

*REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA
EFICACIA DE LA TERAPIA DE
ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN
ADULTOS MAYORES CON
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA*

TFM



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

CIHS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Ospina'.

Lorenzo-Neftalí Ospina Espinosa

DIRECTORA DEL TFM MARÍA DEL SEQUEROS PEDROSO CHAPARRO

ÍNDICE

1. Resumen y Abstract.....	3
2. Key words y Palabras clave	4
3. Introducción.	5
4. Método	9
4.1 Estrategia de búsqueda.....	9
4.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	10
4.3 Procedimiento de análisis de los datos.....	11
4.4 Variables y Lenguaje de Búsqueda	11
5. Resultados.....	17
6. Discusión y Limitaciones	23
7. Conclusiones	27
8. Referencias	28
9. Anexos	36

1. Resumen y Abstract

Objetivo

El objetivo de este estudio es investigar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en personas mayores de 60 años con síntomas depresivos.

Metodología

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos desde 2010 hasta 2022: PubMed, Cochrane Library, PsycINFO y Psycodoc y un revisor examinó de forma independiente los estudios elegibles.

Resultados

Se incluyeron 8 estudios con 1013 participantes en la revisión. Cuatro estudios se calificaron como ECA, otros dos como estudios cuasi-experimentales y otros dos como estudios de casos. ACT redujo significativamente la depresión en comparación con los resultados previos al tratamiento en la mayoría de los estudios. Y se mantuvieron estables en las medias de seguimiento en los estudios en los que se realizaron dichas medidas.

Limitaciones

El tamaño de la muestra resultó ser una limitación de la revisión, ya que no fue suficientemente significativa para extrapolar los resultados a la población general. Los resultados de la búsqueda también tuvieron limitaciones, ya que solo se buscaron estudios publicados en español e inglés.

Conclusiones

El estudio actual sugirió que ACT es eficaz en el tratamiento de la sintomatología depresiva en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad, incluso presentando patologías comórbidas ,como por ejemplo, dolor crónico o ansiedad así como con sesiones en un formato individual como grupal.

Objectives

The objective of this study is to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in reducing depressive symptoms in people over 60 years of age.

Methodology

Relevant electronic databases were searched from 2010 to 2022, including PubMed, Cochrane Library, PsycINFO, and Psycodoc. One reviewer independently screened eligible studies.

Results

We included 8 studies with 1013 participants in the review. Four studies were qualified as RCTs, two others as quasi-experimental studies and two others as case studies. ACT significantly reduced posttreatment depression compared to pretreatment outcomes in most studies. And they remained stable at follow-up, in the studies in which follow-ups were performed.

Limitations

The heterogeneity between the included studies lead to the heterogeneity of the results. The size of the sample turned out to be a limitation of the review, since it is not significant enough to extrapolate the results to the general population. The search results also had limitations, as only studies published in Spanish and English were searched.

Conclusions

The current study suggested that ACT is effective in treating depressive symptomatology in institutionalized and community older adults, even with comorbid conditions, such as chronic pain or anxiety, as well as with sessions in an individual or group format.

2. Palabras clave y Key words.

Depresión, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Personas mayores.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Depression and Older adults.

3. Introducción.

La población europea está envejeciendo exponencialmente en las últimas décadas, los datos señalan que la población europea mayor de 65 años representaba un 16% de la población en el año 2001, en comparación a la actualidad que representa un 21% de la población (Instituto Nacional de Estadística, 2020). Así mismo, existen más datos que avalan este envejecimiento de la población europea, como por ejemplo el aumento de la proporción de adultos mayores de 80 años, que representaba un 3% de la población en el año 2001, y en la actualidad representa un 6% de la población europea según el último estudio realizado en el año 2020 (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Si bien la mayoría de las personas mayores envejecen sin problemas de salud mental, la depresión y los síntomas depresivos son frecuentes en la vejez, afectando en España a una de cada cuatro personas en la población de 75 a 84 años y a una de cada tres personas en la población no institucionalizada mayor de 85 años (ENSE, 2017). Los últimos estudios sobre la sintomatología depresiva en adultos mayores indican que existe una prevalencia de hasta 25% de sintomatología depresiva en esta población, siendo un porcentaje notablemente mayor en centros institucionalizados y en residencias de personas mayores (Ruiz et al., 2014). Así mismo, ciertas subpoblaciones de adultos mayores que se enfrentan a enfermedades crónicas y a deterioro funcional, como los adultos mayores confinados en el hogar o que viven en residencias de mayores, tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos del estado de ánimo, como puede ser la depresión o algunos síntomas depresivos (Petkus y Wethrell, 2011). La depresión en las personas mayores se asocia con una serie de resultados adversos, como, por ejemplo, cambios de identidad, duelos, un mayor riesgo de internamiento en residencias, un mayor deterioro funcional y cognitivo, tasas más altas de suicidio, una disminución de la calidad de vida y niveles más altos de utilización de atención médica y psicofarmacología (Petkus y Wethrell, 2011).

La mayoría de los adultos mayores que necesitan tratamiento de salud mental no lo reciben, y si reciben algún tipo de tratamiento normalmente es psicofarmacológico (Gum, Iser y Petkus, 2010). Las razones por las que los adultos mayores no reciben tratamiento

psicológico son la falta de conocimiento sobre los servicios de salud mental, la falta de percepción de la necesidad de servicios y el estigma que existe frente a problemas de salud mental en esta población (Klap, Unroe y Unutzer, 2003). Así mismo, el hecho de que no se intervenga psicológicamente a esta población, puede verse influido por la concepción errónea que existe respecto a la sintomatología depresiva en la población de adultos mayores, ya que se asocia a factores del envejecimiento en vez de verse como una problemática de salud mental, (Petkus y Wethrell, 2011).

Una de las intervenciones que podría ser eficaz en el tratamiento de la depresión en personas mayores es ACT, los estudios que evalúan la eficacia de ACT, especialmente en la última década, se centran en una variedad de enfermedades, incluidas las enfermedades psicológicas y fisiológicas (Bai et al, 2020). Así mismo, la eficacia de ACT en la población adulta con depresión o ansiedad sugiere que ACT es una intervención psicológicamente efectiva para la depresión (Bai et al, 2020; Ruiz et al., 2012). Sin embargo, hasta el momento no existe un tratamiento claro y protocolizado en población de adultos mayores con esta sintomatología (Ruiz et al., 2014).

ACT es una intervención de tercera generación que tiene sus raíces en el contextualismo funcional, que es una filosofía de la ciencia que se centra en la función o la viabilidad de la experiencia interna, es decir, que se centra en un interés mínimo en lo que es "verdadero" en cualquier sentido ontológico del término (por ejemplo, cuando los clientes luchan por determinar si sus pensamientos son correctos o no) y un gran interés en la viabilidad de los mismos términos (Hayes et al., 2006). El objetivo de la ACT no es eliminar el dolor o las experiencias internas desagradables, ya que estas experiencias son una parte inevitable de la vida, más bien, ACT intenta enseñar a los pacientes a vivir una vida con sentido y propósito a pesar de su dolor (Hayes et al., 2006). El supuesto subyacente de la ACT es que el sufrimiento humano está causado por la inflexibilidad psicológica que es el resultado de la evitación experiencial (sobre todo la evitación de las experiencias internas y privadas que resultan ser angustiosas), la fusión cognitiva (apego a los pensamientos inútiles, asumiendo e introyectando los pensamientos como representaciones de la realidad), la falta de contacto con el momento presente, la fusión del pensamiento con una narrativa propia estrecha a la realidad con falta de claridad y un déficit en el contacto con los valores fundamentales

idiosincráticos de cada persona (Hayes, Pistorello y Levin, 2012). La principal diferencia con la TCC (Terapia Cognitivo conductual), es que TCC trabaja principalmente con intervenciones conductuales basadas en contingencias, promoviendo la gestión de respuestas basadas en modelos de refuerzo positivo, mientras que ACT es en sí es una terapia de naturaleza experiencial más que didáctica, ya que utiliza ejercicios experienciales, historias y metáforas para evocar la exploración y el cambio en el cliente. Además la investigación recogida hasta el momento sugiere que los resultados son parecidos entre ambas intervenciones, pese a las diferencias metodológicas y teóricas existentes entre ellas (Hayes, Pistorello y Levin, 2012).

La propuesta de ACT para hacer frente a la sintomatología depresiva es una intervención mediante procesos de aceptación y compromiso en función de los valores idiosincráticos de las personas. Teniendo como pilar seis conceptos a la hora de intervenir: la aceptación, la defusión cognitiva, la atención plena en el instante presente, la perspectiva o mirada de Yo como contexto, la conciencia de los valores y el compromiso con la acción basada en los valores (Hayes et al., 2006). La aceptación se enseña como una alternativa a la evitación experiencial, la aceptación implica la adopción activa y consciente de esos eventos privados ocasionados por la historia propia de cada paciente, sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma (Hayes et al., 2006). Las técnicas de defusión cognitiva intentan alterar las funciones indeseables de los pensamientos y otros eventos internos, en lugar de tratar de alterar su forma, frecuencia o sensibilidad situacional (Hayes et al., 2006). Asimismo, ACT promueve el contacto continuo sin prejuicios con los eventos psicológicos y ambientales en el presente a medida que ocurren (Hayes et al., 2006). El yo como contexto es un punto de vista, en el que uno puede ser consciente de su propio flujo de experiencias sin estar apegado a ellas. Y finalmente, ACT fomenta el desarrollo de patrones cada vez más amplios de acción vinculados a los valores idiosincráticos elegidos, en busca de cumplir una acción comprometida momento a momento (Hayes et al., 2006).

Varios metanálisis de ensayos controlados aleatorios (ECA) sobre ACT sugieren que es una terapia más eficaz que los grupos controles de lista de espera y al menos tan eficaz como la terapia cognitiva conductual (TCC) u otros tratamientos establecidos, para tratar una variedad de problemas del estado de ánimo que se presentan en la edad adulta (Jacobs, Luci y

Hagemann, 2018). Sin embargo, hay muy poca investigación sobre el uso de ACT en adultos mayores. Si bien, los resultados disponibles sugieren que es eficaz para tratar la depresión o la sintomatología depresiva en población mayor. Por ejemplo en un estudio de Karlin y colaboradores (2013) sobre la eficacia del ACT en una muestra de veteranos jóvenes (de 18 a 64 años) y veteranos mayores (de 65 años o más) con depresión, que recibían atención en la Administración de Salud de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos, encontraron mejoras en los veteranos mayores en las puntuaciones de depresión, llegando a disminuir un 40 % en las puntuaciones del BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) y además se encontró que los resultados de los veteranos mayores fueron ligeramente mejores que los de los participantes más jóvenes. Otro estudio que avala la eficacia de ACT en el tratamiento de sintomatología depresiva en adultos mayores fue el realizado por Davison y colaboradores (2017), cuyos resultados sugirieron que una intervención de ACT individual de 12 sesiones para adultos mayores en cuidados a largo plazo institucionalizados con sintomatología depresiva y ansiosa en Australia fue eficaz para reducir significativamente la depresión, en una muestra de 41 participantes. Así mismo, en otro ECA piloto de Wetherell et al (2011) encontraron que la intervención de ACT individual en 12 sesiones con adultos mayores diagnosticados con Trastorno ansiedad generalizada en un entorno ambulatorio institucionalizado de Estados Unidos daba lugar a una disminución significativa de la depresión y la ansiedad en 21 participantes, y los resultados fueron comparables a los de los participantes que recibieron TCC.

La mayor parte de la investigación sobre ACT en adultos mayores se ha realizado en el área del dolor crónico. Dos estudios realizados en Reino Unido (McCracken y Jones, 2012; Scott et al., 2017) examinaron el impacto de ACT en programas residenciales para el tratamiento de personas mayores diagnosticadas con dolor crónico. Ambos estudios evidenciaron mejoras en los resultados de flexibilidad cognitiva, así como mejoras en el funcionamiento físico y psicosocial. También en un ECA piloto sugirieron que la intervención de ACT con optimización selectiva con compensación (SOC) fue eficaz entre las personas mayores de residencias institucionalizadas con dolor crónico, mostrando mejoras en los resultados de la capacidad funcional y aceptación del dolor que se ha asociaba positivamente con menos depresión y más bienestar emocional (Alonso et al., 2016).

Si bien existen estudios que avalan la eficacia de ACT en adultos mayores (Alonso et al., 2016; McCracken y Jones, 2012; Scott et al., 2017; Wetherell et al., 2011), hasta el momento no hay ningún trabajo que haya realizado una revisión sistemática sobre la eficacia de ACT en el tratamiento de la depresión o sintomatología depresiva en adultos mayores. En base a la literatura existente, los investigadores sugieren que ACT es un tratamiento potencialmente efectivo para los adultos mayores. Teóricamente, ACT puede ser una intervención ideal para esta población debido a su énfasis en la acción basada en valores y en la perspectiva sobre llevar una vida significativa y con propósito, así como una visión filosófica de la propia vida (Petkus y Wetherell, 2013). Sin embargo, como ACT es una psicoterapia relativamente nueva, la disponibilidad de protocolos de tratamiento es limitada enfocada a estas poblaciones. Además, los manuales existentes no han sido desarrollados específicamente para la población de adultos mayores, y la investigación sugiere que las modificaciones apropiadas en los protocolos de tratamiento pueden llegar a ser beneficiosas para el éxito general de las intervenciones (Karlin, 2011).

Existen varias revisiones sistémicas sobre la eficacia ACT (por ejemplo, Bai et al, 2020; García y Tamayo, 2019; Graham et al., 2016), pero hasta donde conocemos no se han publicado ninguna revisión sistémica, ni meta-análisis que evalué la efectividad de la ACT en el tratamiento de la sintomatología depresiva en población de personas mayores. Esta revisión sistemática se diseñó para resumir y actualizar el conocimiento actual sobre la eficacia de las intervención ACT para reducir la sintomatología depresiva en los adultos mayores.

4. Método

4.1 Estrategia de búsqueda y Lenguaje de Búsqueda

Se consultaron en las siguientes las bases datos en enero del 2022 , teniendo en un intervalo de tiempo de 12 años, desde el 2010 hasta el 2022: “PubMed”, “Psicodoc”, “PsycINFO” y “Cochrane”. Con las siguientes ecuaciones de búsqueda y con estos resultados. Para efectuar la búsqueda se utilizaron los siguientes términos de búsqueda documental:

“depression”/ “depressive disorder”/ “depressive symptoms”/ “major depressive disorder”/ “acceptance and commitment therapy” or “act”, “aged: 65+ years” or “elderly people” combinados con los operadores booleanos AND y OR (ver Anexo 1). Además, se realizó una búsqueda en la bibliografía de los artículos seleccionados, con el fin de ampliar la revisión sistemática, siempre y cuando cumplieran los criterios de selección preestablecidos.

Tabla 1. Lenguaje de Búsqueda.

Concepto	Lenguaje documental	Lenguaje libre
Depresión	"Depressive Disorder"[Mesh]	Depresión Sintomatología depresiva Depressions Depressive Symptoms
Vejez	"Aged"[Mesh]	Adultos mayores Elderly Aged Older Elder Geriatric 65+ years
Terapia de aceptación y compromiso	"Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh]	Acceptance and Commitment Therapy Terapia de aceptación y compromiso ACT

4.2 Criterios de inclusión y exclusión

La presente revisión sistemática se basa en estudios que utilizan ACT para el tratamiento de sintomatología depresiva con una muestra de adultos mayores. Los criterios principales de inclusión de los estudios fueron los siguientes: (1) Estudios que emplearan ACT; (2) Estudios que evaluaran la sintomatología depresiva; (3) Estudios con una población de adultos mayores de 60; (4) Estudios que evaluaran la efectividad de ACT (5) Estudios que estuvieran escritos en español o en inglés.

Los criterios principales de exclusión de los estudios fueron los siguientes: (1) Artículos que no incluyeran análisis en muestras de adultos mayores de 60 años; (2) Artículos que no estuvieran a texto completo, es decir artículos con acceso institucional mediante las bases de datos que disponía la Universidad Pontificia de Comillas (3) Revisiones sistemáticas o meta-análisis.

4.3 Procedimiento de análisis de los datos

El procedimiento de análisis de los datos de los artículos fue siguiendo un diagrama de flujo (ver Figura 1). En toda la búsqueda se encontraron un total de 99 artículos en las 4 bases de datos, de los cuales 15 eran duplicados, de los 84 artículos restantes se hizo una primera selección tras leer los resúmenes de cada artículo, descartando al final 73 artículos, por no cumplir los criterios de inclusión. Tras hacer una lectura exhaustiva de los 11 artículos restantes se descartaron 7 artículos por no cumplir los criterios de inclusión (3) (Estudios con una población de adultos mayores de 60) y exclusión (1) (Artículos que no incluyeran análisis en muestras de adultos mayores de 60 años). Con los 4 artículos restantes se hizo una búsqueda inversa, encontrando en la propia bibliografía de los 4 artículos seleccionados otros 4 artículos que cumplían los criterios de inclusión. Siendo en total 8 artículos seleccionados para realizar la revisión sistemática.

4.4 Variables

La variable dependiente que fue extraída de los artículos fue sintomatología depresiva de una muestra de personas mayores de 60 años para ver la efectividad de ACT como mecanismo de acción en la reducción de sintomatología depresiva. Los temas sobre los artículos seleccionados de ACT en mayores se pueden agrupar principalmente en tres temas de estudios. Estudios sobre dolor crónico entre adultos mayores, teniendo en cuenta como variable secundaria la depresión o la sintomatología depresiva (Alonso-Fernández et al., 2016; McCracken y Jones, 2012; Scott et al., 2017). También se encontraron dos artículos que evaluaban la sintomatología depresiva o la aplicabilidad de ACT entre adultos mayores (Karlin et al., 2013; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014). Y tres estudios evaluaban depresión y ansiedad entre adultos mayores (Davison et al., 2016; Petkus, y Wetherell, 2013; Wetherell

et al., 2011). Se seleccionaron dos estudios de caso (Petkus y Wetherell, 2013; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014), cuatro estudios experimentales (ECA), los cuales emplearon un grupo control para evaluar la efectividad de ACT (Alonso-Fernández et al., 2016; Davison et al., 2016; Scott et al., 2017; Wetherell et al., 2011) y un dos cuasi-experimentales, los cuales no utilizaron grupo control, y emplearon únicamente las comparaciones pretratamiento y post-tratamiento del propio grupo para evaluar la efectividad de ACT (McCracken y Jones, 2012, Karlin et al., 2013), siendo un total de 8 artículos tras la revisión sistemática.

Figura 1. Diagrama de flujo de Búsqueda

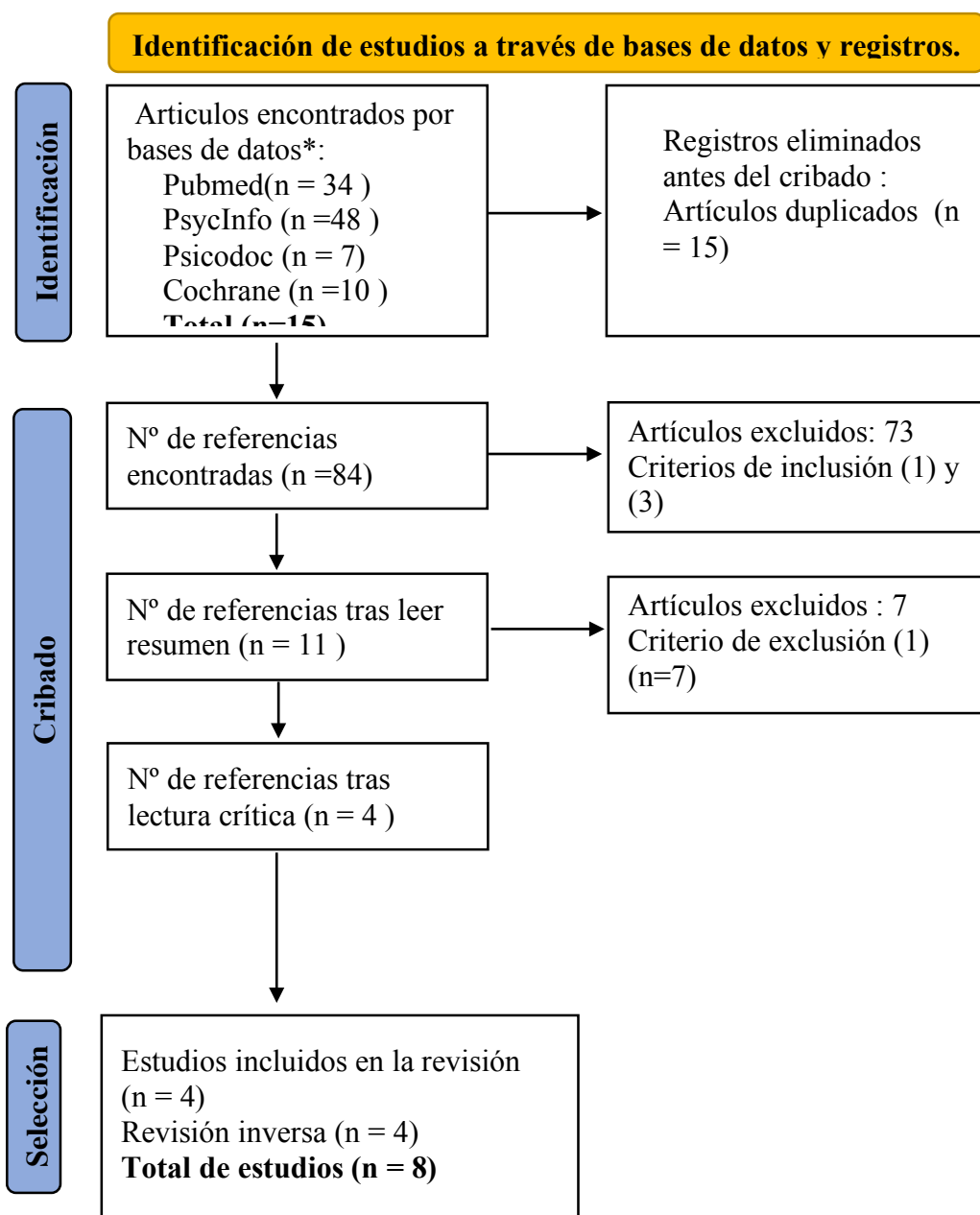


Tabla 2. Descripción de los estudios del tratamiento de ACT con adultos mayores.

Autores y año	Tipo de Diseño	Participantes y edad media (País)	Instrumentos Evaluación
Alonso-Fernández et al (2016)	Estudio cuantitativo experimental aleatorizado (ECA).	101 participantes Media de edad 82,26. (España)	Adaptación española Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale; GDS (Izal, 1993)
Davison et al (2016)	Estudio cuantitativo experimental aleatorizado (ECA).	41 participante Media de edad 85,3. (Australia)	<p>Escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale; GDS-15; Shiekh y Yesavage, 1986)</p> <p>La escala de Cornell para la depresión en la demencia (The Cornell Scale for Depression in Dementia; Alexopoulos et al.,1998).</p>
Karlin et al (2013)	Estudio cuasi-experimental	746 participantes mayores =76 participantes menores de 65= 655 participantes (E.E.U.U) 15 no indicaron la edad.	Segunda edición del Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory-Second Edition; BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996).
McCracken y Jones (2012)	Estudio cuasi-experimental	40 participantes Media de edad 64.3 (Reino Unido)	Inventario de Depresión Mayor de Columbia Británica (British Columbia Major Depression Inventory; BCMDI; Iverson y Remick, 2004).
Petkus y Wetherell, (2013)	Estudio experimental n=1 Estudio de caso.	1 participante de 69 años. (E.E.U.U)	Segunda edición del Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory-Second Edition; BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996).

Ruiz, Cangas y Barbero (2014)	Estudio experimental de caso único	3 participantes Media de edad 76 años. (España)	Escala Hamilton para la Depresión (HAM-D; validada por Ramos-Brieva, 1988). Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (DGE; validada por Salamero y Marcos, 1992).
Scott et al (2017)	Estudio cuantitativo experimental aleatorizado (ECA).	60 participantes Media de edad 69.3. (Reino Unido)	El Cuestionario de Salud del Paciente (The Patient Health Questionnaire; PHQ-9; Kroenke, Spitzer, Williams, 2001).
Wetherell et al. (2011)	Estudio cuantitativo experimental aleatorizado (ECA).	21 participantes Media de edad 70.8. (E.E.U.U)	Segunda edición del Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory-Second Edition; BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996).

Las características de los participantes en los diferentes estudios se muestran en la tabla 2. En el estudio de ACT y Optimización Selectiva con Compensación (SOC) para personas mayores institucionalizadas con dolor crónico de Alonso-Fernández et al (2016) hubo 101 participantes con una media de edad 82,2 En el ensayo piloto de ACT para los síntomas de depresión y ansiedad en adultos mayores que residen en centros de atención a largo plazo (Davison et al., 2016) hubo 41 participante con una media de edad 85,3. En el estudio sobre la efectividad de ACT para la depresión, comparando veteranos mayores y jóvenes (Karlín et al., 2013) hubo 746 participantes (mayores de 65 años 76 participantes). En el estudio preliminar de ACT sobre el tratamiento del dolor crónico para adultos en la séptima y octava décadas de la vida de McCracken y Jones (2012) hubo 40 participantes con una media de edad 64,3. En el estudio sobre (ACT) con Adultos Mayores de Petkus, y Wetherell, (2013) hubo un participante de 69 años. En el estudio sobre la intervención breve de ACT en personas mayores institucionalizadas con sintomatología depresiva (Ruiz, Cangas y Barbero, 2014) hubo 3 participantes con una media de edad 76 años. En el estudio sobre el tratamiento del dolor crónico para adultos mayores de 65 años que evaluaban la flexibilidad psicológica

con ACT de Scott et al. (2017) hubo 60 participantes con una media de edad 69,3 años. Y en el estudio sobre ACT para el trastorno de ansiedad generalizada en adultos mayores (Wetherell et al., 2011) hubo 21 participantes con una media de edad 70,8.

Por otro lado, los instrumentos de evaluación de la depresión que se emplearon en las investigaciones fueron variados, utilizando más de un instrumento en algunos de los artículos (ver Tabla 2). El Segundo Inventario de Depresión de Beck de 21 ítems (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) se empleó en varios estudios para evaluar la sintomatología depresiva de los pacientes (Karlin et al., 2013; Petkus y Wetherell, 2013; Wetherell et al., 2011). Los síntomas depresivos que se midieron con la versión española de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS; Izal, 1993) se empleó en el estudio de Alonso-Fernández et al. (2016). La escala de Cornell para la depresión en la demencia (Alexopoulos et al., 1998) se empleó para evaluar la depresión en residencias de cuidados de largo plazo en entrevistas clínicas semiestructuradas con el participante y con un informante del personal (Davison et al., 2016). Los síntomas depresivos auto-informados se evaluaron empleando la versión de 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15; Shiekh y Yesavage, 1986) en el estudio de Davison et al. (2016). Y la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (DGE; validada por Salamero y Marcos, 1992) se empleó en el estudio de Ruiz, Cangas y Barbero (2014). Los síntomas depresivos que se evaluaron con el Inventario de Depresión Mayor de Columbia Británica (BCMDI; Iverson y Remick, 2004) se utilizó en el estudio de McCracken y Jones (2012). La escala Hamilton (HAM-D; validada por Ramos-Brieva, 1988) es una medida heteroaplicada de depresión diseñada para medir la intensidad de la sintomatología depresiva de 21 ítems que se empleó en el estudio de Ruiz, Cangas y Barbero (2014). El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9; Kroenke, Spitzer y Williams, 2001) se empleó para medir la gravedad de los síntomas de depresión de los pacientes según los criterios diagnósticos estándar del DSM-IV en el estudio de Scott et al. (2017).

En cuanto a los momentos en los que se realizaron las evaluaciones, existen diferencias respecto a la frecuencia en la que se miden, aunque todos los estudios cuentan medidas pretratamiento y post-tratamiento, no todas hacen una evaluación de seguimiento (ver Tabla

3). Dos artículos incluyen, además de pre y post-tratamiento, una medida de línea base antes de comenzar el tratamiento (Petkus y Wetherell, 2013; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014). De los 8 artículos seleccionados, en uno de ellos se toma medidas de seguimiento a los 9 meses de finalizar el tratamiento (Scott et al., 2017). Otro de ellos toma medidas de seguimiento a los 6 meses de finalizar el tratamiento (Wetherell et al., 2011). Otro estudio presenta dos medidas de seguimiento, al cabo de quinto mes y a los 12 meses (Ruiz, Cangas y Barbero, 2014). En dos artículos se realiza una medida de seguimiento a los 3 meses después de finalizar el tratamiento (Davison et al., 2016; McCracken y Jones, 2012). Y por último, en 3 estudios no cuentan con ninguna medida de seguimiento (Alonso-Fernández et al., 2016; Karlin et al., 2013; Petkus y Wetherell, 2013)

Por otra parte, también se encuentran diferencias en cuanto a la utilización del grupo de control en los 8 estudios (ver Tabla 3). En tres de ellos, el grupo control es sometido a otro tipo de terapia distinta a la ACT, con el que se comparan los resultados, en uno estudio con terapia cognitivo-conductual (Wetherell et al., 2011), otro con en el estudio de con terapia de neuromodulación (Scott et al., 2017), otro estudio con una intervención de grupo de soporte mínimo (Alonso-Fernández et al., 2016) y un último estudio con un grupo control de lista de espera (Davison et al.). (La asignación de los participantes en cada grupo de estos estudios se hizo de forma aleatorizada). Los cuatro estudios restantes no cuentan con grupo control en sus investigaciones, dos por ser cuasi-experimentales por consiguiente el diseño que emplea es pre-post-tratamiento de un solo grupo (Karlin et al., 2013; McCracken y Jones, 2012). Y los otros dos no tienen grupo control por ser estudios de casos (Petkus y Wetherell, 2013; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014).

5. Resultados

Tabla 3. Descripción de los estudios del tratamiento de ACT con adultos mayores.

Autores y año	Grupo Control O comparación de grupos	Intervención y Seguimiento (Pre y Post)	Objetivo del estudio	Resultados
Alonso-Fernández et al. (2016)	ACT-SOC (n =53) MS(Grupo de soporte mínimo ;) n = 38.	ACT Y SOC (optimización selectiva con compensación) 9 sesiones de frecuencia semanal de 2 horas Pre y post tratamiento. No seguimiento.	Analizar la eficacia de un programa de tratamiento ACT combinado con entrenamiento en estrategias SOC para personas mayores con dolor crónico que viven en residencias de ancianos.	Los resultados mostraron que la aceptación del dolor se ha asociado positivamente con menos sintomatología depresiva. Cambios de efectos simples los resultados en la variable depresión ((d)= 1.51; p = 0.05)
Davison et al. (2016)	ACT (n=19) Wait list –control group (n=22).	ACT Intervención, 12 sesiones de 1 hora (2 sesiones semanales). Los participantes fueron evaluados pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento 3 meses después de finalizar el tratamiento.	Evaluar la eficacia y aceptabilidad de una intervención psicológica basada en ACT para mejorar los síntomas de depresión y ansiedad entre adultos mayores que viven en residencias a largo plazo.	Se encontraron puntuaciones significativamente más bajas después de la intervención ACT En el GDS ((d) =0.66;p < 0.05) como en la escala de Cornell ((d) = 0.59; p< 0,05). No hubo diferencias significativas entre las puntuaciones post-tratamiento y seguimiento 3 meses en el GDS (t(14)=- 0.17; p=0.86), o en la escala de Cornell, (t(14)=-1.46; p=0.17) indicando que las mejoras se mantuvieron

Karlin et al. (2013)	Mayores de 65 años=76 participantes Menores de 65 años= 655 participantes. Total de 711.	ACT para la depresión (ACT-D) De 12 a 16 sesiones de 1 hora de frecuencia semanal. Los participantes fueron evaluados Pre y post tratamiento. No seguimiento.	Examinar y comparar los resultados de veteranos mayores y jóvenes que reciben ACT a nivel nacional en el sistema de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE UU.	Los pacientes mayores que completaron el tratamiento, tuvieron una reducción significativa en las puntuaciones pretratamiento a post-tratamiento en la variable depresión ((d) =0.95; p<0.001).
McCracken y Jones(2012)	No hay comparación.	ACT 3-4 semanas de tratamiento, 5 días a la semana, durante 6,5 (incluyen tiempos)horas cada día en un centro institucionalizado. Pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento 3 meses después. Pretratamiento y post-tratamiento (N = 40) y seguimiento (N = 22).	Examinar los resultados de los adultos mayores que asisten a un tratamiento basado (ACT) para el dolor crónico.	Se observaron mejoras significativas después del tratamiento en la medida en la variable depresión (d) =0.53; (p <0,01) No hubo diferencias significativas en las puntuaciones entre post-tratamiento y seguimiento 3 meses en la variable depresión, ((d) =0.62; p <0,01)
Petkus y Wetherell (2013)	Estudio de caso. No hay comparación.	12 sesiones ACT de frecuencia semanal. Los participantes fueron evaluados Pretratamiento, post-tratamiento No seguimiento.	Proporcionar una justificación para usar ACT con adultos mayores, basado en la teoría y la investigación gerontológica a través de un estudio de caso	La puntuación del participante en el Inventario de depresión de Beck disminuyó de 31 al comienzo del tratamiento a 18 después del tratamiento, una mejora del 42 %.

Ruiz, Cangas y Barbero (2014)	Estudio de caso. No hay comparación. Paciente 1: trastorno distímico. Paciente 2: trastorno distímico. Paciente 3: y trastorno depresivo recurrente.	10 sesiones ACT durante 6 semanas. Los participantes fueron evaluados pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento 5 y 12 meses después.	Explorar la aplicabilidad y eficacia de un breve protocolo basado en ACT para tres residentes de edad avanzada, de 65 a 83 años, diagnosticados con trastorno distímico y trastorno depresivo recurrente.	Los resultados en la variable depresión mostraron un descenso clínicamente significativo post-tratamiento (Paciente 1: 63.6 %; Paciente 2: 77.3 %; Paciente 3: 65.2 %), y durante el seguimiento, seguían siendo clínicamente significativos en comparación a las puntuaciones pretratamiento. (Paciente 1: 22.7%; Paciente 2: 27.3%; Paciente 3: 43.5%)
Scott et al. (2017)	Grupo ACT (n= 38) Grupo de neuromodulación (N =22)	Para el programa de ACT, duro 16 sesiones, 4 semanas durante 4 días por semana. Los individuos en el programa de neuromodulación 4 días durante 2 semanas. Los participantes fueron evaluados pretratamiento, post-tratamiento, después del tratamiento y seguimiento 9 meses después.	Examinar la efectividad de ACT para adultos mayores con dolor crónico. En segundo lugar, examinar las asociaciones entre los cambios en los procesos de flexibilidad psicológica y las variables de resultado del tratamiento.	La reducción de la depresión es significativamente moderada . Tamaño del efecto de depresión en el PHQ-9 ($p < 0.001$; $d = 0.64$) Después del seguimiento, los resultados en la variable aceptación del dolor se encontró una correlación con la variable depresión significativamente ($r=-0.24$, $p < 0.05$). Y a su vez la variable depresión disminuyo moderadamente en el seguimiento ($p = 0,5$; $d = 0.40$)

Wetherell et al. (2011)	ACT (n = 11) TCC (n = 10)	12 sesiones semanales individuales de ACT o TCC de una hora de duración. Los participantes fueron evaluados pretratamiento, post-tratamiento, después del tratamiento y seguimiento 6 meses después.	Explorar la viabilidad y aceptabilidad de una intervención ACT con pacientes mayores con TAG.	Las puntuaciones disminuyeron significativamente desde el pretratamiento hasta el pos-tratamiento en el grupo de ACT (mediana pretratamiento = 6; mediana post-tratamiento = 3) ($r=0.57$; $p < 0.05$) y en el de TCC (pretratamiento mediana = 20; post-tratamiento mediana = 12) ($r= 0.64$; $p < 0.05$)
-------------------------	------------------------------	--	---	--

En los estudios de Experimentales los resultados fueron similares (Alonso-Fernández et al., 2016; Davison et al., 2016; Scott et al., 2017; Wetherell et al., 2011). En el estudio de Alonso-Fernández et al. (2016) los datos mostraron una disminución moderada en la sintomatología depresiva en los participantes del grupo ACT-SOC en la variable depresión ($(d)= 1.51$; $p= 0.05$). Las puntuaciones pasaron de 10.81 pre-tratamiento a 8.88 post-tratamiento en el GDS, mientras que no se encontraron diferencias significativas en el grupo de MS, pasando de puntuaciones de 12.00 pretratamiento a post-tratamiento de 11.98, en la misma escala. En resumen, estos datos sugieren que ACT acompañada con técnicas de SOC puede mejorar significativamente los niveles de depresión en las personas mayores con dolor crónico.

En el ensayo controlado de Davison et al. (2016) se encontraron puntuaciones significativamente más bajas en la variable depresión, después de la intervención en el grupo de ACT en comparación al grupo control tanto en el GDS ($(d) =0.66$; $p < 0.05$) como en la Escala de Cornell ($(d) = 0.59$; $p < 0.05$). Y en los resultados del seguimiento de 3 meses después de la intervención no hubo diferencias significativas respecto a las puntuaciones post-tratamiento en el GDS ($t(14)=-0.17$; $p=0.86$), pero sí en la escala de Cornell ($t(14)=-1.46$; $p=0.17$), indicando que los resultados se mantenían estables tres meses después de haber finalizado la intervención. También los hallazgos encontrados señalaron que las puntuaciones disminuyeron significativamente durante el curso de la intervención en el grupo

de ACT de 6 semanas en comparación con el grupo control en lista de espera, es decir, que gracias a la información obtenida por el grupo de lista de espera se encontró apoyo preliminar sobre los beneficios de la intervención basada en ACT para reducir los síntomas de depresión en adultos mayores de residencias de cuidados de largo plazo. Las puntuaciones medias en el GDS disminuyeron de 7.2 al inicio del tratamiento a 5.8 después de la intervención y 4.9 a los tres meses después (seguimiento). De manera similar, la puntuación media en la Escala de Cornell disminuyó de 10,0 al inicio del tratamiento a 7.5 después de la intervención y a 4.7 tres meses después de la intervención (seguimiento). Por lo tanto, los síntomas depresivos en el estudio de se mantuvieron tres meses después de la intervención en el grupo de ACT, por lo tanto estos resultados sugieren que ACT puede ayudar a reducir los síntomas de depresión en residencias de cuidados de largo plazo y se establece en el tiempo durante 3 meses.

En el estudio de Scott et al. (2017) se observó que la reducción de la depresión fue moderadamente significativa. Ya que el tamaño del efecto en la variable de depresión fue moderadamente significativa ($p < 0.001$; $d = 0.64$). Aun así, durante el intervalo previo al tratamiento hasta el seguimiento, hubo mejoras en la aceptación general que se correlacionaron significativamente con mejoras la depresión, y así mismo, las mejoras en la aceptación del dolor se correlacionaron significativamente con mejoras la depresión, es decir, en los análisis de regresión previos y posteriores al tratamiento, demostraron que las mejoras en la aceptación general predecían mejores resultados en la depresión ($r = -0.24$; $p < 0.05$). Y en el seguimiento, disminuyó moderadamente la variable depresión ($d = 0.40$; $p = 0.05$). En resumen, el tratamiento basado en ACT estudiado en el estudio de Scott et al. (2017) se asoció a mejoras en el funcionamiento inmediatamente después del tratamiento en la variable de aceptación del dolor, prediciendo a largo plazo mejoras en la depresión en personas con dolor crónico de mayores de 65 años.

Los participantes del estudio de Wetherell et al. (2011) que completaron la terapia de ACT mostraron una mejora en las puntuaciones gravedad de los síntomas depresivos post-tratamiento, las puntuaciones fueron estadísticamente significativas entre el pretratamiento y pos-tratamiento en el grupo de ACT (mediana pretratamiento = 6; mediana post-tratamiento

= 3) ($r=0.57$; $p < 0,05$) y en el grupo de TCC (pretratamiento mediana = 20; post-tratamiento mediana = 12) ($r = .64$; $p < 0.05$). En resumen, los resultados encontrados en el estudio de Wetherell et al. (2011) sugirieron que ACT puede ser efectivo para reducir los síntomas depresivos y de preocupación, e inclusive sugirieron que podía ser una terapia igual de eficaz como la TCC. Aunque hay que tener consideración, que en que los pacientes asignados al grupo de ACT presentaban mejoras significativas en los síntomas depresivos durante el período de espera que los asignados a TCC.

También en los estudios cuasi-experimentales los resultados encontrados fueron similares (Karlin et al., 2013; McCracken y Jones, 2012). En el estudio de Karlin et al. (2013) se observó que en los pacientes mayores que completaron el tratamiento obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en las puntuaciones post-tratamiento en comparación pretratamiento en la variable depresión ($d = 0.95$; $p < 0.001$). También se observó una mejora similar en los pacientes más jóvenes en comparación con las muestras de los pacientes más mayores en la variable depresión, siendo sutilmente mejor en los veteranos mayores. Las puntuaciones medias del BDI-II disminuyeron de 28,4 a 17,5 en la muestra de pacientes menores y en la muestra de pacientes mayores de 30,3 a 19,1, los tamaños del efecto observados fueron de 1,06 y 0,95 en el BDI-II, respectivamente. En general, estas puntuaciones y estimaciones de efectos indican que los pacientes más jóvenes lograron una disminución promedio del 36 % en las puntuaciones del BDI-II desde el inicio hasta la evaluación final y que los pacientes mayores lograron una disminución del 40 %. Estos resultados sugieren que ACT es un tratamiento eficaz para los veteranos mayores con depresión y que puede llegar a ser igual de eficaz como en la población adulta más jóvenes.

En el estudio de McCracken y Jones (2012) se observaron mejoras significativas en las medidas de los resultados de depresión en ambos puntos temporales. Se observaron puntuaciones significativas pretratamiento y post-tratamiento en los resultado de depresión en el BCMDI ($d = 0.53$; $p < 0,01$). No hubo diferencias significativas en las puntuaciones post-tratamiento y seguimiento de 3 meses en el BCMDI ($d = 0.62$; $p < 0,01$), pero las mejoras se mantuvieron en comparación a las medidas pretratamiento a los tres meses después de haber finalizado la intervención, es decir, este hallazgo sugiere que las ganancias

del tratamiento se mantuvieron. Esto sugiere que los beneficios de ACT son duraderos. En resumen, estos datos preliminares sugieren que un tratamiento basado en ACT puede mejorar significativamente los niveles de depresión después del tratamiento y mantenerse a los 3 meses en adultos mayores con dolor crónico.

En los estudios de caso único los resultados encontrados fueron similares (Petkus y Wetherell, 2013; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014). En el estudio de Petkus y Wetherell (2013) la puntuación en el BDI-II del paciente disminuyó de una puntuación de 31 al comienzo del tratamiento a una puntuación de 18 después del tratamiento, representando una mejora del 42 % en la reducción de sintomatología depresiva, así mismo, el cambio de enfoque de resolución de problemas a ACT fue beneficioso para tratar la depresión del paciente. Al final del tratamiento, participaba activamente en comportamientos valiosos, como solicitar empleo y contactar a su hijo mayor. Además el paciente obtuvo un empleo después de la última sesión e informó que durante el proceso de la entrevista, los ejercicios de atención plena fueron particularmente útiles para lograr que se diera cuenta de lo que estaba pensando y sintiendo, para desempeñar bien en la entrevista.

En el estudio de caso único de Ruiz, Cangas y Barbero (2014) se observó una reducción clínicamente significativa en los resultados de HAMD en los tres pacientes, antes y después del tratamiento (Paciente 1: 63,6 %; Paciente 2: 77,3 %; Paciente 3: 65,2 %), y durante el seguimiento, la puntuación aumentó respecto al post-tratamiento, aunque mostró un descenso clínicamente significativo respecto al pretratamiento en los resultados de HAMD (Paciente 1: 22,7%; Paciente 2: 27,3%; Paciente 3: 43,5%). En resumen, este estudio de caso único proporciona evidencia suficientemente sólida sobre la efectividad y aplicabilidad de un protocolo de intervención breve de ACT en adultos mayores con trastorno distímico y trastorno depresivo recurrente.

6. Discusión y limitaciones

Esta revisión sistemática es la primera en proporcionar una recopilación de estudios respecto a la efectividad de ACT sobre los síntomas depresivos en personas mayores, ya que no se

pudo encontrar ninguna otra revisión publicada del mismo tema hasta el momento. A pesar de los exhaustivos esfuerzos de búsqueda y de recuperación de artículos, solo 8 artículos cumplieron con los criterios de inclusión. Todos se publicaron en los últimos once años, lo que respalda una evidencia emergente del uso de ACT entre las personas mayores. Los hallazgos sugieren ser prometedores respecto a la mejoras en la depresión con ACT en las personas mayores en los 8 estudios, aunque la proporción de mejora es distinta en cada una de ellas. Estos resultados fueron comparables con otros estudios de intervención como por ejemplo el de Corpas, Gilbody y McMillan (2022) sobre la eficacia de la TCC con personas mayores con síntomas depresivos.

En los estudios de dolor de crónico se encontraron mejoras significativas tanto en la reducción de la sintomatología depresiva como de dolor crónico en la intervención de ACT (Alonso-Fernández et al., 2016; McCracken y Jones, 2012; Scott et al., 2017). Los resultados obtenidos en dolor crónico fueron similares a los obtenidos al estudio de Ghorbani et al. (2021) que evaluaba la efectividad de ACT para reducir la depresión y aumentar la aceptación del dolor en pacientes con cáncer de mama. De hecho, en el estudio de Scott et al. (2017) se encontró una correlación entre el aumento de la aceptación del dolor crónico con una disminución de sintomatología depresiva. También se encontró que la reducción de la sintomatología se mantenía en el tiempo, tanto en el estudio de McCracken y Jones (2012) cuyos resultados señalaban una disminución de los síntomas depresivos durante tres meses, como en el estudio de Scott et al. (2017) durante nueve meses. Es decir, los resultados de estos estudios sugieren que los cambios son estables en el tiempo para abordar las circunstancias individuales y de vida asociadas a la depresión y al dolor crónico en la vejez .

Los resultados de los dos estudios que tenían como tema principal evaluar la efectividad de ACT en la sintomatología depresiva muestran una disminución significativa de la sintomatología depresiva (Karlin et al., 2013; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014). Se encontraron resultados similares a los obtenidos en estudios de ACT para tratar sintomatología depresiva en la población adulta como el estudio de Ferreira et al. (2022). En el estudio de Karlin et al. (2013) los resultados respaldaron la efectividad de ACT con veteranos mayores, ya que en este estudio ACT parece ofrecer la misma eficacia para abordar la sintomatología depresiva

tanto en la vejez como en la adultez, inclusive siendo ligeramente más efectivos en la población de adultos mayores. Así mismo, en el estudio de caso único de Ruiz y colaboradores (2014) se encontró también evidencia suficientemente sólida sobre la efectividad de ACT en adultos mayores con síntomas depresivos, siendo en un estudio de caso único con tres participantes, en que se siguió paso a paso el proceso de mejora de los tres participantes de forma individual, llegando a observar que la mejoras después del tratamiento se mantenían en el tiempo durante doce meses, es decir que los datos sugieren que los resultados obtenidos a mediante ACT son estables a lo largo del tiempo al igual que en el estudio de caso único de Petkus y Wetherell (2013) en el que se se encontraron mejorías significativas en el proceso terapéutico individual de ACT para tratar la sintomatología depresiva, con la única diferencia que no se realizó sigüentito.

En los estudios que evaluaban la efectividad de ACT en el tratamiento de sintomatología ansiosa y depresiva con personas mayores (Davison et al., 2016; Wetherell et al., 2013) los resultados encontrados fueron similares a los obtenidos en los estudios de la revisión de Twohig y Levin (2017) sobre la efectividad de ACT como Tratamiento para la ansiedad y la depresión en la población general. En el estudio de Wetherell et al. (2013) se encontraron mejorías significativas en el proceso terapéutico de ACT para tratar el trastorno de ansiedad generalizada y a su vez la sintomatología depresiva comórbida. En comparación con el grupo de TCC, los resultado fueron ligeramente mejores en el grupo de ACT. Por otra parte, los resultados sugieren que las mejorías obtenidas través de ACT se mantenían durante seis meses, es decir, este estudio sugiere que ACT es una terapia igual de efectiva para tratar trastornos de ansiedad y síntomas depresivos a largo plazo como terapias predominantes como la TCC. Del mismo modo el estudio de Davison et al. (2016) que también evaluaba la efectividad de ACT en la sintomatología depresiva y ansiosa se encontraron resultados similares a los de Wetherell et al. (2013) con la diferencia que el seguimiento que se realizo fue durante tres meses.

La mayoría de los estudios recopilados en la revisan eran de una población institucionalizada (Alonso-Fernández et al., 2016; Davison et al., 2016; Karlin et al., 2013; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014; Scott et al., 2017; Wetherell et al., 2013) los resultados obtenidos eran

similares a los de los estudios de una población no institucionalizada (McCracken y Jones, 2012; Petkus y Wetherell, 2013). También ACT mostro buenos resultados tanto en las intervenciones grupales (Alonso-Fernández et al., 2016; Davison et al., 2016; McCracken y Jones; Karlin et al., 2013; Scott et al., 2017; Wetherell et al., 2013) como en los resultados de sesiones individuales (Petkus y Wetherell, 2013; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014)

También el tipo de la muestra de este estudio fue diverso demográficamente favoreciendo a la heterogeneidad de la misma, hubo tres estudios con población estadounidense (Karlin et al., 2013; Petkus y Wetherell, 2013; Wetherell et al., 2011), dos estudios con población británica (McCracken y Jones, 2012; Scott et al., 2017), dos estudios con población española (Alonso-Fernández et al., 2016; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014) y otro con población australiana (Davison et al., 2016).

Este estudio se desarrolló con algunas limitaciones que también deben ser mencionadas. En primer lugar, el bajo tamaño muestral, tanto en el presente trabajo como en los estudios seleccionados. Por una parte, el número de estudios que evalúan la eficacia de ACT en síntomas de depresión es muy limitado. Por otra parte, el tamaño muestral de los artículos disponibles es bajo, artículo con más participantes no llega superar los 100 participantes (Alonso-Fernández et al., 2016), dificultando así que tenga una validez externa, que posibilite la generalización de los resultados obtenidos al resto de la población. En segundo lugar, hay que tener en consideración que en los estudios la mayoría de la población son de centros institucionalizados de residencias de mayores con una población caucásica de un nivel de vida medio alto, por tanto, son necesarios más trabajos que evalúen la eficacia de ACT, tanto en centros institucionalizados y no institucionalizados para tener una muestra más grande que se pueda generalizar al resto de la población, por tanto, son necesarios más trabajos que evalúen la eficacia de ACT. Y en tercer y último lugar, también afectaba el análisis de los resultados la gran tasa de abandono a lo largo de los estudios siendo del 50% en algunos casos (por ejemplo, Alonso-Fernández et al., 2016; McCracken y Jones, 2012).

7.Conclusiones

Atendiendo a la elevada prevalencia de síntomas depresivos en mayores (Instituto Nacional de Estadística, 2020) es relevante contar con terapias con validación empírica en el tratamiento de estos síntomas. Una de las terapia recientes que ha tenido muy buenos resultados en el tratamiento de sintomatología depresiva es ACT, en base a los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren que ACT es eficaz en el tratamiento de la sintomatología depresiva en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad, incluso presentando patologías comórbidas ,como por ejemplo, dolor crónico ((McCracken y Jones, 2012; Scott et al. 2017) o ansiedad (Davison et al., 2016; Wetherell et al., 2011), así como con sesiones en un formato individual (Petkus y Wetherell,2013; Ruiz, Cangas y Barbero, 2014) como grupal (Alonso et al., 2016 Davison et al., 2016). Es decir, pese a la necesidad de mayor investigación de ACT en personas mayores , estos resultados avalan el uso de esta terapia en esta población con esta sintomatología.

8. Referencias

- Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., & Shamoian, C.A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271–284. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90038-8](https://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8)
- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L., & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People with Chronic Pain. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 17(2), 264–277. <https://doi.org/10.1111/pme.12885>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 260, 728–737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *The beck depression inventory-second edition: Manual*. Washington, DC: Psychological Corporation.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(1), 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48(5), 593–602. <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.593>
- Corpas, J., Gilbody, S., & McMillan, D. (2022). Cognitive, behavioural or cognitive-behavioural self-help interventions for subclinical depression in older adults: A systematic review and

meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 308, 384–390.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.085>

Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*, 21(7), 766–773.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.115605>

Espinosa Aguilar, A., Caraveo Anduaga, J., Zamora Olvera, M., Arronte Rosales, A., Krug Llamas, E., Olivares Santos, R., Reyes Morales, H., Tapia García, M., García González, J., Doubova, S., & Peña Valdovinos, A. (2007). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*, 30(6), 69–80.

Fernández-Rodríguez, C., González-Fernández, S., Coto-Lesmes, R., & Pedrosa, I. (2021). Behavioral Activation and Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Anxiety and Depression in Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial. *Behavior modification*, 45(5), 822–859. <https://doi.org/10.1177/0145445520916441>

Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 309, 297–308.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>

Franck, L., Molyneux, N., & Parkinson, L. (2016). Systematic review of interventions addressing social isolation and depression in aged care clients. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(6), 1395–1407. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1197-y>

García Rasero, A. M., & Tamayo Hernández, J. A. (2019). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 16(1), 101-125. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63651>

- Ghorbani, V., Zanjani, Z., Omid, A., & Sarvizadeh, M. (2021). Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, pain acceptance, and psychological flexibility in married women with breast cancer: a pre- and post-test clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 43(2), 126–133. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0022>
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahe, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review*, 46, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
- Gum, A. M., Iser, L., & Petkus, A. (2010). Behavioral health service utilization and preferences of older adults receiving home-based aging services. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18(6), 491–501. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c29495>
- 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., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Instituto Nacional de Estadística (2020). “Una población envejecida”. Recuperado de https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es
- Iverson GL, Remick R. (2004) Diagnostic accuracy of the British Columbia Major Depression Inventory. *PsycholRep* 95, 1241–7.
- Izal M, Montorio I. (1993) Adaptation of the geriatric depression scale in Spain: A preliminary study. *Clin Gerontol*,13, 83–91.

- Jacobs, M. L., Luci, K., & Hagemann, L. (2018). Group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Older Veterans: Findings from a Quality Improvement Project. *Clinical gerontologist*, 41(5), 458–467. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1391917>
- Jonsson, U., Bertilsson, G., Allard, P., Gyllensvärd, H., Söderlund, A., Tham, A., & Andersson, G. (2016). Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. *PloS one*, 11(8), e0160859. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160859>
- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. B. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: comparison among older and younger veterans. *Aging & mental health*, 17(5), 555–563. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.789002>
- Klap, R., Unroe, K. T., & Unützer, J. (2003). Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11(5), 517–524.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2001) The PHQ-9. *J Gen Intern Med*, 16(9), 606-613.
- Lappalainen, P., Pakkala, I., & Nikander, R. (2019). CareACT - internet-based intervention for enhancing the psychological well-being of elderly caregivers - a study protocol of a controlled trial. *BMC geriatrics*, 19(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1071-9>
- Lindsey Jacobs, Katherine Luci & Lauren Hagemann (2018) Group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Older Veterans: Findings from a Quality Improvement Project, *Clinical Gerontologist*, 41:5, 458-467, DOI: [10.1080/07317115.2017.1391917](https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1391917)
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant

depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 760–772. <https://doi.org/10.1037/ccp0000028>

Maghsoudi, Z., Razavi, Z., Razavi, M., & Javadi, M. (2019). Efficacy Of Acceptance And Commitment Therapy For Emotional Distress In The Elderly With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*, 12, 2137–2143. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S221245>

Majumdar, S., & Morris, R. (2019). Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *The British journal of clinical psychology*, 58(1), 70–90. <https://doi.org/10.1111/bjc.12198>

McCracken, L. M., MacKichan, F., & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically significant change. *European journal of pain (London, England)*, 11(3), 314–322. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.05.004>

McCracken, L. M., & Jones, R. (2012). Treatment for chronic pain for adults in the seventh and eighth decades of life: a preliminary study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 13(7), 860–867. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01407.x>

Medeiros, Antônio Gabriel Araújo Pimentel de, & Hartmann Junior, Jose Antonio Spencer. (2019). Terapia de aceitação e compromisso em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 112-119. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190016>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, (2017). Serie informes monográficos , *Salud Mental*. Recuperto de : https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

- Page M. J, McKenzie J. E, Bossuyt P. M, Boutron I, Hoffmann T. C, Mulrow C. D, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
- Petkus, A. J., M A, & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Considerations. *Cognitive and behavioral practice*, 20(1), 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.07.004>
- Pots, W. T., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). How and for whom does web-based acceptance and commitment therapy work? Mediation and moderation analyses of web-based ACT for depressive symptoms. *BMC psychiatry*, 16, 158. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0841-6>
- Radloff, L. S. (1977). The CES–D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401. <http://dx.doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Ramos-Brieva JC (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 14, 324-334.
- Ruiz S. L., Cangas D. A., & Barbero R. A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 445–458.
- Salamero M y Marcos T (1992). Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatrica*.
- Scott, W., Daly, A., Yu, L., & McCracken, L. M. (2017). Treatment of Chronic Pain for Adults 65 and Over: Analyses of Outcomes and Changes in Psychological Flexibility Following Interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 18(2), 252–264. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw073>

Shiekh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric depression scale: Recent findings and development of a short version. In T. Brink (Eds.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York, NY: Howarth Press.

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 751–770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>

Walser, R. D., Karlin, B. E., Trockel, M., Mazina, B., & Barr Taylor, C. (2013). Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: therapist and patient outcomes. *Behaviour research and therapy*, 51(9), 555–563. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.009>

Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., Liu, L., Petkus, A. J., Thorp, S. R., Kraft, A., & Patterson, T. L. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for generalized anxiety disorder in older adults: a preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>

Witlox, M., Kraaij, V., Garnefski, N., de Waal, M., Smit, F., Hoencamp, E., Gussekloo, J., Bohlmeijer, E. T., & Spinhoven, P. (2018). An Internet-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for older adults with anxiety complaints: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2731-3>

9. Anexos

Anexo1. Proceso de selección de artículos.

Bases de datos	Ecuación de búsqueda	Nº de referencias encontradas	Nº de referencias tras leer resumen	Nº de referencias tras lectura crítica	Nº de referencia final
PubMed	((("Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) AND "Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]	34	6	3	1
Psicodoc	(depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder) AND (acceptance and commitment therapy or act) AND (aged)	7	1	1	0
PsycInfo	(depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder) AND (acceptance and commitment therapy or act) AND (aged: 65+	48	3	2	2

	years or elderly people)				
Cochrane	((("Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) AND "Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh])	10	2	1	1
Otras fuentes	Referencias de los artículos seleccionados	-	-	-	4