



Trabajo Final de Grado

Revisión Bibliográfica

**La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el
contexto de la depresión.**

Estudiante: Antonella Brandani

Tutora: Dra. Victoria Gradin

Revisor: Dr. Hugo Selma

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Octubre 2023- Montevideo, Uruguay

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen | 3 |
| Introducción | 4 |
| Depresión | 6 |
| Definición y características | 6 |
| Prevalencia y comorbilidad | 7 |
| Afectación biopsicosocial | 8 |
| Tratamiento | 9 |
| Modelo cognitivo..... | 10 |
| Las tres olas de la terapia Cognitivo Conductual | 11 |
| Primer y segunda ola | 11 |
| Tercera ola: las terapias Contextuales | 12 |
| Los tres pilares de la Terapia de Aceptación y Compromiso | 14 |
| Contextualismo Funcional | 14 |
| Teoría de los Marcos Relacionales | 16 |
| El Trastorno de Evitación Experiencial y el sufrimiento humano..... | 17 |
| ACT en funcionamiento | 21 |
| El Hexaflex de ACT y la flexibilidad psicológica | 21 |
| Herramientas utilizadas en la terapia | 27 |
| Eficacia general de ACT | 29 |
| ACT en depresión | 31 |
| Eficacia de ACT en depresión | 31 |
| Conclusiones destacadas | 38 |
| Reflexiones finales | 40 |
| Referencias bibliográficas | 41 |

Resumen

La alta prevalencia de la depresión y su impacto incapacitante ha generado la búsqueda de tratamientos psicológicos eficaces orientados a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta condición. Las Terapias Cognitivo Conductuales han demostrado ser efectivas para diversos trastornos, incluidos aquellos de naturaleza depresiva. Dentro de esta corriente terapéutica, se distinguen tres generaciones u olas, cada una con enfoques teóricos distintos. Las Terapias Contextuales son aquellas ligadas a la tercera generación, y se caracterizan por sus técnicas más experienciales y un modelo centrado en la comprensión de la función de las conductas dentro de su contexto.

Dentro del marco de las Terapias Contextuales, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se presenta como una de las más integrales. Sus pilares se cimientan en el Contextualismo Funcional, el Trastorno de Evitación Experiencial y la Teoría de los Marcos Relacionales. El propósito de esta terapia consiste en mejorar la flexibilidad psicológica y fomentar una vida plena y significativa, aceptando el sufrimiento inherente a la existencia y persiguiendo acciones comprometidas basadas en valores personales.

La Terapia de Aceptación y Compromiso ha demostrado efectos positivos en diversas poblaciones y contextos. Numerosas investigaciones han respaldado su eficacia en individuos con diagnóstico clínico de depresión como en aquellos que presentan sintomatología depresiva. Esto supone un enfoque prometedor para el tratamiento de estas poblaciones, permitiendo un mejor funcionamiento vital, así como una mejora en la salud psicológica.

Introducción

El siguiente Trabajo Final de Grado, desarrolla los aspectos fundamentales de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el contexto de los trastornos depresivos.

La depresión es un trastorno mental común que afecta a millones de personas en todo el mundo, con consecuencias significativas en la calidad de vida y el bienestar biopsicosocial de los individuos (OMS, 2023). Su compleja naturaleza, tanto en la manifestación clínica como en su impacto en la vida cotidiana, ha llevado a la búsqueda constante de tratamientos eficaces.

Dentro de los tratamientos más efectivos para la depresión, encontramos las Terapias Cognitivo Conductuales (Shapiro et al., 1994). Los modelos psicoterapéuticos más actuales de estas terapias, se agrupan en una nueva generación llamada Terapias Contextuales (Pérez Álvarez, 2006). Las mismas, buscan entender el significado de las emociones, pensamientos y acciones de las personas, considerando el contexto como un factor clave para estos procesos.

En este marco, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) nace como un enfoque innovador. Creada por Steven C. Hayes en la década de los 80, emerge como una psicoterapia relativamente nueva en el campo (Harris, 2021). Con fuertes raíces en la investigación, tanto su desarrollador original como sus colaboradores, contribuyeron significativamente a su desarrollo, de tal manera que hoy en día es muy bien reconocida y utilizada a nivel internacional (Andino, 2017).

El objetivo de ACT, es fomentar la aceptación de eventos negativos, como emociones y pensamientos, en lugar de resistirse a ellos (Hayes, 2004). Destaca la identificación de los valores personales y la toma de decisiones alineadas con estos, más allá de las situaciones internas o externas que estén aconteciendo. Se fundamenta sobre tres pilares esenciales: el Trastorno de Evitación Experiencial como modelo transdiagnóstico psicopatológico, el Contextualismo Funcional como su filosofía científica, y la Teoría del Marco Relacional, como su base teórica. Cada uno de ellos, tiene un papel primordial en la comprensión del comportamiento humano y sientan las bases del enfoque terapéutico que propone ACT (Blarrina & Martínez, 2012)

Los seis procesos fundamentales de esta terapia (defusión, aceptación, contacto con el presente, conciencia de observación, claridad de valores y acción comprometida) se constituyen como piezas claves para el cambio personal (Hayes et al., 2006). Integrando estrategias y herramientas experienciales tomadas de diversas corrientes terapéuticas y

culturales, se pretende avanzar hacia lo que se considera valioso para alcanzar una vida plena (Luoma et al., 2007)

La ACT emerge entonces como una terapia que puede resultar beneficiosa para muchos trastornos, incluida la depresión (Zettle, 2007). Por lo cual comprobar su eficacia a través de investigaciones sólidas es fundamental. Los resultados obtenidos hasta el momento son alentadores, mostrando signos prometedores de mejoría en los síntomas depresivos y en la calidad de vida de los participantes en tratamientos basados en ACT.

En el marco de este Trabajo Final de Grado, se realizará una breve recorrida de lo anteriormente mencionado, dividiéndolo en varias secciones. En el primer apartado, se hará un breve repaso de la definición y características de la depresión, así como también su prevalencia, comorbilidad, afectación biopsicosocial, posibles tratamientos y su clásico modelo cognitivo.

En el segundo apartado, se hará mención del contexto en el que ACT emerge, haciendo un resumen de las generaciones Cognitivo Conductuales precedentes, y las características principales de la tercera generación, donde se enmarca la Terapia de Aceptación y Compromiso.

El tercer apartado será dedicado a explicar los tres pilares fundamentales sobre los que ACT se asienta, que responden a las bases del modelo.

En la siguiente sección, se comentarán los objetivos de ACT, fundamentados en seis procesos básicos de flexibilidad psicológica. También se hará un pequeño recorrido por las herramientas más frecuentemente utilizadas para fomentar el proceso. Como última sección del apartado se explicitará brevemente la eficacia de ACT en una variedad de poblaciones y problemáticas.

Se finaliza con una pequeña revisión que analiza investigaciones científicas acerca de la eficacia de ACT en depresión.

Depresión

i) Definición y características

Los trastornos depresivos, especialmente el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), el cual será mencionado a lo largo del trabajo como sinónimo de depresión, constituyen una categoría de trastornos del estado de ánimo que han ganado gran importancia debido a su prevalencia, gravedad y tendencia a la recurrencia, impactando significativamente en el funcionamiento y la calidad de vida de millones de personas a nivel mundial (Kessler & Bromet, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la depresión es una de las principales causas de discapacidad, considerando la severidad de los síntomas, su recurrencia, cronicidad y las condiciones de salud comórbidas. Se estima que cerca de un 5% de la población adulta global padece este trastorno en la actualidad, siendo ésta una cifra que sigue en aumento. Su incidencia elevada genera repercusiones en distintos aspectos de la vida para quienes la experimentan, afectando tanto a nivel familiar como comunitario, al tiempo que incrementa los costos tanto sanitarios como sociales (OMS, 2023)

Las características principales del TDM, según el DSM-V (2014), incluyen un estado de ánimo persistentemente triste, deprimido o vacío, junto con una falta de motivación o una disminución del interés o placer en la mayoría de las actividades. Para diagnosticar TDM, estos síntomas deben persistir durante la mayor parte del día, casi todos los días, durante un período mínimo de dos semanas, afectando significativamente el funcionamiento del individuo en áreas como lo interpersonal, lo social y lo laboral. Además, al menos cinco de los siguientes síntomas también deben estar presentes: cambios en los patrones alimenticios habituales (como la pérdida o aumento notable de peso), alteraciones en los hábitos de sueño (insomnio, hipersomnia, etc.), agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, excesivos sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos de muerte recurrentes (APA, 2014).

La depresión puede tornarse un trastorno altamente incapacitante, dado que la persona, sumida en sentimientos de desesperanza e impotencia, experimenta desajustes en diversas esferas de la vida (Shapiro et al., 1994).

ii) Prevalencia y comorbilidad

La prevalencia del TDM a lo largo de la vida se estima en alrededor del 18% (McKeever et al., 2017). Existe una mayor probabilidad de padecer esta afección a lo largo de la vida en poblaciones más jóvenes, con una prevalencia de alrededor del 14% en personas de 60 años, y aproximadamente del 25% en adultos jóvenes de entre 18 y 29 años (Nierenberg, 2008). Además, afecta en mayor proporción a las mujeres que a los hombres, con tasas estimadas entre 1.5 y 3 veces mayores (Kessler et al., 2003). Por lo general, un episodio depresivo tiene una duración media de 16 semanas, aunque la duración puede variar significativamente en casos individuales (Kessler & Bromet, 2013).

La depresión no solo se limita a episodios únicos, sino que puede tornarse crónica y recurrente. Numerosos estudios han concluido que la mayoría de los episodios clínicos son recaídas de personas que han experimentado previamente periodos depresivos (McKeever et al., 2017). A lo largo del tiempo, la persistencia de la depresión conlleva al diagnóstico crónico, conocido como trastorno depresivo persistente o distimia, que debe extenderse por al menos dos años en adultos (Vázquez et al., 2008). Tanto el número de episodios anteriores como los síntomas depresivos residuales son predictores de recaídas y recurrencias. De hecho, se ha demostrado que el riesgo de recaída incrementa con cada nuevo episodio (Beach & Whisman, 2012). Cada episodio posterior suele conllevar un empeoramiento del funcionamiento psicosocial y mayores necesidades de atención clínica (Vázquez et al., 2008).

Durante un episodio depresivo, existe la posibilidad de que se produzcan intentos de autoeliminación o incluso suicidios consumados (Almada et al., 2014). De hecho, se estima que alrededor del 64% de los casos de suicidio están asociados con la depresión, y aproximadamente un 15% de personas que sufren un episodio depresivo mayor severo llegan a consumar el suicidio.

Los trastornos depresivos suelen estar acompañados de otras condiciones psiquiátricas, lo que se conoce como comorbilidad, y los trastornos de ansiedad son una de las asociaciones más frecuentes. Se estima que entre el 60% y el 70% de las personas adultas que experimentan un TDM presentan un trastorno de ansiedad comórbido (Nierenberg, 2008). Dentro de estos trastornos existe una probabilidad mayor de desarrollar especialmente ansiedad social (McKeever et al., 2017). Además, algunos estudios han demostrado que cuando la depresión se vuelve recurrente, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar particularmente trastorno de ansiedad generalizada.

También, son comunes los problemas somáticos, como cefaleas o trastornos gastrointestinales que parecen carecer de una causa física identificable (McKeever et al., 2017).

La depresión es un trastorno de naturaleza multicausal (Beach & Whisman, 2012). Implica una serie de factores de riesgo genéticos, hereditarios, fisiológicos, cognitivos y de personalidad, así como influencias ambientales tanto del contexto socio-cultural como de las experiencias individuales. Este trastorno también se considera un factor de riesgo para padecer otros trastornos mentales o enfermedades orgánicas. Estos factores no actúan de forma aislada, sino que interactúan y se influyen mutuamente, contribuyendo a la predisposición y vulnerabilidad de la depresión (Hirschfeld et al., 2000). Mientras muchas personas desarrollan estrategias de resiliencia y resolución de problemas, respaldadas por sistemas de apoyo social, aquellos afectados por la depresión suelen experimentar una disminución en su capacidad para hacer frente a los desafíos de la vida (Almada et al., 2014).

iii) Afectación bio-psico-social

La depresión es un trastorno con un gran impacto, pudiendo llegar a ser potencialmente mortal y afectar la calidad de vida del individuo en todas sus dimensiones (Kessler & Bromet, 2013). Las personas con este padecimiento suelen utilizar más los servicios del sistema de salud en comparación con individuos que no tienen depresión. Este trastorno se asocia con desajustes significativos en áreas vitales como el entorno laboral o académico, la esfera personal y la social (Hirschfeld et al., 2000). Los afectados suelen enfrentarse a dificultades en cuanto a la dimensión familiar, reflejadas en mayores problemas en la crianza, relaciones parentales y maritales negativas, inestabilidad económica, así como manifestaciones de irritabilidad y tensión, entre otros (Beach & Whisman, 2012).

La presencia de un soporte social disminuido y la reducción de la actividad social son características comunes en individuos con depresión, resultando en interacciones sociales más adversas, estresantes y conflictivas en comparación con personas sin el trastorno, ya que se cuentan con menos recursos para establecer vínculos (Papakostas et al., 2004). La disminución en la capacidad para identificar las emociones de los demás impacta significativamente en sus relaciones interpersonales. Este estrés adicional en las relaciones puede contribuir a un círculo vicioso que favorece la cronicidad y recurrencia del trastorno (Hirschfeld et al., 2000). Estas dificultades inciden directamente en la capacidad de la persona que padece depresión para asumir y desempeñar roles sociales, provocando un deterioro persistente en su esfera social

Los individuos con depresión, tienen menos probabilidades de terminar la secundaria o la universidad y tienen más probabilidades de sufrir embarazo adolescente y divorcios que las personas que no lo sufren (Papakostas et al., 2004). El rendimiento laboral se ve comprometido, significando la pérdida promedio de 27.2 días por año por trabajador por causa del trastorno (Wang et al., 2003). La depresión aumenta cinco veces la probabilidad de solicitar licencia por discapacidad en el trabajo.

Además de sus grandes impactos a nivel emocional, social y mental, existen también consecuencias asociadas al deterioro de funciones cognitivas. Varios estudios han demostrado que dominios cognitivos como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas estarían disminuidos en la depresión. También se ha observado una disminución en la capacidad para resolver problemas, planificar y tomar decisiones (Harvey et al., 2004).

iv) Tratamiento

Hay una amplia variedad de opciones para tratar la depresión. Entre las terapias psicológicas, las terapias Cognitivo Conductuales, ya sea en formatos individuales o grupales, son altamente recomendadas en todos los casos de depresión (Shapiro et al., 1994). En situaciones de depresión moderada, en las que la psicoterapia sola podría no resultar suficiente, así como en casos graves o crónicos, se sugiere combinar la terapia psicológica con el tratamiento farmacológico utilizando antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. No obstante, para casos leves de depresión, donde la relación riesgo-beneficio del tratamiento farmacológico resulta desfavorable, se recomienda únicamente la terapia psicológica como opción de tratamiento (NIECE, 2022).

La adherencia al tratamiento es de gran importancia para la recuperación de la depresión (Kessler et al., 2003). La no-adherencia es un fenómeno que se visualiza frecuentemente, tanto en tratamientos farmacológicos como de psicoterapia, y esto tiene como consecuencia un aumento en la probabilidad de recaídas. Es significativo agregar que más de la mitad de los afectados no recibe tratamientos debido a la falta de recursos, de personal sanitario capacitado, el infra diagnóstico existente y la estigmatización de los trastornos mentales (OMS, 2023). Además, solo el 50% de los que si reciben tratamiento, son considerados como apropiados (Wang et al., 2003).

Dado que la depresión es un trastorno tan heterogéneo, con importantes repercusiones en todos los ámbitos de la vida de quienes lo experimentan, resulta esencial promover la salud mental. Esto implica fomentar la capacidad de solicitar ayuda y ampliar las redes de apoyo, lo que puede permitir un mayor acceso a tratamientos más efectivos para estas

poblaciones. Esto, a su vez, contribuiría a prevenir el abandono del tratamiento y la recurrencia de la enfermedad.

v) Modelo Cognitivo de la Depresión

La Terapia Cognitivo Conductual abarca varios modelos de la depresión y constituye el marco de una de las terapias más aplicadas y reconocidas en el tratamiento de la depresión: la Terapia Cognitiva.

Desde la teoría cognitiva, se ha puesto énfasis en comprender las bases psicológicas y neurales que subyacen a los síntomas depresivos, así como en los mecanismos que contribuyen a la tendencia o desarrollo de trastornos de este tipo (Beck, 2008). Muchas investigaciones respaldan el modelo cognitivo, el cual explica que, además de los factores previamente mencionados, la depresión se desarrolla en respuesta a experiencias vitales tempranas negativas (Beck & Bredemeier, 2016). Estas experiencias contribuyen a la formación de actitudes disfuncionales y características que se integran en estructuras llamadas esquemas cognitivos, también conocidos como vulnerabilidad cognitiva. Estos esquemas se activan en la vida diaria por acontecimientos que van surgiendo, generando un sesgo en la interpretación y síntomas depresivos, lo que se conoce como reactividad cognitiva (Beck, 2008). Con la repetición constante, los esquemas se fortalecen, organizándose en un modo depresivo (en aspectos afectivos, conductuales y motivacionales), influyendo en el procesamiento de información y agravando síntomas de valoración y rumiación. La continua repetición conlleva a que el procesamiento negativo se vuelva rutinario, automático y resistente al cambio.

La evolución en el tratamiento de la depresión ha estado marcada por el dinamismo y la adaptación de todo tipo de terapias a lo largo del tiempo. A medida que se ha profundizado en la comprensión de los trastornos mentales, la Terapia Cognitivo Conductual ha experimentado tres momentos marcados y diferenciados (llamados generaciones u “olas”), cada uno representando un avance en las estrategias terapéuticas, o nuevas formas de hacer terapia basadas en enfoques distintos. Esta progresión histórica es importante para comprender cómo la Terapia de Aceptación y Compromiso se ha establecido, siendo influenciada por estas olas previas, emergiendo como un enfoque integrador y prometedor en el manejo de la depresión y otros trastornos psicológicos.

Las tres olas de la Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede ser definida como la expresión clínica de la psicología basada en la aplicación de procedimientos, métodos y principios respaldados por evidencia empírica (Plaud, 2001). En esta línea se define la TCC como un enfoque terapéutico que se apoya en la validación científica de sus fundamentos.

Hayes (2004) ha distinguido tres generaciones de Terapias Cognitivo Conductuales que, a menudo, se reconocen como "olas" sucesivas en el desarrollo de este modelo. Aunque cabe destacar, que todas siguen coexistiendo y conviviendo hoy en día.

i) Primer y segunda ola

La primera generación de TCC, se caracterizó por la aplicación de la terapia de la conducta clásica, donde se hacía hincapié en el manejo de las contingencias para lograr cambios directos en el comportamiento (Valdivia & Luciano, 2006). Estas terapias se basaron en una sólida investigación experimental y básica, lo que les permitió obtener resultados exitosos en la modificación del comportamiento. Aunque sus técnicas continúan siendo relevantes y se siguen aplicando, estas terapias resultaron limitadas en el tratamiento de problemáticas psicológicas más complejas (Hayes, 2004).

La segunda generación de Terapias Cognitivo Conductuales marcó un avance significativo al continuar empleando el enfoque en las contingencias, pero introduciendo un cambio notable al otorgar una mayor relevancia a los eventos cognitivos como factores centrales en la modificación del comportamiento (Luciano et al., 2006). Estas terapias reconocieron la importancia de los procesos cognitivos y les atribuyeron un papel causal y mecánico en la conducta humana. En contraste con la primera generación, las terapias de la segunda generación se centraron en la modificación de eventos cognitivos para influir en la conducta de los individuos (Hayes, 2004). La efectividad de estos enfoques en el tratamiento de trastornos psicológicos en adultos ha sido respaldada por investigaciones científicas, particularmente en la reducción de síntomas psicológicos, que es el objetivo central de estas terapias (Valdivia & Luciano, 2006).

Sin embargo, es importante destacar que esta eficacia terapéutica se ha asociado principalmente a los componentes conductuales, mientras que la contribución de los elementos cognitivos en la efectividad de estas terapias ha permanecido aún incierta (Hayes et al., 2006). La comprensión completa de cómo y por qué las terapias cognitivas demuestran su eficacia sigue siendo un terreno en gran parte inexplicable, planteando interrogantes sobre el papel real de los eventos cognitivos en la intervención terapéutica.

Dentro del ámbito de la investigación e intrínsecamente relacionado con la efectividad de las TCC, surgió la observación de que ciertos pacientes manifestaban dificultades en el control y la evitación de contenidos psicológicos aversivos utilizados como estrategias de afrontamiento (Luciano et al., 2006). Paralelamente, se comenzó a notar que los intentos de evitar o controlar dichos contenidos podían dar lugar a un aumento y cronicidad de los pensamientos negativos (Zettle, 2007).

ii) Tercera ola: las Terapias Contextuales

Las terapias de tercera generación, también conocidas como Terapias Contextuales, surgieron en un esfuerzo por abordar preguntas que habían quedado sin respuesta en los modelos anteriores (Luoma et al., 2007). Estas terapias adoptan nuevos modelos teóricos y filosofías que buscan comprender mejor el funcionamiento humano en el ámbito psicológico (conductual).

En esta nueva generación, se otorga un énfasis primordial a variables que previamente habían sido subestimadas o pasadas por alto en los enfoques terapéuticos más tradicionales, como los aspectos espirituales, trascendentales y de autoconocimiento que derivan de prácticas ancestrales, anteriormente exclusivas de terapias como la Gestalt (Mañas, 2007).

Los trastornos psicológicos en esta nueva generación de terapias pueden ser comprendidos a través de un enfoque que considera la historia coevolutiva del individuo y las circunstancias en las que se encuentra inmerso, en contraposición a una visión que los cataloga como deficiencias o disfunciones personales (García et al., 2017). Este enfoque, arraigado en una filosofía contextualista, proporciona a estas terapias una mayor amplitud de herramientas y técnicas basadas en las vivencias y aprendizajes de los individuos, enfocándose en herramientas más experienciales que directivas (Mañas, 2007).

Las mayoría de las Terapias Contextuales, y la Terapia de Aceptación y Compromiso en especial, se consideran una evolución natural del análisis de la conducta (García Higuera, 2006). Su origen se encuentra en los desarrollos teóricos de Skinner y otros investigadores afines, lo que la vincula al "conductismo radical". En este contexto, el término "radical" se entiende etimológicamente como "raíz" y no conlleva connotaciones negativas (Mairal, 2007).

El conductismo radical representa una perspectiva filosófica que aboga por el estudio funcional del comportamiento en relación con el ambiente, buscando comprender la función que los comportamientos tienen para los individuos (Moore, 2013).

Existen notables diferencias entre el conductismo radical y el conductismo metodológico, representando este último la filosofía subyacente a los modelos teóricos más centrados en aspectos cognitivos de la segunda ola de terapias (Rey, 2004). Para destacar algunas diferencias esenciales, cabe señalar que, en el conductismo metodológico, la modificación del comportamiento se basa en la alteración de variables cognitivas, mientras que en el conductismo radical, esta modificación se centra en el cambio de la funcionalidad de una conducta para el individuo (Moore, 2013).

Otra diferencia significativa radica en la percepción de los eventos internos; desde la perspectiva del conductismo metodológico, se considera que estos eventos internos son de naturaleza distinta a las conductas visibles y funcionan como causantes, interviniendo en la relación estímulo-respuesta (Rey, 2004). En contraste, el conductismo radical sostiene que los eventos internos no poseen una naturaleza diferente a los eventos que ocurren en el entorno del individuo, y los concibe como otras respuestas que el individuo emite en relación con su ambiente, idénticas a las conductas visibles. Por lo tanto, desde este enfoque, se promueve el análisis de los eventos internos de la misma manera que se analizan los eventos externos, centrándose en su funcionalidad (Hayes et al., 1999). Podrían entonces, medirse y explicarse qué hace y provoca que estas terapias funcionen, siendo todos los elementos a investigar patrones de conducta.

Esta perspectiva implica que las personas tienen la capacidad de pensar algo y actuar de manera contraria a lo que sus pensamientos les indican (García Higuera, 2006). La ruptura de esta relación entre pensamiento y acción se vuelve especialmente relevante en las terapias de la tercera generación con el fin de promover la salud psicológica.

Entre las terapias de tercera generación se destacan la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Dialéctico Conductual, la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia Integrativa de Pareja y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, por nombrar algunas (Blarrina & Marín, 2016)

La evolución de la Terapia Cognitivo Conductual hacia la tercera ola marca un cambio significativo en el enfoque terapéutico, abriendo paso a modelos más integradores y contextualmente orientados. La Terapia de Aceptación y Compromiso surge como una de las terapias más investigadas dentro de esta evolución, consolidando elementos clave de las olas anteriores y enfocándose en principios propios. Estos principios fundamentales se convierten en la base esencial para comprender y aplicar ACT en el tratamiento de la depresión y otros problemas psicológicos.

Los Pilares de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso se diferencia de otras terapias de tercera generación por su enfoque integral, sustentado en tres pilares fundamentales (Blarrina & Martínez, 2012). En primer lugar, se encuentra el Contextualismo Funcional, una corriente filosófica derivada del conductismo radical que otorga un papel central al contexto y la experiencia, en consonancia con los principios de las terapias de la tercera ola (Luoma et al., 2007). El segundo pilar lo constituye la Teoría del Marco Relacional, que sirve como fundamento teórico de la ACT, y proporciona una metodología para el análisis empírico y la comprensión integral del lenguaje y la cognición humana (Andino, 2017). Finalmente, el tercer pilar se refiere al Trastorno de Evitación Experiencial, un novedoso modelo psicopatológico transdiagnóstico que se presenta como una alternativa a los sistemas diagnósticos categóricos y formales convencionales, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (Blarrina & Marín, 2016).

i) Contextualismo Funcional

Como se mencionó anteriormente, el Contextualismo Funcional es la filosofía de la ciencia subyacente a la Terapia de Aceptación y Compromiso. Fundamentalmente, lo que se busca es abordar la conducta en curso a través de su contexto (Mairal, 2007). En esencia, se postula que cualquier forma de conducta, ya sea un comportamiento manifiesto (externo, físico u observable) o uno privado (o psicológico, como son las sensaciones, pensamientos o emociones), es interdependiente de su contexto y solo puede comprenderse en relación con el mismo, a la vez que el contexto se entiende solamente en relación a los efectos que tiene sobre un determinado comportamiento (Wilson & Luciano, 2014). Además, este contexto no se limita únicamente al presente, sino que se encuentra dentro de una perspectiva histórica, pasada y futura.

Un análisis funcional-contextual posibilita la comprensión de que un problema o disfuncionalidad en un área específica está íntimamente relacionado con el papel funcional de los significados atribuidos al malestar, las reglas, creencias, conductas, experiencias y consecuencias proporcionadas por el entorno (Hayes et al., 1999). Estos elementos pueden influir e incluso potenciar el problema en una interacción interdependiente con la persona. No tener en cuenta estas variables, vistas como componentes integrales del todo, podría llevar a la búsqueda de "soluciones" que, en lugar de resolver, agravarían o perpetuarían la disfuncionalidad (Blarrina & Marín, 2016).

En el marco de este contexto, es que se realiza un análisis de la conducta desde una perspectiva funcional (Harris, 2021). La cuestión central que se plantea es la siguiente: ¿Cuál es el propósito o cuál es la función que cumple este comportamiento? ¿qué repercusiones tiene este comportamiento en el contexto específico en el que se manifiesta? En un mismo entorno, un mismo comportamiento puede desempeñar diversas funciones o propósitos.

Para ilustrar este concepto, consideremos el acto de reír en voz baja en un entorno escolar. Esta conducta puede conllevar múltiples significados según su función en una situación particular. Por ejemplo, la risa puede ser una respuesta a un chiste entre compañeros, ocasionada por el humor de la situación y el deseo de evitar que la profesora escuche. Sin embargo, también podría manifestarse como una risa nerviosa debido a la incomodidad provocada por algo que la profesora mencionó, lo que desencadenó recuerdos o sentimientos de vergüenza. Alternativamente, la risa podría emplearse como una forma de burla dirigida a la profesora, siendo irónica y buscando llamar la atención de los compañeros. A pesar de que la forma del comportamiento es la misma (es decir, reír en voz baja en un salón de clases), la función que cumple en la situación y sus implicaciones varían en los ejemplos mencionados.

Además, cabe señalar que, en sentido inverso, es posible identificar que para una misma función o propósito, existen diferentes formas de manifestar el comportamiento (Harris, 2021). Por ejemplo, al encontrarse con un conocido en la calle con la intención de saludarlo, existen múltiples maneras de expresar el saludo, como acercarse con una sonrisa, saludar con un gesto de la mano, realizar una mueca facial, pronunciar palabras relacionadas con esa persona, entre otras.

El Contextualismo Funcional está interesado en la función de un comportamiento, más que en la forma que tome éste, buscando las variables que generan en primera instancia el comportamiento y controlan su probabilidad; en lugar de analizarlo de forma mecánica (García et al., 2017). Lo que hará que se eliminen los prejuicios sobre las conductas, y se averigüe si las mismas están ayudando a la persona, si le están siendo verdaderamente útiles, en lugar de ver el comportamiento como correcto o incorrecto, bueno o malo (Harris, 2021).

Por lo tanto, el Contextualismo Funcional hace la evaluación de los eventos en su totalidad, considerándolos como indivisibles (Mairal, 2007). La comprensión de la naturaleza y la función del evento se basan en el reconocimiento del contexto como esencial, lo que implica analizar la conducta desde una perspectiva pragmática y eficaz, enfocándose en su utilidad

en lugar de evaluar su veracidad. Esto permite definir metas y objetivos muy precisos en terapia, que hagan más fácil y visible el proceso de cambio (Hayes et al., 1999).

ii) Teoría de los Marcos Relacionales (TMR)

La ACT se fundamenta en la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR), una teoría contextual-funcional que estudia sobre el lenguaje y la cognición y que se constituye como un desarrollo de las leyes del análisis funcional del comportamiento (Blarrina & Marín, 2016). En el contexto de la TMR, se postula que los individuos adquieren la habilidad de establecer relaciones arbitrarias entre eventos, permitiéndoles responder a un evento en términos de otro (Dymond & Roche, 2013). Esta teoría pone de manifiesto que el comportamiento relacional se aprende en el proceso de socialización, donde se establecen relaciones arbitrarias y bidireccionales entre estímulos (por ejemplo: una campera es distinta de un zapato). Esto da lugar a la abstracción de claves contextuales (la palabra “distinta” en el ejemplo) que pueden aplicarse de manera arbitraria a nuevos estímulos.

Los marcos o claves relacionales poseen tres propiedades distintivas (Blarrina & Martínez, 2012). La primera es el establecimiento mutuo, lo que implica que de una relación entre dos eventos en una dirección, se deriva una segunda relación. Por ejemplo, si se establece que Ana es más alta que Julieta, se infiere que Julieta es más baja que Ana. La segunda propiedad es el establecimiento combinatorio, que implica que dos relaciones pueden combinarse para derivar una tercera relación. En el ejemplo anterior, si además se indica que Romina es más alta que Ana, se puede pensar que Romina es más alta que Julieta. Estas propiedades conducen a una expansión muy grande de las relaciones entre estímulos sin necesidad de que las relaciones hayan sido directamente establecidas. (Dymond & Roche, 2013). La tercera propiedad es la transformación de funciones, que implica que la función de un estímulo puede cambiar la función de cualquier otro con el que esté relacionado (Blarrina & Martínez, 2012). Por ejemplo, si se dice que Ana juega mejor que Julieta en un equipo de básquetbol por ser más alta, es probable que Romina sea la seleccionada entre las tres.

Las aplicaciones de la TMR son diversas y abarcan distintos ámbitos. En el contexto de la psicopatología y los tratamientos psicológicos, la TMR explica la formación y transformación de funciones psicológicas clínicamente relevantes sin haber estado relacionadas directamente (Blarrina & Marín, 2016). Esto significa que las personas pueden experimentar miedo, dolor, angustia, enojo, u otras emociones no solo en situaciones aversivas directas, sino también ante situaciones relacionadas verbalmente con experiencias problemáticas (Dymond & Roche, 2013). En ciertos contextos, los propios

eventos internos, como pensamientos, sensaciones o recuerdos, adquieren funciones transformadas por el lenguaje. Intentar cambiar o suprimir estas reacciones muchas veces no funciona, ya que ello amplía la red relacional, fortaleciendo las respuestas problemáticas (Wilson & Luciano, 2014).

Dado que la transformación de funciones está controlada contextualmente, se puede alterar el contexto de las redes relacionales sin necesidad de cambiar su contenido, lo cual constituye la base de los métodos clínicos de la ACT (Blarrina & Martínez, 2012). Esta teoría abala la posibilidad de cambio mediante la modificación del entorno y sus contingencias, tanto externas como internas, que influyen en la conducta que no es saludable o no es útil para el individuo (Vargas & Ramírez, 2012).

iii) El Trastorno de Evitación Experiencial y el sufrimiento humano

a) El sufrimiento humano

Antes de adentrarnos en la comprensión del Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), conceptualización propuesta desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, es importante resaltar la inherente capacidad humana para experimentar placer y situaciones apetitivas, como también las aversivas y el sufrimiento.

La mente humana tiene una capacidad simbólica y verbal única, permitiéndonos relacionar diversos eventos y fenómenos, soñando, anticipando, regulando emociones y pensamientos, entre otros (Luciano et al., 2005). No obstante, esta habilidad conlleva aparejado sufrimiento. Desde la perspectiva de la ACT, el sufrimiento es una parte intrínseca de la condición humana, coexistiendo inevitablemente con la felicidad, como caras de una misma moneda. Aunque podemos perseguir y disfrutar momentos placenteros, siempre existe la posibilidad de que algo aversivo aparezca, por ejemplo, al asociar un recuerdo de placer pasado que ya no está presente y provoca dolor ya no tenerlo (Luoma et al., 2007). Esta visión de la vida no es nueva; ACT la adopta de diversas tradiciones religiosas que reconocen el sufrimiento como inherente a la existencia, también respaldada por estudios en antropología y literatura (Luciano et al., 2006).

Los seres humanos compartimos, en mayor o menor medida, una comprensión intrínseca de la vida que se centra en la búsqueda de experiencias que nos otorguen bienestar y felicidad y en evitar aquello que percibimos como negativo (Vidal, 2010). Esta aspiración de bienestar se asocia estrechamente con nuestras metas, sueños y valores fundamentales (Wilson & Luciano, 2014). Sin embargo, la cultura contemporánea, especialmente en el

ámbito occidental, promueve la idea de que "sentirse bien todo el tiempo" es la fórmula para alcanzar la felicidad. Esta mentalidad lleva implícita la creencia de que evitar el sufrimiento o cualquier sensación de malestar es lo normal (Vidal, 2010). De este modo, sentirse en un estado de bienestar se convierte en sinónimo de controlar, ignorar o evitar los eventos internos que se presentan como obstáculos (Hayes et al., 1999). En esta línea de pensamiento, experimentar malestar y, al mismo tiempo, considerarse mentalmente sano, resulta socialmente ilógico. Esta noción cultural refuerza la idea de que el bienestar continuo es esencial, lo que sugiere que cualquier manifestación de malestar emocional o psicológico debe ser evitado o eliminado para lograr ese bienestar cortoplacista (Hayes et al., 1996).

Este enfoque cultural impone reglas y narrativas verbales y simbólicas que contradicen la propia naturaleza inherente e inevitable del sufrimiento humano (Wilson & Luciano, 2014). La sociedad de consumo y la urgencia por satisfacer inmediatamente nuestras necesidades conllevan a la evasión del malestar, obstaculizando procesos que requieren atravesar situaciones desagradables para obtener beneficios a largo plazo (Vidal, 2010). Intentar eludir el sufrimiento se convierte en un intento de perderse de una parte esencial de la vida misma.

b) La evitación experiencial

La evitación experiencial se manifiesta cuando los eventos privados percibidos negativamente actúan como barreras que se consideran responsables de impedir la felicidad, llevando a la persona a luchar, en última instancia contra sus propios estados internos en un intento por eliminar el malestar (Hayes et al., 2006). Esto implica una lucha constante para evitar a toda costa los eventos desagradables, buscando la aspiración de "ser feliz todo el tiempo". No obstante, es esencial comprender que el malestar no puede eliminarse por completo, ya que es inherente a la condición humana y en ocasiones incluso necesario. De esta manera, el sufrimiento se intensifica generando un continuo estado de malestar que se refuerza o construye a través de las limitaciones impuestas por este enfoque evitativo (Wilson & Luciano, 2014).

El proceso de evitación experiencial, que implica la lucha por evitar, controlar o eliminar eventos aversivos, es una práctica común en el ser humano y no es patológica cuando cumple su función, siendo útil para continuar en la dirección deseada (Hayes et al., 1996). Sin embargo, se convierte en problemática cuando se vuelve en un patrón rígido generalizado, resultando perjudicial al no estar alineado con las metas y deseos a largo plazo (Luciano et al., 2005).

El Trastorno de Evitación Experiencial representa un modelo psicopatológico en el cual el individuo actúa deliberadamente para alterar la frecuencia o la forma de las experiencias privadas que considera negativas, así como las condiciones y el contexto que generan dichas experiencias (Hayes et al., 1999). Estas acciones contradicen aquello que realmente es importante para la persona, generando una paradoja al limitar la vida personal al adoptar la evitación como un medio para alcanzar la necesidad de "vivir placenteramente cada momento". La cronificación de la evitación se ve reforzada por la sensación de alivio inmediato que proporciona el evitar, pareciendo ser efectivo a corto plazo aunque simultáneamente se refuerce el malestar aumentando su intensidad con el tiempo (Luoma et al., 2007)

En el ejemplo presentado por Andino (2017), se ilustra cómo un estudiante universitario identifica la emoción de ansiedad, que surge al estudiar para un examen, como algo negativo influenciado por relaciones verbales aprendidas. En un intento por evitar este malestar, el estudiante recurre a la distracción viendo televisión como estrategia para aliviar la ansiedad. Temporalmente, la distracción puede proporcionar cierto alivio a la ansiedad; sin embargo, al no lograr eliminar por completo el malestar, el estudiante continúa empleando la distracción como estrategia preferida. Esta conducta no sólo impide el estudio para el examen, sino que también incrementa la ansiedad al disponer de menos tiempo para prepararse, lo que puede desencadenar pensamientos negativos como "siempre hago lo mismo" o "no sirvo para nada", así como la aparición de emociones desagradables adicionales. De este modo, la estrategia de distracción se convierte en un arma de doble filo, potenciando los síntomas que se pretendía evitar, lo que lleva a un círculo vicioso de rigidez. Este patrón, al no aliviar verdaderamente la ansiedad, refuerza las autoevaluaciones y emociones negativas, y termina por limitar la capacidad del estudiante para afrontar de manera efectiva la situación estresante del examen universitario (Andino, 2017)

c) El TEE y la fusión cognitiva

Las relaciones verbales ineficaces impulsan a la persona a priorizar la eliminación del malestar, direccionando todas las acciones hacia la evitación (Luciano et al., 2006). Este enfoque genera una fusión cognitiva en la que el individuo no logra separarse de sus eventos privados, llegando a identificarse con su malestar, y siendo incapaz de discernir que son solo relaciones contextuales verbales indirectas, entidades separadas de la propia persona. Este callejón sin salida lo atrapa en una espiral de literalidad en sus contenidos, reforzando la evitación experiencial y alejándose cada vez más de sus verdaderos objetivos. En el ejemplo previo, observamos cómo quedarse fusionado no solo genera malestar, sino

que también conlleva la internalización de etiquetas negativas como "no sirvo para nada", asociando erróneamente lo negativo con la propia identidad (Andino, 2017).

Los modelos de diagnóstico psicopatológico actuales no identifican el sufrimiento de la misma manera en cada trastorno ni coinciden en los enfoques para mitigar el malestar de cada uno (Luciano et al., 2005). Sin embargo, a pesar de las diferentes manifestaciones, existe un patrón común: la tendencia a la evitación patológica. Se propone, como alternativa a la concepción tradicional, un modelo transdiagnóstico y eminentemente psicológico, basado en una dimensión funcional común. Esta nueva forma de interpretar las problemáticas, analiza la función del comportamiento en su contexto, independientemente de su forma, abordando así las dificultades específicas de cada individuo (Luoma et al., 2007).

Concluyendo, el Trastorno de Evitación Experiencial puede describirse como una forma de regulación verbal ineficaz que surge de las normas culturales como creadoras de reglas arbitrarias que entran en conflicto con la naturaleza simbólica del ser humano, resultando en un patrón de inflexibilidad psicológica (Blarrina & Marín, 2016). La fusión psicológica con los contenidos y eventos dificulta la capacidad de la persona para distinguirse de ellos, viviéndolos literalmente como si fueran parte de su identidad, lo que resulta en una inflexibilidad que conduce a acciones sin dirección valiosa y perpetúa un ciclo de sufrimiento (Mairal, 2007).

Aunque la generación de pensamientos y funciones múltiples es inevitable, la conducta orientada a controlar lo incontrolable, fusionarse con aquello que no representa la identidad real y amplificar el malestar, es lo que se considera evitable (Valdivia & Luciano, 2006). ACT representa un cambio significativo en el enfoque terapéutico, ya que no busca reducir o modificar los comportamientos internos o externos molestos, sino alterar su función y fomentar la flexibilidad en la regulación del comportamiento (Wilson & Luciano, 2014).

ACT en Funcionamiento

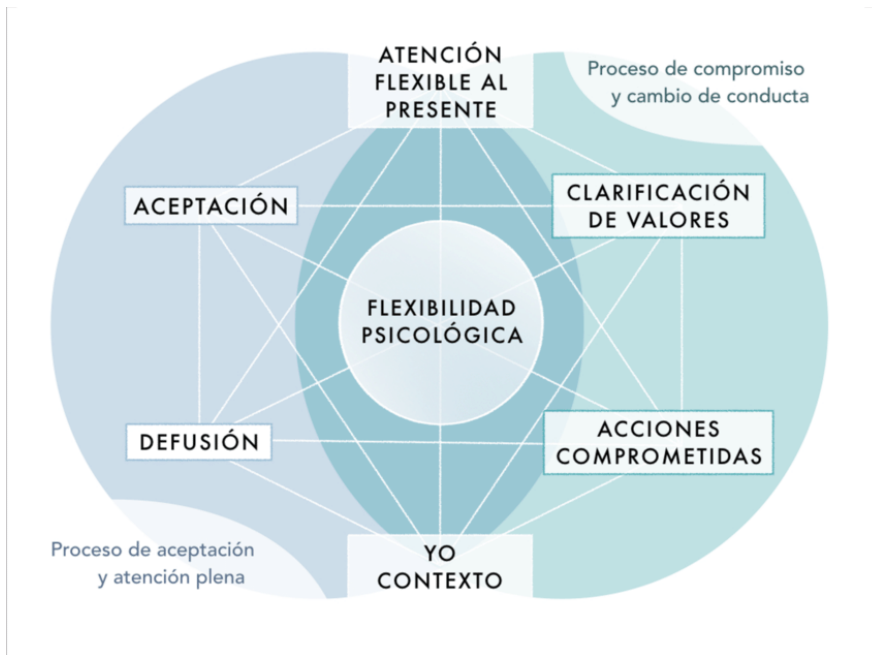
La Terapia de Aceptación y Compromiso se caracteriza por su enfoque en la promoción de la salud psicológica en lugar de centrarse en la enfermedad mental (Wilson & Luciano, 2014). Las siglas ACT se utilizan de manera indistinta tanto en inglés como en español, a pesar de que en este último idioma las palabras que las componen difieren. Esto se debe a que ACT no se considera simplemente una abreviatura, sino que representa un concepto más amplio (Harris, 2021). ACT representa la idea de la acción, sin embargo, es esencial comprender que no se trata de cualquier acción, sino de acciones que estén alineadas con los valores fundamentales del individuo. Estos valores son una expresión de la identidad que la persona aspira a alcanzar y las metas que se propone lograr. ACT impulsa a las personas a llevar a cabo acciones coherentes con sus valores, lo que significa actuar en función de lo que verdaderamente les importa (Hayes et al., 1996). Esto implica tomar decisiones de manera consciente y responsable, estar presente en el momento actual en la medida de lo posible y estar dispuesto a experimentar y explorar su experiencia subjetiva.

i) El Hexaflex de ACT y la flexibilidad psicológica

La Terapia de Aceptación y Compromiso tiene la finalidad primordial de cultivar la flexibilidad psicológica, un constructo definido como la capacidad de actuar de manera consciente y atenta, guiados por los valores fundamentales del individuo (Hayes, 2004). La amplitud de esta flexibilidad psicológica está intrínsecamente vinculada a una mejor calidad de vida, ya que habilita respuestas más adaptativas y asertivas a los desafíos y obstáculos que surgen en el curso de la existencia (Blarrina & Marín, 2016). Además, al involucrarse plenamente y permitir que los valores personales desempeñen un papel clave en la toma de decisiones y la acción, se forja un sentido profundo de propósito y significado en la vida, resaltando la noción de vitalidad, que encapsula la sensación de estar verdaderamente vivo, sin importar las fluctuaciones emocionales presentes en un momento dado (Harris, 2021).

La teoría de ACT abarca seis procesos interconectados y complementarios que conjuntamente configuran la flexibilidad psicológica (Harris, 2021). Estos procesos, a menudo representados de manera visual en lo que se conoce como "Hexaflex", son esenciales para promover una psicología más saludable y una vida más próspera (Kashdan & Rottenberg, 2010). Dichos procesos no deben considerarse de manera aislada, ya que están intrínsecamente relacionados, formando un entramado que constituye un hexágono integral. A pesar de que se puedan abordar individualmente por razones prácticas, es importante comprender que se influyen mutuamente (Hayes et al., 1999). Estos seis procesos pueden considerarse como el reverso de otros seis que promueven la inflexibilidad y patrones psicopatológicos rígidos, lo que subraya la importancia de abordar estos

procesos en el contexto de la terapia ACT para fomentar una mayor adaptación y bienestar psicológico (Harris, 2021).



Contacto con el momento presente (estar aquí y ahora):

Este proceso implica una atención consciente y flexible a la experiencia actual, permitiendo la capacidad de reducir, ampliar, cambiar o mantener el enfoque según lo que resulte más funcional (Andino, 2017). Esta práctica de atención plena puede dirigirse tanto al mundo físico como a la experiencia interna del individuo, e incluso integrar ambos aspectos simultáneamente. Se ha encontrado que el contacto con el momento presente está relacionado con una mayor satisfacción con la vida, y una mayor capacidad de afrontamiento ante el estrés (Kashdan & Rottenberg, 2010).

En contraposición, la atención inflexible, que implica distracción, desvinculación o desconexión del momento presente, conduce a la rigidez y limita las opciones de comportamiento, enfocando la atención en el pasado o en un futuro imaginario (Russo y Forsyth, s/f). La tendencia a vivir en el pasado o en un futuro que aún no sucedió, potencia la generación del sufrimiento y limita la capacidad de tomar decisiones y actuar de manera efectiva en el presente.

La perspectiva de ACT resalta la importancia de reconocer que el único momento en el que las personas pueden influir y hacer una diferencia real en sus vidas es el "aquí y ahora" (Hayes, 2004). ACT instruye a las personas a prestar atención de manera deliberada y sin juicio al momento presente, lo que puede ser un componente fundamental para el desarrollo

de la flexibilidad psicológica y la mejora del bienestar emocional (Kashdan & Rottenberg, 2010). Por lo tanto el poder estar en contacto con el momento presente, pueden promover una mayor adaptación psicológica y una mayor calidad de vida (Luoma et al., 2007).

Defusión (observar tu pensamiento):

El proceso de defusión representa una habilidad fundamental que permite a los individuos distanciarse de sus pensamientos, imágenes y recuerdos, en lugar de enredarse en ellos. Este proceso implica la capacidad de dar un paso atrás y observar los eventos privados tal como son: palabras, imágenes o símbolos (Harris, 2021). La metáfora de "mirar hacia el pensamiento" en lugar de "mirar desde el pensamiento" resalta la importancia de permitir que los eventos mentales fluyan y no se adhieran a ellos, lo que reduce su influencia sobre el comportamiento del individuo (Andino, 2017).

El proceso de fusión, como se discutió previamente, representa la antítesis de la defusión. La fusión, en sí misma, no es inherentemente buena ni mala, ya que puede manifestarse en diversas conductas, como el amor o el estar sumergido en una película (Russo y Forsyth, s/f). Sin embargo, se convierte en problemática cuando se extiende en exceso, al punto de que la persona ya no distingue sus pensamientos de su propia identidad, ejerciendo un dominio sobre su comportamiento. Aprender la defusión implica crear un espacio entre el observador y la "mente", reconociendo que no es siempre necesario creer o confiar en los eventos privados, lo que promueve una mayor flexibilidad cognitiva y una menor identificación con los contenidos mentales.

Aceptación (abrirse):

El proceso de aceptación en el marco de ACT resalta como componente primordial. Su esencia radica en la capacidad de permitir el espacio para las experiencias privadas no deseadas en lugar de luchar activamente contra ellas (Harris, 2021). La aceptación implica permitir que estas experiencias, ya sean emociones, pensamientos o sensaciones, permanezcan o se desvanezcan por sí mismas, a su propio ritmo. Su utilidad está en el hecho de que estas experiencias, aunque puedan ser molestas o dolorosas, pueden ser funcionales y efectivas para avanzar en la mejora de la calidad de vida de una persona (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Es importante destacar que en el contexto de ACT, el proceso de aceptación no se confunde con la resignación ante las circunstancias o la simple tolerancia de eventos aversivos (Andino, 2017). Por el contrario, ACT promueve una participación activa y comprometida con lo que se valora en la vida, incluso cuando el dolor o el malestar están presentes.

La aceptación no se busca de manera indiscriminada en todas las situaciones, ya que ello sería inflexible e inapropiado (Harris, 2021). En su lugar, se enfatiza la importancia de elegir de manera responsable, considerando el contexto y la función conductual en cada situación.

La aceptación psicológica, aunque implícita en muchas otras corrientes terapéuticas, ha sido posicionada como el núcleo del cambio terapéutico en ACT (Mairal, 2007). Esta aproximación ha sido respaldada por una extensa investigación que ha justificado la necesidad de adoptar esta actitud en la terapia ACT (Hayes et al., 2006). La contraparte patológica de este proceso sería la evitación experiencial destructiva, ya comentada en apartados anteriores.

El yo como contexto (el yo que se percata):

Este proceso posee una importancia significativa al diferenciar dos aspectos fundamentales de la experiencia humana: el primero, que podría describirse coloquialmente como la "mente que piensa" y el segundo, la "mente que se percata (Harris, 2021). Generalmente, cuando hacemos referencia a la "mente", nos dirigimos a la parte que piensa, evoca pensamientos, emociones y todo tipo de eventos privados. Por otro lado, el aspecto que se percata de estos eventos, el "yo como contexto," no siempre está plenamente presente en la conciencia. Reforzar este aspecto de la mente es esencial en ACT, ya que constituye un componente fundamental para la flexibilidad psicológica y el bienestar. (Hayes et al., 1996)

Se ubica como un recurso que, en última instancia, proporciona una perspectiva distinta de los hechos y eventos que se despliegan en la experiencia (Hayes et al., 1999). "Detrás de todo ese malestar", se encuentra ese contexto que nos avalará ver todo desde otra perspectiva (Valdivia & Luciano, 2006). Este "yo como contexto" permite la observación y la separación de los eventos y conductas de la propia identidad de la persona. Se manifiesta como la dimensión que permite a las personas moverse más allá de la identificación con sus pensamientos y emociones, lo que resulta en una visión desapegada de la experiencia.

En contraposición, el extremo opuesto de este proceso se encuentra en el "yo como autoconcepto," que representa una forma extrema de fusión, implicando una identificación y apego con el concepto de uno mismo (Russo y Forsyth, s/f). Esta identificación puede manifestarse a través de narrativas personales que los individuos crean para definir quiénes son. Estas narrativas pueden incluir patrones rígidos de auto conceptuarse y definirse, como "yo estoy deprimido", "yo soy muy inteligente", o "yo no soy digno de ser amado". El problema principal de adherirse a estos conceptos radica en que limita y sesga las opciones de comportamiento, ya que las acciones se dirigen a defender y sostener estas narrativas auto conceptuales. Por ejemplo, las personas pueden asumir el papel de víctimas, sentirse

rotas por dentro, creerse incapaces o excesivamente inteligentes, lo que puede restringir su adaptabilidad y bienestar general.

Valores:

Este proceso adquiere un papel fundamental al definir las bases que guían y motivan cada aspecto de la terapia, así como la vida de cada individuo en todas las dimensiones y etapas vitales (Luoma et al., 2007). Los valores, y su clarificación en el contexto personal, representan el motor que impulsa, orienta y da significado a cada faceta de la terapia ACT, incitando a las personas a perseguir lo que realmente desean, al tiempo que descartan acciones no útiles a favor de aquellas que se alinean con la búsqueda de una vida auténtica y significativa (Hayes et al., 2006).

Desde la perspectiva de ACT, la salud psicológica se comprende como el mantenimiento de patrones de comportamiento alineados con los valores personales en diversas áreas de la vida (Gutiérrez et al., 2006). La psicopatología, en este enfoque, no se manifiesta a través de la presencia de contenidos psicológicos perturbadores sino cuando estos contenidos adquieren el control del comportamiento, siendo tan relevantes y literales, que dictan las elecciones de una persona, relegando sus valores fundamentales a un segundo plano.

Es importante destacar que los valores son reforzadores que se establecen a través del comportamiento verbal relacional y simbólico (García et al., 2017). Sin embargo, es fundamental no confundir los valores con las metas o también llamados objetivos. Las metas representan eventos específicos y deseables que pueden lograrse o no, y una vez alcanzadas se consideran completadas (Gutiérrez et al., 2006). Por ejemplo, casarse u obtener un ascenso son metas específicas. No obstante, estas metas siempre están en servicio de direcciones vitales más amplias, es decir, los valores. En el caso del ascenso, la meta puede contribuir a sentirse realizado profesionalmente o mejorar la calidad de vida, mientras que casarse puede estar alineado con el desarrollo de una relación comprometida e íntima. Los valores se definen como direcciones vitales generales, globales y elegidas, construidas y expresadas a través del lenguaje verbal. Resultan de gran utilidad en esta propuesta psicoterapéutica, ya que, a diferencia de las metas, los valores nunca se consideran completamente alcanzados, ya que siempre están presentes como un horizonte en constante expansión, aportando un sentido y propósito continuo a la vida.

La falta de claridad en los valores o su relegación a un segundo plano puede resultar en un patrón psicológico inflexible (Russo y Forsyth, s/f). La distancia de los valores puede dificultar la acción propositiva, fomentar comportamientos alejados de ellos, llevar al estancamiento y dar lugar a patrones de conducta automáticos, orientados hacia la

búsqueda de bienestar inmediato en lugar de la búsqueda de una vida más significativa y plena.

Acción comprometida (hacer lo que sea necesario):

Este proceso abarca tanto acciones psicológicas como físicas, orientadas hacia los valores personales (Harris, 2021). Estas acciones, elegidas con responsabilidad y compromiso, se convierten en el medio por el cual se llevan a cabo cambios esenciales que permiten lograr esa vida rica, plena y significativa. En la práctica de comportamientos alineados con los valores, es donde se gestan transformaciones y los cambios necesarios para obtener esa sensación de bienestar a largo plazo (Wilson & Luciano, 2014).

A medida que se realizan estas acciones, surgen diversos eventos, algunos placenteros y otros dolorosos. Es en presencia de experiencias desagradables o negativas donde el compromiso adquiere una importancia crucial. Es en esos momentos donde esta acción se hace más fuerte al seguir comprometido con acciones alineadas con los valores, incluso frente a eventos aversivos (Gutiérrez et al., 2006).

El compromiso, en la perspectiva de ACT, implica el establecimiento de objetivos, la planificación de acciones, la resolución de problemas, el desarrollo de habilidades, la adquisición de herramientas para enriquecer la vida y la exposición a situaciones desafiantes (Harris, 2021). Se busca que el individuo se comprometa de manera responsable con el cambio en su comportamiento, no mediante instrucciones directas, sino tomando decisiones basadas en una valoración reflexiva desde su experiencia subjetiva (García et al., 2017). Así, ACT promueve el uso de objetivos específicos, que, a diferencia de los valores, se pueden lograr y completar. Teniendo metas a corto y largo plazo, se puede ir midiendo y evaluando el comportamiento (Russo y Forsyth, s/f). Además, muchas investigaciones han mostrado el efecto de la acción comprometida en la psicología del logro y la motivación al demostrar que establecer metas desafiantes y comprometerse con su logro aumenta la motivación y la eficacia en la consecución de las metas (Kashdan & Rottenberg, 2010).

En contraposición, la inacción o la acción inviable reflejan procesos que promueven la rigidez psicológica al alejarse de los valores, las acciones efectivas y el momento presente (Harris, 2021). Principalmente, esto está asociado con la fusión, la evitación experiencial y la falta de acción.

Es importante volver a resaltar, que el criterio de verdad en ACT se basa en la efectividad del comportamiento (Gutiérrez et al., 2006). La verdad se entiende como el logro de los objetivos deseados, siendo un concepto pragmático. En este enfoque, lo válido es aquello

que funciona en consonancia con las direcciones guiadas por los valores fundamentales, según la experiencia.

ii) Herramientas utilizadas en la terapia

Para fomentar la desvinculación de la fusión cognitiva, la adopción de una actitud menos evitativa hacia las experiencias y una mayor flexibilidad psicológica, la Terapia de Aceptación y Compromiso emplea herramientas que se distinguen de las convencionales de la Terapia Cognitivo Conductual, pero que están ganando progresiva importancia (Mairal, 2007). En estas herramientas, el enfoque radica en la diferenciación entre la persona y sus pensamientos, facilitando procesos de observación distanciada de las variables relacionales que influyen en el individuo, según la concepción de la Teoría de los Marcos Relacionales, que los interpreta como resultados arbitrarios y funcionales dentro de contextos específicos de aprendizaje socio-lingüístico (Luoma et al., 2007). A continuación se explicitan algunas de las herramientas más frecuentemente utilizadas dentro de la terapia.

Mindfulness y ejercicios experienciales

La herramienta de Mindfulness o atención plena, empleada en ACT, se inspira en prácticas meditativas derivadas del budismo o hinduismo, y se define como el conjunto de habilidades psicológicas que permiten llevar una vida efectiva, involucrando la atención con apertura, curiosidad, amabilidad y flexibilidad (Harris, 2021). Esta práctica se integra en la conceptualización de cuatro procesos centrales de ACT: defusión, aceptación, yo como contexto y contacto con el momento presente, interrelacionándose para promover y fortalecer la atención plena en el marco de la terapia (Wilson & Luciano, 2014). Estos procesos centrales adquieren relevancia en la promoción de la atención plena. Específicamente, se proponen una serie de ejercicios que regulan el enfoque de la atención, permitiendo a la persona estar plenamente presente en el momento actual, observando y experimentando las sensaciones sin juzgarlas o valorarlas en términos morales o de veracidad.

La práctica de la atención plena y otros ejercicios experienciales dentro de ACT representan medios para alcanzar los objetivos terapéuticos (García Higuera, 2006). Estas prácticas facilitan el progreso hacia metas a mediano y largo plazo, promoviendo un camino de acciones comprometidas y alineadas con lo que la persona valora y desea en su vida.

Metáforas

Las metáforas como recurso clínico, desempeñan un papel significativo frecuentemente utilizado, ya sea a través de la narración por parte del terapeuta o representadas durante

las sesiones, abarcando una amplia gama de situaciones terapéuticas (Mairal, 2007). Su utilidad radica en la capacidad de permitir a la persona generar sus propias conclusiones sobre la historia presentada, lo que promueve un proceso reflexivo y autónomo en el individuo (Hayes et al., 1999).

En el ámbito terapéutico, otorgan a la persona la oportunidad de extraer su propio significado de la historia planteada por el terapeuta, lo que propicia una forma de comprensión personalizada e internalización de conceptos (Vargas & Ramírez, 2012). En lugar de proporcionar instrucciones explícitas para lograr un comportamiento más eficaz, las metáforas permiten al individuo reorganizar y reinterpretar su experiencia, contribuyendo así a la creación de un nuevo contexto verbal que valida su conocimiento interno.

La capacidad de las metáforas para crear un marco narrativo alternativo posibilita el cambio en la lógica cognitiva que suele conducir a la evitación de experiencias o emociones problemáticas (Luoma et al., 2007). Esta metodología fortalece la autonomía y la autorreflexión en el individuo, elementos fundamentales en el proceso de cambio terapéutico en el marco de la ACT.

Paradojas

Este tipo de herramienta se posiciona como un componente activador y valioso, ya que destaca la contradicción existente entre las creencias literales de una persona y las propiedades funcionales de un evento verbal (Wilson & Luciano, 2014). Estas contradicciones apuntan a la discrepancia entre las reglas internas y las demandas funcionales del contexto, lo cual resulta esencial en el proceso terapéutico.

Las paradojas, a través de situaciones y frases aparentemente contradictorias, sirven como herramienta terapéutica para ilustrar la incongruencia entre las expectativas rígidas y la funcionalidad real en la vida cotidiana (Blarrina & Marín, 2016). Su uso tiene como objetivo generar una comprensión experiencial, que permite a la persona darse cuenta de la imposibilidad de seguir ciertas reglas al pie de la letra (Mairal, 2007). Por ejemplo, una paradoja común sería la instrucción de "esforzarse por mostrar espontaneidad", lo cual plantea una situación imposible, ya que, al intentar hacerlo, se contraponen a la espontaneidad genuina.

Al permitir una comprensión más vivencial y experiencial de la imposibilidad de cumplir ciertas reglas de manera estricta, las paradojas en la ACT desempeñan un papel fundamental en el fomento de la flexibilidad, la aceptación y la adaptación a situaciones cambiantes (Harris, 2021).

Desesperanza creativa

Esta herramienta se centra en resaltar la experiencia subjetiva del individuo y evaluar las vivencias personales, manteniendo el respeto por las estrategias de afrontamiento empleadas hasta el momento (Vargas & Ramírez, 2012). A partir de estos datos experienciales, su objetivo principal es que el individuo proponga una intervención o plan de acción más saludable, considerando su situación específica. Este enfoque busca que la persona reconozca y reflexione sobre los intentos de solución que ha aplicado a sus problemas. A partir de esta introspección, se pretende alcanzar la comprensión de que los caminos previamente transitados no han logrado abordar la raíz del problema (García et al., 2017). En este punto, se fomenta la exploración y la generación de alternativas creativas que puedan ser más beneficiosas para la persona en su situación actual.

Exposición

Esta herramienta implica la exposición de las personas a sus eventos privados en el propio ámbito terapéutico (García Higuera, 2006). Se trata de enfrentarse deliberadamente a los pensamientos y sentimientos más angustiantes y las situaciones más incómodas, convirtiéndose en una parte sumamente importante del proceso terapéutico en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Cada ejercicio de exposición se inicia mediante el uso de metáforas. Es fundamental que estos ejercicios estén en consonancia con la vivencia personal del paciente como punto de partida (Wilson & Luciano, 2014). Por ejemplo, se busca explorar cómo el intento por controlar los pensamientos o evitar ciertos sentimientos ha impactado en la vida del individuo.

iii) Eficacia general de ACT

La Terapia de Aceptación y Compromiso ha demostrado ser efectiva para abordar en poblaciones con una amplia variedad de trastornos psicológicos específicos en sus formatos tradicionales (Vargas & Ramírez, 2012).

En el contexto de trastornos relacionados con la conducta alimentaria y abuso de sustancias, algunas investigaciones han demostrado la aplicabilidad de la ACT, resaltando cómo esta terapia puede ayudar a las personas a desarrollar una relación más saludable con la comida (Juarascio et al., 2013), y a lidiar con problemas de adicción (De Groot et al., 2014).

En trastornos como los de personalidad, obsesivo compulsivos o psicóticos, se han revelado múltiples estudios de la utilidad de la ACT en la mejora del funcionamiento y la calidad de vida de individuos (Mañas, 2007).

En cuanto a la salud física, son muchas las investigaciones que han destacado la relevancia de la ACT en contextos de dolor crónico, cáncer, cuidados postoperatorios y otros, resaltando cómo esta terapia puede contribuir a mejorar tanto el bienestar físico como psicológico de estas personas (Vargas & Ramírez, 2012).

La aplicación de la ACT se ha extendido hacia diversas poblaciones, evidenciando resultados positivos en entornos laborales con altos niveles de estrés, víctimas de violencia de pareja, individuos con problemas de hipersexualidad, e incluso en deportistas y contextos de rendimiento ajedrecístico (García et al., 2017; Mañas, 2007)

La amplia gama de investigaciones llevadas a cabo en diversos grupos etarios ha comparado la efectividad de la ACT con otras modalidades terapéuticas, listas de espera o placebos, arrojando resultados significativamente positivos en una gran diversidad de estudios. Se subraya entonces la efectividad de esta terapia en un amplio espectro de trastornos psicológicos y en la vida cotidiana, así como su relevancia en contextos terapéuticos, tanto en el ámbito de la salud mental como en la mejora de la salud física.

ACT en Depresión

La Terapia de Aceptación y Compromiso aborda la depresión desde una perspectiva que se concentra en la relación que uno tiene con sus pensamientos y emociones negativas (Zettle, 2007). En este contexto, la rumiación (el proceso de dar vueltas a los mismos pensamientos negativos una y otra vez), la autocrítica (juzgarse severamente a uno mismo) y la evitación de situaciones que desencadenan emociones negativas se consideran aspectos fundamentales en la dinámica de la depresión.

Se pretende ayudar a las personas a que puedan distanciarse de sus pensamientos autodestructivos, observándolos y permitiendo que fluyan sin involucrarse con ellos, con la intención de romper el ciclo de negatividad que alimenta la depresión (Robinson & Strosahl, 2008). De esta manera, se promueve la aceptación de pensamientos y sentimientos negativos, fomentando su separación para evitar la identificación con los mismos. Así, se puede incentivar a la persona a tomar decisiones a través de la clarificación de sus valores y tomar las acciones correspondientes, permitiendo una vida más rica y significativa a pesar de la presencia de los síntomas de tristeza (Zettle, 2007)

En sintonía con esto, y aunque no es un objetivo primordial de ACT, los síntomas irán probablemente reduciéndose a consecuencia de fomentar la flexibilidad psicológica, y obteniendo mejoras en su calidad de vida (Zettle, 2007).

A partir de esta perspectiva, ACT proporciona un enfoque distinto y novedoso en el tratamiento de la depresión que ha atraído el interés de investigadores y clínicos. Este interés, sumado al marco empírico en la que ACT está sustentada, ha generado que se lleven a cabo múltiples estudios de evidencia, que evalúan su efectividad en el tratamiento de la depresión. A través de una pequeña revisión, se analizarán algunas investigaciones para explorar el impacto y la eficacia de la ACT en el manejo de este tipo de trastorno.

i) Eficacia de ACT en depresión

A continuación, se presenta un análisis que incorpora los resultados más relevantes de algunos estudios, destacando la reducción de síntomas, la comparación con Terapia Cognitiva (TC), sus distintos formatos de administración, los procesos mediadores de cambio y su impacto en diferentes grupos de edad.

Reducción de síntomas y comparación con grupos de control

Una revisión sistemática realizada por Bai et al.(2020) examinó la eficacia de ACT en una muestra diversa de personas diagnosticadas con depresión. Este estudio analizó 18

ensayos controlados aleatorizados (ECA) y actualizó una revisión previa realizada por Hacker et al. (2016). Los hallazgos evidencian una reducción estadísticamente significativa de los síntomas depresivos, particularmente en casos de depresión leve y en comparación con controles inactivos (listas de espera o placebos), así como con controles activos (tratamientos habituales) (Bai et al., 2020).

En otra revisión sistemática (Zhao et al., 2023), compararon 11 ECA bajo condiciones similares, corroborando los resultados anteriores al mostrar una disminución significativa de los síntomas depresivos con ACT en comparación con otros tratamientos, tanto activos como inactivos.

Los hallazgos presentados en la revisión de Twohig & Levin (2017), donde se evaluaron 17 ECA para analizar la eficacia de ACT en la depresión, respaldan las revisiones previas, demostrando la superioridad de ACT sobre los controles inactivos en la mayoría de los ensayos.

En la revisión general de Ruiz (2012), que incluyó 21 estudios, ACT exhibió efectos significativos en la reducción de varios trastornos, incluyendo la depresión.

Estas conclusiones y el resto de los estudios analizados, así como sus antecedentes, reflejan una reducción considerable y estadísticamente significativa de los síntomas depresivos en los grupos de tratamiento ACT, demostrada mediante escalas validadas específicas para la sintomatología depresiva en toda la literatura revisada.

Comparación con la Terapia Cognitiva (TC)

En un ECA llevado a cabo en Irán (Tamannaefar et al., 2014), se compararon los efectos de la ACT y la TC en dos grupos separados. Participaron un total de 19 mujeres adultas con diagnóstico de depresión mayor primaria, en un contexto de tratamiento ambulatorio. A lo largo de 12 sesiones distribuidas en dos sesiones semanales, ambos enfoques terapéuticos mostraron una reducción significativa de los síntomas depresivos, sin evidenciarse diferencias claras en términos de eficacia. No obstante, la limitación de una muestra reducida de participantes fue señalada en este estudio.

En contraste con esta limitación, el ECA de Forman et al. (2007) incluyó a 101 pacientes ambulatorios con síntomas de ansiedad y depresión, considerando la alta comorbilidad entre ambas condiciones. A través de una media de 15 sesiones por participante, tanto en ACT como en TC, se observó una significativa reducción en los síntomas depresivos. El estudio respaldó datos anteriores y sugirió una eficacia equivalente entre ambos tratamientos.

Resultados similares se encontraron en el ECA de A-Tjak et al. (2021) con 82 adultos ambulatorios con diagnóstico de depresión. Cinco ECA analizados en Twohig & Levin (2017) compararon ACT con TC, y aunque cuatro de ellos mostraron resultados equivalentes, el quinto demostró una mejoría significativa a favor de ACT en comparación con TC. Además, el metaanálisis de Ruiz (2012) sugirió que ACT demostró ser superior en eficacia que la TC.

Sin embargo, la revisión de Zhao et al. (2023) muestra una perspectiva diferente, sugiriendo una eficacia superior de la TC en comparación con la ACT. No obstante, se hace mención al metaanálisis de Ferreira et al. (2022), indicando que la ACT grupal evidencia mejoras significativas en la reducción de síntomas en comparación con la TC (Zhao et al., 2023).

En consecuencia, la comparación de la eficacia entre la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitiva demuestra resultados no homogéneos en la literatura, indicando la necesidad de más estudios que comparen ambos tratamientos. No obstante, es claro que ambas terapias logran una mejora significativa en la sintomatología depresiva, al reducirla de manera efectiva.

Diferentes formatos de administración y su impacto

La administración de ACT en las investigaciones presenta diversas modalidades. De acuerdo con Twohig & Levin (2017) la terapia individual de ACT es la más frecuente, aunque también se encuentran evidencias del uso de formatos grupales en la literatura. En algunos estudios, se destaca que la eficacia de ACT en formato grupal es igual o incluso superior a la TC, mientras que en el formato individual, no hay un predominio de eficacia de ninguna.

Para atender a poblaciones con limitaciones en el acceso al tratamiento, sea por escasez de recursos sociales o por el estigma asociado a la enfermedad, se han explorado enfoques alternativos. Estos métodos incluyen sesiones online, programas de autoayuda y biblioterapia. Por ejemplo, un estudio realizado por Jeffcoat & Hayes (2012), inició un programa de biblioterapia ACT durante ocho semanas, evidenciando efectos significativos en la reducción de los síntomas depresivos en comparación con un grupo en lista de espera.

Otro estudio de autoayuda mediante biblioterapia (Fledderus et al., 2012), examinó a individuos con síntomas leves a moderados. En este estudio, los participantes fueron asignados a dos condiciones de autoayuda que variaban en su nivel de apoyo por correo electrónico, además de un tercer grupo en lista de espera. Con un libro de trabajo de ACT distinto al estudio anterior, se observó una reducción en la depresión en comparación con el grupo en lista de espera, independientemente del nivel de apoyo por correo electrónico que recibieron.

Asimismo, Pots et al. (2016) realizaron un ECA con adultos que presentaban síntomas depresivos leves a moderados, asignados a un grupo de intervención ACT online en comparación con uno de escritura expresiva y un grupo en lista de espera. ACT resultó significativamente más efectiva que ambos controles.

De la mano de estos resultados, un ECA realizado por Bohlmeijer et al. (2011), investigó la eficacia de una intervención temprana de ACT para adultos con síntomas depresivos de leves a moderados en comparación con un control de lista de espera. La intervención de ACT fue dada por un curso grupal ofrecido al público general que evidenciara síntomas. La reducción sintomatológica fue clínicamente significativa.

En conjunto, los diversos formatos de Terapia de Aceptación y Compromiso analizados han demostrado su eficacia tanto para prevenir la depresión con intervenciones tempranas como para tratar a personas diagnosticadas. Desde terapias individuales y grupales hasta métodos innovadores como la terapia online o de autoayuda, estos enfoques han probado ser efectivos en la reducción de los síntomas depresivos en diferentes contextos y poblaciones, mejorando así el funcionamiento general de las personas.

Eficacia a lo largo del tiempo

En cuanto a la evaluación de la eficacia a lo largo del tiempo en ACT, se han realizado diversos estudios que examinaron la sostenibilidad de sus efectos. La investigación de Kyllönen et al. (2018) llevó a cabo un ECA que incluyó un seguimiento a lo largo de tres años para una intervención breve de ACT. Sesenta participantes adultos iniciaron un tratamiento de seis sesiones, en comparación con una lista de espera. Los efectos del tratamiento mostraron una sostenibilidad alentadora durante todo el período. De la mano con este resultado, en el estudio tanto el estudio de A-Tjak et al (2021) como el de Pots et al. (2016), constataron el mantenimiento de los efectos de mejora de la depresión a los seis y a los doce meses.

En otros estudios, como el de Jeffcoat & Hayes (2012), se observaron mejoras significativas tanto después del tratamiento como a las diez semanas posteriores. Los estudios de Bohlmeijer et al. (2011), las revisiones de Bai et al. (2020), Zhao et al. (2023), y Fledderus et al. (2012) hallaron evidencia para mejoras extendidas hasta los 3 meses de seguimiento, más no a los seis meses.

Twohig & Levin (2017) revelaron mejorías tanto en ACT como en TC a los seis meses, con algunos estudios demostrando superioridad en la eficacia de ACT sobre TC a los dos meses.

En conjunto, la mayoría de los estudios reflejan mejoras consistentes y sostenidas en el tratamiento de la depresión a lo largo del tiempo, sugiriendo un impacto positivo y duradero de la ACT en la salud mental de los individuos.

Calidad de vida y bienestar general

Más allá de la reducción de síntomas, y más en consonancia con lo que ACT promueve, varios estudios se centran en medir el efecto de la mejora en la calidad de vida, la salud mental positiva y el funcionamiento general antes y después del tratamiento.

En el estudio de Kohtala et al. (2015) sobre una intervención breve de cuatro sesiones de ACT para síntomas depresivos con 57 participantes adultos, se demostró la eficacia en la reducción de síntomas y una mejora en el funcionamiento social, afrontamiento de la vida cotidiana, estado de ánimo, autoconfianza y satisfacción con la vida, medidas mediante escalas validadas. Estos efectos se mantuvieron hasta los seis meses posteriores al tratamiento. Los estudios de Forman et al. (2007), Pots et al. (2016) y A-Tjak et al. (2021) reportaron que tanto ACT como TC mostraron mejoras en el bienestar vital y calidad de vida. Según Twohig & Levin (2017), la mayoría de los ECA analizados reflejaron un aumento significativo en la calidad de vida en el grupo de tratamiento ACT.

Estos hallazgos destacan efectos positivos no solo en la reducción de síntomas depresivos, sino también en la mejora de la calidad de vida y el funcionamiento general de los individuos como resultado del tratamiento ACT.

Mediadores de cambio

Para promover mejoras en personas con síntomas depresivos o diagnóstico de depresión, es importante que desde ACT se consideren los fundamentos teóricos que subyacen a sus tratamientos, vinculándolos con la mejora de la calidad de vida y el bienestar general del individuo (Forman et al., 2007). Este enfoque terapéutico pone énfasis en la flexibilidad psicológica como un mediador clave. Pero resulta complicado establecer correlaciones precisas entre la reducción de los síntomas de depresión y la mejora en la salud mental con las mediciones de flexibilidad psicológica (A-Tjak et al., 2021). A pesar de la dificultad, numerosos estudios se dedican a establecer estas conexiones para evidenciar que la búsqueda de flexibilidad psicológica en el tratamiento de ACT es fundamental para lograr resultados positivos en la eficacia del tratamiento.

Instrumentos como la Escala de Aceptación y Acción II (AAQ-II) miden la flexibilidad, evaluando la capacidad de aceptación y afrontamiento flexible de situaciones desafiantes (Pots et al., 2016). Otros estudios, también consideran el Kentuckuy Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) para medir la atención plena (Kyllönen et al., 2018).

Los estudios de Bohlmeijer et al. (2011) y Kohtala et al. (2015) evidencian una correlación significativa en la flexibilidad psicológica medida con AAQ-II, y la mejoría en la sintomatología depresiva. La investigación de Kyllönen et al. (2018) suma a estos resultados, evidenciando además efectos significativos en la medida de KIMS. El estudio de Pots et al. (2016) llegó a similares resultados, con una escala de atención plena distinta a KIMS, pero igualmente validada (la FFMQ-SF).

En la comparación entre ACT y TC, los estudios sugieren que sus mediadores varían en función de las bases y objetivos de cada terapia. (Hayes, 2004). La investigación de A-Tjak et al. (2021) indica que la flexibilidad psicológica media únicamente en el grupo ACT y no de manera significativa en TC, mientras que otros mediadores, como los cambios en actitudes disfuncionales (hipotetizados para TC) y la defusión (característicos de ACT), mediaron ambos tratamientos de manera equiparable. Además, se encuentran diferencias dentro de los mediadores de flexibilidad psicológica (AAQ-II) entre ACT y TC, como lo observado en el estudio de Forman et al. (2007), donde parecen mediar la "observación" y "descripción" de la propia experiencia en el grupo ACT.

El estudio de Bramwell & Richardson (2018), tomó como objetivo analizar la defusión, la importancia en valores y acción basada en valores como mediadores de cambio de la eficacia terapéutica de ACT en población depresiva. Tomaron como incentivo el antecedente de varios estudios, donde observaron que la defusión mediaba los efectos de tratamiento comparados con el grupo TC, en los cuales no estaba presente. En el actual estudio, se propuso investigar además la importancia de los valores y la acción en valores, que fueron mediadores menos estudiados con anterioridad y son procesos importantes en ACT. Para realizar el estudio tomaron medidas repetidas de otro ensayo realizado por los autores, de una clínica ambulatoria de pacientes con sintomatología depresiva. Analizando distintas escalas que medían los diferentes procesos, llegaron a la conclusión de que hubo una correlación entre la mejoría en la calidad de vida y reducción sintomatológica con la defusión y con la acción basada en valores. Estos estudios sumaron a los resultados encontrados en el de Gloster et al., (2017), que obtuvieron hallazgos similares. No se encontró una correlación significativa con la importancia en valores. Los autores subrayan que puede deberse a que en la terapia se tiende a centrar más en los movimientos hacia esos valores, que en la importancia que tienen (Bramwell & Richardson, 2018).

Aunque resulte difícil correlacionar estas variables mediadoras, es imperativo obtener resultados de estudios que las puedan medir rigurosamente, y así constatar que la flexibilidad psicológica, así como todos sus procesos, son parte de la mejora de la calidad de vida de los individuos que comienzan a utilizar ACT, tanto como tratamiento o como prevención de depresión. Los estudios analizados muestran en general una correlación

positiva a favor de que la flexibilidad psicológica parecería mediar entre la terapia y la sintomatología.

Edad de aplicación

Si bien la mayoría de estudios son en población adulta, Twohig & Levin (2017) hallaron en 2 ECA, que el resultado había sido eficaz en adolescentes con depresión. Difiere en esto la revisión de Bai et al. (2020), donde analizan que en el grupo de adultos con depresión la reducción de síntomas fue estadísticamente significativa, más no para menores de edad.

En el estudio piloto de Hayes et al. (2011), se analizó la intervención de ACT en adolescentes remitidos a un servicio público de psiquiatría infantil. Un total de 38 participantes, fueron divididos entre ACT, y el tratamiento habitual del servicio (que en este caso era TC manualizada sin estrategias propias de tercera ola, como por ejemplo mindfulness). En la reducción sintomatológica ACT demostró ser superior, y mejoraron cada vez más en el seguimiento. En la calidad de vida tuvieron ambos grupos mejorías significativas.

Aún menos son los estudios centrados en poblaciones de adultos mayores con sintomatología depresiva. El estudio de Davison et al. (2017), evaluó la eficacia y conformidad de ACT para depresión y ansiedad en un centro de cuidados de largo plazo de adultos mayores entre 63 y 97 años, participando activamente 41 pacientes divididos en un grupo ACT y una lista de espera. Como resultado de 12 sesiones, se vio una mejora significativa de la sintomatología, luego de la intervención y a los 3 meses de seguimiento. Uno de los antecedentes de este estudio, que evaluó la depresión en adultos mayores con ansiedad generalizada fue el de Wetherell et al. (2011), que había arrojado un similar resultado. Otro antecedente fue Karlin et al. (2013), informando que ACT era óptima para la mejoría en depresión en veteranos de combate de E.E.U.U., con respuestas similares entre veteranos jóvenes y mayores.

Los estudios analizados revelan una tendencia predominante en la realización de investigaciones de ACT en poblaciones adultas, en las que se demuestra la eficacia de ACT en depresión. Sin embargo, hay menos consenso por las poblaciones menores de edad y adultos mayores. A pesar de la menor cantidad de investigaciones centradas en estos grupos de edad, algunos resultados prometedores sugieren que la ACT puede ser beneficiosa tanto para los jóvenes como para los adultos mayores, señalando un potencial importante para futuras investigaciones y aplicaciones clínicas en diferentes grupos etarios.

ii) Conclusiones destacadas

Aunque los estudios han investigado principalmente poblaciones adultas, se han obtenido resultados alentadores en poblaciones adolescentes, aunque aún no se ha establecido un consenso claro sobre la eficacia en individuos menores de edad.

Es relevante subrayar que los diferentes enfoques de ACT han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión, tanto en sesiones grupales como individuales (Zhao et al., 2023). Se han explorado distintos formatos terapéuticos, mostrando una versatilidad y variabilidad muy grande en el estudio de eficacia de ACT, y desde donde se puede actuar con esta terapia. Desde intervenciones presenciales, como la investigación de Tamannaifar et al. (2014), hasta terapias en línea, como se evidencia en el estudio de Pots et al. (2016). Estos enfoques terapéuticos varían en duración y estructura, desde tratamientos breves, por ejemplo, en el estudio de Kohtala et al. (2015), hasta intervenciones más extensas, como en A-Tjak et al. (2021), o aquellas sin límites específicos, como lo planteado por Forman et al. (2007). Además, se han realizado intervenciones lideradas por profesionales con experiencia clínica en ACT, como se observa en A-Tjak et al. (2021), así como terapias dirigidas por estudiantes de posgrado sin experiencia en psicoterapia, como se ejemplifica en el estudio de Kyllönen et al. (2018). Asimismo, se han implementado intervenciones grupales en formato de curso, como en Bohlmeijer et al. (2011), así como programas de autoayuda, como lo investigado por Jeffcoat & Hayes, (2012). Hay intervenciones que han sido investigadas en personas con un diagnóstico clínico depresivo, como en el de Hayes et al. (2011), y también estudios en personas con sintomatología depresiva, siendo las intervenciones medidas de prevención como en Bohlmeijer et al. (2011). La gran mayoría de estos formatos mostró una efectividad de ACT altamente beneficiosa sobre la sintomatología, calidad de vida y funcionamiento vital general.

Estos distintos formatos y su posible aplicación son muy relevantes, dado el alto índice de incidencia de la depresión y las limitaciones para optimizar los tratamientos disponibles (Zettle, 2007). Factores como el estigma y la falta de información psicoeducativa asociada con la enfermedad pueden desmotivar a las personas a buscar ayuda (Bohlmeijer et al., 2011). Esta situación, unida a las dificultades de acceso a servicios de calidad, como la escasez de infraestructura o profesionales capacitados en términos de tiempo y recursos, plantea un desafío significativo (Davison et al., 2017). El reto radica en encontrar el equilibrio entre la reducción de las tasas de depresión y asegurar un acceso generalizado a los tratamientos, lo que permitiría que un espectro más amplio de la población se beneficie de sus ventajas.

En este sentido, los estudios que se centran en tratamientos breves, en intervenciones tempranas, así como en la participación de terapeutas en formación, respaldan el esfuerzo por ampliar la promoción y el alcance de terapias efectivas (Fledderus et al., 2012). Dado el éxito demostrado por estos enfoques, respaldan la idea de que este tipo de intervenciones pueden ser implementadas para beneficiar a una mayor parte de la población y contribuir a la mejoría de la calidad de vida de las personas.

De la mano con lo anterior, el seguimiento de los participantes a lo largo del tiempo, es altamente relevante debido a sus resultados positivos, demostrando así que ACT podría ser una posible implementación para prevenir o reducir episodios recurrentes, o distimia.

En relación a la comparación con la Terapia Cognitiva, no existe un consenso claro debido a la heterogeneidad de resultados encontrados, pero se concluye que la ACT es al menos tan efectiva como la TC.

Los mecanismos de mediación desempeñan un papel esencial en la comprensión de los efectos específicos, siendo fundamentales para el éxito de los resultados terapéuticos (Forman et al., 2007). En el contexto de la Terapia de Aceptación y Compromiso, se observa la posibilidad de medir estos mecanismos, los cuales parecen estar vinculados a los principios teóricos de la flexibilidad psicológica y su impacto en el bienestar general de los individuos (A-Tjak et al., 2021). Esto se alinea con la diferencia subrayada entre las terapias de tercera ola y las de segunda ola, sugiriendo que, al tratarse todos los eventos de comportamientos medibles, es más fácil establecer los mecanismos clave de cómo o por qué funciona la terapia, basándose en sus constructos y modelo. A pesar de la falta de consenso y la ausencia de correlaciones significativas en algunos estudios, la mayoría de la evidencia es alentadora. En la generalidad de los casos, se observa una correlación significativa, especialmente en comparación con los grupos de control inactivos (Twohig & Levin, 2017). Respecto a la comparación con la TC, aunque los resultados son dispares, algunos concluyen que los mecanismos subyacentes parecerían ser los mismos. Sin embargo varios estudios sugieren una mayor probabilidad de correlación entre los mecanismos propuestos por la ACT y sus bases teóricas en contraposición a los de la TC.

La heterogeneidad existente en los estudios, particularmente en cuanto a variables analizadas, puede plantear limitaciones a la hora de generalizar los resultados. Sin embargo, la Terapia de Aceptación y Compromiso ha demostrado su eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva, en la mejora de la calidad de vida, el funcionamiento general y el bienestar de diversas poblaciones y en diversos formatos de aplicación.

Reflexiones finales

La Terapia de Aceptación y Compromiso surge como un modelo terapéutico que se aparta de los paradigmas tradicionales al abordar la depresión. A diferencia de aproximaciones previas que se centraban principalmente en la reducción sintomática, la ACT se sumerge en la esencia de la experiencia vital, proponiendo la modificación de la función conductual en lugar de intentar a toda costa eliminar la sintomatología (Luciano et al., 2006). Este enfoque implica un cambio en el modo en que se aborda y experimenta la depresión, alentando a las personas a desarrollar una relación diferente con sus pensamientos y emociones. Asimismo, la integración de elementos provenientes de enfoques no empíricos, tales como el humanismo y el existencialismo, otorgan a la ACT una conciencia del momento presente, fomentando la atención plena, el distanciamiento cognitivo y la exploración de aspectos espirituales que antes eran pasados por alto (Blarrina & Marín, 2016).

Dado que la depresión es un trastorno muy frecuente y que conlleva discapacidades significativas, es esencial que surjan nuevos enfoques destinados a abordar estas problemáticas. La necesidad de una terapia como ACT se hace aún más evidente al considerar su capacidad para coexistir con los pensamientos y sentimientos adversos, permitiendo que estos no tengan un impacto abrumador en la vida funcional, social y laboral. La búsqueda de una vida rica, plena y significativa se convierte en el objetivo de ACT, y no solo generar flexibilidad psicológica sino también flexibilidad hacia el estigma de los trastornos, hacia la normalización del sufrimiento, hacia una mirada del ser humano y de la auto percepción totalmente distinta.

En el contexto actual, ACT ha logrado consolidarse como un enfoque terapéutico ampliamente reconocido y aceptado. Su capacidad para empoderar a las personas y fomentar la aceptación de eventos privados, aunque inicialmente pueda generar tensiones internas, conduce a una búsqueda más profunda de valores y acciones alineadas con la vida que se desee vivir. Además, su prometedora efectividad a largo plazo y su potencial para ser integrada como un estilo de vida promueven un camino hacia la plenitud y la vitalidad sostenible, ofreciendo una visión alternativa para enfrentar la depresión y otras dificultades emocionales.

Referencias Bibliográficas

- Almada, R., Miraballes, R., & Agrafojo, S. (2014). Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. *Rev. psiquiatr. Urug*, 116-130.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Andino, M. J. (2017, diciembre 31). *Una Mirada Introductoria a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Una-Mirada-Introductoria-a-la-Terapia-de-Aceptaci%C3%B3n-Andino/92b7a66ae81956c562dc045fc73150a876f8e665>
- A-Tjak, J. G. L., Morina, N., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. G. (2021). One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression. *BMC Psychiatry*, 21(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03020-1>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Beach, S. R. H., & Whisman, M. A. (2012). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 201-219. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00243.x>
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>

- Blarrina, M. P., & Marín, F. M. (2016). *Tratando con... terapia de aceptación y compromiso: Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz*. Ediciones Pirámide.
- Blarrina, M. P., & Martínez, O. G. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. a. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>
- Bramwell, K., & Richardson, T. (2018). Improvements in Depression and Mental Health After Acceptance and Commitment Therapy are Related to Changes in Defusion and Values-Based Action. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(1), 9-14. <https://doi.org/10.1007/s10879-017-9367-6>
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156051>
- De Groot, F., Morrens, M., & Dom, G. (2014). [Acceptance and commitment therapy (ACT) and addiction: A literature review]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 56(9), 577-585.
- Dymond, S., & Roche, B. (2013). *Advances in Relational Frame Theory: Research and Application*. New Harbinger Publications.
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V. de, Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive

- mental health: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(3), 485-495. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001206>
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799. <https://doi.org/10.1177/0145445507302202>
- García Higuera, J. A. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación*, 5(2), 287-304.
- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., & Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Ciarrochi, J., Eifert, G., Sonntag, R., Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2017). Increasing valued behaviors precedes reduction in suffering: Findings from a randomized controlled trial using ACT. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.013>
- Gutiérrez Martínez, O., Páez Blarrina, M. B., Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, S. (2006). ACT y la Importancia de los Valores Personales en el Contexto de la Terapia Psicológica. *International journal of psychology and psychological therapy*, 6(1), 1-20.
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy - Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551-565. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Harris, R. (2021). *Hazlo simple: Una guía de inicio rápido para los conceptos básicos de la ACT (terapia de aceptación y de compromiso) y más allá*. Ediciones Obelisco.
- Harvey, P. O., Le Bastard, G., Pochon, J. B., Levy, R., Allilaire, J. F., Dubois, B., & Fossati, P. (2004). Executive functions and updating of the contents of working memory in

- unipolar depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38(6), 567-576.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.03.003>
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(2), 86-94. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0046-5>
- 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](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (pp. xvi, 304). Guilford Press.
- 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>
- Hirschfeld, R. M., Montgomery, S. A., Keller, M. B., Kasper, S., Schatzberg, A. F., Möller, H. J., Healy, D., Baldwin, D., Humble, M., Versiani, M., Montenegro, R., & Bourgeois, M. (2000). Social functioning in depression: A review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4), 268-275. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0405>
- Jeffcoat, T., & Hayes, S. C. (2012). A randomized trial of ACT bibliotherapy on the mental health of K-12 teachers and staff. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 571-579. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.008>
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A., & Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel

- treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489. <https://doi.org/10.1177/0145445513478633>
- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. B. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health*, 17(5), 555-563. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.789002>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., Wang, P. S., & National Comorbidity Survey Replication. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy based intervention for depressive symptoms delivered by masters degree level psychology students: A preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 360-373. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000969>
- Kyllönen, H. M., 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. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.009>

- Luciano, Gutiérrez Martínez, O., & Rodríguez Valverde, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.
- Luciano, M. C., Páez Blarrina, M. B., Valdivia Salas, S., & Gutiérrez Martínez, O. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé: Revista de psicología y educación*, 5(2), 173-202.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists* (pp. xi, 304). New Harbinger Publications.
- Mairal, J. B. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 65(127), Article 127.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34.
- McKeever, A., Agius, M., & Mohr, P. (2017). A Review of the Epidemiology of Major Depressive Disorder and of its consequences for Society and the individual. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 3), 222-231.
- Moore, J. (2013). Methodological Behaviorism from the Standpoint of a Radical Behaviorist. *The Behavior Analyst*, 36(2), 197-208.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022, junio 29). *Depression in adults: Treatment and management | Guidance | NICE*. NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Nierenberg, A. A. (2008). Major Depressive Disorder: Epidemiology, Course of Illness, and Treatment. *CNS Spectrums*, 13(S8), 4-7.
<https://doi.org/10.1017/S1092852900002947>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. OMS [citado el 12 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., & Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: A review of the literature. *General Hospital Psychiatry, 26*(1), 13-17.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.07.004>
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación, 5*(2), 159-172.
- Plaud, J. J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology, 57*(9), 1089-1102. <https://doi.org/10.1002/jclp.1125>
- Pots, W. T. M., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A. M., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 208*(1), 69-77.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.146068>
- Rey Anacona, C. A. (2004). La Terapia de aceptación y compromiso ACT: Sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales y metodológicos. *Suma Psicológica, 11*(2), 267-284.
- Robinson, P., & Strosahl, K. (2008). *The Mindfulness and Acceptance Workbook for Depression: Using Acceptance and Commitment Therapy to Move Through Depression and Create a Life Worth Living*. New Harbinger Publications.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 12*(3), 333-357.
- Russo y Forsyth. (s/f). *Una introducción a Terapia de Aceptación y Compromiso | Association for Contextual Behavioral Science*. Association for Contextual Behavioral Science.
https://contextualscience.org/una_introducci_n_a_terapia_de_aceptaci_n_y_comprom

- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(3), 522-534. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.522>
- Tamannaefar, S., Gharraee, B., Birashk, B., & Habibi Asgarabad, M. (2014). A Comparative Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Group Cognitive Therapy for Major Depressive Disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 16*, 29-31.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *The Psychiatric Clinics of North America, 40*(4), 751-770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Valdivia Salas, S., & Luciano Soriano, M. C. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo, 27*(2), 79-91.
- Vargas Madriz, L. F., & Ramírez Henderson, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: Descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de ciencias sociales, 138*, 101-110.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., & Hervás, G. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. *Las Fases Tempranas de Las Enfermedades Mentales: Trastornos Depresivos*. Barcelona: Masson & Elsevier
- Vidal, F. L. (2010). Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico. *Revista de Investigación en Psicología, 13*(2), Article 2. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i2.3730>
- Wang, P. S., Simon, G., & Kessler, R. C. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*(1), 22-33. <https://doi.org/10.1002/mpr.139>

- Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., Liu, L., Petkus, A. J., Thorp, S. R., Kraft, A., & Patterson, T. L. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy, 42*(1), 127-134.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- Zettle, R. D. (2007). *ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression*. New Harbinger Publications.
- Zhao, B., Wang, Q., Wang, L., Chen, J., Yin, T., Zhang, J., Cheng, X., & Hou, R. (2023). Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: A meta-analysis. *Annals of General Psychiatry, 22*, 34. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00462-1>