



Terapia de Aceptación y Compromiso en conducta suicida: una revisión sistemática

Francisco Ortas-Barajas y Javier Manchón*

Departamento de Ciencias del Comportamiento y Salud Universidad Miguel Hernández de Elche (España)

Resumen: El suicidio se ha convertido en un problema social y de salud pública a nivel mundial. En este sentido, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) podría ser eficaz en su abordaje, existiendo evidencia sobre la relación entre algunos de sus componentes y la conducta suicida. Así, el presente estudio tuvo por objetivo realizar una revisión sistemática sobre la eficacia de ACT en conducta suicida. Para ello se siguió el protocolo PRISMA, empleando las siguientes bases de datos: PsycInfo, PubMed, Scopus y PsicoDoc. Inicialmente se obtuvieron 108 publicaciones potencialmente relevantes, de las cuales, finalmente, 13 fueron incluidas en la revisión. La calidad de los estudios se analizó a través de un instrumento de evaluación de riesgo de sesgos. Como resultados, a nivel general se observaron disminuciones estadísticamente significativas en ideación suicida (IS) y factores de riesgo de suicidio. Además, algunos estudios señalaron relaciones estadísticamente significativas entre un aumento de flexibilidad psicológica y la disminución de IS. Si bien los datos apuntaron a una posible eficacia de ACT en la reducción de IS, es necesario llevar a cabo mayor número de estudios experimentales que contemplen la complejidad de la conducta suicida y exploren los procesos de cambio implicados.

Palabras clave. Conducta suicida. Suicidio. Terapia de Aceptación y Compromiso. Flexibilidad psicológica. Revisión sistemática.

Title: Acceptance and Commitment Therapy on suicidal behavior: a systematic review.

Abstract: Suicide has emerged as a pressing global issue affecting both society and public health. In this context, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) could prove effective in its approach, supported by evidence of the relationship between certain components of ACT and suicidal behavior. Thus, the present study aims to conduct a systematic review on the efficacy of ACT in suicidal behavior. For this, the PRISMA protocol was followed, using the following databases: PsycInfo, PubMed, Scopus and PsicoDoc. Initially, 108 potentially relevant publications were obtained, 13 of which were finally included in the review. We analyzed study quality using a risk of bias assessment instrument. As a result, statistically significant decreases in suicidal ideation (SI) and suicide risk factors were observed. In addition, some studies indicated statistically significant relationships between increased psychological flexibility and decreased SI. While the data suggested the potential effectiveness of ACT in reducing suicidal ideation (SI), more experimental studies are needed to consider the complexity of suicidal behavior and explore the processes of change involved.

Keywords. Suicidal behavior. Suicide. Acceptance and Commitment Therapy. Psychological flexibility. Systematic review.

Introducción

El suicidio se ha convertido en un problema social y de salud pública a nivel mundial, siendo la primera causa de muerte no natural en muchos países y una de las principales causas de muerte entre jóvenes y adolescentes. Según datos de la OMS (World Health Organization, WHO, 2018), anualmente se suicidan unas 800.000 personas en todo el mundo, presentando una tasa de 10,60 personas por cada 100.000 habitantes. Asimismo, según el último informe presentado por el Instituto Nacional de Estadística (2020), en España mueren por suicidio aproximadamente 11 personas cada día.

Paralelamente, los datos sólo reflejan una parte de la problemática ya que se estima que se producen 20 intentos por cada suicidio consumado, muchas personas presentan pensamientos suicidas sin comportamientos suicidas y cada muerte afecta significativamente a una media de entre seis y 10 personas supervivientes al suicidio (Al-Halabí y García Haro, 2021). Así, la conducta suicida tiene un relevante coste humano para las personas, las familias, las comunidades, los sistemas de salud y la sociedad. Sin embargo, su abordaje se enfrenta a diversas barreras puesto que continúa siendo un fenómeno tabú y estigmatizado, envuelto en desconocimiento, falsas creencias y mitos incluso entre profesionales de la salud (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021).

A pesar de que actualmente no existe una definición consensuada de suicidio, según O'Connor y Nock (2014) puede

ser entendido como el acto por el que una persona pone fin a su vida de forma intencional, mientras que el término conducta suicida responde a un concepto más amplio que recoge el conjunto de pensamientos y comportamientos relativos a quitarse la vida intencionadamente. En este sentido, los pensamientos contemplan la ideación suicida (IS) y el plan suicida, mientras que los comportamientos comprenden la comunicación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado (Zortea et al., 2020). Así, es posible afirmar que las diferentes manifestaciones de este fenómeno presentan una considerable variabilidad en duración, intensidad, control y letalidad (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021).

En los últimos años la investigación ha tratado de desarrollar intervenciones psicológicas específicas para la conducta suicida, más allá de los tratamientos tradicionales asociados a categorías diagnósticas (Zortea et al., 2020). En este sentido, se ha visto que a corto y largo plazo son eficaces aquellas intervenciones que actúan de forma directa sobre la conducta suicida, mientras que los tratamientos que la abordan de forma indirecta y se enfocan en los trastornos psicológicos *per se* presentan una menor eficacia o incluso no llegan a tenerla (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021).

En primer lugar, la Terapia Cognitiva (TC) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) son los tratamientos psicológicos que mayor investigación y evidencia presentan (Brodsky et al., 2018). Estas intervenciones parten de la idea de que, a través de la modificación de pensamientos y comportamientos, las personas pueden ejercer control sobre sus problemas y trastornos psicológicos (Chang et al., 2016). En cuanto a su eficacia, varias revisiones sistemáticas y metaanálisis (Leavey y Hawkins, 2017; Zalsman et al., 2016) han concluido que re-

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:
Javier Manchón López. Universidad Miguel Hernández de Elche (Spain).
E-mail: jmanchon@umh.es
(Artículo recibido: 02-03-2023; revisado: 11-07-2023; aceptado: 08-03-2023)

ducen la ideación y conducta suicida de forma estadísticamente significativa, en comparación con el tratamiento habitual (TAU). Sin embargo, otros metaanálisis y revisiones (D'Anci et al., 2019; Hawton et al., 2016; Riblet et al., 2017) han demostrado que, a pesar de reducir significativamente la IS y los intentos de suicidio, no resultan eficaces en la reducción o prevención del suicidio consumado. Con todo, según las Guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud de España, estas terapias presentan un nivel de evidencia 1++ y un grado de recomendación A para el tratamiento de la conducta suicida (Fonseca Pedrero et al., 2021).

Otro de los posibles tratamientos para conducta suicida es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Esta es una terapia de tercera generación desarrollada por Hayes et al. (2012), basada en la Teoría del Marco Relacional. Desde ACT no se busca desafiar los pensamientos desagradables y

la angustia vinculada a los mismos, sino que se consideran parte de la experiencia humana. Estos se producirían como resultado de seis procesos relacionados entre sí que conforman el modelo de inflexibilidad psicológica (Tabla 1). En este sentido, ACT promueve la aceptación de experiencias internas desagradables a través del desarrollo de lo que denomina flexibilidad psicológica (Hayes, 2014). Esta es entendida como la capacidad de actuar de acuerdo a valores en presencia de pensamientos, emociones y sensaciones corporales no deseadas, estando compuesta también por seis procesos en interacción (Tabla 2). Así, difiere en el planteamiento y abordaje de los problemas psicológicos con respecto a otros tratamientos como los propios de la TC y TCC, estando estos últimos orientados al cuestionamiento y posterior modificación de pensamientos y emociones que generan malestar (Hapenny y Fergus, 2017).

Tabla 1*Procesos del modelo de inflexibilidad psicológica (Hayes et al., 2014)*

Proceso	Descripción
Evitación experiencial	Intentar eliminar o no estar en contacto con experiencias, pensamientos y emociones desagradables
Fusión cognitiva	Enredarse en eventos privados desagradables, considerando real el contenido literal de pensamientos y emociones
Atención inflexible	Enfocarse a nivel atencional en eventos privados y ambientales del pasado o posibles del futuro, ignorando la situación actual
Yo – Conceptual	Identificarse con eventos privados relacionados con el concepto que se tiene de uno mismo
Alteración de valores	Ignorar las prioridades y metas más profundas, actuando conforme a la evitación experiencial
Inacción	Permanecer actuando conforme a la evitación experiencial y fusión cognitiva, perdiendo el contacto con los valores

Tabla 2*Procesos del modelo de flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2014)*

Proceso	Descripción
Aceptación	Vivencia consciente, sin tratar de hacer modificaciones, de las diferentes experiencias o eventos privados que se producen
Defusión cognitiva	Reducción de la credibilidad otorgada a eventos privados, practicando el desapego hacia el contenido de estos
Atención al momento presente	Enfocarse a nivel atencional en eventos internos y ambientales del presente, observándolos sin prejuicios a medida que ocurren
Yo como contexto	Mantener una perspectiva amplia ante eventos privados, considerándose a unos mismo como el contexto de estos
Contacto con valores	Atender las prioridades y metas internas de uno mismo, estableciendo direcciones de vida acordes a las mismas
Compromiso con la acción	Actuar conforme a los valores establecidos para lograr metas y objetivos concretos

Ahondando en los procesos que forman el modelo de inflexibilidad psicológica (Tabla 1), destaca la evitación experiencial como un aspecto especialmente relevante en la comprensión de la conducta suicida (Hayes et al., 2008). A tal efecto, la IS puede ser entendida como una forma de evitación experiencial al permitir suprimir las emociones desagradables y el suicidio consumado puede ser entendido como la forma más extrema de dicho proceso debido a que supone el escape de toda situación y emoción (Hennings, 2020). De forma opuesta, entre los procesos del modelo de flexibilidad psicológica (Tabla 2) se contempla la aceptación como la vivencia consciente de las diferentes experiencias o eventos privados que se producen, sin tratar de modificarlos (Hayes, et al., 2014). En este sentido, Ducasse et al. (2014)

señalan cómo la aceptación puede estar relacionada con reducciones en la intensidad y frecuencia de la IS.

La relación entre componentes de ACT y factores implicados en el desarrollo de conductas suicidas (Hayes et al., 2008) ha motivado la realización de diferentes estudios piloto (Ducasse et al., 2014; Meyer et al., 2018; Morton et al., 2012; Tighe et al., 2017) con el propósito de estudiar la idoneidad de ACT en el abordaje de esta problemática. A tal efecto, los datos preliminares apuntan a que dicha terapia puede reducir significativamente la IS en poblaciones con diferentes diagnósticos. Asimismo, se realizó un ensayo controlado aleatorizado (ECA) en que los resultados indican que ciertos componentes de ACT parecen ser significativos en la reducción de factores de riesgo asociados al suicidio (Ducasse et al.,

2018). Sin embargo, los autores señalan que es necesario realizar más investigaciones al respecto.

Con todo, si bien es cierto que existen datos que apoyan la conveniencia y eficacia de aplicar ACT en el tratamiento del suicidio, es necesario hacer una valoración exhaustiva de dichos resultados. En este sentido, aunque se realizó en 2018 una revisión sistemática que abordó conducta suicida y comportamientos autolíticos desde ACT (Tighe et al., 2018), los datos obtenidos fueron preliminares, contando únicamente con cinco artículos revisados, y únicamente se evaluó la calidad de uno de los estudios a través de un análisis de sesgos. Así, el objetivo general del presente trabajo fue realizar una revisión sistemática sobre la eficacia de ACT en conducta suicida. Como objetivos específicos se planteó analizar la forma de aplicación de ACT en el abordaje de la conducta suicida, así como la eficacia de las intervenciones en las diferentes manifestaciones de este fenómeno.

Método

Procedimiento de búsqueda y criterios de selección

La revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo los estándares de la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021). En la Tabla 3 se indican las bases de datos empleadas, así como las estrategias de búsqueda y filtros utilizados. Asimismo, como criterios de inclusión de los artículos, estos debían contemplar la realización de intervenciones basadas en ACT, abordar conducta suicida y estar publicados en inglés o español. Como criterio de exclusión, las publicaciones no debían ser comunicaciones presentadas a congresos, tesis doctorales o trabajos académicos. Además, no se estableció ningún límite temporal en la selección de los estudios.

Tabla 3

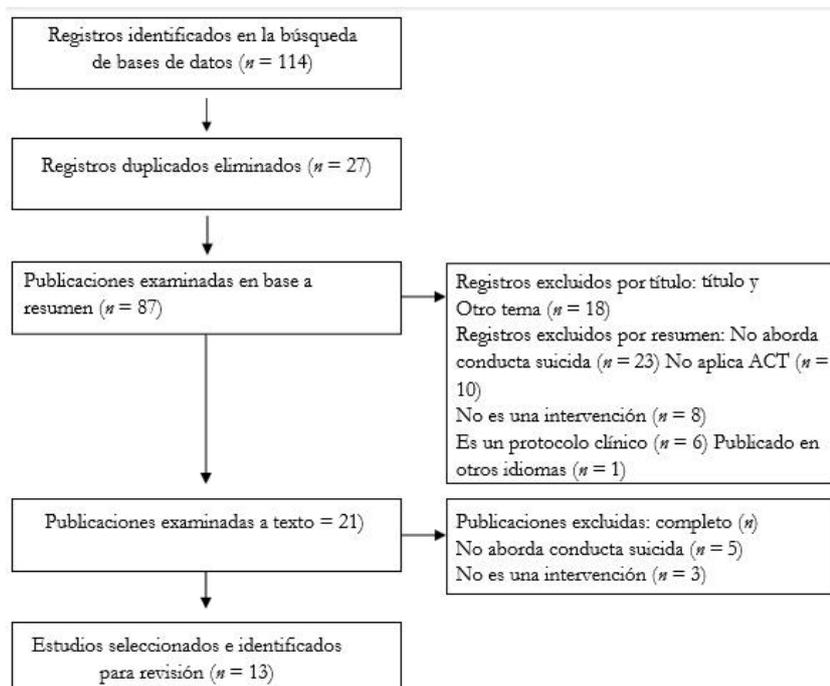
Estrategias de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros empleados	Nº de resultados
PsycInfo	["Suicid* AND "Acceptance and Commitment Therapy"]	Publicaciones académicas	32
PubMed	["Suicid* AND "Acceptance and Commitment Therapy"]	Ensayos clínicos y ensayos clínicos aleatorizados	6
Scopus	["Suicid* AND "Acceptance and Commitment Therapy"]	Artículos	75
PsicoDoc	["Suicid* AND "Aceptación y compromiso"]	Publicaciones académicas	1

Procedimiento y síntesis de resultados

La revisión sistemática fue realizada de forma simultánea e independiente por dos investigadores, siguiendo las etapas

sucesivas presentadas en el diagrama de flujo de la Figura 1. Tras el examen por título y resúmenes y a texto completo, respectivamente, se realizó una puesta en común a fin de revisar posibles dudas y resolver desacuerdos.



Instrumento de evaluación de riesgo de sesgos

El riesgo de sesgos fue evaluado a través de una adaptación *ad hoc* de la “Academy of Nutrition and Dietetics Quality Criteria Checklist: Primary Research Tool” (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016). Se seleccionó dicho instrumento puesto que permite la revisión de la calidad metodológica de diferentes tipos de estudios de forma simultánea, desde transversales a experimentales. En este sentido, además de los 10 criterios originales del instrumento, se incluyeron los criterios 11 y 12 relativos a si el estudio es un ECA y a la inclusión de instrumentos psicométricos específicos de conducta suicida, respectivamente (Tabla 4).

Tabla 4

Criterios del instrumento de evaluación de riesgo de sesgos

Criterio 1	¿Se planteó claramente la pregunta de investigación?
Criterio 2	¿La selección de los participantes estuvo libre de sesgos?
Criterio 3	¿Fueron comparables los grupos de estudio?
Criterio 4	¿Se describió la manera en la que se manejaron los abandonos?
Criterio 5	¿Se utilizó algún proceso de cegado para prevenir la introducción de sesgos?
Criterio 6	¿Se describió la intervención o régimen terapéutico en detalle?
Criterio 7	¿Se definieron claramente los resultados y las mediciones fueron válidas y fiables?
Criterio 8	¿El análisis estadístico fue apropiado para el diseño de estudio y tipo de indicadores de resultados?
Criterio 9	¿Las conclusiones estuvieron respaldadas por resultados con sesgos y limitaciones tomados en consideración?
Criterio 10	¿Fue improbable el sesgo debido a la financiación o el patrocinio del estudio?
Criterio 11	¿Se realizó un ensayo controlado aleatorizado (ECA)?
Criterio 12	¿Se utilizó algún instrumento psicométrico para medir conducta suicida?

Asimismo, si el criterio se cumplía, se otorgaba la puntuación 1, mientras que la puntuación 0 fue empleada cuando este no era alcanzado. Cuando no se pudo determinar el cumplimiento del criterio, se registró como No Determinable (ND). Además, se consideraron como No Evaluable (NE) aquellos criterios que no pudieron ser aplicados por el tipo de estudio analizado. En lo que respecta a la valoración de la calidad, se estableció que la obtención de al menos la

mitad de los puntos alcanzables, cumpliéndose los criterios 2, 3, 6 y 7, suponía una calidad alta. La obtención de la mitad de los puntos alcanzables, sin el cumplimiento de los criterios especificados, implicaba una calidad media, y la obtención de menos de la mitad de los puntos, una calidad baja. Así, la puntuación máxima varió en función del diseño del estudio, siendo 12 puntos en ECA y estudios cuasi-experimentales, y 10 puntos en casos únicos, debido a que en estos últimos no pudieron ser evaluados los criterios 3 y 4.

Resultados

De forma inicial se obtuvo un total de 114 publicaciones, de las cuales se eliminaron 27 artículos duplicados (Figura 1). Seguidamente, se examinaron 87 publicaciones en función de su título y resumen, eliminando 66 artículos, la mayoría de ellos por no abordar conducta suicida ($n = 23$) o no aplicar ACT ($n = 10$). A continuación, 21 artículos fueron revisados a texto completo y 13 fueron finalmente seleccionados para formar parte de la revisión sistemática, excluyendo aquellas publicaciones que no abordaban conducta suicida ($n = 5$) o no realizaban una intervención ($n = 3$). En este sentido, estudios de caso como el llevado a cabo por Brem et al. (2020) o el realizado por Hiraoka et al. (2015) fueron excluidos de la revisión debido a que, a pesar de realizar intervenciones basadas en ACT, no abordaban conducta suicida en sus análisis u observaciones. Asimismo, otras publicaciones no se incluyeron por ser propuestas teóricas del abordaje de la conducta suicida desde ACT (Bennett y Taylor, 2019).

Riesgo de sesgos en los estudios analizados

La evaluación del riesgo de sesgos (Tabla 5) se realizó por los dos investigadores de forma independiente. Así, las puntuaciones de calidad fluctuaron entre 4 y 12 puntos, con una puntuación media de 8,16 ($DT = 2,37$). En función del diseño del estudio, se observó que los ECAs ($n = 4$) lograron una puntuación media de 10,5 ($DT = 1,73$), los estudios cuasi-experimentales ($n = 7$), una puntuación media de 7,86 ($DT = 0,69$) y los casos únicos ($n = 2$), una puntuación media de 4,5 ($DT = 0,7$). Así, la mayoría de los estudios ($n = 12$) alcanzaron al menos la mitad de los criterios establecidos, obteniendo nueve de ellos la clasificación de calidad media, tres, calidad alta y un trabajo, calidad baja.

Tabla 5
Evaluación del riesgo de sesgos

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	T	C
As'hab et al. (2022)	1	1	NE	0	ND	1	1	1	1	1	0	1	8	A
Barnes et al. (2021)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	A+
Ducasse et al. (2014)	1	1	NE	0	ND	1	1	1	1	1	0	1	8	A
Ducasse et al. (2018)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11	A
Hinrichs et al. (2020)	1	1	NE	NE	0	1	0	0	1	1	0	0	5	A
Kumpula et al. (2019)	1	1	1	ND	ND	0	1	1	1	1	0	0	7	A
Luoma y Villatte (2012)	1	1	NE	NE	ND	1	ND	0	1	ND	0	0	4	B
Meyer et al. (2018)	1	1	NE	1	ND	1	1	1	1	1	0	0	8	A
Morton et al. (2012)	1	1	1	1	ND	1	1	1	1	ND	0	0	8	A+
Sokol et al., (2021)	1	1	NE	1	ND	1	1	1	1	1	0	1	9	A
Tighe et al. (2017)	1	1	1	ND	1	1	1	1	1	1	1	1	11	A+
Vaca- Ferrer et al. (2020)	1	1	NE	1	ND	1	1	1	1	ND	0	0	7	A
Walser et al. (2015)	1	1	NE	1	ND	1	1	1	1	1	0	0	8	A

Nota. ND, no determinable; NE, no evaluable; T = puntuación total; C = clasificación; A+ = alta; A = media; B = baja

Resumen de las publicaciones seleccionadas

El resumen de las 13 publicaciones revisadas se encuentra en la tabla 6. En él, se recoge información referente a las características de la muestra (número de participantes, sexo y

edad), diseño del estudio, tipo de intervención y resultados. Además, las publicaciones incluidas en la revisión se han señalado con un asterisco en el listado de referencias de este trabajo.

Tabla 6
Tabla resumen de los estudios

Referencia	Muestra	Diseño	Intervención	Resultados
As'hab et al. (2022)	31 pacientes diagnosticados de MDR-TB 67.70% hombres	Cuasi-Experimental	6 visitas domiciliarias IEE+ACT	SSI: disminuye la IS (**)
Barnes et al. (2021)	70 veteranos de guerra hospitalizados por riesgo de suicidio 81.40% hombres Edad: $M = 47$ (22 - 73)	ECA	3 módulos (3-6 sesiones individuales de hasta 5h) G1: ACT+TAU ($n = 35$) G2: TAU ($n = 35$)	C-SSRS: disminuye la intensidad de la IS CFQ-SI: disminuye fusión cognitiva con IS G1 > G2: menor porcentaje de intentos de suicidio (15% vs. 18%)
Ducasse et al. (2014)	35 pacientes que sufren SBD 57,10% hombres Edad: $M = 38.40$ (18 - 60)	Cuasi-Experimental	7 sesiones de 2h semanales de ACT	C-SSRS: disminuye la IS (**) SSI: disminuye la IS (**)
Ducasse et al. (2018)	40 pacientes que sufren SBD 87.50% mujeres Edad: $M = 38.19$ ($DT = 11.80$)	ECA	7 sesiones de 2h semanales G1: ACT ($n = 21$) G2: PRT ($n = 19$)	G1. C-SSRS: disminuye la IS en post-test (**; $\beta/SD = -0.17$) y seguimiento (n.s.; $\beta/SD = -.0009$) Disminuyen FRS en post-test (**) y seguimiento (n.s.). G1 > G2. C-SSRS: mayor disminución de IS en post-test ($\beta/SD = -0.17$ vs. $\beta/SD = -0.07$) Diferencias (**) en tasas de cambio en FRS; desesperanza (*)
Hinrichs et al. (2020)	1 veterano de guerra con ISC y enfermedad médica avanzada Edad: 77	Caso único	8 sesiones ACT-D+CP	Juicio clínico: disminuye la IS
Kumpula et al. (2019)	1780 veteranos de guerra 79,60% hombres Edad: $M = 52.30$ ($DT = 12.60$)	Cuasi-Experimental	G1: 12-16 sesiones individuales IPT ($n = 271$) G2: 16 sesiones individuales DBT-D ($n = 844$) G3: 12 sesiones individuales ACT-D ($n = 723$)	G3. BDI-II (ítem 9): disminuye la IS en post-test (**) y seguimiento (**) G1 = G2 = G3: no hay diferencias significativas
Luoma y Villatte (2012)	2 pacientes con IS 1 hombre y 1 mujer Edad: $M = 34.50$ ($DT = 17.68$)	Caso único	Tratamiento individual ACT	Juicio clínico: disminuye la IS
Meyer et al. (2018)	43 veteranos de guerra con PTSD-AUD 88.40% hombres Edad: $M = 45.26$ ($DT = 8.60$)	Cuasi-Experimental	12 sesiones individuales de ACT	PHQ-P (ítem 9): disminuye la IS en post-test (n.s.) y seguimiento (*)

Referencia	Muestra	Diseño	intervención	Resultados
Morton et al. (2012)	41 pacientes con TLP G1: 90.50% mujeres G2: 95% mujeres Edad: G1: $M = 35.60$ ($DT = 9.33$) G2: $M = 34$ ($DT = 9.02$)	ECA	12 sesiones grupales de 2h G1: ACT+TAU ($n = 21$) G2: TAU ($n = 20$)	G1. BHS: disminuye desesperanza en post-test (**; $d = .91$) y seguimiento (**; $d = 1.12$) G1 > G2. BHS: mayor disminución desesperanza (** vs. n.s.)
Sokol et al., (2021)	17 veteranos de guerra con SMI 82.40% hombres Edad: $M = 59.70$ ($DT = 9.50$)	Cuasi-Experimental	4 semanas de sesiones grupales de CI-CT (ACT parcial)	BSSI: disminuye la IS en post-test (**) y no aumenta en seguimiento
Tighe et al. (2017)	61 indígenas australianos 64% mujeres Edad: $M = 26.25$ ($DT = 8.13$)	ECA	6 semanas G1: app de ACT ($n = 31$) G2: lista de espera ($n = 30$)	G1. DSI-SS: disminuye la IS (*) G1 = G2. DSI-SS: no hay diferencias significativas
Vaca-Ferrer et al. (2020)	21 mujeres víctimas de VG Edad: $M = 35$	Cuasi-Experimental	11 sesiones grupales de 2h ACT+FAP+AC	CORE-OM (escala R): disminuyen indicadores clínicos de riesgo de suicidio (**)
Walser et al. (2015)	981 veteranos de Guerra 22,60% mujeres 75.50% hombres 1,80% no indica Edad: $M = 50.50$ ($DT = 12.50$)	Cuasi-Experimental	12-16 sesiones individuales ACT-D	BDI-II (ítem 9): disminuye la probabilidad de IS (**)

Notas de instrumentos. SSI = escala de ideación suicida; C-SSRS = escala de clasificación de gravedad de suicidio de Columbia; CFQ-SI = cuestionario de fusión cognitiva – ideación suicida; BDI-II = inventario de depresión de Beck II; PHQ-9 = cuestionario sobre la salud del paciente; BHS = escala de desesperanza de Beck; BSSI = escala de ideación suicida de Beck; DSI-SS = inventario de síntomas depresivos-subescala de suicidalidad; CORE-OM = medición de resultados clínicos en la evaluación rutinaria

Notas de la tabla. MDR-TB = tuberculosis multirresistente a fármacos; IEE = intervenciones estándar de enfermería; ACT = terapia de aceptación y compromiso; IS = ideación suicida; TAU = tratamiento habitual; SBD = trastorno de comportamiento suicida; PRT = entrenamiento en relajación progresiva; FRS = factores de riesgo suicida; ISC = ideación suicida crónica; ACT-D = terapia de aceptación y compromiso para depresión; CP = cuidados paliativos; IPT = terapia interpersonal; CBT-D = terapia cognitivo-conductual para depresión; PTSD-AUD = trastorno por consumo de alcohol y estrés postraumático; TLP = trastorno límite de personalidad; SMI = enfermedad mental grave; CI-CT = terapia cognitiva de identidad continua; VG = violencia de género; FAP = terapia analítico-funcional; AC = activación conductual

Nota de probabilidad. * $p < .05$; ** $p < .01$; n.s. = no significativo estadísticamente

En primer lugar, todas las publicaciones tuvieron por objetivo determinar el impacto de ACT sobre diversas variables, entre ellas IS o variables relacionadas como desesperanza, comprobando en algunos estudios la viabilidad con ensayos pilotos.

Con respecto a la muestra, se contemplaron diferentes poblaciones como: veteranos de guerra (Barnes et al., 2021; Hinrichs et al., 2020; Kumpula et al., 2019; Meyer et al., 2018; Sokol et al., 2021; Walser et al., 2015), personas con diagnóstico de trastorno de comportamiento suicida (Ducasse et al., 2014; Ducasse et al., 2018), con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Morton et al., 2012), con tuberculosis multirresistente a fármacos (As'hab et al., 2022), indígenas australianos con ideación suicida (Tighe et al., 2017) y víctimas de violencia de género (Vaca-Ferrer et al., 2020). En cuanto al tamaño muestral, varió entre $n = 1$ y $n = 1780$. Referente al género, exceptuando el estudio de caso realizado por Hinrichs et al. (2020) en el que se contó únicamente con un hombre y el estudio cuasi-experimental llevado a cabo por Vaca-Ferrer et al. (2020) en el que se contó únicamente con mujeres, el resto de las publicaciones tuvieron muestras mixtas con un porcentaje generalmente mayor de hombres. En cuanto a la edad, las intervenciones se realizaron en población adulta y los estudios presentaron medias desde los 26,25 hasta los 59,70 años, salvo el caso único llevado a cabo por Hinrichs et al. (2020) que realizó el tratamiento con una persona de 77 años. En cuanto a las intervenciones, cinco estudios realizaron ACT

(Ducasse et al., 2014; Ducasse et al., 2018; Luoma y Villate, 2012; Meyer et al., 2018; Tighe et al., 2017), dos aplicaron ACT-D (Kumpula et al., 2019; Walser et al., 2015) y seis combinaron ACT con otro tipo de intervenciones. Asimismo, el formato más frecuente de intervención fueron las sesiones individuales. Además, el número de sesiones osciló entre tres y 26, con una duración habitual de dos horas a excepción del protocolo propuesto por Barnes et al. (2021), que planteó sesiones intensivas de hasta cinco horas.

Finalmente, la variable más empleada para comprobar la eficacia de la intervención fue la IS. Además, seis de los estudios realizaron seguimientos a los tres meses de finalizar y uno de ellos al mes.

Intervenciones basadas en ACT

En cinco de los estudios se realizaron intervenciones empleando los seis componentes del modelo de flexibilidad psicológica de ACT (Tabla 2), con la excepción del trabajo desarrollado por Tighe et al. (2017), que no empleó el yo como contexto. Así, en tres de los estudios (Ducasse et al., 2014; Ducasse et al., 2018; Luoma y Villate, 2012) se realizaron intervenciones individuales, mientras que Meyer et al. (2018) plantearon una intervención grupal compuesta por 12 sesiones.

Por otro lado, Tighe et al. (2017) propusieron una intervención dividida en tres bloques o módulos de contenido a través de la app *ibobbly*. Así, en primer lugar, se buscó identi-

ficar pensamientos suicidas, así como las emociones y comportamientos que los acompañan, aprendiendo seguidamente técnicas de defusión cognitiva. En el segundo módulo, se propusieron ejercicios de mindfulness y se expuso la aceptación de las dificultades como alternativa a la conducta suicida. En el último bloque se practicó el contacto con valores y el compromiso con la acción.

Intervenciones basadas en ACT-D

Un segundo grupo de publicaciones incluyen dos estudios en los que se aplicó ACT-D (Kumpula et al., 2019; Walser et al., 2015). En este sentido, ACT-D es un tratamiento estructurado basado en la aceptación de experiencias internas y el contacto con valores que puedan actuar como motivaciones intrínsecas (Hayes et al., 2013). Su aplicación se realiza a través de entre 12 y 16 sesiones individuales, estando destinado a veteranos de guerra con sintomatología depresiva (para más información sobre ACT-D, véase Zettle, 2007).

Intervenciones en las que se combina ACT y otras terapias

Un tercer grupo de artículos contempla seis estudios en los que ciertos procesos de ACT se combinan con otros tratamientos. Así, Barnes et al. (2021) y Morton et al. (2012) aplicaron componentes de ACT junto al TAU, consistiendo este último en psicofármacos junto a TCC en el primer trabajo y contactos de apoyo junto a psicofármacos en el segundo. Por su parte, Hinrichs et al. (2020) combinaron ACT-D con cuidados paliativos, mientras que As'hab et al. (2022), realizaron una intervención desarrollada a modo de visitas domiciliarias en la que las primeras cuatro sesiones se basaron en una intervención estándar de enfermería y las dos últimas sesiones en componentes de ACT. Finalmente, los estudios llevados a cabo por Vaca-Ferrer et al. (2020) y Sokol et al. (2021) emplearon tratamientos en los que se combinaron componentes de ACT con elementos de otras terapias como Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) y Activación Conductual (AC) en el primero o elementos de TCC en el segundo.

Variable resultado: conducta suicida

Respecto a los instrumentos empleados para evaluar la conducta suicida, se evaluó en tres de los estudios (Barnes et al., 2021; Ducasse et al., 2014; Ducasse et al., 2018) a través de la Escala de Clasificación de Gravedad de Suicidio de Columbia (C-SSRS, Posner et al., 2011). En dos de los estudios (As'hab et al., 2022; Ducasse et al., 2014) se midió la IS mediante la Escala de Ideación Suicida (SSI; Beck et al., 1979), en uno de los trabajos (Sokol et al., 2021) por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSI; Beck y Steer, 1991) y en uno de los artículos (Barnes et al., 2021) haciendo uso de una adaptación para ideación suicida (CFQ-SI) del Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ; Gillanders et al., 2014). Asimismo, en dos trabajos (Kumpula et al., 2019; Walser et

al., 2015) se midió IS a través del ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck et al., 1996), en otro de ellos (Meyer et al., 2018), por medio del ítem 9 del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-P; Kroenke et al., 2001) y, finalmente, en un artículo se midió (Tighe et al., 2017) mediante la subescala de suicidalidad del Inventario de Síntomas Depresivos (DSI-SS; Metalsky y Joiner, 1997).

Por otro lado, en el estudio llevado a cabo por Morton et al. (2012) se midió desesperanza a través de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS; Beck y Steer, 1988) por su relación con el riesgo de suicidio (Beck et al., 1990) y en el estudio realizado por Vaca-Ferrer et al. (2020) se evaluaron indicadores clínicos de riesgo de suicidio por medio de la escala R del cuestionario Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM; Feixas et al., 2012).

Como resultados, en todos los estudios se observó una disminución de IS, así como de variables relacionadas con la conducta suicida como la desesperanza, los indicadores clínicos de riesgo de suicidio o los factores de riesgo suicida. Además, al hacer comparaciones entre ACT y otra condición, en Barnes et al. (2021) se observó un menor porcentaje de intentos de suicidio, y en Morton et al. (2012) una mayor disminución de la desesperanza en los grupos en los que se aplicó ACT junto al TAU que en los que únicamente se empleó el TAU. De forma similar, en Ducasse et al. (2018) se produjo una mayor disminución en IS y factores de riesgo suicida en el grupo en el que se aplicó ACT frente al que se realizó entrenamiento en relajación progresiva. Sin embargo, en Tighe et al. (2017) no se observaron diferencias significativas entre el grupo en que se llevó a cabo ACT y el que se mantuvo en lista de espera.

En lo que respecta a variables de los procesos de ACT, en Barnes et al. (2021), Ducasse et al. (2018) y Morton et al. (2012) se observó una mejora significativa de la flexibilidad psicológica medida a través del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011). Además, en Ducasse et al. (2014) y Walser et al. (2015) se observaron relaciones significativas entre la disminución de IS y un aumento de la flexibilidad psicológica.

Discusión

El presente trabajo tuvo por objetivo realizar una revisión sistemática sobre la eficacia de ACT en conducta suicida. A tal efecto, se seleccionaron 13 publicaciones en las que se desarrollaron intervenciones basadas en ACT, en ACT-D o en la combinación de componentes de ACT con otros procedimientos. Con todo, a pesar de la variabilidad de diseños y la disparidad de instrumentos empleados para evaluar conducta suicida, de forma general se observaron reducciones en IS acordes a los datos preliminares obtenidos en la revisión sistemática de la eficacia de ACT en conducta suicida realizada por Tighe et al. (2018).

De este modo, gran parte de los estudios señalaron disminuciones estadísticamente significativas en IS o variables relacionadas como la desesperanza, mientras que tres de los ECAs indicaron diferencias en este sentido entre los grupos

en los que se aplicó una intervención con componentes ACT y los que no, en línea con la revisión anterior (Tighe et al., 2018). Al mismo tiempo, se vieron relaciones estadísticamente significativas entre la disminución de IS y la disminución de inflexibilidad psicológica, en consonancia con investigaciones previas sobre la posible relación entre dichas variables (Craşa et al., 2020; Chou et al., 2018; Krafft et al., 2018; Weeks et al., 2020). También se observó que la disminución de evitación experiencial está relacionada de forma significativa con la reducción de IS (Ducasse et al., 2014; Walser et al., 2015), resultados en línea con la conceptualización de la conducta suicida como forma de evitación (Hennings, 2020). Sin embargo, el ECA desarrollado por Tighe et al. (2017) no encontró diferencias significativas entre el grupo en el que se aplicó ACT y el que se mantuvo en lista de espera. A este respecto, es posible que realizar la intervención a través de una app pudiera interferir en los resultados, al mismo tiempo que el abordaje de tan solo cinco de los seis procesos del modelo de flexibilidad psicológica.

En este sentido, cabe señalar que la disparidad de diseños y formas de aplicación limitaron la comparación entre tratamientos, siendo difícil determinar la implicación de variables de ACT en la reducción de conducta suicida al darse además diferentes combinaciones con otros tipos de intervenciones en seis de las 13 publicaciones. Además, no existen datos sobre los procesos de cambio por lo que, al aplicar ACT en combinación con otros tratamientos, no es posible determinar qué componentes fueron eficaces.

Asimismo, hubo gran variedad en el tamaño muestral de los estudios lo que, junto a la diversidad de poblaciones contempladas, impide la generalización de los resultados. A este respecto, resulta reseñable que seis de las 13 intervenciones analizadas fueron realizadas con veteranos de guerra, siendo con diferencia el mayor número de la muestra abordada en los estudios incluidos en la presente revisión sistemática, lo que a su vez puede llevar a confirmar la existencia de datos consistentes que apuntan a una posible eficacia en el abordaje de IS en esta población.

Igualmente, la comparación entre resultados se vio limitada debido a que las medidas de evaluación empleadas variaron entre sí y únicamente cinco estudios hicieron uso de instrumentos psicométricos para conducta suicida. Entre estos instrumentos, únicamente las escalas BSSI y DSI-SS presentan las características adecuadas para investigación (Batterham et al., 2015). En este sentido, a pesar de que tres de los trabajos emplearon la C-SSRS, escala también recomendada por evaluar pensamientos y comportamientos suicidas (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020), solo se aportaron resultados sobre IS. Así, no se contemplaron otros aspectos de la conducta suicida como el plan suicida, la comunicación suicida o el intento de suicidio, existiendo tan solo datos sobre este último en el trabajo realizado por Barnes et al. (2021). Además, tres estudios emplearon únicamente un ítem para medir IS, debiendo ser cautos a la hora de interpretar sus resultados.

Del mismo modo, dos estudios evaluaron otras variables

como desesperanza, indicadores clínicos de riesgo de suicidio o factores de riesgo de suicidio, ofreciendo resultados difícilmente comparables con los obtenidos en otras publicaciones. A este respecto, en la literatura científica se ha puesto en duda que los instrumentos de evaluación del riesgo de suicidio puedan predecir actos suicidas, siendo recomendados como una medida complementaria (Runeson et al., 2017). Adicionalmente, los estudios de caso mostraron resultados basados en el juicio clínico del psicólogo que realizó la intervención, careciendo de medidas psicométricas que respalden sus observaciones. A tal efecto, para obtener datos fiables sobre conducta suicida, la evaluación debería realizarse conjuntamente con observaciones, autorregistros, entrevistas y medidas psicométricas, contemplando pensamientos y comportamientos, tratando además de entender la función idiográfica de los mismos en el contexto de cada persona (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020).

En estudios futuros, partiendo de los datos preliminares aportados por las publicaciones revisadas, resultaría necesario evaluar a través de ECAs la eficacia de aplicar ACT en conducta suicida en población clínica. Así, en función de lo descrito y según las recomendaciones expuestas por Hayes et al. (2021) sobre las direcciones futuras de ACT, dichos ECAs han de analizar en qué medida los resultados de la intervención se deben a diversas dimensiones de cambio a nivel idiográfico, explorando el papel que desempeñan los componentes del modelo de flexibilidad psicológica. En esta línea, las mediciones deben estar orientadas a identificar los componentes clave del tratamiento, estudiando y probando los procesos de cambio de ACT en diferentes contextos. Para ello, es necesario que se empleen diferentes medidas de evaluación que aborden la complejidad de la conducta suicida, así como la función de esta en el contexto particular de cada individuo (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020).

Respecto a las limitaciones de la presente revisión, podemos destacar, en primer lugar, el número de publicaciones incluidas. Debido al número reducido de ECAs resulta complicado llegar a conclusiones sobre la eficacia de ACT en conducta suicida. Asimismo, se incluyeron publicaciones con diferentes diseños, poblaciones dispares e intervenciones en las que se aplicó ACT de diferentes formas.

No obstante, los resultados obtenidos sugieren que ACT puede ser eficaz en el abordaje de la IS, pudiendo tener implicaciones clínicas relativas al tratamiento de esta problemática. Así, a partir de las intervenciones revisadas, una intervención que consista en unas 7-16 sesiones individuales, de unas dos horas de duración, podría lograr una disminución significativa de pensamientos relacionados con quitarse la propia vida. Para ello, sería conveniente abordar los seis componentes del modelo de flexibilidad psicológica a través de metáforas y ejercicios vivenciales que permitan la aceptación de eventos privados negativos como alternativa a los pensamientos suicidas que actúan como forma de evitación experiencial ante el malestar.

Con todo, la conducta suicida es un fenómeno humano fundamentalmente psicológico que se ha convertido en un

problema social y de salud pública a nivel mundial, alcanzando cifras anuales alarmantes. Ante esta situación, resulta necesario estudiar la eficacia de tratamientos psicológicos en su abordaje, explorando cuáles son los núcleos de la intervención y los procesos de cambio implicados en el éxito terapéutico. Así, ACT parece ser un tratamiento con un gran potencial por los datos preliminares obtenidos, que a su vez señalan la

necesidad de continuar investigando su eficacia en el tratamiento y prevención de la conducta suicida.

Información complementaria

Conflicto de intereses.- Los autores de este artículo declaran no tener conflicto de interés.

Apoyo financiero.- Sin financiación.

Referencias

- Academy of Nutrition and Dietetics. (2016). *Evidence Analysis Manual*. <https://www.andeal.org/evidence-analysis-manual>
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89-92. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>
- Al-Halabí, S. y García Haro, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida [Psychological treatments for suicidal behavior]. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 639-675). Pirámide.
- *As'hab, P. P., Keliat, B. A. y Wardani, I. Y. (2022). The effects of acceptance and commitment therapy on psychosocial impact and adherence of multidrug-resistant tuberculosis patients. *Journal of Public Health Research*, 11(2): 2337. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2737>
- *Barnes, S. M., Borges, L. M., Smith, G. P., Walsler, R. D., Forster, J. E. y Bahraini, N. H. (2021). Acceptance and Commitment Therapy to Promote Recovery from suicidal crises: A Randomized Controlled Acceptability and Feasibility Trial of ACT for life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 35-45. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.02.003>
- Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., Fairweather-Schmidt, A. K. y Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27(2), 501-512. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L. y Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2) 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. Psychological Corporation.
- Beck, A.T y Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck scale for suicide ideation*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory- II*. Psychological Corporation.
- Bennett, C. M. y Taylor, D. D. (2019). ACTing as yourself: Implementing acceptance and commitment therapy for transgender adolescents through a developmental lens. *Journal of child and adolescent counseling*, 5(2), 146-160. <https://doi.org/10.1080/23727810.2019.1586414>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4): 676-688. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brem, M. J., Coop Gordon, K. y Stuart, G. L. (2020). Integrating acceptance and commitment therapy with functional analytic psychotherapy: a case study of an adult male with mixed depression and anxiety. *Clinical Case Studies*, 19(1), 34-50. <https://doi.org/10.1177/1534650119883351>
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A. y Stanley, B. (2018). The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9: 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Chang, N. A., Jager-Hyman, S., Brown, G. K., Cunningham A. y Stanley, B. (2016). Treating the suicidal patient: Cognitive therapy and dialectical behavior therapy. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (eds.), *The International handbook of suicide prevention* (pp. 36- 60). Wiley Blackwell.
- Chou, W., Yen, C. y Liu, T. (2018). Predicting effects of psychological inflexibility/ experiential avoidance and stress coping strategies for internet addiction, significant depression, and suicidality in college students: A prospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(788), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040788>
- Crasta, D., Daks, J. S. y Rogge, R. D. (2020). Modeling suicide risk among parents during the COVID-19 pandemic: psychological inflexibility exacerbates the impact of COVID-19 stressors on interpersonal risk factors for suicide. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.003>
- D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G. y Martín, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 171, 334- 342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- *Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, P. y Olié, E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(4), 211-222. <https://doi.org/10.1159/000488715>
- *Ducasse, D., René, E., Béziat, S., Guillaume, S., Courtet, P. y Olié, E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for Management of Suicidal Patients: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 374-376. <https://doi.org/10.1159/000365974>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González M. A., (2012). La Versión Española del CORE- OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Fonseca-Pedrero, E. y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio [Evaluation of suicidal behavior in adolescents: About the Paykel suicide scale]. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñoz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García-Cerdán, L., Osma, J., ... Marro, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos para adultos basados en la evidencia: una revisión selectiva [Evidence-based psychological treatments for adults: a selective review]. *Psicobema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S. y Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Hapenny, J. E. y Fergus, T. A. (2017). Cognitive fusion, experiential avoidance, and their interactive effect: Examining associations with thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.10.004>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L. y Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and

- cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G., Ruiz, F. J., Barnes-Holmes, D., Bricker, J. B., Ciarrochi, J., Dixon, M. R., Fung, K. P., Gloster, A. T., Gobin, R. L., Gould, E. R., Hofmann, S. G., Kasujja, R., Karekla, M., Luciano, C. y McCracken, L. M. (2021). Report of the ACBS task force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172-183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.007>
- Hayes, S. C., Pistorello, J. y Biglan, A. (2008). Acceptance and commitment therapy: Model, data, and extension to the prevention of suicide. *Brazilian Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 1, 81-102. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.329>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente [Acceptance and Commitment Therapy: Process and practice of conscious change]*. Desclee de Brouwer.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E. y van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 740-750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)
- Hennings, J. M. (2020). Function and Psychotherapy of Chronic Suicidality in Borderline Personality Disorder: Using the Reinforcement Model of Suicidality. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 199. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00199>
- *Hinrichs, K. L., Steadman-Wood, P. y Meyerson, J. L. (2020). ACT now: The intersection of Acceptance and Commitment Therapy with palliative care in a veteran with chronic suicidal ideation. *Clinical Gerontologist*, 43(1), 126-131. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1642974>
- Hiraoka, R., Cook, A. J., Bivona, J. M., Meyer, E. C. y Morissette, S. B. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of depression related to military sexual trauma in a woman veteran: A case study. *Clinical Case Studies*, 15(1), 84-97. <https://doi.org/10.1177/1534650115594004>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Informe Anual*. https://www.inec.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=Page&cid=1254735905219&p=1254735905219&pagename=INE%2FINELayout
- Krafft, J., Hicks, T., Mack, S. y Levin, M. (2018). Psychological inflexibility predicts suicidality over time in college students. *The American Association of Suicidology*, 1-9. <https://doi.org/10.1111/sltb.12533>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- *Kumpula, M. J., Wagner, H. R., Dedert, E. A., Crowe, C. M., Day, K. T., Powell, K., Batdorf, W. H., Shaban, H., Kim, E. y Kimbrel, N. A. (2019). An evaluation of the effectiveness of evidence-based psychotherapies for depression to reduce suicidal ideation among male and female veterans. *Women's Health Issues*, 29, 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.04.013>
- Leavey, K. y Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46, 353-374. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1332095>
- *Luoma, J. B. y Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 265-276. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.12.003>
- *Meyer, E. C., Walsler, R., Hermann, B., La Bash, H., DeBeer, B. B., Morissette, S. B., Kimbrel, N. A., Know, O., Batten, S. V. y Schnurr, P. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorders in veterans: Pilot treatment outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 781-789. <https://doi.org/10.1002/jts.22322>
- Metalsky, G. I. y Joiner, T. E. (1997). The hopelessness depression symptom questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 21(3), 359-384. <https://doi.org/10.1023/A:1021882717784>
- *Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M. y Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.005>
- O'Connor, R. C. y Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseef, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas [PRISMA 2020 Statement: An Updated Guide to the Publication of Systematic Reviews]. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S. y Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Riblet, N., Shiner, B., Young-Xu, Y. y Watts, B. (2017). Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 210, 396-402. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I. y Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: a systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE*, 12(7): e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- *Sokol, Y., Ridley, J., Goodman, M., Landa, Y., Hernandez, S. y Dixon, L. (2021). Continuous Identity Cognitive Therapy: Feasibility and Acceptability of a Novel Intervention for Suicidal Symptoms. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 64-80. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00023>
- Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F. y Christensen, H. (2018). Efficacy of acceptance and commitment therapy in reducing suicidal ideation and deliberate self-harm: systematic review. *JMIR mental health*, 5(2), e10732. <https://doi.org/10.2196/10732>
- *Tighe, J., Shand, F., Ridani, R., Mackinnon, A., De La Mata, N. y Christensen, H. (2017). Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot 198 randomized controlled trial. *BMJ open*, 7(1): e013518. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013518>
- *Vaca-Ferrer, R., García, R. F. y Valero-Aguayo, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales [Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence within the framework of contextual therapies]. *Anales de Psicología*, 36(2), 188-199. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- *Walsler, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M. y Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*, 74, 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012>
- Weeks, S. N., Renshaw, T. L., Galliher, R. V. y Teehe, M. (2020). The moderating role of psychological inflexibility in the relationship between minority stress, substance misuse, and suicidality in LGB+ adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 276-286. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.10.007>
- World Health Organization (WHO) (2018). *World health statistics data visualizations dashboard (target 3.4 suicide)*. Recuperado de <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sachiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Ulrich Hegerl, U. y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3, 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance & commitment therapy in treating depression*. New Harbinger Publications.
- Zorota, T. C., Cleare, S., Melson, A. J., Wetherall, K. y O'Connor, R. C. (2020). Understanding and managing suicide risk. *British Medical Bulletin*, 134(1), 73-84. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa013>