

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster en Psicología General Sanitaria
2015-2016

**REVISIÓN BIBLIOMÉTRICA DE LA EFICACIA DE LA TERAPIAS CONTEXTUALES
EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA.**

(Modalidad Teórica)

M^a ESTHER ÁMEZ CAMPAZAS

Oviedo, Enero 2016.

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Enfermedades cardiovasculares.....	7
Cáncer.....	8
Enfermedades respiratoria crónicas.....	9
Diabetes.....	9
Metodología	10
Resultados	11
Enfermedades cardiovasculares.....	13
Cáncer.....	16
Enfermedades respiratorias crónicas.....	32
Diabetes.....	33
Discusión	42
Referencias	49

RESUMEN

La presencia de trastornos emocionales es habitual en personas con enfermedades físicas crónicas. La comorbilidad entre patología física y psicológica tiene importantes consecuencias negativas. Por estos motivos, las Terapias Contextuales se han presentado recientemente como forma de abordaje psicoterapéutico en población con enfermedad crónica.

El actual trabajo tiene como objetivo revisar la eficacia de dichas terapias en las personas con enfermedad crónica. Para ello, se han utilizado las bases de datos Psycinfo, Scopus y Web of Science. Se han analizado un total de 37 investigaciones publicadas en el periodo 2001-2015, que se refieren a cuatro grandes grupos de enfermedades crónicas: cardiovasculares, cáncer, respiratorias y diabetes.

La Terapia de Aceptación y compromiso, la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness y la Activación conductual se muestran como terapias posiblemente eficaces en el abordaje de las alteraciones emocionales y en el aumento de la calidad de vida de los cuatro grupos de enfermedad objetivo. No obstante, importantes limitaciones metodológicas (ausencia de grupo control, moderado tamaño y representatividad muestral) caracterizan gran parte de las investigaciones, por lo que los autores coinciden en la necesidad de investigaciones futuras con muestras más grandes, heterogéneas, y que incluyan seguimientos a largo plazo.

Keywords: Terapias Contextuales, Eficacia, Enfermos crónicos, Calidad de vida, Trastornos emocionales.

ABSTRACT

Emotional disorders are common in people with chronic physical diseases. The comorbidity between physical and psychological pathology has significant negative consequences. These are the reasons why, recently, Contextual Therapies were presented as a form of therapeutic approach in people with chronic disease.

The present study aims to review the effectiveness of Contextual Therapies in chronically ill people. In order to do this, the bases Psycinfo, Scopus and Web of Science have been used. A total of 37 studies published between 2001 and 2015, which refer to four groups of chronic diseases: cardiovascular, cancer, respiratory and diabetes, have been analyzed.

The Acceptance and Commitment Therapy, the Mindfulness Based Cognitive Therapy and Behavioral Activation are shown as possibly effective therapies in addressing emotional disturbances and improving quality of life of the four chronic conditions studied. However, significant methodological limitations (no control group, moderate sample size and representativeness) characterize much of the research, so the authors agree on the need for further research with larger, more heterogeneous samples, and with long term monitoring conditions.

Keywords: Contextual Therapies, Effectiveness, Chronically ill people, Quality of Life, Emotional disorders.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2012), define las enfermedades crónicas como afecciones de larga duración y por lo general de evolución lenta.

Dicha organización, establece en su Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (2014), que las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles (ENT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, reconociendo su devastador impacto a nivel humano, social y económico. Además, prevé que la prevalencia global de dichas enfermedades aumente de forma continua durante las próximas décadas, por lo que lo resulta primordial la inversión de esfuerzos a múltiples niveles: investigación, economía, educación... etc.

Este tipo de enfermedades constituye la primera causa de mortalidad en todo el mundo, y presenta también una importante morbilidad, tanto a nivel de afecciones físicas, como de trastornos o alteraciones psicológicas.

Según un estudio llevado a cabo en España por García-Olmos et al. (2012), un 42% de las personas que reciben tratamiento en el Sistema de Atención Sanitaria presentan una afección crónica, y un 24,5% de ellas presentan dos o más condiciones crónicas, pudiendo ser una de éstas los trastornos depresivos y/o ansiosos.

Múltiples estudios recientes han demostrado que distintos trastornos psicológicos son comunes en personas que padecen enfermedades crónicas, con una prevalencia estimada de entre el 24%-58% (Clarke y Currie, 2009; Scott et al., 2007).

La coexistencia de trastornos físicos crónicos y alteraciones psicológicas o emocionales tiene importantes implicaciones, ya que investigaciones revelan que estos casos se asocian con mala calidad de vida, discapacidad, resultados específicos de la enfermedad somática pobres y mayor mortalidad (Van Dooren et al., 2013; Weinberger, Bruce, Roth, Breitbart y Nelson, 2011), así como con un mayor uso de los servicios sanitarios (Caughey, Vitry, Gilbert y Roughead, 2008). Además, las alteraciones psicológicas en estos pacientes también se han relacionado con una peor habilidad para el automanejo de la enfermedad crónica (Egede, Ellis y Grubaugh, 2009; Grenard et al., 2011).

Por otro lado, las demandas o necesidades de tratamiento de estas personas, son a menudo más complejas que las demandas de aquellos en los que no coexisten trastornos emocionales. Sin embargo, dichas necesidades habitualmente pasan desapercibidas o no son abordadas de forma óptima por distintos motivos. Uno de ellos, es la falta de conocimientos de algunos trabajadores del campo de la salud acerca del diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos (Coventry et al, 2011). Otra razón, es la confusión que ciertos síntomas somáticos utilizados en el diagnóstico de la depresión o ansiedad (p.e. pérdida de peso o falta de energía) crean, ya que al ser similares a los síntomas de la propia enfermedad somática, pueden atribuirse únicamente a esta y pasar desapercibidos como signos del problema psicológico (McDaniel, Musselma, Porter, Reed y Nemeroff, 1995). Por lo tanto, los pacientes con comorbilidad psicológica están más expuestos a recibir una atención insuficiente y probablemente descoordinada, ya que a menudo la colaboración entre los distintos profesionales de la salud es insuficiente.

No obstante, independientemente de que existan o no trastornos psicológicos, puesto que la salud hoy día constituye uno de los principales valores en las distintas sociedades, la pérdida de la misma supone siempre una situación de crisis y un importante impacto en la calidad de vida y el desempeño diario de la persona (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 2009). El carácter estresante de la enfermedad crónica es resultado de las múltiples demandas que requiere la nueva situación, y se ve influido por distintos factores, tales como la gravedad de la enfermedad, la forma de aparición (p.e. repentina vs progresiva), o los roles sociales implicados (p.e. “papel de enfermo”) (Rodríguez-Marín et al., 2009).

Se podría hablar de dos grandes grupos de variables que influyen en la existencia de alteraciones emocionales en el enfermo crónico: **factores** de carácter **físico o somático** (dolor, calidad de sueño, pronóstico de la enfermedad...) y **psicológicos y sociales** (percepción de gravedad, apoyo social, estilos de afrontamiento...).

Según diferentes investigaciones, las alteraciones psicológicas más habituales en estas situaciones de cronicidad física son los problemas depresivos y de ansiedad (Scott et al., 2007). No obstante, hay variaciones en función de la idiosincrasia de cada tipo de enfermedad. Por otro lado, también es importante tener en cuenta, que trastornos depresivos y ansiosos suelen darse de forma conjunta en gran parte de la población. Según Scott et al. (2007), el 50% de personas que padecen depresión también presentan algún tipo de ansiedad.

Dados estos conocimientos, en relación tanto a la habitual comorbilidad de problemas psicológicos, como al impacto negativo que esto conlleva, se hace evidente la necesidad de un adecuado reconocimiento y abordaje psicoterapéutico en el paciente con condiciones físicas crónicas. En los últimos años, las Terapias contextuales o Terapias de Tercera generación, están suscitando un gran interés como opción a la hora de abordar distintos problemas psicológicos.

El grupo de terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta son las siguientes: **La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)** (Acceptance and Commitment Therapy o **ACT**; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), **la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF)** (Functional Analytic Psychotherapy o **FAP**; Kohlenberg y Tsai, 1991), **la Terapia de Conducta Dialéctica (TCD)** (Dialectical Behavior Therapy o **DBT**; Linehan, 1993a y b), **la Activación Conductual (AC)** (Behavioral activation o **BA**; Jacobson et al., 1996), **la Terapia Integral de Pareja (TIP)** (Integrative Behavioral Couples Therapy o **IBCT**; Jacobson y Christensen, 1996), **la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM)** (Mindfulness-Based Cognitive Therapy o **MBCT**; Segal, Williams y Teasdale, 2002) y **Terapia Cognitiva con base en la Persona para la Psicosis** (Person-based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis; Chadwick, 2006).

Dichas terapias nacidas de la tradición conductual, constituyen, aparte de una aproximación empírica y enfocada en los principios de aprendizaje, un acercamiento particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto, además de otras más directas y didácticas (Mañas, 2007).

Otra característica importante de estas terapias, es que no se centran en eliminar, cambiar o alterar los eventos privados, como por ejemplo los pensamientos negativos o las sensaciones de dolor que habitualmente acompañan a un proceso de enfermedad, sino que fijan su interés en la funcionalidad de los mismos y en los intentos de control llevados a cabo por la persona, que lejos de resolver el problema, paradójicamente lo constituyen. Además, otro aspecto fundamental que se trabaja en estas terapias, es el de corte existencial y/o experiencial, a través del cual se conecta directamente con procesos de aceptación psicológica, los valores y la trascendencia de la persona.

Puesto que la psicología médica pretende, entre otros objetivos, buscar y trabajar aquellos factores que puedan conducir a una mejor adaptación psicológica a los problemas de salud física, estas características que definen las Terapias Contextuales, las hacen idóneas como forma de abordaje del impacto negativo y las alteraciones emocionales en personas que tienen que convivir con afecciones físicas durante largos periodos de tiempo.

Así, teniendo en cuenta el interés actual de la temática, el principal propósito de esta revisión consiste en analizar la eficacia de las Terapias Contextuales aplicadas en personas con condiciones médicas crónicas, y habitualmente, con alteraciones emocionales comórbidas. Concretamente, el presente trabajo se centra en analizar los cuatro grandes grupos de enfermedades crónicas que la OMS establece como primordiales: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

ENFERMEDADES CARDIO VASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de desórdenes que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos. Estas constituyen la primera causa de mortalidad en todo el mundo, ya que se estima que fueron la razón de 17,5 millones de en 2012 (OMS, 2014).

La comorbilidad entre este tipo de enfermedades y determinadas alteraciones psicológicas ha despertado un gran interés en la literatura, puesto que se ha demostrado que los factores psicológicos predicen un resultado clínico adverso de la ECV (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab y Kubzansky, 2005). Además, dichos factores

también pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo de patología cardiovascular, bien en sí mismos, o bien al estar relacionados con otros factores perjudiciales, como son el sedentarismo o el consumo de cigarrillos (Lett et al., 2004).

La depresión es el trastorno que en la última década ha llamado más la atención de las investigaciones en este grupo de población, ya que un gran número de estudios la relacionan con las afecciones cardio-vasculares. Según la revisión llevada a cabo por Celano y Huffman (2011) entre un 15-20% de los pacientes con enfermedad arterial coronaria (incluyendo angina de pecho e infarto) cumplen los criterios para el Trastorno depresivo mayor, tasa aproximadamente 3 veces superior a la de la población general. Tanto es así, que actualmente las recomendaciones clínicas incluyen un examen de detección sistemática de la depresión y su tratamiento, como elementos de la asistencia estándar en pacientes cardíacos (Lichtman et al., 2008), por lo que resulta fundamental revisar la eficacia de las intervenciones psicológicas en estas personas.

CÁNCER

“Cáncer” es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades cuya característica es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales. Esta enfermedad constituye, junto con las cardiovasculares, una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo (8,2 millones de muertes en 2012 según la OMS).

De los pacientes que reciben el diagnóstico de cáncer, entre un 30-40% refieren ansiedad y depresión (Fernández et al., 2011). Son especialmente frecuentes los síntomas depresivos, en concreto, la depresión mayor es el trastorno psicológico más común, cuya prevalencia se cifra en un rango de entre el 10-50% de estos pacientes (Croyle y Rowland, 2003; Fann et al., 2008; Massie, 2004).

Teniendo en cuenta el deterioro funcional con el que habitualmente se vincula la enfermedad, en este grupo suelen aparecer otras variables de interés (a parte de la reducción de alteraciones emocionales) como medida de la eficacia de las intervenciones psicológicas, por ejemplo, el aumento de la calidad de vida y la funcionalidad de estos pacientes.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

Las enfermedades respiratorias crónicas son alteraciones que afectan a las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. En el año 2012 se estima que 4 millones de muertes se debieron a su causa (OMS, 2014).

En este caso, las investigaciones se centran principalmente en dos enfermedades: el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Respecto a los enfermos de EPOC, el diagnóstico más habitual es el de trastorno de ansiedad, con un rango estimado de entre el 2 y el 51%, seguido del trastorno depresivo que se cifra entre un 6 y 40% de estos pacientes (Mikkelsen, Middelboe, Pisinger y Stage, 2004).

Ocurre lo mismo en el caso del asma, ya que según la revisión de Baumeister, Korinthenberg, Bengel y Härter (2005) se habla de entre un 41-52% de pacientes con trastornos de ansiedad, y en el caso de los trastornos depresivos de entre un 2 y un 24,9% (Jiang, Qin y Yang, 2014).

A diferencia que en las enfermedades anteriores, en el caso de las respiratorias, son más habituales los problemas de ansiedad que los problemas depresivos. Este hecho se ha vinculado con la presencia habitual de sintomatología ansiosa relacionada con aspectos respiratorios, como la hiperventilación y la opresión en el pecho. Al igual que ocurre con la depresión, la comorbilidad ansiosa, se relaciona con un empeoramiento de los síntomas de la enfermedad respiratoria.

DIABETES

La diabetes constituye la cuarta causa de mortalidad mundial por enfermedad crónica, con 1,5 millones de muertes estimadas en el año 2012 (OMS, 2014). Se trata de una afección que consiste en la ausencia de producción suficiente de insulina por parte del páncreas (diabetes tipo I) o el incorrecto procesamiento de esta hormona por parte del organismo (diabetes tipo II).

En estas personas también se ha reconocido la importante prevalencia e impacto de la existencia de problemas emocionales, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad los diagnósticos más comunes (Rubin y Peyrot, 2001).

De hecho, se estima que la prevalencia de depresión en esta población es 2 veces más alta que en la población general (Li, Ford, Strine y Mokdad, 2008) y además, se señala una fuerte asociación entre depresión y empeoramiento de la condición somática (De Groot, Anderson, Freedland, Clouse y Lustman, 2001).

En este caso, dado que por lo general la enfermedad requiere de un auto-cuidado diario, las alteraciones emocionales pueden tener un especial impacto en la salud de estas personas. Así, los estudios recientemente se han interesado en saber si las intervenciones psicológicas pueden tener un impacto positivo en el manejo de la enfermedad.

En base a los datos relativos a las cuarto enfermedades diana, como se ha mencionado previamente, el principal objetivo del presente trabajo es analizar el papel de las Terapias Contextuales en la atención psicoterapéutica a pacientes con determinadas condiciones somáticas crónicas.

Por otro lado, también supondrá organizar el conocimiento básico acerca de la situación actual de la temática, abordando cuestiones tales como: cuáles son las Terapias Contextuales más utilizadas en este ámbito, con qué objetivos, qué problemas presentan los estudios, qué cuestiones han de abordarse en el futuro... etc. Por lo que, detectando las principales direcciones, avances y lagunas en la temática, se pretende aportar en última instancia, una información relevante para las futuras investigaciones y para la propia práctica clínica de los profesionales de la salud, dado el importante impacto que actualmente presenta a distintos niveles, la comorbilidad entre condiciones físicas crónicas y patología psicológica.

METODOLOGÍA

El proceso de revisión se ha llevado a cabo en las bases Psycinfo, Scopus y Web of Science. Como criterio de búsqueda de las publicaciones se ha utilizado la combinación “AND” entre cada una de las cuatro enfermedades objetivo y cada una de las Terapias Contextuales, sin incluir limitación temporal, ni tampoco respecto al idioma de publicación.

Los descriptores utilizados han sido los siguientes: Cardiovascular disease; Diabetes; Cancer; Chronic respiratory disease; Acceptance and Commitment Therapy; Behavioral Activation; Dialectical Behavioral Therapy; Functional Analytic Psychotherapy; Integrative Behavioral Couples Therapy; Mindfulness based Cognitive Therapy y Person-based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis.

Se ha realizado un primer filtrado de la información en función del ajuste de cada publicación a la temática objetivo. Así, se han obtenido un total de 92 trabajos que se han publicado en el periodo de 2001 a 2015. De estos 92 trabajos, 51 están referidos al cáncer, 31 a la diabetes, 5 a las enfermedades cardiovasculares, 3 a las enfermedades respiratorias crónicas y 2 simultáneamente a la diabetes y las ECV.

Posteriormente, se ha realizado un segundo filtrado en base al siguiente criterio de inclusión: definición a lo largo del trabajo del tipo de diseño, objetivos, participantes, variables de estudio, significación estadística de resultados (exceptuando los estudios de caso, en los que se ha aceptado información cualitativa) y conclusiones. Así mismo, el criterio de exclusión ha sido el siguiente: tratarse de un desarrollo teórico o revisión bibliográfica. De las 92 publicaciones seleccionadas, finalmente han quedado incluidas en el presente trabajo en base a los mencionados criterios 37.

RESULTADOS

En los últimos años (2001-2015), 92 publicaciones se refieren al tema objetivo de la presente revisión. De ellas, 37 cumplen el requisito establecido por el actual trabajo y 21 resultan potencialmente interesantes, sin embargo, debido a la imposibilidad de acceder a su versión completa, no se ha podido constatar si cumplirían o no el criterio de inclusión de la presente revisión. Por este motivo, no se han analizado estas 21 investigaciones potencialmente interesantes, no obstante, con el objetivo de dejar constancia de ellas, en cada uno de los apartados desarrollados a continuación, se han citado sus autores y años de publicación.

Así, finalmente han sido analizadas un total de 37 investigaciones de las cuales se describe a continuación los principales autores, años de publicación y revistas.

Tabla 1.
Principales autores de las publicaciones.

<i>Autor</i>	<i>Número de publicaciones</i>
Hopko	9
Armento	3
Schroevers	3
Tovote	3

En el caso de los autores, hay uno que destaca claramente sobre el resto, Hopko, que se dedica al campo de la psicooncología, con el triple de publicaciones que los autores que le siguen: Armento, Schroevers y Tovote.

Tabla 2.
Principales años de publicación.

<i>Año</i>	<i>Número de publicaciones</i>
2015	11
2014	7
2013	6
2010	3

Respecto a los años de publicación, la mayoría de investigaciones se concentran en los últimos 5 años, con una tendencia creciente que alcanza su máximo en 2015.

Tabla 3.
Principales revistas de publicación.

<i>Revista</i>	<i>Número de publicaciones</i>
Psycho-Oncology	4
Cllinical Case Studies	3
Journal of consulting and Clinical Psychology	3

Por último, las revistas que más destacan son Psycho-Oncology, Clinical Case Studies y Journal of Consulting and Clinical Psychology, sin grandes diferencias entre ellas.

Una vez aportada esta información general, se procede a organizar los resultados según los grupos de condición somática crónica estudiados.

ENFERMEDADES CARDIO-VASCULARES

En el caso de las personas con enfermedades cardiovasculares, sólo son tres las investigaciones que cumplen el criterio de inclusión del presente trabajo. Una de ellas se centra en medir la inflexibilidad psicológica en el contexto de la posible utilidad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Spatola et al., 2014), y las otras dos en la aplicación de la Activación Conductual en pacientes con ECV y síntomas depresivos. Sin embargo, éstas últimas no evalúan la terapia de forma aislada, ya que en un estudio se investiga la atención en colaboración con enfermería (Coventry et al., 2015) y en otro se combina la Activación Conductual con elementos de la Terapia Interpersonal, todo ello vía telefónica (Aburizik et al., 2013).

Tabla 4.

Publicaciones referidas a personas con enfermedades cardiovasculares.

<i>Autores y tipo de diseño</i>	<i>Fecha de publicación</i>	<i>Revista</i>
Aburizik et al. RCT piloto.	2013	Journal Of Affective Disorders
Coventry et al. RCT.	2015	British Medical Journal
Spatola et al. No RCT.	2014	Frontiers in Psychology

RCT: ensayo controlado aleatorio.

A continuación, se describen los principales objetivos, participantes, variables, instrumentos, resultados, conclusiones y limitaciones experimentales de cada uno de estos tres estudios.

Tabla 5.

Principales características de los estudios referidos a enfermedad cardiovascular.

<i>Autores</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Participantes</i>	<i>VARIABLES e instrumentos</i>	<i>Resultados y conclusiones</i>	<i>Limitaciones metodológicas</i>
Aburizik et al. (2013)	Probar la eficacia de un programa de tratamiento psicológico (Activación conductual+ T. interpersonal) combinado con un programa de manejo de la enfermedad, en veteranos con depresión y enfermedad crónica. Aplicación vía telefónica.	N=83 Veteranos de zonas rurales con hipertensión o diabetes mal controlada, o dolor crónico (no canceroso).	Depresión (PHQ-9; BDI-II) Calidad de vida en relación con salud (SF-36) Gestión de la enfermedad (RAND; Resultados médicos; Study Medical Adherence Questionnaire).	Reducción significativamente mayor de síntomas depresivos con el programa combinado frente al tratamiento habitual, pero no significativa respecto al programa aislado de manejo de enfermedad. No mejora el manejo de la enfermedad con ninguna de las 3 modalidades.	Representatividad muestral comprometida. No distingue condiciones de cada enfermedad (p.e. diabetes/dolor crónico). No seguimiento.
Coventry et al. (2015)	Probar la eficacia de un programa de atención en colaboración (salud mental: AC y enfermería), en personas con depresión y diabetes o enfermedad cardiovascular.	N=387 Pacientes que presentan depresión y enfermedad cardiovascular o diabetes	Depresión (PHQ-9; SCL-D13) Ansiedad (GAD-7) Apoyo social (ENRICHD) Calidad de vida global (WHOQOL-BREF29) Calidad de vida en relación a enfermedad (Diabetes Quality of Life ; Seattle Angina Questionnaire) Discapacidad (SDS) Creencia de enfermedad (heiQ) Satisfacción con la intervención (CSQ; PACIC).	Existe una disminución significativamente mayor de los síntomas depresivos en pacientes atendidos con el programa coordinado frente al tratamiento habitual, aunque el tamaño de efecto es modesto. Importantes beneficios de esta intervención en morbilidad psicológica-física.	Representatividad limitada, pacientes que provienen mayoritariamente de entornos deprimidos. No diferencia entre los pacientes que presentan diabetes, ECV o ambas. No seguimiento a partir de los 4 meses.

Spatola et al. (2014)	Evaluar propiedades psicométricas del CVD-AAQ (en el contexto de la TAC) y explorar la relación de la inflexibilidad psicológica con la salud mental y el riesgo cardiovascular.	N=275 Personas con enfermedad cardiovascular que acuden a programa ambulatorio.	Inflexibilidad psicológica (AAQ; CVD-AAQ) Bienestar psicológico (PGWB) Estrés (PSS-10) Autoeficacia (GSE) Ansiedad y depresión (HADS) Estrategias de afrontamiento (Brief- COPE) Adherencia a la medicación (MMAS-4) Peso Altura	Satisfactoria consistencia interna y fiabilidad test-re test del cuestionario. Mayores puntuaciones en el CVD-AQQ están significativamente relacionadas con mayores puntuaciones en estrés ansiedad depresión, sobrepeso y menor bienestar psicológico y adherencia a la medicación. Implicaciones importantes en prevención.	No existe grupo control. No hay seguimiento a largo plazo. Necesidad de investigar en otros idiomas el CVD-AAQ.
------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como se ha observado, en este grupo de población solo hay dos ensayos controlados aleatorios (Aburizik et al., 2013; Coventry et al., 2015). Su principal objetivo consiste en conocer el impacto de la intervención en el estado emocional (depresión fundamentalmente), la calidad de vida, y en uno de ellos (Aburizik et al., 2013) también en el auto-cuidado de la enfermedad.

A pesar de que en ambas investigaciones se obtienen reducciones significativas de los síntomas depresivos en la modalidad de tratamiento que incluye la Activación Conductual frente al grupo control, su muestra está mayoritariamente conformada por personas pertenecientes a zonas deprimidas, por lo que los resultados no se pueden extrapolar a la población general con ECV y depresión. Además, incluyen a individuos con otras afecciones potencialmente diferentes a las ECV, sin hacer distinción entre ellas, así como no contemplan un seguimiento a largo plazo.

Por otra parte, ninguno de los estudios encuentra una mejora significativa de la calidad de vida percibida en relación a la salud tras la intervención (AC).

Por último, Spatola et al (2014), encuentran que la inflexibilidad psicológica está relacionada con puntuaciones más altas en alteraciones emocionales y menores en bienestar psicológico y adherencia a la medicación.

CÁNCER

El grupo de pacientes o supervivientes de cáncer es el que ha generado mayor interés en la literatura científica de la temática objetivo. En este caso se han contemplado un total de 37 investigaciones, de las cuales 3 son estudios de caso.

Tabla 6.

Publicaciones referidas a personas con cáncer.

<i>Autores/tipo de diseño</i>	<i>Fecha publicación</i>	<i>Revista</i>
Arch y Mitchell. Estudio Piloto, No RCT.	2015	Psycho-oncology
Armento y Hopko. Estudio de caso.	2009	Clinical Case Studies
Datta, Aditya, Chakraborty, Das y Mukhopadhyay. No RCT.	2015	Journal of Cancer Education
Deledda, Roberto y Gori. Desconocido.	2013	Psycho-Oncology
Everts, van der Lee y de Jager Meezenbroek. No RCT.	2015	Internet Interventions
Fernández et al. RCT.	2011	Anales de la Psicología
Feros, Lane, Ciarrochi y Blackledge. No RCT.	2013	Psycho-Oncology
Foley y Baillie. No RCT.	2008	International Journal of Psychology
Foley, Baillie, Huxter, Price y Sinclair. RCT.	2010	Journal of consulting and clinical psychology
Gordon, Patrao, Kularatna y Hawkes . No RCT.	2015	European Journal of Cancer Care
Hawkes, Pakenham, Chambers, Patrao y Courneya. RCT.	2014	Annals Of Behavioral Medicine
Hopko, Bell, Armento, Hunt y Lejuez. No RCT.	2005	Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training
Hopko et al. No RCT.	2008(a)	Behavior therapy

Hopko, Robertson y Colman. No RCT.	2008(b)	International Journal of Behavioral Consultation and Therapy
Hopko, Robertson y Carvalho. No RCT.	2009	Behavior therapy
Hopko et al. No RCT.	2011	Journal of consulting and clinical psychology
Hopkto et al. No RCT.	2013	Behavior modification
Hopko, Clark, Cannity y Bell. No RCT.	2015	Health Psychology
Hulbert-Williams, Swash y Storey. Desconocido.	2014	Psycho-Oncology
Jensik y Anderson. Desconocido.	2013	Psycho-Oncology
Kracen. Estudio de caso.	2014	Psycho-Oncology
Lynch, Courneya, Sethi, Patrao y Hawkes. RCT.	2014	Cancer
Lyons et al. Estudio piloto, No RCT	2015(a)	Journal of psychosocial oncology
Lyons, Svensborn, Kornblith y Hegel. No RCT.	2015(b)	OTJR: Occupation, Participation and Health
McConaghey. Desconocido.	2012	Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology
Mohabbat-Bahar, Maleki-Rizi, Akbari y Moradi-Joo. RCT.	2015	Iranian journal of cancer prevention
Montesinos, Hernández Montoyo y Luciano Soriano. Estudio de caso.	2001	Análisis y Modificación de Conducta.
Montesinos, Luciano, Paez y Remedios. Desconocido.	2006	Psycho-Oncology
Páez, Luciano y Gutiérrez. No RCT.	2007	Psicooncología
Rodríguez, Fernández, García y Fernández. RCT.	2014	Psicooncología
Rost, Wilson, Buchanan, Hildebrandt y Mutch. RCT.	2012	Cognitive And Behavioral Practice.
Ryba, Lejuez y Hopko. No RCT.	2014	Journal of consulting and clinical psychology
Sharplin et al. No RCT.	2010	Medical Journal of Australia
Stafford et al. Estudio piloto, No RCT.	2013	Supportive Care in Cancer
Stafford et al. Estudio piloto, No RCT.	2015	Supportive Care in Cancer
Tze-Chun, Huang y Liu . RCT Preliminar.	2012	Neuro-Oncology
Van der Lee y Garssen. RCT.	2012	Psycho-Oncology

RCT: Ensayo controlado aleatorio.

Si se atiende al tipo de Terapia Contextual, 14 estudios se centran en la en la Terapia de Aceptación y Compromiso, 12 en la Activación Conductual, 8 en la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness y 1 en la Terapia de Conducta Dialéctica.

Tabla 7.

Clasificación de las investigaciones referidas a personas con cáncer en función de la Terapia Contextual utilizada.

	TAC	AC	TCBM	TCD
Autores	Arch y Mitchell. (2015)	Armento y Hopko. (2009)	Everts et al. (2015)	Jensik y Anderson. (2013)
	Datta et al. (2015)	Fernández et al. (2011)	Foley et al. (2008)	
	Deledda et al. (2013)	Hopko et al. (2005)	Foley et al. (2010)	
	Feros et al. (2013)	Hopko et al. (2008)	Sharplin et al. (2010)	
	Gordon et al. (2015)	a)	Stafford et al. (2013)	
	Hawkes et al. (2014)	Hopko et al. (2008b)	Stafford et al. (2015)	
	Hulbert-Williams et al. (2014)	Hopko et al. (2009)	Tze-Chun et al. (2012)	
	Kracen (2014)	Hopko et al. (2011)	Van der Lee y Garssen. (2012)	
	Lynch et al. (2014)	Hopko et al. (2013)		
	McConaghey (2012)	Hopko et al. (2015)		
	Mohabbat-Bahar et al. (2015)	Lyons et al. (2015a)		
	Montesinos et al. (2001)	Lyons et al. (2015b)		
	Montesinos et al. (2006).	Rodríguez et al. (2014)		
	Páez et al (2007)	Ryba et al. (2014)		
	Rost et al. (2012)			
Total	15	13	8	1

Desafortunadamente, hay un número apreciable de estas investigaciones, 13 concretamente, que no han sido examinadas, puesto que no se ha podido acceder a su versión completa (Deledda et al., 2013; Foley y Baillie, 2008; Foley et al., 2010; Gordon et al., 2015; Hopko et al., 2015; Hulbert-Williams et al., 2014; Jensik y Anderson, 2013; Lyons et al., 2015b; Montesinos et al, 2001; Kracen, 2014; McConaghey, 2012; Montesinos et al., 2006; Tze-Chun et al, 2012).

A continuación, se analizan los principales objetivos, participantes, resultados, conclusiones y limitaciones experimentales de los estudios cuya versión completa ha sido obtenida.

Tabla 8.

Principales características de las publicaciones referidas a enfermos de cáncer.

<i>Autores</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Participantes</i>	<i>VARIABLES e instrumentos</i>	<i>Resultados y conclusiones</i>	<i>Limitaciones experimentales</i>
Arch y Mitchell. (2015)	Examinar la viabilidad y la eficacia preliminar de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada de forma grupal, en individuos que experimentan ansiedad en la fase de transición del tratamiento activo del cáncer al post-tratamiento.	N=42 supervivientes de cáncer que han finalizado el tratamiento activo (máximo hace 1 año) con éxito, y que experimentan ansiedad significativa.	Ansiedad (STAI) Depresión (CESD-R) Estado de salud y vitalidad (SF-36) Miedo a recurrencia (Concerns about Recurrence Scale) Aceptación (Acceptance and Action Cancer Questionnaire) Significatividad de la vida (OLQ).	Reducción significativa de ansiedad, depresión y aspectos negativos relacionados con el cáncer en el post-tratamiento. Aceptación predice significativamente estos cambios. Mantenimiento (3 meses) con tamaño del efecto de pequeño a grande respecto al pre. Se demuestra la eficacia preliminar de la intervención en el manejo de las necesidades psicológicas de esta población.	No existe grupo control. Tamaño muestral modesto. No se especifican variables de la muestra (p.e. edad, tipo de cáncer). No seguimiento a largo plazo.
Armento y Hopko. (2009)	Examinar el impacto de la Activación Conductual en una mujer con cáncer de mama y diagnóstico comórbido de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada.	N=1 Mujer de 58 años con cáncer de mama (estadio II) y diagnóstico de depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada.	Depresión (BDI-II; CES-D; HRSD) Ansiedad (BAI) Exposición a refuerzos ambientales EROS Calidad de vida (QOLI) Estado de salud y funcionalidad (SF-36) Apoyo social (MSPSS).	Tras intervención los síntomas ansiosos y depresivos disminuyen notablemente y también mejora la calidad de vida y el funcionamiento social. Esto se mantiene en el seguimiento (3-6 meses). Resultados apoyan la AC como una intervención eficaz y parsimoniosa en personas con depresión y problemas médicos concurrentes, como el cáncer de mama.	No especifica si los cambios son significativos. La activación conductual no se aplica de forma aislada, también se incluyen entrenamiento en relajación y psicoeducación.

Datta et al. (2015)	Examinar el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso combinada con un programa de manejo del estrés, en el abordaje del estrés y la calidad de vida en pacientes con cáncer.	N=107 Adultos con diagnóstico de cáncer que están recibiendo tratamiento médico.	Estrés percibido (PSS) Calidad de vida (WEMWBS) Significatividad de la vida (Meaning of Life Questionnaire) Aceptación (AAQ-II).	Aumento significativo tras la intervención de la aceptación y significatividad de la vida, así como impacto positivo de la terapia en el estrés percibido y en la calidad de vida, pero en ambos casos no significativa. Esta terapia puede ser un enfoque de intervención eficaz para aumentar la aceptación de pensamientos y sentimientos relacionados con el cáncer en esta población.	No existe grupo control. Representatividad de la muestra está comprometida. Alta cifra de abandono (51,4% completan). No seguimiento a partir de los 4 meses.
Everts et al. (2015)	Evaluar la eficacia de una intervención online basada en la Terapia Cognitiva con Base Mindfulness (eMBCT), en la reducción de la severidad de la fatiga relacionada con el cáncer y distrés en pacientes que han finalizado el tratamiento activo.	N=159 Adultos supervivientes de cáncer (distintos tipos) con fatiga severa que han finalizado el tratamiento activo hace un máximo de 6 meses.	Severidad de la fatiga (severity subscale of CIS) Distrés (HADS) Mejoría clínicamente significativa (% en el post-tratamiento) Satisfacción con el programa (Cuestionario online).	Disminución significativa tras la intervención de la severidad de la fatiga (34% clínicamente) y distrés, con tamaño del efecto grande y moderado respectivamente. Mayoría de participantes valoran como positiva la intervención. El grupo no-adherentes presenta más probabilidad de depresión y nivel educativo bajo en el pre. Resultados prometedores a cerca de la eficacia del eMBCT.	No existe grupo control. Representatividad comprometida (mayoría mujeres y con cáncer de mama). No seguimiento. Excluye a individuos con depresión mayor. No seguimiento a largo plazo.

Fernández et al. (2011)	Valorar la eficacia de la Terapia de Activación Conductual en pacientes con cáncer de pulmón y cáncer de mama durante el tratamiento oncológico.	N= 138 Cáncer de mama N=54 G.C.: n = 29 G.E.: n= 25 Cáncer de pulmón N=84 G.C. n= 37 G.E. n = 47 Pacientes que actualmente reciben quimioterapia.	Síntomas de enfermedad y/o tratamiento (Protocolo clínico ad hoc; Escala de Karnofsky) Funcionalidad (EORTC QLQ-C30) Alteraciones emocionales (HAD) + Entrevista clínica semiestructurada que valora las 3 variables.	Cáncer de mama: no hay diferencias entre los grupos Cáncer de pulmón: significativamente menos síntomas de enfermedad, ansiedad, depresión y mayor recuperación de actividades cotidianas y de ocio. Pacientes que, durante el proceso de quimioterapia, mantienen actividades cotidianas y de ocio no presentan alteraciones emocionales. La AC puede contribuir a mejorar la calidad de vida y prevenir alteraciones emocionales.	Pérdida de individuos por fallecimiento en ambos grupos (menor potencia de resultados). No seguimiento a largo plazo.
Feros et al. (2013)	Determinar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la disminución del estrés y mejora de la calidad de vida y estado de ánimo en personas con cáncer y estrés.	N=45 Personas con cáncer (distintos tipos, mayor % de mama) que experimentan estrés.	Estrés (DT) Calidad de vida (FACT) Alteraciones emocionales (DASS) Flexibilidad psicológica (AQQ-II).	Mejora significativa en el post-tratamiento de la flexibilidad psicológica y estrés (ambos con tamaño del efecto grande) y de la calidad de vida con un tamaño del efecto medio. Esto es mantenido a los 3 meses de seguimiento. Impacto comparable al de otras terapias bien establecidas como la TCC.	No existe grupo control. Representatividad muestral (mayoría cáncer de mama.) Tamaño muestral pequeño. Medidas de auto-informe.

Hawkes et al. (2014)	Determinar el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso orientada al cambio en el comportamiento saludable, en la calidad de vida y variables psicosociales en supervivientes de cáncer colorrectal. Vía telefónica.	N= 410 n= 205. TAC n=205. Grupo Control Supervivientes de cáncer colorrectal (con y sin problemas emocionales).	Actividad física Variables psicosociales: Crecimiento post-traumático (Posttraumatic Growth Inventory) Espiritualidad (FACIT-Sp) Calidad de vida en relación con la enfermedad (FACT-C) Variables ACT: Aceptación(AQQ-II) Mindfulness (MAAS).	En el post-tratamiento aumento significativo frente al GC de la calidad de vida en relación a enfermedad, espiritualidad, crecimiento post-traumático y en la variable de aceptación, pero no en actividad física. Intervención eficaz en mejora de calidad de vida y habilidades de resiliencia en esta población.	No distingue en población con y sin alteraciones del estado de ánimo. Gran parte de las variables se basan en auto-informe.
Hopko et al. (2005)	Examinar la eficacia de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión en pacientes deprimidos con cáncer (en el contexto de atención primaria).	N=6 Adultos con diagnóstico de depresión mayor, recibiendo actualmente tratamiento médico por cáncer.	Depresión (BDI-II; CES-D; HRSD) Ansiedad (BAI) Calidad de vida (QOLI) Aspectos médicos y funcionalidad (SF-36) Satisfacción con la intervención (CSQ).	Reducción significativa tras la intervención de síntomas depresivos y mejora significativa de la calidad de vida y los aspectos médicos, todo ello mantenido a los 3 meses. Buena integridad del tratamiento, cumplimiento y satisfacción de los pacientes. TACD tratamiento efectivo y práctico en atención primaria en esta población.	No existe grupo control. Tamaño muestral muy reducido. Ausencia de seguimiento más allá de los 3 meses.

Hopko et al. (2008a)	Examinar la eficacia de una intervención basada en la Activación Conductual en pacientes con cáncer y depresión.	N=18 Adultos con cáncer y diagnóstico de Depresión Mayor.	Depresión (BDI-II; CES-D; HRSD) Ansiedad (BAI) Calidad de vida (QOLI), Estado de salud y funcional (SF-36) Apoyo social (MSPSS) Satisfacción con la intervención (CSQ).	Efectos significativos del tratamiento en todas las variables medidas, excepto el apoyo social y la sub-escala de dolor corporal, con tamaño del efecto moderado-grande. Los efectos se mantienen en el seguimiento (3 meses), exceptuando la mejora en ansiedad. Resultados proporcionan apoyo preliminar para la viabilidad y eficacia de la intervención en los pacientes de cáncer deprimidos.	No existe grupo control. Tamaño y representatividad muestral limitados (mayoría mujeres, solo algunos tipos de cáncer). No seguimiento a largo plazo.
Hopko et al. (2008b)	Examinar los factores asociados con el resultado y abandono de la terapia de Activación Conductual en personas con cáncer y depresión.	N= 43 Adultos con cáncer y diagnóstico de depresión mayor.	Respuesta al tratamiento (RCI) Depresión (HRSD) Ansiedad (BAI) Estado de salud y funcionalidad (SF-36) Apoyo social (MSPSS).	Los participantes que presentan mejoría clínicamente significativa tras intervención (84%), tienen en el pre significativamente menos trastornos de ansiedad y mayor probabilidad de estar casados (factor de protección). Los que no completan tratamiento (26%) mayor probabilidad significativa en el pre de niveles superiores de depresión e inferiores de educación (factor de riesgo).	No existe grupo control. Representatividad comprometida Tamaño muestral reducido. No se contemplan variables potencialmente interesantes.

Hopko et al. (2009)	Examinar la frecuencia, importancia e implicaciones de las ganancias repentinas experimentadas por adultos con cáncer deprimidos, en el transcurso de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión.	N=26 n=13 TACD n=13 TACD + (Otras técnicas como el Entrenamiento en relajación). Adultos con cáncer y diagnóstico de depresión mayor.	Depresión (BDI-II; HRSD) Ansiedad (ADIS-IV; BAI) Estado de salud y funcionalidad (SF-36) Apoyo social (MSPSS).	Los pacientes que experimentan ganancias repentinas (50%) presentan niveles significativamente menores de depresión en el post tratamiento (mantenidos en el seguimiento a los 3 meses), y menor probabilidad en el pre de presentar altos niveles de depresión, pobre salud física y dolor.	No existe grupo control. Representatividad de la muestra comprometida. Tamaño muestral pequeño. No seguimiento a largo plazo.
Hopko et al. (2011)	Examinar y comparar la eficacia de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y la Terapia de Solución de Problemas, en el abordaje de la depresión de mujeres con cáncer de mama.	N= 80 n= 42 TACD n= 38 TSP Mujeres adultas con cáncer de mama y diagnóstico de depresión mayor.	Depresión (BDI-II; HRSD) Ansiedad (BAI) Calidad de vida (QOLI) Exposición a refuerzos ambientales (EROS) Estado de salud y funcionalidad (SF-36) Apoyo social percibido (MSPSS) Satisfacción con la intervención (Client Satisfaction Questionnaire).	Apoyo creciente de la eficacia de la TACD en poblaciones difíciles de tratar. Impacto positivo significativo en el post tratamiento (de ambas condiciones) en todas las variables medidas, que se mantiene al año de seguimiento. No diferencias significativas entre modalidades. Los participantes informan de una alta satisfacción en las dos condiciones. TACD y TSP representan intervenciones prácticas que pueden mejorar los resultados psicológicos y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama depresión.	No existe grupo control. Tamaño muestral moderado.

Hopko et al. (2013)	Examinar el potencial impacto de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y Terapia de Solución de Problemas, en la reducción de la ideación suicida en pacientes con cáncer de mama y depresión mayor.	N=80 n=42. TACD n=38. TSP Adultos con diagnóstico de depresión mayor y a tratamiento por cáncer de mama.	Depresión, ideación e intento suicida y esperanza (BDI-II; CES-D; HRSD).	Disminución y aumento linear significativo en el post tratamiento de ambas condiciones de la ideación suicida y esperanza respectivamente (sin diferencias significativas entre los grupos), que se mantiene al año de seguimiento. Refuerzo ambiental asociado a la AC puede atenuar indirectamente síntomas concomitantes como la ideación suicida.	Ausencia de grupo control. Representatividad de la muestra limitada (mayoría de personas caucásicas). Variables basadas en auto-informe.
Lynch et al. (2014)	Determinar la eficacia de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y compromiso orientada al cambio en el comportamiento saludable (favorecerlo), en supervivientes de cáncer colorrectal. Vía telefónica.	N= 410 n= 205 TAC. n=205 Grupo Control. Supervivientes de cáncer colorrectal con y sin problemas emocionales.	Comportamiento sedentario (tiempo invertido en los últimos 7 días con/sin pantalla p.e. ordenador)	No hay reducción significativa de comportamientos sedentarios frente al grupo control tras la intervención. Necesidad de estudios futuros que repliquen el presente con más garantías metodológicas.	No distingue en población con y sin problemas emocionales. Gran parte de las variables se basan en auto-informe. Las medidas del comportamiento sedentario tienen una fiabilidad y validez moderada.

Lyons et al. (2015a)	Desarrollar y probar la eficacia de una intervención telefónica piloto basada en la Activación Conductual y la Terapia de Solución de Problemas, para optimizar la recuperación funcional de las supervivientes de cáncer de mama.	N=31 n= 15 Estudio 1 (Desarrollo) n= 17 Estudio 2 (Cambios adaptados a necesidades encontradas en el estudio 1) Mujeres con cáncer de mama (Estadio I-III) y problemas de funcionalidad.	Funcionalidad (VAI-AC) En estudio 1/(WSAS) En estudio 2 Calidad de vida (FACT-B+4) Logro de metas (cumplimiento o no de la meta semanal) Depresión y ansiedad (HADS) Estrategias de afrontamiento (Brief-COPE).	Mejora significativa de la calidad de vida y estrategias de afrontamiento en el post-tratamiento en ambos estudios, mantenidas en el seguimiento a los 3 meses. Tasa 64% de logro de metas. La intervención puede ayudar a esta población a alcanzar metas de recuperación y mejorar calidad de vida.	No existe grupo control. Mujeres que abandonan presentan altas tasas de ansiedad y depresión. Solo un aplicador de la terapia. No seguimiento a largo plazo.
Mohabbat-Bahar et al. (2015)	Examinar la eficacia la Terapia de Aceptación y Compromiso grupal en la reducción de los niveles de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama.	N=60 n=30 Grupo TAC n=30 Grupo control. Mujeres con cáncer de mama (Estadio I-III).	Depresión (BDI-II) Ansiedad (BAI)	El grupo experimental, respecto al control, presenta en el post tratamiento una disminución significativamente mayor de los niveles de ansiedad y depresión. Esta terapia grupal resulta una intervención eficaz en el empoderamiento y manejo de la depresión y ansiedad en esta población.	Muestra de conveniencia (representatividad comprometida). No control de posibles variables mediadoras (p.e. estatus socioeconómico). No seguimiento.

Páez et al. (2007)	Comparar el efecto de la Terapia de Aceptación y compromiso con el de la Terapia Cognitiva basada en estrategias de control, ambas impartidas de forma grupal y en protocolos abreviados, en pacientes con cáncer de mama.	N=12 n=6 TAC n=6 En T. Cognitiva. Mujeres con cáncer de mama y problemas de afrontamiento de la enfermedad en la actualidad.	Ansiedad y depresión (HADS) Calidad de vida (FACT-B) Funcionamiento, áreas valiosas afectadas (Cuestionario de Valores).	Mejoría clínicamente significativa de ansiedad y depresión de en torno al 50% de participantes en las 2 condiciones. En el seguimiento, a los 6 y 12 meses, impacto mayor de la TAC, en todas las variables (todas han disminuido significativamente). TAC supone una importante mejoría a largo plazo y de un modo diferencial en la activación comportamental respecto a la modalidad cognitiva.	No existe grupo control. Tamaño muestral muy pequeño. La modalidad cognitiva incluye también exposición.
Sharplin et al. (2010)	Evaluar el impacto de la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness aplicada en grupo, en la reducción del estrés en pacientes con cáncer.	N= 21 n=16 Adultos con cáncer (mayoría mujeres) n=5 Cuidadores de personas con cáncer.	Depresión (BDI-II) Ansiedad (STAI) Habilidades Mindfulness (FMI) Evaluación de la intervención (cuestionarios).	Reducción significativa en el post tratamiento de síntomas depresivos y de ansiedad, y mejora significativa de habilidades mindfulness, todo mantenido a los 3 meses. Correlación significativa negativa entre habilidades mindfulness y ansiedad-depresión. Datos aportan un soporte preliminar de la eficacia y valoración positiva de la terapia en pacientes con cáncer que experimentan depresión y/o ansiedad.	No existe grupo control. El tamaño muestral es pequeño. No se distinguen los tipos de cáncer. Representatividad comprometida. No seguimiento a largo plazo.

Stafford et al. (2013)	Investigar la eficacia y aceptación de la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness aplicada en grupo, en pacientes con cáncer de mama o ginecológico.	N= 50 mujeres con cáncer de mama (71%) o ginecológico, que actualmente reciben tratamiento médico o están en seguimiento activo.	Distrés (DASS-21) Calidad de vida (FACT-G) Habilidades Mindfulness (FMI) Evaluación de la intervención (aceptación, percepción de utilidad, y probabilidad de mantener las habilidades mindfulness).	Mejora significativa en el post tratamiento en el distrés y calidad de vida, que se mantiene en el seguimiento (3 meses). También aumento significativo y mantención de las habilidades mindfulness. Valoración positiva de la intervención. Resultados proporcionan apoyo preliminar para el uso de la TCBM como una intervención eficaz y aceptable para esta población.	No existe grupo control. Tamaño de muestra pequeño. Parte de las mujeres están recibiendo simultáneamente tratamiento psicológico (aunque no muestran diferencias significativas en el pre-tratamiento con el resto de las participantes). No seguimiento a largo plazo.
Stafford et al. (2015)	Comparar los beneficios y aceptación de dos intervenciones de grupo basadas en mindfulness (TCBM/Programa de Meditación Basado en Mindfulness), entre las mujeres con cáncer de mama y ginecológico	N= 64 n=42 TCBM n=22 Programa de Meditación Basado en Mindfulness. (formato breve del anterior). Mujeres con cáncer de mama o ginecológico que están a tratamiento o en seguimiento activo.	Distrés (DASS-21) Calidad de vida (FACT-G) Habilidades Mindfulness (Brief -FMI) Evaluación de la intervención (cuestionario de accesibilidad, aceptación, utilidad y eficacia percibida).	Disminución significativa en el post- tratamiento del distrés en ambas condiciones, y aumento significativo en calidad de vida y habilidades mindfulness. No diferencias significativas entre ambas intervenciones, aunque mayor probabilidad de mantenimiento en TCBM. Utilidad de ambas intervenciones en esta población, posiblemente más coste-efectivo el formato breve.	No existe grupo control. Tamaño de muestra pequeño. No hay seguimiento. Parte de las mujeres están recibiendo simultáneamente tratamiento psicológico para la depresión y ansiedad.

Rodríguez et al. (2014)	Evaluar el efecto en la calidad de vida y estado emocional de una intervención centrada en la Activación Conductual con enfermos de cáncer de pulmón durante el tratamiento oncológico.	N= 90 n=50 Terapia centrada en AC n= 40 Grupo control. Pacientes con cáncer de pulmón a tratamiento con quimioterapia.	Protocolo clínico ad hoc (datos clínicos y socio-demográficos) Estado de salud y autonomía (Escala de Karnofsky, EG,SP) Ansiedad y depresión (HAD) Calidad de vida (EORTC QLQ-C30) + Entrevista clínica semiestructurada	Mejora significativa respecto al grupo control, en todas las sub-escalas del QLQ-C30, ansiedad y depresión a lo largo de las sesiones, tiende a reducirse en seguimiento (3 meses). Resultados aportan evidencias del interés de los objetivos y procedimientos de la terapia para mejorar, durante el tratamiento oncológico, la calidad de vida y estado emocional.	Alta cifra de desgaste por fallecimiento o deterioro físico. No seguimiento a largo plazo.
Rost et al. (2012)	Determinar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso, y compararla con el tratamiento habitual, en el abordaje del distrés emocional en mujeres con cáncer de ovario en estadio III o IV.	N=47 n=25 TAC n=22 Grupo Control, tratamiento habitual que ha demostrado ser eficaz (reestructuración cognitiva + resolución de problemas+ entrenamiento en relajación). Mujeres con cáncer de Ovario en estadio 3 o 4.	Distrés (POMS) Calidad de vida (FACT-G) Depresión (BDI-II) Ansiedad(BAI) Control emocional (CECS) Supresión de pensamientos (WBSI) Estrategias de afrontamiento (COPE)	Mejora significativamente mayor a nivel de distrés y calidad de vida respecto al grupo control, con tamaño del efecto grande. También reducción significativamente mayor de síntomas en pacientes con rangos medios o superiores de ansiedad y depresión. Terapia puede considerarse en el grupo de posiblemente eficaces.	Escaso tamaño muestral. Las dos intervenciones son aplicadas por el mismo terapeuta. Limitada calidad de los controles de integridad tratamiento (p.e. impartir en distintos lugares). No seguimiento.

Ryba et al. (2015)	Investigar la relación causal que existe entre el incremento de actividades estructuradas y la disminución de la depresión (en el contexto de la Activación Conductual).	N= 23 mujeres con cáncer de mama y diagnóstico de depresión mayor, que han recibido Activación Conductual en su formato breve (TACD)+ Terapia de Solución de Problemas.	Monitorización de la actividad (Master Activity Log) Depresión (BDI-II) Exposición a refuerzos ambientales (EROS).	La proporción media de las actividades asignadas realizadas se relaciona significativamente con la disminución de la depresión, mientras que el número total de tareas completadas no. Por tanto, lo que resulta más relevante en la mejora es el cumplimiento de las tareas frente a la cantidad total de éstas realizada.	Tamaño muestral reducido. Uso del auto-informe. Variables potencialmente interesantes no contempladas (p.e. alianza terapéutica).
Van der Lee y Garssen (2012)	Examinar la eficacia de la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness aplicada en grupo, para la reducción de la fatiga severa en supervivientes de cáncer.	N=89 n=64 TCBM n=25 Grupo Control. Supervivientes de cáncer (de distintos tipos) que experimentan fatiga severa.	Severidad de la fatiga (Subescala de severidad de la fatiga del CIS) Deterioro Funcional (SIP) Bienestar (Escala de bienestar del HDI) Calidad del sueño (SQS) Ansiedad y depresión (HADS).	En el post-tratamiento el grupo experimental presenta una disminución significativamente mayor de la severidad de la fatiga, y un aumento significativamente mayor del bienestar que el grupo control. No cambios significativos respecto al GC en deterioro funcional. Mejoría clínica significativamente superior en el G.E. Todo se mantiene en el seguimiento (6 meses). TCBM es un tratamiento aceptable y potencialmente eficaz para la fatiga relacionada con el cáncer.	Grupo control inactivo. Tamaño muestral y representatividad limitados (mayoritariamente mujeres con cáncer de mama). Excluye a pacientes con depresión severa.

En el caso de los estudios analizados que se centran en la Terapia Cognitiva con base en Mindfulness, solo hay un ensayo aleatorio que incorpora grupo control (Van der Lee y Garssen, 2012), por lo que los resultados del resto de investigaciones (Everts et al., 2015; Sharplin et al., 2010; Stafford et al., 2013; Stafford et al., 2015) han de tomarse con cierta cautela. El principal objetivo de estos estudios es conocer la eficacia de la TCBM sobre variables psicológicas (distrés fundamentalmente) y la calidad de vida, en población con cáncer. Otros, se centran en investigar la eficacia de esta terapia en la reducción de la severidad de la fatiga, en supervivientes oncológicos que la experimentan de forma severa (Everts et al., 2015; Van der Lee y Garssen, 2012).

Todos ellos obtienen tras la intervención, ya sea aplicada en grupo o de forma individual con soporte web, un impacto significativo en el aumento de la calidad de vida y en la disminución del distrés, así como disminución de la severidad de la fatiga (en los estudios que la contemplan). No obstante, el tamaño y la representatividad de sus muestras se ve comprometido, por lo que no se puede asegurar la potencia de los resultados y su generalización.

Respecto a la Terapia de Aceptación y compromiso, de las ocho publicaciones revisadas, cuatro son ensayos controlados aleatorios (Hawkes et al., 2014; Lynch et al., 2014; Mohabbat-Bahar, 2015; Rost et al., 2012). El principal objetivo de las investigaciones contempladas es conocer la eficacia de la TAC a la hora de manejar el distrés, ansiedad y/o depresión, en la mejora de la calidad de vida, y también aparece como variable de interés, por su posible papel mediador, la aceptación. Exceptuando el trabajo de Datta y colaboradores (2015), todos los estudios obtienen mejoras significativas en la calidad de vida y las variables psicológicas medidas (patológicas/flexibilidad) tras la aplicación de la ACT. Los ensayos controlados aleatorios utilizan muestras representativas de las poblaciones de cáncer de mama, ovario y colorrectal, siendo quizá el mayor problema, el tamaño muestral en dos de ellos (Mohabbat-Bahar et al., 2015; Rost et al., 2012). Los no controlados, presentan limitaciones en el tamaño y representatividad de sus muestras, ya que son estudios que a pesar de referirse a personas con cáncer en general, cuentan con una mayoría de mujeres con cáncer de mama. Por otro lado, hay que tener en cuenta que algunos de los estudios que investigan esta terapia se centran en población general con cáncer y otros añaden el criterio de patología (p.e. cáncer y ansiedad).

En cuanto a la Activación conductual, solo dos de las investigaciones trabajan con grupo control (Fernández et al., 2011; Rodríguez et al., 2014), con las implicaciones que esto conlleva. La mayoría de los estudios tienen como objetivo conocer el impacto de la AC, aunque a veces se añaden otras técnicas, sobre cuatro variables objetivo: depresión, ansiedad, calidad de vida y autonomía/funcionalidad de los pacientes oncológicos con síntomas depresivos. En términos generales, todos los grupos experimentales, a excepción del de cáncer de mama en Fernández et al. (2011), obtienen resultados positivos significativos, tanto en la reducción de la depresión y/o ansiedad, como en el aumento de la calidad de vida y funcionalidad. Las principales limitaciones experimentales son el moderado tamaño y representatividad de las muestras (cuando no se contempla un tipo de cáncer en concreto).

El grupo de Hopko (2008b, 2009, 2013) también ha examinado en sus estudios otras variables interesantes en el contexto de la Activación Conductual, como las relacionadas con el abandono de la terapia, las ganancias repentinas y la ideación suicida. Respecto al abandono de la terapia, los autores encuentran que existe una mayor probabilidad de que esto ocurra, si en el pre-tratamiento existen niveles mayores de depresión y si la persona presenta un nivel educativo bajo. Las ganancias repentinas, se asocian con niveles significativamente menores de depresión en el post-tratamiento y en el caso de la ideación suicida, se da una disminución significativa lineal de la misma a medida que avanza la terapia.

Por último, Hopko y Armento (2009) en su estudio de caso también encuentran una reducción notable de los síntomas depresivos, de ansiedad y un aumento en la calidad de vida y la funcionalidad, en una paciente oncológica con Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

.ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

En este grupo de población, solo se ha encontrado una investigación que cumpla potencialmente los requisitos de la actual revisión. Esta publicación incluye dos estudios de caso en los que se analiza la aplicación de Terapias Contextuales en personas con asma y trastornos psicológicos comórbidos. Sin embargo, no se ha podido acceder a su versión completa, por lo que no se ha podido desarrollar el análisis de esta publicación.

Tabla 9.

Publicaciones referidas a personas con enfermedades respiratorias crónicas.

<i>Autores/tipo de diseño</i>	<i>Fecha publicación</i>	<i>Revista</i>
Fellows et al. Estudio de caso.	2015	Journal of Asthma

DIABETES

En el caso de personas diabéticas, aumenta de forma notable respecto al grupo anterior, el número de estudios que se centran en examinar la aplicación de Terapias Contextuales. Concretamente, se ha obtenido un total de 19 investigaciones, de las cuales 2 son estudios de caso.

Tabla 10.

Publicaciones referidas personas con diabetes.

<i>Autores/ Tipo de diseño</i>	<i>Fecha de publicación</i>	<i>Revista</i>
Aburizik et al. RCT piloto.	2013	Journal of Affective Disorders
Anderson, Feliciano, Steers, Jay y Renn . Desconocido.	2011	Gerontologist
Caldwell y Patterson-Kane. Estudio de caso.	2014	Clinical Case Studies
Coventry et al. RCT	2015	British Medical Journal
Feliciano, Steers, Jay, Anderson y Renn. Desconocido.	2012	Annals of Behavioral Medicine
Gregg. RCT.	2004	Tesis Universidad de Nevada
Gregg, Callaghan, Hayes y Glenn-Lawson. RCT.	2007	Journal Of Consulting And Clinical Psychology
Gregg, Schmidt, Ward, Almada y Knezevich. No RCT.	2010	Journal of Behavioral Health and Medicine.
Jay Anderson, Steers y Feliciano. Desconocido.	2009	Gerontologist
Moazzezi, Moghanloo, Moghanloo y Pishvaei. RCT.	2015	Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences.
Moghanloo Moghanloo y Moazezi. RCT	2015	Iranian journal of pediatrics.
Schroevers et al. RCT piloto.	2013	Mindfulness
Snippe et al. No RCT.	2015	Cognitive therapy and research
Schneider et al. Desconocido.	2014	Annals of Behavioral Medicine
Staley y Lawyer. Estudio de caso.	2010	Clinical Case studies
Tovote et al. RCT.	2014	Diabetes Care

Tovote et al. RCT.	2015	Psychotherapy and Psychosomatics
Van Son et al. RCT.	2013	Diabetes Care
Van Son et al. RCT.	2014	Journal of Psychosomatic Research.

RCT: Estudio controlado aleatorio.

De estas 19 publicaciones, 7 se centran en la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness, 4 en la Terapia de Aceptación y compromiso, 7 en la Activación Conductual y una última en investigar el proceso de aceptación en el marco de las Terapias contextuales.

Tabla 11.

Clasificación de las publicaciones referidas a personas con diabetes en función de la Terapia Contextual utilizada.

	<i>TCBM</i>	<i>TAC</i>	<i>AC</i>	<i>Terapias Contextuales en general</i>
Autores	Caldwell y Patterson-Kane (2014). Schroevers et al. (2013). Snippe et al. (2015). Tovote et al. (2014). Tovote et al. (2015). Van Son et al. (2013). Van Son et al. (2014).	Gregg et al. (2007). Gregg (2004). Moazzezi et al. (2015). Moghanloo et al (2015).	Aburizik et al. (2013). Coventry et al. (2015). Grupo de la Universidad de Colorado (2009, 2011, 2012). Schneider et al. (2014). Staley y Lawyer (2010).	Gregg et al. (2010).
Total	7	4	7	1

Del total de 19 publicaciones se han tenido que excluir 7 del presente análisis, ya que a pesar de ajustarse a la temática objetivo, ha resultado imposible acceder a su versión completa. Tres de ellas pertenecen al grupo de investigación en geriatría y gerontología de la Universidad de Colorado (2009, 2011, 2012) y las otras 4 son desarrolladas por distintos investigadores (Gregg, 2004; Gregg et al., 2007; Schneider et al., 2014; Tovote et al., 2015).

A continuación, se analizan los principales objetivos, participantes, resultados, conclusiones y limitaciones experimentales de cada uno de los estudios cuya versión completa ha sido obtenida.

Tabla 12.

Principales características de las publicaciones referidas a personas con diabetes.

Autores	Objetivo	Participantes	VARIABLES e instrumentos	Resultados y Conclusiones	Limitaciones experimentales
Aburizik et al.(2013)	Probar la eficacia de un programa de tratamiento psicológico (Activación Conductual+ T. Interpersonal) combinado con programa de manejo de enfermedad, en veteranos con depresión y enfermedad Crónica.	N=83 Veteranos con hipertensión o diabetes mal controlada, o dolor crónico (no canceroso).	Depresión (PHQ-9; BDI-II) Calidad de vida en relación con salud (SF-36) Gestión de la enfermedad (RAND; Resultados médicos; Study Medical Adherence Questionnaire).	Reducción significativamente mayor de síntomas depresivos con el programa combinado frente al tratamiento habitual, pero no significativa respecto al programa aislado de manejo de enfermedad. No mejora del manejo de la enfermedad con ninguna de las 3 modalidades.	Representatividad comprometida. No distingue condiciones de cada enfermedad. No seguimiento.
Caldwell y Patterson-Kane. (2014)	Aplicación de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para manejo de ansiedad y mejora de autocuidado de la enfermedad.	Hombre perteneciente a zona rural remota, de 38 años con diabetes (tipo 2) mal controlada y trastorno de ansiedad generalizada.	Estado emocional (DASS) Estrés en relación con la enfermedad (DDS) Calidad de vida general y en relación a la salud (WHOQOL-BREF).	En el post-tratamiento disminución en ansiedad y también en estrés relacionado con la enfermedad, aumento en la calidad de vida relacionada con la enfermedad, mejor manejo de diabetes (dieta y niveles de glucosa).	No se especifica si los cambios son estadísticamente significativos. Condición renal a parte de la diabetes.

Coventry et al. (2015)	Probar la eficacia de un programa de atención en colaboración (salud mental: AC y enfermería), en personas con depresión y diabetes o enfermedad cardiovascular.	N=387 Pacientes que presentan depresión y enfermedad cardiovascular o diabetes.	Depresión (PHQ-9; SCL-D13) Ansiedad (GAD-7) Apoyo social (ENRICHD) Calidad de vida global (WHOQOL-BREF29) Calidad de vida en relación a enfermedad (Diabetes Quality of Life ; Seattle Angina Questionnaire) Discapacidad (SDS) Creencia de enfermedad (heiQ) Satisfacción con la intervención (CSQ; PACIC).	Existe una disminución significativamente mayor de los síntomas depresivos en pacientes atendidos con el programa coordinado frente al tratamiento habitual, aunque el tamaño de efecto es modesto . Importantes beneficios de esta intervención en morbilidad psicológica-física.	Representatividad limitada, pacientes que provienen mayoritariamente de entornos deprimidos. No diferencia entre los pacientes presentan diabetes, ECV o ambas. No seguimiento a partir de los 4 meses.
Gregg et al. (2010)	Examinar el papel mediador de la credibilidad de los pensamientos negativos en la relación entre los síntomas depresivos y el auto manejo de la enfermedad.	N= 121 Personas con diabetes tipo 2.	Automanejo de la enfermedad (SDSCA) Síntomas depresivos (BDI-II) Pensamientos negativos y credibilidad (ATQ; Valoración tipo likert).	Solo es significativa la mediación de la credibilidad cuando se mide el impacto de la adherencia al autocuidado en los síntomas depresivos y no viceversa (posible relación con autoeficacia). Aceptación como target en comorbilidad diabetes-depresión (T. Contextuales).	Estudio transversal. Datos auto-informados. Otras posibles variables mediadoras no contempladas.

Moazzezi et al. (2015)	Determinar el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el estrés percibido y la autoeficacia, especialmente en relación al manejo de la enfermedad, en niños y adolescentes diabéticos.	N=36 n=18 TAC n=18 Grupo control. Niños y adolescentes con diabetes tipo 1 o 2.	Autoeficacia percibida en relación con la enfermedad (Health-specific self-efficacy Scales) Estrés percibido (PSS).	Aumento significativo respecto al grupo control de la autoeficacia y el estrés positivo percibidos, y disminución significativa del estrés total y negativo percibido. TAC resulta eficaz en reducción del estrés percibido y aumento de la creencia de autoeficacia en niños y adolescentes con diabetes.	Escaso tamaño muestral. Generalización (población en Irán) No control de variables psicológicas (depresión, ansiedad...) No seguimiento más allá de la intervención.
Moghanloo et al. (2015)	Determinar la efectividad de la Terapia de Aceptación y compromiso en el abordaje de la depresión, el bienestar psicológico y el sentimiento de culpa, en niños y adolescentes con diabetes.	N= 34 n=17 TAC n=17 Grupo Control. Niños y adolescentes con diabetes tipo 1 o 2.	Depresión (RCDS) Sentimientos de culpa (Eysenck feelings of guilt Scale) Bienestar psicológico (SWLS).	En post-tratamiento, disminución significativa respecto al GC de depresión y sentimiento de culpa y aumento significativo del bienestar psicológico. La TAC resulta eficaz en la reducción de la depresión y el sentimiento de culpa, y en el aumento del bienestar psicológico de los niños diabéticos.	Escaso tamaño muestral. Generalización (población en Irán) No seguimiento más allá de la intervención.

Schroevers et al. (2013)	Analizar la viabilidad y aceptación de la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness aplicada de forma individual.	N=24 n= 12 TCBM n=12 Grupo control. Personas con diabetes y con síntomas psicológicos (depresión y/o estrés en relación con enfermedad).	Síntomas depresivos (CES-D) Estrés relacionado con la enfermedad (PAID) Habilidades Minfulness (FFMQ).	Buena aceptación y viabilidad. Disminución significativa de síntomas depresivos y estrés en el post-tratamiento y aumento de habilidades mindfulness (mantenidos a los 3 meses). No cambios en HbA1C. Intervención posiblemente eficaz en el mejor funcionamiento psicológico de esta población.	Muestra pequeña. No seguimiento a partir de los 3 meses.
Snippe et al. (2015)	Examinar si las expectativas de resultado predicen cumplimiento de tareas, reducción de síntomas depresivos y abandono de Terapia Cognitivo Conductual/ Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness, en pacientes diabéticos deprimidos.	N=91 n= 45 TCC. n=46 TCBM. Personas con diabetes (tipo 1 y 2).	Expectativas de resultado (Cuestionario basado en trabajo de Borkovec y Nau; CEQ) Depresión (BDI-II) Cumplimiento de tareas (minutos invertidos diariamente y % de objetivos cumplidos) Abandono de tratamiento.	En TCBM expectativas superiores de resultado predicen de forma significativa mayor disminución de síntomas tras el tratamiento, cumplimiento de tareas y menor abandono, aunque las expectativas no tienen un impacto inmediato en la salud mental.	Muestra relativamente pequeña. Otras posibles variables mediadoras no contempladas (p.e. adquisición de habilidades mindfulness).

Staley y Lawyer (2010)	Aplicación de Terapia de Activación Conductual para la Depresión y Terapia Cognitivo Conductual, para el abordaje de la depresión y fobia social respectivamente.	Hombre diabético de 46 años de edad que presenta trastorno de depresión mayor y fobia social.	Depresión (BDI-II) Ansiedad social (The Out-come Questionnaire; SIAS;FNE; SPS) Ansiedad (APPQ; The Anxiety Sensitivity Index) Salud mental (PAI).	Disminución significativa en post-tratamiento de depresión, ansiedad y aumento en satisfacción vital. Mejora auto-informada en dieta y control insulina. Resultados se mantienen en seguimiento (3 semanas). Posible la integración de la TACD, TCC y además repercusión positiva en manejo de enfermedad.	No especifica tamaño de efecto. Se preinscribe Prozac en la evaluación y no se contempla su efecto. No seguimiento a largo plazo.
Tovote et al. (2014)	Probar la eficacia de la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness y la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la depresión en personas diabéticas	N=94 n= 31 TCBM n=32 TCC. n=31 Grupo Control. Pacientes con diabetes tipo 1 y 2 y síntomas depresivos.	Severidad de la depresión (BDI-II; HAM-D7) Bienestar psicológico (WHO-5) Ansiedad (GAD-7) Estrés en relación a enfermedad (PAID) Niveles de HbA1C.	TCBM reduce síntomas depresivos y de ansiedad con un tamaño del efecto grande, de estrés en relación con diabetes de forma moderada y aumento del bienestar con tamaño de efecto grande. TCBM efectiva en el tratamiento de la depresión en personas diabéticas.	Tamaño muestral moderado. No seguimiento a largo plazo.

Van Son et al. (2013)	Determinar eficacia de la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness aplicada en grupo, en la reducción de alteraciones emocionales, mejora de la calidad de vida y control glucémico, en pacientes diabéticos con alteraciones emocionales.	N=139 n=70 TCBM. n=69 Grupo Control. Personas diabéticas con alteraciones emocionales.	Estrés percibido (PSS) Síntomas de depresión y ansiedad (HADS) Estado ánimo (POMS) Estrés relacionado con enfermedad (PAID) Calidad de vida relacionada con la salud (SF-12) Control glucémico (HbA1C).	Tras TCBM reducción significativamente mayor de síntomas depresivos, ansiedad, estrés (con tamaño del efecto medio-grande), mejora calidad de vida (tamaño del efecto pequeño-medio). No cambios significativos respecto al GC en control glucémico ni en el estrés en relación con la enfermedad (posible efecto suelo en estrés). TCBM efectiva en pacientes diabéticos con bajos niveles de bienestar psicológico.	Generalización (pacientes abiertos a participar en estudio). No control de cambios de medicación (diabetes y psicofármacos). Grupo control no activo.
Van Son et al. (2014)	Examinar si los efectos de la intervención grupal de Terapia Cognitiva con Base Mindfulness, se mantienen 6 meses después de la intervención.	N=139 n=70 TCBM n=69 Grupo Control. Personas diabéticas con alteraciones emocionales.	Estrés percibido (PSS) Síntomas de depresión y ansiedad (HADS) Estado ánimo (POMS) Estrés relacionado con enfermedad (PAID) Calidad de vida relacionada con la salud (SF-12) Control glucémico (HbA1C)	Mejora significativa de los síntomas depresivos, ansiedad, y estrés percibido se mantiene a los 6 meses. Tamaño del efecto de medio a grande. No cambio significativo en HbA1C, ni estrés en relación con enfermedad (posible efecto suelo en estrés). Los efectos de la terapia se mantienen.	Generalización (pacientes abiertos a participar en estudio) No control de cambios de medicación (diabetes y psicofármacos) Grupo control no activo.

Si se atiende a la aplicación de la Terapia Cognitiva con base en Mindfulness, el objetivo fundamental de los cuatro ensayos controlados aleatorios es comprobar la eficacia de la misma, bien aplicada de forma individual (Schroevers et al., 2013; Tovote et al., 2015) o en grupo (Van Sol et al., 2013; Van Sol et al., 2014), en personas diabéticas con problemas emocionales.

Las principales variables de interés son los síntomas depresivos, el estrés/ansiedad y el auto-cuidado de la enfermedad. Todos los estudios obtienen tras el tratamiento una reducción significativa frente al grupo control de los síntomas depresivos y de la ansiedad/estrés, pero no una mejora significativa en los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1C), que se toman como medida del cuidado de la enfermedad. El mayor problema metodológico sería atribuible al tamaño muestral de los estudios de Schroevers et al. (2013) y Tovote et al. (2015).

En el estudio de caso llevado a cabo por Caldwell y Patterson-Kane (2014) la aplicación de la TCBM produce una mejora en la ansiedad y estrés, así como un mejor control de la diabetes (seguimiento de dieta y niveles de glucosa en rango target).

Por otra parte, Snippe y colaboradores (2015) encuentran que en el contexto de esta misma terapia (TCBM), las expectativas superiores de resultado predicen de forma significativa una mayor disminución de síntomas tras el tratamiento, mayor cumplimiento de tareas y menor abandono.

En el caso de la Terapia de Aceptación y compromiso, el primero de los estudios revisados (Moazzezi et al., 2015) tiene por objetivo determinar la eficacia de la terapia en el manejo del estrés y autoeficacia percibidos, y el segundo (Moghanloo et al., 2015), en el abordaje de la depresión y el sentimiento de culpa, ambos en niños y adolescentes diabéticos. Estos estudios encuentran resultados significativamente positivos respecto al grupo control en las variables medidas, pero, al igual que ocurría con la TCBM, la principal limitación es el tamaño muestral.

El estudio de caso que aplica la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (Staley y Lawyer, 2010) refleja un impacto significativo en la reducción de síntomas depresivos, y un mejor manejo de la diabetes (control de la dieta e inyecciones de insulina) en el paciente tras la intervención.

Por último, Gregg et al. (2010) encuentran que la credibilidad que se otorga a los pensamientos negativos actúa como mediador en el impacto que el auto-cuidado de la enfermedad tiene sobre los síntomas depresivos y no al revés, lo que podría estar relacionado con la percepción de auto-eficacia.

DISCUSIÓN

En el actual proceso de revisión, se ha podido constatar el interés creciente de la literatura por la aplicación de las Terapias Contextuales en personas que conviven con condiciones médicas crónicas, en consonancia con la alta prevalencia de alteraciones psicológicas comórbidas, y el impacto negativo que la enfermedad acarrea en la calidad de vida y el desempeño diario de estas personas. El número de investigaciones que se dedican a ello, ha aumentado de forma notable en los últimos años, especialmente en el último lustro, alcanzando el máximo de publicaciones en el año 2015.

No obstante, no todas las condiciones crónicas que se han revisado generan el mismo interés, sino que se observa una clara focalización de los estudios en el cáncer, ya sea en personas que lo padecen de forma activa o en supervivientes, seguido de la diabetes, y muy de lejos de las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias crónicas.

Si en vez de atender al tipo de enfermedad, se atiende al tipo de Terapia Contextual utilizada, claramente destacan tres sobre el resto, posiblemente porque también se han estudiado más en población general, y por el tipo de psicopatología que la población objetivo del actual análisis presenta. Estas son: la Activación Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness. De hecho, solo se ha encontrado un estudio de caso que investigue otra Terapia de Tercera Generación en esta población, concretamente, la Terapia de Conducta Dialéctica (Jensik y Anderson, 2013).

A continuación, se recopila la principal información acerca de cada grupo de población-enfermedad objetivo.

En el caso de las ECV, la Activación Conductual es la única Terapia Contextual que se ha observado. Esto, probablemente tenga que ver con el constatado y especial impacto negativo de la depresión en estos pacientes, como ocurre en relación a las tasas de mortalidad. Las principales variables de interés, cuya variación se utiliza como criterio de eficacia de la intervención, son los síntomas depresivos y la calidad de vida. Mientras que los autores encuentran que la Activación Conductual sí resulta eficaz en la reducción de la depresión, ésta no produce cambios significativos en la calidad de vida percibida por esta población. No obstante, dado que solo se han encontrado dos estudios controlados aleatorios que cumplan los criterios de inclusión, y en consonancia con los resultados del impacto las Terapias Contextuales sobre la calidad de vida en las otras poblaciones de enfermedad estudiadas, es probable que sí que se observe un aumento en esta variable cuando se repliquen más estudios en esta población.

Atendiendo a la población oncológica, las terapias más aplicadas son la de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual. Las variables objetivo son similares a las del grupo de población anterior (depresión y calidad de vida), pero se añade además, la ansiedad/estrés, y en el caso concreto de la AC, se incorpora la funcionalidad del paciente oncológico. Tanto la TAC, como la AC y la TCBM generan resultados significativos en la reducción de la depresión y ansiedad, el aumento de la calidad de vida y, en el caso de la AC, en el aumento la funcionalidad del paciente oncológico.

Respecto a las personas con diabetes, las dos intervenciones que más se han investigado son la Activación Conductual y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness. De nuevo, las principales variables de interés son la depresión, ansiedad/estrés, calidad de vida, y se incorpora además, una potencialmente distinta, el auto-manejo de la diabetes. Las intervenciones mencionadas (AC y TCBM), producen un impacto positivo significativo en la ansiedad, depresión y calidad de vida en población diabética con alteraciones emocionales, sin embargo, no se encuentran variaciones significativas en el manejo de la enfermedad, aunque sí existe cierta mejora informada en los estudios de caso. Es mencionable, que no existe un claro acuerdo a la hora de medir el impacto de las terapias en la variable manejo de la enfermedad, ya que mientras algunos estudios se centran en el nivel de hemoglobina glucosilada (HbA1C)

en sangre, otros se basan en diferentes cuestionarios (p.e. RAND). Por su parte, la ACT se muestra eficaz en población de niños y adolescentes diabéticos.

Por último, en el caso de las enfermedades respiratorias crónicas, solo se ha encontrado una publicación que cumpla potencialmente el criterio de inclusión, lo que posiblemente indica que en la actualidad, este grupo de población no despierta un gran interés en la temática meta.

Como se ha observado, el principal objetivo de las investigaciones es conocer la eficacia de las Terapias contextuales, examinando su impacto, fundamentalmente, sobre las alteraciones emocionales y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. Esto supone un reflejo del actual concepto de salud mental, que va más allá de la mera reducción sintomatológica, e incluye un aspecto fundamental como es la calidad de vida.

La conclusión primordial a la que llegan los autores que aplican las Terapias Contextuales en esta población, es la evidencia creciente de la potencial eficacia de estas tres intervenciones (AC, TAC y TCBM) en el manejo de las necesidades psicológicas y en el aumento de la calidad de vida de estas personas, ya que se obtienen resultados prometedores en las principales variables de interés (depresión, ansiedad/estrés, calidad de vida y funcionalidad), así como se observa un aumento de los procesos de flexibilidad psicológica que constituyen el foco de atención (aceptación, habilidades mindfulness...). Estos resultados son prometedores puesto que el impacto de las tres terapias muestra un tamaño del efecto situado en el rango de mediano a grande en la mayoría de los estudios que lo contemplan, tanto a nivel de alteraciones emocionales, como de funcionalidad, calidad de vida y flexibilidad psicológica. Sin embargo, las terapias mencionadas no parecen ejercer un efecto importante en otras variables objetivo que se relacionan más directamente con el comportamiento saludable, como es el manejo de la enfermedad en personas diabéticas (Aburizik et al., 2013; Schroevers et al, 2013; Van Son et al., 2013) o la promoción de actividades saludables en supervivientes de cáncer (Hawkes et al., 2014; Lynch et al., 2014).

En todo caso, se habla de un apoyo preliminar de la eficacia de las Terapias Contextuales en esta población, puesto que gran parte de los estudios presentan problemas de representatividad (muestras de conveniencia, sobrerrepresentación en el caso del cáncer de mujeres con cáncer de mama, mezcla de condiciones físicas potencialmente distintas...) y tamaño muestral, así como adolecen de grupo control que asegure que el cambio es debido a la intervención. A parte de estas limitaciones metodológicas, existen otra serie de inconvenientes, que actualmente caracterizan la investigación en el campo. Uno de ellos, es que no todos los estudios que se refieren a una terapia concreta la aplican de una manera exactamente igual, ni de una forma “pura”, ya que en algunas investigaciones se combina la Terapia Contextual con otra terapia psicológica, por ejemplo con la Terapia Interpersonal en Aburizik et al. (2013), o con un programa de manejo del estrés en Datta et al. (2015). No obstante, los autores hacen hincapié en que siempre se mantienen los componentes esenciales que propusieron los creadores de las Terapias de Tercera Generación. Aparte de esto, por las características que presentan las personas con enfermedad crónica, algunas veces también se combina la intervención psicológica con la atención médica, de hecho, los estudios proponen que la atención en colaboración sería la forma óptima de atender las necesidades de esta población, por lo menos en aquellas personas que necesitan de un cierto control rutinario (p.e. cáncer). Esto hace complicado dilucidar, en ambos casos, ya sea por la combinación con otras terapias psicológicas o con intervenciones médicas, si la mejoría se debe exclusivamente al efecto psicoterapéutico de la Terapia Contextual. Otro de los problemas, es que la mayoría de los estudios no investigan el efecto de la terapia más allá de los tres meses, no obstante, aquellos pocos que sí lo hacen (Hopko et al., 2011; Hopko et al., 2013; Van der Lee y Garssen, 2012; Van son et al., 2014) encuentran que los resultados sí se mantienen en periodos más amplios tras la intervención (el máximo estudiado es un año tras la terapia). Otra limitación más, es la escasez de investigación en población con características diferenciales, como la infantil y adolescente.

Así, existe un acuerdo general entre los autores, independientemente de la condición física y de la Terapia Contextual en la que se centran, en base a la necesidad de la proliferación y replicación de las investigaciones utilizando muestras más amplias y heterogéneas, así como con un seguimiento lo suficientemente extenso para poder dilucidar la coste-efectividad de estas terapias en la población objetivo de análisis. Otra necesidad en la investigación futura, es la de definir más claramente la población con enfermedad crónica objeto de intervención, puesto que, aunque todos los estudios hablan de potenciales beneficios de las terapias que investigan, unos se aplican en la población con la enfermedad objetivo sin añadir criterio de psicopatología, y otros en población con enfermedad y criterio de psicopatología (p.e. diagnóstico de depresión). De hecho, los autores también se muestran unánimes en la necesidad de investigar variables moduladoras, como por ejemplo, las características del participante o de la propia terapia, que optimicen sus efectos, así como su coste-efectividad, ya que hasta ahora, solo dos de los estudios contemplados (Everts et al., 2015; Hopko et al., 2008b) han tenido en cuenta alguna de estas variables, como es el caso de la severidad de la depresión y el bajo de nivel educativo, que se relacionan de forma significativa con el abandono de la terapia utilizada.

Mencionado esto, por otro lado, también existen toda una serie de aspectos positivos a tener en cuenta. El primero de ellos es que, en todos los estudios en los que se ha contemplado la viabilidad y aceptación de estas intervenciones en la población objetivo (que pudiera resultar problemática por sus limitaciones), se han obtenido resultados altamente satisfactorios (Arch et al., 2015; Hopko et al., 2005; Schroevers et al., 2013; Sharplin et al., 2010; Van der Lee y Garssen, 2010). Otra de las ventajas, es la consecución de resultados igualmente positivos en los casos en los que la intervención terapéutica es administrada de forma individual y en grupo, por lo que la aplicación se puede amoldar a distintas necesidades, ya sea a nivel económico, espacial, preferencias de los participantes...etc. Además, a lo largo del proceso de revisión, se han encontrado intervenciones que se aplican vía telefónica o soporte-web (Aburizik et al., 2013; Everts et al., 2015; Hawkes et al., 2014; Lynch et al., 2014; Lyons et al., 2015) con resultados igualmente prometedores, y que por lo tanto, pueden resultar especialmente beneficiosas o prácticas en determinadas circunstancias, por ejemplo, en aquellos pacientes con dificultades para el desplazamiento.

Otra cuestión a resaltar, es que ciertas investigaciones incluyen información relevante respecto a las Terapias Contextuales en relación con otras terapias psicológicas aplicadas en la población objetivo. En términos generales, aunque se debe tener en cuenta las limitaciones previamente mencionadas de cada investigación, los estudios que contemplan esta comparación, encuentran un impacto similar al de otras terapias psicológicas cuya eficacia ha sido probada. La AC ha mostrado ser igual de eficaz que la Terapia de solución de Problemas en población con cáncer de mama y depresión (Hopko et al., 2011, 2013). La TCBM ha mostrado un impacto similar al de la Terapia Cognitivo Conductual en población diabética con síntomas depresivos (Tovote et al., 2014), y por su parte, la TAC también se ha mostrado igual de eficaz que la Terapia Cognitivo conductual (Feros et al., 2013) en población con cáncer de mama y alteraciones emocionales. Sin embargo, al comparar la TAC con la Terapia Cognitiva en esta misma población, Páez (2007) encuentra que el impacto de la TAC se hace más evidente que el de la TC con el paso del tiempo (especialmente a nivel de activación comportamental), lo que respalda la idea de que las principales ventajas de las Terapias Contextuales frente a otras intervenciones, se verifican especialmente en los seguimientos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). En esta dirección se encuentran también los hallazgos de Hopko y colaboradores (2011), ya que encuentran que en el seguimiento, la mejoría producida se mantiene en un mayor número de variables en la modalidad AC frente a la Terapia de Solución de Problemas. Este aspecto, tiene una notable importancia, puesto que la característica clave de la población objetivo, es la cronicidad de su situación. Además, en este sentido, y en relación al objetivo de las Terapias Contextuales, Rost (2012) encuentra que la superioridad de la TAC se encuentra mediada por el aumento de la flexibilidad psicológica y la planificación activa.

Respecto a las limitaciones del presente trabajo, la más importante, ha sido dejar fuera del análisis estudios potencialmente interesantes, puesto que se ha considerado que sin acceder a su versión completa no se podían establecer conclusiones de forma rigurosa. Otro inconveniente es que, dado la gran variedad de condiciones somáticas crónicas, solo se ha abarcado cuatro grandes grupos, no obstante, aquellos que la OMS propone como más prevalentes y con un importante impacto negativo.

A modo de conclusión final, se puede sostener que las Terapias Contextuales forman parte del grupo de tratamientos posiblemente eficaces en la población objetivo del presente análisis, puesto que están demostrando su potencial eficacia en grupos de personas con condiciones físicas crónicas. Parece que, efectivamente, los objetivos de estas terapias, las hacen idóneas en personas cuya condición somática supone limitaciones físicas, funcionales, y que en muchas ocasiones se acompaña también de alteraciones emocionales, durante periodos amplios de tiempo. Los distintos estudios han demostrado tras la intervención, un aumento de los procesos de flexibilidad psicológica, que unido al compromiso con los valores permite que exista un menor sufrimiento emocional y un incremento de la actuación de acuerdo con objetivos vitales, aun cuando las limitaciones físicas siguen presentes. Además, parece que la estructuración y relativa brevedad de estas terapias, las constituyen como una solución viable y práctica en el contexto de estas personas. De modo que, dado la actual prevalencia y aumento futuro de las enfermedades que se han contemplado, así como el alto índice de problemas emocionales e impacto negativo, que a distintos niveles esto supone, resultaría muy beneficioso potenciar la investigación en el campo, y la resolución de los problemas metodológicos que en el momento presente la caracterizan (limitados tamaño y representatividad muestral, escasez de estudios controlados y con seguimiento a largo plazo, falta de conocimiento acerca de la población infantil, adolescente y acerca de las variables mediadoras/moduladoras).

Por otro lado, también sería interesante que se investigaran en el futuro otras cuestiones, como la aplicación de estas terapias en base a aspectos que se ven relacionados con la enfermedad y sus limitaciones, por ejemplo, en el ámbito laboral. Además, sería conveniente la proliferación de estudios acerca de otras Terapias Contextuales posiblemente interesantes en este campo (a parte de las tres ya estudiadas), así como de investigaciones que comparen de forma rigurosa el efecto de las Terapias Contextuales frente al de otras terapias psicológicas.

REFERENCIAS

- Aburizik, A., Dindo, L., Kaboli, P., Charlton, M., Dawn, K., & Turvey, C. (2013). A pilot randomized controlled trial of a depression and disease management program delivered by phone. *Journal of affective disorders, 151*(2), 769-774.
- Anderson, S. L., Feliciano, L., Steers, M., Jay, A., & Renn, B. N. (2011, November). Considering cognition when using Behavioral Activation to treat depression and diabetes in adults. *Gerontologist 51*(2), 478-478.
- Arch, J. J., & Mitchell, J. L. (2015). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psycho-oncology*.
- Armento, M. E., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with coexistent major depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies, 8*(1), 25-37.
- Baumeister, H., Korinthenberg, K., Bengel, J., & Härter, M. (2005). Bronchial asthma and mental disorders: a systematic review of empirical studies. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 55*(5), 247-255.
- Bryning, L., Tudor, E. R., & Crane, R. (2013, January). Study Protocol: Exploring the Cost Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy for Cancer (MBCT-Ca). *Psycho-Oncology, 22*, 28-28.
- Caldwell, J. M., & Patterson-Kane, L. (2013). The Treatment of Comorbid Anxiety in a Male With Poorly Controlled Diabetes in a Very Remote Primary Health Care Service. *Clinical Case Studies, 13*(3), 250-264.
- Caughey, G. E., Vitry, A. I., Gilbert, A. L., & Roughead, E. E. (2008). Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia. *BMC public health, 8*(1), 221.
- Celano, C. M., & Huffman, J. C. (2011). Depression and cardiac disease: a review. *Cardiology in review, 19*(3), 130-142.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. John Wiley & Sons.

- Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia*, *190*(7), S54.
- Coventry, P. A., Hays, R., Dickens, C., Bundy, C., Garrett, C., Cherrington, A., & Chew-Graham, C. (2011). Talking about depression: a qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. *BMC family practice*, *12*(1), 10.
- Coventry, P., Lovell, K., Dickens, C., Bower, P., Chew-Graham, C., McElvenny, D., ... & Baguley, C. (2015). Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ*, *350*, 1-11.
- Croyle, R. T., & Rowland, J. H. (2003). Mood disorders and cancer: A National Cancer Institute perspective. *Biological Psychiatry*, *54*(3), 191-194.
- Datta, A., Aditya, C., Chakraborty, A., Das, P., & Mukhopadhyay, A. (2015). The Potential Utility of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Reducing Stress and Improving Wellbeing in Cancer Patients in Kolkata. *Journal of Cancer Education*, 1-9.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, *63*(4), 619-630.
- Deledda, G., Roberto, M., & Gori, S. (2013, November). The Acceptance and Commitment Therapy for Increase the Psychological Flexibility of Cancer Patients. *Psycho-oncology*, *22*, 249-249.
- Egede, L. E., Ellis, C., & Grubaugh, A. L. (2009). The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in a national sample of adults with diabetes. *General hospital psychiatry*, *31*(5), 422-427.
- Everts, F. Z. B., van der Lee, M. L., & de Jager Meezenbroek, E. (2015). Web-based individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy for cancer-related fatigue—A pilot study. *Internet Interventions*, *2*(2), 200-213.

- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General hospital psychiatry*, 30(2), 112-126.
- Feliciano, L., Steers, M. E., Jay, A. A., Anderson, S. L., & Renn, B. N. (2012, April). Behavioral Activation for comorbid depression and diabetes. *Annals of Behavioral Medicine*, 43, S269-S269.
- Fellows, J., Flower, L., Blakey, J., Kurukulaartchy, R., Howard, R., & Mansur, A. (2015). Case Series: The application of “third wave” Cognitive Behavioural Therapies in difficult to treat asthma. *Journal of Asthma*, (0), 1-27.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Behavioral activation treatment for cancer patients. *Anales de psicología*, 27(2), 278-291.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.
- Foley, E., & Baillie, A. (2008). Mindfulness training for cancer patients: The effectiveness and mechanisms of change of mindfulness based cognitive therapy. *International Journal of Psychology*, 43(3-4), 29.
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(1), 72.
- García-Olmos, L., Salvador, C. H., Alberquilla, Á., Lora, D., Carmona, M., García-Sagredo, P., ... & García-López, F. (2012). Comorbidity patterns in patients with chronic diseases in general practice.
- Gordon L.G., Patrao T., Kularatna S. & Hawkes A.L. (2015). A telephone-delivered multiple health behaviour change intervention for colorectal cancer survivors: making the case for cost-effective healthcare. *European Journal of Cancer Care* 24(6), 854-861.
- Gregg, J. A. (2004). *A randomized controlled effectiveness trial comparing patient education with and without acceptance and commitment therapy for type 2 diabetes self-management* (Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno).

- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(2), 336.
- Gregg, J. A., Schmidt, E., Ward, K., Almada, P., & Knezevich, P. (2010). An alternative model for understanding the diabetes-depression relationship: The mediational role of thought believability. *Journal of Behavioral Health and Medicine, 1*(1), 15.
- Grenard, J. L., Munjas, B. A., Adams, J. L., Suttorp, M., Maglione, M., McGlynn, E. A., & Gellad, W. F. (2011). Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine, 26*(10), 1175-1182.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy, 44*(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hawkes, A. L., Pakenham, K. I., Chambers, S. K., Patrao, T. A., & Courneya, K. S. (2014). Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer survivors on psychosocial outcomes and quality of life: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine, 48*(3), 359-370.
- Hopko, D. R., Armento, M. E., Robertson, S., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., ... & Lejuez, C. W. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(6), 834.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in Primary Care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(2), 236.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., & Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior therapy, 39*(2), 126-136.

- Hopko, D. R., Clark, C. G., Cannity, K., & Bell, J. L. (2015). Pretreatment Depression Severity in Breast Cancer Patients and Its Relation to Treatment Response to Behavior Therapy.
- Hopko, D. R., Funderburk, J. S., Shorey, R. C., McIndoo, C. C., Ryba, M. M., File, A. A., ... & Vitulano, M. (2013). Behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: preliminary support for decreased suicidal ideation. *Behavior modification*, 37(6), 747-767.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M., & Carvalho, J. P. (2009). Sudden gains in depressed cancer patients treated with behavioral activation therapy. *Behavior therapy*, 40(4), 346-356.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. C., & Colman, L. (2008). Behavioral activation therapy for depressed cancer patients: Factors associated with treatment outcome and attrition. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(4), 319.
- Hulbert-Williams, N., Swash, B., & Storey, L. (2014, October). Exploring the Acceptability of a Brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Intervention for Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, 23, 66-67.
- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E. & Koerner, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Jay, A., Anderson, S., Steers, M., & Feliciano, L. (2009, October). Behavioral Activation therapy to manage depression in older adults with diabetes. *Gerontologist*, 49, 351-351.
- Jensik, K., & Anderson, R. (2013, February). Study Analyzing the Use of the Dialectical Behavior Therapy Skills Set and Psychosocial Stress With Breast Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 22, 74-74.
- Jiang, M., Qin, P., & Yang, X. (2014). Comorbidity between depression and asthma via immune-inflammatory pathways: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 166, 22-29.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intensive and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.

- Kracen, A. (2014, February). Bringing Baby on Board: Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Anxiety in a Cancer Survivor. *Psycho-Oncology*, 23, 69-70.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Sherwood, A., Strauman, T., Robins, C., & Newman, M. F. (2004). Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosomatic medicine*, 66(3), 305-315.
- Lichtman, J. H., Bigger, J. T., Blumenthal, J. A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lespérance, F., ... & Froelicher, E. S. (2008). Depression and coronary heart disease recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*, 118(17), 1768-1775.
- Li, C., Ford, E. S., Strine, T. W., & Mokdad, A. H. (2008). Prevalence of depression among US adults with diabetes findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabetes care*, 31(1), 105-107.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder (1a Ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder (1a Ed.)*. New York. The Guilford Press.
- Lynch, B. M., Courneya, K. S., Sethi, P., Patrao, T. A., & Hawkes, A. L. (2014). A randomized controlled trial of a multiple health behavior change intervention delivered to colorectal cancer survivors: effects on sedentary behavior. *Cancer*, 120(17), 2665-2672.
- Lyons, K. D., Hull, J. G., Kaufman, P. A., Li, Z., Seville, J. L., Ahles, T. A., ... & Hegel, M. T. (2015). Development and Initial Evaluation of a Telephone-Delivered, Behavioral Activation, and Problem-Solving Treatment Program to Address Functional Goals of Breast Cancer Survivors. *Journal of psychosocial oncology*, 33(2), 199-218.
- Lyons, K. D., Svensborn, I. A., Kornblith, A. B., & Hegel, M. T. (2015). A Content Analysis of Functional Recovery Strategies of Breast Cancer Survivors. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 35(2), 73-80.

- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Monographs-National Cancer Institute*, 32, 57-71.
- McConaghey, S. (2012, November). ACT in action: Acceptance and Commitment therapy (ACT) presented in a group format to cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 8, 260-260.
- McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A., & Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 89-99.
- Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C., & Stage, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(1), 65-70.
- Moazzezi, M., Moghanloo, V. A., Moghanloo, R. A., & Pishvaei, M. (2015). Impact of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Stress and Special Health Self-Efficacy in Seven to Fifteen-Year-Old Children With Diabetes Mellitus. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(2), 31-36.
- Moghanloo, V. A., Moghanloo, R. A., & Moazezi, M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression, Psychological Well-Being and Feeling of Guilt in 7-15 Years Old Diabetic Children. *Iranian journal of pediatrics*, 25(4) e2436.
- Mohabbat-Bahar, S., Maleki-Rizi, F., Akbari, M. E., & Moradi-Joo, M. (2015). Effectiveness of Group Training Based on Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Depression of Women with Breast Cancer. *Iranian journal of cancer prevention*, 8(2), 71-76.
- Montesinos, F., Luciano, C., Paez, M., & Remedios, M. (2006, October). How to cope relapse fears: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for cancer patients. In *Psycho-Oncology*, 15(2), S333-S333.
- Montesinos Marín, F., Hernández Montoyo, B., & Luciano Soriano, M. C. (2001). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 503-523.

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*.
- Páez, M., Luciano, M. C., & Gutiérrez, O. (2007). Psychological treatment for breast cancer: comparison between acceptance based and cognitive control based strategies. *Psicooncología, 4*, 75-95.
- Rodríguez, C. F., Fernández, E. V., García, P. F., & Fernández, S. G. (2014). Efectos de la activación conductual en la calidad de vida y estado emocional de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología, 11*(2-3), 199-215.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., & Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema, 5*(Suplemento), 349-372.
- Rost, A. D., Wilson, K., Buchanan, E., Hildebrandt, M. J., & Mutch, D. (2012). Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients: Examining the role of avoidance in treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 508-517.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the american college of cardiology, 45*(5), 637-651.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (2001). Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of clinical psychology, 57*(4), 457-478.
- Ryba, M. M., Lejuez, C. W., & Hopko, D. R. (2014). Behavioral activation for depressed breast cancer patients: The impact of therapeutic compliance and quantity of activities completed on symptom reduction. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*(2), 325.
- Schneider, K., Pagoto, S., Panza, E., Ma, Y., Ockene, I., Kern, D., & Keeney, J. (2014, April). Exercise and Behavioral Activation for women with diabetes and depression: The Get-It study. *Annals of Behavioral Medicine, 47*, S281-S281.
- Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Keers, J. C., Links, T. P., Sanderman, R., & Flier, J. (2013). Individual mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes: A pilot randomized controlled trial. *Mindfulness, 6*(1), 99-110.

- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., ... & Gasquet, I. (2007). Depression–anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal of affective disorders, 103*(1), 113-120.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Sharplin, G. R., Jones, S. B., Hancock, B., Knott, V. E., Bowden, J. A., & Whitford, H. S. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy: an efficacious community-based group intervention for depression and anxiety in a sample of cancer patients. *Medical Journal of Australia, 193*(5), S79.
- Snippe, E., Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Sanderman, R., Emmelkamp, P. M., & Fleer, J. (2015). Patients' Outcome Expectations Matter in Psychological Interventions for Patients with Diabetes and Comorbid Depressive Symptoms. *Cognitive therapy and research, 39*(3), 307-317.
- Spatola, C. A., Cappella, E. A., Goodwin, C. L., Baruffi, M., Malfatto, G., Facchini, M., ... & Molinari, E. (2014). Development and initial validation of the Cardiovascular Disease Acceptance and Action Questionnaire (CVD-AAQ) in an Italian sample of cardiac patients. *Frontiers in psychology, 5*.
- Stafford, L., Foley, E., Judd, F., Gibson, P., Kiropoulos, L., & Couper, J. (2013). Mindfulness-based cognitive group therapy for women with breast and gynecologic cancer: a pilot study to determine effectiveness and feasibility. *Supportive Care in Cancer, 21*(11), 3009-3019.
- Stafford, L., Thomas, N., Foley, E., Judd, F., Gibson, P., Komiti, A., ... & Kiropoulos, L. (2015). Comparison of the acceptability and benefits of two mindfulness-based interventions in women with breast or gynecologic cancer: a pilot study. *Supportive Care in Cancer, 23*(4), 1063-1071.
- Staley, C. S., & Lawyer, S. R. (2010). Behavioral activation and CBT as an intervention for coexistent major depression and social phobia for a biracial client with diabetes. *Clinical Case Studies, 9*(1), 63-73.

- Tovote, K. A., Fleer, J., Snippe, E., Peeters, A. C., Emmelkamp, P. M., Sanderman, R., ... & Schroevers, M. J. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, *37*(9), 2427-2434.
- Tovote, K. A., Schroevers, M. J., Snippe, E., Sanderman, R., Links, T. P., Emmelkamp, P. M., & Fleer, J. (2015). Long-Term Effects of Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Depressive Symptoms in Patients with Diabetes: A Randomized Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *84*(3), 186-187.
- Tze-Chun, T., Huang, S., & Liu, J. (2012, September). Short Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) to depression, fatigue and disability in breast cancer patients: A preliminary randomized control study. *Neuro-Oncology*, *14*, 20-20.
- van der Lee, M. L., & Garssen, B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-Oncology*, *21*(3), 264-272.
- Van Dooren, F. E., Nefs, G., Schram, M. T., Verhey, F. R., Denollet, J., & Pouwer, F. (2013). Depression and risk of mortality in people with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *8*(3), e57058.
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., & Pouwer, F. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: Long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, *77*(1), 81-84.
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, P. F., ... & Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind) a randomized controlled trial. *Diabetes care*, *36*(4), 823-830.
- Weinberger, M. I., Bruce, M. L., Roth, A. J., Breitbart, W., & Nelson, C. J. (2011). Depression and barriers to mental health care in older cancer patients. *International journal of geriatric psychiatry*, *26*(1), 21-26.