Intervención Breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en Adultos Mayores con Hipoacusia Neurosensorial Relacionada al Envejecimiento y Baja Discriminación Verbal Asociada.

Valeria García Rodríguez.

SAERA. School of Advanced Education Research and Accreditation

RESUMEN

Objetivo: Una de las principales causas de aislamiento social en adultos mayores es la pérdida auditiva no tratada o bajo tratamientos insatisfactorios. La HNS predomina en la población mayor y su síntoma más discapacitante es la baja discriminación verbal. Un tratamiento óptimo contempla la adaptación audioprotésica y la rehabilitación auditiva, pero a pesar de su eficacia, son pocos los sujetos que acceden a ella, generando adaptaciones infructuosas y altos niveles de frustración. **Metodología:** se analizará la eficacia de una intervención breve de ACT aplicada en adultos mayores con HNS (n=20), utilizando un diseño cuasi-experimental con grupo control de lista de espera (n=20). Incluye 6 sesiones de psicoeducación, técnicas de relajación y entrenamiento en ejercicios experienciales enfocados a la pérdida auditiva autopercibida. Se evaluarán la inflexibilidad y malestar psicológicos y la evitación experiencial mediante cuestionarios autoaplicados, pre y post-intervención, con seguimiento de su eficacia a los 3, 6 y 12 meses. La adhesión a la rehabilitación auditiva se observará si, al menos el 75% de los participantes ha finalizado el tratamiento completo. **Resultados:** los resultados esperados serán los que muestren cambios significativos en las variables medidas y un incremento en la adhesión a la rehabilitación auditiva, debido al efecto de la terapia. **Conclusiones:** los adultos mayores deben tener acceso a un tratamiento auditivo que garantice una mejora en su comprensión verbal, con el fin de evitar situaciones de aislamiento social que incapacite una vida social plena.

Palabras clave: *Hipoacusia neurosensorial (HNS), envejecimiento, presbiacusia, aislamiento social, Terapia de aceptación y compromiso, (ACT), rehabilitación auditiva.*

ABSTRACT

Objective: One of the main causes of social isolation in older adults is untreated hearing loss or under unsatisfactory treatments. SNHL predominates in the elderly population and its most disabling symptom is low verbal discrimination. An optimal treatment contemplates hearing aid adaptation and auditory rehabilitation, but despite its effectiveness, few subjects have access to it, generating unsuccessful adaptations and high levels of frustration. **Methodology**: we will analyze the efficacy of a brief ACT intervention applied in older adults with SNH (n=20), using a quasi-experimental design with waiting list control group (n=20). It includes 6 sessions of psychoeducation, relaxation techniques and experiential exercise training

focused on self-perceived hearing loss. Psychological inflexibility and discomfort and experiential avoidance will be assessed by self-applied questionnaires, pre- and post-intervention, with follow-up of efficacy at 3, 6 and 12 months. Adherence to aural rehabilitation will be observed if at least 75% of the participants have completed the full treatment. **Results**: the expected results will be those that show significant changes in the measured variables and an increase in the adherence to aural rehabilitation, due to the effect of the therapy. **Conclusions:** Older adults should have access to hearing treatment that guarantees an improvement in their verbal comprehension, in order to avoid situations of social isolation that disable a full social life.

Keywords: *Sensorineural hearing loss (SNHL), aging, presbycusis, social isolation, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), aural rehabilitation.*

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia neurosensorial es una patología del oído interno en la que resultan afectadas las células sensoriales del órgano de Corti, situado dentro de la espiral coclear. Estas células son las encargadas de hacer sinapsis con el VIII par craneal o nervio estatoacústico, que se encarga de transmitir la información sensorial del sonido hacia el córtex auditivo en el lóbulo temporal (Sauvage et al., 2000). Los seres humanos nacemos con millares de estas células sensoriales auditivas y, a medida que transcurre nuestro ciclo vital, este número va descendiendo en cuanto a su funcionalidad, siendo en la edad adulta avanzada cuando comienza a hacerse notable la sintomatología de esta patología del oído, principalmente una disfunción en la capacidad de la comprensión verbal.

La etiología de la hipoacusia neurosensorial adquirida puede ser el propio envejecimiento natural del oído interno, aunque pueden existir factores ambientales que acelere esta disfuncionalidad celular, como por ejemplo en el caso de traumatismos craneoencefálicos o acústicos, pues la exposición continuada a sonidos intensos es una causa de hipoacusia neurosensorial en entornos laborales con altos niveles de ruido. La ototoxicidad derivada de fármacos u otros tóxicos también es un factor de riesgo para la aparición de una hipoacusia neurosensorial. Determinadas enfermedades crónicas, como diabetes mellitus o enfermedades vasculares, como la hipertensión, se ven vinculadas a una posible pérdida auditiva con origen en el oído interno. También existen hipoacusias neurosensoriales adquiridas con componente hereditario, sindrómicas o no sindrómicas (Chau et al., 2012).

Uno de los síntomas más discapacitante en este tipo de pérdida auditiva es el deterioro en la discriminación verbal, esto es, la capacidad para escuchar sonidos del lenguaje con intensidades de suaves a moderadas y mayor afectación de las frecuencias locutivas (500Hz - 4KHz). Esto se traduce en un “oigo, pero no entiendo”, siendo ésta una de las referencias comunes en casos de pérdida auditiva asociada al envejecimiento en el ámbito clínico y audioprotésico. En ocasiones, la hipoacusia neurosensorial puede ir acompañada de otros síntomas, como pueden ser acúfenos o tinnitus e hiperacusia, lo que podría incrementar el grado de discapacidad (De Ridder et al., 2021; Ren et al., 2021). Cuando la discriminación verbal se ve comprometida, dificulta la comprensión del lenguaje hablado, especialmente en ambientes sonoros o en situaciones de habla rápida (de Andrade et al., 2016). Esta dificultad en la comprensión del lenguaje es el síntoma que más quejas recibe en el ámbito de la audiología protésica, pues las personas que lo sufren no pueden seguir llevando una vida social normalizada, lo que genera conductas de evitación de situaciones de escucha activa, como reuniones o eventos familiares, entre otros y llegando a desarrollar un aislamiento social que puede producir un malestar psicológico para quién lo experimenta, acompañado de frustración, sentimientos de incomprensión y culpa, ira, tristeza, en definitiva, el caldo de cultivo perfecto para desarrollar inflexibilidad cognitiva acerca de su discapacidad auditiva que les conduzca al aislamiento y no les permita avanzar en la búsqueda de la solución más adecuada (Bigelow et al., 2020;

Niazi et al., 2020). Esto se suma a los sesgos y falsas creencias que existen en torno a la salud auditiva y el uso de los audífonos como solución más adecuada. Uno de los sesgos más extendidos en la población general es el de considerar que una persona que desarrolla una pérdida auditiva a una edad avanzada sea algo normal, pero no lo suficientemente importante en cuanto a salud se refiere como para buscar una solución. Estos sesgos, junto con los comentarios experienciales negativos de su entorno social e incluso, la poca atención recibida desde los servicios públicos de salud, hacen que la búsqueda de soluciones para su problema auditivo sea nula o de baja calidad. En este sentido, la pedagogía impartida por los distintos especialistas (a destacar el médico de familia, otorrinolaringólogo, audiólogo clínico y protésico) es fundamental para corregir estos sesgos.

La hipoacusia neurosensorial puede afectar a personas de cualquier edad, pero la población más vulnerable se encuentra en mayores de 60-65 años, siendo aproximadamente del 100% en mayores a partir de los 80 años. Los datos de prevalencia en Europa, o concretamente en España, son confusos y no parece haber un consenso (Roth et al., 2011), pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 466 millones de personas en todo el mundo (lo que supone el 5% de la población) sufren hipoacusia discapacitante y se prevé que ese número ascienda a 900 millones en 2050 (Davis & Hoffman, 2019). Estos datos aportan una idea de la gravedad y de los costes sanitarios que supone, no sólo el tratamiento sanitario auditivo, sino las cuantiosas necesidades psicosociales comórbidas con el aislamiento social, como es el caso de los trastornos de ansiedad o la depresión, e incluso la relación existente entre pérdida auditiva y deterioro cognitivo en este grupo de población (Cosh et al., 2019; Garnefski and Kraaij, 2012; Marques et al., 2022; Peracino and Pecorelli, 2016).

El tratamiento para cualquier pérdida auditiva que no pueda ser tratada con cirugía o medicación, consiste en la adaptación de los audífonos e implantes auditivos, pero en los casos de hipoacusia neurosensorial con baja discriminación asociada, es conveniente realizar una rehabilitación o entrenamiento que estimule la vía auditiva para optimizar los resultados de la inteligibilidad en el paciente (Castiglione et al., 2016; Stropahl et al., 2020; Weinstein, 1996). A pesar de la evidencia de la eficacia de este tratamiento, sigue siendo una práctica muy reducida en los centros clínicos auditivos, generando usuarios de audífonos con altos niveles de frustración que siguen refiriendo una mala discriminación en ambientes sonoros y un incumplimiento de las expectativas puestas en el resultado. El estudio de las causas de esta práctica insuficiente en la decisión de los tratamientos es escaso, y no se encuentra en la literatura un consenso que permita evidenciarlas. Por ello, sería interesante que se tuviera en cuenta en futuros trabajos, en línea con la audiología protésica y la rehabilitación auditiva.

El aislamiento social al que se someten las personas con hipoacusia neurosensorial asociada al envejecimiento, provocado por el malestar psicológico generado en situaciones sociales y conversacionales, puede inducir niveles ansiosos elevados y a desarrollar trastornos dentro del espectro de la ansiedad, como la ansiedad social y/o la ansiedad relacionada con la percepción subjetiva de discapacidad. Dentro del sector de población adulta, las personas de edad avanzada son las

más vulnerables en este tipo de situaciones. Se puede apreciar en situaciones cotidianas como, por ejemplo, la visita a una consulta médica o algún trámite administrativo, en las que la falta de comprensión incrementa su vulnerabilidad. Así como en situaciones de ocio como en el siguiente ejemplo: *«Si hubiera acudido a la fiesta de cumpleaños de X, sé que no hubiera podido participar en las conversaciones y acabaría aislándome, con un gran nivel de frustración y sentimientos de vergüenza o torpeza, así que es preferible quedarse en casa con un buen libro»*. El efecto inmediato de este pensamiento o conducta puede ser, en parte, satisfactorio para la persona, pues la alternativa es favorable, pero estas decisiones que, a priori se eligen para evitar situaciones o momentos indeseados, repetidas en el tiempo provocan un aislamiento social deliberado, apareciendo sentimientos negativos de culpa, vergüenza, ineptitud y soledad, incluso impotencia ante la incomprensión de los demás. Estos sentimientos pueden derivar en estados depresivos, haciendo que la persona sienta una insatisfacción con su calidad de vida y tienda a la pasividad, creyendo incluso que son actitudes propias de la edad.

Son estos patrones de inflexibilidad cognitiva relacionada con la discapacidad auditiva los que se pretenden tratar en este estudio, desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Según la literatura, algunos de los síntomas más comunes de estos patrones comportamentales incluyen ansiedad social, miedo a la crítica o al rechazo, baja autoestima, sensación de soledad, aislamiento social, dificultades para establecer relaciones interpersonales satisfactorias y evitación de situaciones que impliquen interacciones sociales.

El psicólogo clínico estadounidense Steven C. Hayes, durante las décadas de los 80 y 90, estudió y desarrolló, desde la Teoría del Marco Relacional (Hayes & Wilson, 1993) el Trastorno Evitativo Experiencial (hoy llamado Patrón de Inflexibilidad Psicológica) en diferentes trabajos, centrándose en la dimensión funcional diagnóstica, común en diferentes trastornos psicológicos, y lo hizo alejándose del foco de enfermedad como objeto diagnóstico de la taxonomía tradicional de los manuales de criterios diagnósticos; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* o *DSM* (*American Psychiatric Association*, APA) y *Clasificación internacional de enfermedades o CIE* (*Organización Mundial de la Salud, OMS)* (Hayes, 2004; Hayes et al., 1996).

La Teoría del Marco Relacional sugiere que la cognición y la comunicación se basan en la capacidad de identificar y crear vínculos relacionales entre estímulos, gracias a la capacidad de respuesta relacional arbitrariamente aplicable, es decir, un marco relacional describe una respuesta a un estímulo a partir de su relación con otros estímulos y, al relacionar objetos o eventos, aprendemos sobre ellos (Cullinan & Vitale, 2009)

En los últimos años, dentro del ámbito psicoterapéutico, se ha ido incrementando el uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy, ACT*) orientada a la aceptación psicológica y a los valores personales. Se incluye en las denominadas terapias de Tercera Generación o Contextuales y es una de las que se tiene mayor evidencia empírica

(Luciano Soriano et al., 2006). Esta terapia se centra en la aceptación de los pensamientos y sentimientos negativos, en lugar de tratar de controlarlos o eliminarlos y en la creación de otros nuevos, más positivos y funcionales y se utiliza en sujetos que tienden a evitar de forma desadaptativa las situaciones que le provocan malestar. Se ha demostrado que es efectiva en el tratamiento de una gran variedad de trastornos mentales y emocionales, incluyendo la ansiedad, la depresión y el estrés (Ducasse & Fond, 2015; Öst, 2014).

En un estudio previo que valoró la eficacia de una intervención ACT en adultos mayores con pérdida auditiva discapacitante, pretendía reducir el malestar psicológico de estos sujetos con una intervención de 8 sesiones impartida por internet. Los resultados proporcionaron un apoyo preliminar a esta intervención como tratamiento potencialmente eficaz de los síntomas psicológicos asociados a la pérdida de audición (Molander et al., 2018).

MÉTODO

Objeto del estudio

El objetivo de este estudio es demostrar que una intervención breve de terapia de aceptación y compromiso puede ser eficaz aplicada en adultos mayores con hipoacusia neurosensorial asociada al envejecimiento y baja discriminación verbal, que les ayude a llevar una vida social activa, aceptando su discapacidad auditiva y disminuyendo conductas evitativas de situaciones sociales y conversacionales que puedan provocarles malestar. Un segundo objetivo trataría de incrementar la adhesión a un entrenamiento auditivo complementario a la adaptación de los audífonos, con el fin de mejorar su inteligibilidad en ambientes sonoros.

Las hipótesis que se manejan serán, por un lado, que la intervención con el programa diseñado para este estudio generará cambios positivos en las variables medidas de inflexibilidad psicológica, conductas de evitación y malestar psicológico del grupo de intervención y, por otro lado, que aportará la motivación necesaria para someterse a una rehabilitación auditiva completa que integre la adaptación de audífonos y un entrenamiento auditivo complementario.

Criterios de inclusión

Los participantes deberán tener una edad ≥60 años, padecer una hipoacusia neurosensorial bilateral (simétrica o asimétrica) con una discriminación verbal sin audífonos de 50%≥DV≤80% y una adaptación binaural de un mínimo de 3 meses de duración en la que no se ha conseguido un aumento en la discriminación o la mejoría ha sido insuficiente. El uso de los audífonos se confirmará mediante el datalogging de los dispositivos y no será menor de 6 hrs./día.

Criterios de exclusión

Quedarán excluidos aquellos que no hayan firmado los documentos de protección de datos y de consentimiento informado. Tampoco serán incluidos aquellos que padezcan algún trastorno del estado anímico, como depresión y/o deterioro cognitivo, valiéndonos de la entrevista realizada en la primera visita al centro y en informes médicos reportados en sus anamnesis.

Variables, instrumento y aparatos

La evaluación de los criterios de inclusión se realizará mediante el análisis de los datos obtenidos en la evaluación auditiva de cada participante, incluidos en sus historias clínicas. Esta evaluación incluye: a) la información obtenida en la anamnesis, en la que se recogen los datos demográficos, los datos clínicos de salud general, tanto física como psicológica, y de salud auditiva, incluyendo informes médicos si estuvieran disponibles; b) los resultados del estudio auditivo completo realizados con audiómetro modelo Aurical Aud. (otoscopia y exploración de ambos oídos, impedanciometría, audiometría tonal liminal y supralimininal, tanto por vía aérea como por vía ósea, logoaudiometría con y sin ruido); c) las respuestas a los cuestionarios COSI y APHAB[1].

Las variables dependientes que se van a medir son la inflexibilidad cognitiva, el grado de evitación a situaciones sociales de escucha activa y el malestar psicológico asociado, evaluados mediante los cuestionarios AAQ-AHL, VLQ y HHIE-S, respectivamente. Posterior a la intervención breve de la terapia de aceptación y compromiso, se analizará la adhesión al tratamiento de rehabilitación auditiva, según se cumpla la asistencia o no asistencia de los participantes de ambos grupos a estas sesiones complementarias a la adaptación de sus dispositivos auditivos. La variable predictora será el programa de intervención diseñado para el estudio (ver Apéndice 2).

Para las sesiones grupales de intervención se dispondrá de una sala habilitada con sillas y mesa de reuniones, pizarra y proyector, que faciliten la explicación y comprensión de los temas expuestos. Dicha sala estará dotada con un sistema de bucle de inducción magnética [2] para facilitar la escucha y comprensión de los participantes. Se suministrará una carpeta por participante con material seleccionado para la intervención (cuestionarios de autoevaluación, hoja de registro de acciones, bloc de notas y bolígrafo).

A continuación, se muestran las características psicométricas de los cuestionarios que se utilizarán en este estudio:

AAQ-AHL, Acceptance and Action Questionnaire-Adult Hearing Loss (versión en español) (Ong et al., 2019). Adaptado del AAQ-II que evalúa la aceptación y acción de los adultos con pérdida auditiva. 12 ítems; se puntúan según grado de veracidad, mediante escala Likert de 7 puntos: 0=*Nunca es verdad* y 6=*Siempre es verdad*. Los ítems 1, 2, 5 y 6 tienen puntuación inversa. Sumando las puntuaciones individuales de los ítems se obtiene la puntuación total. A mayor

[1] **COSI (Controlled Ovarian Stimulation Impact Measure)** mide la valoración subjetiva de la adaptación audioprotésica del paciente, en base a unas necesidades específicas. (ver anexo A)
APHAB (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) mide la capacidad auditiva y de comprensión verbal con/sin audífonos, desde la perspectiva subjetiva del paciente. (Ver anexo B)

[2] **Bucle de inducción magnética, BIM:** utiliza la tecnología de inducción magnética para transmitir el sonido directamente a los audífonos o implantes cocleares de una persona, evitando el ruido de fondo y la interferencia y mejorando la calidad del sonido y la comprensión del habla.

puntuación, mayor inflexibilidad psicológica. Ha mostrado una fiabilidad interna y una validez concurrente y discriminante de buenas a excelentes.

VLQ, Valued Living Questionnaire (versión en español) (Wilson et al., 2010). Mide la percepción subjetiva de calidad de vida en diferentes ámbitos. Con dos subescalas de 10 ítems cada una: dominio de importancia y dominio de coherencia. Cada subescala se puntúa del 1 al 10, siendo 1=*no es importante en absoluto* y 10=*es muy importante* (dominio de importancia) y 1=*totalmente incoherentes* y 10=*totalmente coherentes*, aludiendo a las propias acciones (dominio de coherencia). Se corrige calculando: [(puntuación media de importancia) X (puntuación media de coherencia)]. A mayor puntuación, mayor validez de vida percibida. Tiene una consistencia interna y test-retest adecuados.

HHIE-S, Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening (versión en español) (Tamblay N et al., 2008; Ventry and Weinstein, 1982; Weinstein and Ventry, 1983). Test diseñado para evaluar el impacto emocional de la discapacidad auditiva en adultos mayores. Son 10 ítems en formato pregunta que se valoran según la respuesta sea No, Sí o A veces. La corrección se realiza mediante la fórmula:
[(NOx0) +(SIx4) + (A Vecesx2)]. A mayor puntuación total, mayor discapacidad auditiva autopercibida.

En la siguiente tabla se detallan las variables utilizadas en el estudio, su definición y el material de medición utilizado.

Tabla 1.

Variables y material de medición.

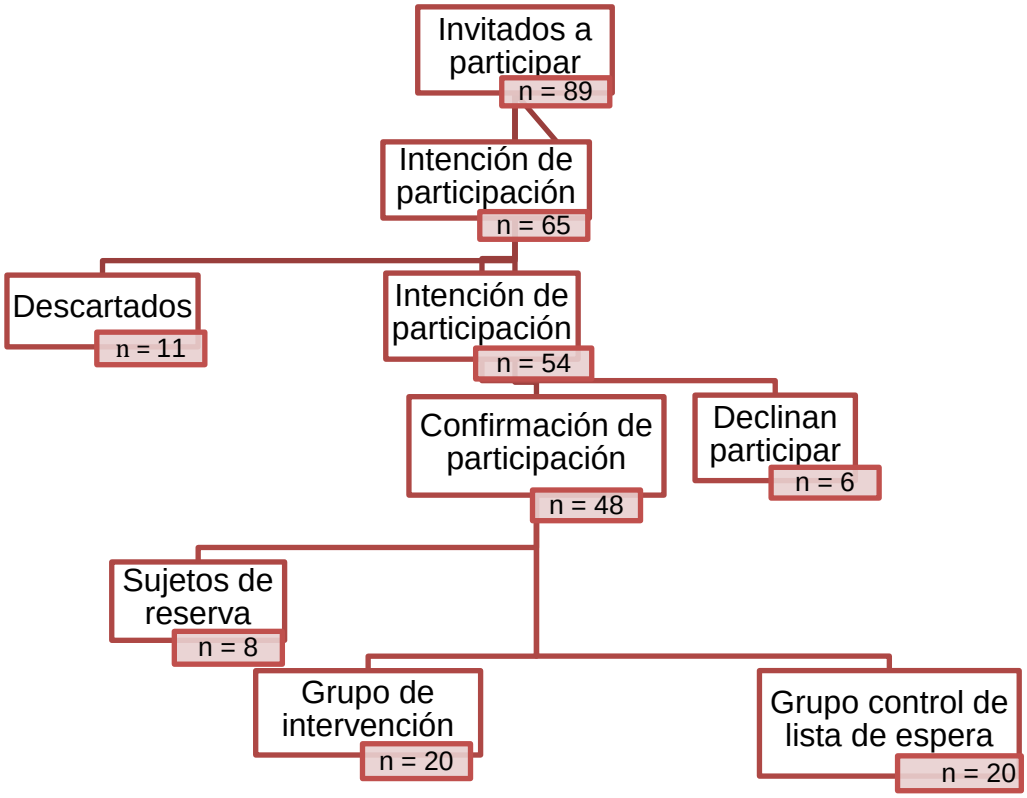
Variable	Definición	Material de medición
ACT (VI)	Intervención breve de ACT como herramienta eficaz para ayudar a los adultos mayores con presbiacusia a llevar una vida social activa y eliminar pensamientos negativos acerca de su discapacidad auditiva.	Resultados positivos significativos de los cuestionarios al término de la intervención y en el periodo de seguimiento.
Inflexibilidad cognitiva (VD)	Forma de pensamiento rígido que limita la capacidad de una persona para adaptarse a situaciones cambiantes. Puede manifestarse como resistencia al cambio, creencias limitantes o dificultad para ver las cosas desde diferentes perspectivas.	AAQ-AHL (Acceptance and Action Questionnarie-Adult Hearing Loss)
Evitación experiencial (VD)	Fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones, emociones, pensamientos, recuerdos) e intenta cambiar la forma o frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona.	VLQ (Valued Living Questionnaire)
Malestar psicológico (VD)	conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos. La persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva.	HHIE-S (Hearing Handicap Inventory for the elderly-Screening

Procedimiento

El análisis pormenorizado inicial de los datos clínicos disponibles, realizado por el audiólogo, dio lugar a una lista de 89 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Durante un período de 10 meses se fue informando de la posibilidad de participar en el estudio a cada uno de ellos, durante sus revisiones periódicas en el gabinete, reduciendo la lista de pacientes con intención de participación a 65, de los cuales 11 se descartaron (3 por fallecimiento, 5 por desinterés y 2 por traslado domiciliario). Con un listado final de 54 pacientes, se procedió a contactar, vía telefónica, para confirmar su participación y realizar un calendario de fechas para la intervención, quedando un total de 48 pacientes con interés en la participación. Finalmente, se construyó una muestra de 40 participantes (18 hombres y 22 mujeres) con 8 sujetos de reserva.

Figura 1.

Flujo de participantes en el estudio.



Para captar el interés hacia la intervención, se les expuso la importancia de realizar la rehabilitación auditiva, técnica complementaria a la adaptación para aquellas situaciones en las que no haya resultados satisfactorios en discriminación verbal con el uso de sus audífonos, factor éste determinante en la mejora de su calidad auditiva y psicosocial.

Una vez obtenido el permiso de bioética para la realización del estudio, se procedió a la firma de documentos de consentimiento informado, indicando la voluntariedad y el derecho a abandonarlo en cualquier momento, así como de protección de datos que garantiza la confidencialidad y protección del anonimato en el uso de sus datos.

Programa de intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) diseñado para adultos mayores con Hipoacusia Neurosensorial asociada al envejecimiento (Presbiacusia). Se llevará a cabo en el centro auditivo, en la sala habilitada para ello. Los participantes del grupo de intervención acudirán a las sesiones grupales una vez por semana. La primera sesión tendrá una duración de 1h y 30m, el resto de las sesiones serán de 1hr. El equipo instructor estará compuesto por el audiólogo protésico del centro auditivo y un psicólogo clínico con experiencia en ACT. (Ver Apéndice 2)

1ª sesión: Psicoeducación. Se hará una breve introducción en la que se explicarán los objetivos y contenido de las sesiones. Posteriormente, se administrarán los cuestionarios AAQ-AHL, VLQ y HHIE-S autoaplicados e individuales. La psicoeducación orientada a la hipoacusia la realizará el audiólogo y consistirá en una explicación no técnica de la etiología y las consecuencias de la discapacidad auditiva que experimentan, indicada para normalizar sus situaciones personales y crear conciencia de grupo, además de eliminar falsas creencias sobre los audífonos y su rendimiento. El psicólogo clínico informará sobre la importancia de la flexibilidad psicológica como herramienta de prevención de conductas evitativas. Se trata de una sesión participativa en la que se admitirán preguntas y narración de experiencias personales. El enfoque en todo momento será el de la normalización y la comprensión.

2ª sesión: Relajación. El psicólogo enseñará las técnicas de visualización (mediante imaginación de una situación de conversación múltiple en un ambiente de ruido, en la que el paciente se enfrenta a ella y consigue superarla con éxito, sintiendo el alivio y la satisfacción generados) y mindfulness (escaneo corporal y observación de la respiración). Se pretende mejorar la atención plena y reducir tensiones. Estos ejercicios se realizarán a lo largo de las sesiones para ir creando un hábito que pueda ser usado en su vida cotidiana.

3ª sesión: Desenganchándome de mis pensamientos. El psicólogo hará uso del concepto *defusión cognitiva* como método para separar los pensamientos y sentimientos de las acciones. Utilizará las técnicas de *Notar y Etiquetar, Exageración, Repetición* y *Cambiar la perspectiva.*

4ª sesión: Aceptando mi discapacidad. El objetivo de esta sesión es enseñar a reconocer los sentimientos y pensamientos originados en determinadas situaciones. Con ayuda del grupo, se realizará una pequeña lista de aquellas situaciones sociales que mayor malestar les generen. Posteriormente,

mediante el diálogo socrático, se tratará de guiar hacia una aceptación de estos pensamientos y sentimientos y la creación de otros más positivos. Como herramientas para transmitir el concepto de aceptación, se utilizarán las metáforas *La casa, El jardín o huerta de la mente* y *La caja de herramientas.*

5ª sesión: Compromiso con mis valores. Se pretende conseguir la disposición de los participantes hacia medidas efectivas, que ayuden a lograr una vida plena y satisfactoria, incluso si eso significa experimentar emociones difíciles o enfrentar situaciones incómodas. Se trata de fomentar el compromiso con uno mismo y con los valores personales. Esto implica una actitud de flexibilidad, apertura y disposición a tomar riesgos para avanzar hacia lo que es importante. Para ello, el terapeuta les ayudará a crear un plan de acción. Primero, se elaborará una lista de los valores más importantes para el grupo y se establecerán metas claras y específicas, proporcionando motivación y sentido de dirección. Se utilizarán las hojas de registro de acciones para incrementar el compromiso. Finalmente, el grupo se comprometerá públicamente, lo que creará un sentido de responsabilidad hacia la terapia, y será el audiólogo el encargado del seguimiento de los progresos durante las revisiones habituales en el centro. La exposición será gradual y se realizará en base a lo aprendido con los ejercicios experienciales y situaciones simuladas a lo largo de las sesiones.

6ª sesión: Fin de intervención. Se resolverán las dudas o dificultades que hayan aparecido a lo largo de las sesiones, haciendo hincapié en los logros conseguidos. Se aplicarán de nuevo los cuestionarios AAQ-AHL, VLQ y HHIE-S. En el tiempo restante, se creará un debate abierto sobre la terapia, la motivación creada y el aprendizaje de las nuevas habilidades de afrontamiento. En la siguiente tabla se detalla el desarrollo y material de las sesiones de intervención.

Posterior a la intervención y en un plazo no mayor a treinta semanas, se realizará la rehabilitación auditiva a todos los miembros de la muestra. Se trata de un entrenamiento personalizado e intensivo de la vía auditiva, que incluye la identificación de sonidos, la discriminación de palabras y la comprensión del habla en situaciones de ruido generado. Seguirá el método Knaster, con 15 sesiones de 30-40 minutos, 5 días por semana. Se debe realizar completa para unos resultados óptimos (Domínguez Ugidos et al., 2001).

Valoración de la eficacia

Con el fin de valorar la eficacia de la intervención, se analizarán en un primer momento, los resultados de los cuestionarios administrados al grupo de intervención, antes e inmediatamente después de ésta y, posteriormente, se hará un seguimiento a los 3 meses, 6 meses y 12 meses, mediante los mismos cuestionarios, coincidiendo con una revisión periódica para evitar ausencias. Con este seguimiento queremos valorar que el efecto de la intervención se mantiene en el tiempo y si es necesario hacer alguna sesión de refuerzo. Un cambio significativo en los resultados de las variables indicará un efecto positivo de la terapia. El grupo control deberá realizar los mismos cuestionarios antes y después de someterse a la rehabilitación auditiva. Los resultados de ambos grupos serán analizados para observar las diferencias intrasujeto e intergrupales en las variables de flexibilidad cognitiva, grado de evitación y malestar psicológico y se

comprobará el grado de adhesión a la rehabilitación auditiva del grupo de intervención frente al grupo control, que no se benefició de la terapia. Se considerará un incremento de la adhesión en aquel grupo que finalice las 15 sesiones de rehabilitación auditiva en, al menos, el 75% de sus miembros.

Se trata de un diseño cuasiexperimental con grupo control de lista de espera y medidas pre y post tratamiento. El modelo de intervención diseñado para este estudio será la variable predictora y las variables dependientes corresponderán a la inflexibilidad psicológica, el grado de evitación en situaciones de escucha activa y relaciones sociales y el malestar psicológico que estos patrones de conducta provocan en las personas de este grupo de edad. A estas variables se suma la adhesión al tratamiento de rehabilitación auditiva que deberá ser realizada en todos los participantes de la muestra.

Análisis

En este estudio con grupo control de lista de espera, se pretende estudiar el hallazgo de efectos positivos en los participantes del grupo de investigación que se sometan al método de intervención de terapia de aceptación y compromiso diseñado para tal fin.
Los participantes serán adultos mayores de 60 años, con presbiacusia (hipoacusia neurosensorial asociada al envejecimiento), usuarios de audífonos con un tiempo de uso no menor a 3 meses, que presenten un alto nivel de frustración y aislamiento social debido a su discapacidad auditiva, medidas estas variables con los diferentes cuestionarios presentados en la metodología. En la siguiente tabla resumen se exponen los cuestionarios utilizados.

Tabla 1.

Resumen de cuestionarios utilizados en el estudio.

Cuestionario	Evalúa	Variable	Valoración
AAQ-AHL (Acceptance and Action Questionnarie-Adult Hearing Loss). (Anexo C)	Aceptación y acción de los adultos con pérdida auditiva.	Inflexibilidad psicológica.	12 ítems. Escala Likert de 7 puntos: a mayor puntuación, mayor inflexibilidad psicológica. Fiabilidad interna y validez concurrente y discriminante de buenas a excelentes.
VLQ (Valued Living Questionnaire). (Anexo D)	Percepción subjetiva de calidad de vida en diferentes ámbitos.	Evitación experiencial.	Subescala (10 ítems): dominio de importancia. Subescala (10 ítems): dominio de coherencia. Escala Likert de 1 a 10: a mayor puntuación, mayor validez de vida percibida. Consistencia interna y test-retest adecuados.
HHIE-S (Hearing Handicap Inventory for the elderly-Screening). (Anexo E)	Impacto emocional de la discapacidad auditiva en adultos mayores.	Malestar psicológico.	10 ítems (preguntas) con 3 posibles respuestas: No, Sí o A veces. A mayor puntuación, mayor discapacidad auditiva autopercibida

Respecto a la medición de los efectos de la intervención en las diferentes variables se utilizará el estadístico ANOVA de medidas repetidas con el que poder analizar la diferencia de puntuaciones intrasujeto en los tres cuestionarios autoaplicados (HIEE-S, VLQ, AAQ-AHL), pre y post intervención. Con él podremos valorar si en cada participante las medidas de las variables muestran algún cambio significativo después de la intervención y en las sesiones de seguimiento.

En cuanto al análisis de las diferencias intergrupales, se utilizará el estadístico t de Student para muestras independientes, que nos mostrará las diferencias en las variables entre el grupo de intervención y el grupo control.

Se comprobará el tamaño del efecto con la *d* de Cohen, que tendrá un efecto de moderado (*d*=.50) a grande (*d*=.80), lo que indicaría diferencias significativas entre el grupo que ha recibido la intervención y el grupo control.

El programa estadístico utilizado será el *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS v.28.

La adhesión al tratamiento de rehabilitación auditiva será determinada por la asistencia y finalización de ésta en, al menos, el 75% de los participantes en cada grupo. En el caso del grupo de intervención, se espera obtener un porcentaje ≥75% de participantes que completa el tratamiento, no así en el grupo control, que tendrá un índice de abandono esperado, similar al habitual en clínica.

RESULTADOS

Los resultados esperados serán los que cumplan con las hipótesis de los objetivos marcados, lo que significaría el hallazgo de un cambio significativo en la flexibilidad y malestar psicológicos y en las conductas de evitación de los sujetos que reciban la intervención, tanto en el momento de su finalización como a largo plazo, hasta un año después de la intervención. Por otro lado, también se espera encontrar que aquellos sujetos que se beneficien de la intervención tengan una mayor adherencia hacia el tratamiento de rehabilitación auditiva y lo finalicen con el fin de mejorar su discriminación verbal, debido al cambio comportamental significativo derivado del efecto positivo de la terapia de intervención. En los resultados del grupo control, por el contrario, no se hallarán diferencias significativas en dichas variables antes y después de recibir el tratamiento de rehabilitación auditiva y tampoco presentarán un incremento en la adherencia a la misma.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio es hallar resultados que determinen un efecto positivo del programa de intervención breve de terapia de aceptación y compromiso en los participantes del grupo de intervención. Siendo así, estaría en línea con los resultados de la literatura revisada acerca de la terapia de aceptación y compromiso como método eficaz para cambiar patrones de inflexibilidad psicológica que generan malestar e insatisfacción psicosocial y conductas de evitación experiencial en adultos mayores que experimentan niveles de ansiedad elevados, estados depresivos y otros trastornos de cambio de conducta que comparten la inflexibilidad y malestar psicológicos como factor común.

En un estudio en el que se aplicaron 12 sesiones individuales de una terapia de aceptación y compromiso en siete pacientes

mayores de atención primaria con trastorno de ansiedad generalizada, se determinó que la depresión y la preocupación mejoraron, además de no haber abandono de la terapia por parte de ninguno de los participantes. También se pudo establecer que esta terapia puede ser efectiva incluso cuando se lleva a cabo por terapeutas novatos, ya que es un tratamiento relativamente fácil de aprender y de difundir. Estos resultados sugieren que la terapia de aceptación y compromiso puede justificar una investigación a gran escala con adultos mayores ansiosos (Wetherell et al., 2011)

Otro estudio en línea con el anterior, en el que el terapeuta que impartió un curso breve de terapia de aceptación y compromiso era relativamente novato en la materia, arrojó similares resultados. En este estudio se propone que el modelo ACT es adecuado para una población de adultos mayores, ya que pueden estar orientados hacia los valores debido a ser conscientes de que su vida es limitada. El caso que estudia es el de una mujer de 89 años con depresión clínica tardía y trastorno de ansiedad generalizada. Uno de los factores que contribuyó a su estado de angustia fue su lucha con los cambios cognitivos y físicos asociados con su proceso de envejecimiento. El resultado de la intervención fue eficaz en la reducción de la inflexibilidad psicológica y en la reducción de angustia a niveles no clínicos en las 6 semanas posteriores a la intervención (Roberts & Sedley, 2016)

Desde un enfoque contextualista que se aleja de la tradición diagnóstica de patología como enfermedad, esta terapia pone a la persona en el centro y tiene en cuenta el contexto, guiándola hacia una aceptación saludable de los pensamientos y sentimientos negativos surgidos en situaciones y conductas sociales y hacia una aceptación de sí mismo, ofreciendo herramientas que ayuden a canalizar el malestar psicosocial generado y aportando habilidades inter e intrasujeto que les alejen de la evitación experiencial como método de solución a sus problemas en situaciones de interacción social.

Limitaciones.

Las limitaciones del estudio podrían encontrarse en la selección sesgada de los participantes (no aleatoria) y en el tamaño de la muestra. Se propone para futuros estudios seleccionar de forma aleatoria a los participantes de iguales características entre diferentes centros auditivos del territorio nacional, pudiendo incluir pacientes del servicio de salud de otorrinolaringología que cumplan con los criterios de inclusión. Con ello se conseguiría aumentar la muestra y que los resultados sean más representativos de la población general. También debería tenerse en cuenta que la valoración de la eficacia del protocolo de intervención se realice con los resultados obtenidos de cuestionarios autoaplicados, generando un sesgo de respuesta que pueda no reflejar con precisión la realidad. Para evitarlo sería interesante incluir datos recogidos de estos cuestionarios realizados por familiares/cuidadores que puedan dar una visión menos sesgada. También se podrían utilizar para la selección de los participantes escalas que midan los niveles de ansiedad, estrés y depresión, como el inventario de depresión (BDI) y de ansiedad (BAI) de Beck o la escala de estrés percibido (EEP-10), además de los informes médicos que ya están incluidos en la anamnesis de los pacientes. Y no debe olvidarse el sesgo del propio investigador, que puede influir involuntariamente en los resultados debido a sus expectativas, por lo que sería necesario incluir un investigador externo que pueda

supervisar el trabajo y redirigir cuando sea necesario.

Recomendaciones.

Dentro de esta línea de investigación y para valorar la eficacia de la terapia, sería interesante plantearlo en otros grupos de edad con discapacidad auditiva que puedan beneficiarse del programa, adecuándolo a la edad. Así mismo, se podría contemplar la posibilidad de aplicación en familiares/cuidadores de personas con hipoacusia neurosensorial y baja discriminación verbal asociada, que aporte comprensión y aceptación de la discapacidad auditiva y elimine barreras y conflictos familiares indeseables. Para ello, es importante incluir sesiones pedagógicas destinadas a este grupo, en el que puedan aprender desde qué es una pérdida auditiva, su etiología, sintomatología, hasta qué procesos psicocognitivos generan en las personas que las padecen.

CONCLUSIÓN

Basándonos en los cambios esperados en los participantes del grupo de intervención: a) se detectará un cambio significativo en el malestar psicológico y en las conductas de evitación, b) se incrementará significativamente la flexibilidad psicológica del grupo y c) aumentará la adhesión a un tratamiento auditivo completo y personalizado. No así en el grupo control que, al no recibir la terapia, no experimentará cambios significativos en las variables medidas de malestar psicológico, inflexibilidad cognitiva, evitación experiencial y adhesión al tratamiento auditivo. Estos datos confirmarían que los adultos mayores que padecen presbiacusia y una mala discriminación verbal, que han desarrollado en su día a día conductas de evitación experiencial y aislamiento social debido a su pérdida auditiva, pueden beneficiarse de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a través de las herramientas y habilidades que ésta les aporta, las cuales contribuyen a mejorar su calidad de vida social y familiar, lo que confirmaría las hipótesis de los objetivos planteados en este trabajo.

Estos resultados serían congruentes con los obtenidos en otros estudios que avalan la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en diversas patologías, como los trastornos de ansiedad y de cambio de conducta, que comparten la inflexibilidad y malestar psicológicos como factor común.

Nuestro estudio mostrará un instrumento de intervención psicológica válido y eficaz mediante el diseño de programa de intervención planteado, con el que se quiere fomentar la aceptación de la discapacidad auditiva en adultos mayores, sin caer en el aislamiento o renunciar a una vida social plena, eliminando sesgos y falsas creencias al respecto.

REFERENCIAS

Bigelow, R. T., Reed, N. S., Brewster, K. K., Huang, A., Rebok, G., Rutherford, B. R., & Lin, F. R. (2020). Original Investigation | Otolaryngology Association of Hearing Loss With Psychological Distress and Utilization of Mental Health Services Among JAMA Network Open. *JAMA Network Open*, *3*(7), 2010986.

https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10986

Castiglione, A., Benatti, A., Velardita, C., Favaro, D., Padoan, E., Severi, D., Pagliaro, M., Bovo, R., Vallesi, A., Gabelli, C., & Martini, A. (2016). Aging, Cognitive Decline and Hearing Loss: Effects of Auditory Rehabilitation and Training with Hearing Aids and Cochlear Implants on Cognitive Function and Depression among Older Adults. *Audiology and Neurotology*, *21*(Suppl. 1), 21–28. https://doi.org/10.1159/000448350

Chau, J. K., Cho, J. J. W., & Fritz, D. K. (2012). Evidence-Based Practice: Management of Adult Sensorineural Hearing Loss. *Otolaryngologic Clinics of North America*, *45*(5), 941–958. https://doi.org/10.1016/J.OTC.2012.06.002

Cosh, S., Helmer, C., Delcourt, C., Robins, T. G., & Tully, P. J. (2019). Review. Depression in elderly patients with hearing loss: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 14–1471. https://doi.org/10.2147/CIA.S195824

Cullinan, V., & Vitale, A. (2009). The contribution of Relational Frame Theory to the development of interventions for impairments of language and cognition. *The Journal of Speech and Language Pathology – Applied Behavior Analysis*, *4*(1), 132–145. https://doi.org/10.1037/h0100254

Davis, A. C., & Hoffman, H. J. (2019). Hearing loss: rising prevalence and impact. *Bulletin of the World Health Organization*, *97*(10), 646-646A. https://doi.org/10.2471/BLT.19.224683

de Andrade, A. N., Iorio, M. C. M., & Gil, D. (2016). Speech recognition in individuals with sensorineural hearing loss. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, *82*(3), 334–340. https://doi.org/10.1016/J.BJORL.2015.10.002

De Ridder, D., Schlee, W., Vanneste, S., Londero, A., Weisz, N., Kleinjung, T., Shekhawat, G. S., Elgoyhen, A. B., Song, J. J., Andersson, G., Adhia, D., de Azevedo, A. A., Baguley, D. M., Biesinger, E., Binetti, A. C., Del Bo, L., Cederroth, C. R., Cima, R., Eggermont, J. J., … Langguth, B. (2021). Tinnitus and tinnitus disorder: Theoretical and operational definitions (an international multidisciplinary proposal). *Progress in Brain Research*, *260*, 1–25. https://doi.org/10.1016/BS.PBR.2020.12.002

Domínguez Ugidos, L. J., Rodríguez Morejón, C., Vallés Varela, H., Iparraguirre Bolinaga, V., & Knaster Del Olmo, J. (2001). Entrenamiento auditivo con ruido

blanco de banda ancha: efectos sobre la discriminación verbal (ii). *Acta Otorrinolaringológica Española*, *52*(3), 178–190. https://doi.org/10.1016/S0001-6519(01)78196-4

Ducasse, D., & Fond, G. (2015). Acceptance and commitment therapy. *L'Encephale*, *41*(1), 1–9. https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.017

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2012). Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *International Journal of Audiology*, *51*(7), 545–550. https://doi.org/10.3109/14992027.2012.675628

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639–665. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3

Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1993). Some Applied Implications of a Contemporary Behavior-Analytic Account of Verbal Events. *The Behavior Analyst*, *16*(2), 283–301. https://doi.org/10.1007/BF03392637

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152–1168. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152

Luciano Soriano, M. del C., Valdivia, S., & Pláez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT) Advances from the acceptance and commitement therapy (ACT). *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, *5*(2), 173–201. https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3782

Marques, T., Marques, F. D., & Miguéis, A. (2022). Age-related hearing loss, depression and auditory amplification: a randomized clinical trial. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *279*(3), 1317–1321. https://doi.org/10.1007/s00405-021-06805-6

Molander, P., Hesser, H., Weineland, S., Bergwall, K., Buck, S., Jäder Malmlöf, J., Lantz, H., Lunner, T., & Andersson, G. (2018). Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *47*(2), 169–184.

https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1365929

Niazi, Y., Ejaz, B., & Muazzam, A. (2020). Impact of hearing impairment on psychological distress and subjective well-being in older adults. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *36*(6). https://doi.org/10.12669/pjms.36.6.2457

Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *61*, 105–121. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018

Peracino, A., & Pecorelli, S. (2016). The Epidemiology of Cognitive Impairment in the Aging Population: Implications for Hearing Loss. *Audiology and Neurotology*, *21*(Suppl. 1), 3–9. https://doi.org/10.1159/000448346

Ren, J., Xu, T., Xiang, T., Pu, J., Liu, L., Xiao, Y., & Lai, D. (2021). Prevalence of Hyperacusis in the General and Special Populations: A Scoping Review. *Frontiers in Neurology*, *12*, 706555. https://doi.org/10.3389/fneur.2021.706555

Roberts, S. L., & Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy With Older Adults. *Clinical Case Studies*, *15*(1), 53–67. https://doi.org/10.1177/1534650115589754

Roth, T. N., Hanebuth, D., & Probst, R. (2011). Prevalence of age-related hearing loss in Europe: a review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *268*(8), 1101–1107. https://doi.org/10.1007/s00405-011-1597-8

Sauvage, J.-P., Puyraud, S., Roche, O., & Rahman, A. (2000). Anatomía del oído interno. *EMC - Otorrinolaringología*, *29*(1), 1–19. https://doi.org/10.1016/S1632-3475(00)71947-3

Stropahl, M., Besser, J., & Launer, S. (2020). Auditory Training Supports Auditory Rehabilitation: A State-of-the-Art Review. *Ear and Hearing*, *41*(4). https://journals.lww.com/ear-hearing/Fulltext/2020/07000/Auditory_Training_Supports_Auditory.2.aspx

Weinstein, B. E. (1996). Treatment Efficacy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *39*(5). https://doi.org/10.1044/jshr.3905.s37

Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Kraft, A., Sorrell, J. T., & Petkus, A. J. (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

APÉNDICES

Apéndice 1

Hoja de registro 1: Grupo Experimental

Participante	Edad	Sexo	HNS	% Discriminación Verbal	APHAB	COSI	HHIE-S		AAQ-II		VLQ	
							Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
E1	78	M	Bilateral asimétrica	75 %								
E2	64	M	Bilateral simétrica	80 %								
E3	72	H	Bilateral simétrica	75 %								
E4	84	M	Bilateral asimétrica	60 %								
E5	68	H	Bilateral asimétrica	50 %								
E6	86	H	Bilateral asimétrica	55 %								
E7	84	M	Bilateral asimétrica	65 %								
E8	73	M	Bilateral asimétrica	65 %								
E9	71	H	Bilateral simétrica	70 %								
E10	82	M	Bilateral asimétrica	70 %								
E11	81	H	Bilateral simétrica	75 %								
E12	73	M	Bilateral simétrica	80 %								
E13	75	M	Bilateral asimétrica	70 %								
E14	77	H	Bilateral asimétrica	70 %								
E15	69	M	Bilateral simétrica	80 %								
E16	76	H	Bilateral asimétrica	60 %								
E17	83	H	Bilateral asimétrica	65 %								
E18	85	M	Bilateral simétrica	75 %								
E19	87	M	Bilateral asimétrica	55 %								
E20	76	H	Bilateral asimétrica	65 %								
M	77,20	H=9		68 %								
DT	6,62	M=11		0,09								

Hoja de registro 2: Grupo Control

Participante	Edad	Sexo	HNS	% Discriminación Verbal	APHAB	COSI	HHIE-S		AAQ-II		VLQ	
							Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
C1	87	H	Bilateral asimétrica	60 %								
C2	85	H	Bilateral asimétrica	55 %								
C3	76	M	Bilateral simétrica	70 %								
C4	77	M	Bilateral asimétrica	65 %								
C5	72	M	Bilateral simétrica	80 %								
C6	69	H	Bilateral asimétrica	65 %								
C7	71	H	Bilateral simétrica	75 %								
C8	82	M	Bilateral simétrica	70 %								
C9	75	H	Bilateral simétrica	80 %								
C10	68	M	Bilateral simétrica	80 %								
C11	74	H	Bilateral asimétrica	75 %								
C12	79	M	Bilateral asimétrica	70 %								
C13	82	M	Bilateral asimétrica	55 %								
C14	71	H	Bilateral asimétrica	50 %								
C15	75	M	Bilateral simétrica	75 %								
C16	76	M	Bilateral asimétrica	70 %								
C17	84	H	Bilateral asimétrica	60 %								
C18	69	H	Bilateral asimétrica	55 %								
C19	88	M	Bilateral asimétrica	50 %								
C20	76	M	Bilateral simétrica	80 %								
M	76,8	H=9		67 %								
DT	6,29	M=11		0,10								

Apéndice 2.

Diseño de Intervención breve de ACT para adultos mayores con HNS por envejecimiento

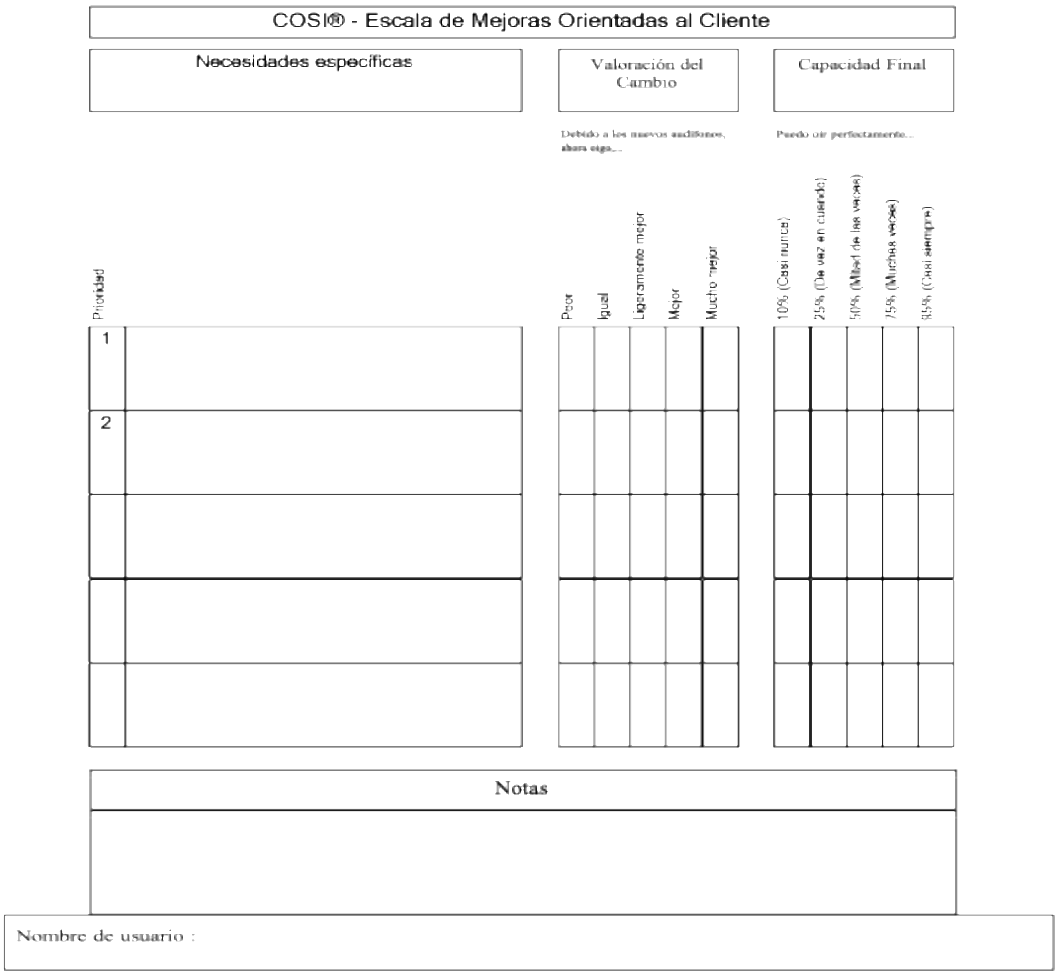
Sesión	Módulo	Objetivos	Contenido/Estructura
1ª Sesión (90 min.)	Psicoeducación	• Formación básica en discapacidad auditiva • Formación básica de ACT (para qué sirve, cómo se lleva a cabo, en qué consiste) • Enseñar conceptos de inflexibilidad y fusión.	Administración y explicación/aplicación de los cuestionarios AAQ-AHL, VLQ y HHIE-S. • Los participantes deberán comprender mejor: 1) la asociación entre el aislamiento social y la pérdida auditiva; y 2) las consecuencias del aislamiento social y los patrones de inflexibilidad cognitiva creados. Se hará hincapié en la necesidad de someterse al tratamiento de rehabilitación auditiva para poder mejorar en discriminación verbal que ayude a incrementar las conductas deseadas. • Breve exposición de la terapia: en qué se basa, por qué será útil para el grupo, qué se quiere conseguir. • Por medio de ejemplos sencillos, entenderán los conceptos de inflexibilidad y fusión cognitivas, para poder reconocerlas en sus conductas, pensamientos y sentimientos, que serán modificados en las próximas sesiones.
2ª Sesión (60 min.)	Relajación	• Crear ambiente empático y relajado • Enseñar técnicas relajación	• Técnicas de visualización (imaginación de una situación de conversación múltiple en un ambiente de ruido, en la que el paciente se enfrenta a ella y consigue superarla con éxito, sintiendo el alivio y la satisfacción que le produce). • Técnica Mindfulness, mediante escaneo corporal y observación de la respiración. Se escogerá aquella que resulte más sencilla en su realización.
3ª Sesión (60 min.)	Desenganchándome de mis pensamientos	• Trabajar defusión cognitiva	Ejercicios para la defusión: • Notar y etiquetar. Observar los pensamientos que surgen en la mente y etiquetarlos sin juzgarlos. P. ej, si surge el pensamiento "no puedo hacer esto, nunca lo lograré", se podría etiquetar como "pensamiento negativo". • Exageración. Exagerar los pensamientos negativos hasta que suenan ridículos. P. ej, pensamiento "nunca voy a ser feliz", se podría exagerar como "voy a estar miserable para siempre y nunca voy a encontrar la felicidad". • Repetición. Repetir un pensamiento una y otra vez hasta que pierde su significado. P. ej, ante "no puedo hacer esto", se podría

			repetir "no puedo hacer esto" varias veces hasta que se vuelve un sonido sin sentido. • Cambio de perspectiva. Cambiar la forma en que se ve un pensamiento. P. ej., "Siempre me pasa lo mismo" podría cambiarse a "A veces las cosas no salen como espero, pero también hay momentos en que todo va bien".
4ª Sesión (60 min.)	Aceptando mi discapacidad auditiva	• Reaprender a ver el mundo • Valorar lo importante • Buscando mi identidad	Metáforas para la flexibilidad: • La casa. Describir la identidad de una persona. Al igual que una casa tiene muchas habitaciones y áreas diferentes, una persona también tiene muchas partes diferentes de su identidad. La idea es ayudar a la persona a reconocer y aceptar todas las partes de su identidad para tener una vida más satisfactoria y plena. • El jardín o huerta de la mente. Describe la mente de una persona como un jardín. Al igual que un jardín, la mente necesita ser cuidada y nutrida para crecer y florecer. Si la mente está llena de malas hierbas (pensamientos negativos y tóxicos), entonces no puede crecer nada positivo y hermoso. La idea es aprender a reconocer y eliminar las malas hierbas para permitir que florezcan las plantas positivas. • La caja de herramientas. Se utiliza para describir las habilidades y herramientas que una persona puede utilizar para enfrentar desafíos y dificultades en la vida. Al igual que un trabajador manual utiliza una caja de herramientas para arreglar cosas, las personas pueden utilizar una caja de herramientas de habilidades y técnicas para enfrentar sus desafíos y superar sus dificultades. La idea es aprender a reconocer y utilizar estas herramientas de manera efectiva para vivir una vida más plena y significativa.
5ª Sesión (60 min.)	Compromiso con mis valores	• Disfrutar de mis hábitos sociales	Ayudar a identificar sus valores y a comprometerse con acciones que los reflejen, incluso en presencia de dolor emocional o sufrimiento. Se puede hacer un listado grupal o individual. 1. Lista de valores 2. Compromiso público ante el grupo 3. Hoja de registro
6ª Sesión	Fin de Intervención	• Comprobar habilidades aprendidas	Administración de los cuestionarios AAQ-AHL, VLQ y HHIE-S (post intervención).

(60 min.)		• Fomentar la adhesión a RA	• Repaso de todas las técnicas y habilidades aprendidas. • Resolución de dudas acerca de hojas de registro. • Debate abierto acerca de la terapia y su efecto percibido.
	Seguimiento	• Comprobar eficacia de la terapia a largo plazo	Administración de cuestionarios AAQ-AHL, VLQ y HHIE-S (lo hará el audiólogo con supervisión del psicólogo): • A los 3 meses • A los 6 meses • A los 12 meses
	Lista de espera	• Poner en práctica	Administración de la terapia a los participantes del grupo control. • Comprobar eficacia inmediata • Comprobar eficacia a largo plazo

ANEXOS

Anexo A



Anexo B

APHAB – FORMULARIO A

Instrucciones:

Por favor escoja la respuesta que más se aproxime a su experiencia diaria. Si no ha experimentado una situación en particular, imagine cómo respondería en una situación similar.

A Siempre (99%)
B Casi Siempre (87%)
C Generalmente (75%)
D La mitad del tiempo (50%)
E Ocasionalmente (25%)
F Raras veces (12%)
G Nunca (1%)

		Sin Audífono	**Con** Audífono
1.	Cuando me encuentro en una tienda de comestibles donde hay mucha gente, y hablo con la cajera, puedo seguir la conversación.	A B C D E F G	A B C D E F G
2.	Pierdo gran parte de la información cuando escucho una conferencia.	A B C D E F G	A B C D E F G
3.	Los sonidos inesperados, como un detector de humo o un timbre de alarma son incómodos.	A B C D E F G	A B C D E F G
4.	Tengo dificultad escuchando una conversación cuando me encuentro en mi hogar con alguien de mi familia .	A B C D E F G	A B C D E F G
5.	Tengo dificultad comprendiendo el diálogo de una película en el cine o de una obra en el teatro.	A B C D E F G	A B C D E F G
6.	Tengo dificultad escuchando las noticias, en la radio del automóvil, cuando los miembros de mi familia están hablando.	A B C D E F G	A B C D E F G
7.	Cuando me encuentro comiendo con varias personas y trato de mantener una conversación con una de ellas, me resulta difícil entender el diálogo.	A B C D E F G	A B C D E F G
8.	Los ruidos del tráfico son demasiado altos.	A B C D E F G	A B C D E F G
9.	Cuando estoy hablando con alguien que se encuentra al otro extremo de una habitación grande vacía, comprendo las palabras.	A B C D E F G	A B C D E F G
10.	Cuando me encuentro en una oficina pequeña, efectuando una entrevista o respondiendo a ciertas preguntas, me resulta difícil seguir la conversación.	A B C D E F G	A B C D E F G
11.	Cuando estoy en el cine o en una obra de teatro, y las personas a mi alrededor están cuchicheando o rasgando papeles, todavía puedo seguir el diálogo.	A B C D E F G	A B C D E F G

HARL
Hearing Aid Research Lab.

Anexo C

Participante: _____ Fecha: _____

Acceptance and Action Questionnaire for Hearing Loss (Adult version, AAQ-AHL).
Cuestionario de aceptación y acción para adultos con pérdida auditiva.

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED rodeando con un círculo el número de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuente mente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. *Llevo una vida plena, a pesar de mi frustración por la pérdida de audición	0	1	2	3	4	5	6
2. *Mi vida va bien, a pesar de los pensamientos y sentimientos negativos sobre mi pérdida de audición.	0	1	2	3	4	5	6
3. Mi frustración por la pérdida de audición ha hecho que participe menos en las actividades que me gustan.	0	1	2	3	4	5	6
4. Me gustaría poder controlar los pensamientos y sentimientos negativos sobre mi pérdida auditiva.	0	1	2	3	4	5	6
5. *La frustración que me produce la pérdida de audición no interfiere en mis objetivos.	0	1	2	3	4	5	6
6. *A pesar de tener pensamientos y sentimientos negativos sobre mi pérdida auditiva, puedo seguir ocupándome de mis responsabilidades.	0	1	2	3	4	5	6
7. Me cuesta hacer las cosas debido a mi frustración por la pérdida auditiva.	0	1	2	3	4	5	6
8. Necesito controlar los pensamientos negativos sobre mi pérdida auditiva para tener control sobre mi vida.	0	1	2	3	4	5	6
9. Mis pensamientos y sentimientos negativos sobre mi pérdida de audición me llevan a evitar situaciones.	0	1	2	3	4	5	6
10. Me preocupa lo que piensen los demás de mi pérdida auditiva.	0	1	2	3	4	5	6
11. Paso mucho tiempo pensando cómo serían las cosas para mí sin pérdida auditiva.	0	1	2	3	4	5	6
12. La frustración por mi pérdida auditiva me impide tratarla y controlarla eficazmente.	0	1	2	3	4	5	6

Puntuación total: _____

Anexo D

Participante : _____ Fecha: _____

Valued Living Questionnaire, VLQ (Wilson et al., 2010).

Cuestionario sobre la vida valorada. Nos interesa conocer su experiencia subjetiva de su calidad de vida en cada uno de estos ámbitos. Un aspecto de la calidad de vida tiene que ver con la importancia que uno da a los distintos ámbitos de la vida. Valore la importancia de cada ámbito (marcando un número con un círculo) en una escala del 1 al 10; 1 significa que ese ámbito no es importante en absoluto y 10 significa que ese ámbito es muy importante. No todo el mundo valora todos estos ámbitos, ni valora todos los ámbitos por igual. Valore cada ámbito según su sentido personal de la importancia.
En otra sección, nos gustaría que puntuara la coherencia de sus acciones con cada valor. Todo el mundo actúa mejor en unos ámbitos que en otros. NO le preguntamos cuál es su ideal en cada ámbito. Queremos saber cómo cree que lo ha hecho durante la última semana. Puntúe cada elemento (rodeando un número con un círculo) en una escala del 1 al 10; 1 significa que sus acciones han sido totalmente incoherentes con sus valores, y 10 significa que sus acciones han sido totalmente coherentes con sus valores.

Durante la semana pasada

Dominio importancia

1. Relaciones familiares (distintas que el matrimonio)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
2. Matrimonio/pareja/relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
3. Cuidado de los hijos/nietos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
4. Amistades/relaciones sociales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
5. Empleo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
6. Educación/formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
7. Ocio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
8. Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
9. Ciudadanía/vida en comunidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
10. Bienestar físico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0

Dominio coherencia

1. Relaciones familiares (distintas que el matrimonio)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
2. Matrimonio/pareja/relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
3. Cuidado de los hijos/nietos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
4. Amistades/relaciones sociales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
5. Empleo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
6. Educación/formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
7. Ocio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
8. Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
9. Ciudadanía/vida en comunidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
10. Bienestar físico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0

Anexo E

ACTIVITY 8E

HEARING HANDICAP INVENTORY FOR THE ELDERLY – SCREENING VERSION (HHIE–S)

SPANISH LANGUAGE VERSION

INTRODUCTION: Ahora, tengo unas preguntas sobre como se siente en cuanto a su audición. Para cada frase, favor de decirme si la frase le describe, no le describe, o le describe a veces.

1. ¿El problema auditivo (de no oir bien) le causa verguenza cuando usted conoce por primera vez a las personas? ¿Diria Ud que ....

   No _____ Si _____ A veces _____

2. ¿El problema auditivo (de no oir bien) le causa que se sienta frustrado/ frustrada o confundido cuando está hablando con miembros de su familia?

   No _____ Si _____ A veces _____

3. ¿Tiene usted dificultad en oir cuando alguien habla en voz baja?

   No _____ Si _____ A veces _____

4. ¿Se siente usted con desventaja física a causa de su problema auditivo (de no oir bien)?

   No _____ Si _____ A veces _____

5. ¿El problema auditivo (de no oir bien) le causa a usted dificultad en visitar a los amigos, parientes o vecinos?

   No _____ Si _____ A veces _____

6. ¿El problema auditivo (de no oir bien) le ocasiona que no puede asistir tan seguido como quisiera a servicios religiosos?

   No _____ Si _____ A veces _____

7. ¿El problema auditivo (de no oir bien) le causa que tenga discusiones con los miembros de su familia?

   No _____ Si _____ A veces _____

© 2001 UTHSCSA "Positively Aging®" a trade mark of the University of Texas Health Science Center at San Antonio