



## Trabajo Fin de Grado

# Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor: Revisión Sistemática

Autor/es

Ignacio Marco Bagán

Director/es

Antonio Lucas Alba

Grado en psicología

Año 2020/2021

## Resumen

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la bibliografía para examinar la evidencia existente sobre la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento del trastorno depresivo mayor (TDM). Para ello se llevó a cabo una búsqueda de las investigaciones científicas publicadas a través de distintas bases de datos como Web of Science, Scopus, PubMED, Academic Search y ScienceDirect. El motor de búsqueda agregó los términos “Acceptance and Commitment Therapy” AND “Major Depressive Disorder”. Los principales criterios de inclusión fueron que se tratara de artículos publicados entre 2010 y 2021 y en los que el trastorno principal fuera el TDM. Tras la búsqueda y el procedimiento de filtrado, se reunieron 16 artículos para el análisis. En 11 de estos estudios se observó la eficacia de ACT para reducir los síntomas depresivos, mientras que en los cinco estudios restantes se observó que tanto ACT como la terapia cognitivo-conductual resultaron igualmente eficaces para reducir la depresión. Además, en 7 de los 16 artículos se utilizaron variables de flexibilidad psicológica como variables de proceso y el resultado nos muestra que el aumentar la flexibilidad psicológica está estrechamente relacionado con la disminución de los síntomas depresivos.

*Palabras Clave:* trastorno depresivo mayor, terapia de aceptación y compromiso, terapia cognitivo conductual

## Abstract

The objective of this work is to carry out a review of the literature to examine the existing evidence on the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of major depressive disorder (MDD). For this, a search of scientific research published through different databases such as Web of Science, Scopus, PubMED, Academic Search and ScienceDirect was carried out. The search engine added the terms “Acceptance and Commitment Therapy” AND “Major Depressive Disorder”. The main inclusion criteria were that they were articles published between 2010 and 2021 and in which the main disorder was MDD. Following the search and filtering procedure, 16 articles were collected for analysis. In 11 of these studies, ACT was found to be effective in reducing depressive symptoms, while in the remaining five studies, both ACT and cognitive behavioral therapy were found to be equally effective in reducing depression. Furthermore, in 7 of the 16 articles, psychological flexibility variables were used as process variables and the result shows us that increasing psychological flexibility is closely related to a decrease in depressive symptoms.

*Key words:* major depressive disorder, acceptance and commitment therapy, cognitive behavioral therapy

## Introducción

Según la última edición del “Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-5, del inglés: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) incluye al Trastorno Depresivo Mayor (TDM) dentro de los “Trastornos del Estado de Ánimo”. Este trastorno presentará, durante dos semanas con malestar clínicamente significativo y cambios en el funcionamiento previo, cinco (o más) de los síntomas característicos como: modificación del peso corporal, los hábitos del sueño, las alteraciones psicomotoras, la pérdida de energía etc. (Asociación Americana de psiquiatría, 2013). Para Pla (2017), el trastorno depresivo mayor es un trastorno mental asociado a alteraciones del comportamiento y caracterizado principalmente por un estado de ánimo bajo y sentimientos de tristeza. López (2006) afirma que estas alteraciones tienen consecuencias para la vida social, familiar y laboral del individuo que la padece. De este modo, según la OMS (2020) la depresión es una patología que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, convirtiéndose en la principal causa de discapacidad y contribuyendo de manera muy sustancial a la suma general de morbilidad, en particular con los casos de suicidio: cada año cerca de 800.000 personas se suicidan en todo el mundo, lo que lo sitúa en la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años. Según Murray (2018), el impacto de la depresión en los años vividos con discapacidad (YLD, de *Years Lived with Disability*) de la población mundial creció un 14,4% entre 2007 y 2017.

Para hablar de la prevalencia de la depresión en España hay que tener en cuenta la gran heterogeneidad de las estimaciones debido, entre otras cosas, a la definición del cuadro depresivo empleado (según siga criterios DSM o CIE) y a los instrumentos de medida utilizados (Cabello y Ayuso-Mateos, 2020). Según la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) la depresión se encuentra entre las enfermedades de salud más frecuentes, dando lugar a un 6,7% de afectados no institucionalizados y siendo también el doble de frecuente en mujeres (9,2 %) que en hombres (4%) (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017). De este modo, la depresión es el trastorno mental con mayor prevalencia en España, ocupando el puesto 11º en el ranking de prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada mayor de 45 años y una de las principales causas de atención primaria (Pla, 2017).

Las causas de esta asimetría en la prevalencia del TDM entre hombres y mujeres las podemos encontrar tanto en aspectos biológicos, sociales y psicológicos. De los primeros podemos destacar los aspectos hormonales y genéticos (Gaviria, 2009). De los hormonales (en particular, el efecto de los estrógenos y la progesterona) es reseñable su relación con la depresión en el ciclo reproductivo de la mujer, pudiéndose volver para ellas un elemento de vulnerabilidad. Por otro lado, los estudios con familiares y gemelos han situado los aspectos genéticos como elemento explicativo, a pesar de ser un

rasgo heredable tanto en hombres como en mujeres (Kendler y Prescott, 1999, como se citó en Gaviria, 2009).

Entre los factores socio-culturales (Calvete, 2011) destacaríamos los socioeconómicos, debido a que gran parte de la pobreza mundial (72%) recae sobre las mujeres (Brown y Moran, 1997, como se citó en Gaviria, 2009). También los estilos de socialización y de acoplamiento, dado que tanto los padres como los educadores tienen expectativas diferentes en relación a ambos sexos, las mujeres pueden llegar a convertirse en personas más temerosas y pendientes de evaluaciones externas (Ruble et al., 1993, como se citó en Gaviria 2009). Por último, las mujeres se enfrentan a una mayor frecuencia de acontecimientos vitales traumáticos, derivados de las relaciones con padres y pares, (Rudolph y Hammen, 1999, como se citó en Gaviria, 2009).

Por último, con respecto a los factores psicológicos, señalaríamos el impacto de las situaciones estresantes en el ámbito las relaciones interpersonales y las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres a la hora de interpretar tales estresores. Las mujeres son socializadas para adquirir estilos de pensamiento que las vuelven más vulnerables a la depresión (Calvete, 2011). Paralelamente, la ansiedad preexistente es para Breslau (1995, como se citó en Gaviria 2009) la causa de una mayor prevalencia de la depresión en la mujer.

Si ahondamos de manera específica en los diferentes cuadros depresivos, la OMS (2020) afirma que dependiendo del número de síntomas y de su intensidad, los diferentes episodios depresivos pueden ser clasificados como leves, moderados o graves. Estos datos concuerdan con los ofrecidos por la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) llevada a cabo desde 2014, aplicando el cuestionario PHQ-8 (Brief Patient Health Questionnaire Depression Module) cuyo objeto es evaluar la presencia de sintomatología depresiva (ENSE 2017). Según este informe: “más del 15% de la población de 15 y más años presentó sintomatología de distinta gravedad, el 12,7% leve o moderada, y otro 2,9% grave o moderadamente grave... en todos sus grados aumentaba con la edad” (ENSE, 2017, p. 6).

Siguiendo en esta línea, la aplicación del PHQ-8 llevada a cabo por el EESE nos indica que el cuadro depresivo más habitual sería el trastorno depresivo mayor (TDM) con un 3,5% de prevalencia, mientras que el resto de cuadros tendrían una prevalencia del 3,8% (total = 7,4%, vs 6,7% de prevalencia de la ENSE).

En cuanto al rango de edad en el que se ven inmersos los cuadros depresivos, y de acuerdo a los resultados de la ENSE (2017) podemos vislumbrar un inicio de la depresión en la adolescencia o adultez temprana. Tras este, la prevalencia depresiva va progresivamente en aumento hasta llegar al final de la mediana edad y la tercera edad. Concretamente es en el rango de edad de 75-84 años cuando la depresión alcanza su máxima prevalencia y los casos en mujeres llegan a triplicar a los casos en hombres. A partir de esta franja de edad la prevalencia de los cuadros depresivos comienza a

descender. De forma más concreta, el TDM se mueve entre un 4% y un 7% en adolescentes (Covas, et al., 2008) y constituye una causa de discapacidad grave entre personas de más de 75 años (Almazán et al., 2018).

Dentro del abanico de terapias de conducta para abordar diferentes problemas psicológicos podemos identificar tres generaciones (Hayes 2004). La primera de ellas sería la terapia de conducta, la cual se basa en la transformación directa del comportamiento a través del manejo de contingencias. Por su parte, la segunda generación de terapias de conducta parte del supuesto de que la conducta humana está regulada por sus procesos internos (pensamientos y emociones), por lo que para atajar las conductas desadaptadas deberemos cambiar tanto lo que resulte perturbador como el propio evento perturbador (la terapia cognitivo-conductual, TCC, pertenece a este grupo). En la tercera generación de terapias encontramos un cambio cualitativo: las técnicas ya no están enfocadas en la reducción o evitación de los síntomas, sino en que la persona actúe de acuerdo a sus valores, aceptando los pensamientos y emociones negativos que puedan surgir de esta elección (Luciano y Valdivia-Salas, 2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) pertenece a este grupo, y no se centra en eliminar los síntomas cognitivos para alterar la conducta del paciente (como hace la TCC) si no en modificar su función mediante la alteración del contexto en el que los síntomas cognitivos resultan disruptivos.

Es importante enfatizar que según Hayes (2004) la tercera ola de terapias de conducta no supone un rechazo a la primera y segunda ola de terapias conductuales y cognitivas, más bien se trata de una transformación de estas fases previas en una forma nueva, más amplia e interconectada.

Según Luciano y Valdivia-Salas (2006) la ACT es la más completa de las terapias de tercera generación. Por un lado, porque la ACT adopta una postura global sobre las ventajas y desventajas de la condición humana. Por otro lado, tiene como base una filosofía contextual-funcional que está estrechamente relacionada con un modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje, materializado en la teoría del marco relacional. Por último, defiende un modelo psicopatológico nuevo en el que resulta clave el concepto funcional de evitación experiencial destructiva. Estas características vienen a situar la ACT bajo un prisma terapéutico más integrador, pragmático y realista.

El modelo psicopatológico de ACT, asume que el estado de inflexibilidad psicológica es causa fundamental o contribuye al origen y desarrollo del sufrimiento humano. Esta inflexibilidad psicológica se plasma a través de un hexágono que representa seis procesos –interconectados- que la fundamentan (Hayes et al., 1999, como se citó en González-Rivera, 2016): se trata de los procesos de evitación experiencial y fusión cognitiva, y en el otro lado la falta de valores y la inacción/impulsividad. En el vértice superior se encuentra el contacto con el pasado/futuro y en el inferior el yo conceptualizado. En definitiva, el pilar central de esta aproximación psicoterapéuta reside en generar flexibilidad psicológica en donde antes había rigidez, de modo que no se interrumpa

el surgimiento de pensamientos y emociones (negativas) derivados de tomar acción hacia nuestras metas vitales (Luciano y Valdivia-Salas, 2006)

## Método

En la realización de la presente revisión teórica se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos tales como Web of Science, Scopus, PubMED, Academic Search y ScienceDirec y se usaron los siguientes términos de búsqueda “*Acceptance and Commitment Therapy*” AND “*Major Depressive Disorder*”.

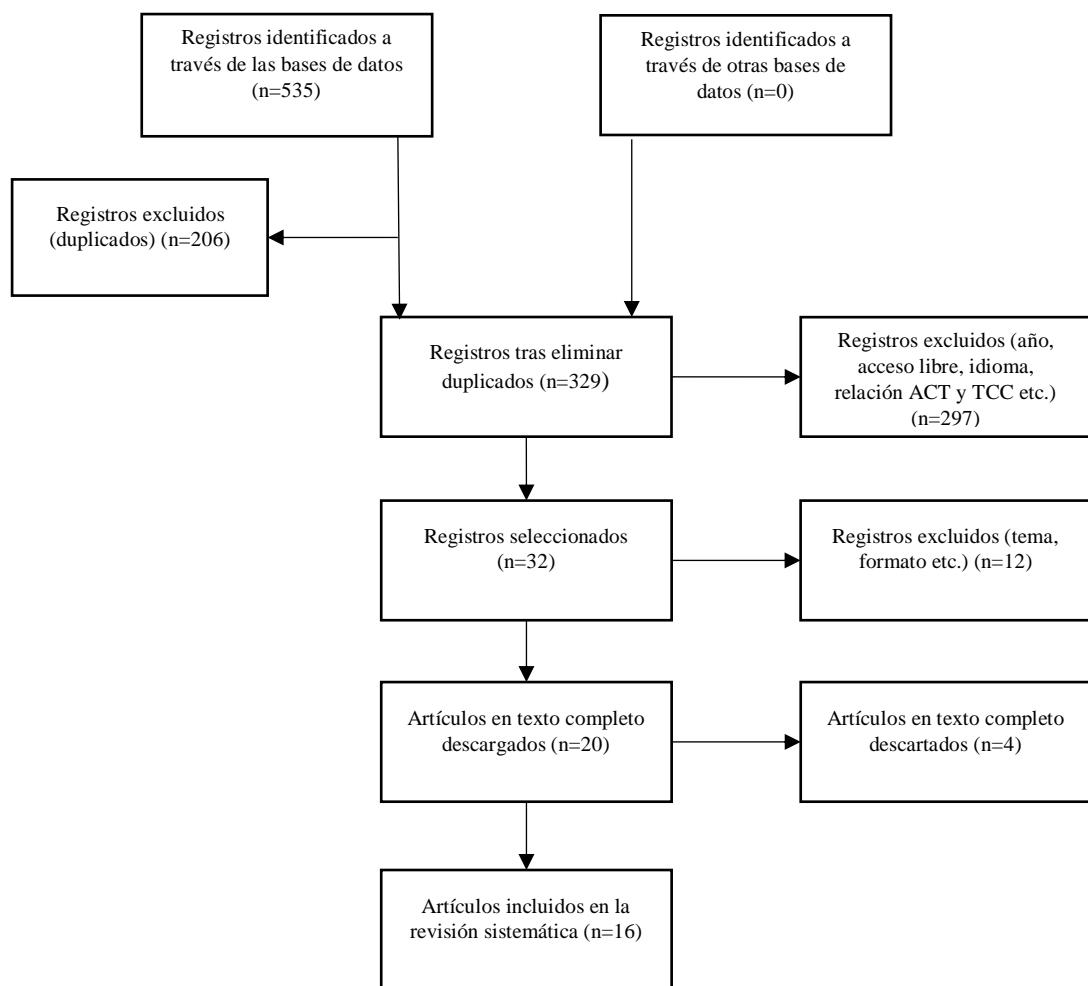
Los artículos seleccionados se encontraban bajo los siguientes criterios de inclusión: acceso libre, en inglés o español, publicaciones entre 2010 y 2021, a pesar de tolerar cierta comorbilidad, en ningún artículo debía haber otro trastorno principal que no fuese el TDM.

Como muestra la figura 1, la introducción de los términos de búsqueda dio lugar a un total de 535 artículos. Tras eliminar los duplicados iniciamos el primer filtrado de búsqueda basándonos en los años de publicación, acceso libre *online*, e idioma que fueran artículos de revista y/o académicos y que tratasesen la relación entre ACT y TDM. El resultado del proceso de filtrado fue poder acceder a 32 artículos de los cuales, tras leer el título y los resúmenes se descargaron 20 artículos que fueron completamente leídos y estudiados.

Finalmente, de esos 20 artículos se descartaron 4. De ellos, dos se descartaron porque, aun centrándose en la depresión, no especificaban qué tipo de depresión se estaba tratando o porque el foco de atención no recaía sobre la eficacia de ACT, sino en revisar varios tratamientos diferentes para la depresión. Dos más fueron descartados por la alta comorbilidad de la muestra TDM. De este modo, al final se contó con 16 artículos escritos entre 2013 y 2021 (figura 1).

**Figura 1**

*Diagrama de flujo del proceso de búsqueda bibliográfica*



## Resultados

Como se puede apreciar en la tabla 1, en los 16 estudios seleccionados contamos con una proporción muy alta de estudios experimentales. Los datos demográficos más destacables para nuestro propósito han sido la edad y el género. Con respecto a la edad, vemos un ascenso de la prevalencia de la depresión desde la adolescencia hacia la adultez. En el 75% de los estudios la muestra estaba compuesta, al menos, por un 70% de mujeres.

Las variables independientes manipuladas con mayor interés para nuestro propósito fueron la aplicación de la psicoterapia ACT -con ciertas variaciones o complementos terapéuticos en ciertos estudios- en condiciones de grupo control sin tratamiento y, en aquellos estudios comparativos, la aplicación de TC o TCC. De las variables dependientes, estas guardan relación tanto con la evaluación de los síntomas depresivos como con los procesos de desarrollo de flexibilidad psicológica en el paciente.

**Tabla 1***Principales Resultados de la Revisión Sistemática*

Autor (año)	Características estudio	Características muestra	Variables independientes	Variables dependientes	Principales resultados
<b>Carlbring et al. (2013)</b>	Ensayo controlado aleatorizado. Duración de 8 semanas y 3 meses de seguimiento.	N= 80 (TDM) Edad media= 44,4 Sexo= 82,5% mujeres	Presencia activación conductual + ACT (grupo experimental) vs ausencia (grupo control)	BDI-II MADRS-S QOLI	Los resultados en el post-tratamiento mostraron un gran tamaño de efecto en la mejora de los síntomas depresivos (BDI-II), de modo que en el grupo tratado el 25% alcanzó la categoría de remisión de la depresión frente al 5% del grupo control. Estos resultados se mantuvieron durante los 3 meses de seguimiento. Por otro lado los resultados en las medidas de calidad de vida (QOLI) y ansiedad (MADRS-S) no fueron significativos.
<b>Gaudiano et al. (2013)</b>	Ensayo abierto. Duración de 6 meses y 12 meses de seguimiento.	N= 14 (TDM + características psicóticas) Edad media = 49,6 años Sexo = 86% mujeres	Presencia de ADAPT + Tratamiento Farmacológico	QIDS-C BPRS BADS AAQ-II VLQ CAMS	En cuanto a los resultados primarios, se obtuvieron mejoras estadísticamente significativas tanto en los síntomas depresivos (QIDS-C) como en los síntomas psicóticos (BPRS). De este modo la disminución de los síntomas depresivos estuvo asociado con la disminución de los síntomas psicóticos y el aumento de la flexibilidad psicológica (AAQ-II), la atención plena (CAMS) y la coherencia entre los valores individuales y sus actos (VLQ). La disminución de la inflexibilidad psicológica se asoció con aumento en la activación conductual (BADS) y la atención plena y esta a su vez con un aumento de la relación valores-actos. Las mejoras comentadas en todas las VD se mantuvieron durante la fase de seguimiento.
<b>Tamannaei et al. (2014)</b>	Ensayo clínico aleatorizado. Duración de 12 sesiones terapéuticas.	N=19 (TDM) Edad media= 25,2años. Todas mujeres	Presencia de ACT (grupo ACT) vs presencia de TC (grupo TC)	BDI-II	Los resultados nos muestran como los síntomas depresivos (BDI-II) disminuyeron significativamente en los dos grupos, siendo la eficacia de ACT igual a la de TC.
<b>Lappalainen et al. (2015)</b>	Ensayo controlado aleatorizado. Duración de 7 semanas y 12 meses de seguimiento.	N= 39 (TDM). Edad media= 50,32 años. Sexo= 71,8% mujeres.	Presencia de iACT (grupo experimental) vs ausencia (grupo control)	BDI-II SCL-90 AAQ-2 FFMQ ATQ WBSI	La muestra perteneciente al grupo iACT obtuvo mejoras significativas en la sintomatología depresiva (BDI-II), en los síntomas psicológicos y fisiológicos (SCL-90), en flexibilidad psicológica (AAQ-II), habilidades de atención plena (FFMQ), frecuencia de pensamientos automáticos (ATQ) y supresión de pensamientos (WBSI). De este modo en el grupo experimental el 50% se recuperó, el 11% mejoró y el 3,8% se mantuvo sin cambios. Estos efectos se mantuvieron para el grupo iACT durante los 12 meses de seguimiento.
<b>Berman et al. (2016)</b>	Estudio cuasiexperimental. Duración 11 semanas y seguimiento de 3 meses.	N= 21 (TDM + Obesidad) Edad media de 49 años. Todas mujeres.	Presencia de ACT (grupo 1) + presencia de ACT (grupo 2)	SCID HAMD-17 ORWELL97 WSSQ BIAAQ	Los participantes de ambos grupos no vieron aumentado su peso de forma significativa durante la intervención ni durante el seguimiento. Las puntuaciones tanto de la gravedad de la depresión evaluada por un médico (HAMD-17), como de los síntomas depresivos autoinformados (SCID) se vieron reducidas de moderada o moderadamente severas a leve o normal después del tratamiento, permaneciendo las mejoras durante el seguimiento. Para el 83% de los participantes el TDM remitió tras el tratamiento y para el 67 % el TDM permaneció en remisión durante el seguimiento. De manera semejante a las puntuaciones en

					depresión, las puntuaciones de la imagen corporal (BIAAQ), las puntuaciones en obesidad-calidad de vida (ORWELL97) y autoestima del peso (WSSQ) mejoraron significativamente, manteniéndose estas durante el seguimiento.
<b>Hiraoka et al. (2016)</b>	Estudio de caso único. Duración de 7 meses y 24 sesiones.	Mujer con TDM y angustia ansiosa Edad= 21	Presencia de ACT.	BDI-II AAQ-II	Esta veterana vio como los síntomas depresivos (BDI-II) y la aceptación psicológica (AAQ-II) fueron mejorando sustancialmente durante el transcurso del tratamiento, concretamente se vio como la fusión cognitiva, la evitación experiencial y el apego a su yo conceptualizado disminuyeron durante el transcurso del tratamiento, mientras que su sentido de los valores personales y la voluntad de actuar de acuerdo con estos fueron aspectos que se vieron reforzados.
<b>Gumley et al. (2017)</b>	Ensayo controlado aleatorizado. Duración de 5 meses y seguimiento de 5 meses.	N= 29 (TDM) Edad media = 46,5 años. Todos hombres.	Presencia de ACTdp + Atención Estándar (Grupo ACT + AE) vs Presencia de Atención Estándar (Grupo AE)	CDSS BDI-II KIMS AAQ-II	En las medidas de los síntomas psicóticos, los resultados según el CDSS mostraron, tanto tras el tratamiento como a los 5 meses de seguimiento, una reducción de los síntomas, aunque esta no fue significativa. En cuanto a la depresión medida con el BDI-II, se observó una reducción significativa tras el tratamiento. A los 5 meses de seguimiento la reducción no fue significativa. Sobre la flexibilidad psicológica (AAQ) hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos a favor del grupo ACTdp + AE durante los 5 meses de tratamiento. Durante los 5 meses de seguimiento hubo mejoría sin llegar al rango de significativo. Respecto a las habilidades de atención plena (KIMS) hubo efectos significativos en favor del grupo ACTdp + AE tanto durante los 5 meses de tratamiento como durante los 5 meses de seguimiento.
<b>Petts et al. (2017)</b>	Estudio de cambio de fase simple de un solo sujeto dentro de la serie. Duración de 13 semanas y 7 meses de seguimiento.	N= 15 (Fase A) y N= 11 (Fase B) Edad media = 15,82 años. 73,3% mujeres (Fase A) y 81,8% mujeres (Fase B)	Presencia de MIA (Fase A) vs presencia de ACT (Fase B).	CDRS-R BDI-II CVRS BADS-SF AFQ-Y8	En comparación con MIA, la recepción de ACT se asoció con un 73% de la muestra que logró un cambio clínicamente significativo en los síntomas depresivos (BDI-II) y con un 55% que cumplía el criterio de remisión en la presencia y gravedad de la depresión (CDRS-R). Respecto a la calidad de vida (CVRS), también se percibieron mejoras clínicamente significativas. De la evitación experiencial y la fusión cognitiva (AFQ-Y8) también se apreciaron mejoras clínicamente significativas tras la aplicación de ACT. Además, durante la aplicación de ACT se observaron mejoras significativas en la escala de activación y evitación experiencias (BADS-SF). Durante el seguimiento de un mes hubo datos disponibles para 7 de los 11 participantes del grupo ACT, en los cuales se mantuvieron los efectos conseguidos previamente. Tras este mes de seguimiento, hubo 6 meses más de seguimiento para 4 de los 7 participantes que participaron en el seguimiento de 1 mes. En este sentido en 2 participantes se mantuvieron los efectos vistos hasta ese momento, pero en 1 participante se vieron elevaciones continuas en los síntomas depresivos y en otro participante la activación, evitación experiencial y síntomas depresivos empeoraron.
<b>Tamannaei et al. (2017)</b>	Estudio controlado aleatorizado. Duración de 12 sesiones y 3 meses de seguimiento.	N= 19 (TDM) Edad media= 49 Todas mujeres.	Presencia de ACT (Grupo ACT) vs Presencia de TC (Grupo TC)	BDI-II AAQ-II DAS	Los resultados para el conjunto de los 19 participantes nos indican una reducción significativa de la depresión (BDI-II), de modo que en la fase post-test y en la de seguimiento, no hubo diferencias significativas entre el grupo ACT y el grupo TC en estas puntuaciones. Resultados similares se observaron en la etapa de seguimiento. Por el contrario, en lo que se refiere a las actitudes disfuncionales (DAS), en la fase post-test y durante el seguimiento se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en favor del grupo TC, siendo no significante, el efecto de ACT sobre esta variable. En la aceptación psicológica (AAQ-II), sin embargo, se produjo un aumento de manera significativa en el grupo ACT en comparación con el grupo TC. Los resultados de ambas variables se mantuvieron durante el seguimiento.
<b>Towsyfyan y Sabet (2017)</b>	Estudio controlado aleatorizado. Duración de 8 sesiones y un	N= 16 (TDM). Edad media=15	Presencia de ACT semi-presencial (grupo experimental) vs Ausencia de ACT	Escala de Resiliencia de Connor-Davidson	Los resultados nos indican que tras el tratamiento hubo diferencias significativas entre ambos grupos en favor del grupo experimental, en lo que a las variables de resiliencia y optimismo se refiere. De hecho, la falta de variabilidad significativa entre las puntuaciones de ambos grupos durante el seguimiento, representa la efectividad continuada de ACT como promotor de las dos variables estudiadas.

	seguimiento de 2 meses.	años. Todas niñas	semi-presencial(grupo control)	Prueba de Orientación a la Vida - Revisada	
<b>A-Tjak et al. (2018)</b>	Ensayo controlado aleatorizado. Duración de 30 semanas con un total de 20 sesiones y 6 meses de seguimiento.	N= 82 (TDM). Edad media de 25 años. Todas mujeres.	Presencia de ACT (grupo ACT) vs Presencia de TCC (grupo TCC)	HDRS-17 QIDS EUROHIS	A la hora de hacer la comparación entre las dos condiciones terapéuticas, los resultados nos muestran que los pacientes informaron de grandes reducciones de los síntomas depresivos (HDRS y QIDS) no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones. Estos datos se mantuvieron durante el seguimiento. Respecto a la calidad de vida (EUROHIS), los participantes de ambas intervenciones informaron de grandes mejores. Al igual que para los síntomas depresivos, en esta variable los resultados también se mantuvieron durante el seguimiento.
<b>Gaudiano et al. (2019)</b>	Ensayo cuasi experimental. Duración de 8 semanas	N= 11 (TDM) Edad media de 49 años. 73% de mujeres.	Realización de cuestionarios de auto informe de síntomas y funcionamiento (Fase A) vs Presencia de programa <i>Historias de vida</i> basado en ACT (Fase B)	QIDS-C PHQ-9 WHODAS FFMQ AAQ-II VLQ BADS	Tras las sesiones en las que los participantes visualizaron los videos de autoayuda basada en ACT (Fase B), los resultados primarios de la gravedad de los síntomas depresivos (QIDS-C) y la medida de auto informe de la depresión (PHQ-9) tuvieron mejoras estadísticamente significativas. Concretamente, para los síntomas depresivos, tras la intervención, el 54,5% de los participantes mostró una respuesta clínicamente significativa y el 18,2% estaban en remisión. En cuanto al funcionamiento general (WHODAS) no hubo cambios estadísticamente significativos tras el tratamiento. Para las variables denominadas mecanismos de acción, se obtuvieron mejoras significativas para la atención plena (FFMQ). Para el resto de variables como aceptación (AAQ-II) y la consistencia entre valores y acciones (VLQ) y activación conductual (BADS), a pesar de obtener resultados favorables, estos no fueron demasiado significativos.
<b>Mirghiasil et al. (2019)</b>	Diseño cuasi-experimental. Duración de Grupo ACT de 10 semanas. Duración de Grupo farmacoterapia de 2 meses. Duración de Grupo ACT + Farmacoterapia de 2 meses.	N= 60 (TDM). Edad entre 45-65 años.	Presencia de ACT (Grupo 1) vs Presencia de farmacoterapia (Grupo 2) vs Presencia de ACT + Farmacoterapia (Grupo 3) vs presencia de grupo control (grupo 4)	BDI-II	Tras el tratamiento, se obtuvieron unos resultados que mostraban una diferencia significativa en términos de síntomas depresivos (BDI-II) entre los tres grupos de tratamiento, de manera que los tres podían aliviar los síntomas de la depresión en pacientes de mediana edad. Se obtuvo una diferencia del 88% entre el grupo control y el grupo ACT y una diferencia del 93% entre el grupo control y el grupo de ACT + Farmacoterapia.
<b>Keinonen y Lappalainen (2020)</b>	Estudio controlado aleatorizado. Duración de 6 sesiones.	N= 37 (TDM). Edad media= 49,8 El 78% era mujeres.	Presencia de ACT (grupo experimental) vs ausencia (grupo control)	BDI-II AAQ-II Escala de adherencia ACT	Tras el tratamiento, el grupo que recibió las sesiones ACT, obtuvo mejoras estadísticamente significativas tanto en la reducción de los síntomas depresivos (BDI-II) como en la mejora de la flexibilidad psicológica (AAQ-II). En esta línea, una mayor competencia y adherencia del terapeuta en ACT se asoció con cambios generales más grandes en los síntomas depresivos. Sin embargo, esta asociación no tuvo efectos en el tratamiento sobre la flexibilidad psicológica.
<b>A-Tjak et al. (2021)</b>	Ensayo controlado aleatorizado.	N=82 (TDM) Edad entre 18 y 65 años	Presencia de ACT (Grupo ACT) vs presencia de TCC (Grupo TCC)	QIDS-SR EUROHIS DAS-17 EQ-D	En cuanto a la depresión se refiere, no hubo diferencias significativas para ambos tratamientos en la fase de post-tratamiento, de modo que las tasas de remisión para la depresión fueron del 75% para ACT y del 80 % para TCC. Además los pacientes informaron de grandes reducciones de los síntomas depresivos (QIDS-SR) y mejoría de la calidad de vida (EUROHIS) tras el tratamiento, así como en el seguimiento de 12 meses. En

	Duración de 30 semanas y 12 meses de seguimiento.			AAQ-II	cuanto a las actitudes disfuncionales (DAS-17), a la descentración (EQ-D) y a la evitación experiencial (AAQ-II) hubo mejoras significativas para ambos grupos sin observar diferencias notables entre ambos. Estos resultados se mantuvieron durante el seguimiento.
Samaan et al. (2021)	Ensayo controlado causaleatorizado. Duración de 315 sesiones 2 veces por semana y 6 meses de seguimiento.	N= 177 de los cuales 132 tenían TDM y 45 otro trastorno distinto. Edad de al menos 18 años.	Presencia de ACT (Grupo ACT) vs Presencia de TCC (Grupo TCC)	ADS-K MADRS ISR SWLS	Dentro de los resultados de este tratamiento, tanto en ACT como en TCC podemos observar con respecto a la gravedad de la depresión (MDRS) como el 85% obtuvo mejorías y el 53% dejaron de padecer el cuadro clínico. También el 74% de todos los pacientes experimentaron una mejoría en los síntomas depresivos (ADS-K), además, en ambas condiciones el 58% de los pacientes se recuperaron de manera confiable. En cuanto a la tensión sintomática (ISR) el 35% respondieron de manera favorable al tratamiento. En cuanto a la satisfacción con la vida (SWLS), los pacientes de ambas terapias informaron de un pequeño aumento en esta variable. Las puntuaciones de las tres variables expuestas se mantuvieron durante la fase de seguimiento. Por lo tanto la condición ACT como la Condición TCC fueron igualmente efectivas para las variables aquí expuestas.

Nota. AE = Atención estándar; MIA = Entrevista motivacional; BDI-II = Inventory de depresión de Beck; MADRS = Versión autoevaluada de la escala de calificación de depresión de Montgomery Asberg; QOLI = Inventory de calidad de vida; QIDS/QIDS-C = Inventory rápido de sintomatología depresiva/ Inventory rápido de calificación del clínico en sintomatología depresiva; BPRS = Escala de calificación psiquiátrica breve; LSHS-R = Escala de calificación psiquiátrica breve; WHODAS = Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud; AAQ-II = Cuestionario de aceptación y acción; VLQ = Cuestionario de vida valorada; SCL-90 = lista de verificación de síntomas; FFMQ = cuestionario Mindfulness de cinco facetas; ATQ = Cuestionario de pensamientos automáticos; WBSI = inventario de supresión del oso blanco; SCID = entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del DSM-IV; ORWELL97 = Cuestionario de bienestar relacionado con la obesidad; WSSQ = Cuestionario de autoestima del peso; BIAAQ = Cuestionario de aceptación y acción de la imagen corporal; CDSS = Escala de depresión de Calgary para la esquizofrenia; KIMS = Inventory Mindfulness de Kentucky; DAS = Escala de ajuste diádico; CDRS-R = Escala de depresión para niños; CVRS = Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud; BADS-SF= Escala de activación conductual para la depresión de auto informe; AFQ-Y8 = Cuestionario de vocación y fusión para jóvenes; HDRS = Escala de calificación de depresión de Hamilton; EUROHIS = Escala europea de salud; EQ-D = Subescala de descentramiento del cuestionario de experiencias; ISR = Calificación de síntomas del CIE-10; SWLS = Escala de satisfacción con la vida.

## Discusión

La presente revisión teórica tiene como objetivo principal examinar la evidencia existente entre la eficacia de ACT en el tratamiento del TDM. En este proceso de revisión se han contemplado diferentes aspectos y resultados que pasamos a comentar a continuación.

*Sexo.* Respecto a las características demográficas podemos decir que el género de las muestras ha sido el factor más destacable. En el 37,5% (6/16) de los estudios revisados, la muestra estaba formada por una totalidad de mujeres, en otro 37,5% (6/16), las mujeres conformaban más del 70% de la muestra. Frente a estos datos, únicamente el 1,6% (1/16) de los estudios tuvo una muestra conformada en su totalidad por hombres.

Esta prevalencia de la mujer en la distribución de las muestras de los estudios seleccionados concuerda con los datos sobre prevalencia en TDM mencionados en la introducción, tanto fuera como dentro de nuestro país.

*Edad.* Prácticamente todos los artículos revisados (14/16) ofrecían datos sobre la edad media de los participantes. Un 33,3% (5/15) de estos participantes tenía una edad de entre 15-25 años, mientras que la edad del 66,6% (10/15) restante se encontraba entre 44-65 años. Así pues, la prevalencia de las muestras en términos de la edad, confirma la idea de la depresión en el ciclo vital apuntada en la introducción: la depresión se inicia en la adolescencia o adulterz temprana y a partir de este momento su prevalencia comienza a dispararse hasta encontrar su pico en el final de la tercera edad.

*Presencia de comorbilidad.* De los síntomas de comorbilidad encontrados en esta revisión, debemos apuntar que se ha tratado de algo anecdótico. De los 16 estudios revisados, en tan solo 4 de ellos (25%) los pacientes padecían TDM y otros síntomas diferentes, de hecho, en el estudio de Samaan et al. (2021), no se llega a especificar exactamente qué cantidad de la muestra era comórbida ni que trastorno era el que acompañaba al TDM. Los estudios han presentado una alta coherencia en su focalización en el TDM como patología principal.

*Efecto beneficioso de las terapias en TDM. Efectos relativos de los tipos generales de terapia utilizados.* En relación a los resultados obtenidos, de los 16 artículos seleccionados podemos observar que tras la aplicación de las sesiones ACT, en el 93,7% (15/16) de ellos se obtuvieron mejoras estadísticamente significativas en la variable principal: los síntomas depresivos. En el estudio restante de Gumley et al. (2017) se utilizaron los cuestionarios BDI-II y el CDSS para evaluar el progreso en la depresión con rasgos psicóticos. Tras los 5 meses de tratamiento, se observaron mejoras

estadísticamente significativas en el BDI-II, mientras que en el CDSS hubo mejoras pero sin llegar a ser significativas.

*Metodología empleada.* De los 16 artículos revisados, el 93,7 % (15/16) eran experimentales (once del total) o cuasiexperimentales (cuatro del total). En conjunto, en el 93,3% (14/15) de los estudios analizados se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la reducción de los síntomas depresivos. También tenemos que destacar que los resultados positivos que venimos describiendo se mantuvieron en prácticamente todos aquellos estudios en los que se ofrecieron datos de la fase de seguimiento.

En esta misma línea, nos hemos encontrado con un abanico muy heterogéneo de variables dependientes utilizadas a lo largo de los estudios. Dentro de las variables relacionadas con los síntomas depresivos, los cuestionarios BDI-II y QIDS han sido los más utilizados, mientras que el AAQ-II ha sido el más utilizado en las variables relacionadas con la flexibilidad psicológica. En las variables de calidad de vida, el más utilizado fue el cuestionario EUROHIS. Por último, nos hemos encontrado con una serie de variables relacionadas con aspectos concretos de determinados estudios como son: síntomas comórbidos, variaciones en la aplicación de la ACT y variables específicas de la TC y TCC

De manera anecdótica, hemos contado con un estudio de caso único (Hiraoka et al., 2016) que va en la línea de los resultados que acabamos de describir.

*Consideración prestada a las variables de proceso.* Nos ha llamado poderosamente la atención que en el 93,7% (15/16) de los artículos revisados, la evaluación de los síntomas depresivos tras la aplicación de ACT se ha establecido como la principal medida de los resultados. Por el contrario, aquellas variables estrechamente relacionadas con la evaluación de la eficacia de ACT como pueden ser la aceptación o la flexibilidad psicológica, la atención plena, la consistencia entre los valores y las acciones personales, el descentramiento etc., solo han sido consideradas en un 43,7% (7/16) de los estudios. Cinco de estos siete estudios (Gaudiano et al., 2013, Lappalainen et al., 2015, Gumley et al., 2017, Gaudiano et al., 2019 y A-Tjak et al., 2021) ponen de manifiesto la división entre variables primarias, secundarias y de proceso, de modo que estas variables centrales para ACT fueron tratadas como medidas de proceso y no como medida de resultado primario. En estos estudios, la aceptación psicológica (medida a través del AAQ-II) ha sido la única variable de flexibilidad psicológica sistemáticamente analizada, el resto de variables relacionadas con el desarrollo de la flexibilidad psicológica brillan por su ausencia o falta de protagonismo sistemático. Con todo, en los siete estudios ya reseñados hemos observado tanto mejoras significativas en esta tipología de variables como su correspondiente correlación positiva en la mejora la

sintomatología depresiva. Además, la incidencia de estas variables, también se mantuvo durante la fase de seguimiento.

En esta misma línea destacaremos que la variable calidad de vida, un elemento central para ACT (Hayes et al., 2006), solo la hemos identificado en un 31,25% (5/16) de los estudios, teniendo mejoras estadísticamente significativas en el 75% (4/5) de ellos (Carlbring et al., 2013, Hiraoka et al., 2016, Petts et al., (2017), A-Tjk et al., (2018) y A-Tjak et al., (2021).

Por lo tanto, observamos cierta incongruencia entre la selección de las variables principales en los estudios y lo que afirman los expertos en la psicoterapia ACT, ya que ACT no pone su foco de atención en cambiar los pensamientos o emociones negativas, ni tampoco en eliminar los síntomas de los clientes. Pone toda su atención en que el cliente acepte esos pensamientos, emociones y síntomas y que estos no sean un impedimento para dirigir sus acciones hacia sus objetivos y metas de valor (Wilson y Luciano, 2009, como se citó en González-Rivera, 2016). De hecho, Tamannaei et al. (2017) tras su estudio comparando ACT con TCC en la intervención sobre TDM, llegó a la conclusión de que una intervención temprana basada en ACT con el fin de aumentar la flexibilidad psicológica resulta eficaz para reducir la sintomatología depresiva.

*ACT vs TCC.* Otro elemento a destacar es que en el 31,2% (5/16) de los estudios revisados (Tamannaei et al. 2014, Tamannaei et al., 2017, A-Tjak et al., 2018, A-Tjak et al., 2021 y Samaan et al., 2021) se establece una comparativa entre la terapia de aceptación y compromiso y las terapias de segunda generación, ya sean estas cognitivas o cognitivo conductuales. En estos estudios tanto ACT como la TC o TCC presentaron similares índices de efectividad frente al TDM. Dentro de este grupo, en 3 de los estudios se destaca de manera directa o indirecta la posibilidad de que tanto las terapias de segunda generación como ACT puedan poseer mediadores diferentes que las hagan efectivas frente al TDM. Concretamente, los estudios de Tamannaei et al. (2014) y (2017) y A-Tjak et al. (2021) arrojan luz directamente en este asunto, de manera que la aceptación psicológica es una variable que influyó exclusivamente en ACT de forma transversal en los 3 estudios.

### ***Limitaciones***

Entendemos que los estudios analizados presentan un problema de diseño que impide determinar de forma más exhaustiva si la terapia ACT resulta eficaz para el TDM. En el 93,7% de los estudios revisados se evalúan los síntomas depresivos, lo que hace patente la gran influencia de la metodología de las terapias de la primera y segunda generación cuyo objetivo principal era la eliminación de eventos privados negativos -pensamientos y emociones- y/o comportamientos problemáticos (Hayes, 2004). Esta limitación se aprecia de manera transversal a lo largo de la gran mayoría de los artículos revisados,

aunque presenta su máximo exponente en el estudio de Mirghiasil et al. (2019) que concluye que la combinación de ACT y terapia farmacológica resultan más eficaces que cada una de ellas por separado. Claramente, el foco de investigación es la reducción -o no- de los síntomas depresivos y no el generar flexibilidad psicológica (la variable auto-reguladora que previene tales síntomas).

Bajo la perspectiva de la ACT, las variables principales de estudio que indican el éxito -o no- del tratamiento no son las que atajan los síntomas psicopatológicos, sino aquellas que generan un repertorio extenso y flexible de conductas que se ríjan por el afán de alcanzar objetivos de valor, y no por la presencia o ausencia de pensamientos y/o emociones negativas (Luciano y Valdivia-Salas (2006). De este modo, tras el análisis funcional del cliente, se deberán reforzar aquellos aspectos de la flexibilidad psicológica que estén más debilitados con la finalidad de fortalecerlos de cara al surgimiento de aquellas emociones y pensamientos desagradables para el cliente, a la par que orienta su vida hacia aquello que tiene valor para él.

En este sentido, Luciano y Valdivia-Salas (2006) y González-Rivera (2016) nos indican que los procesos a reforzar en el cliente serían; la defusión cognitiva -en contraposición a la fusión cognitiva-, la aceptación psicológica -en contraposición a la evitación experiencial-, potenciar el yo como contexto -en contraposición al yo conceptualizado-, fomentar vivir en el momento presente -en contraposición a vivir en el pasado/futuro-, dirección guiada por valores -en contraposición a la falta de claridad con los valores- y acción comprometida con los valores -en contraposición de la inacción y persistencia evitativa-.

El reforzamiento de estos procesos que acabamos de describir conforman el objetivo principal de ACT: generar flexibilidad psicológica donde antes había inflexibilidad (Luciano y Valdivia-Salas 2006). Pero además, recordamos que a pesar de que la reducción o eliminación de los síntomas depresivos no forma parte del propósito de ACT, dentro de los 7 estudios de nuestra revisión en los que se incluyeron variables de flexibilidad psicológica, algunos autores como Gaudiano et al. (2013), Gumley et al. (2017), Tamannaei et al. (2017), Keinonen et al., (2020) y A-Tjak et al. (2021) reconocen de manera específica el hecho de que fortalecer la flexibilidad psicológica en el cliente podría estar asociado con la reducción de los síntomas depresivos.

Por último, no nos podemos olvidar del hecho de que casi un tercio de los artículos revisados trate sobre la comparación de ACT con TC o TCC, lo cual muestra la escasa bibliografía existente que aborde exclusivamente la terapia ACT y su eficacia hacia el TDM.

De las limitaciones de nuestro trabajo, cabe señalar que debido a las limitaciones de espacio hemos decidido priorizar los aspectos desarrollados frente a otros como la adecuación -o no- del tamaño de la muestra para nuestro propósito, así como el tamaño de efecto de la ACT sobre las diferentes

variables dependientes plantadas en los estudios. En esta misma línea, hemos echado en falta el poder indagar más a fondo a cerca del desarrollo de los diferentes procesos patológicos y terapéuticos de la ACT.

## Conclusión

El TDM presenta una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, y tiende a aparecer entre la adolescencia y la adultez temprana para irse desarrollando hasta llegar a su máxima incidencia, el final de la tercera edad. Los estudios revisados, una buena parte de ellos experimentales, permiten concluir que la terapia ACT es efectiva para abordar el TDM, y no menos eficaz que la TC o la TCC. De esto último hay que destacar, que, aunque el propósito de ACT no es eliminar la sintomatología depresiva, la evidencia aquí presentada indica que fortalecer los procesos implicados en la flexibilidad psicológica tiene como resultado indirecto la reducción de los síntomas depresivos.

En nuestra opinión, las líneas de investigación futuras deberían reforzar su foco de atención en las variables centrales de ACT dirigidas a aumentar la flexibilidad psicológica. Sería pues necesario aumentar el volumen de estudios en los que se aborde exclusivamente la eficacia de ACT hacia el tratamiento del TDM, y en el caso de que se establezca la comparativa con TC o TCC, estudiar a fondo las posibles variables mediadores que influyan y diferencien a cada terapia y, llegado el caso, ver qué combinación de ambas estrategias podría resultar en un mejor control del TDM.

## Referencias

- Almazán, J., Arrojo, M., Bernardo, M., Bulbuena, A., Cuesta, J. P., Fernández, R., Galán, I., García, G. J., González, J. M., Haeberer, M., Jordá, E., Molina, C., Moranta, MºC. Noguer, I., Padrón-Monedero, A., Palao, D. J., Páramo, M., Prado, J., Prat, B., ... Tajes, M. (2018). *Salud mental y salud pública en España: Vigilancia epidemiológica*. Centro Nacional de Epidemiología. <http://gesdoc.isciii.es/gesdocontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5º ed.). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- A-Tjak, J. G. L., Topper, M., Morina, N., Emmelkamp, P. (2018, junio). A randomized controlled trial in routine clinical practice comparing acceptance and commitment therapy with cognitive behavior therapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87 (3), 154-163. <https://doi.org/10.1159/000486807>
- A-Tjak, J.G.L., Morina, N., Topper & Emmelkamp, P. M. G. (2021, enero). 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>

- Berman, M. I., Morton, S. N., & Hegel, M. T. (2016). Uncontrolled pilot study of an acceptance and commitment therapy and health at every size intervention for obese, depressed women; accept yourself! *Psychotherapy*, 53 (4), 462-467. <https://doi.org/10.1037/pst0000083>
- Cabello, M. y Ayuso-Mateos, J.L. (2020). Magnitud del Problema. En. S. Quiroga (ed.), *Depresión y suicidio* (pp. 23-31). Wecare-U. <https://sepb.es/webnew/wp-content/uploads/2020/09/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>
- Calvete, E. (2011). Diferencias de género en la depresión de adolescentes y jóvenes. *Crítica*. (974), 55-61. <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=3694401>
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthsröm, A., Dahlin, M., Kadowaki, A., Vernmark, K. & Andersson, G. (2013, junio). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 148 (2-3), 331-337. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.020>
- Covas, F., Rincon, P., Valdivia, M. & Melipillán, R. (2008). Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino. *Revista chilena de pediatría*, 79 (6), 607-613. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000600005>
- Gaudiano, B. A., Davis, C. H., Miller, I. W., & Uebelacker, L. A. (2019, enero). Development of a storytelling video self-help intervention based on acceptance and commitment Therapy for Major Depression: Open Trial Results. *Behavior modification*, 43(1), 56–81. <https://doi.org/10.1177/0145445517738932>
- Gaudiano, B. A., Nowlan, K., Brown, L. A., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2013, mayo). An open trial of a new acceptance-based behavioral treatment for major depression with psychotic features. *Behavior modification*, 37(3), 324–355. <https://doi.org/10.1177/0145445512465173>
- Gaviria, S. L. & Lucía, S. (2009, junio). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502009000200008&lng=en&tlang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200008&lng=en&tlang=es)
- González-Rivera, J. A. (2016). Modelo psicopatológico según ACT. En *Actuar según los valores: Manual básico de intervenciones basadas en la terapia de aceptación y compromiso*. (pp. 8-9). Ediciones psicoespiritualidad.
- Gumbley, A., White, E., Briggs, A., Ford, I., Barry, S., Stewart, C., Beedie, S., McTaggart, J., Clarke, C., MacLeod, R., Lidstone, E., Riveros, B. S., Young, R. & McLeod H. (2017, mayo). A parallel group randomised open blinded evaluation of acceptance and commitment therapy for depression

- after psychosis: pilot trial OUTCOMES (ADAPT). *Schizophrenia Research*, 183, 143-150.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.026>.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behaviour 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>
- Hiraoka, R., Cook, A. J., Bivona, J. M., Meyer, E. & Morissette, S. B. (2016, julio). Acceptance and commitment therapy in the treatment of depression related to military sexual trauma in a woman veteran: a case study. *Clinical Case Studies*, 15 (1), 84-97.  
<https://doi.org/10.1177/1534650115594004>
- Keinonen, K. & Lappalainen, R. (2020). Competence and adherence in an acceptance and values-based intervention: effects on treatment outcome and early changes in depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17 (2020). 159-165.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A. & Lappalainen, R. (2015, agosto). Web-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support: a randomized controlled trial. *Behavior Modification*, 39 (6), 1-30.  
<https://doi.org/10.1177/0145445515598142>
- López, S. (2006). Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales. *Medicina de Familia – SEMERGEN*, 32(S2), 11-15. [https://www.semergen.es/sem ergen/medicina-de-familia-sem ergen-40-pdf-X1138359306908115](https://www.semergen.es/semergen/medicina-de-familia-sem ergen-40-pdf-X1138359306908115)
- Luciano, M. C., & Valdivia-Salas, M. S. (2006, mayo-agosto). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud*.  
[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/LIMITACION\\_Y\\_DISCAPACIDAD.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/LIMITACION_Y_DISCAPACIDAD.pdf)
- Mirghiasi, A., Namdari, K., Samandari, S., & Mortazi, N. (2019, noviembre). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT), drug therapy, and the combination of these two methods in the treatment of major depression. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 6(1), 13-20. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v6i1.16765>

Murray, C.J.L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392, 1789-1858.

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

Petts, R. A., Duenas, J. A., Gaynor, S. T., (2017, abril). Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged simple. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6 (2), 134-144.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.006>

Pla, J. (2017). *Depresión: Causas, síntomas y tratamiento*. Clínica Universidad de Navarra.  
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>

Samaan, M., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Pontow, I. M., Pakenham, K., & Fydrich, T. (2021, marzo). A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(3), 355–368. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1802080>

Tamannaei, S., Ghrarraee, B., Birashk, B-. Habibi, M. (2014, enero). A comparative effectiveness of acceptance and commitment therapy and group cognitive therapy for major depressive disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16 (10), 60-63.  
<https://sites.kowsarpub.com/zjrms/articles/1309.html>

Tamannaei, S., Ghrarraee, B., Birashk, B-. Habibi, M. (2017, marzo). Effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy in patients with depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11 (4). <http://dx.doi.org/10.5812/ijpbs.3459>

Towsyfyan, N., & Sabet, F.H. (2017, marzo). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the improving of resilience and optimism in adolescents with major depressive disorder. *International Journal of Humanities and Social Science*, 7 (3).  
[https://www.ijhssnet.com/journals/Vol\\_7\\_No\\_3\\_March\\_2017/27.pdf](https://www.ijhssnet.com/journals/Vol_7_No_3_March_2017/27.pdf)

World Health Organization (2017). Global and regional estimates of prevalence. En *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. (pp. 8-13). World Health Organization.