Tema:

Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso Frente a la Terapia Cognitiva de Beck en la Reducción de Síntomas Depresivos en Adultos: Una Revisión Sistemática

Autores:

Emily Salazar

Daniela Chavez

Universidad de Especialidades Espíritu Santo

Facultad de Humanidades.

Docente:

Zuleima Santalla de Banderalli

5 de Diciembre, 2025

Pregunta de investigación:

¿Qué tan efectiva es la terapia de aceptación y compromiso en comparación con la terapia cognitiva de Beck para reducir los síntomas depresivos en adultos?

Objetivo general

Analizar comparativamente la efectividad de la ACT y la terapia cognitiva de Beck en la reducción de síntomas depresivos en adultos a partir de una revisión sistemática de la literatura científica.

Objetivos específicos

Identificar y seleccionar estudios científicos relevantes que hayan evaluado la efectividad de la ACT y TCC en población adulta con depresión.

Describir las principales características metodológicas de los estudios seleccionados (tipo de intervención, duración, instrumentos utilizados, características de la muestra, etc.).

Comparar los resultados reportados sobre la efectividad de la ACT y la TCC en la reducción de los síntomas depresivos.

Marco teórico

1. Síntomas depresivos

La depresión es un trastorno mental caracterizado por un conjunto de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos que interfieren significativamente en el funcionamiento cotidiano de la persona. Según Malgaroli et al. (2021), el episodio depresivo mayor se define por la presencia, durante al menos dos semanas,

de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer, acompañados de otros síntomas como alteraciones del sueño, cambios en el apetito, fatiga, dificultades de concentración, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

En este contexto, son varias las teorías psicológicas y neurobiológicas que han intentado explicar los mecanismos que originan y mantienen la depresión. Desde el enfoque psicodinámico, se plantea que la depresión surge como una respuesta a pérdidas reales o simbólicas, acompañadas de sentimientos de culpa y autocrítica (Bizzozero et al., 2024). Es así que modelos contemporáneos destacan la influencia de experiencias tempranas adversas y de procesos inconscientes que alteran la regulación emocional y la autoimagen del individuo (Cui et al., 2024).

En esta línea, el enfoque neuropsicodinámico integra hallazgos de la neurociencia, proponiendo que la hiperactividad del default mode network y la disfunción en los sistemas de regulación del yo explican el exceso de autorreferencia negativa y rumiación típica del trastorno depresivo (Gutkin et al., 2021).

Por otro lado, la teoría cognitiva de Beck sostiene que los esquemas disfuncionales formados por creencias negativas sobre el yo, el mundo y el futuro conducen a interpretaciones sesgadas y pensamientos automáticos depresivos, generando un ciclo de desánimo y desmotivación. Esta perspectiva se ha consolidado como un modelo empíricamente validado en múltiples estudios recientes (Smith & Hewitt, 2024). De la misma manera, los modelos biológicos actuales describen la depresión como el resultado de alteraciones en los sistemas de neurotransmisión y en la conectividad cerebral, que interactúan con factores psicológicos y sociales, confirmando la naturaleza multifactorial del trastorno (Arana et al., 2024).

Ante esto, la literatura científica actual reconoce que los síntomas depresivos pueden evaluarse desde una perspectiva dimensional, lo cual permite considerar su severidad en un continuo que va desde estados leves o subumbrales hasta cuadros clínicos plenamente desarrollados. Esta perspectiva es especialmente relevante en intervenciones psicológicas dirigidas a la prevención o el tratamiento temprano, así como en contextos comunitarios o universitarios (García, 2022).

Las medidas más utilizadas para evaluar estos síntomas incluyen escalas validadas como el Beck Depression Inventory (BDI) y el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), instrumentos ampliamente empleados en ensayos clínicos y estudios de intervención (Astudillo & Quezada, 2021). Asimismo, entre las aproximaciones psicoterapéuticas más estudiadas se encuentran los enfoques de orientación cognitivo-conductual, terapias interpersonales y, más recientemente, terapias contextuales, todas ellas con resultados positivos en la reducción de síntomas y la mejora del funcionamiento general (González et al., 2023).

En el contexto de esta revisión sistemática, el término "síntomas depresivos" se emplea de manera operativa y dimensional, refiriéndose a puntuaciones obtenidas mediante instrumentos psicométricos estandarizados que permiten cuantificar la intensidad del malestar afectivo, sin requerir necesariamente un diagnóstico clínico formal. Esta delimitación permite la inclusión de estudios con poblaciones diversas (clínicas y no clínicas), lo cual enriquece el análisis comparativo de la efectividad de distintas modalidades terapéuticas, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), en la reducción de dicho malestar psicológico.

Esta aproximación se alinea con el enfoque de múltiples revisiones sistemáticas y metaanálisis que han estudiado la eficacia de intervenciones psicológicas en función de la reducción de síntomas depresivos medidos dimensionalmente. Por ejemplo, Ramírez et al. (2023) resaltan su eficacia significativa incluso en una población subclínica o no diagnosticada, siempre que los síntomas se cuantifiquen mediante instrumentos validados. Esta evidencia respalda la validez clínica del abordaje dimensional en contextos tanto preventivos como terapéuticos.

2. Terapia cognitivo-conductual (TCC): fundamentos y eficacia clínica

La TCC es uno de los enfoques psicoterapéuticos con mayor respaldo empírico para el tratamiento de la depresión. Su fundamento teórico se origina en el modelo cognitivo de Aaron T. Beck, quien postuló que las emociones y conductas desadaptativas derivan de esquemas cognitivos negativos que distorsionan la interpretación de los acontecimientos (Coloma et al., 2023). Estos esquemas se estructuran a partir de experiencias tempranas y moldean la percepción del yo, del

entorno y del futuro, generando lo que Beck denominó la “tríada cognitiva”: visión negativa de uno mismo, del mundo y del porvenir.

La TCC plantea que los pensamientos automáticos negativos, frecuentes y automáticos, representan manifestaciones observables de estos esquemas disfuncionales. Dichos pensamientos se caracterizan por juicios irracionales, inferencias arbitrarias o sobregeneralizaciones que intensifican el afecto depresivo (Neufeld et al., 2024). Mediante un proceso de evaluación sistemática, el terapeuta y el paciente identifican estas cogniciones, las contrastan con la evidencia y las sustituyen por interpretaciones más ajustadas a la realidad, favoreciendo una reestructuración cognitiva estable (Henrich et al., 2023).

Desde el componente conductual, la TCC incorpora estrategias orientadas a modificar los patrones de inactividad, evitación o retraimiento social asociados a la depresión. La activación conductual promueve la participación progresiva en actividades que generen refuerzo positivo, restaurando la conexión con el entorno y disminuyendo la apatía. Asimismo, se utilizan técnicas de exposición gradual ante situaciones temidas o evitadas, con el propósito de reducir la ansiedad anticipatoria y la sensación de impotencia que suelen acompañar los cuadros depresivos (Coloma et al., 2023).

El proceso terapéutico en TCC se estructura en fases claramente definidas. Inicialmente, se realiza una conceptualización cognitiva, donde se identifican los vínculos entre pensamientos, emociones y conductas. Posteriormente, se aplican técnicas de monitoreo mediante registros de pensamientos y se enseña al paciente a reconocer patrones de interpretación distorsionados. La fase intermedia se enfoca en modificar creencias centrales y fortalecer habilidades de afrontamiento, mientras que la fase final busca consolidar los cambios cognitivos y prevenir recaídas a través del entrenamiento en autoinstrucciones, resolución de problemas y manejo de recaídas (Neufeld et al., 2024).

La eficacia de la TCC se ha comprobado en múltiples niveles. Cuijpers et al. (2013) identificaron tamaños de efecto grandes frente a condiciones control y beneficios moderados frente a otras terapias activas, con mantenimiento de los logros en seguimientos prolongados. Li et al. (2018) demostraron su efectividad en

depresiones resistentes al tratamiento, y Huntley et al. (2014) evidenciaron que su formato grupal conserva resultados equiparables al individual, con adecuada adherencia terapéutica. Además, Stenzel et al. (2023) señalaron que la TCC impacta en procesos transdiagnósticos como la rumiación, lo que explica su eficacia sostenida en el tiempo. Delgadillo et al. (2022) comprobaron que incluso versiones breves mantienen efectos significativos, lo cual amplía su aplicabilidad en contextos clínicos diversos.

En vista de aquello, la TCC combina una intervención estructurada y empíricamente validada que integra el cambio de patrones cognitivos y la modificación conductual, orientando al individuo hacia una percepción más funcional de sí mismo y de su entorno. Su enfoque colaborativo, centrado en la adquisición de habilidades, permite reducir la sintomatología depresiva y fortalecer la autonomía del paciente, consolidando su posición como tratamiento de primera elección en la depresión adulta.

2.2 Efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en la Depresión Adulta: Evidencia de Ensayos Controlados Aleatorizados

La TCC se ha consolidado como el tratamiento psicoterapéutico de referencia para el Trastorno Depresivo Mayor en la población adulta, respaldada por décadas de investigación rigurosa. La eficacia de la TCC se ha establecido consistentemente a través de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) que comparan la intervención activa con condiciones de control inactivo, como la lista de espera o el tratamiento habitual.

La TCC, típicamente entregada en formato individual y centrado en modificar los pensamientos, emociones y conductas desadaptativas, ha demostrado ser significativamente superior a los grupos de control en la reducción de los síntomas depresivos en adultos. Por ejemplo, un ECA clásico que sustenta esta eficacia es el estudio de Moloud et al. (2022), que comparó la terapia cognitiva con la medicación en adultos con Trastorno Depresivo Mayor recurrente, demostrando así, que la Terapia Cognitiva individual era altamente eficaz en la fase aguda del tratamiento y ofrecía un efecto protector duradero, superando consistentemente el curso natural de la depresión observado en condiciones de control.

Para poblaciones específicas dentro del rango de adultos, la evidencia también es robusta. Liu et al. (2025) realizaron un ECA en estudiantes universitarios (población adulta joven) con depresión leve a moderada, donde se comparó la TCC individual con un grupo de control en lista de espera. En dicho estudio se dio a conocer que los participantes en el grupo de TCC experimentaron una reducción significativamente mayor en los síntomas depresivos que el grupo de control. Esta diferencia demostró que la mejora observada era directamente atribuible a la intervención de TCC, y no a factores inespecíficos como la remisión espontánea o el tiempo.

3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): fundamentos y eficacia clínica

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), desarrollada por Hayes, Strosahl y Wilson en el año 1999, forma parte de las llamadas terapias contextuales o de tercera generación, y se basa en la Teoría del Marco Relacional (*Relational Frame Theory*, RFT), una teoría del lenguaje y la cognición que ofrece una explicación funcional del comportamiento humano complejo (Pantoja & Cajas, 2025).

A diferencia de las terapias cognitivo-conductuales tradicionales, que buscan modificar el contenido de los pensamientos disfuncionales, la ACT parte de la premisa de que el sufrimiento humano se origina, en gran parte, en el uso del lenguaje y en la tendencia natural de la mente a establecer relaciones verbales entre experiencias internas, generando reglas, juicios y asociaciones que no siempre resultan útiles o adaptativas (Yépez & Gordon, 2024).

Según la RFT, los seres humanos desarrollan la capacidad de relacionar arbitrariamente eventos y palabras, más allá de la experiencia directa. Este tipo de aprendizaje relacional permite construir significado simbólico, pero también puede generar patrones rígidos de pensamiento que amplifican el malestar psicológico. Por ejemplo, un individuo que ha sido criticado en el pasado puede relacionar automáticamente el concepto de “crítica” con “fracaso” o “desvalorización”, lo que activa respuestas emocionales negativas incluso ante comentarios neutros o constructivos. Este tipo de asociación simbólica se intensifica cuando las personas se

fusionan con sus pensamientos, es decir, cuando confunden su contenido mental con una verdad literal que debe ser obedecida (Törneke et al., 2016).

Desde este enfoque, no es el contenido de los pensamientos el que necesariamente genera sufrimiento, sino la forma en que las personas se relacionan con ellos. Por ello, ACT no se enfoca en reestructurar o disputar los pensamientos negativos, como lo hace la Terapia Cognitiva de Beck, sino en modificar el contexto funcional de los mismos mediante procesos como la defusión cognitiva. Este proceso permite tomar distancia de los pensamientos y observarlos como eventos mentales transitorios, sin dejar que controlen la conducta (Pantoja & Cajas, 2025).

Además de la defusión cognitiva, la ACT incorpora otros cinco procesos psicológicos centrales: la aceptación de experiencias internas, el contacto con el momento presente, el yo como contexto, la clarificación de valores personales y el compromiso con la acción (Alonso et al., 2022). Juntos, estos seis elementos conforman el modelo conocido como *hexaflex*, cuyo propósito es aumentar la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de permanecer en contacto con el momento presente, aceptar las experiencias internas difíciles y actuar en dirección a los propios valores, incluso en contextos adversos (Godbee & Kangas, 2020).

La aceptación hace referencia a una disposición activa y voluntaria de permitir que pensamientos, emociones y sensaciones incómodas estén presentes, sin intentar evitarlos, controlarlos o suprimirlos. Este proceso se diferencia de la resignación pasiva, ya que implica una actitud de apertura ante la experiencia, lo que reduce la lucha interna y el malestar añadido por la evitación (Johnsen & Friborg, 2015).

Por su parte, la defusión cognitiva busca alterar la forma en que las personas se relacionan con sus pensamientos, enseñándoles a observarlos como eventos pasajeros del lenguaje y no como verdades literales. A través de metáforas, ejercicios de lenguaje y atención plena, se facilita una menor fusión con pensamientos disfuncionales y mayor flexibilidad conductual (Godbee & Kangas, 2020).

El contacto con el momento presente es otro componente esencial. Consiste en entrenar la atención consciente hacia la experiencia actual, con apertura y curiosidad, disminuyendo la rumiación y permitiendo una respuesta más consciente ante las situaciones. Este entrenamiento en mindfulness, además de reducir los

síntomas de ansiedad y depresión, promueve una mayor conexión con las propias necesidades y valores (Johnsen & Friborg, 2015).

La clarificación de valores implica identificar lo que realmente importa para la persona: las cualidades del ser y del actuar que aportan sentido y dirección, tales como “ser una madre presente” o “actuar con honestidad”. A diferencia de metas específicas, los valores son principios guía que pueden practicarse de manera continua (Johnsen & Friborg, 2015). Finalmente, el compromiso con la acción se refiere a la disposición de actuar en coherencia con esos valores, incluso cuando surgen obstáculos internos como el miedo, la duda o la incomodidad. Este proceso promueve una conducta dirigida por principios personales en lugar de por el malestar, facilitando cambios sostenidos en el tiempo (Assaz et al., 2023).

La efectividad del modelo hexaflex ha sido validada empíricamente; como ejemplo de ello se encuentran Godbee y Kangas (2020) quienes encontraron que los seis procesos psicológicos centrales de la ACT predicen cambios clínicos significativos y sostenidos en depresión, ansiedad y funcionamiento general. Asimismo, Johnsen y Friborg (2015) llevaron a cabo un estudio sobre las intervenciones digitales basadas en ACT (iACT), donde se evidenció mejoras en flexibilidad psicológica, valores, defusión y contacto con el presente, lo que respalda su aplicabilidad más allá del formato presencial.

3.3 Evidencia de la efectividad de la ACT en Ensayos Clínicos Aleatorizados

La TAC ha mostrado de forma consistente una efectividad significativa en la reducción de síntomas depresivos dentro de la población adulta, posicionándose como una alternativa válida y respaldada empíricamente dentro de la práctica clínica contemporánea. Los hallazgos derivados de múltiples ensayos controlados aleatorizados (ECA) han confirmado que los beneficios de la TAC van más allá del simple paso del tiempo o de la remisión espontánea, y que sus efectos se sostienen incluso en los seguimientos a largo plazo.

Un ejemplo clave de esta evidencia es el ECA propuesto en el estudio de Karimpour et al. (2020), en el cual participaron adultos de la población general que presentaban síntomas depresivos leves a moderados. Los participantes fueron

asignados aleatoriamente a un programa de la TAC en formato en línea o a un grupo de control en lista de espera. Sus resultados mostraron reducciones significativamente mayores en los niveles de sintomatología depresiva en el grupo que recibió la TAC, en comparación con el grupo control. Además, los efectos terapéuticos se mantuvieron estables durante el seguimiento, lo que demuestra que las mejoras no fueron temporales ni atribuibles únicamente a la expectativa de mejora.

Otro estudio relevante es el de Sverre et al. (2023), el cual evaluó la eficacia de la TAC individual frente al tratamiento habitual en adultos diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor, donde incluyó participantes del grupo TAC, quienes mostraron una reducción más pronunciada de los síntomas depresivos y una mejoría significativa en la calidad de vida, en comparación con quienes recibieron el tratamiento estándar. Estos resultados respaldan el uso de la TAC no solo como una intervención alternativa, sino también como una estrategia complementaria al cuidado psicológico tradicional, particularmente en contextos clínicos donde el tratamiento farmacológico es predominante.

La efectividad de la TAC también ha sido documentada en entornos clínicos de rutina, donde las condiciones de intervención se asemejan más a la práctica profesional real. En este sentido, el estudio de Bahlmann et al. (2020), realizado con adultos diagnosticados con TDM en un entorno ambulatorio, comparó la TAC con un grupo de control en lista de espera. Los resultados evidenciaron un tamaño del efecto elevado ($d \approx 1.0$) en la reducción de los síntomas depresivos, confirmando que la TAC mantiene su eficacia incluso fuera del contexto experimental controlado.

En conjunto, la evidencia derivada de estos y otros ensayos controlados aleatorizados consolida a la TAC como un tratamiento psicoterapéutico sólido, eficaz y científicamente validado para la depresión en adultos. La superioridad frente a condiciones de control inactivo, como la lista de espera o el tratamiento habitual, confirma la validez del modelo terapéutico basado en la aceptación, la flexibilidad psicológica y el mindfulness. Por tanto, la TAC se establece como una intervención de primera línea dentro de las terapias contextuales para el tratamiento de la depresión, ofreciendo beneficios clínicamente significativos, sostenibles y aplicables en contextos reales.

Justificación

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se reconocen como intervenciones de referencia en el tratamiento de la depresión. Aunque ambas cuentan con respaldo empírico, difieren en sus fundamentos teóricos, objetivos y estrategias de intervención.

En los últimos años, se han realizado estudios que comparan de manera directa la eficacia de TCC y ACT en la depresión. Por ejemplo, Ruiz (2012) encontró que ACT mostró cambios significativos en los procesos de cambio que propone como mecanismos terapéuticos, mientras que la TCC no evidenció cambios significativos en los procesos que teóricamente explican su funcionamiento (p. ej., modificación de pensamientos disfuncionales). Por otro lado, otros trabajos sugieren que ACT podría favorecer beneficios más estables a largo plazo que la TCC gracias al desarrollo de flexibilidad psicológica (Zettle et al., 2011), mientras que otros destacan que la TCC impacta en procesos transdiagnósticos como la rumiación. Stenzel et al. (2023), lo que explica su eficacia sostenida en el tiempo. Esta variabilidad dificulta extraer conclusiones sólidas y resalta la necesidad de revisar de forma sistemática la evidencia comparativa disponible.

Aunque la revisión de Ruiz (2012) constituye un antecedente valioso al comparar ACT y TCC en depresión, su alcance es limitado para responder a las preguntas actuales del campo. En más de una década han surgido numerosos ensayos clínicos que evalúan directamente ambas terapias en población adulta con depresión, incorporando diseños más rigurosos, análisis de mediación formales y seguimientos a mediano y largo plazo. Por ello, se vuelve necesario actualizar de forma sistemática la evidencia comparativa producida entre 2007 y 2025, con el fin de esclarecer no solo si una terapia muestra mayores beneficios, sino también si dichos efectos se mantienen en el tiempo y a través de qué procesos se producen.

El análisis comparativo de los mecanismos observados en cada estudio incluido constituye un aporte diferencial frente a revisiones previas, las cuales se centraron

principalmente en la eficacia global de ACT y TCC (Cuijpers et al., 2013; Ramírez et al., 2023; Delgadillo et al., 2022).

Por ello, la presente revisión sistemática tiene como propósito analizar y comparar los resultados de estudios empíricos con mediciones pre y post intervención que han evaluado la efectividad de la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia de Aceptación y Compromiso en la reducción de síntomas depresivos en adultos. Al reunir y contrastar estos hallazgos, se busca clarificar la eficacia comparativa entre ambas terapias y examinar la evidencia disponible sobre sus procesos de cambio, con el fin de ofrecer orientaciones útiles para la práctica clínica basada en evidencia y favorecer una planificación terapéutica más informada y eficiente.

Método

Este estudio tuvo como finalidad establecer los lineamientos para la realización de una revisión sistemática orientada a analizar comparativamente la efectividad de dos enfoques psicoterapéuticos ampliamente utilizados en el tratamiento de la depresión: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitiva de Beck (TCC). Por tanto, esta revisión buscó sintetizar la evidencia empírica disponible sobre su impacto en la reducción de síntomas depresivos en población adulta, a partir de estudios cuantitativos con diseño de pretest y postest; además, se diseñó una rúbrica calificativa que guió la redacción y contenido teórico de esta revisión por medio de indicadores para la evaluación y selección de los estudios que integraron el referente teórico de este estudio.

Estrategias de búsqueda

Se empleó una estrategia de búsqueda estructurada en dos bases de datos: Scopus y Pubmed. Las palabras clave se formularon en inglés y español, combinándose mediante operadores booleanos (AND/OR). Se elaboraron múltiples combinaciones de términos para ampliar el rango de búsqueda y asegurar la identificación del mayor número posible de estudios relevantes; tales como, ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "ACT") AND ("Cognitive Behavioral Therapy" OR "CBT" OR "Beck Therapy") AND ("Depression" OR "depressive symptoms") AND ("Rumination") AND ("Effectiveness") AND ("Adults").

Criterios de inclusión:

- Estudios publicados en inglés o español entre 2007 y 2025.
- Acceso completo al texto.
- Estudios empíricos cuantitativos con diseño de pretest y posttest.
- Población adulta (mayores de 18 años), tanto en contextos clínicos como subclínicos.
- Comparación directa entre ACT y TCC bajo un mismo protocolo de investigación.
- Intervenciones aplicadas en formato individual o grupal, modalidad presencial, entre 6 y 20 sesiones y con duración mínima de cuatro semanas.
- Uso de instrumentos psicométricos validados para medir síntomas depresivos.
- Reporte de estadísticas suficientes para la comparación de efectividad: medias y desviaciones estándar pre y post tratamiento, pruebas de significancia y tamaños del efecto (como d de Cohen, eta cuadrado o IC).

Criterios de exclusión:

- Estudios en población adolescente o infantil.
- Revisiones sistemáticas, estudios teóricos, editoriales o cartas al editor.
- Estudios con intervenciones mixtas sin claridad sobre el efecto individual de cada terapia.
- Aplicación en formato grupal, modalidad virtual o sin especificar claramente las condiciones de aplicación.

Además, se desarrolló una rúbrica de evaluación de calidad metodológica con el propósito de garantizar que los estudios incluidos en nuestra revisión cumplieran con estándares de rigor científico. Esta rúbrica permitió valorar aspectos centrales del diseño experimental de los ensayos clínicos que comparan la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en población adulta con síntomas depresivos.

La rúbrica estuvo compuesta por criterios que evaluaron la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, incluyendo respaldo teórico, evidencia

empírica y reporte de estadísticas de fiabilidad; y coherencia y calidad interpretativa de los resultados, considerando su adecuación a los objetivos y al diseño del estudio.

Cada criterio contó con descriptores graduados y valores de puntuación específicos, lo que permitió clasificar la calidad metodológica de manera diferenciada (por ejemplo, adecuado, parcialmente adecuado o deficiente). Los estudios que obtuvieron puntuaciones que indicaban un nivel aceptable de calidad fueron integrados en la síntesis cualitativa final; aquellos con puntuaciones bajas o con ausencia de justificación metodológica suficiente fueron excluidos para resguardar la validez interna y externa de los hallazgos comparativos entre ACT y TCC.

Rúbrica de evaluación de estudios experimentales

Rúbrica de evaluación				
MARCO TEÓRICO				
	Muy Bien	Bien	Regular	Mal
Pertinencia				
¿El estudio define claramente el fenómeno que se pretende explicar? a) El estudio define adecuadamente todo los constructos y conceptos involucrados b) Precisa el fenómeno que se pretende explicar	Cumple criterio a y b	Cumple con b, pero de forma incompleta con a	Cumple con b, pero de forma incompleta e inadecuada	No cumple con los criterios
¿El estudio reconoce y utiliza la o las teorías explicativas propuestas en relación con el fenómeno? a) Las teorías en las que se fundamenta el estudio son asertadas en cuanto a que pretenden explicar el o los fenómenos abordados en el estudio b) Las teorías en las que se fundamenta el estudio tienen evidencia empírica a favor c) Se exponen de forma clara y comprensible	Cumple criterios a,b y c.	Cumple con a y b, en c no expone comprensiblemente	Cumple con a y con c pero no con b	No cumple con los criterios
¿Las hipótesis de investigación están claramente formuladas y se derivan lógicamente de la fundamentación teórica y empírica? a)Establece la relación entre las variables, especificando la dirección de la relación b)Se deriva completamente del marco teórico	Cumple criterio a y b	Cumple con a parcialmente (falta dirección de la relación) y b	Cumple con a total o parcialmente, pero no con b	No cumple con los criterios
¿La investigación cuenta con estudios empíricos directamente relacionados con el problema de investigación y	Cumple criterio a,b y c	Cumple con a y b, en c no expone	Cumple con a, en b los estudios reseñados	No cumple con los criterios

detalla los resultados relevantes? a) Esta sustentado por estudios empiricos b) Los estudios reseñados están directamente y claramente relacionados con el P.I c) Expone los resultados relevantes		comprensiblemente	están sólo indirectamente relacionados con el problema pero el autor no explica la conexión. En c no expone comprensiblemente	
Referencialidad				
¿El análisis de documentos se basa en fuentes válidas y confiables desde el punto de vista científico, como investigaciones publicadas en revistas científicas de la disciplina (psicología o psiquatria)? A) Todas las fuentes utilizadas son válidas y confiables desde el punto de vista científico. B) Las investigaciones refrenciadas están publicadas en revistas científicas de la disciplina.	Cumple criterio a y b	Cumple con el criterio "a" aunque no todas las investigaciones referenciadas están publicadas en revistas científicas de la disciplina	Cumple criterio b, pero no con a	No cumple con los criterios
Suficiencia				
¿La revisión de la literatura es amplia y abarca los aspectos relevantes para el fenómeno en estudio? a) La revisión incluye una amplia gama de estudios. b) La revisión incluye solo estudios relevantes para el fenómeno.	Cumple criterios a y b	Cumple criterios b pero la revisión no es muy amplia	Cumple con criterio a pero no con b	No cumple con los criterios
Puntajes				
Actualidad				
¿La revisión de la literatura presenta la información científica actual sobre el problema de investigación?A)La mayoría de las fuentes (80-100%) son publicaciones de los últimos 10 años. B)La revisión cubre todas las áreas relevantes, identifica vacíos en la investigación y analiza tendencias actuales de forma crítica y exhaustiva.	Cumple criterio a y b .	Cumple con criterio a, pero b cubre la mayoría de las áreas relevantes y menciona algunas tendencias o vacíos, pero con análisis limitado.	Cumple con el criterio b,pero no cumple con a .	No cumple con los criterios
MÉTODO				
Sujetos				
¿Es adecuado el tamaño de la muestra para comparar la efectividad de ACT y TCC? a) El tamaño de la muestra está claramente justificado y es equivalente entre grupos.	Cumple a, b y c	Cumple a y b, pero no c. Se calcula bien, pero no garantiza representatividad estadística.	Cumple solo con a o b. Justifica, pero sin cálculo claro ni equivalencia.	No cumple. No justifica ni calcula el tamaño de la muestra.

b) Se utiliza un método adecuado para calcular el tamaño de la muestra (fórmulas estadísticas o justificación con estudios previos). c) El tamaño garantiza representatividad y poder estadístico para detectar diferencias entre terapias.				
Puntajes:	3,5	2,33	1,167	0
¿Son adecuados los criterios de selección utilizados en el estudio? a) Están alineados con el objetivo de comparar ACT y TCC. b) Aseguran validez y comparabilidad entre grupos.	Cumple a y b: Claros, alineados con el objetivo y garantizan comparabilidad.	Cumple a pero no b: Alineados con el objetivo, pero sin garantizar comparabilidad.	Cumple b pero no a: Garantizan comparabilidad, pero no están alineados con el objetivo.	No cumple.
Puntajes:	3,5	2,33	1,167	0
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN				
¿El diseño empleado permite contrastar adecuadamente la efectividad de ACT y TCC? a) El diseño se justifica con base en los objetivos del estudio. b) Es adecuado a las hipótesis planteadas.	Cumple a y b: Justificado y adecuado a las hipótesis.	Cumple a pero no b: Justificado, pero no adecuado a las hipótesis.	Cumple b pero no a: Adecuado a las hipótesis, pero sin justificación	No cumple: No justificado ni adecuado a las hipótesis.
Puntajes	4,5	3	1,5	0
¿Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a los tratamientos, garantizando la validez del experimento? a) Se indica que los participantes fueron asignados de manera aleatoria a ACT o TCC.	Los participantes fueron asignados de manera aleatoria a ACT o TCC y el proceso está descrito con claridad, indicando cómo contribuye a la validez interna del estudio.	Se menciona la asignación aleatoria, pero sin detallar el procedimiento o su relación con la validez interna.	Se indica que hubo asignación aleatoria, pero de manera muy superficial o sin evidencia clara.	No hubo asignación aleatoria o no se menciona el método de asignación.
Puntajes:	4,5	3	1,5	0
VARIABLES				
¿La variable dependiente es apropiada para el estudio?	Cumple a y b: variables adecuadas	Cumple a pero no b: buenas variables, pero	Cumple b pero no a: pretende	No cumple: variables inadecuadas o

a) La variable (síntomas depresivos) está definida y medida con instrumentos validados aplicados en pretest y posttest con los **mismos** instrumentos en ambos grupos. b) La medición está alineada con el objetivo de **comparar la efectividad** de ACT y TCC (mismos momentos de medición, condiciones equivalentes y reporte de estadísticas comparables: medias/DE, p, tamaños de efecto).	y medición plenamente comparable entre terapias.	la medición no permite comparar plenamente ACT vs TCC.	comparar, pero las variables/ instrumentos no están bien definidos o validados.	medición que impide evaluar la efectividad.
Puntajes	2,25	1,5	1,75	0
¿Los instrumentos de medida utilizados son válidos y confiables? ¿Se reportan estadísticas de confiabilidad? a) Los instrumentos tienen respaldo teórico y validez empírica. b) Se reportan estadísticas de confiabilidad (Alfa de Cronbach, test-retest, etc.).	**Cumple a y b:** Los instrumentos utilizados tienen respaldo teórico y validez empírica, y además se reportan estadísticas de confiabilidad.	**Cumple solo a:** Los instrumentos tienen respaldo teórico y validez empírica, pero no se reportan estadísticas de confiabilidad.	**Cumple solo b:** Se reportan estadísticas de confiabilidad, pero no se evidencia respaldo teórico ni validez empírica clara.	No cumple No presenta ni justifica validez ni confiabilidad
Puntajes	2,25	1,5	1,75	0
¿Se controlaron adecuadamente las variables extrañas, exponiendo claramente cómo se realizó este control? a) Se identifican posibles variables extrañas que puedan interferir (por ejemplo, diferencias iniciales entre grupos). b) Se explican las estrategias para controlar esas variables. c) Se demuestra cómo ese control fortaleció la validez de los resultados.	Cumple criterios a, b y c. Control de variables extrañas claro y bien ejecutado.	Cumple con a y b, pero en c no demuestra su impacto. Control poco desarrollado o sin conexión clara con los resultados.	Cumple con a, pero no explica las estrategias ni su efecto. Control débil o mal justificado.	No cumple No identifica ni controla variables extrañas.
Puntajes	2,25	1,5	0,75	0
RESULTADOS				
¿Son los resultados interpretados de manera correcta y coherente con los objetivos y el diseño del estudio? a) Los resultados son interpretados con coherencia.	Cumple criterios a, b y c. Interpretación clara y alineada con el	Cumple a y b, pero no c Buena interpretación, pero la exposición es confusa o incompleta.	Cumple solo con a. Relación débil o mal explicada con los objetivos	No cumple Resultados mal interpretados o sin relación con objetivos

b) Se establece relación clara con los objetivos del estudio (comparar ACT y TCC). c) Se presentan y explican de forma comprensible y completa.	diseño comparativo.			
Puntajes	6,25	4,167	2,084	0
¿Se presentan los resultados de manera completa, incluyendo tanto efectos significativos como no significativos? a) Se presentan todos los resultados relevantes. b) Se incluyen tanto los que son estadísticamente significativos como los que no.	Cumple criterios a, b y c. Presentación completa, clara y equilibrada	Cumple a y b, pero no c. Incluye resultados significativos, pero omite los no significativos	Cumple solo con a. Resultados sesgados o presentación incompleta	No cumple. Resultados mal reportados o parciales.
Puntajes	6,25	4,167	2,084	0
¿Se incluyen los valores de los estadísticos obtenidos junto con sus niveles de significancia? a) Se reportan los valores estadísticos obtenidos. b) Se especifican los niveles de significancia. c) Se interpretan de forma clara y comprensible.	Cumple criterios a, b y c. Estadísticos bien reportados y comprensibles.	Cumple a y b, pero no c. Estadísticos presentes pero mal interpretados o confusos.	Cumple solo con a. Incompleto o poco claro.	No cumple No se reportan estadísticos ni niveles de significancia.
Puntajes	6,25	4,167	2,084	0
¿Son las técnicas de análisis estadístico utilizadas apropiadas para los objetivos del estudio? a) Las técnicas están bien elegidas según los objetivos (comparación entre terapias). b) La interpretación se relaciona con los resultados y objetivos del estudio.	Cumple criterios a, b y c. Técnicas apropiadas y aplicadas correctamente	Cumple a pero no b. Buen análisis, pero sin conexión clara con los objetivos.	Cumple solo con a. Técnica mal aplicada o mal elegida.	No cumple Técnicas inadecuadas o sin justificación.
Puntajes	6,25	4,167	2,084	0
DISCUSIÓN				
¿Están las interpretaciones realizadas por los autores basadas en los resultados obtenidos en el estudio? a) Las interpretaciones responden claramente al objetivo del estudio (comparar ACT y TCC). b) Se basan directamente en los resultados estadísticos obtenidos.	Cumple criterios a, b y c Interpretaciones claras, coherentes y bien fundamentadas	Cumple a y b, pero no c Buena base, pero expresadas con poca claridad	Cumple solo con a Interpretaciones confusas o sin relación directa con los resultados	No cumple Interpretaciones sin respaldo en los resultados

c) Se expresan de manera clara y comprensible.				
Puntajes	7	4,67	2,34	0
¿Se explican adecuadamente los resultados que difieren de otros estudios, proporcionando los autores posibles razones para dichas discrepancias? a) Se identifican y explican diferencias o discrepancias con estudios previos. b) Los autores ofrecen explicaciones razonables para dichas diferencias (por ejemplo: diferencias metodológicas, culturales, clínicas).	Cumple criterios a y b. Discrepancias bien abordadas y justificadas.	Cumple con a, pero no b. Reconoce diferencias pero no las explica.	Cumple solo con a o b. Mención superficial o incomprensible.	No cumple No aborda diferencias con otros estudios.
Puntajes	9	6	3	0
TOTAL				

Resultados

La metodología PRISMA es útil para esta revisión sistemática porque mejora su calidad y transparencia mediante la identificación, selección, evaluación y síntesis de otros estudios. Es así que este proceso empezó con la búsqueda de literatura en las bases de datos ya indicadas antes, ante lo cual se contó con un total de 123 estudios (84 provenientes de Pubmed y 39 de Scopus). Una vez identificados, se procedió con la lectura de solo 55 estudios tras la lectura de sus títulos alineados con el de esta revisión.

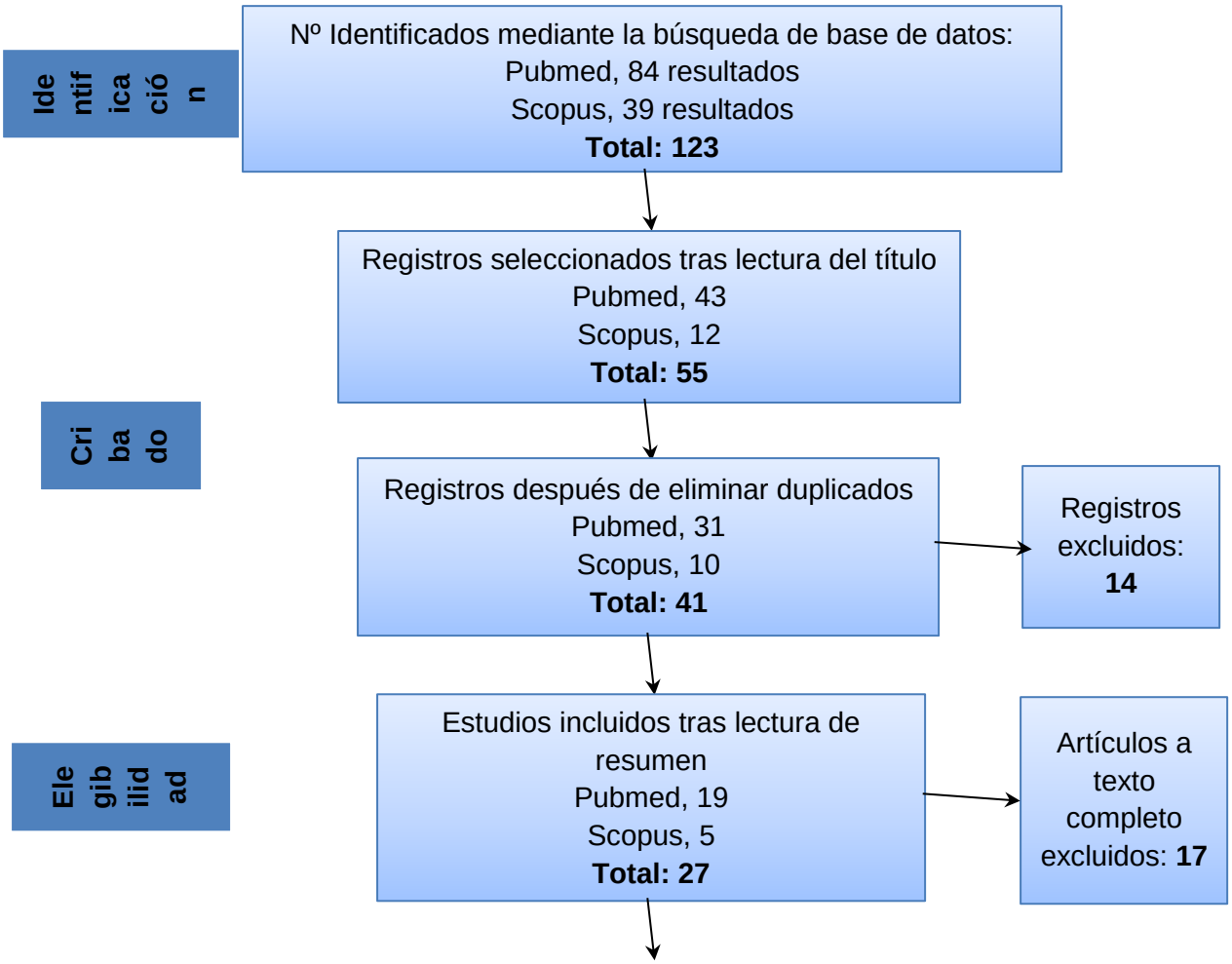
Seguidamente, se eliminaron 14 estudios debido a que estuvieron duplicados, quedando así 41 para la siguiente fase, misma que consistió en la lectura de sus resúmenes; una vez transcurrida la lectura, se eliminó 14 estudios. Luego, se llevó a cabo la lectura de los textos completos evaluados para evaluar su elegibilidad, ante lo cual se eliminó a 17 estudios, quedando así, con 10 estudios (7 de Pubmed y 3 de Scopus).

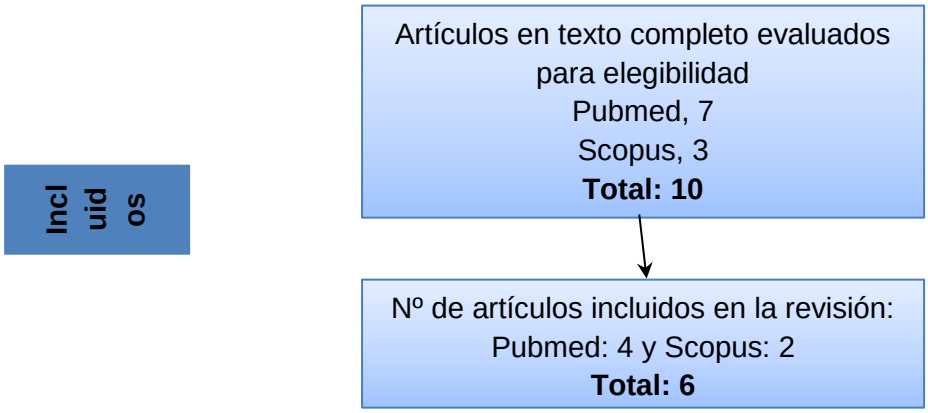
Una vez leídos los textos completos de estos últimos estudios, se eliminó a 4, por lo que se contó finalmente con 6 revisiones sistemáticas (4 de Pubmed y 2 de Scopus), las cuales formaron parte del análisis de resultados de esta revisión. Dicho

esto, a continuación se ubica el diagrama PRISMA que resume el proceso descrito de forma gráfica.

Figura 1.

Diagrama PRISMA




Incluidos
Artículos en texto completo evaluados para elegibilidad
Pubmed, 7
Scopus, 3
Total: 10
Nº de artículos incluidos en la revisión:
Pubmed: 4 y Scopus: 2
Total: 6

Resultados

Posterior a la selección de los estudios que forman parte del fundamento teórico de esta revisión, se procedió a su extracción de información para el respectivo análisis de resultados, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1

Análisis de datos

Nº	Base de datos	Autores	Año	Título	Objetivos	Muestra	Diseño	Instrumentos	Resultados
1	Pubmed	Samaan M, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Pontow I, Pakenham K.	2020	A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed	Investigar la efectividad de la ACT y la TCC con respecto a la depresión, la tensión general de los síntomas y	177 pacientes hospitalizados en un pabellón psiquiátrico	Los pacientes fueron asignados a 2 sesiones grupales semanales de ACT o TCC, con duración de 50 minutos	Entrevista SCID-I, cuestionarios específicos para el trastorno y una escala de satisfacción con la vida	Ambas terapias mostraron reducciones significativas en los síntomas depresivos y generales: MANOVA de medidas repetidas (Pillai's Trace = 0.70, $F(6,131)=50.37$, $p < 0.001$). Los

				mental disorders	la satisfacción vital				pacientes tratados con ACT y TCC presentaron descensos clínicamente relevantes en las escalas MADRS (ACT: d = 1.70; CBT: d = 2.01) y ADS (ACT: d = 1.46; CBT: d = 2.01), manteniéndose los efectos a los 6 meses (p < 0.001). Más del 85% de los pacientes respondieron de manera confiable y el 53% alcanzó remisión clínica. No hubo diferencias

									entre grupos (p > 0.05). Por ende, estos resultados confirman que ACT es tan efectiva como la TCC en el tratamiento de la depresión en pacientes hospitalizados.
2	Pubmed	Forman E, Herbert J, Moitra E, Yeomans P.	2007	A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for	Evaluar el grado de eficacia de la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva para la	101 pacientes ambulatorios heterogéneos que reportaron niveles de ansiedad o depresión de moderados a severos	Todos los pacientes fueron asignados aleatoriamente a 8 sesiones de terapia cognitiva tradicional (TC) o a ACT	Índice de calidad de vida, Escala de Impresión Clínica Global, Escala de Evaluación Global del Funcionamiento, Escala de satisfacción con	Este estudio reveló efectos significativos del tiempo sobre los síntomas depresivos y ansiosos ($F(3,97)=15.90$, $p<0.01$; $\eta^2=.33$), funcionamiento clínico ($F(2,98)=24.79$, $p<0.01$; $\eta^2=.34$) y

				Anxiety and Depression	ansiedad y depresión			la vida, Inventario de habilidades de atención plena de Kentucky, y Cuestionario de Aceptación y Acción	bienestar (F(2,98)=9.92, p<0.01; η²=.17). Ambas terapias mostraron reducciones equivalentes en BDI (d=1.27) y BAI (d=0.68), sin diferencias entre grupos (p>0.05). Un 61.2% alcanzó recuperación clínica en depresión y 55% en ansiedad. Los cambios en aceptación (p=.003) y actuar con conciencia (p=.005) se asociaron a mejores resultados,

									lo que confirmó la eficacia de ACT y su impacto en procesos de aceptación y conciencia plena.
3	Scopus	Tamannaei S, Gharraee B, Birashk B, Habibi M.	2016	Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy in Patients With Major Depressive Disorder	Comparar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia cognitiva (TC) en el tratamiento de pacientes iraníes con trastorno depresivo	19 mujeres pacientes ambulatorias que cumplían los criterios del DSM-IV-TR para el TDM sin ningún trastorno del eje 2	Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a ACT o CT, donde se administraron 12 sesiones terapéuticas dos veces por semana	Inventario de depresión de Beck-II-segunda edición (BDI-II), cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II) y escala de actitud disfuncional (DAS)	El ANOVA mixto mostró un efecto significativo de fase en depresión ($F(2,34) = 14.54$, $p = 0.00$, $\eta^2 = 0.90$), sin diferencias entre ACT y TCC en post-test ni seguimiento ($p > 0.05$); ACT mejoró del pretest al seguimiento y TCC del pre al post y del pre al seguimiento. En actitudes disfuncionales hubo

					mayor (TDM)				homogeneidad inicial ($p > 0.05$) y un efecto significativo de fase ($F(2,34) = 6.26$, $p = 0.005$, $\eta^2 = 0.86$), con diferencias entre grupos en post-test y seguimiento ($p < 0.05$), mostrando mejoras solo en TCC. En aceptación de experiencia interna no hubo diferencias iniciales ($p > 0.05$), ni efecto significativo de fase ($F(2,34) = 1.6$, $p = 0.20$, $\eta^2 = 0.08$), ni diferencias en post-test ($p = 0.10$) o

									seguimiento (p = 0.30); ACT mejoró del pre al post, mientras que TCC no presentó cambios significativos.
4	Pubmed	Tjak J, Morina N, Topper M, Emmelkamp P.	2018	A Randomized Controlled Trial in Routine Clinical Practice Comparing Acceptance and Commitment Therapy with Cognitive Behavioral Therapy for	Comparar la ACT con la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la depresión, probando la hipótesis de que la TCC supera a la ACT.	82 pacientes con TDM	El tratamiento en ambas condiciones consistió en 20 sesiones como máximo, de 45-55 minutos de duración. Se proporciona durante 30 semanas, con sesiones generalmente realizadas una	Escala HDRS-17, Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva (Q IDS), QIDS-SR16, Escala de Calidad de Vida de las Encuestas Europeas de Entrevistas de Salud (EUROHIS)	Esta revisión mostró reducciones significativas en los síntomas depresivos en ambas condiciones (HDRS: F=23.61, p<0.001; QIDS: F=19.74, p<0.001). Las tasas de remisión fueron 75% para ACT y 80% para TCC, manteniéndose los efectos en el seguimiento a seis

				the Treatment of Major Depressive Disorder			vez por semana durante las primeras ocho semanas. y una vez cada dos semanas durante las siguientes 16 a 24 semanas		meses (p<0.001). La calidad de vida mejoró significativamente (EUROHIS: F=16.42, p<0.001), con grandes tamaños del efecto (d=1.45–1.62). No se encontraron diferencias entre tratamientos (p>0.05), lo cual confirmó que ACT iguala la eficacia de la TCC para reducir la depresión y mejorar el bienestar en práctica clínica rutinaria.

5	Scopus	Tamannaeifar S, Gharraee B, Birashk B, Habibi, M.	2014	A comparative effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and group cognitive therapy for major depressive disorder	Evaluar la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva	19 pacientes ambulatorios depresivos	Se crearon 2 grupos (terapia de aceptación y compromiso y terapia cognitiva) y se dieron 12 sesiones terapéuticas administradas en el centro de consulta de la Universidad de Teherán dos veces por semana.	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)) y Escala de Respuesta Rumiativa (RRS)	Ambos tratamientos redujeron significativamente los síntomas depresivos (BDI-II: $F=0.20$, $p=0.66$) y la rumiación cognitiva (RRS: $F=0.42$, $p=0.52$). Sin embargo, los tamaños del efecto fueron clínicamente relevantes ($\eta^2=0.86$ para depresión; $\eta^2=0.83$ para rumiación). Así, ambos enfoques mostraron disminución media en puntuaciones postratamiento, lo

									cual confirmó su eficacia terapéutica equivalente. ACT logró mejoras sostenidas en aceptación y reducción de evitación experiencial, evidenciando así, su validez como intervención alternativa frente a la terapia cognitiva para la depresión.
6	Pubmed	A-Tjak J, Morina N, Topper M, Emmelkamp P.	2021	One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and	Examinar la eficacia a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual	82 pacientes con TDM	Ensayo controlado aleatorizado para recopilar datos antes, durante y	Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, Escala de Calificación de	Se evidenciaron reducciones significativas en síntomas depresivos (QIDS-SR: F=53.90, p<0.001) y mejoras

				acceptance and commitment therapy for adult depression	y la terapia de aceptación y compromiso para el trastorno depresivo mayor (TDM)		después del tratamiento, durante 6 sesiones, así como un seguimiento a los 12 meses	la Depresión de Hamilton, Escala de Calidad de Vida de las Encuestas Europeas de Salud (EUROHIS), Escala de Actitudes Disfuncionales revisada (DAS-17), Cuestionario de Experiencias (EQ-D) y Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)	en calidad de vida (EUROHIS: $F=30.35$, $p<0.001$) desde el pretratamiento hasta los 12 meses de seguimiento. Los tamaños del efecto fueron grandes ($d=-1.26$ a -1.60 para depresión; $d=0.91$ a 1.28 para calidad de vida). No se hallaron diferencias entre ACT y TCC ($p>0.05$). Los análisis de mediación indicaron que los cambios en actitudes disfuncionales

									(p<0.01), descentramiento (p<0.01) y evitación experiencial (p<0.05) predijeron reducciones sostenidas en depresión, confirmando así, la eficacia equivalente de ambas terapias y los distintos mecanismos terapéuticos de ambas intervenciones.

Interpretación de resultados

De acuerdo con los hallazgos obtenidos en la Tabla 1, los seis estudios analizados demostraron que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitiva de Beck (TCC) poseen una efectividad equivalente para reducir los síntomas depresivos en adultos, respaldada por resultados estadísticamente significativos. En el estudio de Samaan et al. (2021), ambas terapias mostraron reducciones robustas en depresión ($F(6,131)=50.37$, $p<0.001$; MADRS $d=1.70–2.01$) y mejoras sostenidas en satisfacción vital. De igual forma, Forman et al. (2007) reportaron efectos significativos del tiempo ($F(3,97)=15.90$, $p<0.01$; $\eta^2=.33$) y tamaños de efecto elevados (BDI $d=1.27$).

Por su parte, en el estudio de A-Tjak et al. (2018, 2021), se confirmaron disminuciones notables en depresión ($F=23.61–53.90$, $p<0.001$) y mejoras en calidad de vida ($F=16.42–30.35$, $p<0.001$; $d=0.91–1.62$). Finalmente, Tamannaeifar et al. (2014) y Vakili et al. (2014) mostraron efectos significativos en depresión ($\eta^2=0.83–0.86$; $F=5.03$, $p<0.05$). Por ende, conjuntamente, estos datos confirman una eficacia equiparable entre ACT y TCC.

Por consiguiente, Samaan et al. (2021) evidenciaron reducciones significativas en los síntomas depresivos y generales en ambas terapias (Pillai’s Trace=0.70, $F(6,131)=50.37$, $p<0.001$; MADRS $d=1.70–2.01$; ADS $d=1.46–2.01$), por lo que confirmaron su efectividad equivalente. Más del 85% de los pacientes respondieron clínicamente y el 53% alcanzó remisión, manteniendo mejoras en satisfacción vital ($p<0.001$). Los mecanismos diferenciales se observaron en la evitación experiencial, con un cambio significativamente mayor en el grupo ACT ($F(1,132)=7.42$, $p=0.008$, $\eta^2=0.05$), y en la reestructuración cognitiva, más pronunciada en el grupo TCC ($F(1,132)=6.87$, $p=0.010$, $\eta^2=0.04$). El estudio careció de grupo control externo, lo que limitó la inferencia causal, pero su fortaleza radicó en la amplia muestra hospitalaria con diversidad diagnóstica y alta adherencia (abandono <4%). Por ende, estos resultados confirman que ACT mantiene la eficacia clínica de la TCC incluso en contextos psiquiátricos complejos.

Por otro lado, Forman et al. (2007) encontraron reducciones significativas en depresión ($F(3,97)=15.90$, $p<0.01$; $\eta^2=.33$; BDI $d=1.27$) y ansiedad ($F(2,98)=24.79$,

$p<0.01$; $\eta^2=.34$), con incrementos paralelos en bienestar ($F(2,98)=9.92$, $p<0.01$; $\eta^2=.17$), sin diferencias entre ACT y TCC ($p>0.05$). Los mecanismos de cambio revelaron que la aceptación ($p=.003$) y actuar con conciencia ($p=.005$) predijeron la mejoría en ACT, mientras que la observación cognitiva indicó una asociación significativa con la reducción de síntomas depresivos ($\beta= –0.41$, $t= –3.12$, $p= .002$). Aquello confirma que ambas terapias alcanzan resultados equivalentes mediante procesos terapéuticos distintos. Como tal, este estudio careció de grupo control no tratado, lo que limitó comparaciones externas, aunque su fortaleza radicó en el diseño experimental riguroso y evaluación de mediadores psicológicos, aspecto poco explorado en estudios previos, consolidando así, la evidencia de eficacia compartida entre ambas intervenciones.

Este hallazgo va en línea con el reportado por Tamannaei et al. (2016), quienes evidenciaron mejoras significativas en depresión ($F(2,34)=14.54$, $p<0.001$; $\eta^2=0.90$) y en actitudes disfuncionales ($F(2,34)=6.26$, $p=0.005$; $\eta^2=0.86$) tras la intervención, confirmando así, la efectividad de ACT y TCC sin diferencias entre grupos ($p>0.05$). Los mecanismos de cambio mostraron que la ACT incrementó la aceptación de experiencias internas ($\Delta M= 7.21$; $F(1,17)= 8.94$; $p= 0.008$; $\eta^2= 0.34$), mientras que la TCC redujo actitudes disfuncionales ($\Delta M= –9.45$; $F(1,17)= 7.82$; $p= 0.011$; $\eta^2= 0.31$). Las mejoras se mantuvieron durante el seguimiento, demostrando estabilidad del efecto ($p<0.05$). El estudio se realizó con mujeres iraníes, lo que aporta diversidad cultural como fortaleza metodológica; sin embargo, el tamaño muestral reducido ($n=18$) limitó la generalización. Dicho esto, estos resultados reafirman que ambas terapias producen beneficios equiparables.

A esto se suman A-Tjak et al. (2018) que evaluaron la eficacia comparativa de ACT y TCC en 82 pacientes con trastorno depresivo mayor, donde se evidenciaron reducciones significativas en depresión (HDRS: $F=23.61$, $p<0.001$; QIDS: $F=19.74$, $p<0.001$) y mejoras sostenidas en calidad de vida (EUROHIS: $F=16.42$, $p<0.001$; $d=1.45–1.62$). Ambas terapias mantuvieron efectos a seis meses ($p<0.001$) y alcanzaron tasas de remisión del 75% (ACT) y 80% (TCC), sin diferencias entre grupos ($p>0.05$). Los mecanismos de cambio sugirieron que ACT promovió la aceptación psicológica ($\beta= –0.36$, $SE= 0.09$, $p= 0.001$) y la TCC fortaleció la reestructuración cognitiva (DAS-17; $\beta= 0.33$, $SE= 0.10$, $p= 0.003$), por ende,

produjeron resultados equivalentes. La principal limitación fue la ausencia de grupo control pasivo; sin embargo, su fortaleza radicó en el diseño naturalista en práctica clínica real, lo que respalda la aplicabilidad y validez ecológica de los hallazgos.

Del mismo modo, Tamannaeifar et al. (2014) compararon ACT y terapia cognitiva grupal en 19 mujeres iraníes con depresión mayor, donde encontraron reducciones significativas en depresión (BDI-II: $F=0.20$, $p=0.66$; $\eta^2=0.86$) y rumiación (RRS: $F=0.42$, $p=0.52$; $\eta^2=0.83$), sin diferencias entre grupos ($p>0.05$). Los mecanismos de cambio evidenciaron que la ACT mostró un incremento significativo en la aceptación y una reducción de la evitación experiencial ($\Delta M= 6.84$; $F(1,17)= 7.11$; $p= 0.015$; $\eta^2= 0.29$). Por su parte, la TCC mejoró la observación y descripción de experiencias internas ($\Delta M= 4.37$; $F(1,17)= 6.59$; $p= 0.019$; $\eta^2= 0.28$). Ambos patrones de cambio se correlacionaron significativamente con la reducción de síntomas depresivos ($r = –0.43$, $p < 0.05$ para aceptación; $r = –0.39$, $p < 0.05$ para observación), por lo que se determinó que ambos procesos terapéuticos tienen resultados clínicos similares. Su principal limitación fue el tamaño muestral reducido, lo que restringió la generalización, aunque su fortaleza radicó en la inclusión de una muestra culturalmente homogénea que permitió explorar la eficacia de ACT en contextos no occidentales, consolidando así, su validez transcultural.

Por último, A-Tjak et al. (2021) demostraron reducciones significativas en síntomas depresivos (QIDS-SR: $F=53.90$, $p<0.001$; $d=-1.26$ a -1.60) y mejoras en calidad de vida (EUROHIS: $F=30.35$, $p<0.001$; $d=0.91–1.28$) a lo largo de 12 meses, sin diferencias entre ACT y TCC ($p>0.05$). Los mecanismos mediadores incluyeron actitudes disfuncionales ($p<0.01$), descentramiento ($p<0.01$) y evitación experiencial ($p<0.05$), lo cual confirmó que ambos tratamientos actúan mediante procesos distintos pero igualmente efectivos. ACT se asoció con mayor cambio en evitación experiencial y TCC mostró mayor descenso temprano en pensamiento disfuncional. A pesar de que el estudio careció de grupo control no tratado, su fortaleza metodológica fue el seguimiento longitudinal y análisis de mediación, que aportaron evidencia sólida sobre la estabilidad de los efectos terapéuticos en el tiempo.

Dicho esto, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) posee una efectividad comparable a la terapia cognitiva de Beck (TCC) para reducir síntomas depresivos en adultos, pues ambas intervenciones mostraron mejoras en depresión, calidad de vida

y funcionamiento general, con efectos mantenidos en el tiempo. Aunque los mecanismos de cambio difirieron, ya que ACT actúa sobre la aceptación y la evitación experiencial, mientras que TCC se enfoca en la modificación cognitiva, los resultados sintomáticos resultaron similares. Por ende, estos hallazgos respaldan a la ACT como una alternativa terapéutica válida, principalmente, cuando se buscan enfoques centrados en la flexibilidad psicológica.

Discusión

Los resultados de esta revisión evidencian que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitiva de Beck (TCC) son intervenciones efectivas para disminuir los síntomas depresivos en la población adulta. No obstante, los datos sugieren que, aunque ambas terapias logran efectos clínicamente significativos, lo hacen por medio de mecanismos de cambio distintos; así, la ACT promueve la flexibilidad psicológica y reducción de la evitación experiencial, en tanto que la TCC se enfoca en la reestructuración cognitiva y modificación de pensamientos disfuncionales.

Estos hallazgos coinciden con los resultados del estudio de Cuijpers et al. (2013), quienes indicaron que la ACT presenta una eficacia semejante a la de la TCC en varios trastornos psicológicos, entre los cuales se incluye la depresión, pero mediante procesos distintos de regulación cognitiva y emocional. Del mismo modo, Li et al. (2018) encontraron efectos equiparables en el tratamiento de depresión y ansiedad, observando así, que la ACT actúa a través de la aceptación y descentramiento, en tanto que la TCC lo hace mediante la modificación del contenido cognitivo, por lo que se refuerza la idea de que ambas terapias son funcionalmente equivalentes.

Por otra parte, los resultados de esta revisión también se alinean con la evidencia sintetizada por Ramírez et al. (2023), quienes señalaron que la TCC conserva una elevada eficacia en depresión, frente a otras terapias psicológicas y tratamientos farmacológicos, aunque no mostró superioridad frente a intervenciones de tercera ola como la ACT. En este contexto, Delgadillo et al. (2022) refirieron que las terapias cognitivo-conductuales, independientemente de su nivel de complejidad,

producen mejoras comparables en síntomas depresivos, lo que respalda la equivalencia terapéutica entre ACT y TCC hallada en esta revisión.

Sin embargo, es importante señalar que algunas revisiones previas han identificado diferencias cualitativas entre ACT y TCC que pueden matizar la equivalencia observada en la presente revisión. Por ejemplo, Zettle et al. (2011) sugieren que la ACT podría favorecer una mayor estabilidad de los cambios a largo plazo al fortalecer la flexibilidad psicológica, mientras que Cuijpers et al. (2013) reportan que la TCC tiende a generar una reducción más rápida de pensamientos negativos en las etapas iniciales del tratamiento.

Los hallazgos de esta revisión coinciden parcialmente con estas observaciones: aunque los estudios incluidos mostraron efectividad equivalente en la reducción de síntomas depresivos, también evidenciaron que los procesos de cambio difieren entre ambas terapias. En línea con la literatura previa, la ACT se asoció con mejoras vinculadas a la aceptación y la regulación emocional, mientras que la TCC operó principalmente a través de la modificación de pensamientos desadaptativos. Por lo tanto, aun cuando los resultados globales fueron comparables, las vías mediante las cuales cada intervención produce cambios clínicos pueden orientar la elección del enfoque según los objetivos terapéuticos y el perfil del paciente.

Asimismo, Cuijpers et al. (2013) reportaron que la ACT tiene eficacia comparable a la TCC en depresión y otros trastornos, aunque se centraron principalmente en la reducción de síntomas y no analizaron los procesos internos de cambio de ACT, ni analizaron los mecanismos específicos de cambio reportados en cada estudio, como la evitación experiencial, aceptación de experiencias internas, conexión con momento presente o reestructuración cognitiva, además, no compararon cómo estos procesos se relacionan con mejoras en síntomas depresivos y calidad de vida. En contraste, la presente revisión realizó un análisis comparativo de los mecanismos observados en cada estudio incluido, lo que permite comprender qué procesos parecen mediar los cambios terapéuticos en ACT y TCC, constituyendo así, un aporte diferencial frente a la revisión de Ruiz (2012).

En contraste, la presente revisión sistemática aporta un análisis comparativo más detallado, al identificar los mecanismos de cambio reportados en los estudios

incluidos y relacionarlos con los efectos clínicos observados. Esto permitió evidenciar cómo ACT y TCC alcanzan resultados equivalentes mediante procesos distintos: ACT mediante aceptación y reducción de la evitación experiencial, y TCC mediante reestructuración cognitiva. Además, se incorporó información sobre la durabilidad de los efectos y la diversidad cultural de las muestras, aspectos que no fueron abordados en las revisiones previas, lo que representa un aporte diferencial de esta revisión.

Por otra parte, algunos estudios han reportado diferencias cualitativas que pueden orientar la selección del enfoque terapéutico. Por ejemplo, se ha sugerido que la ACT podría favorecer una mayor estabilidad de los cambios a largo plazo al fortalecer la flexibilidad psicológica, mientras que la TCC podría facilitar una reducción más rápida de pensamientos negativos en las fases iniciales del tratamiento (Samaan et al., 2021; Forman et al., 2007).

Los hallazgos de la presente revisión coinciden parcialmente con estas observaciones: aunque los estudios incluidos mostraron reducciones equivalentes en síntomas depresivos, también revelaron procesos de cambio diferenciados, lo que respalda la idea de que cada intervención puede aportar beneficios específicos según el perfil del paciente. En consonancia con la literatura previa, los estudios analizados evidenciaron que la ACT tiende a mejorar la regulación emocional y la aceptación de experiencias internas, mientras que la TCC actúa principalmente sobre patrones cognitivos desadaptativos. Por ello, aunque la eficacia global fue similar, los mecanismos mediante los cuales cada terapia opera podrían guiar una elección clínica más ajustada a las necesidades individuales.

Dicho esto, estos resultados aportan evidencia consistente con la literatura previa, pues, apoyan la noción de que ambas terapias son alternativas válidas y fundamentadas en evidencia para el tratamiento de la depresión en adultos. Además, la ausencia de diferencias significativas sugiere que la elección entre ACT y TCC puede orientarse en dependencia de las preferencias del paciente, experiencia del terapeuta y recursos disponibles en el contexto clínico.

Por consiguiente, esta revisión sistemática presentó algunas fortalezas y limitaciones. Una de las principales fortalezas de esta revisión es el rigor metodológico

aplicado en la selección y análisis de los estudios, pues, se siguieron los lineamientos del modelo PRISMA. A su vez, el enfoque comparativo permitió identificar patrones comunes y divergentes en los mecanismos de cambio de ambas terapias, contribuyendo así, a la comprensión de su efectividad diferencial.

Pero, el estudio también presentó limitaciones relevantes; en primer lugar, el número reducido de estudios experimentales incluidos restringió la generalización de los hallazgos. En segundo lugar, la heterogeneidad de las muestras e intervenciones dificultó la comparación directa de los resultados. A su vez, la mayoría de estudios no contaron con grupo control, únicamente uno lo hizo, lo que limitó la posibilidad de establecer con certeza que las mejoras observadas se debieron exclusivamente a las intervenciones (ACT o TCC) y no a factores externos. Finalmente, el idioma inglés como criterio de inclusión pudo haber excluido investigaciones relevantes publicadas en otros idiomas, lo cual representa un sesgo potencial en la revisión.

Pese a ello, esta revisión brindó varias aportaciones prácticas e implicaciones clínicas de importancia. Desde una perspectiva aplicada, los resultados de esta revisión sugieren que ACT y TCC deben considerarse intervenciones eficaces para el manejo de la depresión en adultos. En la práctica clínica, aquello implica que los psicólogos pueden seleccionar cualquiera de las dos terapias en dependencia de la accesibilidad, preferencia del paciente y objetivos terapéuticos, lo que significa que la decisión clínica puede adaptarse a las características individuales del caso y recursos del contexto sin comprometer la eficacia del tratamiento

En vista de aquello, este estudio permitió analizar comparativamente la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitiva de Beck (TCC) en la reducción de los síntomas depresivos en adultos. Derivado de ello, se identificaron estudios científicos que demostraron la eficacia empírica de ambas terapias en población adulta con depresión. También se describieron sus principales características metodológicas, donde se evidenció similitudes en el uso de instrumentos estandarizados y diferencias en los mecanismos de cambio.

Así también, al comparar la efectividad de ambas intervenciones, se concluyó que la ACT y la TCC producen resultados equivalentes en la disminución de síntomas

depresivos, aunque mediante procesos distintos: la ACT mediante la aceptación y flexibilidad psicológica, y la TCC a través de la reestructuración cognitiva. Por lo tanto, ambas terapias son alternativas eficaces y basadas en evidencia, cuya elección puede adaptarse a las necesidades y características individuales del paciente.

Con base en ello, se recomienda que futuras investigaciones amplíen el número de estudios comparativos con muestras más diversas y diseños longitudinales que permitan analizar los efectos diferenciales de ACT y TCC en el tiempo. De la misma manera, sería valioso incluir análisis de mediación que profundicen en los procesos específicos de cambio y su relación con la edad, género o gravedad de la depresión.

También es necesario que se realicen estudios con grupo de control ya que esto permitiría determinar con mayor precisión la eficacia real de cada intervención, controlando variables externas y descartando la influencia de factores no terapéuticos. Finalmente, se sugiere incorporar estudios multiculturales y en distintos idiomas, para fortalecer la validez externa de las conclusiones y avanzar hacia modelos de intervención más integradores.

Bibliografía

Alonso, A., Barbero, A., Ruiz, F., & Gil, B. (2022). Terapia de Aceptación y Compromiso en un niño con celos y rumia disfuncionales. *Revista de Psicoterapia, 33*(122), 21-45. https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1146.

Arana, S., Campos, R., Olaya, B., & Santabárbara, J. (2024). Conceptualización de la depresión en estudiantes de medicina y sus diferencias durante la formación médica. *Epidemiología, 5*(3), 605-617. https://doi.org/10.3390/epidemiologia5030042.

Assaz, D., Tyndall, I., Oshiro, C., & Roche, B. (2023). Un análisis basado en procesos de la defusión cognitiva en la terapia de aceptación y compromiso. *Terapia del comportamiento, 54*(6), 1020-1035. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003.

Astudillo, P., & Quezada, C. (2021). Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck (bdi-ii) en adolescentes ecuatorianos. *South Florida Journal of Development, 2*(5), 7271-7288. DOI: 10.46932/sfjdv2n5-068.

A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(1), 30–36. https://doi.org/10.1159/000365764

Bizzozero, B., Díaz, V., & Jiménez, E. (2024). Recuento diario de pasos y depresión en adultos: Una revisión sistemática. *Red JAMA abierta, 7*(12), 1-10. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.51208.

Coloma, E., Balarezo, L., Ramírez, A., & Jaramillo, J. (2023). Revisión sistemática de las intervenciones psicoterapéuticas en niños y adolescentes con psicosis de Educación General Básica y Bachillerato. *Revista Conrado, 19*(90), 92-106. https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2871/2778.

Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., & Yu, W. (2024). Trastorno depresivo mayor: hipótesis, mecanismo, prevención y tratamiento. *Transducción de señales y terapia dirigida, 9*(30), 1-12. https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry, 58*(7), 376–385. https://doi.org/10.1177/070674371305800702

Delgadillo, J., Dawson, A., Gilbody, S., & Barkham, M. (2022). Effectiveness of cognitive–behavioural therapies of varying complexity in reducing depression in adults: Systematic review and network meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 220*(5), 244–250. https://doi.org/10.1192/bjp.2022.18

Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy

for anxiety and depression. *Behavior Therapy, 43*(4), 801–811. https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.001

García, H. (2022). Transdiagnóstico y dimensionalidad en el estudio psicopatológico. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 19*(1), 1-8. https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2022/hph221a.pdf.

Godbee, M., & Kangas, M. (2020). La relación entre la adopción de una perspectiva flexible y el bienestar emocional: una revisión sistemática del componente «Yo como contexto» de la terapia de aceptación y compromiso. *Terapia del comportamiento, 51*(6), 917-932. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.010.

González, L., Ortega, N., Guzmán, J., Valencia, A., & García, R. (2023). Intervenciones cognitivo conductuales en adolescentes con TDAH: revisión sistemática. *Revista Conrado, 19*(90), 25-31. https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2864/2771.

Gutkin, M., McLean, L., Brown, R., & Kanaan, R. (2021). Revisión sistemática de la psicoterapia para adultos con trastorno neurológico funcional. *BMJ Journals, 92*, 36-44. https://jnnp.bmj.com/content/92/1/36.

Henrich, D., Glombiewski, J., & Scholten, S. (2023). Revisión sistemática de la formación en terapia cognitivo-conductual: resumen de efectos, costes y técnicas. *Revista de psicología clínica, 101*, 102266. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102266.

Huntley, A. L., Araya, R., & Salisbury, C. (2014). Group cognitive behavioural therapy for depression in adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 14*, 239. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0239-x

Karimpour, A., Rudsari, A., Rezvanizadeh, A., Kehtary, L., & Hasanzadeh, K. (2020). Behavioral Activation Therapy on Reward Seeking Behaviors in Depressed People: An Experimental study. *J Caring Sci, 9*(4), 195-202. https://doi.org/10.34172/jcs.2020.030.

Li, J., Zhang, Y., Su, W., Liu, L., Gong, H., & Peng, W. (2018). Terapia cognitivo-conductual para la depresión resistente al tratamiento: una revisión sistemática y un metanálisis. *Res. de Psiquiatría, 268*, 243-250. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.020.

Liu, F., Yin, X., & Jiang, W. (2025). Comprehensive Review and Meta-Analysis of Psychological and Pharmacological Treatment for Intermittent Explosive

Disorder: Insights From Both Case Studies and Randomized Controlled Trials. *Clin Psychol Psychother, 32*(1), 70016. https://doi.org/10.1002/cpp.70016.

Malgaroli, M., Calderón, A., & Bonanno, G. (2021). Redes del trastorno depresivo mayor: una revisión sistemática. *Revista de psicología clínica, 85*, 10200. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102000.

Moloud, R., Saeed, Y., Mahmonir, H., & Rasool, G. (2022). Terapia grupal cognitivo-conductual en el trastorno depresivo mayor con enfoque en la autoestima y el optimismo: un estudio intervencionista. *Psiquiatría BMC, 22*(299), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03918-y.

Neufeld, C., Correia, N., & Pizzarro, I. (2024). La Teoría de los Modos de Beck: una revisión de alcance. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 19*(2), 1-8. https://doi.org/10.5935/1808-5687.20230027-es.

Pantoja, A., & Cajas, D. (2025). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en adultos con trastorno por duelo complejo prolongado: una revisión sistemática. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades, 6*(1), 2225-2236. https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3486.

Ramírez, J., Santana, S., Franco, K., & Ávalos, M. (2023). Una revisión y actualización de metaanálisis sobre tratamientos de activación conductual para la depresión. *Caleidoscopio - Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades, 27*(49), 1-10. https://doi.org/10.33064/49crscsh4160.

Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy in the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*(3), 333–357.

Smith, M., & Hewitt, P. (2024). The equivalence of psychodynamic therapy and cognitive behavioral therapy for depressive disorders in adults: A meta-analytic review. *J Clin Psychol, 80*, 945-967. DOI: 10.1002/jclp.23649.

Stenzel, N. M., de Oliveira, I. R., & Osório, F. L. (2023). Cognitive behavioral therapy for rumination: A systematic review of randomized controlled trials. *Cognitive Therapy and Research, 47*, 345–363. https://doi.org/10.1007/s10608-023-10395-6

Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. (2016). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering.

Journal of Contextual Behavioral Science, 5(3), 167–172. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.07.001

Yépez, J., & Gordon, J. (2024). Terapia de aceptación y compromiso en la reducción de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores. *UNACH, 18*(3), 101-115. https://doi.org/10.37135/ee.04.21.08.

Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (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. https://doi.org/10.1177/0145445510393523