

INVESTIGACIÓN
2010



APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS MAYORES CON DOLOR EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL, BAJO EL ENFOQUE DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y LA TEORÍA DE LA OPTIMIZACIÓN SELECTIVA CON COMPENSACIÓN

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.org

Investigador Principal

Almudena López López

Dra. en Psicología
Profesora. Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Equipo Investigador

Miriam Alonso Fernández

Lda. en Psicología
Becaria. Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Índice

	Página
1. INFORME CIENTÍFICO-TÉCNICO	4
1.1. Tareas realizadas	4
1.1.1. Evaluación de participantes (meses de actividad 9º a 11º según cronograma)	4
1.1.2. Finalización con el reclutamiento de muestra y/ la aplicación del programa de tratamiento o control	4
1.1.3. Análisis y explotación inicial de resultados	4
1.2. Resumen de los hallazgos encontrados	5
1.2.1. Diferencias entre las personas que participan y las que abandonan la intervención	7
1.2.2. Implementación y satisfacción con el programa	10

- Lectura de la *tesis doctoral* de Dña. Miriam Alonso Fernández. Con el título: *Terapia de Aceptación y Compromiso y entrenamiento en estrategias de optimización selectiva con compensación para personas mayores con dolor: propuesta y evaluación de un programa de intervención*. 20 de junio de 2012. Calificación: Apto Cum Laude.
- Contribuciones a congresos:
 - o Aplicación y evaluación de un programa de intervención psicológica para personas mayores con dolor en el ámbito residencia. 7º Congreso internacional de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, (SEGG). Septiembre, 2011
 - o Líneas de Investigación en Psicología. Primeras Jornadas de Introducción a la Investigación en Psicología URJC. Mayo 2012
 - o Evaluación de la ansiedad asociada al dolor: adaptación al castellano de la versión breve de la escala PASS-20. 8º Congreso internacional de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, (SEGG). junio, 2012
 - o Pain and depression in older adults: the mediating and moderating role of activity restriction. 14th World Congress on Pain, International Association of Study of Pain. Agosto 2012 (aceptado para su presentación).

Además, los datos referentes al estudio piloto previo que se realizó antes de comenzar con el muestreo definitivo objeto de la beca han sido publicados en el artículo

“Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain: a pilot study” en la revista Behavioral Psychology (en prensa). Pese a que el estudio que se presenta en el artículo es previo a la Beca, en los agradecimientos se ha mencionado la financiación recibida por FUNDACIÓN MAPFRE para la consecución del estudio con la muestra amplia objeto de esta beca, ya que constituyó el estudio piloto sobre el que se basó el proyecto actual.

Por otra parte, se está trabajando en la preparación de otros dos manuscritos que se enviarán a revistas de prestigio en el campo de la gerontología y el estudio del dolor, y se está en espera de la respuesta de aceptación de dos contribuciones a congresos.

1.2. Resumen de los hallazgos encontrados

En la tabla siguiente (Tabla 1), se presenta un resumen de las hipótesis planteadas en relación a los cambios prepost en el grupo de tratamiento, con indicación de si los datos permiten apoyarlas. En las Tablas 2 a 6 se muestra un resumen de los hallazgos estadísticos especificando las sub-hipótesis trabajadas en los mismos. En las Tablas 7 a 12 se presenta un análisis diferencial de los participantes que completan el estudio frente a los que abandonan el programa. Este análisis resulta de gran utilidad de cara a plantear nuevos programas en residencias, ya que permitirá realizar prevención de los abandonos. Seguidamente, se presentan los principales datos sobre la implementación y la satisfacción con el programa.

Tabla 1. Apoyo de los datos a las hipótesis planteadas en la memoria de solicitud.

HIPÓTESIS FORMULADA	Resultados
1. Se producirá un aumento de la percepción de control sobre el dolor y de la aceptación del mismo.	Los datos la apoyan
2. Los participantes utilizarán con mayor frecuencia la selección de actividades-metas, incluida la selección cuando aparece una amenaza de pérdida, la optimización de actividades y la compensación.	Los datos la apoyan parcialmente
3. Se reducirán las conductas de solicitud de ayuda a los demás en momentos de dolor, la evitación de actividades y las conductas de queja	Los datos la apoyan parcialmente
4. Disminuirá la interferencia del dolor en la realización de actividades, principalmente en aquellas actividades importantes para el participante y en el autocuidado, produciéndose un incremento de la capacidad de manejo en las AVD's.	Los datos la apoyan
5. Disminuirán la percepción subjetiva de discapacidad, se reducirán las conductas y creencias de XXX?????	Los datos la apoyan,
6. Las actitudes y creencias de miedo al dolor decrecerán.	Los datos la apoyan
7. Aumentará la capacidad de manejo de los síntomas emocionales asociados al dolor, tales como la tristeza, la ansiedad o la ira	Los datos la apoyan parcialmente
8. Se reducirán los síntomas depresivos.	Los datos la apoyan
9. La satisfacción con la vida mejorará.	Los datos la apoyan parcialmente

Tabla 3. Hipótesis relacionadas con la ejecución funcional, interferencia en AVD's y estrategias de selección, optimización y compensación.

HIPÓTESIS	¿LOS DATOS APOYAN LA HIPÓTESIS?
La interferencia del estado de salud y del dolor en la realización de AVD's (actividades diarias (H1a), estado de ánimo (H1b), caminar (H1c), relaciones personales (H1d), sueño (H1e) y disfrutar de la vida (H1f)) será significativamente menor tras la aplicación del programa en aquellos participantes en la condición de intervención.	Parcial, tendente a la significación para el grupo ACT-SOC (H1b y H1c; $p = .06$)
Se producirá un aumento significativo en el uso de estrategias de selección de actividades (H2a) y roles, incluida la estrategia de selección de actividades y roles cuando aparece una amenaza de pérdida (H2b) y las estrategias de optimización (H2c) y de compensación (H2d).	Sí, significativo para el grupo ACT-SOC (H2a; $p = .00$)
Se potenciará un enganche conductual superior al previo a la intervención en aquellas actividades y roles relacionados con los valores de los participantes.	No

Tabla 4. Hipótesis relacionadas con la cualidad del dolor, aceptación del estado de salud y capacidad de manejo de los síntomas derivados del dolor.

HIPÓTESIS	¿LOS DATOS APOYAN LA HIPÓTESIS?
Aumentará significativamente la aceptación del dolor y la percepción subjetiva del estado de salud (H4a), relacionándose de manera inversa con la lucha contra el dolor (H4b) y la evitación de actividades y roles que cursan con dolor (H4c), principalmente de aquellas cuya consecución se acerca a los valores de los participantes.	Sí, significativo para el grupo ACT-SOC (H4a; $p = .00$) (H4b; $p = .02$)
Se espera encontrar una reducción significativa de la evitación de los síntomas asociados al dolor, a la tristeza, a la ansiedad y la ira.	Sí, significativo para el grupo ACT-SOC (H5; $p = .02$)
No se producirá ninguna variación significativa en la intensidad del dolor percibido.	Sí, no significativo para ningún grupo (ACT-SOC; $p = .41$) (MCT; $p = .77$)
El carácter negativo de la valoración emocional asociada al dolor que realizan los participantes cuando perciben el dolor se verá reducida significativamente.	Sí, significativo para el grupo ACT-SOC (H7; $p = .00$)
Los participantes informarán de una disminución significativa de la frecuencia de conductas de petición de ayuda hacia los demás en momentos de dolor y un aumento significativo del uso de las estrategias activas, tales como la exposición a actividades y roles. El personal de la residencia indicará igualmente haber observado dicho cambio.	No
Disminuirá significativamente la frecuencia de las conductas de queja verbal (H9a) y no verbal (H9b), tanto activa como pasiva. A su vez, el personal de la residencia percibirá tal modificación en dichas variables (H9c).	Sí, significativo para el grupo MCT (H9b; $p = .01$)
Se producirá una disminución significativa de la respuesta conductual de evitación de estímulos dolorosos.	No

Tabla 5. Hipótesis relacionadas con la ejecución funcional, interferencia en AVD's y estrategias de selección, optimización y compensación.

HIPÓTESIS	¿LOS DATOS APOYAN LA HIPÓTESIS?
Se espera una disminución significativa de los síntomas depresivos.	Sí, significativo para el grupo ACT-SOC (H11; $p = .03$)
Se hipotetiza un aumento significativo de la satisfacción con la vida.	Parcial, tendente a la significación para el grupo ACT-SOC (H12; $p = .08$)
Se espera que una disminución significativa de la ansiedad asociada al dolor (H13a) y de la respuesta cognitiva ante la ansiedad (H13b).	Sí, significativo para el grupo ACT-SOC (H13a; $p = .01$) (H13b; $p = .00$)
Aumentará la percepción de éxito resultante del esfuerzo y tiempo dedicado a vivir de acuerdo a los propios valores.	No

Tabla 6. Hipótesis relacionadas con las actitudes y creencias asociadas al dolor y la edad.

HIPÓTESIS	¿LOS DATOS APOYAN LA HIPÓTESIS?
Se reducirán significativamente las actitudes y creencias de catastrofismo o miedo a experimentar sensaciones que cursen con dolor.	Sí, significativo para el grupo ACT-SOC (H18; p= .00)
Aumentará significativamente la comprensión del estado de ánimo como factor que repercute de manera significativa en la percepción de dolor, así como un mayor convencimiento en la posibilidad de manejar el propio dolor.	No
Disminuirá significativamente la actitud de demanda hacia los demás en momentos en los que se experimenta dolor.	Sí, significativo para el grupo MCT (H20; p= .03)
Decrecerá significativamente la creencia de la posibilidad de encontrar cura médica a la condición de dolor crónico.	Parcial, tendente a la significación para el grupo MCT (H21; p= .06)
Decrecerán significativamente las actitudes negativas hacia la edad.	No
Disminuirán significativamente las creencias de incapacidad para adaptarse a diferentes condiciones derivadas del dolor y la edad.	Sí, significativo para el grupo ACT-SOC (H23; p= .00)

Tabla 7. Análisis de diferencia de medias en las variables clínicas entre las personas que participan y de las que abandonan. *T-Student*

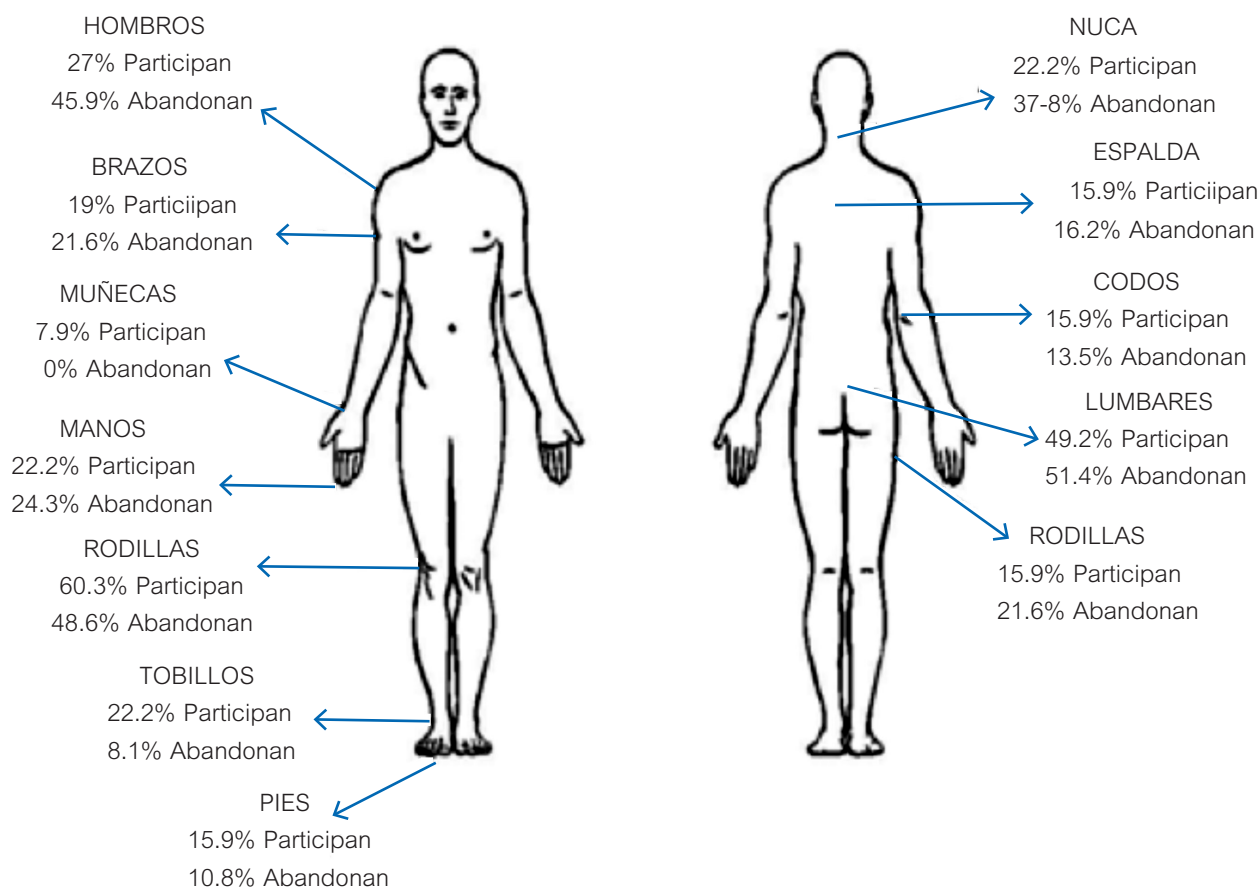
VARIABLES	PARTICIPAN (N=64)	ABANDONAN (N=37)	RANGO	t/chi2	P
Tiempo desde el inicio del					
Media (D.T.)	23.03 (20.42)	22.15 (20.44)	0-∞	.12	.90
Mini examen cognoscitivo					
Media (D.T.)	29.68 (4.19)	29.30 (3.29)	0-35	-.43	.66
Índice de Charlson					
Media (D.T.)	1.67 (1.56)	1.32 (1.39)	0-37	-1.11	.26
Medicación ingerida					
Opioides	11 (17.20%)	7 (18.90%)	0-∞	5.80	.83
No opioides	47 (73.40%)	23 (62.20)	0-∞	8.61	.56
Antiinflamatorios	17 (26.60%)	10 (27%)	0-∞	8.70	.56
Antidepresivos	18 (28.10%)	12 (32.40%)	0-∞	11.91	.29
Psicolépticos	32 (50%)	22 (67.60%)	0-∞	12.33	.26

1.2.1. Diferencias entre las personas que participan y las que abandonan la intervención

Se calcularon las puntuaciones medias y desviaciones típicas para todas las variables continuas objeto de estudio, así como para aquellas ordinales manejadas a un nivel métrico en los análisis efectuados. Para la variable medicación (dicotómica) se presentan los porcentajes de la muestra que consumía cada fármaco. Como puede observarse en la Tabla 7, no se encontraron diferencias previas a la intervención entre las personas que acuden a los programas y las personas que abandonan su participación en los programas en las variables sociodemográficas. Como puede observarse en la

Tabla 7, tampoco se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables clínicas referentes al tiempo desde el inicio del dolor, el deterioro cognitivo (Mini Examen Cognoscitivo), el índice de comorbilidades médicas (Índice de Charlson) y la medicación ingerida.

Como se señaló en la sección de método, se registraron los datos relacionados con la localización corporal del dolor. Nótese que en un mismo individuo pueden coexistir distintos tipos de dolor y, a su vez, estar localizados en diferentes zonas. En la Figura 2. se presentan los porcentajes de personas que experimentaban dolor en cada zona.



GC: Grupo control

GI: Grupo de intervención

Figura 2. Diferencias en la localización del dolor entre participantes y abandonos.

Tabla 8. Análisis de diferencia de medias en las variables sensoriales objeto de estudio entre participantes y abandonos. *T-Student*.

VARIABLES SENSORIALES	PARTICIPAN (N=64)	ABANDONAN (N=37)	RANGO	t	Sig.
	MEDIA (D.T.)	MEDIA (D.T.)			
Cualidad del dolor					
MPQ sensorial	20.12 (7.80)	19.86 (8.08)	0-46	-.15	.87
MPQ emocional	2.51 (2.17)	3.16 (2.57)	0-9	1.34	.18
MPQ miscelanea	5.09 (3.37)	5.43 (2.73)	0-12	.52	.60
MPQ categoría valorativa	2.77 (1.12)	2.81 (1.02)	0-4	.14	.88
MPQ total	30.46 (11.62)	31.27 (12.25)	0-71	.32	.74
Propiedades					
Frecuencia dolor	1.31 (.55)	1.40 (.76)	1-4	.70	.48
Duración del dolor	1.90 (.88)	1.94 (.84)	1-3	.22	.82
Intensidad del dolor	4.64 (1.91)	4.58 (1.73)	1-10	.17	.86

Las zonas en las que más frecuentemente se localizó el dolor fueron la zona lumbar y las rodillas, mientras que las muñecas o los pies fueron zonas poco habituales de dolor. El análisis de Chi2 mostró que no había diferencias significativas entre las personas que deciden abandonar

el estudio y las personas que participante en las zonas de dolor. En las siguientes tablas se presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas para todas las variables de evaluación de la eficacia de la intervención contempladas en el estudio de las personas que abandonan su par-

ticipación en los programas y de las personas que acuden a los programas, así como los resultados de los análisis de diferencia de medias con prueba t de Student realizados. En primer lugar, se presentan las variables sensoriales, posteriormente se presentan los datos de las variables de adaptación del dolor, las variables relacionadas con la

aceptación, las variables relacionadas con sintomatología emocional y, finalmente, las variables relativas a las creencias.

Como puede observarse en la Tabla 8 no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las variables sensoriales.

Tabla 9. Análisis de diferencia de medias en las variables relacionadas con la adaptación al dolor objeto de estudio entre participantes y abandonos. *T-Student*.

VARIABLES ADAPTACIÓN AL DOLOR	PARTICIPAN (N=64)	ABANDONAN (N=37)	RANGO	t	Sig.
	MEDIA (D.T.)	MEDIA (D.T.)			
Interferencia en AVD's					
Actividades diarias	5.40 (3.36)	6.00 (3.19)	0-10	.87	.38
Estado de ánimo	5.04 (3.26)	5.35 (3.66)	0-10	.43	.66
Caminar	6.50 (3.09)	6.48 (3.36)	0-10	-.03	.97
Relaciones personales	2.82 (2.92)	3.43 (3.88)	0-10	.82	.41
Sueño	3.45 (3.71)	4.00 (3.91)	0-10	.69	.48
Disfrutar de la vida	4.26 (3.69)	3.91 (3.72)	0-10	-.45	.65
Índice de Barthel	87.89 (19.10)	94.05 (11.41)	0-100	-2.02	.04
SOC					
Selección	1.33 (.98)	1.54 (.95)	0-3	1.01	.31
Selección pérdida	1.56 (.88)	1.74 (1.03)	0-3	.87	.38
Optimización	1.63 (1.08)	1.82 (1.09)	0-3	.84	.40
Compensación	1.40 (1.04)	1.40 (.97)	0-3	.00	1.00
Conductas de dolor PBQ					
Evitación estímulos	5.84 (4.64)	6.83 (4.03)	0-20	1.08	.99
Queja verbal	3.07 (3.46)	2.62 (3.22)	0-12	-.65	.51
Evitación actividades	5.43 (4.42)	5.56 (4.62)	0-16	.14	.88
Queja no verbal	8.48 (3.96)	7.72 (4.47)	0-20	-.87	.38
Conductas demanda	28.06 (14.54)	30.45 (14.10)	0-80	.63	.53

$\pi \leq 0.05$

Puede observarse que ambos grupos eran significativamente diferentes en la variable de ejecución funcional. Aquellos

que abandonan los programas tienen mejor ejecución funcional que las personas que acuden a los programas.

Tabla 10. Análisis de diferencia de medias en las variables relacionadas con la aceptación y valores objeto de estudio entre participantes y abandonos. *T-Student*.

VARIABLES ACEPTACIÓN Y VALORES	PARTICIPAN (N=64)	ABANDONAN (N=37)	RANGO	t	Sig.
	MEDIA (D.T.)	MEDIA (D.T.)			
Evitación experimental CPAQ					
Actividades	42.85 (12.84)	44.13 (11.72)	0-66	.49	.62
Lucha dolor	23.53 (12.68)	22.37 (11.85)	0-54	-.45	.65
Total	66.39 (20.37)	66.51 (18.59)	0-120	.03	.97
VARIABLES CREENCIAS					
Consecuencias con los					
Medias de satisfacción	3.62 (1.14)	3.73 (1.03)	0-5	.49	.62
Discrepancias	.66 (.91)	.56 (.98)	0-5	-.49	.62

Tabla 11. Análisis de diferencia de medias en las variables relacionadas con la sintomatología emocional objeto de estudio entre participantes y abandonos. *T-Student*.

VARIABLES SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL	PARTICIPAN (N=64)	ABANDONAN (N=37)	RANGO	t	Sig.
	MEDIA (D.T.)	MEDIA (D.T.)			
Depresión	11.04 (6.31)	11.21 (6.80)	30	.12	.90
Ansiedad					
Respuesta cognitiva	13.06 (7.55)	11.27 (7.52)	25	-1.15	.25
Evitación	9.65 (5.95)	8.62 (6.84)	25	-.79	.42
Miedo	9.95 (7.39)	10.00 (7.51)	25	.03	.97
Ansiedad	5.87 (6.26)	6.45 (5.72)	25	.46	.64
Total	38.54 (22.03)	36.35 (22.58)	100	-.47	.63
Satisfacción con la vida	22.32 (8.61)	23.18 (7.09)	5-35	.51	.60

Tabla 12. Análisis de diferencia de medias en las variables relacionadas con la sintomatología emocional objeto de estudio entre participantes y abandonos. *T-Student*.

VARIABLES CREENCIAS	PARTICIPAN (N=64)	ABANDONAN (N=37)	RANGO	t	Sig.
	MEDIA (D.T.)	MEDIA (D.T.)			
Creencias dolor					
Solicitud	7.53 (5.52)	8.86 (6.58)	0-20	1.08	.27
Emoción	9.00 (5.01)	8.54 (5.94)	0-16	-.39	.69
Cura	8.96 (4.88)	8.48 (4.64)	0-20	-.48	.62
Control	10.79 (5.26)	11.10 (5.07)	0-20	.29	.77
Daño	4.90 (4.12)	5.24 (4.01)	0-16	.39	.69
Discapacidad	9.09 (4.15)	8.81 (3.97)	0-16	-.33	.73
Medicación	8.76 (3.53)	9.64 (3.25)	0-12	1.24	.21
Creencias de catastrofismo	21.35 (14.17)	21.16 (14.43)	0-52	-.06	.94
Estereotipos edadistas	3.71 (1.46)	3.64 (1.27)	0-5	-.24	.80
Creencias de capacidad adaptativa hacia el dolor y la edad					
Capacidad para mantenerse activo a pesar del dolor	5.91 (3.51)	6.26 (3.53)	10	.34	.73
El dolor impide realizar la vida deseada	5.10 (3.56)	4.40 (3.79)	10	-.67	.50
Adaptación a los cambios asociados a la edad	7.42 (2.66)	7.13 (3.04)	10	-.36	.71
Capacidad para que el dolor no le impida manejar su vida	5.83 (3.24)	5.40 (4.38)	10	-.35	.72

Como puede observarse, no se encontraron diferencias en las variables de aceptación, valores, sintomatología emocional y creencias entre las personas que participan en los programas y las personas que abandonan.

1.2.2. Implementación y satisfacción con el programa

A continuación se resumen los datos relacionados con las preguntas relativas a la **satisfacción con el programa**, valoradas con un formato de respuesta tipo Likert

de 5 opciones (0= muy satisfecho a 4= muy insatisfecho). Respecto a la pregunta relacionada con la dificultad de la información transmitida por el terapeuta, tenía un formato de respuesta cuantitativo (0= Nada difícil a 4= Muy difícil). La cuestión en la que se preguntaba a los participantes si recomendarían el programa a otros residentes tenía un formato de respuesta dicotómico (0= no recomendaría el programa a otros residentes; 1= sí recomendaría el programa a otros residentes). El 100 de los participantes indicó que recomendaría el programa a otros residentes.

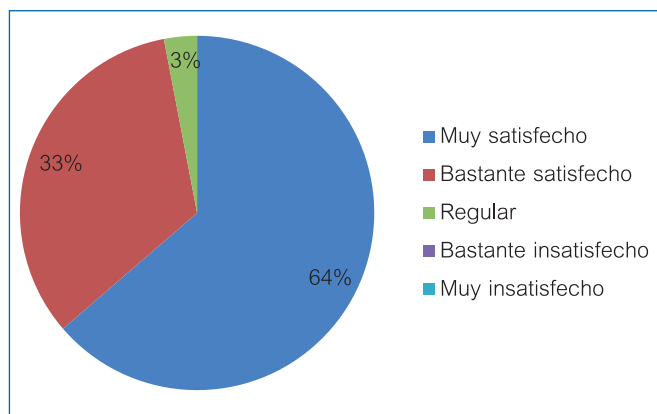


Figura 3. Satisfacción general con el programa de intervención. Porcentaje de respuestas dadas por los participantes.

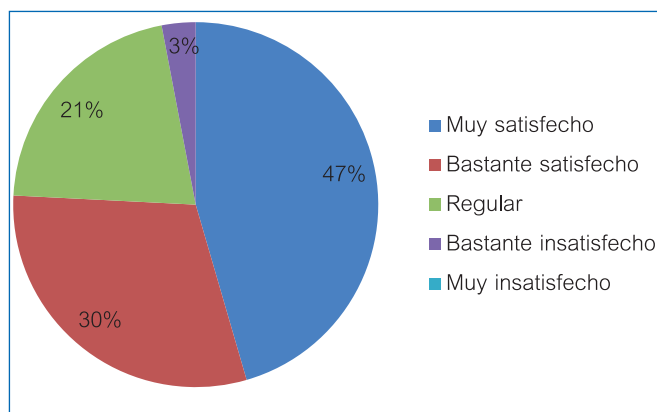


Figura 4. Satisfacción general con el manejo del dolor. Porcentaje de respuestas dadas por los participantes.

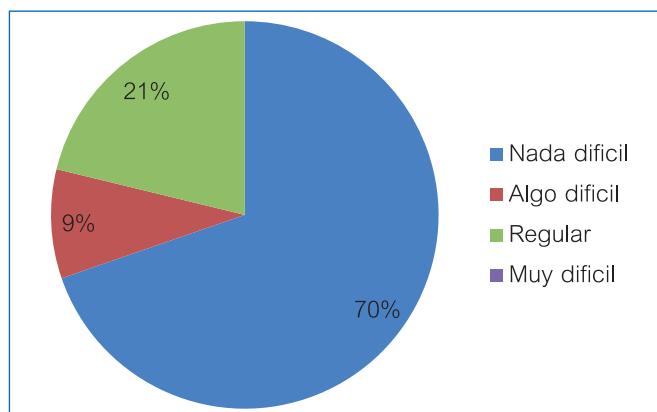


Figura 5. Dificultad de la información transmitida por la terapeuta. Porcentaje de respuestas dadas por los participantes.

Al finalizar el programa de intervención se realizaron preguntas relacionadas con la **utilidad de los contenidos**

trabajados en el programa. Para ello, se presentó un listado de los principales contenidos y los participantes debían marcar aquellos que habían considerado especialmente útiles y aquellos que no consideraban tan útiles, es decir, aquellos que más les habían ayudado a manejarse con su dolor y aquellos que menos les habían ayudado en tal manejo. Los participantes tenían que responder con un formato de respuesta dicotómico (0= contenido menos útil; 1= contenido más útil). En la Tabla 13 pueden consultarse los 15 contenidos incluidos.

Tabla 13. Principales contenidos trabajados en el programa de intervención.

CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	
1	Aprender a detectar los pensamientos, las emociones y la manera de reaccionar ante las situaciones
2	Desmontar algunos mitos relacionados con el envejecimiento y las personas mayores
3	Desmontar algunos mitos relacionados con el dolor y las enfermedades
4	Aprender que las conductas, los pensamientos y las emociones pueden provocar que el dolor aumente o disminuya
5	Trabajar con el jardín que les gustaría tener dentro de unos años
6	El ejemplo del hombre en el hoyo: análisis de la utilidad de las estrategias de manejo del dolor
7	Entender que no podemos controlar ni los pensamientos, ni los sentimientos ni el dolor
8	Entender que lo único que podemos controlar es nuestra conducta
9	El ejemplo del autobús: los pensamientos amenazan para ir en direcciones que pueden suponer un desvío de los valores.
10	El ejemplo del monstruo y el pozo. Si te centras en luchar contra el monstruo (el dolor) te olvidas de luchar por los valores.
11	Cuanto más actividades se realicen el estado de ánimo será más positivo.
12	Cuando ya no se puede realizar la misma cantidad de actividades lo mejor es elegir unas pocas.
13	Cuanto más se practiquen las actividades más eficaz se será en ellas.
14	Conocer qué cosas pueden ayudar a seguir haciendo las actividades que resultan agradables.
15	Aprender a pedir ayuda.

A continuación, la figura 6 presenta el porcentaje de participantes que valora a cada uno de los 15 contenidos como contenidos especialmente útiles (más útiles).

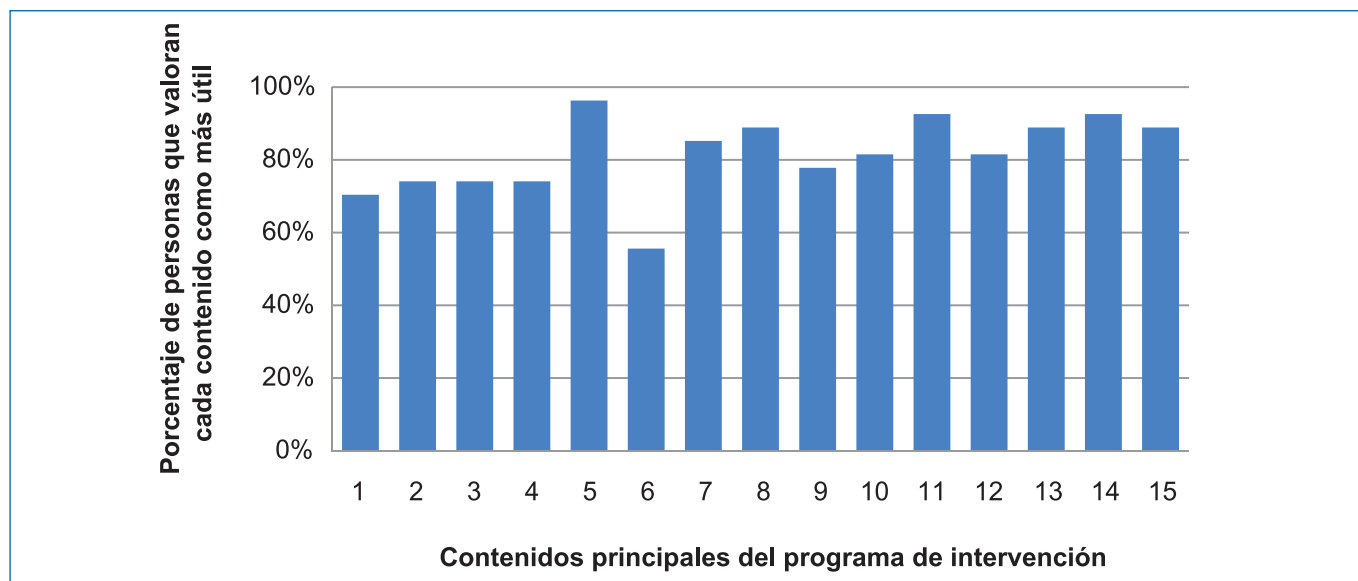


Figura 6. Porcentaje de personas que valoran cada uno de los 15 contenidos como más útiles.

Tabla 14. Valoración de la duración de las sesiones.

	Programa ACT-SOC		Programa MCT		Rango
	MEDIA	S.D.	MEDIA	S.D.	
Duración S1	1,9	0,2	n.a.	n.a.	1-3
Duración S2	2,1	0,3	n.a.	n.a.	1-3
Duración S3	2,0	0,2	n.a.	n.a.	1-3
Duración S4	2,0	0,0	n.a.	n.a.	1-3
Duración S5	2,0	0,4	n.a.	n.a.	1-3
Duración S6	1,8	0,5	n.a.	n.a.	1-3
Duración S7	2,1	0,3	n.a.	n.a.	1-3
Duración S8	2,2	0,4	n.a.	n.a.	1-3
Duración S9	2,3	0,5	n.a.	n.a.	1-3
Duración MCT	n.a.	n.a.	2,0	0,2	1-3

n.a. = no aplicable

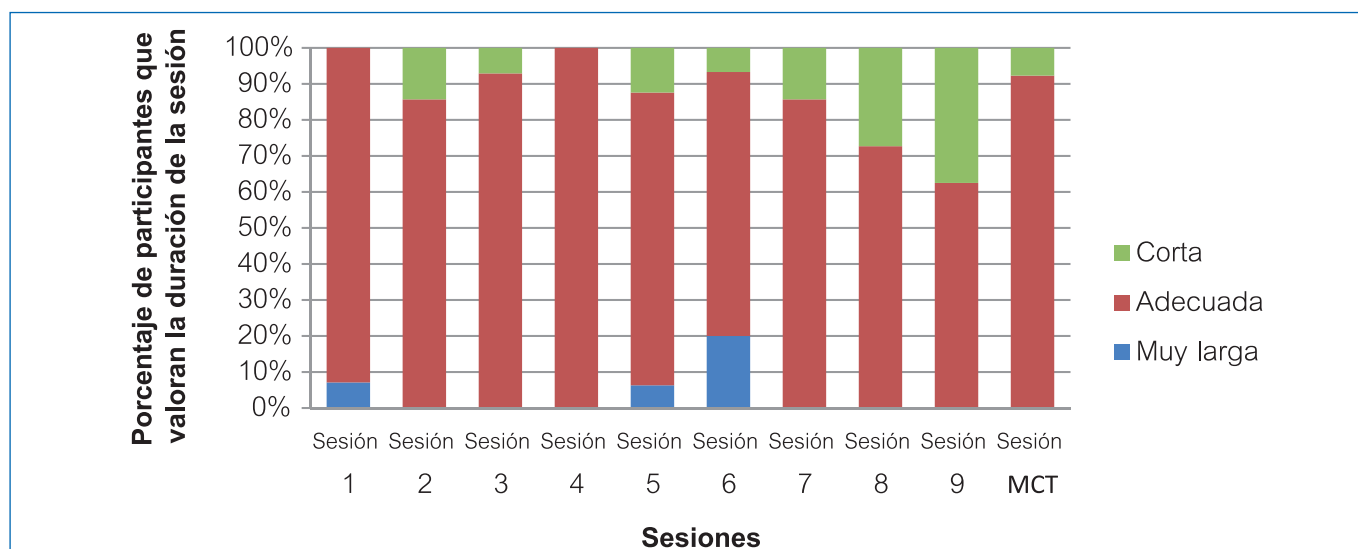


Figura 7. Valoración de la duración de las sesiones,

Además, se realizaron otras dos preguntas relativas a la opinión de los participantes sobre el programa de intervención y del programa de Mínimo Contacto Terapéutico. Tras finalizar cada sesión de los talleres, el terapeuta les preguntaba a los participantes **sobre la valoración de la duración de la sesión**, que debía de ser contestada en formato tipo Likert de tres opciones de respuesta (1= Muy

larga; 2= Adecuada; 3= Muy corta), y sobre **su valoración sobre los contenidos trabajados en cada sesión**, que se contestaba en formato tipo Likert de cuatro opciones de respuesta (0= Nada interesante a 3= Muy interesante). Tanto la terapeuta como los dos co-terapeutas registraban la respuesta grupal.

Tabla 15. Valoración de la duración de las sesiones.

	Programa ACT-SOC		Programa MCT		Rango
	MEDIA	S.D.	MEDIA	S.D.	
Contenidos S1	2,4	0,5	n.a.	n.a.	0-3
Contenidos S2	2,3	0,4	n.a.	n.a.	0-3
Contenidos S3	2,4	0,5	n.a.	n.a.	0-3
Contenidos S4	2,3	0,4	n.a.	n.a.	0-3
Contenidos S5	2,3	0,5	n.a.	n.a.	0-3
Contenidos S6	2,2	0,4	n.a.	n.a.	0-3
Contenidos S7	2,2	0,4	n.a.	n.a.	0-3
Contenidos S8	2,1	0,3	n.a.	n.a.	0-3
Contenidos S9	2,5	0,5	n.a.	n.a.	0-3
Contenidos MCT	n.a.	n.a.	2,5	0,5	0-3

n.a. = no aplicable

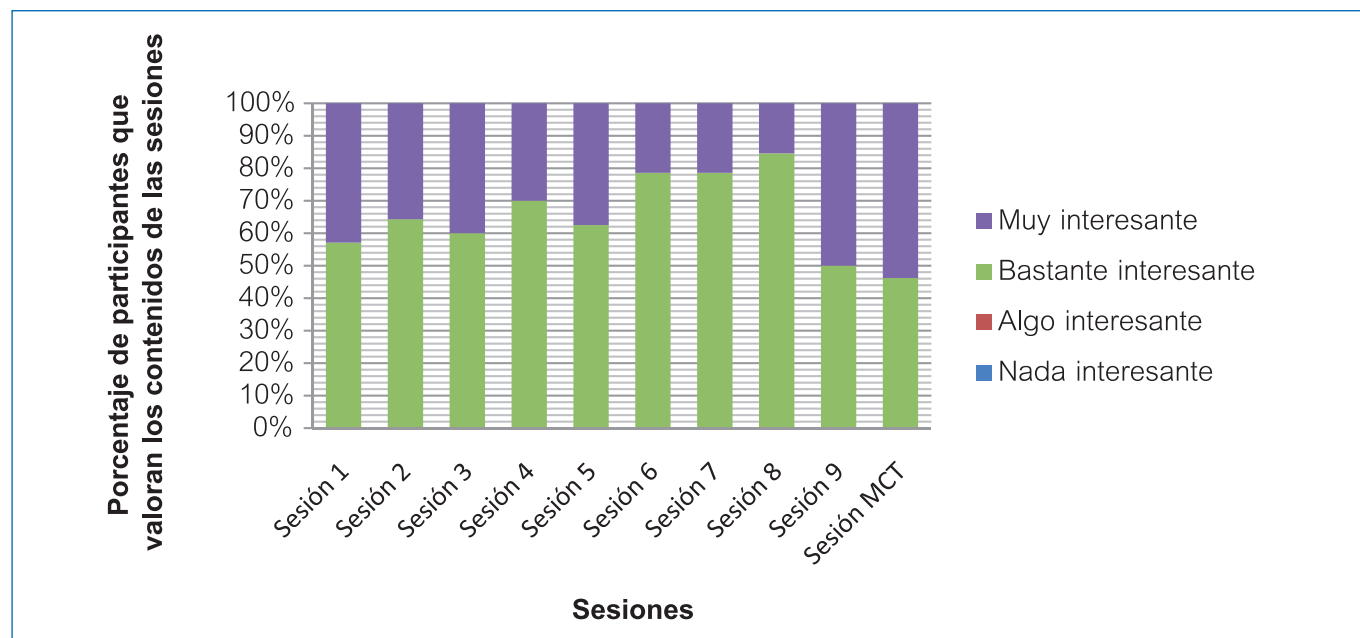


Figura 8. Valoración de la duración de las sesiones,

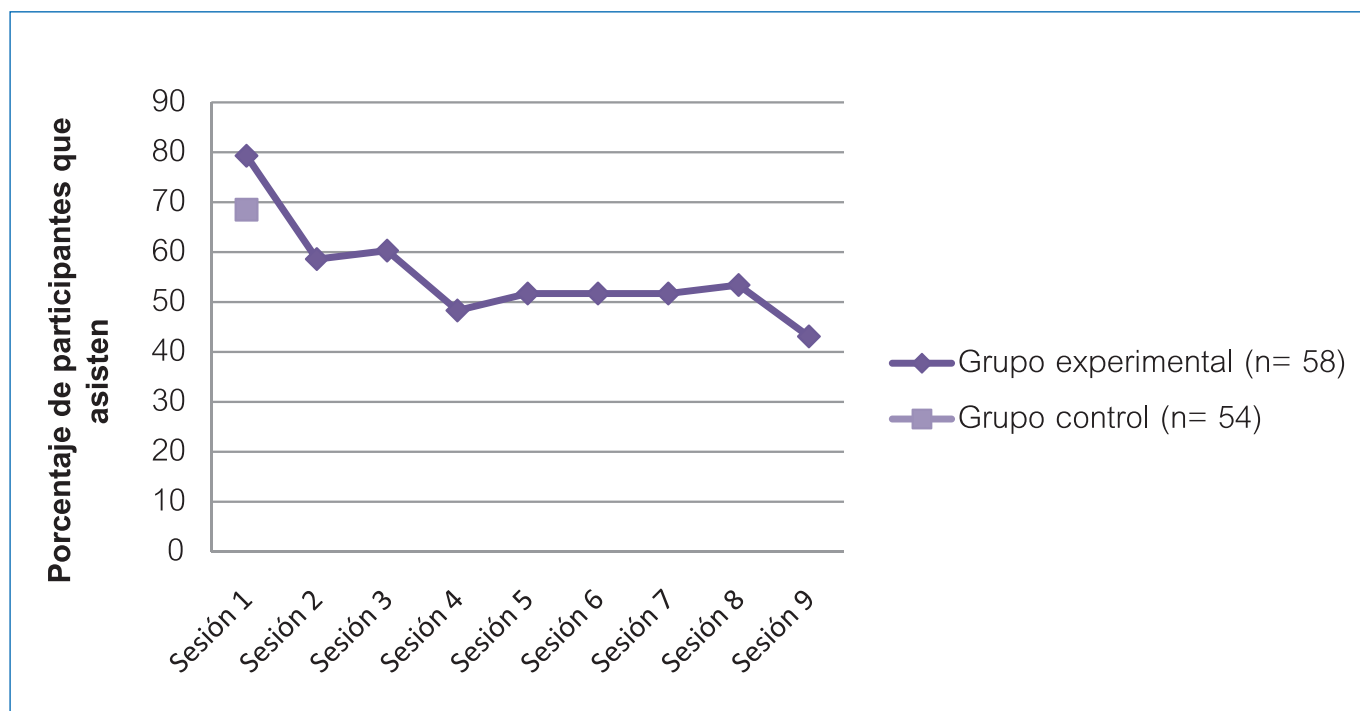
La valoración del grado en el que se habían conseguido los diferentes objetivos de las sesiones debía ser contestada por la terapeuta y por los dos co-terapeutas en

formato tipo Likert de cuatro opciones de respuesta (0= Nada conseguidos, 1= Algo conseguidos; 2= Bastante conseguidos; 3= Totalmente conseguidos).

Tabla 16. Valoración de la consecución de los objetivos de las sesiones de los programas.

	Programa ACT-SOC		Programa MCT		Rango
	MEDIA	S.D.	MEDIA	S.D.	
Consecución objetivos S1	2,5	0,2	n.a.	n.a.	0-3
Consecución objetivos S2	2,4	0,2	n.a.	n.a.	0-3
Consecución objetivos S3	2,4	0,2	n.a.	n.a.	0-3
Consecución objetivos S4	2,4	0,2	n.a.	n.a.	0-3
Consecución objetivos S5	2,4	0,1	n.a.	n.a.	0-3
Consecución objetivos S6	2,3	0,1	n.a.	n.a.	0-3
Consecución objetivos S7	2,6	0,2	n.a.	n.a.	0-3
Consecución objetivos S8	2,4	0,2	n.a.	n.a.	0-3
Consecución objetivos S9	2,3	0,2	n.a.	n.a.	0-3
Consecución objetivos MCT	n.a.	n.a.	2,3	0,1	0-3

n.a. = no aplicable

**Figura 9.** Asistencia a las sesiones de los programas.

En la Figura 9 se presentan los datos de asistencia, medidos en porcentaje, de cada uno de los grupos experimentales.

Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este proyecto. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.