

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO SOBRE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en
Psicología

Rodrigo Barco Chrem
20130120

Asesor
Jessica Alicia Grieve Ramírez-Gastón

Lima – Perú
Marzo de 2021



**EFFECTIVENESS OF ACCEPTANCE AND
COMMITMENT THERAPY ON DEPRESSION
IN ADULT PATIENTS**

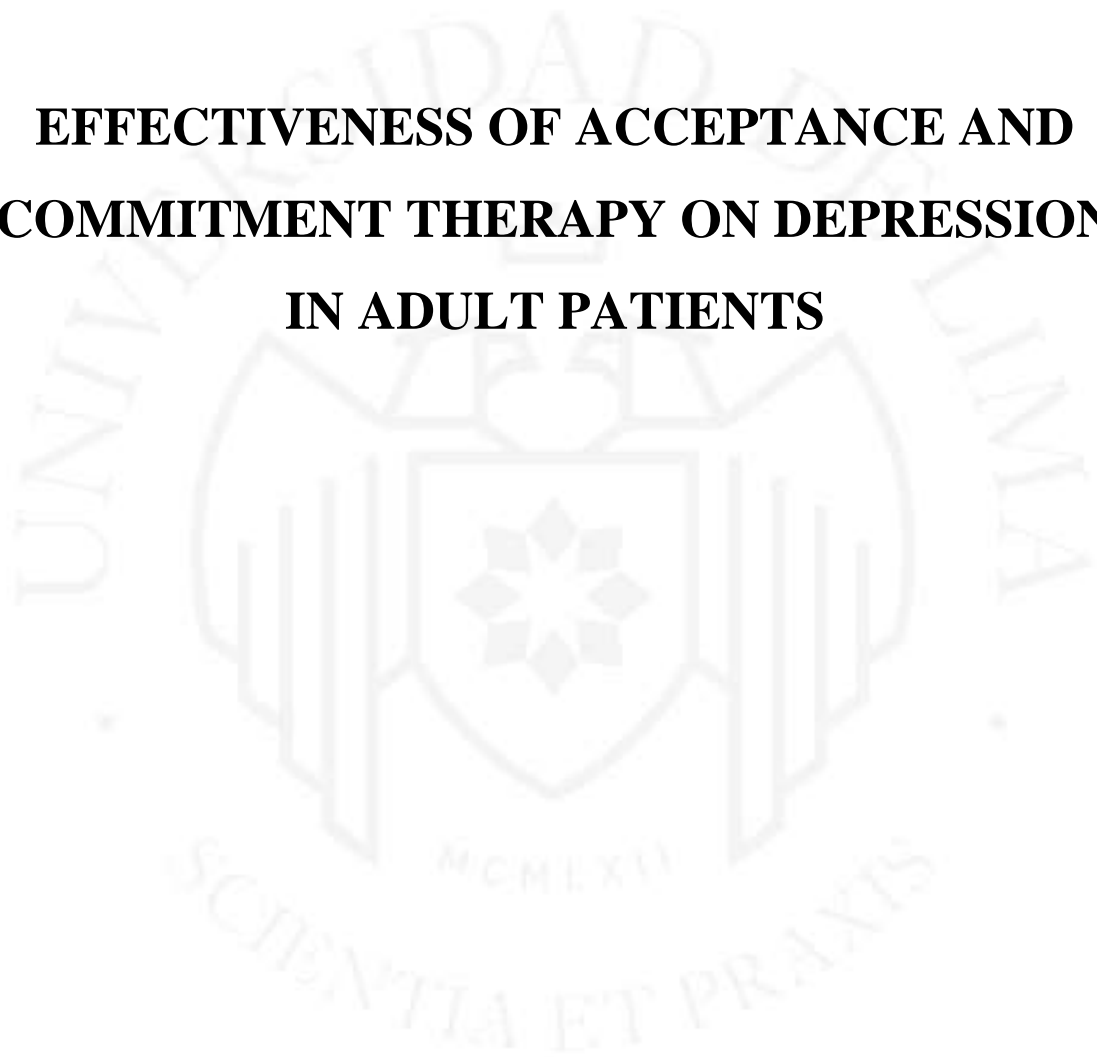


TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO II: MÉTODO	14
2.1 Criterios de elegibilidad	14
2.1.1 Criterios de inclusión	14
2.1.2 Criterios de exclusión.....	14
2.2 Estrategia de búsqueda	15
CAPÍTULO III: RESULTADOS	17
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1. Análisis de los estudios seleccionados ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 3.2. Continuación del análisis de los estudios seleccionados . ¡Error! Marcador no definido.8



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Diagrama de flujo..... ¡Error! Marcador no definido.6



RESUMEN

La depresión es un trastorno limitante que impone una carga socio-económica y emocional en pacientes y la sociedad en general. Desde el enfoque cognitivo-conductual, la depresión se concibe como el resultado de pensamientos irracionales, llevando a las personas a percibir la realidad de un modo idiosincrático y distorsionando su percepción. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) ha ganado interés en la psicología clínica para el tratamiento de la depresión. ACT busca que los pacientes aprendan a re-conceptualizar los estímulos evitados de una manera adaptativa. El objetivo del siguiente estudio de revisión fue identificar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la depresión en adultos. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos Scopus y EBSCOhost. Se eligieron para analizar estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión ($n = 7$). Se encontraron diferencias en cuanto a los resultados, aunque hubo en su mayoría un gran tamaño del efecto respecto de la eficacia de ACT sobre la depresión. Los resultados indican que ACT es efectiva para el tratamiento de la depresión en adultos, siendo confiable para la disminución de síntomas depresivos y un aumento en la calidad de vida.

Palabras clave: Terapia de aceptación y compromiso, depresión, evaluación de la efectividad del tratamiento, resultado de la psicoterapia.

ABSTRACT

Depression is a limiting disorder that imposes a socio-economic and emotional burden on patients and society in general. From the cognitive-behavioral approach, depression is conceived as the result of irrational thoughts, leading people to perceive reality in an idiosyncratic way and distorting their perception. Acceptance and commitment therapy (ACT) has gained interest in clinical psychology for the treatment of depression. ACT seeks that patients learn to re-conceptualize avoided stimuli in an adaptive way. The aim of the following review was to identify the effectiveness of acceptance and commitment therapy for the treatment of depression in adults. For this, a search was carried out in the Scopus and EBSCOhost databases. Studies that met the inclusion and exclusion criteria ($n = 7$) were chosen to analyze. Differences were found in terms of results, although there was mostly a large effect size regarding the efficacy of ACT on depression. The results indicate that ACT is effective for the treatment of depression in adults, being reliable for the reduction of depressive symptoms and an increase in the quality of life.

Key words: Acceptance and commitment therapy, depression, treatment effectiveness evaluation, psychotherapy outcome.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la depresión es la primera causa que genera discapacidad y contribuye significativamente a la tasa de morbilidad. De no ser tratada, la depresión puede llegar a ser un problema de salud grave, sobre todo cuando es de larga duración (más de dos años) y de magnitud moderada a grave; pudiendo generar una alteración y una disminución en la productividad en actividades profesionales, sociales y/o familiares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

La depresión es un trastorno mental que afecta a gran parte de la población, se estima que 300 millones de personas padecen un cuadro depresivo siendo el trastorno con más prevalencia a nivel mundial. La depresión se produce como resultado de una compleja interacción de factores, tales como el social, el psicológico y el biológico, lo cual afecta a las personas en diversas esferas de su vida (OMS, 2020).

En la actualidad, hay intervenciones cuyos resultados han demostrado eficacia para tratar la depresión, aunque estos aún no llegan a gran parte de la población. En el año 2017, se estimó que el 50% de hombres y mujeres con depresión no reciben un tratamiento psicológico; asimismo, en muchos países o no hay, o el apoyo disponible para las personas con enfermedades psiquiátricas es muy escaso (OMS, 2020).

Desde un análisis a nivel macro, la depresión, como trastorno muy recurrente, puede tener importantes consecuencias socio-económicas que impactan en diferentes ámbitos (político, legal, laboral). En el entorno económico, las repercusiones derivadas de esta situación son amplias, se calcula que el impacto a nivel global de la depresión y de otros trastornos del estado de ánimo, como la ansiedad, tienen como resultado pérdidas de US \$1 billón anuales. De este modo, se incurre en pérdidas en el hogar, en el trabajo y en los gobiernos en general (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). Asimismo, las consecuencias sociales representan entre 25% y 34% de años saludables de vida perdidos debido a la discapacidad por depresión (Torres, 2018). No obstante, en muchos países el gasto anual dedicado a la salud mental se encuentra debajo de los US \$2 por persona, y es menor a US \$0,25 en países con un menor ingreso. El 73% de 34 países de América Latina y el Caribe destinan alrededor de 1% a 5% del presupuesto a la

salud mental, y gran parte de estos recursos son asignados a los hospitales psiquiátricos, a pesar de que estos están relacionados a malas prácticas clínicas y pobres condiciones sanitarias (OPS, 2017).

A nivel individual, la depresión afecta a las personas en diferentes grados, pudiendo perjudicar el funcionamiento en áreas como las conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas (Chahar et al., 2020). Los individuos que padecen depresión pueden llegar a experimentar una gran sensación de sufrimiento ya que se ven perturbadas las actividades cotidianas de modo significativo, se agravan las condiciones de salud pre-existentes y/o predispone a otros problemas de salud (Patel et al., 2016).

En el Perú, la situación no es muy diferente, la depresión es el trastorno psiquiátrico con una mayor morbilidad, habiendo aproximadamente 1 millón 700 mil personas con depresión. Esto representa una gran carga social, mostrando pérdidas de 224 535 AVISA (años de vida saludables perdidos) lo cual significa 7,5 AVISA por cada 1000 personas. A su vez, se estima que la depresión en sí misma incrementa el riesgo de que las personas cometan suicidio, pudiendo mostrar tasas 44 veces mayores respecto de las personas sin depresión (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2018).

En el ámbito de la salud mental, la psicología clínica es la encargada de brindar tratamientos validados para los diferentes trastornos y condiciones que requieran intervención. La psicología clínica ha venido investigando desde hace muchos años las variables psicológicas relacionadas con la efectividad de las intervenciones para el tratamiento de la depresión (Quigley et al, 2018). Sin embargo, aun cuando se han dado avances en cuanto a la eficacia de las mismas, no hay evidencia que demuestre que la frecuencia de pacientes con depresión haya disminuido, sino más bien lo contrario, cada año el número de casos aumenta (Beck et al., 2010). Entre las causas de este aumento se encuentran la falta de apoyo a las personas con enfermedades psiquiátricas junto con el estigma asociado a los trastornos mentales, lo que impide que las personas acudan al tratamiento que permitiría intervenir en la problemática (OPS, 2017).

Por otro lado, a pesar de que diversas investigaciones han demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es eficaz para el tratamiento de la depresión (Blanco et al., 2017; Quigley et al., 2018; Sales et al., 2015), este enfoque no aborda las necesidades terapéuticas de todos los pacientes. Los estudios de resultados de

intervenciones TCC que utilizan el inventario de depresión de Beck (BDI) informan que sólo entre el 50% de los pacientes muestran una mejoría sin recaída al final del tratamiento (Bockting et al., 2015). A su vez, según un meta-análisis reciente conducido por Driessen et al. (2015) respecto de todos los ensayos de psicoterapia para la depresión de 1972 al 2008, encontraron que todas las intervenciones clínicas para la depresión están sobre-estimadas, incluyendo la TCC y los tratamientos farmacológicos.

Si bien la TCC cuenta con una gama de herramientas que ayudan a proporcionar alivio a los síntomas de los pacientes, dada la relevancia del trastorno depresivo, hay una marcada importancia de contar con tratamientos que cumplan con criterios de eficacia y evidencia empírica. Siendo así, por motivos éticos, económicos y prácticos se requieren enfoques novedosos que permitan ajustar los modelos terapéuticos a las necesidades de los pacientes.

Desde un enfoque cognitivo, la depresión se considera como el resultado de pensamientos irracionales, lo cual lleva a las personas a percibir su realidad de un modo idiosincrático y a tener una interpretación distorsionada de los hechos, incluso cuando existe evidencia objetiva que contradiga dicho pensamiento (Beck et al., 2010). Esta situación es causa de un gran sufrimiento en los pacientes con depresión, ocasionando que se eviten conductas que puedan generar malestar o rechazo (Hayes et al., 2015).

Cuando las personas se sobre-identifican o “fusionan” con sus propios pensamientos, esto representa una causa de sufrimiento que limita su tendencia a la acción. De esa manera se produce la evitación experiencial, dando lugar a que los individuos no se muestren dispuestos a entrar en contacto con sus propias vivencias internas (p.e., emociones dolorosas, pensamientos, recuerdos o sensaciones corporales). La evitación da lugar a la inflexibilidad psicológica, así como también a la pérdida progresiva de contacto con las conductas positivas que tendría el hecho de actuar en vez de evitar. Este concepto de evitación experiencial está ligado con el marco de la terapia de Aceptación y compromiso (ACT) (Hayes et al., 2015).

ACT ha cobrado importancia en los últimos años como una intervención con efectividad y validez para el tratamiento de la depresión, incluso tras el post tratamiento con un seguimiento a largo plazo (Kyllönen et al., 2018; A-Tjak et al., 2021). ACT tiene una aproximación empírica que se enfoca en los principios de aprendizaje, la cual busca que los pacientes aprendan a re-conceptualizar los estímulos evitados o temidos de una

manera adaptativa (American Psychological Association [APA], s.f.). El énfasis no sólo se centra en la conducta, sino en la conducta entendida en un contexto particular. Este tratamiento pertenece a las terapias contextuales o cognitivo conductuales de tercera generación, las cuales construyen junto con los pacientes repertorios conductuales amplios, flexibles y efectivos en lugar de reestructurar el pensamiento (Hayes et al., 2015).

Una clara ventaja del enfoque ACT ha sido su amplio desarrollo conceptual que propone mecanismos a través de los cuales se da el cambio terapéutico. Estos procesos son agrupados bajo el modelo de flexibilidad psicológica (FP), que consta de seis aspectos centrales que están interrelacionados: a) defusión cognitiva, implica observar los pensamientos, tomando distancia de los mismos y reconociéndolos como parte del proceso de pensamiento general, b) aceptación, que permite adoptar una postura abierta, curiosa y no juiciosa sobre los pensamientos, emociones o conductas, c) contacto con el momento presente, implica estar en general consciente de las experiencias, internas y externas, d) valores, permite reconocer lo realmente valioso para una persona, e) acción comprometida, orienta la toma de acción hacia aquellos valores personales para vivir una vida significativa y f) yo como contexto, es decir, el desarrollo de una base consciente para explorar los pensamientos y emociones desde la defusión y sin juicios (Hayes et al., 2015).

Para entender los mecanismos a través de los que ACT tiene efectividad, es necesario realizar estudios que permitan comprender como la flexibilidad psicológica aporta a los procesos de cambio y la relación que guarda con los resultados terapéuticos (Villatte et al., 2015). En un reciente meta-análisis de estudios clínicos conducido por Stockton et al. (2019), revelaron que la FP fue un importante mediador del cambio en la salud mental de los pacientes. Igualmente, la aceptación resultó como un importante mediador del cambio, siendo un componente distinto del modelo de flexibilidad psicológica de ACT en comparación con otras terapias, principalmente la TCC, representando el principal mecanismo de cambio durante ACT.

De modo similar, en un estudio conducido por Wersebe et al. (2018) han proporcionado evidencia de que la FP promueve el bienestar psicológico y disminuye el malestar o distrés en las personas, demostrando que ACT es efectivo como tratamiento para realzar conductas flexibles en las personas. Ello va en concordancia con lo hallado

por Villatte et al. (2015) quienes llevaron a cabo una investigación sobre los procesos y efectos terapéuticos de la terapia ACT. Los resultados del estudio evidenciaron que los distintos módulos del tratamiento dirigidos a alcanzar la flexibilidad psicológica son efectivos para aumentar la calidad de vida y disminuir síntomas relacionados a la depresión o la ansiedad en adultos.

Juntos, estos estudios demuestran que las terapias basadas en la aceptación y el cambio conductual promueven modificaciones, disminuyendo los síntomas depresivos y realzando estados positivos que conllevan beneficios para la salud mental. Las terapias contextuales o de tercera generación han ganado popularidad como una alternativa a los modelos más establecidos de terapia cognitivo-conductual, ello por sus protocolos bien establecidos y por la fácil adaptación a diversos trastornos y multiplicidad de casos (Hacker et al., 2015).

En función de la información expuesta, el objetivo del presente estudio es identificar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la depresión en adultos. De esta manera, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿La terapia de aceptación y compromiso es efectiva para el tratamiento de la depresión en adultos?

CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1 Criterios de elegibilidad

2.1.1 Criterios de inclusión

Para la selección de estudios, se emplearon los siguientes criterios de inclusión: a) estudios cuantitativos con diseños experimentales o cuasi-experimentales ya que permiten medir la eficacia de las intervenciones de los estudios primarios encontrados en el filtrado de datos (Zurita et al., 2018), b) investigaciones que relacionan la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso frente a la depresión en adultos, c) estudios que pertenezcan a la base de datos Scopus, debido a su amplia cobertura de bases de datos a texto completo e igualmente por su capacidad bibliométrica para rastrear investigaciones de impacto; igualmente, a la base de datos EBSCOhost, puesto que recopila estudios científicos a nivel mundial, lo cual permitió ampliar el contenido de búsqueda de la investigación, d) artículos publicados entre el año 2012 y 2021, lo cual ayudó a contar con investigaciones actualizadas en el ámbito clínico, e) estudios escritos en inglés, puesto que gran parte de las investigaciones son publicadas en este idioma, o en castellano, dado que facilita contextualizar y generalizar los resultados obtenidos a población de habla hispana y f) publicaciones con una puntuación Q1 y Q2 del ranking SCImago a modo de asegurar estudios de impacto en la temática elegida (Chinchilla et al., 2016).

2.1.2 Criterios de exclusión

Por otro lado, como criterios de exclusión se tuvo: a) estudios que fueran meta-análisis, revisiones sistemáticas o investigaciones cualitativas, ello porque se buscó tener acceso a estudios primarios que se centren en responder a la pregunta de investigación propuesta (Ferreira et al., 2011) b) trabajos en formato de resumen, estudios que sólo cuenten con abstract o no estén a texto completo, capítulos de libros, tesis, revistas de divulgación, manuales, congresos o estudios que no muestren datos concluyentes, ello con el objetivo de contar con investigaciones que permitan su revisión y poder contrastar los resultados obtenidos en función a la data validada científicamente.

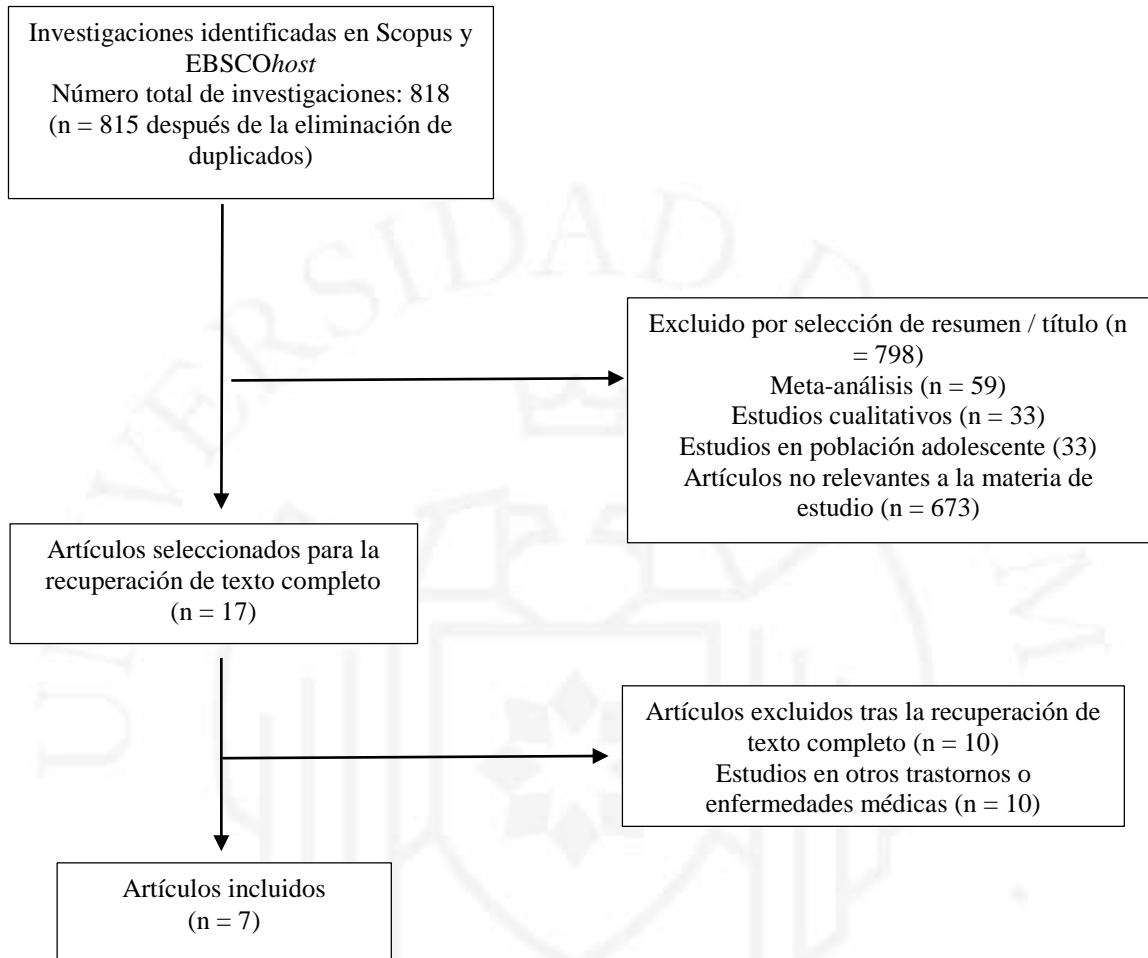
2.2 Estrategias de búsqueda

La búsqueda fue realizada entre enero y febrero de 2021, en las bases de datos Scopus y EBSCOhost. Para la búsqueda se emplearon las siguientes palabras claves: Acceptance and commitment therapy, effectiveness, depression, efficacy, outcome studies y treatment outcome. Dichas palabras fueron combinadas de la siguiente manera: Acceptance and commitment therapy/ Effectiveness/ Depression; Acceptance and commitment therapy/ Efficacy/ Depression; Outcome studies/ Acceptance and commitment therapy/ Depression y Treatment outcome/ Acceptance and commitment therapy/ Depression. La búsqueda en las bases de datos, Scopus y EBSCOhost, permitieron realizar una primera selección de la información, se aplicaron los siguientes filtros: estudios publicados entre el 2012 y 2021, investigaciones y artículos académicos y que hayan sido publicados, área temática de estudios de psicología, palabras clave como Acceptance and commitment therapy, Treatment outcome y Depression y de lenguaje inglés y castellano.

El proceso se realizó siguiendo algunas de las directrices de la guía PRISMA que incorpora lineamientos actualizados relacionados con los estudios de revisión (Urrútia & Bonfill, 2010). De esta manera, la búsqueda dio como resultado un total de 818 referencias que permitió seleccionar 7 artículos que se ajustaban con los criterios de inclusión (ver figura 2.1). En la figura 2.1 se presenta el diagrama de flujo en el que se resume el proceso de estrategia de búsqueda de los estudios analizados.

Figura 2.1

Diagrama de flujo.



CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación, se presenta el análisis de los siete artículos el cual se ha realizado a través de 2 tablas en donde se muestran los datos principales de cada uno. En las tablas 3.1 y 3.2 se destacan aspectos colocados como el diseño del estudio, la cantidad de sesiones de tratamiento, los instrumentos de evaluación de la variable depresión y un breve resumen de la relación hallada entre la terapia de Aceptación y compromiso y la depresión.

Tabla 3.1

Análisis de los estudios seleccionados

Autor	Año	Título del artículo	Diseño del estudio	Sesiones de Tratamiento	Pacientes
Folke, F., Parling, T. y Melin, L.	2012	Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave	Ensayo clínico controlado aleatorizado	6 sesiones de ACT	34 pacientes de Suecia (88.2% mujeres/11.8% hombres) con un rango de edad entre los 18 y 65 años (M = 43 años)
Forman, E., Shaw, J., Goetter, E., Herbert, J., Park, J. y Yuen, E.	2012	Long-Term Follow-Up of a Randomized Controlled Trial Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Standard Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression	Ensayo clínico controlado aleatorizado	No hubo un número estandarizado de sesiones (promedio = 18 sesiones de ACT)	132 pacientes de Estados Unidos (79.5% mujeres/20.5% hombres) con un rango de edad entre los 18 y 52 años (M = 26.7)
Karlin, B., Walser, R., Yesavage, J., Zhang, A., Trochel, M. y Taylor, B.	2013	Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans	Ensayo controlado no aleatorizado	Entre 12 y 16 sesiones de ACT	746 pacientes de Estados Unidos (21% mujeres/77.6% hombres/1.3% no indico género) con edades comprendidas entre los 18 y 64 y mayores de 65 (M = 51)

(continúa)

(continuación)

Autor	Año	Título del artículo	Diseño del estudio	Sesiones de Tratamiento	Pacientes
Davison, T., Eppingstall, B., Runci, S. y O'Connor D.	2017	A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities	Ensayo clínico controlado aleatorizado	12 de sesiones de ACT	41 pacientes de Australia (87.8% mujeres/ 12.2% hombres) con edades entre 63 y 97 años (M = 85.3)
Keinonen, K., Kyllönen, H., Astikainen, P. y Lappalainen, R.	2018	Early Sudden Gains in an Acceptance and Values-based Intervention: Effects on Treatment Outcome for Depression and Psychological Flexibility	Ensayo clínico controlado aleatorizado	6 sesiones de ACT	56 pacientes de Finlandia (77% mujeres/ 23% hombres) con media de edad 49.2 años
Kyllönen, H., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K. y Lappalainen, R.	2018	A brief Acceptance and Commitment Therapy intervention for depression: a randomized controlled trial with 3-year follow-up for the intervention group	Ensayo clínico controlado aleatorizado	6 sesiones de ACT	115 pacientes de Finlandia (75% mujeres/ 25% hombres) con edades entre los 18 y 65 años (M = 50)
A-Tjak, J., Morina, N., Topper, M. y Emmelkamp, P.	2021	One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression	Ensayo clínico controlado aleatorizado	No hubo un número estandarizado de sesiones (promedio = 15 sesiones de ACT)	82 pacientes de Alemania (51.3% mujeres/ 48.7% hombres) con un rango de edad de 18 y 65 años

Nota. ACT: terapia de aceptación y compromiso

Tabla 3.2

Continuación del análisis de los estudios seleccionados

Autor	Instrumentos de evaluación	Confiabilidad de los instrumentos	Relación entre ACT y depresión
Folke, F., Parling, T. y Melin, L.	Beck Depression Inventory (BDI)	BDI Alpha de Cronbach de 0.87	Efectividad de ACT para la depresión en adultos
Forman, E., Shaw, J., Goetter, E., Herbert, J., Park, J. y Yuen, E.	Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)	BDI-II Alpha de Cronbach 0.86	Efectividad de ACT para la depresión en adultos

(continúa)

(continuación)

Autor	Instrumentos de evaluación	Confiabilidad de los instrumentos	Relación entre ACT y depresión
Karlin, B., Walser, R., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M. y Taylor, B.	Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)	BDI-II en adultos jóvenes Alpha de Cronbach 0.87, BDI-II en adultos mayores: Alpha de Cronbach 0.92	Efectividad de ACT para la depresión con población adulta y adulta mayor
Davison, T., Eppingstall, B., Runci, S. y O'Connor D.	Geriatric Depression Scale (GDS-15), Cornell Scale for Depression in Dementia	GDS-15 Alpha de Cronbach 0.71; Cornell Scale for Depression in Dementia Alpha de Cronbach 0.66	Efectividad de ACT para la depresión en adultos
Keinonen, K., Kyllönen, H., Astikainen, P. y Lappalainen, R.	Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)	BDI-II Alpha de Cronbach 0.81	Efectividad de ACT para la depresión en adultos
Kyllönen, H., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K. y Lappalainen, R.	Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)	BDI-II Alpha de Cronbach 0.86	Efectividad de ACT para la depresión en adultos
A-Tjak, J., Morina, N., Topper, M. y Emmelkamp, P.	Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report (QIDS-SR)	QIDS-SR Alpha de Cronbach entre 0.68 y 0.87	Efectividad de ACT para la depresión en adultos

Nota. ACT: terapia de aceptación y compromiso

Al analizar las investigaciones, se pueden destacar los siguientes aspectos. Los estudios analizados se publicaron entre los años 2012 al 2021, todos en revistas indexadas y con una puntuación Q1 y Q2 del ranking SCImago de revistas que cuentan con una mayor influencia en la temática de estudio (Chinchilla et al., 2016). En referencia al idioma, todos los trabajos están publicados en idioma inglés. Asimismo, el modelo de las investigaciones fue abordado desde el enfoque cognitivo conductual, más específicamente desde la teoría de la terapia de aceptación y compromiso.

De forma más detallada se procede a mencionar los datos fundamentales de cada una de las investigaciones seleccionadas.

En el estudio de Folke et al. (2012) se tuvo como objetivo investigar la viabilidad y efectividad del tratamiento ACT breve para personas desempleadas con licencia por enfermedad a largo plazo debido a la depresión. Participaron 34 pacientes adultos que

fueron asignados al azar al grupo de tratamiento con ACT o a un grupo control. Los resultados de la investigación pusieron en evidencia que los pacientes luego de 6 sesiones de psicoterapia demostraron una reducción significativa respecto de la depresión, medidos con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), incluso tras el seguimiento del post-tratamiento de 18 meses. Los tamaños del efecto entre el pre-tratamiento y post-tratamiento fueron elevados para la depresión (d entre 1.01 y 1,74).

Forman et al. (2012) llevaron a cabo un estudio clínico controlado aleatorizado utilizando ACT para el tratamiento de personas adultas diagnosticadas con depresión o ansiedad. 132 participantes fueron asignados de forma aleatoria al grupo de tratamiento con ACT o a un grupo de tratamiento con TCC y fueron evaluadas post-tratamiento con un seguimiento de un año y cinco meses. La cantidad de sesiones no fue estandarizada y la terminación de la terapia fue basada en el mutuo consenso, aunque en promedio fueron utilizadas 18 sesiones de ACT y 16 de TCC. Los resultados demostraron la efectividad de ambos tratamientos luego del post-tratamiento según la medición de la depresión usando el BDI-II con un tamaño del efecto de pequeño a mediano. A su vez, las evidencias apuntan una significación estadística mayor al tratamiento TCC frente a ACT en términos de síntomas depresivos luego del seguimiento de un año y cinco meses.

En la investigación conducida por Karlin et al. (2013) se buscó medir la eficacia clínica de la terapia ACT en escenarios del mundo real a nivel nacional en Estados Unidos en veteranos de guerra con diagnóstico de depresión. Realizaron un estudio controlado no aleatorizado en donde participaron 746 veteranos de guerra distribuidos en dos grupos según la edad, 655 veteranos entre las edades de 18 a 64 años y 76 veteranos mayores de 64 años, 15 de ellos no colocaron su edad. El programa se enfocó en un protocolo ACT de entre 12 y 16 sesiones. El objetivo principal de la evaluación fue examinar los cambios en la depresión medidos con el Inventario de Depresión de Beck-Segunda edición (BDI-II). Los resultados mostraron que, tras la intervención, hubo una reducción general significativa de la depresión para ambos grupos, mostrando tamaños del efecto elevados ($d = 0.95$ y 1.06) comparando entre veteranos más jóvenes frente a veteranos mayores respectivamente.

Davison et al. (2017) realizaron un estudio similar, pero midiendo la eficacia de la terapia ACT frente al tratamiento de la depresión en adultos mayores que viven en centros de atención al adulto mayor. Un total de 41 residentes entre 63 y 97 años ($M =$

85.3 años) diagnosticados con depresión y ansiedad fueron asignados aleatoriamente por bloques a un grupo que recibiría 12 sesiones de ACT o a un grupo control de lista de espera (quienes recibirían el tratamiento 7 semanas después). Los resultados de este estudio apuntan en el mismo sentido, que la intervención ACT es en general eficaz para la reducción de los síntomas depresivos en adultos mayores, incluso tras un seguimiento de 3 meses con un tamaño del efecto mediano a grande ($d = 0.66$). A pesar de la alta satisfacción del tratamiento, no todos los participantes encontraron que ACT era beneficioso, el 27,8% de la muestra informó que no les había ayudado a lidiar con sus problemas de manera más efectiva. Se discuten como posibles causas la cantidad reducida de sesiones ($n = 12$) y el hecho de que los terapeutas eran estudiantes en entrenamiento.

Keinonen et al. (2018) analizaron diferentes aspectos. Por un lado, explorar los patrones tempranos de cambio en un tratamiento ACT luego de 6 sesiones. De otro lado, analizar los efectos del tratamiento ACT para la depresión brindada por terapeutas estudiantes en nivel de máster. Los participantes fueron 56 pacientes diagnosticados con depresión de edades comprendidas entre los 19 y 65 años ($M = 49.2$ años) los cuales fueron asignados aleatoriamente o al grupo experimental o al grupo control. Los resultados pusieron en evidencia que aproximadamente el 25% de los participantes diagnosticados con un trastorno depresivo mayor experimentaron una mejoría rápida luego de las dos primeras sesiones. De igual manera, se reporta evidencia clínicamente significativa de ACT para la depresión según las medidas del BDI-II.

Kyllönen et al. (2018) realizaron una investigación para examinar los resultados de ACT breve para la depresión impartida por psicólogos en entrenamiento clínico. Un total de 115 participantes diagnosticados con depresión de edades comprendidas entre los 18 y 65 años ($M = 50$) fueron distribuidos con una aleatorización estratificada a un grupo tratado con ACT breve (6 sesiones) o a un grupo control. Los resultados mostraron que la tasa de remisión del diagnóstico de depresión fue del 60% en el grupo experimental y del 22% en el grupo control, medido con el BDI-II. El tamaño del efecto entre los grupos del pre y el post-tratamiento para la depresión fue grande (d entre 1.11 y 1,77).

Por último, A-Tjak et al. (2021) se plantearon 2 objetivos en su investigación. En primer lugar, presentar los resultados sobre la eficacia de la terapia de ACT en comparación con la TCC en pacientes con diagnóstico de depresión mayor, así como también la evaluación post-tratamiento con un seguimiento de 12 meses. En segundo

lugar, explorar los mecanismos de cambio en ambos tratamientos. La muestra estuvo compuesta por 82 participantes con diagnóstico de depresión mayor quienes fueron asignados con un método de aleatorización por bloques a grupos de tratamiento de ACT y TCC. Los resultados hallados comprobaron que los beneficios de ambas intervenciones se mantuvieron después de los 12 meses de finalizados, habiendo disminuido los síntomas de depresión con un tamaño del efecto de grande (d entre 1.26 y 1.60). A su vez, en cuanto al segundo objetivo, los procesos de cambio fueron mediados por ajustes en las actitudes disfuncionales, el descentramiento y la evitación experiencial, siendo esta última un proceso específico para la terapia ACT.

Asimismo, se incluyen sub-temas de análisis que se han encontrado en las investigaciones, que, si bien no son transversales a todas, resultan de interés en la temática de estudio. En primer lugar, diversas investigaciones cuentan con la presencia de participantes que padecen de una enfermedad o más trastornos adicionales como comorbilidad (Davison et al., 2017; Folke et al., 2012; Forman et al., 2012; Karlin et al., 2013). En segundo lugar, el uso de medicación como parte del tratamiento, tanto dirigido a la depresión como a otras enfermedades u otros trastornos (A-Tjak et al., 2021; Davison et al., 2017; Folke et al., 2012; Forman et al., 2012). En tercer lugar, la presencia de factores psicosociales o ambientales problemáticos y concomitantes a la depresión, tales como participantes divorciados, desempleados o solteros (Folke et al., 2012; Forman et al., 2012; Keinonen et al., 2018; Kyllönen et al., 2018). Todos estos elementos han de ser tomados en consideración puesto que son características asociadas a resultados de menor impacto en estudios que miden la efectividad de un tratamiento y podrían influir en el resultado final de las mismas (Folke et al., 2012).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Se observa que los resultados de las distintas investigaciones analizadas presentan evidencia en favor de la eficacia del tratamiento de aceptación y compromiso para la depresión en adultos. Dicha efectividad se vio reflejada en el tamaño del efecto, que fue consistentemente elevada en los distintos estudios, excepto en dos investigaciones (Davison et al., 2017; Forman et al., 2012), en donde encontraron un tamaño moderado. Por tanto, se da respuesta a la pregunta de investigación inicialmente propuesta sobre la efectividad de ACT sobre la depresión en adultos.

La variedad de condiciones y aplicaciones que tiene ACT refleja la flexibilidad del modelo y el motivo por el cual profesionales e investigadores clínicos que trabajan con personas con diferentes trastornos y dolencias lo han adoptado. Es un hallazgo constante que ACT está asociado con mejores resultados terapéuticos en estudios de tipo transversal (Karlin et al., 2013; Keinonen et al., 2018) así como en estudios longitudinales con seguimiento de post-tratamiento de 3 meses (Davison et al., 2017), 12 meses (A-Tjak et al., 2021), 18 meses (Folke et al., 2012; Forman et al., 2012) o hasta los 36 meses (Kyllönen et al., 2018).

Si bien todas las investigaciones han encontrado, en su mayoría, resultados similares, se torna necesario entender los mecanismos bajo los cuales ACT es efectiva. En relación a ello, la variable que favoreció una mayor mediación entre el cambio conductual y el tratamiento fueron las estrategias de aceptación. Estas estrategias promovieron recursos psicológicos como fuente de alivio emocional y cognitivo, creando el potencial para aceptar las circunstancias y las diferentes experiencias de vida (Karlin et al., 2013). Esta información va en concordancia con lo expuesto en el apartado de introducción, siendo la aceptación un componente primordial como mecanismo de cambio durante ACT (Stockton et al., 2019).

Asimismo, se observa que los resultados de las distintas investigaciones ponen en evidencia la efectividad de ATC para la depresión con un aumento en la flexibilidad psicológica. Ello se evidencia en los diferentes aspectos contenidos en el modelo de FP detallados en la introducción, llevando a las personas a mostrarse abiertas a experimentar conscientemente diversas situaciones (referido al contacto con el momento presente) (A-

Tjak et al., 2021; Karlin et al., 2013), tomando distancia de los pensamientos y mostrando una mayor identificación de los pensamientos depresivos (relacionado a la defusión cognitiva dentro de ACT) (A-Tjak et al., 2021; Kyllönen et al., 2018). De igual modo, también se reportaron beneficios de la salud mental general y calidad de vida (Folke et al., 2012; Forman et al., 2012; Karlin et al., 2013) y en un aumento en la esperanza (Keinonen et al., 2018).

Al momento de contrastar los estudios también podemos encontrar divergencias en cuanto a los resultados, aunque hubo en su mayoría un gran tamaño del efecto para la depresión a favor de ACT (A-Tjak et al., 2021; Folke et al., 2012; Karlin et al., 2013; Keinonen et al., 2018; Kyllönen et al., 2018), las puntuaciones no fueron tan grandes como las observadas en otras investigaciones de ACT para la depresión (Davison et al., 2017; Forman et al., 2012). Una posible explicación para estos hallazgos de menor puntuación reside en que los participantes elegidos para la investigación mostraban un funcionamiento pre-tratamiento relativamente alto y modestos niveles de depresión en comparación con los otros estudios, lo cual quizás dejó poco margen de mejora en puntuaciones que de por sí se encontraban disminuidas.

Por otra parte, se han hallado otras características propias del formato de la intervención empleado que resultan llamativas y cobran relevancia para el tema de estudio. Por un lado, el número de sesiones, la división 12 de la APA (s.f.) toma en consideración que el número promedio de sesiones de ACT para la depresión es de 12, sin embargo, se ha evidenciado que protocolos con una menor cantidad de sesiones ($n = 6$) también tienen efectividad (Folke et al., 2012; Keinonen et al., 2018; Kyllönen et al., 2018). Esto da cuenta de dos hechos que serán desarrollados como futuras líneas de investigación: a) la efectividad del tratamiento no depende de la cantidad de sesiones y b) establecer protocolos con estructuras definidas pueden resultar efectivos y promover beneficios en el efecto final de una intervención.

Cabe destacar que los resultados obtenidos en los estudios fueron conducidos por terapeutas sin previa experiencia en ACT, quienes recibieron entrenamientos en la metodología y tuvieron supervisiones por terapeutas experimentados la terapia de aceptación y compromiso. Estos resultados demuestran que los terapeutas novatos pueden proporcionar intervenciones psicológicas efectivas, después de haber asistido a una capacitación limitada y con supervisión. No obstante, es posible que se hayan

obtenido resultados diferentes con psicoterapeutas más experimentados en ACT, por lo cual resultan necesarios métodos adicionales que permitan monitorear la fidelidad y apego a la intervención en estudio, como transcribir las sesiones y aleatoriamente supervisar su contenido.

Al margen de la validez de los hallazgos, resulta importante aclarar que en las investigaciones analizadas se han podido identificar limitaciones metodológicas que se mencionan a continuación y deben ser tomadas en consideración al momento de interpretar los resultados. En primer lugar, no se encontraron estudios empíricos que cumplieran con los criterios de inclusión en países de habla hispana ni de América Latina, lo cual dificulta la generalización de los estudios analizados, sobre todo al territorio Peruano. En segundo lugar, el número reducido de participantes, el tamaño de la muestra requerido para generalizar los resultados con poder estadístico debe ser mayor. En tercer lugar, las investigaciones no evaluaron la adherencia a los principios de ACT, y a pesar de contar con supervisiones constantes, es necesario asegurar que la medición se base en la efectividad del tratamiento y no otros aspectos. En último lugar, la falta de evaluación de los mediadores de cambio específicos de ACT y los componentes del modelo de flexibilidad psicológica sobre la variación del cambio conductual y los índices de depresión.

Los resultados de este estudio dan cuenta de interrogantes interesantes sobre la efectividad de ACT para el tratamiento de la depresión que se discuten como futuras líneas de investigación. Primero, se torna relevante analizar la efectividad de ACT en función a la cantidad de sesiones, contrastando si existe un número óptimo de sesiones o si una terminación más naturalista, basada en el mutuo consenso, resulta en mayores beneficios para la depresión en adultos. Luego, evaluar y definir protocolos estructurados para la depresión que tomen en consideración sucesos vitales que agravan la sintomatología depresiva. Las experiencias de duelo, procesos de desempleo, el aislamiento social o eventos estresantes son algunos ejemplos que podrían generar sentimientos de profunda tristeza que influyen en el desenlace final de los tratamientos y deben ser tomados en cuenta en protocolos definidos. Por último, investigar el uso de ACT en población Latinoamericana y sobre todo en la población peruana, contrastando su efectividad en función de la idiosincrasia, cultura y la religión, todo ello a modo de evaluar su uso en la práctica clínica asociada a la depresión en adultos.

Haciendo referencia a la aplicabilidad de los hallazgos se deben tener en consideración los lineamientos comunes para la práctica clínica. Por un lado, a pesar de que el BDI y BDI-II son medidas utilizadas frecuentemente en la medición de la depresión con una fuerte confiabilidad, el contar con una sola medida de registro de la línea base y post-tratamiento podría influir en la validez externa de los resultados. De este modo, se sugiere contar con medidas de autoinforme, otras escalas en función a la población de estudio y una evaluación cualitativa que permita contrastar los efectos de la intervención. Por otro lado, se plantea la urgencia y debido interés que amerita la depresión desde diferentes ámbitos: planes de prevención, detección de casos e intervención temprana. Partiendo de la evidencia se propone elaborar programas de intervención basadas en ACT para instituciones de salud mental, como hospitales psiquiátricos o centros de salud mental comunitaria. Los beneficios de su aplicación podrían ser múltiples, influyendo positivamente en el desarrollo social, laboral y económico a nivel nacional.

Como se refleja en el apartado de introducción, resulta importante prestar atención a la evaluación de los mecanismos de cambio propuestos en ACT y no sólo dar valor a la efectividad de las intervenciones como un todo. Autores como A-Tjak et al. (2021); Hayes et al. (2015); Stockton et al. (2019) y Villatte et al. (2015), promueven la necesidad de entender los mediadores de cambio en los resultados de la terapia de aceptación y compromiso.

CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue realizar un estudio de revisión en investigaciones científicas para identificar la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso sobre la depresión en adultos. El conocimiento científico de la terapia ACT y sus mecanismos de cambio sobre la depresión demuestran ser una temática de estudio que se encuentra en desarrollo. Con relación a ello, la cantidad de artículos encontrados fue reducida, sobre todo si son tomados como criterios de inclusión que la población sea adulta y tenga como diagnóstico clínico depresión. Aun cuando el número de estudios fue limitado, todos los artículos analizados pusieron en evidencia la eficacia de ACT para el tratamiento de la depresión en población adulta, lo cual permite dar respuesta al objetivo inicialmente propuesto. Siendo así y a partir de la información revisada se desprenden las siguientes conclusiones:

- La terapia de aceptación y compromiso es efectiva para el tratamiento de la depresión en adultos, representando una alternativa confiable para la disminución de síntomas depresivos y un aumento en la calidad de vida general.
- Los resultados de las distintas investigaciones ponen en evidencia que ACT genera un aumento en la flexibilidad psicológica.
- Las variables que representaron una mayor mediación entre el tratamiento y el cambio conductual fueron las estrategias de aceptación. Estas estrategias promovieron recursos psicológicos como fuente de alivio emocional y cognitivo.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (s.f.). *Diagnosis: Depression. Treatment: Acceptance and commitment therapy for depression*. Recuperado el 5 de febrero de 2021, de <https://div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-depression/>
- A-Tjak, J., Morina, E., Topper, M. & Emmelkamp, P. (2021). One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression [Un año de seguimiento y mediación en terapia cognitivo-conductual y terapia de aceptación y compromiso para la depresión del adulto]. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-41. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03020-1>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.ª ed.). Desclée De Brouwer.
- Blanco, V., Otero, P., López, L., Torres, A. & Vásquez. (2017). Predictores del cambio clínicamente significativo en una intervención de prevención de la depresión. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(1), 9-20. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2017.08.002>
- Bockting, C., Hollon, S., Jarrett, R., Kuyken, W. & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence [Un enfoque de por vida para el trastorno depresivo mayor: las contribuciones de las intervenciones psicológicas en la prevención de recaídas y recurrencias]. *Clinical Psychology Review*, 41, 16-26. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.003>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2018). *Boletín epidemiológico del Perú*. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/34.pdf>
- Chahar, S., Beshai, S., Feeney, J. & Mishra, S. (2020) Associations of negative cognitions, emotional regulation, and depression symptoms across four continents: International support for the cognitive model of depression [Asociaciones de las cogniciones negativas, regulación emocional y síntomas de depresión a través cuatro continentes: apoyo internacional para el modelo cognitivo de depresión]. *BMC Psychiatry*, 20(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2423-x>
- Chinchilla, Z., Zacca, G., Vargas, B. & Moya, F. (2016). Benchmarking scientific performance by decomposing leadership of Cuban and Latin American institutions in Public Health. [Benchmarking del desempeño científico descomponiendo el liderazgo de las instituciones cubanas y latinoamericanas en Salud Pública] *Scientometrics*, 106(3), 1239–1264. <https://doi.org/10.1007/s11192-015-1831-z>

- Davison, T., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities [Un ensayo piloto de terapia de aceptación y compromiso para los síntomas de depresión y ansiedad en adultos mayores que residen en centros de atención a largo plazo]. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156051>
- Driessen, E., Hollon, S., Bockting, C., Cuijpers, P. & Turner, E. (2015). Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded trials [¿El sesgo de publicación aumenta la eficacia aparente del tratamiento psicológico para el trastorno depresivo mayor? Una revisión sistemática y un metanálisis de ensayos financiados por los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU.]. *PLoS One*, 10(9), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137864>
- Ferreira, I., Urrútia, G. & Alonso, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista Española de Cardiología*, 64(8), 688-696. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.03.029>
- Folke, F., Parling, T. & Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave [Terapia de aceptación y compromiso para la depresión: un ensayo clínico aleatorizado preliminar para desempleados con licencia por enfermedad a largo plazo]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.002>
- Forman, E., Shaw, J., Goetter, E., Herbert, J., Park, J. & Yuen, E. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression [Seguimiento a largo plazo de un ensayo controlado aleatorizado que compara la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitivo-conductual estándar para la ansiedad y la depresión]. *Behavior Therapy*, 43(4), 801-811. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.004>
- Hacker, T., Stone, P. & MacBeth, A. (2015). Acceptance and commitment therapy – do we know enough? cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials [Terapia de aceptación y compromiso: ¿sabemos lo suficiente? meta-análisis acumulativos y secuenciales de ensayos controlados aleatorios]. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551-565. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Karlin, B., Walser, R., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M. & Taylor, C. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans [Efectividad de la terapia de aceptación y compromiso para la depresión: comparación entre veteranos

mayores y jóvenes]. *Envejecimiento y salud mental*, 17(5), 555-563.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2013.789002>

Keinonen, K., Kyllönen, H., Astikainen, P. & Lappalainen, R. (2018). Early sudden gains in an acceptance and values-based intervention: Effects on treatment outcome for depression and psychological flexibility [Ganancias repentinas tempranas en una intervención basada en la aceptación y los valores: Efectos sobre el resultado del tratamiento para la depresión y la flexibilidad psicológica]. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 24-30.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.010>

Kyllönen, H., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K. & Lappalainen, R. (2018). A brief acceptance and commitment therapy intervention for depression: A randomized controlled trial with 3-year follow-up for the intervention group [Una breve intervención de terapia de aceptación y compromiso para la depresión: un ensayo controlado aleatorio con un seguimiento de 3 años para el grupo de intervención]. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.009>

Organización Mundial de la Salud. (30 de enero de 2020). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud. (30 de marzo de 2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A., Hyman, S., Laxminarayan, R., Levin, C., Lund, C., Medina, M., Petersen, I., Scott, J., Shidhaye, R., Vijayakumar, L., Thornicroft, G. & Whiteford, H. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from disease control priorities, 3rd edition [Abordando la carga de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias: mensajes clave de las prioridades de control de enfermedades, 3.ª ed.]. *The Lancet*, 387(10028), 1672-1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)

Quigley, L., Dozois, D., Bagby, R., Lobo, D., Ravindran, L. & Quilty, L. (2018). Cognitive change in cognitive-behavioural therapy v. pharmacotherapy for adult depression: a longitudinal mediation analysis [Cambio cognitivo en la terapia cognitivo-conductual versus la farmacoterapia para la depresión en adultos: un análisis de mediación longitudinal]. *Psychological Medicine*, 49, 2626–2634.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718003653>

Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E. & Meléndez, J. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170>

- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N. & Miles, G. (2019). Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies [Identificación de los mecanismos subyacentes del cambio durante la terapia de aceptación y compromiso (ACT): una revisión sistemática de los estudios de mediación contemporáneos]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 332-362. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>
- Torres, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 182-187. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6761>
- Urrútia, G. & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Villatte, J., Vilaradaga, R., Villatte, M., Plumb, J., Atkins, D. & Hayes, S. (2015). Acceptance and commitment therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes [Módulos de terapia de aceptación y compromiso: impacto diferencial en los procesos y resultados del tratamiento]. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A., Hofer, P. & Gloster, A. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention [El vínculo entre el estrés, el bienestar y la flexibilidad psicológica durante una intervención de autoayuda de Terapia de Aceptación y Compromiso]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
- Zurita, J., Márquez, H., Miranda G. & Villasís, M. (2018). Estudios experimentales: diseños de investigación para la evaluación de intervenciones en la clínica. *Revista Alergia México*, 65(2), 178-186. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i2.376>