



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y  
COMPROMISO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO  
DEPRESIVO MAYOR**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A**  
**PATRICIA MOYA BASURTO**

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. JAVIER RIVERA CONTRERAS  
COMITÉ: LIC. RUBEN TORRES AGUSTIN  
LIC. EDUARDO CONTRERAS RAMIREZ  
LIC. GERARDO REYES HERNANDEZ  
MTRO. MIGUEL ANGEL JIMÉNEZ



CIUDAD DE MÉXICO

2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Dedicatoria**

A todas las personas que hemos sido diagnosticadas con alguna de las llamadas enfermedades mentales, a aquellas personas que hemos sufrido y nos hemos sentido desesperanzadas, miserables, solas y que incluso al borde del suicidio hemos decidido tomar todo de la vida, incluido el dolor, aceptando radicalmente que somos seres finitos y que no tendremos otra vida, aceptando que hemos sufrido y que aún, después de eso tenemos la dicha de poder respirar, despertar y hacer las cosas mejor, que podemos abrazar y decirle a nuestros seres queridos lo importante que son para nosotros y la fortuna que tenemos de poder expresarlo, porque al final de todo solo tenemos seguro morir pero también podemos tener seguro lo que hagamos en el momento presente porque eso es lo único que nos pertenece, actuando en función de lo que es valioso para nosotros sin importar cuanto duela en ocasiones vivir, porque la vida es una mezcla rara de dicha y dolor, y no podría ser de otra forma, porque la vida simplemente es como debe ser, PERFECTA.

## **Agradecimientos**

**Alfredo** sin duda has sido uno de los grandes pilares en esto, porque esto se pudo lograr gracias a ti, no termino de agradecerte lo mucho que me has apoyado en mi formación académica, mi salud y mi vida, sigo viva gracias a ti. Has creído en mí por sobre todas las cosas y he recibido tu incondicionalidad. Has confiado en que puedo cambiar y ser la mejor versión de mí misma todos los días. Te admiro en sobremanera. Gracias por estar en mi vida.

**Javier** gracias por todo tu apoyo, has estado cuando te he necesitado y no me arrepiento de haber elegido tu amistad, has creído en mi y has confiado, sin importar si lo pasas mal has estado ahí y eso lo valoro mucho, me apoyaste mucho en este proyecto y en mi vida, espero sigas en ella, eres una gran persona y un gran profesional un ejemplo a seguir.

**Mis padres, especialmente a mi madre** gracias por haber creído en mi a ambos, mamá gracias por haberme ayudado tanto en llegar a la Universidad, influiste mucho en mi elección de carrera y aunque algún tiempo me arrepentí ahora no es así, encontré un sentido en mi vida y un propósito y no pudo ser mejor, se que te costó trabajo dejarnos solos para ir a trabajar y que pudiéramos comer, vestir, tener un techo e ir a la escuela, te admiro por sobre todas las cosas y esto también es para ti.

**Vicente** gracias por haberme molestado constantemente con que terminara la tesis, muchas veces escribía para que ya me dejaras de molestar, gracias por tus palabras en el pizarrón, al fin podré quitarlas, te quiero mucho, gracias por creer en mí.

**Uriel** gracias por que en este tiempo me has apoyado mucho anímicamente, he contado contigo en mis crisis existenciales y siempre has sido esa parte racional que a veces me falla, te admiro demasiado y de grande quiero ser como tú.

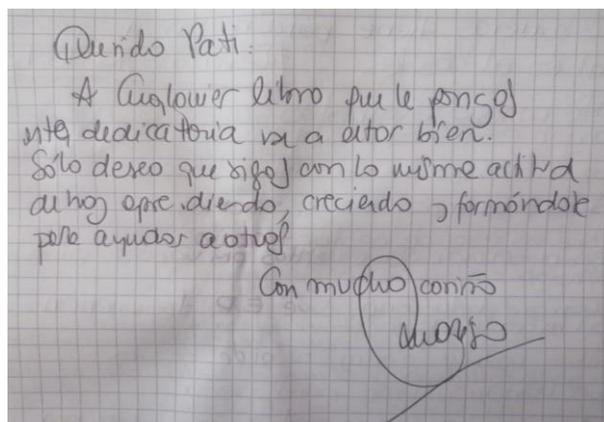
**Liz** gracias por brindarme tu amistad y confiar en mi cuando comencé a trabajar con ustedes, me has mostrado una linda amistad que quiero conservar el resto de mi vida, agradezco el voto de confianza el cual espero no traicionar, te quiero mucho amiga.

**Marisa** mi primera entrenadora de Terapia de Aceptación y Compromiso, cambiaste mi vida, esto se hizo gracias a esas formaciones, te admiro mucho, eres una gran profesional y gran ser humano, y nunca olvidaré tus palabras, “la vida no se aprende en los libros, tienes que vivirla”, ahora sé en que libro irá tu dedicatoria y es este.

**Daniel** aunque apareciste en el último jalón quiero darte las gracias por los ánimos que me das y creer que puedo hacerlo, me animas y simplemente me recuerdas que lo he hecho y puedo seguir haciéndolo, agradezco tenerte en mi vida.

**Mis consultantes** por brindarme la oportunidad de ayudarlos a tener vidas dignas de ser vividas, por sus recomendaciones y por todo el gran trabajo que hacen para ser mejor, ustedes son mi mayor razón de decir, esto vale la pena.

A la **UNAM** por ser mi casa desde que entré al bachillerato, por brindarme la oportunidad incluso de estudiar en otro país y cumplir uno de mis sueños, mi responsabilidad es dejar en alto a la máxima casa de estudios y así será.



Dando Pati.  
A cualquier libro que le ponga  
nra dedicatoria va a estar bien.  
Solo deseo que sigas con lo mismo activa  
de hoy que siendo, creciendo y formándote  
para ayudar a otros.  
Con mucho cariño  
Dando

Contenido	
<b>Resumen</b> .....	7
<b>Introducción</b> .....	8
<b>Depresión</b> .....	10
<b>1.1 Perspectiva biológica</b> .....	11
<b>1.2 Perspectiva cognitiva</b> .....	12
<b>1.3 Perspectiva conductual-contextual</b> .....	13
<b>1.4 Epidemiología</b> .....	14
<b>1.5 Diagnóstico</b> .....	16
<b>1.6 Tratamientos</b> .....	20
<b>1.7 Comorbilidad</b> .....	24
<b>Terapia de Aceptación y Compromiso</b> .....	27
<b>2.1 Filosofía contextual de la ciencia: Contextualismo funcional</b> .....	28
<b>2.2 Teoría del lenguaje y la cognición: Teoría del marco relacional (TMR)</b> .....	30
<b>2.3 Concepción de la psicopatología: Inflexibilidad psicológica o trastorno de evitación experiencial</b> .....	35
<b>2.3.1 Procesos de inflexibilidad psicológica</b> .....	35
<b>2.3.2 Procesos de flexibilidad psicológica</b> .....	38
<b>Terapia de aceptación y compromiso como tratamiento para la depresión</b> .....	43
<b>Planteamiento del problema:</b> .....	44
<b>Justificación:</b> .....	45
<b>Pregunta de investigación:</b> .....	45
<b>Objetivos:</b> .....	45
<b>Hipótesis:</b> .....	46
<b>Método</b> .....	46
<b>Cuantitativo mixto: (cuantitativo y cualitativo)</b> .....	46
<b>Diseño cuantitativo:</b> .....	46
<b>Muestreo:</b> .....	46
<b>Participantes:</b> .....	46
<b>Descripción de los instrumentos utilizados</b> .....	47
<b>Procedimiento</b> .....	48
<b>Resultados</b> .....	51
<b>Discusión</b> .....	67
<b>Conclusiones</b> .....	71

**Referencias** ..... 73

## Resumen

La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más comunes, si bien existen distintos tipos de intervenciones enfocadas en su tratamiento, las recaídas tienen una alta probabilidad de aparecer, esto ha llevado al desarrollo de intervenciones basadas en evidencia que permitan el tratamiento de estas dificultades. Una de estas intervenciones es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la cual se basó esta investigación. Se realizó una intervención con 4 participantes que cumplían con criterios de depresión a través del Inventario de Depresión de Beck, la intervención cumplió con el abordaje de los 6 procesos de flexibilidad psicológica planteados por ACT y el desarrollo del análisis funcional de la conducta de cada participante. Cuantitativamente no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con un alfa de 0.06. En los datos cualitativos del análisis funcional se observaron cambios en la topografía de las conductas problema, disminuyendo a sintomatología depresiva.

**Palabras clave:** Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, Depresión, Análisis Funcional

*“Estaba en el infierno y me hice una promesa:  
cuando salga, regresaré y sacaré a otros de aquí”*

*Marsha Linehan*

## Introducción

“Depresión” proviene de “prémere”: apretar, oprimir; y “deprimiere”: empujar hacia abajo. Es ése el afecto que sufre el deprimido. La evolución del concepto de depresión ha contemplado a lo largo de la historia factores culturales y neurobiológicos, las primeras menciones son la descripción de una enfermedad caracterizada por abatimiento y tristeza llamada melancolía y fue descrita por Areteo de Capadocia en el siglo I de nuestra era, más tarde Galeno perfeccionó esta descripción como el resultado de un exceso de bilis negra describiendo así la melancolía como un tipo de locura crónica, sin fiebre, propia de varones de edad madura en la que la persona se presentaba cansada, triste, abatida, taciturna y con deseos de morir. Más tarde Hipócrates perfeccionó la descripción con su teoría humoral de los cuatro temperamentos siendo esa teoría de las más aceptadas hasta los siglos XV y XVII. Aunque no queda claro a quien se le atribuye el término depresión es Richard Blackmore en 1725 el primero en utilizar el término para referirse al rey Guillermo III de Inglaterra como el estar deprimido en una profunda tristeza y melancolía (Benavides, 2017).

En 1905 el psiquiatra Adolf Meyer propuso eliminar el término melancolía a favor del término depresión el cual abarcaba desde las depresiones maniaco-depresivas, psicosis de ansiedad, los episodios depresivos de la demencia praecox, hasta las “depresiones sintomáticas”.

En 1911, Sigmund Freud publica su trabajo “Duelo y Melancolía” en el cual habla de las diferencias entre la enfermedad y el proceso de duelo que se da al sufrir la pérdida de un ser querido y en el que es normal la presencia de depresión siempre y cuando ésta se resuelva en 6 a 12 meses y no incapacite a la persona a desarrollar sus actividades normales. Es a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana en su tercera edición (DSM III), publicado en 1981 que se establecen los términos Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo Mayor.

## Depresión

La depresión puede definirse como una alteración del estado de ánimo, quien la padece tiene una percepción pesimista en cada uno de los aspectos de su vida, cambiando sus actitudes y comportamiento. Aunque no se sabe con exactitud cuál es la principal causa que la desencadena, se sabe que es el resultado de la interrelación de variables biológicas, psicológicas y socio-culturales.

Puede surgir como reacción a un acontecimiento percibido de manera objetiva o subjetiva por la persona en la que interfieren variables culturales y psicológicas. Pero también juegan un papel importante en la aparición y mantenimiento de las alteraciones neuroquímicas.

Así cuando surge la depresión puede o no existir un evento que la desencadene o bien surgir por una alteración neuroquímica, influyendo una variable en la otra.

La OMS (2014) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Segal, Williams & Teasdale, (2017) mencionan que algunas de las consecuencias de la depresión (como la baja autoestima y dificultades en la concentración) suelen ser sencillas de advertir por el propio paciente, pero otras (como la falta de energía y la preocupación por cuestiones e ideas negativas) pueden resultar más difíciles de reconocer ya que sus efectos reducen la capacidad del paciente para relacionarse con su círculo social.

Además, es un trastorno que puede llegar a hacerse crónico o recurrente, dificultar gravemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, puede tratarse sin

necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Puede ser diagnosticada de forma fiable y tratarse por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Su aparición media es después de los 20 años, pero puede comenzar a cualquier edad, y desarrollarse en el transcurso de días o semanas, también puede aparecer de forma brusca generalmente asociada a un evento psicosocial grave (Álvarez, Caballero, Camarena, Colín, Becerra, Corona, Chávez, Garza de la, Gutiérrez, Díaz, González, Hernández, Kawas, López, Madrigal, Nanni, Nieto, Ojeda, Ontiveros, Villaseñor, 2008).

### 1.1 Perspectiva biológica.

La importancia de la herencia en los trastornos del estado de ánimo se demuestra por la fuerte asociación entre la cercanía de la relación biológica (el porcentaje de genes compartidos entre dos personas) y la probabilidad de que, si una de ellas tiene un trastorno del estado de ánimo, el familiar biológico también puede ser diagnosticado con el mismo trastorno. Aunque se ha demostrado en forma sólida que la depresión mayor es un problema de familia, se conoce mucho menos sobre la forma en que la herencia afecta las características clínicas del trastorno, como la cantidad y tipo de síntomas y la duración del estado de ánimo severamente depresivo (Sarason & Sarason, 2006).

Aunque no se han definido todavía las causas genéticas específicas de la vulnerabilidad a la depresión, es evidente que está relacionada con factores bioquímicos Sue, Sue & Sue, (2010). La falta o la insuficiencia de ciertos neurotransmisores químicos en regiones particulares del cerebro se relacionan con la depresión.

1. La depresión puede ser causada por un déficit de ciertos neurotransmisores específicos en las sinapsis del cerebro; de modo similar, se presume que la manía puede ser causada por un exceso en estas sustancias (Bunney, Pert, Rosenblatt, Pert & Gallaper, 1979).
2. Para viajar de una neurona a otra, el impulso eléctrico debe liberar neurotransmisores que estimulan a la neurona receptora. El problema quizá no sea la cantidad de neurotransmisores que están disponibles por la neurona transmisora sino la disfunción en la recepción del neurotransmisor por la neurona receptora (Sulser, 1978).
3. Las drogas que incrementan el nivel de neurotransmisores que provocan el proceso de las sinapsis pueden aumentarlas de inmediato, aunque el alivio de los síntomas depresivos puede retrasarse por varias semanas después de este incremento. Este retraso tal vez indica que hay otros factores, como las respuestas de la membrana a los neurotransmisores, que también son importantes en la depresión (Rivas-Vázquez y Blais, 1997).
4. Los transportadores de proteínas regulan la concentración de neurotransmisores en la sinapsis y, por lo tanto, tienen efectos en los receptores de las neuronas postsinápticas. La reducción de los transportadores de proteínas de serotonina y dopamina pueden disminuir los efectos de “bienestar” de la serotonina (Hariri y Brown, 2006).

## 1.2 Perspectiva cognitiva

El modelo cognitivo asume que la cognición, la conducta y la bioquímica son componentes importantes de los trastornos depresivos. La cognición con un sesgo negativo es un proceso

central en la depresión que se refleja en la “triada cognitiva negativa de la depresión” los pacientes deprimidos por lo general tienen una visión negativa de sí mismos, de su ambiente y del futuro, así a lo largo de su desarrollo generan conceptos negativos llamados esquemas que pueden permanecer latentes y activarse por determinadas circunstancias análogas a experiencias inicialmente responsables de la formación de dichos esquemas y actitudes negativas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010).

Beck, Rush, Shaw & Emery (2010), mencionan que las situaciones desagradables de la vida no necesariamente desencadenan depresión a no ser que debido a la naturaleza de su organización cognitiva la persona esté sensibilizada a un tipo concreto de situación, dentro de esta visión es importante señalar que la visión negativa del futuro puede dar lugar a la ideación suicida y a tentativas suicidas reales.

### 1.3 Perspectiva conductual-contextual

Esta perspectiva se identifica con el análisis de la conducta clínica enfatizando su carácter conductual en el análisis funcional y el conductismo radical enfatizando la conducta verbal. Enfatizan además su base en la filosofía del contextualismo funcional y el estudio de la acción en contexto con una visión de la vida como contextual (Pérez, 2014).

Aunque no hay una respuesta definitiva del por qué se origina la depresión, desde la perspectiva conductual Martin & Pear (2008) plantean que la depresión se experimenta al perder un reforzador potencial o significativamente importante. Esta perspectiva dice que la depresión es un término aplicado a manifestaciones de la conducta en la que los elementos más característicos son el retardo verbal y motor, llanto, tristeza, pérdida de la respuesta de alegría, pérdida de interés, autodevaluación, insomnio y anorexia. Establece

que una depresión se considera “patológica” cuando es evidente que no sirve para restaurar la función adaptativa, cuando es excesivamente grave o demasiado larga con relación a la privación que la causó, o si ha surgido fuera del contexto de una pérdida o privación. Ferster (1973), postuló que la depresión se caracteriza por una reducción en determinados tipos de actividad y por el incremento de otros, puso gran énfasis en el incremento de conductas de huida y evitación sugiriendo que las personas con depresión reciben menos recompensas por sus actividades. En primer lugar, cabe la posibilidad de que estas personas no realicen con suficiente frecuencia actividades que les resulten productivas lo cual reduce la efectividad del refuerzo de esas actividades, en segundo lugar, pueden adoptar conductas motivadas por intentos de librarse de sentimientos de aversión (evitando conductas reforzadas positivamente). Por lo que su conducta está controlada por el refuerzo negativo sobre el reforzamiento positivo.

#### 1.4 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) menciona que la depresión es un trastorno mental frecuente ya que se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo en un estimado de 1 de cada 5 personas. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad afectando más a las mujeres que a los hombres. Además, en el peor de los casos puede conducir al suicidio con un aproximado de 800,000 suicidios al año en todo el mundo siendo el grupo etario de entre 15 y 29 años la población más afectada.

En países de ingresos bajos a medios entre los que se encuentra México, existe más del 80% de incidencia de trastornos depresivos siendo la primera causa de incapacidad, así

4,936,614 personas, 4.2% de la población vive con depresión. De acuerdo a la encuesta Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora (2013), dentro de la población mexicana de entre 18 y 65 años el 7.8% de la población presenta un cuadro de depresión mayor, la prevalencia del episodio depresivo mayor en los hombres es del 2% a lo largo de la vida, mientras que en las mujeres es del 4.5 %. La exposición a las condiciones estresantes de desigualdad y adversidad social aumenta el riesgo de enfermar; a su vez, la presencia de un trastorno mental implica menores oportunidades de desarrollo individual y social, y menores opciones de tratamiento generan un ciclo de reproducción de la pobreza (Medina-Mora, Sarti & Real, 2013).

Sin embargo, los trastornos mentales sobrepasan los límites de las clases sociales y afectan la calidad de vida en todos los estratos. Cuando se evalúa la incapacidad causada por la depresión en “días en cama”, se describe que los pacientes depresivos pasan más tiempo en cama (1,4 días por mes) que los pacientes con cáncer (1,2 días), diabetes (1,15 días) o artritis (0,75 días). Sólo los pacientes con enfermedades cardíacas pasan más tiempo en cama (2,1 días) (Wells, Sturm, Sherbourne y Meredith, 1996).

La Encuesta Mundial de Salud Mental declaró que, en el caso específico de México, las personas que padecen algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos cuando el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada, mientras que aquellas que presentan enfermedades crónicas pierden 14.3 días, las condiciones mentales con mayor impacto son la depresión (40.7 días), ansiedad generalizada (31.5 días) y estrés postraumático (25.8 días). Añadiendo aproximadamente un mes anual sin funcionamiento cada una. Las condiciones generales de mayor impacto en la población son depresión, dolor, insomnio, y enfermedades cardiovasculares. De no existir la enfermedad mental se hubieran evitado 53.7 % de los

días perdidos de funcionamiento. Con estos datos se demuestra que la depresión ocupa el primer lugar de años de vida saludables perdidos, reflejando además que la depresión comienza a desplazar a las enfermedades cardiacas (Benjet, Casanova, Borges, & Medina-Mora, 2013). En cuanto a los días laborales perdidos asociados a la depresión el Consejo Nacional para la Excelencia Tecnológica describe hasta 7 días al mes, cifra que supera cualquier otra enfermedad crónica.

### 1.5 Diagnóstico

De acuerdo con la American Psychiatric Association (2014) en su publicación DSM 5 la depresión se nombra como Trastorno de depresión mayor y sus criterios diagnósticos son:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) *estado de ánimo deprimido* o (2) *pérdida de interés o de placer*.

**Nota:** no incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** en los niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

**Nota:** Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave), pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente a la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

**Nota:** esta exclusión sólo se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

La clasificación internacional de las enfermedades décima revisión (CIE 10) establece que en los episodios típicos de depresión (leve, moderada y grave) la persona que lo padece presenta un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la actividad y cansancio exagerado que puede aparecer aún con un esfuerzo mínimo.

También pueden presentarse:

- a) disminución de la atención y concentración
- b) pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d) perspectiva sombría del futuro
- e) pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) trastornos del sueño
- g) pérdida del apetito.

Síntomas somáticos:

- a) pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
- b) pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras

- c) despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual
- d) empeoramiento matutino del humor depresivo
- e) presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas)
- f) pérdida marcada de apetito
- g) pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes) y
- h) pérdida marcada de la libido.

Durante un episodio depresivo grave, la persona suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o culpa sean importantes, el riesgo de suicidio es notable en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

## 1.6 Tratamientos

Las personas con síntomas depresivos deben buscar qué tipo de tratamiento y qué tipo de profesional deben consultar. El clínico seleccionará un tratamiento psicológico o farmacológico o bien una combinación de ellos, con determinadas dosis y, o programa de citas. Durante el tratamiento el paciente decide en qué medida cumplirá las recomendaciones, durante cuánto tiempo, contra costos económicos, prácticos, físicos y emocionales, reconocidos y no reconocidos, es así que en esta decisión influyen la falta de información y el estigma social que todavía se asocia con las enfermedades y tratamientos psiquiátricos. Al mismo tiempo, la decisión ocurre en un ambiente de debate social, político

y económico, y de tensión entre quienes deciden las políticas, terceros encargados del pago, clínicos, así como entre diferentes tipos de gremios profesionales (Jarrett, 1995). Dicha afirmación sigue siendo una descripción de lo que ocurre en la actualidad con respecto a la elección de tratamientos para la depresión.

Aunque existen dichos tratamientos, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en varios países) no recibe esos tratamientos (OMS 2017).

En México la atención de las enfermedades mentales es deficiente y es bien sabido que el primer servicio que consultan las personas es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, además existe aún un importante estigma social que denigra a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerablemente largo (Medina-Mora et. al., 2003).

Estudios de hogares realizados en población urbana del país documentaron que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales, 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados (Medina-Mora, et. al., 2013).

El tratamiento más frecuente lo ofrecen especialistas no médicos (9%), seguidos por la medicina alternativa (6%); 4.7% de los casos con trastorno en los últimos 6 meses fue atendido por médicos generales y sólo 1.7%, por psiquiatras (Borges, Medina-Mora, Wang, Berglund & Walters, 2006).

Los antidepresivos pueden ser un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, pero no son el tratamiento de primera elección para la depresión leve. Se ha demostrado que los programas preventivos reducen su incidencia tanto en los niños (por ejemplo, mediante la protección y el apoyo psicológico en casos de maltrato físico o abuso sexual) y en los adultos (por ejemplo, mediante la asistencia psicosocial después de catástrofes naturales o conflictos bélicos (OMS, 2017).

La Organización Panamericana de Salud (OPS, 2017) considera que la vulnerabilidad genética con que nacen algunas personas se manifiesta por experiencias en el medio ambiente, que las vicisitudes por las que pasa una persona pueden ponerla en riesgo de enfermar cuando el nivel de estrés es superior al que puede manejar y que el abuso de sustancias psicoactivas aumenta también el riesgo, por lo que se abrieron las puertas a la prevención en sus dimensiones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

La American Psychological Association división 12 establece que no hay suficiente evidencia para establecer qué tipo de psicoterapia es la mejor para tratar la depresión, pero existe apoyo suficiente para decir que los tratamientos con evidencia fuerte de eficacia son la terapia de activación conductual, terapia cognitiva basada en mindfulness, terapia de resolución de problemas, terapia de autocontrol, psicoterapia interpersonal, terapia cognitiva, psicoterapia cognitivo conductual basada en el análisis de sistemas y los tratamientos con evidencia de eficacia modesta pendientes de revisión son la terapia de aceptación y compromiso, terapia enfocada en la emoción, terapia racional emotiva conductual, terapia de reminiscencia y terapia psicodinámica.

Uno de los tratamientos psicológicos de primera elección para el tratamiento de la depresión unipolar no endógena que ha demostrado eficacia en comparación con la

medicación y grupo placebo ha sido la terapia cognitiva de la depresión de Aaron Beck la cual pretende ayudar a las personas a descubrir su pensamiento distorsionado y funcional, poner en tela de juicio la realidad y utilidad de su pensamiento y conducta para así reemplazarlos por pensamientos y conductas más adaptativas que permitan un mejor funcionamiento intra e interpersonalmente, no pretende curar a la persona, sino ayudarla para que desarrolle mejores estrategias de afrontamiento para llevar a cabo su vida (Caro 2007).

La perspectiva conductual plantea que existen casos en los que la depresión es superada con gran facilidad ya que puede resultarles fácil encontrar reforzadores que compensen la pérdida de los mismos, a diferencia de aquellos que padecen depresión crónica a quienes se les dificulta encontrar reforzadores significativos. Desde la época de los años 70, los tratamientos conductuales han demostrado ser eficaces al aumentar la frecuencia de los refuerzos significativos contingentes en la vida de las personas con depresión (Martin & Pear, 2008). Esto significa que han de exponerse a situaciones que aumenten la probabilidad de obtener un refuerzo significativo para ellos, además ya que buena parte de las actividades y refuerzos están mediados por la intervención de personas, se considera que también es necesario hacer un entrenamiento en habilidades sociales.

Lewinson, Hoberman, Teri & Hautzinge (1985), propusieron un enfoque comportamental el cual establece un punto de vista funcional entre una relación causal entre una baja tasa de refuerzo y la disforia, el mantenimiento de las conductas depresivas por refuerzo social y la falta de habilidades sociales como principal determinante de la baja tasa de reforzamiento, integra además aspectos situacionales (ambientales y de respuesta) como no situacionales (factores predisposicionales) teniendo en cuenta los aspectos cognitivos.

## 1.7 Comorbilidad

El DSM 5 (2014) menciona seis trastornos frecuentes con los que la depresión puede presentar comorbilidad, es decir con los cuales se puede presentar simultáneamente y de los cuales es importante considerar tanto para el diagnóstico como para el tratamiento:

**Trastornos por abuso de sustancias:** Sus características principales son la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona consume sustancias como pueden ser, alcohol, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes o tabaco, sin importar los problemas significativos relacionados con la sustancia como pueden ser el tiempo invertido en el consumo, que las actividades diarias de la persona giren en torno a consumir, el tener una gran urgencia por el consumo de la sustancia, que exista un incumplimiento de los deberes fundamentales de la persona así como el abandono de actividades sociales o recreativas y el seguir consumiendo a pesar de conocer que tiene un problema ya sea físico o psicológico que pueda estar relacionado con el consumo. Es importante considerar el papel que desempeña la depresión y su relación, en este caso puede ser como parte del efecto producto de diversas sustancias, por lo tanto no es tratable a nivel psicológico y el que es por el malestar que se produce por el abuso de sustancias y hasta cierto punto independiente de la sustancia que genera estados depresivos por la percepción del deterioro de las relaciones sociales, esta última es tratable psicológicamente.

**Trastorno de pánico:** Se caracteriza por la aparición súbita de miedo o malestar intenso alcanzando su máxima expresión en minutos y en ese tiempo pueden presentarse, aumento en la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor, dificultad para respirar o sensación de

asfixia, náuseas, parestesias, despersonalización, desrealización, miedo a perder el control o miedo a morir. Es común que las personas que sufren de ataques de pánico presenten episodios de depresión por la angustia constante. Pero así mismo puede ocurrir lo contrario, que las personas con depresión presenten episodios de pánico sin razones aparentes.

**Trastorno obsesivo-compulsivo:** Caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones donde se puede definir obsesión como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos o no deseados y compulsión como conductas repetitivas o actos mentales que una persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o a reglas que deben aplicarse rígidamente. El contenido de estas obsesiones y compulsiones es variado, pero es común encontrar obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza, obsesiones de simetría y repetición y compulsiones de contar y del orden, obsesiones sexuales o de agresión y compulsiones relacionadas con la religión, obsesiones con hacerse daño a sí mismo o a otros y compulsiones de comprobación. Es común que las personas con TOC presenten una angustia asociada a las manifestaciones del trastorno lo que suele sumirlas en un estado de sufrimiento profundo, además si se considera que los pensamientos obsesivos suelen dirigirse hacia sí mismos la autoestima puede ser desgastada promoviendo estados depresivos, en muchos casos el aislamiento social se vuelve común por las dificultades propias de cada trastorno.

**Anorexia nerviosa:** Se caracteriza por la restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo el curso del desarrollo y la salud física, miedo intenso a ganar peso o a engordar o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso

significativamente bajo, así como una alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución.

**Bulimia nerviosa:** Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de una cantidad de alimentos que es superior a lo que la mayoría de personas consumiría en un determinado período de tiempo, comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso como vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo una autoevaluación influida por la constitución y el peso corporal.

**Trastorno límite de la personalidad:** Caracterizado por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, impulsividad intensa, comenzando en las primeras etapas de la edad adulta presente en diversos contextos.

## Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso, pronunciada como (ACT) por sus siglas en inglés (Acceptance and Commitment Therapy), es una de las terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta, se sustenta en una filosofía contextual de la ciencia, una teoría del lenguaje y la cognición llamada Teoría del Marco Relacional (TMR), así como una concepción de la psicopatología y de la terapia. El acrónimo ACT se utiliza en inglés y en español ya que en inglés encapsula el modelo:

**A** = Accept your thoughts and feelings, and be present (aceptar tus pensamientos, sentimientos y estar presente)

**C** = Choose a valued direction (elegir una dirección valiosa)

**T** = Take action (tomar acción)

Luoma, Hayes & Walser (2017) mencionan que ACT es un modelo de salud ya que entiende que el sufrimiento es universal y su causa es la intromisión del lenguaje en áreas en las que no es funcional o no es útil. Así el proceso terapéutico muestra que el problema no es la existencia de sentimientos, pensamientos o sensaciones desagradables presentes ante un estímulo desagradable, más bien el problema es la reacción o lo que se hace cuando ocurre dicho estímulo.

Esta terapia asume que la base del sufrimiento humano y el núcleo de la psicopatología es la inflexibilidad psicológica. No pretende cambiar, reducir o quitar la experiencia privada desagradable, más bien pretende alterar su función a una forma flexible para que así el comportamiento sea regulado por valores y no por el contenido de la experiencia interna ante el evento (Wilson & Luciano, 2002; Hayes & Strosahl, 2004).

Así (Luoma, et al., 2017) definen la ACT como una intervención psicológica que se basa en principios modernos de comportamiento y evolución incluida la teoría del marco relacional y que además utiliza procesos de consciencia plena, aceptación, compromiso, así como procesos de cambio conductual y la creación de flexibilidad psicológica. En esta intervención ACT trataría de alterar la función de los eventos privados, generando un repertorio flexible en la persona ante la presencia de dichos eventos de manera que la persona aprenda a hacer diferentes cosas útiles ante la presencia de eventos privados con funciones aversivas, por lo que es un tratamiento centrado en la realización de acciones valiosas propias de la persona, que entiende el dolor como algo consustancial a la propia existencia y que el resistirse a ese dolor es la causa del sufrimiento patológico.

La estrategia clínica de ACT es el análisis funcional de la conducta de la persona por lo que apela a su propia experiencia. Sus métodos clínicos son formulaciones poco literales, como metáforas, paradojas y ejercicios experienciales como la desesperanza creativa la cual sitúa a la persona con la paradoja de intentar controlar o eliminar sus experiencias privadas dolorosas y constatar que eso solamente le ha ayudado parcialmente o a corto plazo (Páez & Montesinos, 2016).

## 2.1 Filosofía contextual de la ciencia: Contextualismo funcional

El Contextualismo Funcional es una perspectiva científica que tiene como objetivo incrementar la frecuencia y variedad de comportamientos útiles para mejorar la condición humana. Hayes, Barnes- Holmes y Wilson, 2012 explican las 6 características centrales del contextualismo funcional:

**1. Contextualismo:** La metáfora radical del contextualismo es la conducta en el contexto, un evento solo cobra sentido si se considera la situación en la que se produce, por lo que

ningún pensamiento, sentimiento o recuerdo será problemático, patológico o disfuncional y la forma de entenderlos dependerá de su función en el contexto en el que se desarrolla , contemplando que el sentir y pensar no son las causas del hacer, enfatizando un criterio de verdad pragmático el cual es la acción efectiva, entrando en la validez de las afirmaciones siempre y cuando éstas puedan predecir e influir en la conducta (acción efectiva).

**2. Funcionalismo:** El estandarte para explicar la conducta es su función o propósito en el contexto en el que ésta se desarrolla por lo que la conducta se definiría en dichos términos como “conductas equivalentes funcionalmente y topográficamente distintas” guiando así las intervenciones terapéuticas a la causa funcional del problema.

**3. Monismo:** Se interesa por la naturaleza científica de los eventos privados, recuerdos, emociones, sensaciones corporales etc. En el análisis de conducta se establece que los eventos privados son ejemplos claros de conducta que suceden dentro del individuo.

**4. No mentalismo:** Las explicaciones causales de la conducta se limitan a eventos externos, accesibles. No niega que los eventos privados influyen en la conducta, pero se considera que es más útil explicar la conducta apelando a determinantes externos, observables, accesibles y manipulables.

**5. No reduccionismo:** Conserva el análisis científico en el nivel de relación ambiente–conducta, sin negar procesos biológicos.

**6. Ideográfico:** Demuestra el control experimental preciso sobre la conducta de los sujetos individuales ya que los principales objetivos del análisis de conducta son la predicción e

influencia sobre la conducta, por lo que sus estudios son replicados en intervenciones definidas funcionalmente y no topográficamente.

## 2.2 Teoría del lenguaje y la cognición: Teoría del marco relacional (TMR)

ACT plantea que el lenguaje juega un papel fundamental en el desarrollo del sufrimiento humano, por lo que el malestar no se da por la mera presencia de eventos privados desagradables (pensamientos, emociones, sentimientos, sensaciones corporales, etc.) sino por el papel que esos eventos privados adquieren en la regulación de la conducta dejando de lado los valores de la persona. La mayoría de los seres humanos utilizamos constantemente el lenguaje ya sea de forma (pública) al hablar o de forma (privada) al pensar. El lenguaje permite a los seres humanos comunicarse, predecir el futuro, resolver problemas, desarrollar leyes y reglas para regular el comportamiento propio y de los demás, pero también puede considerarse como un arma de doble filo ya que a la par permite elaborar creencias de odio hacia sí mismo o hacia los demás, formar opiniones negativas sobre sucesos, obsesionarse con eventos dolorosos e incluso planear cómo actuar ante una circunstancia aunque ese actuar resulte poco eficaz a largo plazo para los objetivos personales (Páez & Montesinos, 2016).

La TMR es una teoría del lenguaje y la cognición humana que explica cómo es que las personas adquieren y desarrollan el lenguaje y sus funciones, al ser componentes centrales y comunes presentes en todos los asuntos humanos, se centra en las relaciones derivadas de estímulo (una relación entre dos o más estímulos que no se ha entrenado o enseñado directamente y no se basa únicamente en las propiedades físicas de los estímulos) para dar razón a la especificación de contingencias y de la conducta gobernada por reglas, así el punto central de las actividades humanas complejas implica un control relacional o

simbólico de los estímulos (Wilson y Luciano, 2002). Al ser una teoría contextual se atiene a las características propias del contextualismo.

Establece que responder de forma relacional es responder a un evento en términos de otro y ya que un estímulo es definido verbalmente cuando parte de sus funciones vienen dadas por su participación en un marco relacional, en donde un marco relacional es un patrón particular de respuesta controlada contextual y arbitrariamente aplicable que tiene ciertas características, estableciéndose por reforzamiento diferencial de tipos de respuesta a través de distintos ejemplos, pero siempre en presencia de claves relacionales o contextuales que sólo pueden ser abstraídas funcionalmente si se emplean a través del reforzamiento en múltiples ejemplos en los que los elementos físicos de los estímulos o el tipo de respuesta cambian de unos a otros. Cuando este entrenamiento tiene lugar el organismo no responde al contenido físico, sino al marco relacional que son las claves contextuales establecidas históricamente de forma que cuando el organismo responde su respuesta es enmarcar los eventos relacionamente. Comprender estas relaciones derivadas de estímulo permite entender porque respondemos a un estímulo en términos de otro en ausencia de experiencia directa previa con el nuevo o porque se alteran las funciones de un estímulo sin que haya algo que explique su función reforzante o aversiva (Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2010).

A su vez un marco relacional está regulado por dos configuraciones contextuales que se pueden identificar entre sí: **el contexto funcional** (determina cuáles son las funciones que se transformarán en una red de relaciones) y **el contexto relacional** (determina cuándo y cómo se relacionarán los acontecimientos). Estas configuraciones permiten realizar una manipulación cuando se necesita información o cuando se requiere una mayor flexibilidad de respuesta cognitiva, es necesario considerar que, ya que los marcos relacionales se

aprenden arbitrariamente, no es posible controlar el contexto relacional de una manera perfecta en la que no haya relaciones inadecuadas ya que una relación puede ser inhibida pero no puede ser completamente desaprendida (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015).

Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001) hablan de 9 tipos de marcos relacionales que son:

**Coordinación:** establece una relación entre estímulos de identidad, semejanza o similitud (lo mismo que) estas relaciones son las más simples y son las primeras que se establecen.

**Oposición:** implica responder a claves de oposición entre estímulos (lo opuesto de), produciéndose después de las de coordinación, incluye la dimensión respecto de la cual se establece la oposición.

**Distinción:** implica responder a un evento en términos de sus diferencias con otro en alguna dimensión (diferente a) sin llegar a ser un marco de oposición.

**Comparación:** implica responder a un evento respecto de otro sobre alguna base de dimensión cualitativa o cuantitativa, (tamaño, velocidad, apariencia etc.), (mejor/peor, largo/corto).

**Espacial:** se refiere a las relaciones que tratan de la situación de los objetos o aspectos de éstos en el espacio, relación unos de otros (arriba/abajo), el resultado es un tipo de relación que permite organizar elementos y eventos.

**Jerarquía:** (X es parte de Y) son relaciones que comparten un patrón básico de comparación, se relaciona el estímulo y los atributos de un evento o estímulo en cuestión.

**Temporal:** estos marcos comparten el patrón básico de los marcos comparativos, aquí se distinguen relaciones temporales en un sentido no arbitrario, unidireccional y especificado por el cambio en las contingencias y se distinguen la abstracción de las dimensiones físicas sobre la base de marcos comparativos, temporales y causales asentándose en actividades metafóricas (antes/después).

**Causal y condicional:** se entienden como la construcción de causas atendiendo a relaciones no arbitrarias y arbitrarias aplicándose también a las condicionales (si-entonces).

**Deíctica:** implican una constante como la clave desde la que el individuo establece relaciones, destacan las de abstracción que se produce por la discriminación de relaciones básicas, esto contiene relación entre el objeto y la persona formando repertorios del yo como perspectiva, como contexto y trascendencia (yo/aquí/ahora vs tú/allí/entonces).

Así el comportamiento que ha sido aprendido de acuerdo con Hayes, Strosahl y Wilson, (2015) presenta tres propiedades bajo un control contextual: implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de la función estimular.

**Implicación mutua:** El aprendizaje de una relación en una dirección, implica también otro aprendizaje en la dirección opuesta (Si A y B se relacionan en el mismo contexto entonces B y A también lo harán).

**Implicación combinatoria:** Esas relaciones mutuas se pueden combinar (Si A se relaciona con B y B se relaciona con C, entonces A se relaciona con C).

**Transformación de la función estimular:** La transformación de estímulo está implícita en todas las relaciones derivadas, pero un mayor entrenamiento puede conseguir un mayor

control contextual, las claves que controlan la transformación de la función estimular son distintas de las que controlan la clase de relación.

Esta teoría asume tres tipos funcionales de regulación verbal del comportamiento llamadas conductas gobernadas por reglas que son: *pliance*, *tracking* y *augmenting*, se van desarrollando de forma paulatina en el desarrollo personal cumpliendo su característica ideográfica, permitiendo formas más complejas de regulación dentro de la transformación de funciones (Luciano, Valdivia, Gutiérrez & Páez, 2006):

Törneke, (2016) define estos tres tipos de conductas gobernadas por reglas:

- **Pliance:** es una conducta que está bajo el control de una historia de reforzamiento mediado socialmente por la correspondencia entre la conducta y los estímulos verbales antecedentes en la que dicho reforzamiento es en sí mismo proporcionado con base en un marco de coordinación entre la regla y la conducta. Aquí las consecuencias se consiguen por el hecho de cumplir la regla y las consecuencias las aplica la persona que generó la regla.
- **Tracking:** es una conducta bajo el control de una historia de correspondencia entre la regla y la manera en la que el contexto está dispuesto independientemente de la formulación de la regla. Son reglas asociadas directamente a las consecuencias que se obtienen de la conducta independientemente de quien ha enunciado la regla.
- **Augmenting:** es una conducta debida a redes relacionales que alteran el grado en que los eventos funcionan como consecuencias, es decir, aumenta o disminuye la probabilidad de que ese estímulo como consecuencia influya en la conducta.

### 2.3 Concepción de la psicopatología: Inflexibilidad psicológica o trastorno de evitación experiencial

ACT ofrece una alternativa transdiagnóstica de la psicopatología distinta a la de los sistemas de clasificación de enfermedades tradicionales DSM y CIE, la cual se asienta sobre una base funcional común a problemas diferenciados topográficamente.

Esta concepción se refiere a un patrón recurrente en el que la persona trata de cambiar o quitar eventos privados incómodos alterando la forma o frecuencia de éstos, así como las condiciones que los generan consiguiendo así un alivio inmediato pero temporal en donde la conducta estaría interfiriendo con los valores de la persona (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Páez, 2006).

#### 2.3.1 *Procesos de inflexibilidad psicológica*

**Predominio del pasado y futuro conceptualizados/Autoconocimiento limitado:** Es el proceso bajo el cual la fusión y evitación tienden a mantener la atención en la conceptualización pasado o futuro presentándose en forma de rumiación y preocupación respectivamente (Luoma, Hayes & Walser, 2017). Implica a su vez que exista una reducción de la capacidad de mantener conciencia plena sobre lo que sucede en el ambiente, también genera un decremento en el autoconocimiento de sentimientos, pensamientos, sensaciones y recuerdos del momento presente. También cuando la conceptualización pasado o futuro domina el momento presente la conducta tiende a estar controlada por pensamientos y sentimientos condicionados que resultan en más de lo mismo que ocurrió en el pasado cerrando nuevas posibilidades.

**Evitación experiencial:** es una parte básica del ser humano, se crea con el lenguaje y se amplifica por la cultura siendo los intentos de controlar o alterar la forma, frecuencia, o la

sensibilidad de la experiencia interna (pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos) ante un evento precipitante incluso cuando esos intentos impliquen un daño conductual (Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strohsal, 1996). Es común que ante la presencia de malestar o angustia o cualquier otra función verbal aversiva se produzca la necesidad de aplacar tal función, la forma de hacerlo dependerá de la propia historia. Las características de la evitación experiencial son:

1.- Su naturaleza es verbal y así es como se regula, con frecuencia resulta efectiva a corto plazo ya que alivia la experiencia negativa produciendo a largo plazo una limitación en la vida de la persona. Esto significa que hay una regla verbal sobre la evitación ya que de acuerdo con contingencias pasadas evitar ha producido un efecto inmediato en la reducción del malestar.

2.- Se trata de una clase funcional limitante. La persona ha aprendido a responder a eventos privados vividos de forma aversiva con distintas topografías todas bajo la misma premisa o función: (aliviar el malestar). La conducta de evitación estaría siendo reforzada negativamente por la clase funcional de respuestas sumándose además al refuerzo cultural de estar haciendo todo lo posible por procurar sentirse bien. La naturaleza paradójica se crea cuando la persona se implica en hacer lo que debe hacer para eliminar el sufrimiento y lo que obtiene a largo plazo es que aquello que le hace sufrir esté cada vez más presente imposibilitando el vivir una vida valiosa. Cabe destacar que la evitación experiencial es patológica cuando los valores de la persona están siendo limitados.

**Fusión cognitiva:** Hayes & Strosahl, (2004) la definen como la tendencia del ser humano de interactuar con los eventos sobre la base de las funciones verbales atribuidas al evento

en lugar de las funciones directas sin tener en cuenta el marco relacional en el que se establecen dichas funciones. El evento y lo que se piensa acerca del mismo se fusionan dando la impresión de que el constructo verbal no está presente, la consecuencia de esto es que el repertorio se reduce porque las relaciones verbales en esencia reestructuran el contacto con los eventos de tal forma que se sigue manteniendo la misma red verbal.

La conducta gobernada por reglas contiene un marco relacional que es relativamente sensible a las consecuencias que rodean el cumplimiento de reglas, pero relativamente insensible a las consecuencias directas y programadas de otro tipo.

**Apego al yo conceptualizado:** Hace referencia a cuando la persona se encuentra fusionada con una visión del “yo” construida verbalmente y que se basa en un modo mental de resolución de problemas considerando que eso es la verdad. Esto resulta problemático porque en algunas ocasiones no se tiene conciencia del sentir o de lo que se experimenta y es difícil distanciarse de los contenidos de la mente. La vinculación al yo concepto puede llevar a una distorsión o reinterpretación de aquellos acontecimientos que resulten inconsistentes con el concepto del yo (Hayes, Strosahl & Wilson 2015).

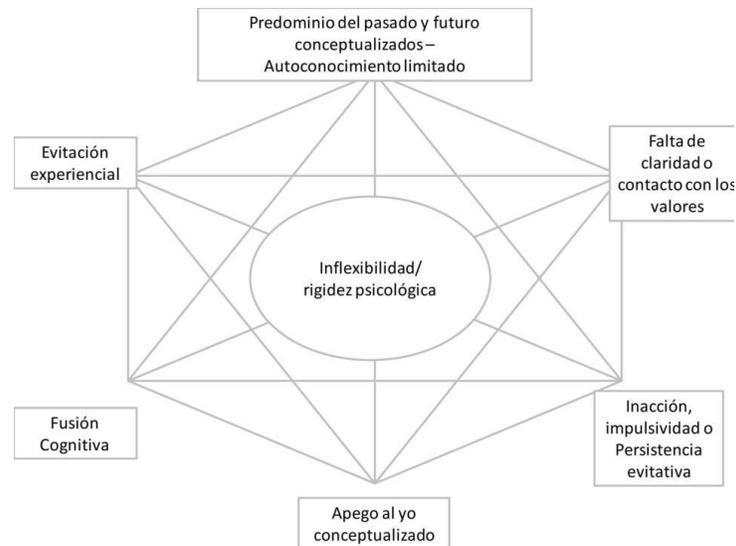
**Falta de claridad o contacto con los valores:** Se refiere al deterioro de la capacidad de reconocer y seguir una dirección basada en valores. La fusión y la evitación experiencial no favorecen la acción hacia una vida más plena (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015).

**Inacción, impulsividad o persistencia evitativa:** están asociados a la fusión, evitación y el yo conceptualizado, cuando aparecen se observa una pérdida en la flexibilidad psicológica, así como de mantener metas a largo plazo. La impulsividad se manifiesta cuando hay un pobre compromiso con las metas a largo plazo o los valores, trata de cumplir metas a largo

plazo, pero pierde la perspectiva de lo que es importante y valioso para la persona (Luoma, Hayes & Walser 2017).

### Figura 1

*Haxaflex: Modelo de inflexibilidad psicológica*



*Nota.* La figura representa la conexión entre los procesos de inflexibilidad psicológica, Adaptado de *Terapia de Aceptación y Compromiso, Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)* (p. 108), por Hayes, Strosahl & Wilson, 2015, Desclée De Brouwer

#### 2.3.2 Procesos de flexibilidad psicológica

**Atención flexible al momento presente:** Es el proceso de mantener la atención en el momento presente, observar lo que pasa alrededor y dentro de uno mismo sin prejuicios y

atendiendo a los hechos, emociones, pensamientos y sentimientos que se presenten en el aquí y ahora.

Hayes, Strosahl & Wilson (2015) mencionan que se refiere a vivir de manera flexible el aquí y el ahora, asumiendo que solamente existe el ahora y que el resto de la experiencia humana consiste en historias o recuerdos sobre el pasado y construcciones del futuro, estos recuerdos, historias y construcciones son el pasado y junto con el futuro no tienen lugar.

Es esta parte se pretenden desarrollar las destrezas siguientes:

- 1) **Centramiento de la atención:** darse cuenta de lo que ocurre.
- 2) **Ampliación de la atención:** darse cuenta de qué otras cosas ocurren.
- 3) **Distribución flexible de la atención:** adaptar de forma adecuada el foco y la amplitud de su atención a la situación.

**Aceptación:** Es el exponerse a los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones que pueden temerse o causar conflicto, sin tratar de modificarlos ni habituarse o extinguirlos. Con el objetivo de abrirse al sentimiento buscando seguir adelante con lo que se considera valioso y cumplir sus objetivos.

Es la adopción voluntaria de una postura intencionadamente abierta, receptiva, flexible y exenta de juicios en el momento presente. Es “estar dispuesto” a entrar en contacto con las vivencias internas negativas o con situaciones, acontecimientos o interacciones que tengan probabilidad de desencadenarlas.

Es un proceso de desarrollo que no permanece constante, es una forma de actitud abierta a la vida y tiene que ser vivida en cada momento, no es ceder ya que parte de tomar el

momento presente y aceptar cuando hay un momento de cambio, no es fracasar, ya que pretende reconocer que una estrategia específica no ha funcionado, no es tolerar, es más una función que una técnica, se trata de elegir en función de valores.

Por el contrario, la evitación vivencial reduce el contacto con la manera en que el presente se conecta con la historia disminuyendo la inteligencia vivencial, corre el riesgo de no saber qué es lo que se está evitando lo que a su vez significa que no se tiene la oportunidad de considerar si es eso lo que se desea hacer, conduce a la evitación de acciones y situaciones particulares.

**Defusion:** Se refiere a establecer un contacto directo con los fenómenos verbales como son realmente y no como lo que dicen ser. Su objetivo no es eliminar el contenido verbal, su objetivo es reducir el efecto automático sobre la conducta de manera que haya una autorregulación conductual. Es el proceso en el que se intenta separar los pensamientos como pensamiento, las emociones como emociones y los recuerdos como recuerdos, de tal manera que la persona pueda seguir con su vida a pesar del malestar ya que la defusion permite que se separe las emociones y pensamientos de malestar que evitaban que se pudiera seguir con su vida diaria, incrementando así la posibilidad de aceptación.

Este proceso intenta relacionar a la persona con sus pensamientos regulando el lenguaje alterando su función y conteniéndolo en un mayor control contextual con la finalidad de disminuir su impacto e influencia en la conducta. Para esto es necesario adoptar una forma de flexibilidad cognitiva. De acuerdo con Harris (2016) la defusion no es una estrategia de control sino una estrategia de aceptación, esto significa que se trata de acoger los pensamientos no de tolerarlos, no significa que necesariamente deban gustar los sentimientos y pensamientos incómodos, más bien es dejar de luchar contra ellos.

- **Dimensiones del “yo”**

ACT considera que el sufrimiento humano es el resultado de la sobre-extensión de una relativa debilidad en el sentido del “yo” y las relaciones verbales arbitrarias las cuales pueden dar lugar a un embrollo cognoscitivo (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015).

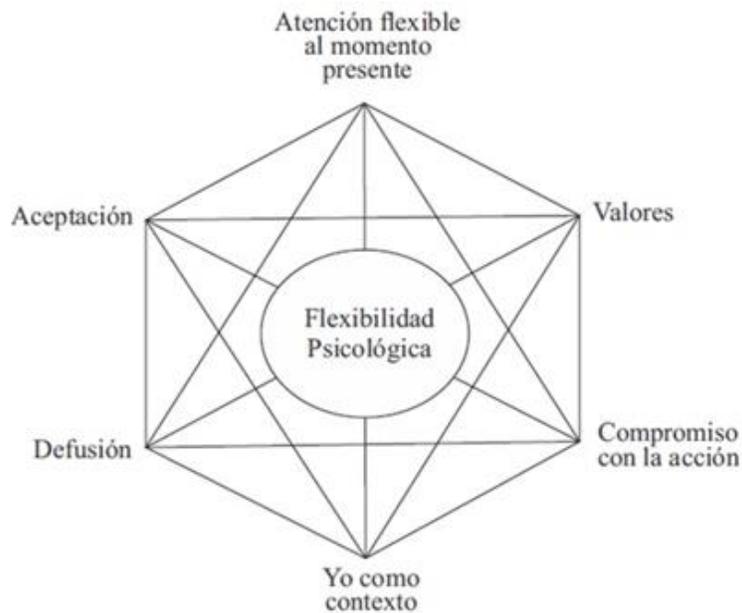
- 1) **“Yo” como concepto:** Se refiere a una visión del “yo” construido verbalmente que puede ser positivo o negativo basado en un modo cognoscitivo de resolución de problemas el cual la mayoría de las personas defienden en la terapia. Sin una necesidad puede estrechar el repertorio de acción y la fusión puede dar lugar a una distorsión de los acontecimientos que resulten inconscientes con el concepto del “yo”.
- 2) **“Yo” como contexto:** Se trata de diferenciar y hacer entender al paciente que él no es el problema, sino que es diferente de las emociones, pensamientos o recuerdos que tiene. No identificarse con el malestar y que confirme su propio sentido de identidad que trascienda lo literal.

**Valores:** Producir en el paciente las condiciones para que pueda esclarecer sus metas en función de sus valores o lo que es valioso para él dividiendo así las relaciones entre sentir, pensar y actuar que haya generado. Los terrenos que pueden ser valiosos puede ser la familia, las relaciones íntimas, la amistad, el crecimiento personal, la espiritualidad, etc., eligiendo el camino que considera adecuado para llegar a ellos convirtiéndose así en la dirección a tomar.

**Compromiso con la acción:** Lograr que el paciente se comprometa con las metas definidas por el mismo con aceptación del malestar y consciente de los obstáculos que puedan aparecer.

## Figura 2

*Hexaflex: Modelo de flexibilidad psicológica*



*Nota.* La figura representa la conexión entre los procesos de flexibilidad psicológica, Adaptado de *Terapia de Aceptación y Compromiso, Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)* (p. 109), por Hayes, Strosahl & Wilson, 2015, Desclée De Brouwer

### Terapia de aceptación y compromiso como tratamiento para la depresión

La ACT ha sido utilizada como tratamiento para la depresión en personas adultas con distintas comorbilidades como, por ejemplo, pacientes con cáncer y ansiedad (Pérez & Uribe, 2016), ancianos institucionalizados (Ruiz, Cangas & Barbeso 2014), pacientes con ansiedad y síntomas psicóticos (Patrón, 2013), ansiedad y estrés postraumático (Bardeen & Fergus, 2016).

Específicamente tratamientos para depresión sin comorbilidad con otro padecimiento en población adulta, Folke, Parling & Melin (2012), realizaron un ensayo clínico aleatorizado con 32 pacientes trabajadores con licencia por enfermedad que cumplieron con criterios de depresión de acuerdo al DSM, el estudio consistió en dos grupos, el grupo control con 16 pacientes y el grupo experimental con 16 pacientes a quienes se les proporcionó tratamiento con ACT por 6 sesiones grupales y una individual obteniendo que a quienes se les había proporcionado tratamiento con ACT mejoraron significativamente la sintomatología depresiva, salud en general y calidad de vida indicando que ACT puede ser un prometedor tratamiento para la depresión.

Zettle, Rains & Hayes (2011) realizaron un reanálisis del estudio realizado por Zettle y Rains en 1989 en el cual establecieron una comparación entre terapia cognitiva y terapia de aceptación y compromiso para tratamiento de la depresión encontrando que ambas terapias eran efectivas para la mejoría de la depresión y específicamente ACT reducía específicamente la creencia en los pensamientos y emociones depresógenas.

En un estudio controlado con una muestra de 49 adultos que cumplían criterios para depresión Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse (2010) encontraron que después de una

intervención de ACT de dos horas a la semana por ocho semanas la sintomatología depresiva reducía manteniéndose después de tres meses de seguimiento.

Por otro lado, Kohtala, Lappalainen, Savonen, Timo, & Tolvanen, (2015), reportaron que después de una intervención breve de 4 sesiones con 28 personas finlandesas que cumplieron los criterios de depresión del BDI la sintomatología depresiva disminuyó y además los resultados se mantuvieron después de 6 meses de seguimiento.

Tamannaefar, Gharraee, Birashk, & Mojtaba, (2014), realizaron un estudio donde comparaban la eficacia de ACT frente a la Terapia Cognitiva en pacientes que cumplían los criterios de depresión de acuerdo con el BDI encontrando que después de 12 sesiones de intervención no hubo diferencias significativas en la mejoría de ambos grupos.

#### Planteamiento del problema:

La depresión ha sido atendida desde diferentes perspectivas tanto psiquiátricas como psicológicas y en varias de ellas se ha mencionado que existe eficacia empíricamente validada, no obstante aún se presentan casos en los cuales la eficacia no ha resultado, principalmente cuando los pacientes no son susceptibles a la modificación o reestructuración cognitiva o bien cuando en algunos otros modelos que requieren la modificación de sus sistemas familiares se encuentra que requerirán un cambio a nivel de todo el sistema para una mejora individual, situación que tampoco es favorable en algunos contextos. Además, la creciente investigación de la Terapia de Aceptación y Compromiso, la tasa de recaídas una vez superada la depresión y el considerable aumento de los casos de la misma conlleva a probar más tratamientos que resulten eficaces. Considerando dichos

factores se pretende conocer la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en población mexicana.

#### Justificación:

De acuerdo a la American Psychological Association división 12, ACT es una de las terapias denominadas de tercera generación o contextuales y su eficacia ha sido comprobada en distintos trastornos incluida la depresión mayor con resultados favorables. Por otro lado, la depresión es una de las alteraciones mentales más comunes e incapacitantes implicando que quienes la experimentan presenten deterioros en distintas áreas como son, la memoria, atención, relaciones interpersonales, productividad, salud física y mental etc., teniendo en cuenta estos argumentos y considerando que son pocas las investigaciones que aborden intervenciones de ACT en población mexicana con sintomatología depresiva es necesario realizar más investigaciones con la finalidad de aumentar la disponibilidad de recursos basados en evidencia científica para la intervención de distintos trastornos mentales.

#### Pregunta de investigación:

¿Existe eficacia en el tratamiento con la Terapia de Aceptación y Compromiso para la reducción de síntomas en personas con Trastorno Depresivo Mayor?

#### Objetivos:

- Emplear ACT en personas con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor
- Valorar los cambios en las personas durante el proceso de tratamiento
- Valorar los cambios en las personas después del tratamiento con ACT

### Hipótesis:

El tratamiento con ACT para la depresión es efectivo en la reducción de los síntomas del Trastorno Depresivo Mayor.

-Existen diferencias significativas en las personas que padecen depresión antes y después del tratamiento con ACT.

### Método

Cuantitativo mixto: (cuantitativo y cualitativo)

Diseño cuantitativo:

Cuasi experimental de tipo ABA

Muestreo:

No probabilístico de sujetos tipo, interesados en atención psicológica gratuita y voluntaria, mediante convocatoria por internet.

Participantes:

Criterios de inclusión: Asistir a consulta psicológica. Presentar puntajes del Inventario de Depresión de Beck mayores de 14. Ser mayores de edad. Aceptar por medio de un consentimiento el que sus datos sean empleados para la presente investigación.

Criterios de exclusión: Presentar estados alterados de la conciencia de tipo psicótico, delirante o deterioro cognitivo mayor. Estar bajo el consumo de drogas duras o sintéticas. Ser menor de edad. No firmar el consentimiento informado. Estar bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico.

## Descripción de los instrumentos utilizados

### 1. Inventario de Depresión de Beck (BDI).

El BDI, fue desarrollado por Aaron Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica además su uso no se limita únicamente con población estadounidense (Beck & Steer, 1984; Mukhtar & Tian, 2008).

Es un autoinforme con 21 ítems, que refieren síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta.

El Inventario de Depresión de Beck, IA (BDI-IA), estandarizado en población mexicana cuenta con una confiabilidad de alfa de Cronbach = 0.87. Los puntajes de severidad de síntomas van 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. El punto de corte establecido para la población mexicana fue de 10 puntos (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, & Varela, 1998).

### 2. Análisis funcional de la conducta

Permite explorar detalladamente la relación entre conducta y variables ambientales, a su vez explicando el efecto de una conducta en el contexto junto con las contingencias que refuerzan esa conducta.

Se obtiene a través de la realización de una entrevista semiestructurada en la cual se van obteniendo las relaciones causa efecto de la conducta.

## Procedimiento

Método de recolección de participantes: Se realizó una convocatoria por internet para atención individual gratuita a personas con depresión, a los interesados se les concertó una cita para la fase de valoración diagnóstica.

### Fase 1: Valoración diagnóstica

Una vez que llegaban los participantes a sesión se les explicó que la atención sería otorgada si cumplían con los requerimientos de los criterios de inclusión, para lo cual debía aplicarse una entrevista semiestructurada y el cuestionario BDI, se les informó que los resultados obtenidos se utilizarían para una investigación y firmaban un consentimiento informado. Si presentaban un puntaje mayor a 14 se les invitaba a la siguiente fase.

### Fase 2: Aplicación de ACT

Una vez cumplida la fase de evaluación se entregó un nuevo consentimiento informado donde se informó que se grabarían las sesiones y que los datos obtenidos serían publicados manteniendo el anonimato del participante, se establecieron objetivos del mismo y se procedió a la aplicación de ACT. Las sesiones fueron llevadas a cabo por una psicóloga entrenada en la aplicación de ACT. La duración de las sesiones fue de 8 a 16 sesiones de 60 min cada una.

Durante éstas se desarrolló el análisis funcional de la conducta de cada participante considerando los siguientes elementos: evento que detona la conducta problema, eventos privados, conducta (ej., dormir, comer en exceso, ver televisión, pasar varias horas en redes sociales, no bañarse etc.), consecuencias a corto plazo y consecuencias a largo plazo

Se entrenaron los seis procesos de flexibilidad psicológica planteados por ACT

Proceso: Consciencia del momento presente

- Objetivo: Experimentar de forma directa la experiencia y prestar atención a lo que es necesario para ejecutar conductas orientadas a valores.
- Técnicas empleadas: Desesperanza creativa,

Proceso: Defusion

- Objetivo o meta: Desconectar a la persona del control de estímulos verbales para reducir el impacto de la transformación de funciones estimulares ante un evento verbal.

Proceso: Yo contexto

- Objetivo: Que la persona deje de reaccionar a sus contenidos verbales que son considerados como su identidad personal y en su lugar busque un sentido de identidad que vaya más allá de lo literal.

Proceso: Aceptación

- Objetivo: Experimentar a voluntad plenamente y sin defensas la experiencia.

Proceso: Conexión con valores

- Objetivo: Que la persona esclarezca cuales áreas de su vida son valiosas.

Proceso: Compromiso de acción

- Objetivo: Establecer las acciones comprometidas que la persona debe llevar a cabo que vayan acorde a sus propios principios por una vida valorada y ejecutarlas en función de lo que es valioso.

Una vez cumplidos los procesos de flexibilidad psicológica planteados por ACT se dio por terminada la intervención.

#### 4.- Fase 3: Valoración post tratamiento

Una vez terminada la intervención se realizó nuevamente la entrevista semiestructurada y la aplicación del BDI

Análisis de los resultados

Se recabaron los datos en el procesador estadístico SPSS versión 23

Se emplearon la descripción de variables y la prueba de Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras no probabilísticas, de comparación de grupos apareados con N pequeña.

## Resultados

Descripción cualitativa de los datos obtenidos en la entrevista.

Participante 1: Hombre de 40 años, casado, con dos hijos y uno que estaba por nacer, pidió atención porque llevaba más de un mes sintiéndose “deprimido”, el participante refirió que desde hacía más de un mes comenzó a trabajar menos horas desde que un día intentó suicidarse acelerando en el carro en una autopista. El principal conflicto de este participante fue que en su niñez fue abusado sexualmente por un familiar, el participante reveló que por periodos a lo largo de su vida el recuerdo lo hacía sentirse mal, intentando suicidarse en más de una ocasión al punto de que tenía conflictos para mantener relaciones sexuales con su pareja. El problema que lo llevó a querer atención psicológica fue que en ese momento ya estaba teniendo graves problemas económicos por la llegada del nuevo bebé y que estaba trabajando pocas horas al día, también refirió que otro gran problema era que cada vez pasaba menos tiempo con sus hijos y esposa porque sentía vergüenza aunque estos no sabían lo que le había sucedido, su principal conflicto eran los pensamientos y el recuerdo de lo que le sucedió por lo que la mayor parte del día se la pasaba mirando televisión para distraerse.

Participante 2: Mujer de 27 años estudiante de la carrera de enfermería y auxiliar de enfermería en un hospital privado, llegó a consulta porque dos semanas atrás había terminado con su prometido a causa de que la dejó para irse con la mejor amiga de la participante. Aunque ese fue el detonante de sentirse muy mal, ella refirió que su tristeza comenzó tiempo atrás, no se sentía satisfecha con su aspecto físico y tenía problemas en casa. Ella tenía como pasatiempo dibujar, conducta que había dejado de hacer, también estaba teniendo problemas en el trabajo porque en ocasiones llegaba tarde. Aunque cabe

resaltar que, dentro de su malestar, refirió que la calidad de su servicio con los pacientes no se vio afectada ya que era algo que a ella la apasionaba y nunca dejó. Uno de los mayores problemas que estaba teniendo fue una crisis económica por la que estaba pasando, su expareja retiró los pagos que se debían hacer de la universidad por lo que ella debía hacerse cargo de las cuotas pasadas y las futuras.

Participante 3: Mujer de 43 años desempleada, acudió a atención porque hacía meses que se sentía desgana, sin ganas de levantarse, con mucho apetito y con baja autoestima. Con frecuencia refería que su madre con quien ella vivía hacía la comparación de que su hermana menor era mucho mejor ya que tenía casa, esposo, una hija y trabajaba. La participante al no tener trabajo debía hacer las cosas que su madre le ordenaba, como hacer la limpieza de la casa de su hermana, cuidar a la niña, llevar a la madre a donde quisiera ir. Refirió que no podía buscar trabajo porque cuando lo intentaba su madre le decía que esos trabajos eran poca cosa como ella y que no permitiría que su hija tuviera cualquier trabajo porque los demás se reírían, aunque la misma participante también decía que no trabajaría de algo que no estuviese al nivel de sus capacidades intelectuales, es importante resaltar que ella decía ser feminista y que eso estrechaba bastante sus relaciones sociales o alguna posibilidad de trabajo ya que le era difícil la convivencia con los hombres o que un hombre fuese su superior. Refería no sentirse satisfecha con su aspecto físico

Participante 4: Mujer de 26 años, estudiante de la carrera de derecho, acudió a consulta porque refirió que llevaba días sintiéndose triste, anteriormente había recibido ayuda psicológica, pero dejó de asistir porque no vio mejoría. Uno de sus principales problemas era que no tenía pareja ni amigos, situaciones que la hacían sentir profundamente triste, pero enfrentaba esa tristeza diciendo que no necesitaba de la gente. También tenía

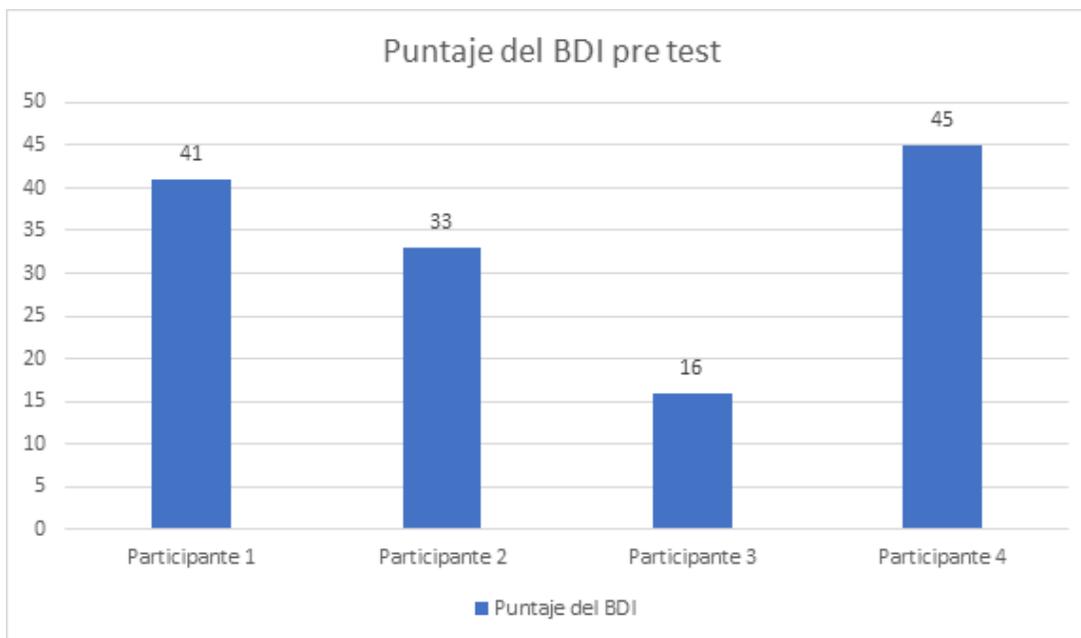
conflictos en casa por temas económicos, a su padre lo acababan de despedir del trabajo, su hermano estudiaba y con el sueldo de su madre no era suficiente para que pudiesen mantenerse tema que comenzó a causarle conflicto porque sus padres le exigieron que comenzara a trabajar sintiéndose sin la capacidad para desenvolverse en un trabajo porque anteriormente había tenido trabajos en los que duraba muy poco tiempo o tenía conflictos con sus compañeros de trabajo.

- **Resultados del procesamiento estadístico.**

Descripción de los resultados iniciales del BDI

### Figura 3

*Gráfica de los resultados del pretest*



*Nota.* La gráfica representa los resultados obtenidos por cada participante en la aplicación del pre test del BDI.

**Tabla 1**

*Puntajes generales de los resultados del pretest del DBI*

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>
<i>Sumatoria pre test</i>	4	10	45	33.75	12.84

*Nota.* La tabla muestra los resultados de los estadísticos descriptivos obtenidos en la aplicación del pre test del BDI.

La muestra estuvo conformada por 4 participantes, 3 mujeres de 43, 26 y 27 años y 1 hombre de 40, la moda fue de puntajes por encima de 29 y una media de 33.75 por lo que se entiende que lo predominante en la muestra fue la depresión grave. La desviación estándar es de 12.84 por lo tanto la muestra fue heterogénea.

**Tabla 2**

*Resultados generales de los puntajes altos del pre test*

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
<i>Fracaso</i>	4	1	3	2.25	0.957
<i>Indecisión</i>	4	2	3	2.25	0.500
<i>Dificultad de concentración</i>	4	2	3	2.25	0.500

*Nota.* La tabla muestra los estadísticos descriptivos de los ítems que presentaron puntajes altos en el pre test.

Los reactivos que presentaron una media de puntaje alto fueron, sentimientos de fracaso, indecisión y dificultad en la concentración, además de ser los puntajes más altos son los síntomas que comparten los participantes y donde de preferencia se debieran notar cambios.

Es de resaltar que en otros reactivos no se alcanzaron puntajes tan altos como los mencionados, lo que puede indicar la variabilidad en la sintomatología aun siendo el mismo trastorno.

Para el reactivo de “sentimientos de fracaso” la media de puntaje fue de 2.25, de un máximo de 3, lo que indica tendencia a su presencia alta en los participantes, esto es que se perciben como personas fracasadas y ello facilita la desesperanza. Este reactivo presenta la mayor desviación estándar de los tres, con 0.957, por lo tanto, mantiene la menor estabilidad de presencia en la sintomatología.

En el reactivo “indecisión” la media de puntaje fue de 2.25, de un máximo de 3, esto indica que los participantes presentan dificultades para tomar decisiones, síntoma que es común en el trastorno depresivo mayor con una desviación estándar de 0.500 lo que implica una variabilidad pequeña entre los puntajes.

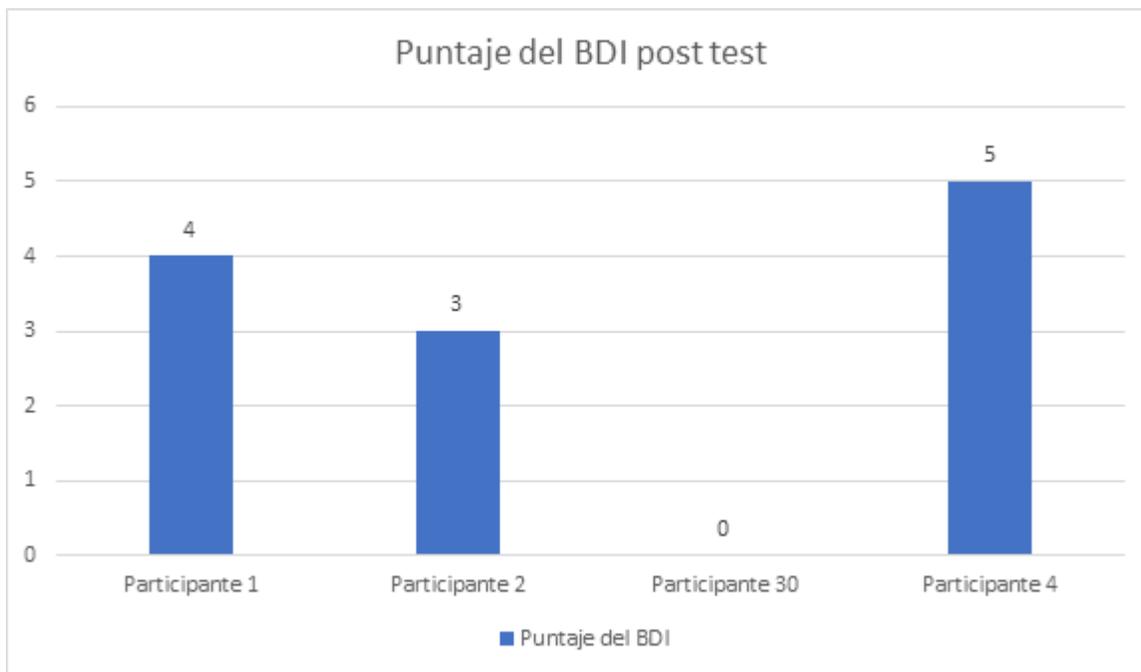
En el reactivo “dificultad de concentración” se obtuvo una media con puntaje de 2.25, indicando que es un reactivo presente en los 4 participantes y que son personas a las que les cuesta trabajo prestar atención, este síntoma está asociado a la depresión y es una de las

principales características del trastorno con una desviación estándar de .500 lo que indica poca variabilidad entre los puntajes.

Descripción de los resultados finales del BDI

#### Figura 4

*Gráfica de los resultados del post test*



*Nota.* La gráfica representa los resultados obtenidos por cada participante en la aplicación del pre test del BDI.

**Tabla 3**

*Puntajes generales de los resultados del post test del DBI*

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>
<i>Sumatoria post test</i>	4	0	5	3.00	2.160

*Nota.* La tabla muestra los resultados de los estadísticos descriptivos obtenidos en la aplicación del post test del BDI.

La moda en los puntajes del post test fue entre 0 y 10 lo que significa que los 4 participantes se encontraron en depresión mínima. La desviación estándar fue de 2.16 lo que implica una mayor homogeneidad en los puntajes respecto al pre test.

**Tabla 4**

*Resultados generales de los puntajes altos del post test*

*Estadísticos descriptivos del BDI post test*

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>
<i>Fracaso</i>	4	0	2	0.50	1.0
<i>Indecisión</i>	4	0	1	0.25	0.5
<i>Dificultad de concentración</i>	4	0	1	0.25	0.5

<i>Pérdida de placer</i>	4	0	1	0.50	0.57
<i>Pensamientos suicidas</i>	4	0	1	0.50	0.57

*Nota.* La tabla muestra los estadísticos descriptivos de los ítems que presentaron puntajes altos en la aplicación del pre test.

En el post test los reactivos con una media de puntaje alto fueron “sentimientos de fracaso”, “pérdida de placer” y “pensamientos suicidas” además se presentan los puntajes que en el pre test resultaron altos que fueron “sentimientos de fracaso”, “indecisión” y “dificultades de concentración”.

Para el reactivo de sentimientos de fracaso el puntaje más alto fue de 2 con una media de 0.50 lo que indica que un participante aún tenía sensación de estar fracasando en su vida, cabe destacar que este reactivo fue uno de los más altos en el pre test. Con una desviación estándar de 1.0 indicando que se encuentra un poco alejado de la media.

En el reactivo de indecisión que fue otro reactivo alto en el pre test, se observa que disminuyó el puntaje con un máximo de 1 y una media de .25 indicando que sólo una persona tuvo esta sensación y que esta era mínima.

Para el reactivo dificultad de concentración se obtuvo un puntaje máximo de 1 y una media de 0.25 indicando que esa dificultad era mínima y sólo la presentó un participante, mostrando así que se redujo la dificultad.

En el reactivo pérdida de placer se obtuvo un puntaje máximo de 1 con una media de 0.50 lo que indica que dos participantes tuvieron esa sensación en una mínima intensidad.

En el reactivo de pensamientos suicidas el máximo puntaje fue de 1 con una media de 0.50 indicando que dos participantes tuvieron ideación suicida en el post test.

Comparación de los puntajes totales del BDI iniciales y finales.

Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon

**Tabla 5**

*Significancia de la diferencia en los resultados entre el pre test y post test*

<i>BDI</i>	<i>N</i>	<i>Suma de rangos</i>	<i>Estadística de prueba (Z)</i>	<i>Significancia unilateral</i>
<i>PRE</i>	Rangos	4 10.00	-1.826 <sup>b</sup>	<b>0.06</b>
<i>POST</i>	negativos			
	Rangos	0 0.00		
	positivos			
	Empates	0		
	Total	4		

*Nota.* La tabla muestra los resultados de la comparación del pre test y post test de la aplicación de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon.

Se puede observar que entre las mediciones pre y post test de la reducción de la sintomatología depresiva en esta población, no existió diferencia estadísticamente

significativa, aunque se puede observar una tendencia hacia esa diferencia, ya que se obtuvo un alfa de ( $p= 0.06$ ).

### *Resultados observados en el desarrollo de la aplicación de ACT por participante*

#### Participante 1.

##### Conceptualización de caso:

- Problema presentado: El participante presentó dificultades para defusionarse de recuerdos que le causaban tristeza lo que provocó que la relación con su familia se desgastara, al evitar los pensamientos dolorosos acerca del abuso sexual vivido en la infancia utilizaba estrategias como mirar televisión gran parte del día o evitar hablar con su familia al sentir vergüenza ante ellos, así como evitar tener relaciones con su esposa porque los recuerdos estaban presentes, estas cuestiones eran un problema ya que para él una área de gran valor era su familia cosa que le causaba pensamientos de cometer suicidio al pensar que jamás olvidaría lo que le sucedió.
- Experiencias internas difíciles: recuerdos acerca del abuso, asco, pensamientos de suicidio, vergüenza, miedo a volver a tener una experiencia de abuso, tristeza.
- Estrategias de evitación: ver televisión, no hablar con su familia, acelerar el auto mientras está en él, no ir a trabajar, no tener relaciones con su pareja.
- Repertorio reducido o inflexible: familia, salud y trabajo.
- Barreras ambientales: tener que pagar los servicios.
- Fortalezas: disposición para enfrentar estrategias de exposición a recuerdos dolorosos.

Descripción del proceso de terapia: Una vez realizada la evaluación se continuó con la intervención la cual consistió en la realización del análisis funcional de la conducta en la que se obtuvieron las estrategias de evitación ante los eventos privados dolorosos, por ejemplo, ante el recuerdo del abuso procedía a mirar televisión, ante la vergüenza con su familia él procedía a evitar estar con ellos o bien ante el miedo de que algo así volviese a suceder solía tener ideación suicida. Para cambiar esos comportamientos poco funcionales para la vida que él quería se plantearon metáforas para acercar al participante a experimentar el malestar de los eventos privados, así como el proceso de desesperanza creativa para que notara que con sus conductas no sólo no se iban los pensamientos, sino que también se alejaba de las cosas importantes como familia ya que sus hijos habían dejado de pedirle que pasara tiempo con ellos porque constantemente él les decía que no podía.

Cambios terapéuticos: Aun cuando los eventos privados dolorosos seguían ahí la orientación a sus valores ayudó a que a pesar de ese dolor él actuara conforme a sus valores por ejemplo ante el recuerdo de abuso, en lugar de mirar televisión hacía ejercicios de defusion y procedía a ir a trabajar, o bien cuando sentía vergüenza comenzó a decirle a sus hijos que los quería mucho, si bien refirió que los eventos privados dolorosos no dejaron de existir manifestaba aceptación de los mismos ya que no podía cambiarlos prefiriendo actuar conforme sus valores.

Participante 2.

Conceptualización de caso:

- Problema presentado: La participante pareció estar fusionada a la tristeza y el enojo que sentía por el engaño de su pareja con su mejor amiga, así como a los impulsos que le producían estos sentimientos como no salir de la cama, descuidar su aliño personal, no despertarse temprano para ir a trabajar, dejar de hacer cosas que antes le gustaban,
- Experiencias internas difíciles: Tristeza, enojo, pensamientos de no valer nada, pensamientos de ser poco atractiva, pensamientos sobre fracasar en su carrera en el futuro, pensamientos acerca de haber sido traicionada por dos seres queridos, sensación de no ser valorada por sus familiares
- Estrategias de evitación: Comer en exceso, dormir mucho, evitar relaciones interpersonales, distraerse
- Repertorio reducido o inflexible: Las principales áreas que se vieron afectadas fueron familia, amigos, trabajo, formación académica, salud,
- Barreras ambientales: Que su familia le asigne más tareas en el hogar que las que le corresponden, que en el trabajo hay personas que no la tratan bien, que su expareja la busque, que la universidad no le otorgue una prórroga para liquidar los meses anteriores
- Fortalezas: Su disposición para seguir lo que le importa en la vida aún cuando quiera rendirse, la pasión que tiene por su carrera,

Descripción del proceso de terapia: Una vez terminado el proceso de evaluación se procedió a la intervención la cual consistió en la identificación del patrón de evitación experiencial a través del análisis funcional en el cual se pudo identificar que la participante tendía a lidiar con sus tristeza y pensamientos que no le agradaban comiendo o durmiendo

en exceso, otro de los principales problemas era la evitación de las relaciones interpersonales cosa que le causaba gran conflicto ya que se estaba alejando de sus seres queridos, a través del uso de metáforas se realizó el proceso de desesperanza creativa para que identificara el patrón de evitación experiencial.

Cambios terapéuticos: La participante estuvo dispuesta a experimentar su malestar privado y se propuso hacer ejercicio y seguir una dieta, reveló que para ella era algo difícil ya que iba a un gimnasio y el estar rodeada de gente le generaba más pensamientos desagradables acerca de su imagen física, también logró cambiar de trabajo ya que en el que estaba no se sentía cómoda, así como el poner límites a las demandas que su familia le hacía tanto económicas o de apoyo en casa. Aumentó su círculo social conviviendo con nuevas personas y acercándose a conocerlas más.

Participante 3.

Conceptualización de caso:

- Problema presentado: La participante mostró fusión con su ideología feminista lo cual no le permitía buscar trabajo en algún sitio donde su jefe fuese hombre, el evitar experiencias internas desagradables la ha llevado a depender económicamente a sus 43 años de su madre cosa que no le permite hacer las actividades que ella desea realizar, el estar comparándose con su hermana constantemente refuerza sus sentimientos de inutilidad y la fusión con que ella vale menos y por eso las cosas no son como ella quiere. Cuando las cosas van mal para ella le es más sencillo pensar en tiempos en los que le fue mejor o dormir, esto muestra una clara falta de contacto con el momento presente.

- Experiencias internas difíciles: incomodidad, tristeza, enojo, pensamientos sobre no haber logrado nada a su edad, pensamientos de que su hermana es mejor que ella, pensamientos de que su madre no la quiere como a su hermana, pensamientos de que el mundo no es justo y enojo de que las cosas en el mundo no son como ella quiere que sean,
- Estrategias de evitación: pensar en cuando tenía una mejor posición económica, escuchar podcast, estar en redes sociales y discutir con las personas, servirle a su mamá, cuidar a la hija de su hermana, dormir, comer en exceso, tener relaciones sexuales de alto riesgo,
- Repertorio reducido o inflexible: las áreas afectadas fueron familia, trabajo, pareja, salud, amigos
- Barreras ambientales: la relación con su madre y hermana, no tener una carrera concluida ya que estudió trabajo social pero no concluyó por lo que no puede trabajar de lo que ella quiere, personas y páginas que sigue en redes sociales ya que suelen ser detonantes muy potentes para ella,
- Fortalezas: Su inteligencia y la capacidad de poder hablar de diversos temas, ser muy sociable, tener la curiosidad de aprender cosas nuevas

Descripción del proceso de terapia: Una vez concluido el proceso de evaluación se procedió a realizar la intervención en la que se identificó el patrón de evitación experiencial en el que se encontró que la participante evitaba sus experiencias privadas incómodas durmiendo o estando en redes sociales, estas conductas le impedían hacer por ejemplo actividades de limpieza que debía realizar como apoyo en casa, o incluso buscar un empleo, a su vez al experimentar la experiencia privada que generaba el no tener la vida que quería ella solía

tener relaciones sexuales de alto riesgo, todo esto se logró al realizar el proceso de desesperanza creativa, para acercarla a experimentar el malestar que su cabeza le generaba se utilizaron metáforas y ejercicios de conciencia plena que ayudaron a flexibilizar el patrón rígido de conductas.

Cambios terapéuticos: La participante logró convivir con su experiencia interna desagradable sobre tener un trabajo que no tuviese que ver con su carrera o que no fuese muy reconocido por ella y comenzó a vender productos por catálogo, también logró poner límites en cuanto a lo que le pedían que hiciera por su hermana y ese tiempo lo comenzó a usar para sus ventas, las habilidades de conciencia plena le ayudaron a lidiar con los impulsos de tener relaciones sexuales de alto riesgo.

Participante 4.

Conceptualización de caso:

- Problema presentado: La participante mostró fusión cognitiva con sus pensamientos acerca de no tener ninguna dificultad para mantener relaciones interpersonales, aunque en distintas ocasiones mencionaba que sí, también mostró fusión con las ideas de necesitar una pareja y que absolutamente todos los hombres que habían estado con ella la amaban, aunque después refería que pasado un tiempo se alejaban de ella. Ella solía evitar su malestar mintiendo.
- Experiencias internas difíciles: tristeza, sensación de soledad, pensamientos de que no la amaban, pensamientos de fracaso económico,
- Estrategias de evitación: mentir, tener relaciones sexuales de alto riesgo, fumar, dormir, no comer, descuidar aliño personal

- Repertorio reducido o inflexible: la relación con su familia, así como las áreas de pareja, amigos, formación académica, trabajo y salud
- Barreras ambientales: Que su familia le exija mayor aporte económico, su círculo social es muy reducido, no tener un trabajo estable,
- Fortalezas: Es una persona perseverante con bastante motivación para lograr un cambio en su vida, además de que es muy apegada al tratamiento

Descripción del proceso de terapia: Una vez hecha la valoración inicial, la intervención se guio en identificar a través del análisis funcional el patrón de evitación en el que la participante solía evitar pensamientos desagradables fumando, mintiendo o no comiendo, con esta participante se tuvo que trabajar más el proceso de conciencia plena ya que ella misma no identificaba conductas como mentir, esté específicamente fue un proceso largo ya que además requirió mucho esfuerzo por parte de la participante por aceptar sus experiencia privadas incómodas, cabe destacar que ella no aceptaba las metáforas y al querer hacer el proceso de desesperanza creativa quiso golpear a la terapeuta, después de este acto se tuvo que volver a afianzar la relación terapéutica situación que dio como resultado que la paciente refiriera que eso mismo le sucedía en sus demás relaciones interpersonales y que era algo que quería cambiar.

Cambios terapéuticos: La participante logró mantener un trabajo estable, esto fue gracias a que dejó de querer controlar sus pensamientos y comenzó a notarlo simplemente como algo más que estaba en su cabeza, a su vez, cuando comenzaba a tener la sensación de soledad realizaba los ejercicios de defusion logrando contactar con el momento presente dejando de lado la rumia en su cabeza.

## **Discusión**

La presente investigación tuvo como objetivo conocer si existe eficacia en el tratamiento de la depresión en adultos mexicanos con la Terapia de Aceptación y Compromiso, de acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis estadístico de la prueba de Wilcoxon se rechaza la hipótesis de investigación ya que los resultados del cambio entre el pre test y el post test no fueron estadísticamente significativos. Se observa que los cuatro participantes redujeron la sintomatología de depresión grave y depresión leve a depresión leve en puntajes no mayores a 5 de acuerdo al BDI, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas, sin embargo presentan una tendencia al tener un alfa de 0.06 lo cual apunta a que ACT bien podría ser un tratamiento efectivo para la depresión.

Cabe señalar que entre los resultados de la aplicación de ACT por participante, mediante los reportes del análisis funcional, antes y después de la intervención, se observaron cambios en el aumento de conductas orientadas a valores en lugar de estar orientadas en la reducción de la experiencia privada desagradable, esto es fundamental en el tratamiento ya que a largo plazo también promueve la reducción de los síntomas, por lo tanto se considera que esto impactará posteriormente en la depresión.

Es importante destacar que para ACT la presencia de eventos privados desagradables como (tristeza, desgano, pérdida de placer, sentimientos de desesperanza, pensamientos sobre no

valer nada, etc.) no son un impedimento para lograr la vida deseada, ya que el sentido de la aceptación radical implica convivir con el malestar de forma consciente y voluntaria para poder generar un cambio, por lo que es esperado que en ocasiones esos eventos privados desagradables aparezcan como resultado de las reacciones naturales al contexto como en un evento incómodo o doloroso, aun así se observa que a medida que las conductas orientadas a valores aumentan, también la sintomatología depresiva disminuye así como la intensidad y frecuencia de los eventos privados desagradables tal como reflejaron los resultados de los cuestionarios.

Otro factor a considerar es que el tamaño de la muestra era muy pequeño, lo que limitó la posibilidad de crear un adecuado grado de representatividad de las personas mexicanas que padecen depresión y en consecuencia pueden los procesos estadísticos se ven afectados por la disparidad de los puntajes en el inventario, tal factor pudo haber limitado que los resultados fueran significativos. Por lo tanto, se considera que el análisis funcional de la conducta puede ser un medio que muestra la eficacia de ACT en esa población.

Así las características de la muestra fueron insuficientes para una mayor precisión de la prueba estadística, si bien la prueba utilizada (Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon) está diseñada para muestras con datos ordinales, cuando la muestra tiene medidas pre y post prueba, cuando no se está seguro de que la muestra siga una distribución normal y cuando la muestra es demasiado pequeña es de considerar que las pruebas no paramétricas tienen menos potencia, y el efecto negativo es doble si a eso se le agrega un tamaño de muestra pequeño como en la presente investigación.

De igual forma no se puede afirmar que el tratamiento de ACT no es eficaz para el tratamiento de la depresión ya que diversos estudios como el de Kyllönen et al. (2017), Bohlmeijer et al. (2011), y Twohig & Levin (2017) han encontrado eficacia de ACT en el tratamiento de la depresión.

Si se observan los 4 cuestionarios del postest en comparación con el pretest se encuentran los puntajes finales de cada participante de (Participante 1, pretest 41, postest 4), (Participante 2: pretest 33, postest 3), (Participante 3: pretest 16, postest 0) y (Participante 4: pretest 45, postest 5), por lo que se puede decir que los participantes redujeron la gravedad de su depresión, siendo los sentimientos de tristeza, desregulación alimentaria, desregulación del sueño, sentimientos de fracaso, pérdida de placer o interés por las cosas que antes resultaban satisfactorias, pensamientos suicidas, irritabilidad y pérdida de interés en el sexo los síntomas principales en los que hubo disminución.

Así mismo se puede considerar la posibilidad de crear instrumentos cualitativos que reflejen la evitación experiencial en la depresión la cual tiene un cuadro de síntomas muy marcado y generalizado, así podría valorarse desde otra perspectiva el cambio topográfico y no sólo funcional del trastorno con la finalidad de adaptar la eficacia de ACT al lenguaje de los manuales diagnósticos de enfermedades mentales, así como en los profesionales de salud mental.

Se considera desde esta perspectiva de lo cualitativo describir las características de los pacientes que terminaron su tratamiento, que probablemente sirvan para continuar con esta línea de trabajo, estas fueron; asistían una vez por semana a las sesiones como mínimo 4 meses y un máximo de 7 meses, la mayoría asistió puntual a sus sesiones, y hacían

regularmente sus tareas para casa, también tenían la disposición de experimentar el malestar que pueda generarse en la cotidianidad lo cual reflejaba flexibilidad en su pensamiento.

Retomando las limitantes, es de resaltar la heterogeneidad de los participantes ya que al ser una investigación clínica es difícil poder realizar una selección homogénea de participantes ya que no se puede tener control en la variabilidad de la sintomatología, es así que pueden llegar participantes con depresión leve o con depresión grave o misma intensidad de depresión y topografías distintas, contemplando esto ACT tiene una filosofía contextual de la ciencia en la que sus características ideográficas y funcionalistas permiten que la intervención sea en función de la conducta y no en su topografía, es por eso que los métodos ideográficos utilizan los estudios de caso ya que se ha observado que son más adecuados en la investigación de la práctica clínica y como se ha descrito que el punto clave de la intervención en ACT es la flexibilidad psicológica y la conducta orientada a valores será entonces posible replicar y generalizar en otras aplicaciones los procesos de intervención cuando se ha encontrado a través del análisis funcional que el problema es la evitación experiencial sin importar las topografías del participante.

Para futuras investigaciones se recomienda establecer muestras con criterios de inclusión más delimitados para medir con mayor exactitud la eficacia de ACT en población que cumple con criterios para ser diagnosticados con depresión, pero en distinto nivel de gravedad. Esto implicaría la creación de grupos y posibles subgrupos, por lo tanto, se podría realizar un análisis de mayor especificidad y así valorar la evolución de los procesos terapéuticos identificando el avance posiblemente por cada sesión.

También se sugiere la creación de grupos control para verificar si es eficaz el tratamiento y que los cambios que se presenten sean debido al mismo o bien si esos cambios son debido a una situación ajena al tratamiento como pudiesen ser el clima, cambio político, salud nacional, estilo de vida social, o niveles socioeconómicos.

### Conclusiones

Ya que la diferencia entre los resultados cuantitativos del pre test y post test del BDI no fue estadísticamente significativa, la hipótesis de investigación es rechazada.

Aun así no se puede decir que ACT no tiene eficacia para el tratamiento de la depresión ya que, si se observan los casos de manera individual, la reducción de los puntajes de la sintomatología es evidente y la cantidad de participantes, así como la heterogeneidad de puntajes iniciales no fue ideal para un análisis estadístico preciso.

También es de resaltar que en el análisis cualitativo de los análisis funcionales de cada participante se observaron cambios en las topografías de la conducta cambiando además la función, la cual en lugar de estar guiada a reducir el malestar a corto plazo se enfocó en el logro de conductas orientadas a largo plazo a valores y sin tomar demasiada importancia a la experiencia privada desagradable que es inevitable ante circunstancias que generan malestar. Bajo este análisis y contemplando las metas de los participantes ACT resultó ser efectiva.

Respecto al número de sesiones realizadas se pudo observar que cada participante tuvo un número distinto pero los 4 pasaron por las fases planteadas por ACT, esto se debe a que

cada uno presentó distinta disposición a experimentar el malestar, así como la disposición a realizar los ejercicios para casa por lo que la motivación de los participantes para involucrarse en el tratamiento también es clave para la eficacia de la terapia ya que gran parte de los ejercicios son experienciales lo que involucra la atención activa del participante.

Por último, respecto a la idea central de ACT “la construcción de una vida que valga la pena ser vivida en la que el dolor es inherente al ser humano pero el sufrimiento es opcional” fue fundamental enseñarla y ejemplificarla a los participantes, ya que en su propia experiencia la vida misma llevaba momentos dolorosos que no podían evitar pero que eso no significaba que su vida no pudiese ser valiosa o bien que por eso tuviese que terminar.

## Referencias

- Álvarez, M., Caballero, A., Camarena, E., Colín, R., Becerra, N., Corona, F., Chávez, E., Garza de la, F., Gutiérrez, D., Díaz, A., González, C., Hernández, H., Kawas, O., López, F., Madrigal, E., Nanni, R., Nieto, E., Ojeda, D., Ontiveros, M., ... Villaseñor, S. (2008). Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bardeen, J. & Fergus, T. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 1-6.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010) Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, A. T., & Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*, 105, 171-188

- Benjet, C., Casanova, L., Borges, G. & Medina-Mora, ME. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud pública de México*, 55(3).
- Berenzon, S., Lara, N., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55(1).
- Bohlmeijer, E., Fledderus, M., Rokx, T. & Pieterse, M. (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, 62-67
- Borges, G., Medina-Mora, ME., Wang, P., Lara, C., Berglund, P., Walters, E. (2006). Treatment and adequacy of treatment for mental disorders among respondents to the Mexico national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1371-8
- Bunney, W. E., Pert, A., Rosenblatt, J., Pert, C. B., y Gallaper, D. (1979). Mode of action of lithium: Some biological considerations. *Archives of General Psychiatry*, 36, 898–901
- Caro, I. (2007). Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas. Editorial Desclée de brouwer.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health. *Organization World Mental Health Surveys*, 291(21),2581–2590

- Ferster, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870
- Fielding, S. (1979). Pharmacology: New cellular mechanisms of antidepressant drugs. En Fielding, S. & Effland, R. (eds.), *New frontiers in psychotropic drug research*. Nueva York: Futura.
- Folke, F., Parling, T. & Melin, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19.
- Hariri, A. & Brown, S. (2006). Serotonin. *American Journal of Psychiatry*, 163(1).
- Harris, R. (2016). La trampa de la felicidad, deja de luchar y comienza a vivir. Ápeiron.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Wilson, K. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1–16.
- Hayes, S. & Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Springer-Verlag.

- Hayes, S., Strosahl, K. (2004). A practical guide to acceptance and commitment therapy. En Hayes, S., Strosahl, K., Bunting, K., Twohig, M. & Wilson, K.(eds.), What is Acceptance and Commitment Therapy? (pp. 1- 29). Springer.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (2015). Terapia de aceptación y compromiso, proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness). Editorial Desclée de Brouwer.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follete, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168
- Jarrett, R. B. (1995). Comparing and combining short-term psychotherapy and pharmacotherapy for depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), Handbook of depression (p. 435–464). Guilford Press.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31
- Kyllönen, H., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K. & Lappalainen, R. (2017). 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

- 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*.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (dirs.): *Theoretical issues in behavior therapy*. Nueva York: Academic Press.
- Luciano, C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., Páez, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 173-201
- Luoma, J., Hayes, S. & Walser, R. (2017). *Learning ACT. An acceptance & Commitment therapy skills training manual of Therapists*. Context Press.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Áreas de aplicación clínica de la terapia de conducta. Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. Editorial Pearson.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar, S., (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16
- Medina-Mora, M., Rascón M., Tapia R, Mariño, M., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. *Anales*, 48-55

Medina-Mora, M., Sarti, E. & Real, T. (2013). La depresión y otros trastornos psiquiátricos.

México: Intersistemas

Mukhtar, F., & Tian, O. (2008). Exploratory and confirmatory factor validation and psychometric properties of the Beck Depression Inventory for Malays (BDI-Malays) in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 17, 17-25

Organización Mundial de la Salud. (2014). Los trastornos mentales. Nota descriptiva No. 396

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado el 26 de marzo de 2018: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.

Patrón, F. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, (5),1.

Páez, M. & Montesinos, F. (2016). Tratando con Terapia de Aceptación y compromiso: Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz. Madrid: Pirámide

Pérez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Madrid: Síntesis

- Pérez, P. & Uribe A. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en un paciente con cáncer. *Psicooncología* 13(1), 101-111.
- Rivas-Vázquez, R. & Blais, M. (1997). Selective serotonin reuptake inhibitors and atypical antidepressants: A review and update for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 526–536.
- Ruiz, L., Cangas, A. & Barbero, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International journal of psychology and psychological therapy*, 14(1), 445-458.
- Sarason, I. & Sarason, B. (2006). Psicopatología, psicología anormal, el problema de la conducta inadaptada. México: Pearson.
- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2017). MBCT, Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión. Kairós.
- Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (2010). Psicopatología, comprendiendo la conducta anormal. México: Cengage Learning.
- Sulser, F., Vetulani, J. & Mobley, P. (1978). mode of action of antidepressant drugs. *Biochem pharmacol*, 27, 257–261.
- Tamannaefar, S., Gharraee, B., Birashk, B. & Mojtaba, 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*, 60-63.

- Twohig, M. & Levin, M. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatry Clin North Am*, 40(4), 751-770
- Törneke, N. (2016). Aprendiendo TMR, Una introducción a la teoría del marco relacional y sus aplicaciones clínicas. Úbeda: Didabook.
- Wells, K.B., Sturm, R., Sherbourne, C.D. y Meredith, L.S. (1996). Caring for depression. Harvard University Press.
- Wilson, K.G. y Luciano, M. C. (2002). Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores. Editorial Pirámide.
- Wilson, K., Hayes, S., Gregg, J. y Zettle, R. (2001). Psychopathology and psychotherapy. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (eds.), *Relationalframe theory: A post-Skinnerian account of language and cognition* (pp. 211-237). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Zettle, R., Rains, J. & Hayes, S. (2011). Processes of Change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Depression: A Mediation Reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*, 35(3), 265–283.