

ORIGINAL

Maintenance psychotherapeutic intervention designed for young people with major depressive disorder to prevent relapse

Intervención psicoterapéutica de mantenimiento diseñada para jóvenes con trastorno depresivo mayor para prevenir recaídas

Karina Alejandra Alvarez Lino¹  

¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Ambato, Ecuador.

Citar como: Alvarez Lino KA. Maintenance psychotherapeutic intervention designed for young people with major depressive disorder to prevent relapse. Salud, Ciencia y Tecnología. 2025; 5:1611. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20251611>

Enviado: 12-09-2024

Revisado: 30-12-2024

Aceptado: 19-07-2025

Publicado: 20-07-2025

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: Karina Alejandra Alvarez Lino 

ABSTRACT

Major depression is one of the most disabling disorders affecting individuals at the biological, functional, and psychosocial levels. A thorough understanding of this nosological entity will allow healthcare professionals to provide more comprehensive and effective care to patients suffering from it. This research employed a descriptive, mixed-method approach. Literature searches were conducted in Scopus-indexed sources such as Scienedirect, PubMed, Medline, and Scielo, among others. Experts were consulted based on previously established criteria and processed using the Compensatory Fuzzy Logic method. The results provided a deeper understanding of the factors that influence depression in young people, among which individual factors such as emotional instability, low self-esteem, cognitive rumination, and a lack of coping styles stood out. A psychotherapeutic intervention protocol was developed based on the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) model, with the goal of promoting flexibility, fostering emotional well-being, and fostering acceptance. The use of Compensatory Fuzzy Logic allowed us to prioritize the factors with the greatest therapeutic impact, facilitating the design of the protocol for young people in the city of Ambato. It was found that although social and environmental factors influence depression, it is important to pay special attention to internal factors such as cognitive-emotional and personality factors to achieve effective psychotherapy and treatment for major depression in young people and prevent relapses.

Keywords: Depressive State; Factors; Psychotherapy; Psychological Flexibility; Protocol; Youth.

RESUMEN

La depresión mayor constituye uno de los trastornos más discapacitantes que afectan al individuo a nivel biológico, funcional y psicosocial. Conocer a profundidad esta entidad nosológica permitirá a los profesionales de la salud brindar una atención más integral y eficaz a los pacientes que la padecen. En la presente investigación se empleó una metodología mixta, de carácter descriptivo. Se realizaron búsquedas bibliográficas en fuentes indexadas a Scopus como Scienedirect, PubMed, Medline y Scielo entre otras. Se realizó una consulta a expertos basados en criterios establecidos previamente y procesados con el método de Lógica Difusa Compensatoria. Los resultados permitieron profundizar en el conocimiento de los factores que inciden en la depresión en jóvenes, entre los que se destacaron los factores individuales como la inestabilidad emocional, baja autoestima, rumiación cognitiva y la carencia de estilos de afrontamiento. Se elaboró un protocolo de intervención psicoterapéutica basado en el modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), con el objetivo de promover la flexibilidad, favorecer bienestar emocional y capacidad de aceptación. El uso de la Lógica Difusa Compensatoria permitió priorizar los factores de mayor impacto terapéutico, facilitando el diseño del protocolo para jóvenes en la ciudad de Ambato. Se pudo conocer que

aunque existen factores sociales y ambientales que condicionan la depresión, es importante prestar especial interés a los factores internos como los Cognitivos-Emocionales y Personológicos para lograr la efectividad en la psicoterapia y tratamiento a la depresión mayor en jóvenes, y evitar sus recaídas.

Palabras clave: Estado Depresivo; Factores; Psicoterapia; Flexibilidad Psicológica; Protocolo; Jóvenes.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son una de las causas de discapacidad más frecuentes, e impactan negativamente en los aspectos biológicos y sociales de la vida del individuo; además, sino se detectan oportunamente, conducen a pérdidas considerables en términos de salud.⁽¹⁾ Dentro de las enfermedades mentales más frecuentes se encuentran los trastornos del estado de ánimo, y entre ellos, el trastorno depresivo mayor. Este trastorno constituye una de las causas de muerte por suicidio a nivel mundial.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor.⁽²⁾

La característica principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste.⁽³⁾ El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio.⁽⁴⁾

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a más de 280 millones de personas afectadas globalmente,⁽⁵⁾ es causa importante de discapacidad funcional, puede convertirse en un problema de salud importante, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, que genera sufrimiento y altera las actividades laborales, escolares y familiares.⁽⁶⁾

La prevalencia a los doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7 %, con notables diferencias entre los grupos de edad, de modo que la prevalencia en los sujetos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana.⁽²⁾

Dentro de los factores de riesgo descritos en la literatura, el neuroticismo (la afectividad negativa) es un factor bien establecido para el inicio del trastorno depresivo, y en niveles altos, tornan a los sujetos más propensos a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes.⁽⁷⁾ Las situaciones adversas en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de contraer un trastorno depresivo mayor. También los acontecimientos vitales estresantes son fundamentalmente reconocidos como precipitantes de este trastorno.⁽²⁾

Se calcula que el número de personas que padecen depresión en el mundo alcanza los 300 millones. La depresión se conoce como el primer factor en producir discapacidad (7,5 % de los años perdidos de trabajo en 2015) y es el principal antecedente de las muertes causadas por suicidio.⁽⁸⁾ Las personas con diagnóstico de depresión tienen entre 40 y 60 % mayor riesgo de morir de forma prematura. Igualmente, la depresión está relacionada con problemas cardiovasculares, diabetes y aparición de otros trastornos como aquellos causados por el consumo de sustancias.⁽⁹⁾

En Ecuador, existen diversos factores psicosociales y estructurales que dificultan tanto la continuidad del tratamiento como el mantenimiento de los logros terapéuticos alcanzados por personas con antecedentes de Trastorno Depresivo Mayor. Uno de los principales obstáculos es la persistente estigmatización de la salud mental, que afecta no solo a quienes viven con trastornos psicológicos, sino también a su entorno familiar, académico y laboral. Este estigma se traduce en la postergación de la búsqueda de ayuda, la desvalorización del tratamiento y la minimización de la gravedad de los síntomas.⁽¹⁰⁾

De ahí la importancia de diseñar intervenciones adaptadas al entorno local, capaces de promover habilidades de afrontamiento autónomas y sostenibles más allá del tratamiento agudo. En este escenario, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se presenta como una alternativa particularmente adecuada, al fomentar la flexibilidad psicológica en un entorno frecuentemente adverso.

Objetivo General

Diseñar un protocolo clínico de mantenimiento basado en la ACT, dirigido a jóvenes de 18 a 25 de la ciudad de Ambato que han presentado depresión mayor.

Objetivos Específicos

1. Determinar los factores que inciden en la etiología y mantenimiento del trastorno depresivo mayor.
2. Analizar mediante la Lógica Difusa Compensatoria los factores encontrados.
3. Fundamentar las bases para la confección del protocolo terapéutico.

MÉTODO

Se empleó un diseño mixto, descriptivo y longitudinal, con base en la literatura científica y en datos epidemiológicos nacionales. Se realizó una revisión mediante búsquedas en las bases de datos de PubMed, Scielo y ScienceDirect. La selección de artículos fue llevada a cabo en revistas indexadas en idioma inglés y español de los años 2020 a 2025. El análisis de la bibliografía consultada permitió encontrar los factores que posibilitan o desencadenan la depresión y sus recaídas en los pacientes en edad joven.

Se realizó una consulta a expertos, para determinar los factores de mayor incidencia en la etiología de la depresión en jóvenes y los aspectos más relevantes a tratar en la confección de un Protocolo de mantenimiento para la muestra objetivo.

La selección de los expertos con los que se realizó el análisis tuvo los siguientes criterios:

- Ser profesionales de la Salud Mental.
- Contar con más de 10 años de experiencia en clínica en salud mental juvenil.
- Tener experiencia en el manejo de casos con depresión, así como conocimiento actualizado en terapias u otras técnicas avanzadas.
- Dar su disposición para participar en la investigación.

Para la toma de decisiones se aplicó el método de Lógica Difusa Compensatoria (LDC), el cual se describirá su metodología a continuación:

Lógica Difusa Compensatoria (LDC): es una rama de la Lógica Difusa creada por el grupo científico multidisciplinario Gestión Empresarial en la Incertidumbre: Investigación y Servicios (GEMINIS) del Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría (ISPJAE), en La Habana, Cuba. El Dr. Rafael Espín Andrade profesor titular del ISPJAE, constituye uno de sus líderes más representativos. De forma general se puede decir que, se trata de un nuevo sistema multivalente que rompe con la axiomática tradicional para lograr un comportamiento semánticamente mejor que los clásicos.⁽¹¹⁾

Utiliza operadores matemáticos que garantizan la combinación efectiva de elementos intangibles valorados a través de expertos, considerando escalas categoriales de veracidad, con información cuantitativa, que aporta valores de verdad a través de predicados definidos convenientemente a partir de tal información:

Tabla 1. Presentación de los operadores matemáticos en lógica de predicados de la LCD

Operadores	Lógica de predicados
Conjunción	(and), c,
Disyunción	(or), d,
Orden estricto difuso	(o)
Negación	(not)
Nota: Vega-de-la-Cruz et al. ⁽¹²⁾	

Van de $[0,1]$ n en $[0,1]$, o va de $[0,1]$ 2 en $[0,1]$ y n de $[0,1][11]$. Lo cual satisface los axiomas siguientes:

1. $\text{Mín}(x_1, x_2, \dots, x_n) \leq d(x_1, x_2, \dots, x_n) \leq \text{máx}(x_1, x_2, \dots, x_n)$ (Propiedad de Compensación).
2. $d(x_1, x_2, \dots, x_n) = d(x_1, x_2, \dots, x_n)$ (Propiedad de Conmutatividad o Simetría).
3. Si $x_1 = y_1, x_2 = y_2, \dots, x_{i-1} = y_{i-1}, x_{i+1} = y_{i+1}, \dots, x_n = y_n$, tal que ninguno es cero, y $x_i > y_i$, entonces $d(x_1, x_2, \dots, x_n) > d(y_1, y_2, \dots, y_n)$ (Propiedad de Crecimiento Estricto)
4. Si $x_i = 1$ para algún i, entonces $d(x_1, x_2, \dots, x_n) = 1$ (Propiedad de Veto)
5. $c(x_1, x_2, \dots, x_n) = d(x_1, x_2, \dots, x_n) = x$ (Propiedad de Idempotencia)

Es recomendable el uso de funciones de pertenencias sigmoidales para funciones crecientes o decrecientes, para la modelización de la vaguedad. Esto se logra además a través de variables lingüísticas, lo que permite aprovechar el conocimiento de los expertos. Dichas variables lingüísticas tienen su fundamento en escalas como la expuesta en la tabla 2.

Tabla 2. Escalas de las variables lingüísticas	
Valores de la verdad	Categoría
0	Falso
0,1	Casi falso
0,2	Bastante falso
0,3	Algo falso
0,4	Más falso que verdadero
0,5	Tan verdadero como falso
0,6	Más verdadero que falso
0,7	Algo verdadero
0,8	Bastante verdadero
0,9	Casi verdadero
1	Verdadero
Nota: Vega-de-la-Cruz et al. ⁽¹²⁾	

Cálculo de coeficientes estadísticos

El coeficiente de concordancia (Cc) se utiliza para determinar el grado de consenso de los expertos respecto al tema. Para ello se utilizará la ecuación 4.

$$Cc = (1 - \frac{Vn}{Vt}) * 100 \quad (1)$$

Donde:

Vn: Cantidad de expertos en contra del criterio predominante.

Vt: Cantidad total de expertos.

Se considera empíricamente que, si $Cc \geq 75\%$ entonces es aceptable la concordancia. Los componentes que obtienen valores de $Cc < 75\%$ se eliminan por baja concordancia o poco consenso entre los expertos.

El coeficiente de variación (Cv) de los predicados se calculará mediante la ecuación 2 aplicando criterios estadísticos de decisión acorde a los siguientes parámetros:

Si $Cv \geq 0,20$, tomar el valor modal (calificación dada por los expertos que más se repite en el rango analizado).

Si $Cv < 0,20$, tomar el valor de la media aritmética (calificación promedio de los expertos).

$$Cv = \frac{S}{X_{med}} \quad (2)$$

S: Desviación típica de los datos.

X_{med} : Media de los datos.

Paso 1. Derterminar expertos

Paso 2. Enunciar los predicados mediante árbol y sus expresiones

Paso 3. Aplicar encuestas y calcular Cv

Paso 4. Tabla de valores y categorías

Figura 1. Pasos para aplicar la LDC

RESULTADOS

En la presente investigación, luego de realizar una búsqueda bibliográfica en fuentes indexadas a Scopus y sitios médicos de referencia internacional, y haciendo uso de la experiencia en la práctica profesional y la

evidencia científica con que se cuenta, se realizó un resumen de los factores que intervienen en los episodios depresivos de los pacientes con esta patología.

En algunos casos se presentan algunas manifestaciones más frecuentes que otras, pero generalmente las que se resumen fueron las más frecuentes, tanto a nivel interno como externo. Dentro del nivel interno se detallan factores personológicos, cognitivos-emocionales y conductuales. A nivel externo se encontraron factores sociales y estructurales del sistema de salud. Seguidamente se procederá a realizar el análisis mediante la consulta de expertos aplicando la Lógica Difusa Compensatoria.

Predicados y su traducción lingüística

DSJ(x)=Depresión Severa en Jóvenes

NI(x)= Nivel Interno

NE(x)= Nivel Externo

FP(x)= Factores Personológicos

FCE(x)= Factores Cognitivos-Emocionales

FC(x)= Factores Conductuales

FS(x)= Factores Sociales

FESS(x)= Factores Estructurales Sistema de Salud

BA(x)= Baja Autoestima

IE(x)= Inestabilidad Emocional

PD(x)= Personalidad Dependiente

RC(x)= Rumiación Cognitiva

EAD(x)= Estilos de Afrontamiento Deficientes

EAN(x)= Estilo Atribucional Negativo

EEV(x)= Estrés Relacionado a eventos vitales

CS(x)= Consumo de sustancias

SRAF(x)= Separación de Redes de Apoyo Familiar

PES(x)= Persistente Estigma Social

PAL(x)= Presión Académica o Laboral

OES(x)= Otros Estresores Sociales

ECT(x)= Escasa Continuidad Terapéutica

IInf(x)= Insuficiente Infraestructura de Salud Mental Comunitaria

AL(x)= Ausencia de Legislación sobre Salud Mental

Expresiones de Cálculo de los Predicados simples y compuestos

DSJ(x)=NI(x) $\wedge$ NE(x)

NI(x)= FP(x) $\wedge$ FCE(x) $\wedge$ FC(x)

NE(x)= FS(x) $\wedge$ FE(x)

FP(x)= BA(x) $\wedge$ IE(x) $\wedge$ PD(x)

FCE(x)=RC(x) $\wedge$ EAD(x) $\wedge$ EAN(x) $\wedge$ EEV(x)

FC(x)=CS(x)

FS(x)=SRAF(x) $\wedge$ PES(x) $\wedge$ PAL(x) $\wedge$ OES(x)

FESS(x)=ECT(x) $\wedge$ IInf(x) $\wedge$ AL(x)

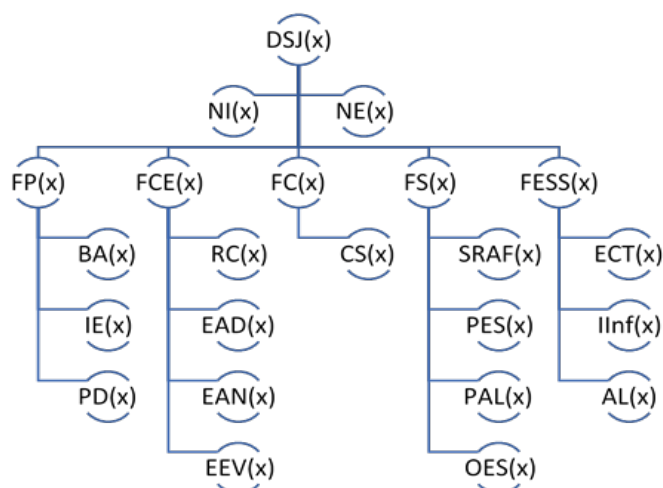


Figura 2. Árbol de predicados

Tabla 3. Evaluación de los expertos

Predicados Simples	E1	E 2	E 3	E4	E5	E6	E7
BA(x)	1	1	0,9	0,9	0,9	1	0,8
IE(x)	0,9	0,9	0,9	1	1	1	1
PD(x)	1	1	0,9	0,9	0,9	0,8	1
RC(x)	0,9	0,9	1	1	0,7	0,7	0,9
EAD(x)	1	1	1	1	1	1	1
EAN(x)	0,9	0,7	0,9	0,7	0,9	0,7	0,8
EEV(x)	0,9	0,8	0,5	0,7	0,9	0,7	0,8
CS(x)	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,9
SRAF(x)	0,9	0,7	0,9	0,5	0,9	0,7	0,7
PES(x)	0,7	0,5	0,5	0,7	0,9	0,5	0,7
PAL(x)	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9	0,7	0,7
OES(x)	0,7	0,5	0,9	0,7	0,5	0,9	0,7
ECT(x)	0,9	0,9	1	1	0,7	0,7	0,9
IIInf(x)	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
AL(x)	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7	0,6

Tabla 4. Cálculo de los valores de verdad de los predicados simples

Predicados	Moda	Media	Valor de verdad	Categoría
BA(x)	1	0,929	0,929	Casi verdadero
IE(x)	1	0,957	0,957	Casi verdadero
PD(x)	1	0,929	0,929	Casi verdadero
RC(x)	0,9	0,871	0,871	Bastante verdadero
EAD(x)	1	1,000	1,000	Verdadero
EAN(x)	0,9	0,800	0,800	Bastante verdadero
EEV(x)	0,9	0,757	0,757	Algo verdadero
CS(x)	0,7	0,700	0,700	Algo verdadero
SRAF(x)	0,9	0,757	0,757	Algo verdadero
PES(x)	0,7	0,643	0,700	Algo verdadero
PAL(x)	0,9	0,814	0,814	Bastante verdadero
OES(x)	0,7	0,700	0,700	Algo verdadero
ECT(x)	0,9	0,871	0,871	Bastante verdadero
IIInf(x)	0,9	0,900	0,900	Casi verdadero
AL(x)	0,8	0,742	0,742	Algo verdadero

Tabla 5. Cálculo de los valores de verdad de los predicados compuestos

Predicados compuestos	Valor de Verdad
DSJ(x)	Casi Verdadero
NI(x)	Casi verdadero
NE(x)	Bastante verdadero
FP(x)	Casi verdadero
FCE(x)	Bastante verdadero
FC(x)	Algo verdadero
FS(x)	Casi verdadero
FESS(x)	Bastante verdadero

El análisis propiciado por los especialistas consultados permitió establecer un orden de prioridades en los factores determinantes en la aparición de la depresión, lo que facilitó el proceso de la toma de decisiones.

Se pudo conocer los aspectos con mayores escalas categoriales de veracidad, acercándose más a la solución ideal, siendo los factores de nivel interno los de mayor puntuación. Los especialistas además aportaron su conocimiento en base a los factores o aspectos de más difícil manejo terapéutico, los cuales se tomaron en consideración para la confección del protocolo.

Dentro de los aspectos esenciales a tratar en el abordaje terapéutico de los pacientes con estado depresivo, es importante trabajar y fortalecer los factores a nivel interno. La autora de la presente investigación, basada en la práctica profesional, señala que aunque los factores ambientales y sociales pudieran condicionar en gran medida la reaparición de episodios depresivos, resulta fundamental fortalecer los elementos internos como la personalidad, el sistema de creencias del individuo y su desarrollo emocional. Se debe considerar que los agentes externos en muchas ocasiones están fuera del control del paciente, pero la manera en que este reaccione a ellos, está totalmente bajo su control.

Durante décadas se ha estigmatizado y en ciertas culturas, se ha discriminado el hecho de padecer un trastorno mental. Con los avances científicos se ha logrado romper con ciertos mitos y son más las personas que se preocupan por su salud y por la búsqueda del bienestar emocional a través de un terapeuta. Por lo que se hace imperativo el hecho de preparar a los profesionales de la salud y dotarles de herramientas actualizadas para el manejo integral de los pacientes, no solo al paciente enfermo, sino enfocarse en la prevención de la aparición del trastorno en sí o de sus posibles recaídas.

La Terapia de Aceptación y Compromiso ofrece variabilidad en su modalidad y permite al terapeuta centrarse en el logro de los objetivos ofreciendo al paciente una mejor versión de sí mismo. Promover la capacidad de aceptación y la necesidad de transformación y el compromiso consigo mismo, son factores claves en la mejoría. Por lo que en la presente investigación se ha desarrollado un protocolo que a continuación se describirá.

El presente protocolo tiene como objetivo diseñar un plan de mantenimiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT),^(13,14) dirigido a jóvenes adultos de entre 18 y 25 años con antecedentes de depresión severa tratados previamente con Terapia Cognitivo Conductual (TCC), con el fin de promover la flexibilidad psicológica, prevenir recaídas y favorecer el bienestar emocional sostenido.

Objetivos específicos

1. Fortalecer la flexibilidad psicológica en los participantes mediante la integración de técnicas basadas en aceptación, defusión cognitiva y acción comprometida.
2. Identificar valores personales y promover conductas alineadas con dichos valores como guía de vida significativa post-tratamiento.
3. Desarrollar habilidades de mindfulness y contacto con el momento presente para mejorar la regulación emocional y reducir patrones de evitación experiencial.
4. Evaluar indicadores de mantenimiento positivo y detección temprana de recaídas mediante escalas validadas y entrevistas cualitativas.
5. Fomentar estrategias de afrontamiento funcionales ante eventos internos (pensamientos, emociones) sin necesidad de eliminar el malestar psicológico.

El protocolo será implementado por un equipo de profesionales en salud mental con formación en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), compuesto por psicólogos clínicos y terapeutas certificados en intervenciones basadas en mindfulness y terapias de tercera generación.⁽¹⁵⁾ Los facilitadores deberán contar con experiencia en el trabajo con jóvenes adultos y formación previa en terapias de grupo, debido que el formato de la intervención es grupal, vivencial y experiencial.

Tabla 6. Agentes implicados en la implementación del protocolo

Agente	Rol	Funciones principales
Terapeuta principal	Facilitador del grupo	Dirigir sesiones grupales. Aplicar técnicas ACT. Realizar seguimiento clínico.
Co-terapeuta / asistente	Apoyo técnico y clínico	Asistir en dinámicas. Registrar observaciones. Brindar contención individual.
Supervisor clínico	Control de calidad terapéutica	Supervisión semanal. Revisión de casos. Apoyo ético y técnico.
Institución colaboradora	Apoyo institucional y logístico	Facilitar espacio. Convocar participantes. Coordinar recursos materiales.
Participantes	Beneficiarios del protocolo	Asistir activamente. Participar en sesiones. Aplicar estrategias entre sesiones.

A continuación se presentan los contenidos específicos de cada sesión del protocolo, estructurados en torno a los seis procesos centrales de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).^(13,15) Cada sesión integra técnicas prácticas diseñadas para fortalecer la flexibilidad psicológica y promover el mantenimiento de los logros terapéuticos alcanzados durante la fase aguda del tratamiento.

Tabla 7. Contenidos detallados por sesión

Sesiones	Objetivo	Técnicas	Tarea para la casa
1: Introducción al protocolo y modelo ACT	Brindar psicoeducación sobre la depresión severa, explicar el modelo de flexibilidad psicológica (Hexaflex) y presentar la estructura del protocolo.	Explicación participativa del modelo ACT y sus seis procesos. Dinámica grupal: “Expectativas y compromiso personal”. Presentación del contrato terapéutico grupal.	Diario breve sobre pensamientos y emociones más frecuentes durante la semana.
2: Aceptar el malestar	Fomentar la aceptación activa de pensamientos y emociones difíciles sin intentar evitarlos o suprimirlos.	Ejercicio experiencial: “Dejar espacio” (permitir que una emoción incómoda ocupe lugar sin lucha). Debate guiado sobre las consecuencias de la evitación experiencial. Metáfora: “El invitado inesperado” (aceptar la llegada de pensamientos/emociones como visitantes).	Práctica de aceptación guiada con audio de 10 minutos.
3: Defusión cognitiva	Enseñar estrategias para observar los pensamientos como eventos mentales, disminuyendo su impacto y poder de control.	Ejercicio: “Hoja en el arroyo” (visualizar pensamientos flotando en un río). Ejercicio verbal: “Repetir palabra” (repetir un pensamiento clave hasta que pierda su carga emocional). Reflexión grupal sobre la influencia de los pensamientos automáticos.	Aplicar las técnicas de defusión al menos dos veces al día, registrando la experiencia en el diario.
4: Contacto con el momento presente	Desarrollar habilidades de mindfulness para mejorar la atención plena y la regulación emocional.	Práctica formal de mindfulness: “Atención plena en la respiración” (10 minutos guiados). Ejercicio de atención abierta: “Escaneo corporal”. Análisis en grupo sobre la importancia de la presencia consciente en la prevención de recaídas.	Práctica diaria de mindfulness (grabación de audio proporcionada).
5: Yo como contexto	Promover la construcción de una perspectiva flexible del “yo” que permita observar experiencias internas sin identificarse totalmente con ellas.	Ejercicio guiado: “El observador constante” (identificación de la parte de uno mismo que siempre está presente). Metáfora: “El tablero de ajedrez” (la diferencia entre las piezas que luchan y el tablero que las contiene). Dinámica: Compartir experiencias sobre momentos donde se sintieron “arrastrados” por una emoción y cómo podrían haberlo observado desde la distancia.	Reflexionar por escrito sobre situaciones difíciles y la perspectiva del “yo observador”.
6: Clarificación de valores	Facilitar la identificación de valores personales y su papel como brújula para guiar acciones significativas.	Ejercicio: “Rueda de la vida” (identificar áreas vitales y valores clave en cada una). Visualización: “El funeral” (imaginar cómo quisiera ser recordado para detectar valores esenciales). Debate grupal sobre diferencias entre valores y objetivos.	Establecer 3 micro acciones alineadas con los valores identificados.
7: Acción comprometida	Ayudar a los participantes a convertir sus valores personales en acciones concretas y sostenibles, incluso en presencia de malestar emocional.	Planificación conductual: Elaboración de un plan de acción semanal (basado en valores). Análisis de barreras: Identificación de obstáculos internos y externos, y estrategias para superarlos.	Ejecutar al menos una acción comprometida y registrar la experiencia.

		Metáfora: “El jardín” (cultivar valores como si se cuidara un jardín).	
8:	Integración y prevención de recaídas	Integrar los aprendizajes del protocolo y establecer un plan personalizado de prevención de recaídas.	Revisión grupal de progresos y aprendizajes clave. Elaboración de un “Mapa personal de prevención de recaídas” (identificar señales de alerta temprana y estrategias de afrontamiento). Cierre con dinámica simbólica: “Carta a mi yo futuro”.
		Continuar prácticas autónomas de mantenimiento y seguimiento.	

Tabla 8. Cronograma de intervención semanal basado en los procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Semana	Tema de la sesión	Proceso ACT principal	Objetivo específico
1	Introducción y psicoeducación sobre ACT	Modelo Hexaflex	Comprender la estructura del protocolo
2	Aceptación del malestar emocional	Aceptación	Reducir evitación experiencial
3	Defusión cognitiva	Defusión cognitiva	Cambiar relación con pensamientos
4	Mindfulness y atención plena	Contacto con el presente	Mejorar regulación emocional
5	El yo como contexto	Yo como contexto	Construir perspectiva flexible de sí mismo
6	Clarificación de valores	Clarificación de valores	Identificar propósito y dirección vital
7	Acción comprometida	Acción comprometida	Convertir valores en conducta significativa
8	Integración y prevención de recaídas	Integración de procesos ACT	Consolidar aprendizajes y planificar prevención

DISCUSIÓN

En el caso de los estudiantes universitarios, una investigación realizada en la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad Técnica de Ambato identificó varios factores psicosociales que influyen en la salud mental. Entre los factores familiares se incluyen la baja autoestima, antecedentes psiquiátricos en la familia, deserción familiar, embarazos precoces y conflictos conyugales. Además, se identificaron factores académicos, como los estresores sociales, las dificultades de aprendizaje y conducta, las situaciones inesperadas que afectan la motivación, la carga de trabajo académico, el estrés por tareas y exámenes, y las dificultades de adaptación a la vida universitaria.⁽¹⁶⁾ Esos datos coinciden con los encontrados en la presente investigación.

La investigación sobre “Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment”, coincide con los datos encontrados en la presente. Los autores señalaron que en el aspecto psicosocial, los factores como el nivel económico bajo, que en ocasiones obliga a los jóvenes a abandonar los estudios para trabajar, las expectativas familiares, y el consumo de sustancias adictivas fueron elementos condicionantes en la aparición del trastorno depresivo. A nivel individual, el estrés relacionado con eventos vitales y la carencia de estrategias de afrontamiento adecuadas se asocian a problemas emocionales como la depresión mayor.⁽¹⁷⁾

Según un estudio sobre “Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adultos mayores con sintomatología de trastornos del estado de ánimo, los autores plantearon que, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) es un modelo de intervención que busca que los adultos mayores logren aceptar sus pensamientos y sentimientos direccionarlos a sus valores. En los tres estudios presentados en su artículo, indicaron que los protocolos de intervención basados en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), tanto a nivel individual como grupal, benefician a los participantes; quienes demuestran cambios clínicos significativos y que alivian el malestar y sufrimiento que pueden estar pasando los participantes.⁽¹⁸⁾

CONCLUSIONES

La depresión mayor constituye una de las causas de discapacidad en jóvenes y adultos, con alta probabilidad de recaídas.

El uso de la Lógica Difusa Compensatoria permitió priorizar los factores de mayor impacto en la aparición del trastorno depresivo, siendo los factores internos como la baja autoestima, el deficiente estilo de afrontamiento y la inestabilidad emocional o neuroticismo los fundamentales a tratar.

El protocolo de mantenimiento, basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), constituye una propuesta innovadora y necesaria para la prevención de recaídas en jóvenes adultos de entre 18 y 25 años con antecedentes de depresión severa tratados previamente con Terapia Cognitivo Conductual (TCC). El protocolo ha sido diseñado para fortalecer la flexibilidad psicológica, clave en la prevención de recaídas, y fomentar la acción comprometida con los valores personales.

El protocolo ofrece una estructura clara, progresiva y adaptada a las necesidades de la población objetivo, integrando técnicas experienciales y ejercicios prácticos alineados con los seis procesos centrales de ACT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alpi SV, Bechara AO. Variables asociadas a la ansiedad-depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*. 2020;19.
2. Association AP. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ta Edición ed: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Monterrosa-Castro Á, Ordosgoitia-Parra E, Beltrán-Barrios T. Ansiedad y depresión identificadas con la Escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de la salud. *MedUNAB*. 2020;23(3):372-88.
4. Leonangeli S, Michelini Y, Montejano GR. [Depression, anxiety and stress in college students before and during the first three months of COVID-19 lockdown]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2022;1-11.
5. Vázquez Machado A, Mukamutara J. Factores psicosociales asociados a trastornos depresivos en pacientes del Hospital Central de Nampula, Mozambique. *Revista de neuro-psiquiatria*. 2021;84(4):288-96.
6. Torales J, Insaurralde A, Ríos-González C, Ruíz Díaz N, Navarro R, Ayala-Servín N, et al. Asociación entre la procedencia del área urbana o rural y el desarrollo de trastornos del espectro depresivo: una experiencia desde la telepsiquiatría. *Rev Nac(Itauguá)*. 2021;13(2):54-63.
7. Paredes-Aragón E, Ruiz-Garcia R, Burneo JG. Depresión en pacientes con epilepsia. Conceptos fisiopatológicos, clínicos y estrategias terapéuticas. *Revista de Neurología*. 2023;76(4):137.
8. Sandoval KD, Morote-Jayacc PV, Moreno-Molina M, Taype-Rondan A. [Depression, stress and anxiety in students of human medicine in Ayacucho (Peru) in the context of the COVID-19 pandemic]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;1-8.
9. Osorio Castaño CA, Ortiz E, Avendaño-Prieto BL, Hernández-Pozo MdR. Sentido de vida y su asociación con la ansiedad y la depresión en jóvenes. *Interdisciplinaria*. 2022;39(2):355-68.
10. Moreno Palacios IA. El estigma hacia problemas de salud mental en estudiantes de últimos años de psicología [Obtención del título de Psicóloga Clínica]. Repositorio UISEK. Ecuador: Universidad Internacional SEK; 2019.
11. Palacios Soria JN, Paredes Lara SO, Tibán Herrera AA, Ortiz González JL. Método para el análisis y evaluación de la prevalencia de odontomas en niños y adolescentes mediante Lógica Difusa Compensatoria. *Neutrosophic Computing & Machine Learning*. 2023;30:57.
12. Vega-de-la-Cruz LO, Marrero-Delgado F, Pérez-Pravia MC. Evaluación de las actividades de control mediante la lógica difusa compensatoria en una entidad hospitalaria. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2020;24(3):348-59.
13. Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020;18:181-92.
14. Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2020;263:107-20.
15. Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020;260:728-37.
16. Santillán Pillajo KM, Álvarez Villarreal LR. Factores psicosociales en estudiantes de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad Técnica de Ambato [Trabajo de titulación]. Repositorio Institucional: Universidad Técnica de Ambato; 2022.
17. Cui L, Li S, Wang S, Wu X, Liu Y, Yu W, et al. Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal transduction and targeted therapy*. 2024;9(1):1-30.

18. Gaitan ASM. Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en adultos mayores con sintomatología de trastornos del estado de ánimo. *Conducta Científica*. 2022;5(2):916.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Curación de datos: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Análisis formal: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Adquisición de fondos: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Investigación: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Metodología: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Administración del proyecto: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Recursos: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Software: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Supervisión: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Validación: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Visualización: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Redacción - borrador original: Karina Alejandra Alvarez Lino.

Redacción - revisión y edición: Karina Alejandra Alvarez Lino.