio realizado tras la aplicación de un tratamiento de ACT (Hayes et al., 2013) transdiagnóstico, que incluía psicoterapia grupal en pacientes con diferentes trastornos, demostró un aumento significativo de FP, acompañado de mejoras en la sintomatología, calidad de vida y funcionamiento general de los pacientes (Rutschmann et al., 2024). Estos hallazgos sugieren la eficacia de esta técnica, a la vez de la necesidad de generar nuevas investigaciones que permitan obtener conclusiones sólidas sobre estos hallazgos

En el contexto de las enfermedades crónicas, las limitaciones funcionales y los factores contextuales constituyen grandes desafíos para la salud mental. Una revisión sistemática evidenció la eficacia de la ACT para mejorar la calidad de vida y reducir la sintomatología asociada a diversas enfermedades crónicas como el cáncer de mama, la hepatitis crónica, la epilepsia, enfermedades cardiovasculares y la diabetes, consolidándose como una intervención prometedora ante condiciones de salud persistentes (Konstantinou et al., 2023). En consecuencia, la ACT (Hayes et al., 2013) como enfoque transdiagnóstico se presenta como una alternativa eficaz que puede abordar estos desafíos favoreciendo una mejor adaptación funcional y una reducción considerable de síntomas psicológicos limitantes. La evidencia disponible respalda la aplicabilidad de la ACT (Hayes et al., 2013) para mejorar la salud mental y la calidad de vida, identificando los mecanismos y condiciones que optimizan el impacto de la terapia (Knudsen et al., 2025).

Respecto a la FP y la ACT (Hayes et al., 2013), algunos autores refieren efectos significativamente positivos como mediador en la eficiencia de esta técnica en personas con dolor

crónico (Lin et al., 2018). Si bien los resultados han sido modestos aunque clínicamente relevantes, sugieren la necesidad de continuar desarrollando investigaciones similares en los próximos años Considerando que la FP se relaciona con indicadores positivos de bienestar y constituye un mecanismo fundamental para promover la adaptación durante el envejecimiento, su fortalecimiento mediante intervenciones basadas en ACT representa una alternativa prometedora para favorecer el afrontamiento a las diferentes demandas propias de este ciclo vital (Plys et al., 2023).

2.5. Marco legal

Las personas adultas mayores son reconocidas a nivel nacional e internacional como un grupo de atención prioritaria. Sus derechos y el acceso a sistemas de salud y atención integral deben garantizarse mediante disposiciones jurídicas que promuevan el bienestar en todas sus formas durante la vejez. En el contexto ecuatoriano, la Constitución de la República del Ecuador (2008) recoge en varios artículos los derechos del AM. Por ejemplo, el artículo 35 hace referencia al reconocimiento de este grupo prioritario, la garantía de sus derechos y al derecho a una vida digna y atención preferente en servicios públicos y privados. Además, los artículos 36 y 37 constituyen el fundamento legal para replicar estrategias dirigidas a la salud mental y el bienestar emocional de los AM en Ecuador. Finalmente, el artículo 38 establece la creación de políticas y programas de atención tomando en cuenta las diferencias sociodemográficas de las comunidades, pueblos y nacionalidades, aspectos que resultan relevantes en la participación y ejecución de la presente investigación. Además, el respaldo legal para la implementación de intervenciones que se enfocan en mejorar la calidad de vida en la vejez también se ve referenciado por la LOAM (2019) cuyo objetivo es promover, regular y garantizar el ejercicio y difusión de los derechos en la vejez.

2.5.1. Consideraciones bioéticas

Toda investigación que implique la participación directa de seres humanos, en especial en el ámbito de la salud, debe regirse por consideraciones éticas que avalen su importancia y valor científico. El primer aspecto para considerar en este apartado es el cumplimiento riguroso de los principios éticos y profesionales para las investigaciones de salud en seres humanos mediante la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2024). Estos principios se relacionan con las normativas a nivel internacional, nacional y local y los lineamientos de las instituciones involucradas.

Previo al inicio de la investigación, el estudio se sometió a la evaluación y aprobación del respectivo Comité de Ética de la Universidad Técnica del Norte. Este proceso garantizó la transparencia en el cumplimiento de los objetivos de la investigación y el manejo de datos, además de brindó un respaldo importante para la prevención de riesgos y maximización de beneficios para los participantes. Así también, los principios éticos y el código de conducta de los psicólogos establecen que los profesionales de salud mental son los encargados de tomar las precauciones necesarias para proteger la información de los sujetos que participen en la investigación (APA, 2017).

Cada uno de los participantes se informó detalladamente sobre todos los aspectos relevantes de la investigación mediante el consentimiento informado, redactado en lenguaje claro y accesible. Este documento especificó sus derechos y compromisos, así como la garantía de confidencialidad y anonimato. Para el adecuado desarrollo del estudio, se gestionó de manera estratégica la autorización y colaboración de las autoridades pertinentes de un centro colaborador de la investigación, situado en la provincia de Imbabura (Ecuador), donde se llevó a cabo la captación de participantes y la aplicación del protocolo de evaluación. La investigadora responsable

del estudio presentó formalmente la información y se estableció una relación de colaboración mutua, resaltando los posibles beneficios que la investigación pretendía aportar. Todo ello se lo realizó respetando las dinámicas de funcionamiento tanto del centro como del rol del adulto mayor, coordinando la aplicación de instrumentos y estrategias, garantizando en todo momento la comodidad, privacidad y tiempo de participación habitual.

Para el uso y análisis de la información recolectada mediante encuestas e instrumentos se priorizó la confidencialidad y anonimato de los participantes, asignando códigos únicos a cada uno para su protección. Asimismo, cada herramienta utilizada está debidamente validada y respaldada por la academia. Del mismo modo, la responsable de la investigación aplicó el protocolo de intervención con ACT (Hayes et al., 2013), actuando en todo momento con respeto, empatía y responsabilidad profesional, lo que garantizó el desarrollo adecuado del proceso, respetando la autonomía, dignidad y valores de cada uno de los participantes dentro de un ambiente seguro y de apoyo.

De manera preventiva, se proporcionó información clara y oportuna sobre recursos y servicios de salud mental disponibles y accesibles. No obstante, no se presentaron dificultades o requerimientos de apoyo psicológico adicional. Para proporcionar igualdad de trato a los participantes, se les aseguró antes de empezar el estudio que, si la hipótesis planteada se comprueba, se aplicaría al grupo control el protocolo de ACT (Hayes et al., 2013) una vez concluida la fase experimental. De esta manera, se asegura que ningún participante quede excluido de los avances logrados, extendiendo los beneficios a la totalidad de los involucrados.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del área de estudio/grupo de estudio

Para contextualizar la realidad del área de estudio, es necesario precisar su ubicación. El centro colaborador se encuentra en una zona de la provincia de Imbabura cuya población se dedica, en su mayoría, a la agricultura, artesanías, talabartería y transporte de servicio público, y registra un índice de envejecimiento medio respecto al resto de la provincia (Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural Quiroga [GAD Quiroga], 2023). El centro colaborador cuenta con un número significativo de usuarios, cuya atención se financia mediante fondos propios y gestión colaborativa con instituciones públicas y privadas. Para efectos de la presente investigación, la frecuencia de reuniones se estableció en dos semanales durante dos meses (en total, 16 semanas), durante el período de aplicación del protocolo de intervención con ACT. Los participantes se adaptaron a los requerimientos metodológicos del estudio sin afectar la dinámica habitual del grupo.

3.2. Enfoque y tipo de investigación

La investigación se desarrolló bajo un método con enfoque cuantitativo, ya que se orientó a la recolección y análisis de datos que permitieron medir de manera precisa el impacto de la intervención psicológica sobre la mejora de la FP de los participantes. Este enfoque también posibilitó establecer relaciones objetivas entre las variables, responder a las hipótesis formuladas y verificar su validez científica mediante el uso de herramientas estadísticas (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2023). La evaluación comparativa de la FP antes y después de la aplicación de la ACT, que facilita la verificación de resultados, se presenta como un indicador del alcance de la

investigación, dado que esta pretende establecer relaciones más complejas entre variables, como es habitual en un tratamiento. Finalmente, el diseño metodológico adoptado es de tipo cuasiexperimental, ya que en esta investigación no se realizó una asignación aleatoria de los participantes a los grupos. Este tipo de diseño permitió observar y analizar los efectos de la variable independiente (ACT) sobre la variable dependiente (FP) antes y después de la intervención. Así, el diseño cuasiexperimental posibilitó establecer la relación entre la aplicación de técnica y los resultados obtenidos en contextos reales, manteniendo control sobre variables extrañas y condiciones experimentales de aplicación en el contexto del estudio (Arias-Gonzáles, 2021).

3.3. Procedimiento de investigación

La fase inicial del trabajo de campo se enfocó en la preparación administrativa y burocrática, así como en el contacto inicial con el centro colaborador. Esta etapa incluyó la presentación formal del esquema o protocolo de investigación e intervención a las autoridades pertinentes, detallando los beneficios potenciales tanto para los participantes como para la institución colaboradora y la academia. Se buscó obtener la aprobación y el apoyo logístico institucional sin interferir con las actividades propias del grupo. Asimismo, se establecieron acuerdos sobre los espacios disponibles para las diferentes intervenciones, los canales de comunicación y las reuniones informativas previstas para cada fase del proceso investigativo. Una vez obtenida la aprobación de los colaboradores, se inició la fase de reclutamiento de los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. A cada participante se le proporcionó información detallada acerca del estudio y se le entregó un consentimiento informado, el cual fue firmado por el participante y la investigadora. Posteriormente, se procedió con la aplicación de instrumentos iniciales y la evaluación pretest tanto al grupo control como al grupo experimental.

La fase de implementación de la ACT (Hayes et al., 2013) se llevó a cabo con el grupo de intervención previamente asignado y se programaron las sesiones de manera conjunta, considerando la disponibilidad de los participantes y los espacios facilitados por el club. Las sesiones se desarrollaron de manera grupal, siguiendo la estructura del protocolo de ACT establecido (Hayes et al., 2013). Se mantuvo una comunicación constante con los participantes para asegurar su adherencia a la intervención terapéutica. Además, fue fundamental contar con el apoyo de una colaboradora con formación en psicología durante algunas intervenciones grupales, con el fin de garantizar la calidad del proceso y facilitar el manejo terapéutico del grupo. Para la última fase de la investigación, se procedió a la evaluación post test del instrumento que mide el nivel de FP, con el afán de garantizar la comparabilidad clara y objetiva entre los datos iniciales y finales. Posteriormente, se realizó un cierre formal del trabajo de campo con los participantes, autoridades y personal colaborador, expresando el agradecimiento por su apoyo y valiosa participación durante todo el proceso investigativo. Asimismo, se establecieron canales de comunicación para la verificación de resultados generales, facilitando la transición hacia la fase de análisis y la entrega final de la investigación.

3.3.1. Participantes

La muestra de estudio estuvo conformada por 30 AM, a razón de 15 para el grupo control y 15 para el grupo experimental, de un rango de edad de 65 a 81 años. Se asignó, de modo intencional, a los participantes del grupo control y grupo experimental. Los participantes fueron preferentemente personas sin deterioro cognitivo significativo ni discapacidad física que limite su rol activo y constante en sus actividades cotidianas. Esta muestra se seleccionó mediante una técnica de muestreo no probabilístico de tipo intencional (Creswell y Creswell, 2018). Se facilitó el acceso a los participantes que cumplían con los criterios de inclusión y que estuvieron dispuestos

a colaborar voluntariamente con el estudio. El reclutamiento inició en octubre del 2025 y la finalización del estudio, en febrero de 2026. La aplicación de esta estrategia estuvo garantizada por el criterio profesional de la investigadora y por la colaboración de las autoridades y profesionales de la salud que supervisan las condiciones médicas de los participantes, quienes verificaron el perfil clínico y sociodemográfico de los participantes.

3.3.1.1. Criterios de inclusión y exclusión

Para garantizar la coherencia y relevancia de los datos obtenidos, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión (ver Tabla 1), que aseguraron la elegibilidad de los participantes para comprender y completar la aplicación del protocolo de intervención.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Tener entre 65 a 81 años. Residir en la ciudad X, en Imbabura (Ecuador). Presentar un estado de salud físico y mental idóneo para completar el protocolo. Alcanzar un puntaje dentro del rango normal en la aplicación del Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975). No participar en otras intervenciones psicológicas durante la aplicación del protocolo. Prestar su consentimiento informado para participar en el estudio.	No completar todas las sesiones de la intervención.

3.3.2. Instrumentos y técnicas

Para la recolección de datos se empleó un conjunto de técnicas e instrumentos estandarizados que permitieron obtener información objetiva y verificable sobre las variables.

3.3.2.1. Encuesta sociodemográfica *ad hoc*

Dado que no existe un instrumento sociodemográfico estandarizado, corto y adaptado al contexto ecuatoriano y directamente relacionado con los objetivos específicos de la presente

investigación, se elaboró una encuesta *ad hoc*. Mediante la encuesta, se recopiló información relevante de los participantes y estuvo compuesta por 10 ítems organizados en tres secciones: datos sociodemográficos (edad, género, nivel de estudios, etnia y estado civil), datos contextuales (convivencia, visita a servicios de salud y apoyo social percibido) e ítems de control y seguimiento (teléfono personal y contacto de emergencia).

3.3.2.2. Evaluación Mini Mental State Examination

El *Mini Mental State* Examination (MMSE; Folstein et al., 1975) se diseñó para evaluar, de modo breve, el estado mental, constituyéndose en la prueba más utilizada para la evaluación cognitiva, especialmente en población geriátrica (Gallegos et al., 2022). Consta de 11 ítems y puede aplicarse de entre 5 a 10 minutos. Se divide en dos secciones, la primera sección abarca orientación, memoria y atención; la segunda evalúa la capacidad para seguir órdenes verbales y escritas y la reproducción de figuras geométricas entrelazadas. Tiene una puntuación máxima de 30 y describe problemáticas según los siguientes rangos de puntuación: <9 = deterioro severo, 10-20= deterioro moderado, 21-24 = deterioro leve y 25 o más = normal. Además, el MMSE se determinó como fiable en repeticiones de 24 horas o 28 días con una confiabilidad de 0,80 (Folstein et al., 1975). En la presente investigación la prueba se aplicó solo para comprobar que la población no presentara algún tipo de deterioro cognitivo como parte de los criterios de inclusión, los resultados obtenidos se utilizaron como apoyo para la investigadora.

3.3.2.3. Cuestionario de Aceptación y Acción

El Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II; Bond et al., 2011) es la versión actualizada de una medida psicométrica de flexibilidad psicológica y evitación experiencial. Esta versión proporciona una escala más sólida en comparación con el AAQ-I (Hayes et al., 2006) y está constituida por 7 ítems con una escala tipo Likert de 1 (nunca cierto) a 7 (siempre cierto). Su

interpretación se realiza en tres niveles: las puntuaciones bajas (menos de 24 puntos) indican mayor flexibilidad psicológica, puntuaciones medias (24 a 28) se relacionan con síntomas de ansiedad y depresión y puntuaciones altas de la escala (mayores a 42 puntos) indican menor flexibilidad psicológica. La fiabilidad test-retest a los 3 y 12 meses de aplicación evidenció coeficientes de 0,81 y 0,79 respectivamente, lo que proporcionó una adecuada consistencia psicométrica (Bond et al., 2011). La versión mexicana (Patrón-Espinoza, 2010) demostró propiedades psicométricas adecuadas en población hispanohablante, mientras que la versión colombiana (Ruiz et al., 2016) reportó resultados similares y confirmó la validez transcultural del cuestionario. En el contexto ecuatoriano, se analizaron las propiedades psicométricas del AAQ-II en población adulta y se demostró que el cuestionario presenta una consistencia interna favorable (Arias et al., 2023). Además, se realizó una adaptación lingüística y validez de constructo para estudiantes universitarios modificando el ítem 1 y 7 de la versión mexicana (Patrón-Espinoza, 2010), obteniendo resultados satisfactorios y confirmando su aplicabilidad en población ecuatoriana (Paladines-Costa et al., 2021).

3.3.2.4. Terapia de Aceptación y Compromiso

Para estructurar y aplicar la intervención, se aplicó el modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999), que constó de sesiones psicoeducativas y experienciales que abordaron los seis procesos centrales de este modelo. Dichos procesos se enmarcan en un enfoque psicoterapéutico propio de las terapias de tercera generación y se respaldan en evidencia científica que valida su uso y aplicación. Esta técnica busca principalmente desarrollar habilidades de FP para conectar con el momento presente y, en función del contexto en que se desarrollen las diferentes problemáticas, transformar o modificar sus acciones (Hayes et al., 2006). En el marco de esta investigación, el protocolo ACT (Hayes et al., 1999) se orientó al desarrollo de habilidades de FP,

desechando estrategias de evitación o supresión de pensamientos y emociones de mayor complejidad propias del envejecimiento, y fomentando en su lugar la aceptación de las experiencias internas a través de la práctica de valores personales.

Entre las diversas técnicas de aplicación que engloba la ACT (Hayes et al., 1999), la presente investigación empleó el modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013), que permitió trabajar la defusión cognitiva, orientada a disminuir la influencia directa y literal de los pensamientos negativos mediante procesos experienciales diferentes (Assaz et al., 2023). Asimismo, se aplicó una estrategia de aceptación que orientó a los participantes a experimentar emociones dolorosas sin involucrarse en estrategias de evitación. Por su parte, las estrategias del "yo como contexto" y del contacto con el momento presente promovieron una conciencia plena enfocada en el aquí y el ahora. La clarificación de valores permitió identificar lo que es importante y necesario en su rol como AM. Finalmente, la estrategia basada en el compromiso con la acción impulsó a los participantes a realizar acciones alineadas a los valores personales incluso ante la presencia de malestar emocional. La integración y aplicación de las diferentes técnicas de ACT (Hayes et al., 1999) brindó herramientas clave para que los AM pudieran responder de manera más adaptativa a las demandas propias de su etapa de vida, contribuyendo al fortalecimiento de su bienestar y red de apoyo (Hayes et al., 2006).

3.4.3. Plan terapéutico de intervención

Con base en los principios propuestos por la ACT se diseñó el protocolo terapéutico (ver Tabla 2 y Tabla 3) dirigido a la población adulta mayor, que integra los procesos del modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013).

Tabla 2

Protocolo terapéutico que emplea el Hexaflex

N° de sesión	Etapa o proceso del Hexaflex	Objetivos	Actividades y técnicas	Recursos	Tiempo
1	Inicio, presentación y contexto terapéutico.	Desarrollar una alianza terapéutica, comprensión del modelo ACT y reconocimiento del grupo.	Dinámica rompehielos "Rodando mi nuevo nombre". Psicoeducación; ACT, Hexaflex y FP. Dinámica para trabajo en equipo "Alebrije". Dinámica de cierre "La cebolla".	Gafetes, marcadores, papelotes, cinta adhesiva, hojas de papel, hojas de trabajo.	60 min.
2	Aplicación de instrumentos de investigación	Recabar datos mediante la administración de instrumentos de investigación a toda la muestra antes de la intervención.	Aplicación de la encuesta *ad hoc.* *Administración* Mini-Mental State Examination (MMSE). Administración del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II).	Hojas de aplicación, lápices, computador.	150 min. (10 min. por participante)
3	Aceptación	Facilitar una apertura emocional frente a situaciones difíciles sin evitar o suprimir sensaciones, emociones o sentimientos promoviendo una relación más amable con la propia experiencia.	Dinámica de apertura "La carga eléctrica". Actividad de contenido: Videotelling cortometraje "Soledad. Reconocimiento de experiencias y emociones "Ruleta emocional". Dinámica de cierre "Mensajes de gratitud".	Computador, proyector, parlantes, ruleta de emociones, tarjetas, marcadores.	90 min.
4	Aceptación	Fortalecer el reconocimiento y validación del sufrimiento asociado a pérdidas, cambios físicos o de rol desde una postura compasiva.	Dinámica apertura "Adivina la canción oculta". Actividad de reconocimiento personal: "Máquina del tiempo" Dinámica de cierre "Diploma de reconocimiento".	Canciones de época (boleros, pasillos, cumbias), parlante, espejo, Ficha de trabajo "Diploma", marcadores.	90 min.
5	Defusión cognitiva	Identificar pensamientos rígidos para una mejor relación de eventos mentales y capacidad de respuesta.	Dinámica de apertura "Refranes". Actividad de contenido: "Etiquetado de pensamientos". Psicoeducación en defusión cognitiva. Dinámica de cierre "Galleta de la fortuna".	Ficha de refranes, pizarrón, marcadores, galletas, hojas con mensajes de "fortuna".	60 min.
6	Defusión cognitiva	Reducir el impacto de pensamientos autolimitantes y conductas desadaptativas mejorando habilidades coherentes con metas actuales.	Dinámica de integración "Los constructores". Actividad de contenido: "Jerarquía de pensamientos y análisis de reglas" Psicoeducación aplicada para eventos privados, rigidez y flexibilidad. Dinámica de cierre "Mensajes secretos".	Juegos de naipes, ficha de jerarquía de pensamientos, hojas en blanco.	90 min.
7	Yo como contexto	Promover la construcción de la perspectiva del "yo observador" basado en la adaptación a los cambios por envejecimiento.	Dinámica de confianza "Yo veo…". Actividad de contenido: Observador escondido. Psicoeducación del yo conceptual y contextual. Dinámica de cierre "Telaraña".	Fotografías antiguas, antifaz para dormir, lana.	60 min.
8	Yo como contexto	Fortalecer la visión flexible de crecimiento y adaptación de una identidad no limitada por sus experiencias pasadas.	Dinámica de apertura "Regalo simbólico". Actividad con uso de metáforas. Actividad de contenido: Yo continuo. Psicoeducación en cambio de roles, estado físico y creencias. Dinámica de cierre "Regalando abrazos"	Diadema de mando, ficha de metáforas, sonidos relajantes, parlante.	90 min.

Tabla 3

Protocolo terapéutico que emplea el Hexaflex (Continuación…)

N° de sesión	Etapa o proceso del Hexaflex	Objetivos	Actividades y técnicas	Recursos	Tiempo
9	Clarificación de valores	Explorar valores que se han desarrollado en otras etapas de la vida y que contribuyan a la reorganización de la vida diaria.	Dinámica rompehielos "Reconociendo manos". Actividad de contenido: Jerarquía de valores. Psicoeducación en valores y categorías y proyección a acciones comprometidas. Dinámica de cierre "Un viejo amigo".	Tarjetas de valores, caja de cartón, papel rasgado, espejo.	60 min.
10	Clarificación de valores	Identificar valores personales significativos que orienten las decisiones y propósitos en la vejez sin reglas autoimpuestas.	Dinámica de apertura "Globos al aire". Actividad de contenido: Reglas vs. Valores. Psicoeducación en base a conductas rígidas y flexibles desde los valores personales. Dinámica de cierre "Frases incompletas".	Globos de colores, carteles (quiero, debo), fichas de frases incompletas.	60 min.
11	Acción comprometida	Diseñar metas realistas a corto plazo alineadas con los valores personales que mantengan conductas significativas de bienestar y FP.	Dinámica de apertura "Pizarrón andante". Actividad de contenido: Contrato de valores y acción. Psicoeducación en valores, acciones, barreras internas y respuestas de aceptación y defusión. Dinámica de cierre "Me voy de viaje".	Hojas de papel, cinta adhesiva, marcadores, ficha contrato de valores.	90 min.
12	Acción comprometida	Fomentar la creación de acciones diarias de autocuidado (con y sin red de apoyo) que refuercen la motivación y autonomía del adulto mayor.	Dinámica de apertura "Actuando una mentira". Actividad de contenido: Plan de acción SMART. Psicoeducación en base a valores en conductas observables. Dinámica de cierre "Pasando la energía".	Ficha Plan SMART, marcadores.	60 min.
13	Atención al momento presente	Aumentar la capacidad para atender el momento presente favoreciendo la vivencia de actividades cotidianas y sensaciones internas de forma flexible y consciente.	Dinámica de apertura "Sorbetes y carreras". Actividades de contenido: Yo permanezco, Mindfulness sensorial. Psicoeducación del momento presente y atención perceptual. Dinámica de cierre "Mensajes por buzón".	Sorbetes, globos de colores, antifaz para dormir, caramelos, sonidos relajantes, hielo, algodón, sobres, hojas, marcadores.	90 min.
14	Atención al momento presente	Entrenar la habilidad de dirigir la atención al "aquí y ahora" durante las actividades rutinarios o experiencias difíciles disminuyendo la rumiación o sintomatología ansiosa.	Dinámica de confianza "Obstáculos a ciegas". Actividades de contenido: Mindfulness funcional y Grounding sensorial. Psicoeducación del momento presente con el contexto real del adulto mayor. Dinámica de cierre "El rey manda".	Obstáculos del contexto, ficha de mindfulness, chocolates, plantas medicinales, bastón.	90 min.
15	Aplicación de instrumentos de investigación	Recabar datos mediante la administración de instrumentos de investigación a toda la muestra después de la intervención.	Administración del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II).	Hojas de aplicación, lápices, computador.	150 min. (10 min. por participante)
16	Feedback, mantenimiento y cierre	Consolidar conocimientos, reforzar capacidades y estrategias adquiridas y brindar un cierre terapéutico profesional y humano.	Dinámica de apertura "El abecedario". Actividad de contenido: Línea de tiempo. Plan y contrato de mantenimiento. Dinámica de cierre "Fotografías grupales".	Tarjetas con abecedario, ficha línea de tiempo y plan de mantenimiento, celular o cámara fotográfica.	90 min.

3.5. Plan de análisis de datos

Para el análisis de los datos recolectados en esta investigación se utilizó el software estadístico IBM SPSS versión 27 para Windows (IBM Corp., 2020). En primer lugar, se emplearon estadísticos descriptivos como media y desviación para caracterizar las variables cuantitativas de la muestra, mientras que la prueba Chi-cuadrado permitió analizar la homogeneidad entre grupos en variables categóricas. Posteriormente, dado el tamaño reducido de la muestra (n= 30), la normalidad en la distribución de los datos se confirmó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, considerando un nivel de significancia de $p < .05$. Con base en estos resultados, se empleó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas con el propósito de medir la diferencia entre medias intragrupo (pretest vs. postest) para la variable FP. Se aplicó el mismo estadístico para muestras independientes con el fin de medir las diferencias de la media entre grupos, tanto en el pretest como en el postest, para la variable FP. Finalmente, se analizó el tamaño del efecto, mediante la *d* de Cohen (Cohen, 1988), para establecer la magnitud del cambio. Para obtener datos más precisos, se incluyó la corrección de Hedges (g) para muestras de *n* pequeña con sus correspondientes intervalos de confianza al 95 %.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados de la investigación

Dado que la muestra mostró una distribución normal, se aplicaron pruebas paramétricas en los diferentes análisis estadísticos que se llevaron a cabo, como se describe a continuación. La Tabla 4 presenta los estadísticos descriptivos, en los que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, según los resultados de las pruebas *t* de Student (variables cuantitativas) y Chi-cuadrado (variables categóricas).

Tabla 4

Descriptivo sociodemográficos de las submuestras de estudio

Variable	GE (N =15)	GC (N =15)
	M (DT) o *n* (%)	*M* (DT) o *n* (%)
Edad	69,67 (4,39)	69,73 (6,83)
Género		
Hombre	5 (33,3%)	4 (26,7%)
Mujer	10 (66,7%)	11 (73,3%)
Origen		
Ecuatoriano	14 (93,3%)	15 (100%)
Extranjero	1 (6,7%)	
Educación		
Primaria	1 (6,7%)	0
Secundaria	13 (86,6%)	13 (86,7%)
Superior	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Etnia		
Blanco	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Mestizo	12 (80%)	11 (73,3%)
Indígena	2 (13,3%)	3 (20%)
Estado Civil		
Soltero	2 (13,3%)	1 (6,7%)
Casado	9 (60%)	9 (60%)
Viudo	4 (26,7%)	5 (33,3%)
Convivencia		
Solo	5 (33,3%)	6 (40%)
Con familiares	10 (66,7%)	9 (60%)

Nota. GE = grupo experimental; GC = grupo control; M = media; DT = desviación típica.

Para el grupo control (ver Tabla 5), se encontró únicamente una correlación directa, fuerte y estadísticamente significativa entre los datos del AAQ-II (Bond et al., 2011) antes y después del periodo de tratamiento al que se sometió el grupo control, mientras que para el grupo experimental no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas (ver Tabla 6).

Tabla 5

Matriz de correlaciones para el grupo control

	1	2	3	4
1. Edad	-	-,027	,252	,446
2. MMSE		-	-,336	-,227
3. AAQ-II PRETEST			-	**,827****
4. AAQ-II POSTEST				-

Nota. MMSE = *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al., 1975); AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Acción II (Bond et al., 2011).
*$p < .05$, **$p < .001$.

Tabla 6

Matriz de correlaciones para el grupo experimental

	1	2	3	4
1. Edad	-	-,198	-,294	,446
2. MMSE		-	,305	-,176
3. AQII PRETEST			-	-,044
4. AQII POSTEST				-

Nota. MMSE = Mini-Mental State Examination (Folstein et al., 1975); AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Acción II (Bond et al., 2011).
*$p < .05$, **$p < .001$.

Los análisis de diferencias de medias arrojaron como resultado igualdad entre los grupos, antes de la intervención, y diferencias significativas en el grupo experimental antes y después de la intervención únicamente, con un tamaño de efecto grande. En la Tabla 7 se pueden consultar los resultados, incluida la corrección de Hedges (g) para muestras de n pequeña como la empleada en el presente estudio.

Tabla 7

Resultados en el AAQ-II para el grupo control y el grupo experimental

Medida	GC pretest *n* = 15	GC postest *n* = 15	GE pretest *n* = 15	GE postest *n* = 15	*t*	*p*	*d*	*g*	95 % IC
	M (DT)	*M* (DT)	*M* (DT)	M (DT)					
AAQII	44,27 (3,127)	-	45,40 (5,262)	-	,717	,479	-,261	,254	[-,973; ,465]
AAQII	44,27 (3,127)	45,47 (4,172)	-	-	-1,964	,070	-,326	-,317	[-1,037; ,404]
AAQII		45,47 (4,172)		22,47 (3,044)	-17,247	,000*	6,298	6,128	[4,420;7,836]
AAQII	-	-	45,40 (5,262)	22,47 (3,044)	14,342	,000*	5,334	5,190	[3,695; 6,686]

Nota. GC = Grupo Control; GE = Grupo Experimental; *d* = Cohen's *d* (Cohen, 1988); *g* = Hedges' g; AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Acción II (Bond et al., 2011).

*$p < .05$, **$p < .001$.

4.2. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la eficacia del modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) para mejorar la FP en AM. La hipótesis planteó la aplicación del modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) al grupo experimental generará diferencias moderadas y estadísticamente significativas en FP respecto al grupo control, que no recibirá este tipo de tratamiento, mediante un diseño pre-post intervención que permitirá verificar, mediante la comparación de puntuaciones obtenidas por ambos grupos en un instrumento de evaluación de la FP, los cambios intragrupo (experimental: pre y post) y las

diferencias en FP entre el grupo experimental y el grupo control, en el postest. Los resultados confirman la hipótesis propuesta, dado que el grupo experimental mostró una mejora estadísticamente significativa acompañada de un tamaño de efecto grande en la variable de estudio, mientras que el grupo control no mostró cambios estadísticamente significativos.

Deterioro cognitivo

Para garantizar un nivel basal razonable para trabajar con AM, se aplicó el MMSE (Folstein et al., 1975). De este modo, este punto de partida libera a los resultados obtenidos de un posible sesgo de esta naturaleza.

Normalidad en la distribución de la muestra

De acuerdo con los supuestos estadísticos, la prueba de Shapiro-Wilk indica que los datos se distribuyen de manera normal, lo que sugirió el empleo de pruebas estadísticas paramétricas.

Características sociodemográficas

En cuanto a las características sociodemográficas, no se evidenciaron diferencias entre los grupos: la edad, distribución de género, nivel educativo, estado civil, origen étnico y forma de convivencia. Respecto al género, hubo más presencia de mujeres que de hombres. Sin embargo, esta desproporción se ve compensada por la ratio mujeres-hombres en cada grupo. En cuanto al origen, la práctica totalidad de la presencia de ecuatorianos respalda la generalización de los hallazgos, en el límite correspondiente, a la población ecuatoriana de AM. Además, es razonable no encontrar una proporción mayor AD de otras nacionalidades. Lo mismo sucede con el nivel de educación, que coincide con la secundaria en la mayoría de los casos. Este nivel de educación es propio de las zonas rurales de la provincia de Imbabura, además de garantizar la comprensión y el desarrollo del protocolo de evaluación y tratamiento. De la misma manera, y en coherencia con lo

descrito en la variable anterior, la etnia predominante fue mestiza y el estado civil, casado. Finalmente, buena parte de los participantes convive con familiares. Estos resultados conceden a la muestra un carácter homogéneo, dando a los resultados más consistencia.

Correlaciones entre la variable de estudio

Los análisis correlacionales del grupo control entre las mediciones pre y post intervención evidenciaron una correlación alta entre ambos momentos, lo que indica estabilidad en los niveles de FP a lo largo del tiempo. Asimismo, no se identificaron diferencias significativas entre las medias obtenidas antes y después del periodo de estudio, lo que indica que, en ausencia de una intervención específica, la FP permanece relativamente constante. En contraste, el grupo experimental evidenció una correlación baja entre ambos momentos de medición de la FP, acompañada de diferencias estadísticamente significativas entre las medias. Este hallazgo sugiere que los participantes experimentaron cambios sustanciales en sus niveles de FP tras la intervención y es coherente con la evidencia sobre la ACT (Hayes et al., 2013). En este contexto, una revisión metaanalítica evidencia que esta terapia es eficaz frente a condiciones de control en una amplia variedad de problemas clínicos (Gloster et al., 2020). En conclusión, la estabilidad en el grupo control frente al cambio significativo en el grupo experimental, constituye un indicador del impacto del tratamiento, en la medida en que la intervención psicológica fue la única condición diferencial entre ambos grupos.

Efecto de la aplicación del modelo Hexaflex

Los resultados obtenidos en los análisis inferenciales evidencian diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pretest y postest del grupo experimental con un tamaño del efecto muy grande. Esto sugiere un impacto considerable del tratamiento sobre la FP de los AM participantes, confirmando que los cambios observados no solo son estadísticamente

significativos, sino también clínicamente relevantes. Dichos cambios responden al efecto específico del protocolo implementado. En este sentido, la aplicación del modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) produjo cambios relevantes en la capacidad de los participantes para relacionarse de manera más flexible con sus pensamientos, emociones y experiencias internas favoreciendo el desarrollo de habilidades relacionadas con la aceptación, la defusión, el contacto con el momento presente, el yo como contexto, los valores personales y la acción comprometida. En conjunto, estos hallazgos respaldan a la ACT como una intervención eficaz para mejorar la FP en adultos mayores ecuatorianos y son consistentes con hallazgos que documentaron efectos similares de la ACT sobre la FP en diferentes poblaciones (Delhom et al. 2022; Sun et al., 2025; Zhao et al., 2023).

Implicaciones clínicas

Los hallazgos de la investigación tienen implicaciones relevantes en la práctica clínica, particularmente en la atención psicológica de AM. La evidencia de mejoras estadísticamente significativas en la FP sugiere que la aplicación del modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) es eficaz y favorece los diferentes procesos de adaptación y demandas propias del envejecimiento. Los procesos de aceptación, defusión cognitiva, atención al momento presente, yo como contexto, orientación hacia los valores personales y la acción comprometida se fortalecieron significativamente siguiendo el protocolo del modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) que reconoce la FP como un elemento central para el funcionamiento adaptativo (Hayes et al., 2006). De manera complementaria y desde una perspectiva clínica y observacional se evidenció una mejor regulación emocional y la toma de decisiones más coherente con sus valores personales. En el contexto ecuatoriano, estos hallazgos resultan relevantes debido

al impacto que tienen los cambios físicos, emocionales y sociales en los AM influyen directamente en su salud y calidad de vida (Garcés et al., 2026).

Limitaciones y fortalezas del estudio

Respecto a las limitaciones del presente estudio, se reconoce que el tamaño de la muestra es bajo, lo que limita el alcance y generalización de los hallazgos. Asimismo, el uso del muestreo intencional condiciona la generalización de los resultados, al carecer la muestra de la representatividad. Aunque los resultados fueron favorables, el diseño cuasiexperimental, adecuado al contexto, no permite un control absoluto de variables externas que podrían influir. A pesar de estas limitaciones, la investigación presenta notables fortalezas metodológicas entre las que destaca la aplicación innovadora del modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) en esta población específica. Además, los análisis estadísticos rigurosos han permitido valorar los efectos esperados de la intervención con mayor rigor. Por último, el uso de instrumentos y medidas estandarizadas y replicables refuerza la solidez metodológica del estudio, permitiendo que este tipo de intervenciones se puedan adaptar a contextos similares, lo que representa un aspecto fundamental para fortalecer la validez y confiabilidad de los resultados en el campo de la Psicología (Centeno-Leyva & Dominguez-Lara, 2020).

Utilidad y proyección del estudio en la línea de investigación en salud y bienestar integral

Articulado con la línea de investigación en salud y bienestar integral, el presente estudio aporta evidencia empírica relevante al campo de la psicología en población adulta mayor, considerando que la FP constituye un eje central del modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) y se asocia directamente con indicadores positivos de salud mental en esta población (Plys et al., 2023). Los resultados obtenidos enriquecen el acervo de la investigación al demostrar el cumplimiento del objetivo general del presente estudio con un enfoque basado en

la evidencia. Del mismo modo, los hallazgos no solo benefician a profesionales de la psicología ya que poseen una utilidad interdisciplinaria e integral que puede ser utilizada por otros profesionales de la salud, terapeutas ocupacionales y cuidadores, quienes podrían integrar y mejorar el modelo de intervención en sus prácticas, considerando que las intervenciones requieren de un abordaje integral para mejorar la calidad de vida (WHO, 2025). Como profesional en salud mental, deseo también que los resultados obtenidos proyecten el interés a nuevas líneas de estudio dirigidas al desarrollo y validación de intervenciones contextuales y promuevan abordajes integrales a favor del bienestar psicológico de los AM.

Percepción clínica y perspectiva de los participantes

En función de la valoración clínica de la investigadora, el proceso de socialización e intervención se caracterizó por una adherencia completa de los participantes desde la primera sesión, lo que evidenció factores predisponentes como una alta motivación y apertura al trabajo en equipo, actitud colaborativa y curiosidad. A lo largo del desarrollo de las sesiones se evidenció una participación activa incluso de aquellos participantes que mostraron un poco de timidez. En cuanto a la práctica clínica, se percibieron cambios significativos en la narrativa personal y las formas de expresar emociones y pensamientos además de la forma en la que los participantes abordaban sus experiencias internas y las compartían con mayor apertura. Finalmente se observaron indicios de una mejora clara en las perspectivas personales y contextuales permitiendo que la implicación en el proceso de cambio sea funcional.

En cuanto a la perspectiva subjetiva de los participantes, lograron identificar cambios en su vida cotidiana, en especial en relación con la aceptación y acción comprometida. Los participantes lograron identificar una mayor capacidad para afrontar situaciones problemáticas sin recurrir a la evitación experiencial. Adicionalmente, lograron mantener una mayor atención al momento

presente, relacionándose con mayor serenidad con las experiencias pasadas sin mantener aprensión ante el futuro. Estas características sugieren una posible incorporación de habilidades propias de la ACT (Hayes et al., 1999) en el funcionamiento cotidiano del grupo de estudio.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio indican que el modelo Hexaflex (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999) es eficaz para mejorar la FP en AM ecuatorianos. En este sentido, se evidenciaron cambios clínicos y estadísticamente significativos en el grupo experimental a diferencia del grupo control, lo que respalda la hipótesis planteada. Adicionalmente, el AAQ-II (Bond et al., 2011) constituye una herramienta útil para la evaluación de FP, respaldada por la evidencia psicométrica estudiada en la literatura. Además de los cambios cuantificables evidenciados, desde una perspectiva observacional se identificaron también cambios en las experiencias de los participantes, lo que enriquece la comprensión de los efectos positivos encontrados (Hayes et al., 2013) de la ACT (Hayes et al., 1999). Por último, los resultados respaldan el uso de este modelo como una intervención eficaz que aporta evidencia relevante para futuras investigaciones en el campo de la Psicología dirigidas al bienestar de grupos vulnerables.

RECOMENDACIONES

Considerando las limitaciones identificadas en la presente investigación, se recomienda ampliar el tamaño de la muestra y emplear técnicas de muestreo con mayor rigurosidad en futuras investigaciones. Incorporar múltiples medidas de evaluación y seguimiento de cambio para fortalecer la validez externa de los resultados y enriquecer el análisis y replicabilidad de los estudios. Asimismo, es importante considerar el control de las condiciones del contexto y ambiente en las que se desarrolle la aplicación del protocolo. Se sugiere también la incorporación de programas basados en ACT dirigidos a AM en diferentes instituciones públicas y privadas complementándolos con metodologías mixtas que permitan una mejor comprensión de los efectos de la intervención.

REFERENCIAS

Alvarez, P., Rengifo, J., Emrani, T., & Gallagher-Thompson, D. (2013). Latino older adults and mental health: A review and commentary. *Clinical Gerontologist, 37*(1), 33-48. https://doi.org/10.1080/07317115.2013.847514

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). https://www.apa.org/ethics/code

Anusuya, S. P., & Gayatridevi, S. (2025). Acceptance and commitment therapy and psychological well-being: A narrative review. *Cureus*, *17*(1), e77705. https://doi.org/10.7759/cureus.77705

Andreas, S. S.-O. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+study. *British Journal of Psychiatry, 210*(2), 125-131. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463

Aravind, A., Agarwal, M., Malhotra, S., & Ayyub, S. (2025). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Mental Health Issues: A Systematic Review. *Annals of Neurosciences, 32*(4), 321-327. https://doi.org/10.1177/09727531241300741

Arias-Gonzáles, J. L. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL.

Arias, P. R., Barraca, J., & García, F. E. (2023). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en adultos ecuatorianos. *Actualidades en Psicología, 37*(134), 99-116. https://doi.org/10.15517/ap.v37i134.48374

Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador.* Registro Oficial No. 449, 20 de octubre de 2008. https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2019). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores.* Suplemento del Registro Oficial No. 484, 9 de mayo de 2019. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf

Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos.* https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Assaz, D., Tyndall, I., Oshiro, C., & Roche, B. (2023). A process-based analysis of cognitive defusion in acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy, 54*(6), 1020-1035. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003

Barrado-Moreno, V., Esteve, R., López-Martínez, A., & Ramírez-Maestre, C. (2025). Measuring psychological flexibility and inflexibility: further psychometric evidence of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory short form (MPFI-24) in Spanish population. *Current Psychology, 44*(2), 1001-1015. https://doi.org/10.1007/s12144-025-07421-x

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. Archives of General Psychiatry, 9(4), 324-333. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002

Belisle, J., & Dixon, M. R. (2021). Relational behavior and ACT: A dynamic relationship. *Behavior Analysis In Practice*, *15*(1), 71-82. https://doi.org/10.1007/s40617-021-00599-z

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II). APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t11921-000

Centeno-Leyva, S., & Dominguez-Lara, S. (2020). Replicability in psychological research: a reflection. *Interacciones*, *6*(3), e172. https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.172

Cervantes-Perea, W., Martínez-Bacaicoa, J., & Gámez-Guadix, M. (2025). Psychological flexibility and inflexibility of university students: An in-depth qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *22*(7), 1141. https://doi.org/10.3390/ijerph22071141

Chojak, A. (2023). Effectiveness of ACT-based intervention in compliance with the model for sustainable mental health: A cluster randomized control trial in a group of older adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *28*, 48-59. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.007

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.

Delhom, I., Mateu-Mollá, J., & Lacomba-Trejo, L. (2022). Is acceptance and commitment therapy helpful in reducing anxiety symptomatology in people aged 65 or over? A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 976363. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.976363

Ding, D., & Zheng, M. (2022). Associations between six core processes of psychological flexibility and functioning for chronic pain patients: A three-level meta-analysis. *Frontiers In Psychiatry*, *13*, 893150. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.893150

Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C., & Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass, 14*(12), e12566. https://doi.org/10.1111/spc3.12566

Fazio, L., Semeraro, C., Pennacchio, T. C., Asselti, M. G., Russo, M., Cassibba, R., Petrocchi, N., & Antonucci, L. A. (2025). Psychological flexibility mediates the long-term impact of adverse interpersonal experiences in childhood and adolescence. *BMC Psychology*, *13*, 927. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03297-5

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). *Mini-Mental State Examination (MMSE).* APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t07757-000

Gallegos, M., Morgan, M., Cervigni, M., Martino, P., Murray, J., Calandra, M., Razumovskiy, A., Caycho-Rodriguez, T., & Gallegos, W. L. A. (2022). 45 years of the Mini-Mental State Examination (MMSE): A perspective from ibero-america. *Dementia & Neuropsychologia, 16*(4), 384-387. 10.1590/1980-5764-DN-2021-0097

Garcés, M. C. M., Bermeo, F. F. A., Sarabia, E. D. M., & Gavilánez, J. K. L. (2026). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de América Latina. *Arandu UTIC, 12*(4), 2077-2092. https://doi.org/10.69639/arandu.v12i4.1800

Gaviano, L., Pili, R., Petretto, A. D., Berti, R., Carrogu, G. P., Pinna, M., & Petretto, D. R. (2024). Definitions of ageing according to the perspective of the psychology of ageing: A scoping review. *Geriatrics, 9*(5), 107. https://doi.org/10.3390/geriatrics9050107

Giebel, C., Gabbay, M., Shrestha, N., Saldarriaga, G., Reilly, S., White, R., Liu, G., Allen, D., & Zuluaga, M. I. (2024). Community-based mental health interventions in low- and middle-income countries: a qualitative study with international experts. *International Journal for Equity in Health, 23*, 19. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02106-6

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18,* 181-192. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009

Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural Quiroga. (2023). *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial 2023–2027.* https://gad-quiroga.gob.ec/wp-content/uploads/2025/09/PDOT-QUIROGA-2023-2027.pdf

González, M. (2021). Declive demográfico y envejecimiento en las capitales de provincia. *Cuadernos Geográficos, 60*(3), 168-191. https://doi.org/10.30827/cuadgeo.v60i3.17719

Gringart, E., Becerra, R., & Smith, A. (2025). The consequences of habitual rumination, expressive suppression, and perceived stress on mental and physical health among older adults. Geriatrics, 10(5), 114. https://doi.org/10.3390/geriatrics10050114

Guo, Y., Wang, A., & Zheng, R. (2023). Reducing health disparities: promoting vulnerable older adults' psychological health. *Frontiers in Psychology, 14,* 1187403. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1187403

Hajek, A., Gyasi, R. M., & König, H.-H. (2024). Factors associated with loneliness among individuals aged 80 years and over: Findings derived from the nationally representative "Old Age in Germany (D80+)" study. *Archives of Gerontology And Geriatrics*, *123,* 105443. https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105443

Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., & Rosenfarb, I. S. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record, 49,* 33–47. https://doi.org/10.1007/BF03395305

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, *44*(2), 180-198. https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change (2.ª ed.).* The Guilford Press. https://n9.cl/m5y69w

Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. P. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (2.ª ed.).* McGraw-Hill Interamericana. https://www.google.com.ec/books/edition/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_las_ru/domjzQEACAAJ?hl=es

Ibanez, A., Maito, M., Botero-Rodríguez, F., Fittipaldi, S., Coronel, C., Migeot, J., Lacroix, A., Lawlor, B., Duran-Aniotz, C., Baez, S., & Santamaria-Garcia, H. (2024). Healthy aging meta-analyses and scoping review of risk factors across Latin America reveal large heterogeneity and weak predictive models. Nature Aging, *4*(8), 1153-1165. https://doi.org/10.1038/s43587-024-00648-6

IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 27.0)* [Software].

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Desafíos y oportunidades para el Ecuador ante el envejecimiento poblacional: INEC destaca datos claves en el Día Mundial de la Población.* https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019, 30 de diciembre). *Salud mental en personas mayores.* Gobierno de México. https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores

Intriago-Molina, G. B., & Loor-Lino, L. E. (2021). Intervención del trabajador social en el bienestar socioemocional de los adultos mayores. *Socialium*, *5*(2), 217-236. https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2021.5.2.924

Jalali, A., Ziapour, A., Karimi, Z., Rezaei, M., Emami, B., Pourmirza Kalhori, R., Khosravi, F., Sameni, J. S., & Kazeminia, M. (2024). Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics, 24*, 809. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05311-8

Jiménez, D. E., Martínez, D., Cárdenas, V., & Marquine, M. (2020). Older latino mental health: A complicated picture. *Innovation in Aging, 4*(5), 1-12. https://doi.org/10.1093/geroni/igaa033

Kanzler, K. E., Robinson, P. J., McGeary, D. D., Mintz, J., Kilpela, L. S., Finley, E. P., McGeary, C., Lopez, E. J., Velligan, D., Munante, M., Tsevat, J., Houston, B., Mathias, C. W., Potter, J. S., & Pugh, J. (2022). Addressing chronic pain with focused acceptance and commitment therapy in integrated primary care: Findings from a mixed methods pilot randomized controlled trial. *BMC Primary Care*, *23*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s12875-022-01690-2

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 865-878. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001

Knudsen, F. M., Donahue, M. L., Klimczak, K. S., Aller, T. B., & Levin, M. E. (2025). Psychological flexibility as a mechanism of change in online ACT among adults living with chronic health conditions. *Journal of Behavioral Medicine, 48*(5), 891-899. https://doi.org/10.1007/s10865-025-00585-8

Konstantinou, P., Ioannou, M., Melanthiou, D., Georgiou, K., Almas, I., Gloster, A. T., Kassianos, A. P., & Karekla, M. (2023). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science, 29,* 240-253. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.004

Lin, J., Klatt, L.-I., McCracken, L. M., & Baumeister, H. (2018). Psychological flexibility mediates the effect of an online-based acceptance and commitment therapy for chronic pain: An

investigation of change processes. *Pain, 159*(4), 663-672. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001134

Loftus, S.T., Wetzler, K., Paquette, K., Petersen, J., & Twohig, M. P. (2024). Group-based acceptance and commitment therapy for PTSD in a HMO psychiatry clinic: An open trial. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 54*, 327–334. https://doi.org/10.1007/s10879-024-09628-8

Mahmoudpour, A., Ferdousi, K., Karami, M., Toosi, M., & Ahmadboukani, S. (2023). Cognitive flexibility and emotional self-regulation of the elderly with empty nest syndrome: Benefits of acceptance and commitment therapy. *Health Science Reports, 6*(7), e1397. https://doi.org/10.1002/hsr2.1397

Martínez-Calderón, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J., & Cano-García, F. J. (2024). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: An overview of systematic reviews with meta-analysis of randomized clinical trials. *The Journal of Pain*, *25*(3), 595–617. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.013

Melo, D., Midão, L., Mimoso, I., Alcântara, L., Figueiredo, T., Carrilho, J., & Costa, E. (2025). Prevalence and determinants of depressive symptoms in older adults across Europe: Evidence from SHARE Wave 9. *Journal of Clinical Medicine, 14*(15), 5340. https://doi.org/10.3390/jcm14155340

Neto, D. D., Mouadeb, D., Lemos, N., Nunes da Silva, A., Gloster, A. T., & Perez, W. F. (2024). Contextual similarities in psychological flexibility: the Brazil-Portugal transcultural adaptation of Psy-Flex. Current Psychology, *43*(31), 25595-25603. https://doi.org/10.1007/s12144-024-06241-9

Okayama, S., Minihan, S., Andrews, J. L., Daniels, S., Grunewald, K., Richards, M., MacCallum, F., Bryant, R. A., & Schweizar, S. (2024). Intolerance of uncertainty and psychological flexibility as predictors of mental health from adolescence to old age. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 59*(12), 2361-2368. https://doi.org/10.1007/s00127-024-02724-z

Organización de las Naciones Unidas (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023: Edición especial.* https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2025, 14 de noviembre). *Envejecimiento Saludable*. https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* Biblioteca de la OMS. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/49cb8c52-7daa-4cc2-8fb9-f5220d5e4f39/content

Paladines-Costa, B., López-Guerra, V., Ruisoto, P., Vaca-Gallegos, S., & Cacho, R. (2021). Psychometric properties and factor structure of the spanish version of the acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II) in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(6), 2944. https://doi.org/10.3390/ijerph18062944

Palma-Ayllón, E., y Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos, 32*(1), 22-25. https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006

Patrón-Espinosa, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 15*(1), 5-19. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133001

Plumb, J. C., Stewart, I., Dahl, J., & Lundgren, T. (2009). In search of meaning: Values in modern clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, *32*(1), 85-103. https://doi.org/10.1007/bf03392177

Plys, E., Jacobs, M. L., Allen, R. S., & Arch, J. J. (2023). Psychological flexibility in older adulthood: a scoping review. *Aging & Mental Health, 27*(3), 453-465. https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2036948

Ponce-Alencastro, J. A., Arredondo-Aldana, K., & Mera-Posligua, M. J. (2021). Ansiedad social: Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. Revista científica arbitrada en investigaciones de la salud GESTAR. ISSN: 2737-6273., 4(8 Ed. esp.), 104-129. https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035

Ruiz, F., Suárez-Falcón, J., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., y Riaño-Hernández, D. (2016). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción II en Colombia. *Psychol Rec, 66*, 429-437. https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2

Rutschmann, R., Romanczuk-Seiferth, N., Gloster, A., & Richter, C. (2024). Increasing psychological flexibility is associated with positive therapy outcomes following a transdiagnostic ACT treatment. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1403718. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1403718

Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: a systematic review

and meta-analysis. *Humanities and Social Sciences Communications, 12*(1). https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x

Secretaría Nacional de Planificación. (2024). *Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador.* Gráficas IMAGO Cía. Ltda. https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/

Selinheimo, S., Vuokko, A., Lappalainen, P., Keinonen, K., & Sainio, M. (2025). The association between quality of life and psychological flexibility, depressive, anxiety or insomnia symptoms in patients with persistent indoor environment-related symptoms or chronic fatigue. *BMC Psychology, 13*(1), 229. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02549-8

Spencer, S. D., & Levin, M. E. (2025). Introduction to acceptance and commitment therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, *48*(3), 429-441. https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.02.002

Steenhaut, P., Rossi, G., Demeyer, I., & De Raedt, R. (2019). How is personality related to well-being in older and younger adults? The role of psychological flexibility. *International Psychogeriatrics*, *31*(9), 1355-1365. https://doi.org/10.1017/s1041610218001904

Strosahl, K., Robinson, P. J., Gustavsson, T. (2012). Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications.

Sun, Y., Tian, Z., Ma, Y., Zhu, Q., Zheng, R., Guan, Y., & Zhang, X. (2025). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression and anxiety in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 32*(3), 643-655. https://doi.org/10.1111/jpm.13138

Tindle, R., & Moustafa, A. A. (2021). Psychological distress, social support, and psychological flexibility during COVID-19. *Academic Press*, 89-101. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-824289-6.00012-x

Witlox, M., Garnefski, N., Kraaij, V., De Waal, M., Smit, F., Bohlmeijer, E., & Spinhoven, P. (2021). Blended acceptance and commitment therapy versus face-to-face cognitive behavioral therapy for older adults with anxiety symptoms in primary care: Pragmatic single-blind cluster randomized trial. *Journal of Medical Internet Research, 23*(3). 10.2196/24366

World Health Organization. (2021). *Mental Health Atlas.* https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/912699ec-18d0-4b78-be50-366c2f8ec616/content

World Health Organization (2025). *Salud mental de los adultos mayores.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

Zarling, A., Kim, J., Russell, D., & Cutrona, C. (2024). Increasing older adults' social connectedness: Development and implementation of a web-assisted Acceptance and Commitment Therapy–based intervention. *JMIR Aging*, *7*, e47943. https://doi.org/10.2196/47943

Zhao, B., Wang, Q., Wang, L., Chen, J., Yin, T., Zhang, J., Cheng, X., Hou, R. (2023). Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis. *Annals Of General Psychiatry, 22*(34). https://doi.org/10.1186/s12991-023-00462-1.