



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**APLICACIÓN DE LA TERAPIA
DE ACEPTACIÓN Y
COMPROMISO (ACT) AL
TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO (PTSD) EN
GRUPOS TERAPÉUTICOS DE
VETERANOS. UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA.**

Alumno/a: IGOR IGLESIAS GOYA

Tutor/a: Prof. D^a Mónica Hernández López
Dpto.: Psicología

Junio, 2022

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.	1
2. METODOLOGÍA.	11
3. RESULTADOS.....	13
4. DISCUSIÓN.....	29
5. REFERENCIAS.....	34

RESUMEN.

El objetivo de la presente revisión sistemática fue examinar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) aplicada a grupos terapéuticos de veteranos diagnosticados con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Tras revisar varias bases de datos y de acuerdo con los criterios de elegibilidad, se incluyeron seis estudios preliminares realizados entre 2006 y 2019. Cuatro de ellos se centraron expresamente en los síntomas del TEPT y otros dos estaban orientados hacia aspectos comórbidos, disfuncionales y de calidad de vida. Los resultados de los estudios mostraron que ACT podría considerarse un tratamiento efectivo para el abordaje holístico del TEPT, aunque hubo problemas para el mantenimiento de los resultados durante el seguimiento. El formato de grupo parece jugar un papel importante en los procesos de cambio. Se discute la necesidad de nuevos estudios con grupos control y asignación aleatoria e investigación sobre el papel del grupo en el cambio terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, grupos terapéuticos, veteranos, Trastorno por Estrés Postraumático.

ABSTRACT.

The aim of the present systematic review was to examine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) applied to therapeutic groups of veterans diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). After reviewing several databases and according to the eligibility criteria, six preliminary studies conducted between 2006 and 2019 were included. Four of them focused expressly on PTSD symptoms and two others were oriented towards comorbid, dysfunctional and quality of life aspects. The results of the studies showed that ACT could be considered an effective treatment for the holistic approach to PTSD, although there were problems with the maintenance of results at follow-up. The group format seems to play an important role in the change processes. The need for further studies with control groups and randomisation and research on the role of the group in therapeutic change is discussed.

KEY WORDS: Acceptance and Commitment Therapy, ACT, therapeutic groups, veterans, Post-Traumatic Stress Disorder.

1. INTRODUCCIÓN.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) viene recogido dentro del apartado de “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” del DSM – 5 (APA, 2013).

Para su diagnóstico, la persona debe percibir un acontecimiento en el que se exponga a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea, a través de la experiencia directa, presencia directa, conocimiento de que el suceso violento o accidental le ocurrió a un familiar o amigo cercano, o la exposición repetida a aquellos detalles repulsivos del hecho traumático (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Este criterio incluye gran variabilidad de situaciones, desde ser tomado como rehén o ataque terrorista, hasta sucesos sexualmente violentos, accidentes de tráfico e incluso personas diagnosticadas de enfermedades mortales siendo especialmente significativos aquellos acontecimientos que se producen de manera súbita y con una alta intensidad (Hernán Santacruz y Muñoz Zúñiga, 2014). Esta condición es necesaria, pero no suficiente para el desarrollo del trastorno. Además, tras la ocurrencia del acontecimiento/s traumático/s y asociado a él/ellos deben desarrollarse grupos de síntomas como son aquellos que guardan relación con la *intrusión o reexperimentación persistente* (recuerdos y/o sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas, angustia psicológica intensa o reactividad fisiológica), la *evitación persistente* (recuerdos, pensamientos, sentimientos o recordatorios externos), las *alteraciones negativas de las cogniciones o el estado de ánimo* (incapacidad de recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático, creencias negativas exageradas sobre uno mismo, cogniciones erróneas sobre la causa del acontecimiento traumático, estado de ánimo negativo persistente, disminución del interés o de la participación en actividades significativas, sentirse distanciado o alejado de otras personas, o una incapacidad persistente para sentir emociones positivas), y la *alteración de la alerta y la reactividad* (irritabilidad, comportamiento imprudente, hipervigilancia, sobresaltos exagerados, alteración de la concentración y del sueño). La alteración debe durar al menos un mes, causar un malestar clínicamente significativo e interferir con el funcionamiento habitual de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En cuanto a la prevalencia, se estima que en la población general, en torno al 55% de hombres como mujeres informan haber estado expuestos a una situación traumática en algún momento de sus vidas. A pesar de esta cifra, solo una pequeña parte de la población desarrolla TEPT (Kessler et al., 1995). Dependiendo de la procedencia, podemos observar diferencias entre la población adulta. En EEUU, el riesgo de padecer TEPT a lo largo de la vida es del 8,7 %, en 12 meses es de 3.5%; mientras que en Europa y Asia esta cifra oscila en torno al 0,5 % - 1.0% en los últimos 12 meses. Sin embargo, si nos centramos en grupos específicos como

veteranos de guerra, militares, policía o aquellas personas cuyo desempeño implica la exposición al trauma, encontramos que presentan tasas mucho más elevadas (APA, 2013). En el caso de los veteranos de guerra, considerados como aquellas personas ya retiradas que participaron como combatientes en una guerra, las tasas oscilan entre el 14 y el 16 % (Gates et al., 2012). Concretamente, en estudios cuya muestra corresponde a veteranos que participaron en la Guerra del Golfo, Afganistán e Irak, las cifras oscilan entre el 12,1 % y el 13,8% (Kang et al, 2003; Tanielian y Jaycox, 2008). En cuanto a las diferencias de género, los veteranos presentan tasas más elevadas de TEPT que las veteranas. Por ejemplo, según Kulka et al. (1988) el 15,2 % de todos los veteranos que prestaron servicio activo durante la época de Vietnam padecen TEPT, frente al 8,5 % de todas las mujeres veteranas. En cualquier caso, habría que tener en cuenta que la mayoría de combatientes en guerras eran hombres.

Si la mayoría de la población combatiente no desarrolla TEPT, a pesar de vivir situaciones traumáticas, podemos considerar que existen una serie de condiciones que influyen fuertemente el comienzo y el curso del trastorno, condiciones que no están determinadas únicamente por las características del combate (Richarson et al., 2010). En el caso de los veteranos, sus factores de riesgo se dividen en tres categorías: pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos (Gates et al., 2012). La primera categoría, la pretraumática o previa al despliegue, guarda relación con factores ambientales o temperamentales como pueden ser: la existencia de problemas emocionales o de conducta, trastornos mentales tempranos, abuso durante la infancia, menor nivel educativo y socioeconómico, menor inteligencia, o menor rango militar. La fuerza de asociación entre estos factores y el diagnóstico de TEPT suele ser débil o moderada (Gates et al., 2012). La segunda categoría, la peritraumática o durante el despliegue, se asocia fuertemente con la posibilidad de padecer TEPT (Gates et al., 2012). Esta categoría está especialmente vinculada a las características contextuales de la guerra y es donde principalmente se fragua toda la sintomatología. Aquí vemos como el nivel de exposición al combate, la exposición a la violencia abusiva o su participación en ella, la exposición a la muerte, la amenaza subjetiva, la privación de refugio, comida, agua o suministros armamentísticos, o las heridas provocadas durante el combate son factores especialmente estresantes en la zona de guerra. También, la pérdida del significado moral, control o falta de propósito es otra dimensión a tener en cuenta (Braekkan, 2006). Además, se evidencia la existencia de relación entre la intensidad de estos factores contextuales y la gravedad del TEPT. En este sentido, un estudio que analizaba diferentes niveles de exposición al combate, se observó que las unidades de infantería desplegadas en Irak, con una exposición al combate mayor, presentaban porcentajes mayores de diagnóstico

de TEPT (17, 1%) que las unidades que fueron destinadas a Afganistán, cuya exposición fue menor (11,2%). Además, la prevalencia de TEPT fue mayor en los combatientes en Irak después del despliegue (19,9%) en comparación con antes del despliegue (9,4%) y aumentaba positivamente en función de la mayor exposición a factores de riesgo en combate (Richarson et al., 2010). Por último, y volviendo a las diferentes categorías de factores de riesgo, la categoría postraumática o posterior al despliegue, se asocia significativamente con el padecimiento y el mantenimiento del trastorno. Aquí nos referimos a la falta de apoyo social, a la experiencia negativa al volver a casa, a la exposición a estresores de la vida diaria (Gates, et al., 2012), así como al entorno social y político (Richarson et al., 2010).

No hay un patrón específico en cuanto a la manifestación de los síntomas. Esto es debido en parte a la multitud de variables que pueden combinarse de forma diferente en cada uno de los combatientes. A pesar de esto, Byrne et al. (2019), examinaron la posibilidad de crear una clasificación con la idea de otorgar una visión más eficiente de los modelos etiológicos y facilitar el tratamiento. Para ello, tuvieron en cuenta las manifestaciones clínicas del TEPT, los aspectos sociodemográficos, militares, traumáticos y las posibles comorbilidades y el deterioro funcional. Como resultado de su estudio, de una muestra de 158 veteranos diagnosticados con TEPT, se obtuvieron 3 tipologías en las que se describen tanto la gravedad general de los síntomas como aquellos que son predominantes. La primera tipología se refiere a lo que se ha llamado *Alto síntoma* y correspondió al 34% de la muestra. Se caracteriza por una gravedad de los síntomas muy elevada y por una alta probabilidad de presentar todos los síntomas característicos del TEPT, de acuerdo al DSM – 5. La segunda tipología, denominada *Disfórico* correspondió al 36,2% de la muestra. Enfatiza aquella sintomatología que se relaciona con las creencias negativas, emociones negativas relacionadas con el trauma, separación emocional y anhedonia. Aquí, los síntomas son de menor gravedad. La tercera tipología, *Amenaza*, correspondió al 29,8% de la muestra y las personas que se encuadran en esta categoría presentan alta probabilidad e intensidad en los síntomas de intrusión, evitación, hipervigilancia y reactividad a las señales emocionales.

Respecto al curso del trastorno, son muchos los autores que afirman que en combatientes y veteranos existe una tendencia a la cronicidad. Tal y como recoge Kulka et al. (1988), la prevalencia de por vida del TEPT completo entre los veteranos de Vietnam corresponde al 30,9% en hombres, y al 26,9% en mujeres; mientras que la prevalencia de por vida en el TEPT parcial es de 22,5% en hombres y 21,2% en mujeres. Dicho en otras palabras, más del 50% de los veteranos hombres diagnosticados con TEPT, poseen todos los síntomas para ser diagnosticados con este trastorno o poseen algunos de los síntomas a lo

largo del curso de su vida, y casi la mitad, en el caso de las mujeres combatientes. En otro estudio, Marmar et al. (2015) con una muestra de 961 veteranos de Vietnam, llevaron a cabo un estudio longitudinal con dos mediciones, la segunda se realizó 25 años después. En la primera medición, se observó que las puntuaciones medias en TEPT son más bajas, 69,72%, que con respecto a la segunda, 73,52%; lo que representa un ligero aumento de los síntomas. Además, de la muestra, los que estuvieron en la zona de guerra presentaron unas puntuaciones medias más altas y con tendencia progresiva durante los 25 años. Otros estudios longitudinales, como aquellos realizados entre veteranos de guerra de Corea (Ikin et al., 2007) o veteranos de la segunda guerra Mundial (Bramsen y van der Ploeg, 1999) evidencian que los síntomas del TEPT pueden estar presentes a lo largo de toda la vida.

Por otro lado, debe mencionarse que no es habitual que el TEPT se diagnostique de manera aislada, es decir, es un trastorno que a menudo presenta comorbilidad con otras condiciones de salud mental. En cuanto a veteranos se refiere, el TEPT habitualmente es comorbido con el diagnóstico de trastornos de ansiedad, depresión mayor o el trastorno por abuso de sustancias tales como el alcohol u otro tipo de drogas (Pietrzak et al., 2011). Knowles et al. (2018) realizaron un estudio con una muestra 867 veteranos en el que compararon los diagnosticados con TEPT de aquellos que no recibieron tal diagnóstico. De la muestra, el 64% de los diagnosticados de TEPT (n=557) tenían al menos un diagnóstico de depresión o trastorno de ansiedad comórbido y el 36% (n=310) recibieron solo el diagnóstico de TEPT. En otro estudio, donde se habla de multimorbilidad, Hefner y Rosenheck (2019), usan los datos nacionales de la administración de salud para veteranos de los Estados Unidos del año 2012, para obtener una muestra de veteranos diagnosticados con TEPT (n=638.541) y comparar aquellos diagnosticados solo de TEPT de aquellos con uno, dos, tres o más trastornos psiquiátricos. De esta muestra, solo el 29,8 % había recibido el diagnóstico de PTSD solo, el 36,7% tenía un diagnóstico psiquiátrico concurrente, el 21,3% tenía dos y el 12,2% tenía tres. De todos los grupos, la depresión y los trastornos de ansiedad fueron los más prevalentes. Los trastornos de personalidad también tienen una alta asociación a la multimorbilidad. Por otro lado, también se observaron asociaciones positivas entre multimorbilidad y uso de sustancias como el tabaco y drogas.

En consonancia con todo lo mencionado con anterioridad, los veteranos diagnosticados con PTSD, sufren una serie de consecuencias que no solo se reducen a sintomatología emocional o cognitiva, sino que la misma lleva al deterioro funcional en muchas áreas de su vida, a nivel marital, familiar, mal ajuste social, inestabilidad laboral, dificultades legales, problemas de salud física y suicidio. En cuanto a la salud física, los

veteranos con TEPT presentan un mayor riesgo y peor pronóstico en enfermedades cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, infecciosas, y del sistema nervioso (Gates, et al., 2012), y condiciones específicas como problemas de sueño, dolor de cabeza, irritabilidad, dificultad en completar las tareas o falta de concentración (Engelbrecht et al., 2018). A nivel marital y familiar, en las familias de los veteranos con TEPT hay mayores niveles de violencia y angustia hacia los conyugues y parejas y mayor probabilidad de trastornos de conducta, agresividad e hiperactividad en los hijos (U.S. Department of Veterans Affairs, 2021). El mal ajuste social, se refleja en que tienen más dificultades para llevar a cabo actividades que realizaban antes sin dificultad, como puede ser la conducción. También presentan menor apoyo social (Ramchard et al., 2015). Además, muchos de ellos acaban viviendo en la calle (Braekkan, 2006). Las dificultades legales se evidencian a través de mayores porcentajes en actos de violencia y mayores ingresos en prisión con respecto a los veteranos sin TEPT. La inestabilidad laboral por parte de los veteranos que presentan diagnóstico de TEPT, se refleja en la mayor dependencia de la vivienda pública, mayores dificultades para controlar las facturas y con mayores probabilidades de estar empleados a tiempo parcial, desempleados o recibiendo una retribución por una discapacidad. Del mismo modo, se asocia con mayores porcentajes de pensamientos suicidas y muerte por suicidio (Ramchard et al., 2015). El deterioro asociado a los veteranos con TEPT en los distintos ámbitos de la vida, pone de manifiesto la necesidad de apoyar a esta población a través de tratamientos destinados, no solo a los síntomas, sino a la mejora de su calidad de vida y funcionalidad (Braekkan, 2006). Además aquellos que padecen comorbilidad o multimorbilidad muestran peores consecuencias en las diferentes áreas de su vida (Herner y Rosenheck, 2019; Knowles et al., 2018) y necesitarán de tratamientos ajustados a sus características.

Toda la problemática que gira en torno al TEPT, ha intentado ser abordada desde múltiples perspectivas terapéuticas. Según distintos autores, el tratamiento empleado por excelencia para hacer frente al TEPT es la exposición (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). La exposición en vivo como opción rehabilitadora se corresponde, de acuerdo a la clasificación establecida por Hayes (2004), con la perspectiva conductista o las terapias de primera generación. Su fundamento reside en que la presentación al estímulo condicionado sin ir seguido del estímulo incondicionado, generaría una disminución de la respuesta condicionada, produciendo un nuevo aprendizaje en la vía inhibitoria (sin borrar el aprendizaje que se produjo en la vía excitatoria) (Bluett, 2017). A pesar de que la exposición es la técnica más empleada para el abordaje del TEPT, no se puede olvidar la importancia de

los aspectos cognitivos en la caracterización del trastorno. El abordaje de estos aspectos nos llevaría a las terapias de segunda y tercera generación. Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) o de segunda generación, también tienen en cuenta las contingencias a la hora de promover cambios en el comportamiento del paciente, pero desde esta perspectiva, las acciones de la persona estarían determinadas por los pensamientos y emociones; es decir, los eventos cognitivos servirían de base para explicar y entender las acciones (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). Una de las técnicas más características de este enfoque en el abordaje del TEPT, es la exposición en imaginación. Su éxito se basa en la extinción de las respuestas emocionales condicionadas al enfrentarse a recuerdos, emociones, pensamientos traumáticos de la guerra mediante la imaginación. Posteriormente, se debaten y desconfirman las creencias disfuncionales de la exposición al trauma (Bluett, 2017). Tal y como podemos comprobar, los mecanismos de acción que siguen las terapias de segunda generación se basan en una filosofía mecanicista, donde se trata a la mente como una máquina con partes independientes. Por ello, bajo la existencia de pensamientos, sentimientos o recuerdos inadaptados el propósito de estas corrientes es el control y reparación de estos eventos, reemplazando su contenido por otro más eficaz y adaptativo (Harris, 2009). Aunque la evidencia científica respalda que lo más eficaz para enfrentarse a la evitación es la exposición, estos modelos presentan limitaciones. De hecho, no todos los sujetos responden al tratamiento. Muchos de ellos, rechazan enfrentarse a creencias disfuncionales o no son capaces de tolerar el progresivo aumento de la intensidad de los estímulos a los que tienen que exponerse (Braekkan, 2006). Así pues, las tasas de abandono de las TCC varían ampliamente entre el 0 y 54%, y en el caso de las terapias de exposición supone el 23,2% (Bluett, 2017). Además, la exposición es efectiva para aquellos cuya respuesta primaria es la ansiedad, para los que sienten culpa o ira los resultados no son tan positivos, lo que supone que el tratamiento no es efectivo para todos aquellos veteranos que sobreviven al trauma (Braekkan, 2006). Además, existen problemas en el mantenimiento de las ganancias del tratamiento a largo plazo (Bluett, 2017). La exposición, al centrarse específicamente en algunos de los síntomas del TEPT, no es útil para el abordaje de condiciones comórbidas y para hacer frente a la carga social de este trastorno que conlleva una disminución de la calidad de vida y la capacidad de funcionamiento (habría que recordar que, tal y como vimos en apartados anteriores, la prevalencia de TEPT en comorbilidad o multimorbilidad con otros trastornos es mayor que la del TEPT aislada) (Braekkan, 2006).

Todos estos motivos, y en especial, la necesidad de ir más allá de la tolerancia de las experiencias traumáticas, han llevado a muchos investigadores a interesarse por abordajes

holísticos como los representados por las Terapias de Tercera Generación y en especial, por la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En términos generales, ACT, se centra en la aceptación de aquellos eventos privados que no podemos cambiar, a la par que se construyen repertorios amplios y flexibles en los que la persona actúa bajo elección personal, y de acuerdo a sus valores (Walser y Hayes, 2006).

Filosóficamente hablando, ACT se encuadra en el contextualismo funcional. Su fundamento reside en la importancia de conocer la naturaleza y función de los eventos psicológicos. Para ello, es necesario tener en cuenta su contexto, ya que aunque la forma no varíe, su función va a ser específica del contexto en el que se dé (Hayes, 2004). Del mismo modo, la perspectiva contextualista señala que para favorecer el entendimiento de las conductas de los sujetos, debemos analizar la globalidad del evento, teniendo en cuenta tanto el contexto pasado como presente (Páez Blarrina., 2006). Otro elemento importante, es el criterio de verdad pragmático, que aboga por centrarse en el trabajo exitoso o aquello que funciona, y que desde un punto de vista terapéutico vendría a representar que la relevancia de un acto estará determinada por la consistencia en la cual la acción está en línea con los valores del sujeto (Hayes, 2004). Todo esto, en el análisis funcional de la conducta, va a permitir la predicción de la conducta del sujeto y la influencia promoviendo una nueva relación del sujeto con sus pensamientos y sentimientos (Walser y Hayes, 2006). Esto podría resumirse en que si alteramos el contexto, verbal o de otro tipo, donde los síntomas resultan problemáticos, se alterará la función de estos síntomas (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006).

Teóricamente, ACT, parte de la Teoría del Marco Relacional (RFT por sus siglas en inglés), que se centra en el análisis funcional del lenguaje y la cognición (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). La RFT concibe que el lenguaje y la cognición tienen su base en la habilidad para derivar relaciones entre eventos. Estas relaciones están controladas por claves contextuales arbitrarias; es decir, a medida que crecemos aprendemos a responder a estímulos internos y externos que están basados en propiedades que no se experimentan directamente, sino que es el contexto o la cultura la que las determina (“son arbitrarias”) (Hayes et al., 2006). El término marco relacional hace referencia a relaciones entre eventos que deben cumplir con tres propiedades: *implicación mutua* (por ejemplo, dada una relación entre dos estímulos donde A es mayor que B, se deriva la relación de que B es menor que A); *implicación combinatoria* (por ejemplo, si A es mayor que B y B es mayor que C, se deriva que A es mayor que C y C es menor que A). Esta propiedad que permite formar y extender las redes relacionales; y, por último, la *transformación de funciones* ante claves contextuales determinadas (por ejemplo, si A es mayor que B, y B se empareja con un estímulo aversivo, la

función de A se transformará de acuerdo a esa clave, mayor que, y evocará respuestas mayores de miedo aun cuando nunca haya estado asociado al estímulo aversivo). Se asume pues que como el lenguaje y la cognición funcionan de acuerdo a estos principios, cuando pensamos, razonamos, hablamos, escuchamos, lo hacemos bajo el cumplimiento de estas propiedades (Rey, 2004).

A partir de estos conceptos, podríamos explicar el origen y mantenimiento de trastornos psicológicos y entender por qué los síntomas desadaptativos pueden estar controlados por estímulos aparentemente no relacionados (Rey, 2004). La condición verbal del ser humano nos permite derivar recuerdos, imaginar situaciones positivas y ser exitosos en el control del ambiente; pero también nos lleva a experimentar malestar ante recuerdos o situaciones novedosas (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). Teniendo además en cuenta que vivimos sometidos a una cultura que promueve una perspectiva hedonista y omite la posibilidad de experimentar sufrimiento o dolor sin hablar de anormalidad (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006), esto genera un caldo de cultivo en el que el control contextual débil sobre los procesos del lenguaje produce la incapacidad para persistir o cambiar el comportamiento al servicio de fines valiosos a largo plazo, lo que también se conoce como *Inflexibilidad Psicológica* (Hayes et al., 2006). En los veteranos de guerra, ante los síntomas de TEPT que generan sufrimiento y dolor, no basta con evitar las situaciones que le han ocurrido en el pasado. Las propiedades a la base del lenguaje y la cognición hacen que el dolor pueda experimentarse en ambientes diversos (debido a la transformación de funciones del estímulo) y su control contextual arbitrario impide el éxito de soluciones situacionales (Hayes, 2004). Por ejemplo, un veterano va conduciendo y de repente escucha un estruendo en la calle que le genera una sensación de sobresalto y ansiedad por su asociación del estímulo con el recuerdo de la guerra. Estas sensaciones pueden generalizarse a un sinnúmero de situaciones cotidianas que no tienen nada en común con el evento traumático, y serán las propias sensaciones y pensamientos los que terminen adquiriendo funciones aversivas. Es aquí donde la persona podría acabar presentando patrones de evitación experiencial. Para poder vivir, intenta controlar y reducir la frecuencia de esos eventos privados y las condiciones que los generan. Consecuentemente, al intentar controlar los eventos privados para acabar con el malestar, tiende a aumentar su importancia funcional, debido a que se vuelven más salientes y porque estos esfuerzos de control están vinculados verbalmente a resultados negativos conceptualizados (Hayes et al., 2006). A su vez, se reduce el margen de comportamientos que son posibles fruto de la fusión cognitiva. Las funciones del lenguaje hacen que se produzca un aumento exponencial de las redes relacionales, cada vez más

elaboradas, de manera que los sujetos quedan atrapados por la literalidad de las funciones verbales, reaccionan cada vez a más palabras y a experiencias descritas por estas palabras como si fueran equivalentes. En consecuencia, los eventos desagradables transfieren parte de su negatividad a las palabras utilizadas para describirlos y viceversa (Braekkan, 2006). A partir de aquí, el comportamiento humano se guía más por redes verbales densamente establecidas que por contingencias ambientales manifiestas. Como resultado, las personas actúan de una manera no coherente con lo que el ambiente ofrece y pierden el contacto con sus objetivos vitales, más allá del alivio del dolor psicológico a corto plazo (Páez Blarrina., 2006).

Lo que pretende la Terapia de Aceptación y Compromiso es crear un contexto que permita al individuo romper con la rigidez que domina su cognición y dotarlo de *flexibilidad psicológica*. Esto se logra a partir de seis procesos, los cuales pueden llevarse a la práctica a través de métodos verbales poco literales como: las metáforas que permiten afrontar la evitación, la paradoja que nos permite ser consciente de la fusión cognitiva y dar el paso a la desesperanza creativa, y los ejercicios experienciales con los que nos exponemos a los eventos privados y nos distanciamos de ellos (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). Ahora bien, lo que propone la ACT es la aceptación de los eventos privados fruto de nuestra historia; es decir, se trataría de promover una actitud abierta hacia nuestro malestar y sufrimiento como algo que forma parte de la normalidad del ser humano sin defenderse de ello e intentando controlar o reducir su frecuencia o su forma (Bluett, 2017). La defusion cognitiva intenta cambiar la relación que tenemos con nuestros eventos privados, su objetivo es que la persona aprenda a interactuar con sus pensamientos como lo que son, pensamientos, rompiendo con su poder funcional y la posibilidad de literalizarlo con la persona. Al mismo tiempo, la aceptación se alcanza con mayor facilidad cuando alcanzamos la defusion con nuestros pensamientos. Estos dos procesos comentados hasta el momento no son un fin en sí mismo, sino que más bien son mediadores para alcanzar el objetivo final de actuar con respecto a los valores de cada uno. ACT, también promueve la vivencia del momento presente, es decir, estar conectados con las experiencias internas y ambientales a medida que ocurren (Hayes et al., 2006). También se fortalece el yo contextual u observador, perspectiva que nos permite describir sin prejuicios los eventos privados, entender que somos más que lo que esos eventos describen y remarcar consistentemente nuestros valores: así se fomenta la defusion y aceptación (Bluett, 2017). Los valores son un pilar fundamental de ACT ya que es aquello que orienta la acción, le otorga motivación y significado. Es aquí donde la acción, la aceptación y la defusion se unen como un todo, al tiempo que socava los procesos verbales

que podrían conducir a la evitación, la conformidad social (Hayes, 2004). Por último, una vez que se clarifican los valores, se fomenta el compromiso de acción, que no es más que aquello que la persona lleva a cabo para progresar hacia los valores identificados personalmente. Implica aprender una estrategia para avanzar hacia fines valiosos, disolviendo las barreras psicológicas. Todos los procesos centrales de ACT están entrelazados, cada uno ayuda al otro y todos tienen como objetivo la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2006).

Se ha comprobado, en un estudio de metanálisis, que ACT tiene resultados muy positivos en variables como la ansiedad, depresión, calidad de vida o flexibilidad psicológica tanto en población clínica (aquí se incluían estudios con muestras con afecciones somáticas como dolor crónico, fibromialgia o problemas de audición, afecciones psicológicas como insomnio, adicción al tabaco, estrés y agotamiento y trastornos psiquiátricos diagnosticados como ansiedad social, trastorno de pánico y trastornos alimenticios) como en población general (estudiantes universitarios) (Thompson et al., 2020). Además, en otro estudio de metanálisis donde se compara ACT y TCC para el tratamiento de varios trastornos mentales (depresión, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, adicción al alcohol), se señaló que ambas perspectivas terapéuticas obtuvieron resultados similares con una reducción de síntomas estadísticamente significativa así como una mejora en la calidad de vida, y estos resultados se mantuvieron estables tres meses después del fin del tratamiento (Samaan et al., 2021). Estos mismos resultados positivos se han observado en estudios donde se ha aplicado ACT al TEPT (Wharton et al., 2019). Por tanto, parece que ACT podría ser una alternativa viable a otras formas terapéuticas ante diversos trastornos (Samaan et al., 2021). En suma a esto, habría que señalar que se ha comprobado que en la población de veteranos de guerra las terapias aplicadas en formato de grupo funcional muy bien, e incrementan el apoyo social, la confianza y la cohesión (Bluett, 2017). Además, contribuyen a mejorar la exposición en contextos ambiguos y sociales. Por tanto, el formato de grupo por sus propiedades, podría ser de ayuda para trabajar patrones de evitación experiencial y favorecer la aceptación de las experiencias dolorosas, mientras que se trabaja en conjunto el compromiso de acción hacia los valores personales (Bluett, 2017). Por todo esto, esta revisión sistemática tiene como objetivo examinar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato de grupo aplicada a la holística del Trastorno de Estrés Postraumático en veteranos de guerra, es decir, aplicada tanto a la sintomatología específica como a aquellos aspectos comórbidos, disfuncionales y de calidad de vida que le acompañan.

2. METODOLOGÍA.

El presente trabajo se desarrolló considerando la literatura existente desde el año 1999, fecha en la que aparece el primer manual ACT y se abordan con profundidad sus conceptos (Hayes et al., 1999) hasta la actualidad, enero de 2022. Todo el proceso fue llevado a cabo por el autor del TFG y se estructuró siguiendo la declaración PRISMA 2020 (Yepes Nuñez et al., 2021).

En cuanto a los criterios de elegibilidad, se incluyeron los siguientes aspectos:

- Estudios cuya intervención consista en la Terapia de Aceptación y Compromiso.
- Estudios en los que la intervención se aplique a veteranos de guerra y diagnosticados con trastorno por estrés postraumático.
- Estudios en los que la intervención se lleve a cabo en formato de grupo, considerando grupo a partir de 3 o más personas.
- Estudios en los que el tratamiento se lleve a cabo de manera presencial.
- Estudios en los que la terapia se centre expresamente en los síntomas específicos del TEPT.
- Estudios en los que la terapia se centre en el TEPT y en aspectos tales como la comorbilidad, funcionalidad y calidad de vida (bienestar familiar, psicológico, consumo de alcohol o abuso de sustancias).

El único criterio de exclusión consistió en que no estuvieran recibiendo terapia en paralelo, al mismo tiempo que se aplicaba ACT en formato grupal.

Las fuentes de información consultadas para llevar a cabo la revisión sistemática fueron algunas bases de datos con las que cuenta la biblioteca de la Universidad de Jaén, concretamente se utilizó: Scopus, ScienceDirect, PubMed y PROQUEST. Por otro lado también se hizo uso de ResearchGate, que es una red social académica dirigida a aquellos que quieran acceder a investigaciones científicas en todo tipo de ámbitos y Redalyc.Org, que es una red pública de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal de acceso abierto sin ánimo de lucro y que abarca diversas disciplinas científicas. Otras fuentes relevantes, para la toma de contacto con la realidad de los veteranos, fue el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos que gestiona el sistema de beneficios a los veteranos militares de los EEUU y la Asociación Americana de Psiquiatría. Por último, la fuente más importante a nivel teórico, conceptual y experimental fue la Asociación para la Ciencia del Comportamiento Contextual (ACBS). Se trata de una de una organización mundial sin ánimo de lucro que se centra específicamente en la ACT, así como en los

fundamentos teóricos (Teoría de los marcos relacionales o RFT) y filosóficos (Contextualismo funcional) que la sustentan. Cuenta con una página web, contextualscience.org, abierta al público general y que da acceso los miembros de la asociación a múltiples instrumentos de evaluación, protocolos de tratamiento y publicaciones científicas.

La estrategia de búsqueda fue similar para todas las fuentes de información y consistió en ir de menos a más, es decir, en primer lugar nos familiarizamos con el uso de cada fuente y aplicamos búsquedas sencillas en las que se incluían las palabras ACT, veterans y PTSD por separado. Con esto se comprobada los márgenes de búsqueda y la cantidad de investigación existente. Posteriormente, se realizó una búsqueda avanzada en la que se combinaban las palabras ACT, veterans y PTSD y se jugó con su orden. También se filtró reduciendo el periodo de tiempo a los últimos 23 años y se ordenó de más nuevo a más antiguo. Tras introducir los filtros aparecieron: En ACBS, un total del 12 resultados, en Scopus 106 resultados, en ScienceDirect 137 resultados, en PubMed 25 resultados, en ProQuest 1081 resultados y en Redalyc.Org 21 resultados.

En el proceso de selección de estudios, de los resultados de la estrategia de búsqueda, se preseleccionaron aquellos en cuyo título se contemplaban al menos dos de nuestras palabras clave, ACT y TEPT, porque en ocasiones no se mencionaba en el título el perfil de muestra al que iba destinado el estudio, y al entrar se comprobaba que los participantes eran veteranos diagnosticados con TEPT. Posteriormente, se accedía al resumen y se leían en profundidad para ver si cumplen con nuestros criterios de inclusión. Tras realizar este proceso, de los 12 resultados que se obtuvieron de ACBS, solo 3 cumplían con nuestros criterios, el resto fueron rechazados porque eran artículos teóricos o estudios de caso. En Scopus, de los 106, 7 fueron preseleccionados por tener al menos dos de nuestras palabras clave en el título, y solo 1 cumplió con nuestros criterios de inclusión porque los participantes no se correspondían con veteranos de guerra, eran estudios de caso o recibían terapia en paralelo. En Science Direct, no fue seleccionado ningún artículo porque eran estudios de caso, no era población de nuestro interés o el tratamiento se recibía de forma no presencial y por tanto, no cumplían los criterios de inclusión. En PubMed, de 25 no se seleccionó ninguno porque los que cumplían los criterios de elegibilidad estaban repetidos con los de ACBS. En ProQuest 4 fueron preelegidos y se anularon 3 debido a que no se tenía acceso a los artículos completos. Por último, en Redalyc.Org, solo 1 cumple con los criterios de inclusión y 3 se rechazaron por ser estudios de caso y estar repetidos con los de ACBS. Por tanto, en total 6 artículos fueron utilizados para los resultados.

El proceso de extracción de datos se llevó a cabo de manera individualizada y consistió en la lectura previa del apartado “resultados” en la declaración PRISMA 2020 (Yepes Nuñez et al., 2021), se observó la información que se requería para completar ese apartado y se volvieron a leer con detenimiento los artículos seleccionados.

3. RESULTADOS.

En las últimas dos décadas, ACT como tratamiento del TEPT se ha ido haciendo un hueco en el repertorio terapéutico de los psicólogos por su proyección tanto a nivel clínico como subclínico, resultados siempre mostrados a nivel de estudio de casos. Esta revisión analiza 6 estudios, e incluye tanto los aplican ACT en formato de grupo a la sintomatología de TEPT, específicamente re-experiencia, evitación, hiperactivación, ansiedad, etc. como estudios que aplican ACT a aspectos del funcionamiento y calidad de vida que han sido deteriorados por el TEPT y/o aspectos comórbidos, incluyéndose aquí el malestar en distintos ámbitos de la vida.

Tal y como viene recogido en la tabla, los primeros cuatro estudios se centran en el abordaje de la sintomatología propia del TEPT. Las muestras de los distintos estudios oscilan entre 14 y 33 participantes. Todos los participantes son veteranos, diagnosticados con TEPT y en su mayoría participaron en la guerra de Vietnam o son veteranos de las guerras del Golfo, Irak y de la Guerra Tormenta del Desierto. Los protocolos de tratamiento consisten en la aplicación de los 6 procesos centrales de ACT, menos en uno de los estudios en el que se aplican 4 (no se tienen en cuenta ni los valores ni la acción comprometida) y su extensión varían según el estudio desde 6 hasta 24 sesiones. Todos son estudios preliminares no aleatorizados. Dos de ellos no cuentan con grupo control y sus resultados se evalúan a través de la comparación entre la línea base y el postratamiento (y seguimiento en el caso de uno ellos). Los otros dos, cuentan con grupos de control. En uno de ellos, en el grupo control se aplica la ACT, pero sin la fase de “yo como contexto”, mientras que el otro se trata de un grupo control de personas de la comunidad que no padecen TEPT ni ningún otro trastorno y que no reciben tratamiento. Aquí, la evaluación se realiza comparando los resultados del grupo de tratamiento con los del grupo control desde la línea base hasta el seguimiento en uno de los casos, y en el otro, la evaluación se realizó sin completar todo el tratamiento (el tratamiento constaba de 24 sesiones y la evaluación se realizó en la sesión 12). Las medidas utilizadas son numerosas y varían mucho entre los diferentes estudios (ver en detalle en la tabla). A continuación se describirán estos cuatro estudios por orden cronológico, empezando por el más antiguo.

El estudio preliminar de Braekkan (2006), pretendió servir a varios propósitos. Por un lado, analizó los efectos en curso de la parte preliminar de una intervención grupal de ACT (hasta la sesión 12 en un tratamiento de 24 sesiones) para veteranos que participaron en la guerra de Vietnam y el Golfo Pérsico, diagnosticados con TEPT. También exploró la relación entre la participación en el programa basado en ACT grupal y el cambio preliminar en los patrones de pensamiento, sintomatología TEPT y la satisfacción por la vida. Además, examinó las diferencias entre los veteranos expuestos en combate y un grupo control de población general en las variables mencionadas previamente. Antes de iniciar el tratamiento, se programó una sesión de evaluación donde se administraron diversos instrumentos. Específicamente, para la evaluación del deterioro relacionado con el evento traumático y la sintomatología del TEPT se utilizaron la Escala de Impacto del Evento - Revisada (IES-R) y la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (CAPS). Como variables de proceso, se evaluó la Evitación Experiencial mediante el Cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II), y la Defusión Cognitiva con el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de 8 ítems (ATQ-8). Por último también se evaluó la satisfacción con la vida con la Lista de Satisfacción con la Vida (LSC). La intervención basada en ACT siguió el protocolo del programa del Equipo Clínico Postraumático (PCT) del Centro Médico del Departamento de Asuntos de Veteranos de Louisville y se llevó a cabo en 24 sesiones semanales de 90 minutos cada una. Como el objeto del estudio fue evaluar los resultados preliminares (a las 12 semanas), nos ceñiremos a la descripción de las 12 primeras sesiones. Para el grupo de intervención, las sesiones 1, 2 y 3 se destinaron a la adquisición de cohesión grupal y la identificación de los valores. En las sesiones 4 y 5, se cuestionó la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento basadas en el control de los eventos privados y se trató de promover la experiencia de desesperanza creativa. Las sesiones 6 y 7 se centraron en el control de los eventos privados como problema y estar abierto como alternativa. De la 8 a la 12, las sesiones se orientaron a trabajar la defusión del lenguaje. Además, la atención plena se trabajó al principio de todas estas sesiones, haciéndose hincapié en la observación, la descripción y la conciencia sin juicio de los eventos internos y los estímulos externos presentes. Una vez finalizadas estas 12 sesiones, se pidió a los participantes que volvieran a completar los instrumentos anteriormente mencionados. El grupo control, estaba conformado por población general no diagnosticada con ningún trastorno. Se trata por tanto de un grupo control no equivalente. En su caso, no hubo intervención, y simplemente se contactó con los participantes en el periodo de pretratamiento y después de las 12 semanas para que completaran los mismos instrumentos de evaluación que el grupo de intervención. Los

resultados mostraron que, para el grupo de tratamiento, no hubo cambios significativos en la sintomatología del TEPT (medido a través de IES-R) desde la línea base hasta la evaluación a las 12 semanas. Específicamente, se observó que no hubo cambios significativos en la evitación ni en la hiperactivación, y en cambio se produjo un aumento significativo en las intrusiones. En las medidas de procesos de cambio, se observó que en la evitación experiencial (medida por AAQ-II) hubo un aumento significativo en el grupo de intervención, mientras que en el grupo control se mantuvo igual. Con respecto a la frecuencia y la credibilidad de los pensamientos automáticos (medidos con ATQ – 8), se comprobó que las puntuaciones medias de pensamientos automáticos aumentaron significativamente tras la sesión 12 con respecto a la línea base para el grupo de tratamiento, mientras que para el grupo control se mantuvieron. Respecto a la credibilidad de los pensamientos automáticos, no hubo cambios significativos en ninguno de los grupos. Como es obvio, el grupo de tratamiento puntuó mucho más alto que el grupo control en todas estas variables (sintomatología del TEPT, evitación experiencial, frecuencia y credibilidad de los pensamientos automáticos). En cuanto a la calidad de vida (evaluada mediante LSC), de nuevo no se observaron cambios significativos en las puntuaciones medias ni para el grupo de tratamiento ni para el control, manteniéndose estables tras las 12 sesiones. También en este caso hubo diferencias significativas entre grupos, con el grupo control informando de una mayor calidad de vida que el grupo de tratamiento.

El propósito del estudio de Williams (2007), fue analizar la efectividad y los mecanismos de cambio en dos versiones de ACT en el tratamiento de veteranos australianos de la guerra de Vietnam diagnosticados con estrés postraumático (TEPT). Se pretendía dar respuesta a si ambas versiones de tratamiento ayudaban a reducir los síntomas del TEPT y las puntuaciones de Evitación, aumentaban las puntuaciones de Aceptación y Estar presentes y si el tratamiento completo era una alternativa mejor. Antes de la intervención, se administraron una serie de cuestionarios. Para evaluar la gravedad de los síntomas del TEPT se emplearon The Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Military Version (PCL-M) y The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Para medir el deterioro de los síntomas somáticos se utilizó The General Health Questionnaire 28 (GHQ-28). La supresión del pensamiento fue medida con The White Bear Suppression Inventory (WBSI) y la atención plena fue evaluada con The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS). Los veteranos fueron asignados de manera no aleatoria a cada una de las condiciones experimentales (según el nivel de exposición al combate y la gravedad de los síntomas del TEPT). La primera condición (ACTFULL) consistió en la aplicación de los 6 procesos centrales de tratamiento de ACT. En

la segunda condición (ACTDIS), se aplicaron 5 de los 6 procesos centrales (omitendo el proceso de “yo como contexto”). Cada condición incluyó dos grupos de 4 participantes cada uno, con el fin de poder comparar resultados dentro de la misma condición y entre condiciones. El modo en que se aplicó el tratamiento se basó en la adaptación de un protocolo grupal preliminar en uso con veteranos de Vietnam hospitalizados con TEPT en el Centro Médico de la Administración de Veteranos de California. Las distintas condiciones experimentales se igualaron en tiempo de contacto con el grupo y el terapeuta (1 sesión semanal de 5 horas durante 6 semanas). Las sesiones fueron iguales para ambos grupos, excepto la sesión de “yo observador” en la que para ACTFULL se presentaron diferentes metáforas al estilo del trabajo típico en ACT mientras que en la condición ACTDIS se realizó un debate en grupo. Tras la finalización del tratamiento y después de tres meses, se volvió a pedir a los participantes que completaran todos los instrumentos anteriormente mencionados. Los resultados mostraron que la gravedad de los síntomas del TEPT (evaluados con las pruebas PCL – M y SCL-90-R), disminuyeron de manera significativa desde el pretratamiento hasta el seguimiento para ACTFULL con respecto a ACTDIS, donde hubo reducción pero no fue significativa. Analizando las subescalas de PCL - M por separado, observamos que para los participantes de ACTFULL las puntuaciones medias en reexperiencia e hipervigilancia disminuyeron significativamente desde el pretratamiento hasta el seguimiento y por su parte, la evitación experiencial disminuyó significativamente hasta el postratamiento. En cuanto a los síntomas somáticos (evaluados con GHQ – 28), aunque las puntuaciones de ansiedad e insomnio disminuyeron progresivamente en el tiempo en ambos grupos desde el pretratamiento hasta el seguimiento, esta reducción no fue significativa. Con respecto a las variables de proceso, en la supresión del pensamiento (medida a través de WBSI), se observó una disminución no significativa de la supresión de los pensamientos perturbadores hasta el postratamiento en ambos grupos pero no se mantuvo en el seguimiento. En cuanto a la atención plena (medida a través de KIMS), en ambos grupos se observó un aumento no significativo hasta el seguimiento. Específicamente, la observación y aceptación sin juicio aumentaron moderadamente desde el pretratamiento hasta el seguimiento, la actuación con consciencia aumentó levemente, y la aceptación sin juicio aumentó de manera significativa desde el pre hasta el seguimiento. Por tanto, podría decirse que existe una mejora no significativa en ambos grupos en las medidas evaluadas, exceptuando en la gravedad de los síntomas del TEPT donde hay una mejora significativa para los participantes de la condición ACTFULL.

Bluett (2017), en su estudio, probó una intervención grupal basada en ACT para los veteranos diagnosticados y tratados previamente con TEPT. Pretendía comprobar si esta forma de terapia impactaba positivamente en la gravedad de los síntomas, la calidad de vida y la valoración hacia la vida. Las medidas de resultado fueron los síntomas del TEPT (evaluados mediante el PTSD Checklist: PCL-5), el bienestar subjetivo (para el que se utilizó el World Health Organization Well – Being Index WHO – 5), y la satisfacción general con la vida (medida con el Quality of Life Scale: QOLS). Como medidas de procesos de cambio, se evaluaron los valores (con el Valuing Questionnaire: VQ), la evitación experiencial (con el Acceptance and Action Questionnaire-II: AAQ-II) y la fusión cognitiva, los pensamientos intrusivos, sentimientos y respuestas corporales relacionados con la ansiedad (a través de Believability of Anxious Feelings and Thoughts: BAFT). El protocolo con el que se estructuró el tratamiento se derivó de una adaptación del manual *Acceptance & Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder & Trauma-Related Problems: A Practitioner's Guide to Using Mindfulness & Acceptance Strategies* (Walser y Westrup, 2007) que se adaptó a un formato grupal. Consistió en una sesión por semana de 2 horas de duración durante 8 semanas. La primera sesión, fue empleada para llevar a cabo la evaluación inicial de los participantes. En la sesión 2, se trabajó en la experiencia de la desesperanza creativa. En la sesión 3 se abordó el control como problema. La sesión 4 se destinó a trabajar en el estar abierto como alternativa, mientras que las sesiones 5 y 6 se dedicaron al trabajo en defusión. La sesión 7 se dirigió al yo como contexto y la 8 a trabajar la aceptación, los valores y el mantenimiento. Además, todas las sesiones comenzaban con un ejercicio de atención plena y terminaban con el establecimiento de un compromiso conductual para la semana que se comprobaba al inicio de la siguiente sesión. Durante de intervención se evaluó la integridad del tratamiento para conocer en qué medida se cubrían los contenidos de cada sesión y comprobar la adherencia a los protocolos. Tras finalizar el tratamiento, se pidió a los participantes que completaran todos los instrumentos de la primera sesión junto con el Treatment Evaluation Inventory Short-Form (TEI-SF) con la que se evaluó la aceptabilidad del tratamiento. Un mes después, se llevó a cabo el seguimiento por correo. Los resultados mostraron que el 64,7% de los participantes tuvieron una respuesta positiva al tratamiento y el 35,3 % mostró un cambio clínicamente significativo. Específicamente, se observó una disminución significativa de los síntomas de TEPT que no se mantuvo durante el seguimiento. Igualmente, hubo una mejora en la calidad de vida y en el bienestar general (medidos por QOLS y WHO – 5 respectivamente) después de la intervención, pero que no se mantuvo en el seguimiento. Con respecto a las medidas de procesos de cambio, la evitación experiencial

evaluada con el AAQ-II, no sufrió cambios en el postratamiento y empeoró en el seguimiento. La vida valiosa, medida a través de VQ, se mantuvo desde el pretratamiento hasta el postratamiento, pero mejoró sustancialmente en el seguimiento. Analizando sus componentes en profundidad, la subescala de progreso, que mide la manera en que el individuo se involucra en comportamientos que van acorde a sus valores, aumentó notablemente desde el pretratamiento hasta el seguimiento. Por otro lado, en la subescala obstrucción, que mide el nivel en que las cogniciones y emociones funcionan como una barrera para el comportamiento orientado hacia los valores, no se observaron cambios significativos desde el pretratamiento hasta el seguimiento. Analizando la fusión cognitiva, a partir de las subescalas de BAFT, se observa que las puntuaciones en la subescala de preocupaciones somáticas y regulación emocional, disminuyeron significativamente desde el pre hasta el postratamiento, aunque empeoraron en el seguimiento. Las puntuaciones en la subescala de evaluación negativa, se mantuvieron estables hasta el seguimiento. Por último, los resultados mostraron que los participantes consideraron la intervención altamente aceptable.

En el estudio preliminar de Wharton et al. (2019), se procuró estimar los cambios en los síntomas del TEPT, así como en los componentes que constituyen el ACT en un grupo terapéutico de veteranos diagnosticados con TEPT que buscaban tratamiento en una Clínica del Equipo Clínico de Salud Mental de Veterans Affairs. Se pretendía comprobar si los síntomas del TEPT y la supresión del pensamiento se reducían, al mismo tiempo que aumentaba la aceptación y atención plena. Se evaluaron los síntomas de PTSD (mediante el Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Military Version: PCL-M). Como variables de proceso se evaluó la frecuencia y creencia de los pensamientos automáticos (se empleó el Automatic Thoughts Questionnaire: ATQf / ATQb), la supresión del pensamiento (a través del White Bear Suppression Inventory: WBSI) y la atención plena (a través de Kentucky Inventory of Mindfulness Skills: KIMS). La intervención estuvo basada en una adaptación para grupos del protocolo de Walser y Westrup (2007). Aunque en el estudio no se especifica qué se trabajó en cada sesión, se profundizó en atención plena, clarificación de valores, desesperanza creativa, control como problema, estar abierto como alternativa al control o la evitación, el momento presente, el yo como contexto y la acción comprometida en una sesión semanal de una hora y media durante 12 semanas. Una vez finalizado el tratamiento, se pidió a los participantes que volviesen a completar los instrumentos mencionados y se presentó un documento de respuesta abierta para que respondieran a preguntas acerca de los procesos que se abordaron en la terapia basándose en su experiencia personal. Los resultados mostraron que

los cambios en los síntomas de TEPT, evaluados a través de PCL – M, fueron estadísticamente significativos y el 60% de la muestra tuvo un cambio clínicamente significativo (diferencia superior a 10 puntos) después de la evaluación, mientras que el 40 % tuvo un cambio fiable (cambio de 5 a 10 puntos). La evitación tuvo una reducción estadísticamente significativa, mientras que la hiperactividad y la reexperimentación se redujeron aunque no de forma significativa. Para las variables de proceso, la frecuencia de los pensamientos automáticos, medidas a través de ATQf, no mostró cambios antes y después del tratamiento. En cambio, la credibilidad de los pensamientos automáticos, evaluada a través de ATQb, sí mostró una reducción significativa pre – postratamiento. La supresión del pensamiento, medida a través de WBSI, mostró un descenso moderado pero no fue significativo. En el caso de la atención plena, evaluada a través de KIMS, vemos que no hay diferencias significativas antes y después del tratamiento. Analizando sus elementos observamos un aumento en las puntuaciones medias en las variables descripción, actuar con consciencia y aceptar sin juzgar, y una disminución en la puntuación media de la variable observación. Con respecto al documento de respuesta abierta, este ofreció información cualitativa respecto al cambio de conducta de los participantes tras el tratamiento. Algunos participantes describieron que sentían que tenían más apertura y tolerancia y aceptación mediante comentarios tales como “Ahora trato de ver otros puntos de vista, y sé que no siempre llevo razón”, o “puedo aceptar un pensamiento y no reaccionar a él”. La mayoría de los participantes informó de un aumento en la flexibilidad psicológica y una vida orientada hacia sus valores mediante comentarios como “quiero vivir y ser un ejemplo para mi hijo”, “trato de socializar e interactuar con extraños” o “quiero continuar practicando mis hobbies”. Además, algunos comentaron que el grupo les había ayudado a experimentar los eventos internos.

Como se ha indicado arriba, la segunda agrupación, corresponde a dos estudios centrados principalmente en los aspectos que acompañan a la sintomatología del TEPT, como son el nivel de funcionamiento y el bienestar psicosocial, en general y la satisfacción en el área familiar, y específicamente con la crianza. Se parte de la idea de que la aplicación de ACT se desarrolla de manera transversal, y no solo se centra en la sintomatología del trastorno, sino también en los aspectos que lo rodean y acompañan. Al igual que con los estudios del grupo anterior, estos dos estudios serán presentados cronológicamente.

Blevins et al. (2011), pretendió examinar si un formato grupal de ACT podía ayudar a los participantes (veteranos con TEPT) a desarrollar habilidades que promoviesen su capacidad de adaptación tras el despliegue. Antes de iniciar la intervención, los participantes

completaron una encuesta, desarrollada por los investigadores del estudio, y para la que se contó con la colaboración de miembros de la Asociación de Servicios Contextuales de la Conducta y con investigadores clínicos que tenían experiencia en veteranos de la guerra de Irak y Afganistán. Para su construcción, se revisaron escalas utilizadas en otros estudios con veteranos y que tienen valor psicométrico como las siguientes: Trauma History Screen, Global functioning SF-12; Depression subscale of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9); Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7); Panic Screen from Brief Patient Health Questionnaire (PD); PTSD Checklist – Civilian version (PCL-C); Anger Subscale of Buss-Perry Aggression measure, Conflict Tactics Scale (CTS); y Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). La encuesta finalmente desarrollada evaluó lesiones del despliegue, funcionamiento global, depresión, trastorno de ansiedad generalizada, TEPT, ira, satisfacción con las relaciones íntimas, conflictos interpersonales y el abuso de sustancias. Posteriormente, se llevó a cabo un taller de 2 horas “Life Guard” basado en ACT. Se planteó de esta forma ante la negativa de los miembros de la Guardia Nacional de Arkansasa (ANG) de recibir ayuda de los servicios de salud mental por miedo a la estigmatización, y por la firme convicción de que ellos solos debían superar sus problemas de salud mental. El objetivo del taller fue dotar de habilidades a un grupo de miembros de ANG para que luego pudieran ayudar a otros miembros con sintomatología, sin que percibieran el hecho de que estaban siendo sometidos a ayuda y ahorrarles así la sensación de estigmatización. Además, se evaluaron los efectos de “Life Guard” en el bienestar psicosocial de los participantes a lo largo 2 meses. Para su desarrollo, se contó con un grupo de intervención y con un grupo control cuya asignación, no aleatorizada, se realizó en función de la disponibilidad de las unidades para completar las encuestas y la intervención. En el grupo de intervención se trabajaron 3 habilidades: la conciencia plena, la aceptación y la vida basada en valores. El modo de trabajar estas habilidades fue mediante el uso metáforas típicas en ACT y juegos de rol aplicados a los entornos cotidianos. Por ejemplo, se planteó la situación en la que un veterano y su pareja asistieron a una quedada familiar justo tras su regreso a casa. Pues bien, los investigadores que dirigían el taller se posicionaron detrás de dos veteranos, que hicieron el papel de pareja, y los investigadores representaron cada una de sus mentes. Con ello, el resto de veteranos participantes podían escuchar las voces de la pareja, sus pensamientos y permitió su normalización, así como el entendimiento de que los pensamientos y lo que las personas hacen no son la misma cosa (defusion). Justo al terminar el taller se entregó a los participantes un manual de Life Guard, donde se describían en profundidad las habilidades trabajadas y cómo presentarlas a los demás y se recomendó su estudio de manera

independiente. Dos meses después de finalizar el taller, los participantes del grupo de intervención tuvieron que realizar de nuevo la encuesta mencionada anteriormente. El grupo control, no recibió el taller, aunque también rellenaron por segunda vez la encuesta a la vez que el grupo de intervención. Los resultados mostraron que el grupo de intervención empeoró a nivel físico, pero mejoró significativamente en los niveles de depresión, ansiedad, TEPT, ira y uso de sustancias desde el inicio al final de la intervención. Además, hubo un aumento no significativo en la satisfacción con las relaciones y el funcionamiento de salud mental. El conflicto interpersonal se mantuvo. En el grupo control, la salud física y la ira mejoraron ligeramente. Variables psicosociales como la salud mental, depresión, satisfacción con las relaciones y el consumo de alcohol empeoraron. Otras se mantuvieron estables como la ansiedad, síntomas de PTSD y el conflicto interpersonal. En cuanto a las diferencias entregrupos desde el pre hasta el postratamiento, se observó que el grupo de intervención mejoró significativamente en cuanto a sintomatología depresiva, así como la satisfacción con las relaciones.

Por último, Casselman y Pemberton (2015) llevaron a cabo un estudio para investigar la aplicación de un tratamiento basado en ACT y psicoeducación a un grupo de padres veteranos diagnosticados con TEPT y comprobar si la intervención incidía en su comportamiento positivo como padres, su satisfacción de la crianza y la flexibilidad psicológica. En este caso no se utilizó grupo control, sino que se realizaron medidas cuantitativas pre y postratamiento y medidas cualitativas, una vez finalizado el tratamiento. Para la evaluación psicológica inicial los participantes completaron varias pruebas que permitieron obtener información de los síntomas del TEPT (con la prueba PTSD Checklist – Military versión: PCL – M), el comportamiento parental positivo (con el PARQ/ Control parental), la satisfacción parental (a través de la Escala de Satisfacción Parental de Kansas: KPS) y la flexibilidad psicológica o más específicamente la evitación experiencial (mediante el Cuestionario de Aceptación y Acción – II: AAQ – II). Posteriormente, se llevó a cabo el tratamiento que consistió en 8 sesiones semanales con duración de una hora y se basó en un protocolo creado por los propios investigadores del estudio bajo la supervisión de un formador del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos. En el tratamiento se abordaron los componentes esenciales de ACT pero adaptados a los aspectos relacionados con la paternidad. En primer lugar se destacó la importancia de los valores relacionados con la paternidad y se establecieron las acciones comprometidas en esa dirección. Posteriormente, se introdujo a los participantes la desesperanza creativa, el control como problema y la atención plena para la mejora en la canalización de pensamientos,

emociones e imágenes internas vinculadas a su rol paterno. El estar abierto como alternativa al control se introdujo con la finalidad de aumentar las conductas positivas de paternidad. Los resultados mostraron que los síntomas del TEPT, de acuerdo al PCL – M, se mantuvieron estables desde el pre hasta el postratamiento. En contraposición con esta tendencia, hubo un aumento significativo de la aceptación / calidez de los padres y menor agresión/hostilidad (medido a través PARQ/Control Parental). En cuanto a la satisfacción parental, obtenida a través de KPS, dos de los tres participantes tuvieron aumentos significativos en la satisfacción parental, y para el tercero que también aumentó la puntuación pre – postratamiento esta diferencia no fue significativa. La flexibilidad psicológica, medida en el AQQ – II, aumentó en dos de tres participantes significativamente. A nivel cualitativo, los participantes respondieron a 5 preguntas abiertas donde se registró de manera general las sensaciones del tratamiento grupal. En particular, los participantes valoraron de forma positiva la manera en que se abordaron los pensamientos y emociones, así como las actividades para identificar los valores parentales y llevar a cabo el compromiso de acción. Lo negativo se centró en aspectos formales como el corto número de sesiones y el corto tiempo de sesión que impedía la discusión de determinados aspectos.

Concluida la revisión de los artículos, la consideración acerca de la efectividad de la aplicación de terapia de ACT en formato de grupo sobre el trastorno de estrés postraumático en veteranos de guerra es favorable. Se observó, en general, una disminución estadísticamente significativa en cuanto a sintomatología estricta del TEPT (estas puntuaciones varían entre los distintos estudios), pero se evidenciaron problemas para el mantenimiento de los resultados a largo plazo. Esta tendencia, también se muestra en los aspectos transversales que acompañan al trastorno como la calidad de vida, funcionalidad o distintos aspectos psicosociales. No obstante, en cuanto a lo que los procesos de cambio se refieren, no existe un progreso uniforme en todos los estudios revisados en componentes como flexibilidad psicológica, frecuencia o credibilidad de los pensamientos, atención plena o fusión cognitiva, suele darse cierta estabilidad pre postratamiento y cuando existe mejoría suele ser estadísticamente no significativa. Junto a esto, se contemplan muchos componentes en cuanto a forma y diseño, cosa que podría favorecer la elección de esta terapia, así como algunas limitaciones que serán debatidas con detenimiento en la discusión. A continuación, se presenta una tabla en la que se detallan algunos elementos importantes a tener en cuenta de los estudios revisados.

Fuente	Participantes	Grupos	Método	Diseño	Medidas aplicadas	Seguimiento	Resultados.
Braekkan, K. C. (2006). <i>An acceptance and commitment therapy intervention for combat veterans with posttraumatic stress disorder: preliminary outcomes of a controlled group comparison</i> [Tesis doctoral, Universidad de Spalding]. https://contextualscience.org/publications/an_acceptance_and_commitment_therapy_intervention	22 Grupo tratamiento: 12 Grupo control: 10 Tasa de adherencia: Tratamiento: 83% (n=10) Grupo Control: 100% (n=10)	Grupo de tratamiento: ACT 4 de los 6 procesos centrales. Grupo Control no equivalente.	Lugar: Centro Médico del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) de Louisville. Evaluación psicológica inicial. Tratamiento grupal (hasta sesión 12) Comparación intragrupo y entregrupos.	Ensayo clínico preliminar no aleatorizado.	Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale (CAPS) Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ – II) 8-item Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-8 item) Impact of Event Scale – Revised (IES-R) Life Satisfaction Checklist (LSC)	No seguimiento.	AAQ – II, aumento significativo evitación experiencial en el grupo de tratamiento. Grupo control estable. ATQ – 8 Item, aumento significativo frecuencia de pensamientos automáticos en grupo de tratamiento. Grupo control se mantuvieron. La credibilidad de los pensamientos estable ambos grupos. LSC, la calidad de vida estable ambos grupos. IES – R, no mejoró síntomas PTSD. Entregrupos: puntuaciones grupo de tratamiento mucho mayores que grupo

							control.
Williams, L. M. (2007). <i>Acceptance and Commitment Therapy: An example of third-wave therapy as a treatment for Australian Vietnam War veterans with Posttraumatic Stress Disorder</i> [Tesis de maestría, Universidad de Charles Sturt]. https://contextualscience.org/publications/acceptance_and_commitment_therapy_an_example_of_th	16 Tasa de adherencia: Tratamiento: 100% (n=16). Seguimiento 97,75% (n=15)	Grupo de tratamiento 1: "ACTFULL". Grupo de tratamiento 2: "ACTDIS" (ACT pero sin fase de yo como contexto)	Lugar: Ambulatorio. Evaluación psicológica inicial Tratamiento grupal (6 sesiones) Postratamiento Seguimiento. Comparación intragrupos y entregupos.	Ensayo clínico preliminar no aleatorizado.	The Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Military Version (PCL-M) The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) The General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) The White Bear Suppression Inventory (WBSI) The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)	3 meses tras tratamiento.	PCL – M disminuyeron en ACTFULL significativamente los síntomas (reexperiencia, hiperactivación y evitación experiencial) de TEPT desde el pre hasta el seguimiento con respecto a ACTDIS. GHQ – 28 reducción no significativa de ansiedad, el insomnio y síntomas somáticos ambos grupos. WBSI, disminución no significativa pensamientos perturbadores pre/post en ambos grupos. No se mantiene en seguimiento. KIMS, aumento no significativo atención plena hasta

							seguimiento ambos grupos.
Bluett, E. J. (2017). <i>Effectiveness of acceptance and commitment therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder and moral injury</i> [Tesis doctoral, Universidad de Utah]. ProQuest.	33 Tasa de adherencia: Tratamiento: 58% (n=19)	Grupo de tratamiento: ACT completo.	Lugar: Centro Médico del Departamento de Asuntos de Veteranos George E. Wahlen. Evaluación psicológica inicial Tratamiento grupal(8 semanas) Postratamiento y seguimiento. Comparación intragrupo.	Ensayo clínico preliminar no aleatoreizado.	Medidas de Resultados: PTSD Checklist (PCL – 5) World Health Organization Well – Being Index (WHO -5) Quality of Life Scale (QOLS) Valuing Questionnaire (VQ) Medidas de procesos de cambio: The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). Believability of Anxious Feelings and Thoughts (BAFT) Aceptación del tratamiento:	Tras 1 mes.	PCL – 5, disminución significativa de los síntomas del TEPT pre/posttratamiento. No se mantuvieron en el seguimiento. WHO – 5, aumento significativo en el bienestar general pre /post que no se mantuvo en el seguimiento. QOLS, hubo una mejora no significativa pre/post en calidad de vida que no se mantuvo en el seguimiento. AAQ – II, la flexibilidad psicológica se mantuvo estable en el pre/post y empeoró en el seguimiento. VQ, la vida valiosa se

					Treatment Evaluation Inventory Short-Form (TEI-SF)		mantuvo en el pre/post y mejoró significativamente en el seguimiento. BAFT, disminución no significativa fusión cognitiva pre/post. Empeoramiento en seguimiento.
Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K. y Walser, R. D. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using Acceptance and Commitment Therapy. <i>Journal of Contextual Behavioral Science</i> . https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.006 .	14 Tasa de adherencia: Tratamiento: 71,43 % (n=10)	Grupo tratamiento: ACT completo.	Lugar: Clínica del Equipo Clínico de Salud Mental del VA perteneciente a Asuntos de veteranos (VA) Evaluación psicológica inicial Tratamiento grupal (12 sesiones) Postratamiento Comparación intragrupo.	Ensayo clínico preliminar no aleatorizado.	Cuantitativos: PTSD Checklist – Military Version (PCL-M) The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQf/ATQb) White Bear Suppression Inventory (WBSI). Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS). Cualitativos: Documento de respuesta abierta.	No seguimiento.	PCL – M, mejora significativa síntomas PTSD. ATQf y ATQb frecuencia los pensamientos automáticos estable. Reducción significativa de creencia pensamientos automáticos. WBSI, descenso no significativo supresión de los pensamientos perturbadores. KIMS, aumento no significativo atención plena

							Los datos cualitativos respaldan los cuantitativos.
Blevins, D., Roca, J. V., y Spencer, T. (2011). Life Guard: Evaluation of an ACT-Based Workshop To Facilitate Reintegration of OIF/OEF Veterans. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i> , 42(1), 32-39. https://doi.org/10.1037/a0022321	285 Grupo de intervención: 148. Grupo control: 137. Tasa de adherencia: Tratamiento: 43% (n=63). Grupo Control: 59% (n=81).	Grupo de intervención: basado en habilidades. Grupo control: no tratamiento.	Lugar: Sala de reuniones de la Guardia Nacional de Arkansas. Evaluación psicológica inicial Tratamiento grupal en un taller (2 horas) Postratamiento (2 meses) Comparación entre grupos.	Ensayo clínico preliminar no aleatorizado.	Encuesta propia basada en: Trauma History Screen, Global functioning (SF-12) Depression subscale of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) Panic Screen from Brief Patient Health Questionnaire (PD) PTSD Checklist – Civilian version (PCL-C) Anger Subscale of Buss-Perry Aggression measure, Conflict Tactics Scale (CTS)	No seguimiento.	El grupo de tratamiento: empeoramiento salud física y mejora significativa depresión, ansiedad, TEPT, ira, uso de sustancias. Mejora no significativa Satisfacción Relaciones y la salud mental. Grupo control: salud física y la ira mejoraron. El resto de variables, empeoraron o estables. Entregrupos: el grupo de intervención mejoró significativamente en sintomatología depresiva y satisfacción con las relaciones.

					Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)		
Casselman, R. B., y Pemberton, J. R. (2015). ACT-Based Parenting Group for Veterans With PTSD: Development and Preliminary Outcomes. <i>The American Journal of Family Therapy</i> , 43(1), 57-66. https://doi.org/10.1080/01926187.2014.939003	5 Tasa de adherencia: Tratamiento: 60% (n=3)	Grupo de intervención: ACT adaptado a la paternidad.	Lugar: clínica especializada en TEPT. Evaluación psicológica inicial Tratamiento grupal (8 sesiones) Postratamiento Comparación intragrupo. Medidas cuantitativas y cualitativas.	Ensayo clínico preliminar no aleatorizado.	Datos cuantitativos: Parental PARQ/Control: Child-Short Form. Kansas Parental Satisfaction Scale (KPS) Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) PTSD Checklist-Military Version (PCL-M) Datos cualitativos: Cuestionario de 5 preguntas de respuesta abierta.	No seguimiento.	En Parental PARQ/Control Child-Short Form, aumento significativo de aceptación y calidez. Menor hostilidad y agresión. En AAQ - II aumento significativo en la flexibilidad psicológica En PCL – M síntomas TEPT estables Nivel cualitativo se respaldan los resultados cuantitativos.

4. DISCUSIÓN.

Antes de discutir los efectos de la aplicación de ACT a grupos de veteranos que padecen TEPT, conviene resaltar que la ACT es una terapia relativamente nueva, y su aplicación al fenómeno del TEPT es reciente. Por ello, el abordaje de esta revisión y sus resultados estuvo limitado a la escasa y heterogénea investigación preliminar, siendo que la mitad de los estudios son tesis doctorales que no han sido publicadas. Dicho esto, podemos considerar que la aplicación de ACT en formato de grupo a veteranos de guerra diagnosticados con TEPT, parece prometedora. En líneas generales, y al igual que se observa en la mayoría de estudios de casos publicados hasta la fecha (Thompson et al., 2020), los resultados muestran una evolución positiva a nivel sintomático desde el inicio al final del tratamiento, especialmente en reexperiencia, hiperactivación y sobretodo en evitación experiencial (Bluett, 2017; Wharton et al., 2019; Willians, 2007). También se observan resultados positivos en el nivel de funcionamiento, comorbilidad y calidad de vida, concretamente en crianza parental, depresión, ira, consumo de sustancias y relaciones sociales (Blevins et al., 2011; Casselman y Pemberton, 2015). Igualmente, es necesario comentar que durante el seguimiento y, a diferencia de los estudios de casos antes citados, ACT en formato de grupo presentó problemas para el mantenimiento a largo plazo de los resultados (Bluett, 2017; Willians, 2007). En cualquier caso, y en comparación con otros tratamientos disponibles como la exposición, donde la respuesta positiva al tratamiento se sitúa en torno en un 60%, estos estudios confirman un cambio fiable en un porcentaje superior (Blevins et al., 2011; Wharton et al., 2019; Willians, 2007).

En cuanto a la adherencia, mientras que la tasa en la mayoría de los tratamientos aplicados al TEPT se encuentra en torno al 40 % (Bluett, 2017), en los estudios revisados se observan tasas de adherencia de entre el 43 hasta el 100% para el grupo de intervención. Esto determina una mayor adherencia de ACT en formato en grupo con respecto al resto de posibilidades terapéuticas y supone otra evidencia que fundamenta su posibilidad como tratamiento. Un aspecto igualmente llamativo fue la adherencia para el grupo control que osciló entre el 83 y el 100%. Estos porcentajes tan elevados podrían explicarse porque algunos grupos control no recibieron intervención y su participación basó únicamente en la evaluación, cosa que facilita la colaboración (Blevins et al., 2011; Bluett, 2017; Braekkan, 2006; Casselman y Pemberton, 2015; Wharton et al., 2019; Willians, 2007).

Otro aspecto a tener en cuenta y que respalda el potencial de aplicación de ACT a este trastorno fue la flexibilidad de los entornos en los que se llevaron a cabo los estudios. Mientras que la mayoría de los tratamientos se aplican en unidades de salud mental

especializadas o de forma privada, los estudios que componen esta revisión fueron llevados a cabo en un contexto ambulatorio, en clínicas especializadas y en una sala de reuniones de la Guardia Nacional de Arkansas. A estos contextos diversos acuden habitualmente los veteranos, cosa que potencia su optimismo como tratamiento (Blevins et al., 2011; Bluett, 2017; Braekkan, 2006; Casselman y Pemberton, 2015; Wharton et al., 2019; Willians, 2007).

Del mismo modo, la heterogeneidad de las características de los participantes de cada uno de los grupos, así como la heterogeneidad en cuanto a la aplicación del tratamiento (la mayoría de protocolos fueron una adaptación de protocolos destinados a estudios de caso), su estructuración, el número de sesiones y la duración de las mismas evidencia la efectividad y la adaptabilidad del tratamiento grupal de ACT y esto es de gran relevancia debido a que facilita un mayor cumplimiento de las prestaciones clínicas (con esto nos referimos a que si hay flexibilidad y no es tan necesario ceñirse a especificidades en cuanto al proceso de aplicación, podría ser más sencillo responder con efectividad a los requerimientos de las personas que solicitan este tratamiento y lograr mayor número de mejoras en los mismos, cosa que a su vez, sería beneficioso para los propios estados a nivel económico) (Blevins et al., 2011; Bluett, 2017; Braekkan, 2006; Casselman y Pemberton, 2015; Wharton et al., 2019; Willians, 2007). Concretamente, fueron llamativos los resultados beneficiosos del estudio de Blevins et al. (2011) en un contexto fuera del ámbito clínico y donde se aplicó ACT en un formato de taller de grupo con una duración de solo dos horas. Esto da lugar al planteamiento de cuestiones sobre si el uso de un formato corto y de grupo podría servir como una forma de introducir el tratamiento de forma no estigmatizante a poblaciones diagnosticadas con TEPT o incluso, como propuesta para el mantenimiento de los resultados a lo largo del tiempo.

Convendría resaltar que en uno de los estudios en el que el grupo control consistió en la aplicación de todos los componentes de ACT, exceptuando el yo como contexto, se obtuvieron resultados igualmente positivos (Willians, 2007). Sin embargo, en otro, donde el grupo de tratamiento recibió todos los componentes menos los relativos a la clarificación de valores y la acción comprometida, los resultados fueron negativos (Braekkan, 2006). Esto nos plantea la cuestión de si realmente todos los componentes son igual de importantes o si algunos son más determinantes a la hora de lograr resultados positivos en la aplicación de la terapia en formato grupal en veteranos con TEPT (Braekkan, 2006).

Derivado de todo lo anterior, vemos que hay más alternativas para afrontar la psicopatología que una perspectiva centrada en la erradicación de aquellos pensamientos que nos generan malestar y sufrimiento. Ante la dificultad de eliminarlos y con el riesgo que conlleva intentar controlarlos (podría derivar en una mayor frecuencia de los mismos), ACT

propone su afrontamiento desde el cambio en la manera de reaccionar ante ellos y sitúa la eficacia terapéutica en la implicación activa y comprometida hacia el cumplimiento de los valores personales, dejando a un lado la reducción de la sintomatología. Dicho en otras palabras, pretende que la persona se mueva a partir del refuerzo positivo que otorga el cumplimiento de aquello que realmente es importante para él como persona y a partir de ahí, tal y como demuestran los estudios se producirá una mejoría en la sintomatología del trastorno (Hayes, 2004; Hayes et al., 2006; Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). Quizás por esta misma razón, en el estudio de Braekkan (2006), los resultados no fueron los esperados ya que los pilares en el que se fundamenta la teoría, como son los valores y el compromiso por cumplirlos, no se habían aún puesto en práctica y esto pudo hacer que el resto de componentes perdieran su sentido. En cualquier caso, esto habría que investigarlo en profundidad.

Igualmente, los resultados de la presente revisión demuestran la importancia de que la terapia se enfoque de modo holístico. En el caso de Casselman y Pemberton (2015), el estudio se centró en el componente de ACT de clarificación de valores y en hacer conscientes a los participantes de la valía de la relación con sus hijos y de la importancia de ser el mejor padre que se pudiera ser. Los resultados mostraron que aunque los niveles de sintomatología del TEPT se mantuvieron, la mejora de la aceptación y la flexibilidad psicológica llevaron a una disminución en el nivel de angustia por los síntomas y la disfunción psicológica. Por ello, se intuye que incluir elementos transversales en el tratamiento del trauma, podría reducir el sufrimiento y aumentar la motivación para ser activo en la consecución de los objetivos vitales, mediando con los síntomas del trastorno.

Al margen de los procesos de cambio abordados por los componentes de ACT, parece que el formato de grupo también adquiere un papel relevante a la hora de aplicar el tratamiento. Se considera que las intervenciones grupales aportan propiedades que otras formas terapéuticas no permiten y que son ideales para el trabajo con poblaciones como la de los veteranos de guerra. Entre esta población existe una tendencia a la negación para solicitar ayuda psicológica así como una renuncia a someterse tratamiento terapéutico (Blevins et al., 2011). Sean cuales sean los motivos, el formato de grupo permite que la estigmatización se deje a un lado. Esto se consigue gracias al sentido de universalidad que proporcionan los grupos, gracias al contexto social que permite a los individuos comparar y empatizar con sus propias experiencias de guerra y postdespliegue y con las de los demás. Asimismo, permite que los veteranos conozcan nuevas perspectivas desde donde analizar sus eventos traumáticos. El aumento de la cohesión y el apoyo entre los miembros facilita la expresión de

los afectos reprimidos y el compartir sus preocupaciones pasadas y futuras (Galloucis y Kaufman, 1988). Esta conclusión parece respaldada por las entrevistas postratamiento recogidas en algunos de los estudios de esta revisión (Casselman y Pemberton, 2015; Wharton et al., 2019) y en los niveles de adherencia que muestran los participantes a los tratamientos (Blevins et al., 2011; Bluett, 2017; Braekkan, 2006; Casselman y Pemberton, 2015; Wharton et al., 2019; Willians, 2007).

Teniendo en cuenta estrictamente los resultados de los estudios y el hecho de que la gran mayoría de los veteranos diagnosticados con TEPT presentan otro tipo de problemas que no pueden ser abordados con la exposición, podríamos considerar a ACT como un tratamiento integral para el TEPT, que proporciona resultados clínicos prometedores (Blevins et al., 2011; Bluett, 2017; Braekkan, 2006; Casselman y Pemberton, 2015; Wharton et al., 2019; Willians, 2007).

Aunque los resultados sean positivos de cara a la aplicación de ACT, es importante señalar algunas limitaciones que presenta la investigación hasta el momento. La primera de ellas va en relación a la escasez de literatura sobre la aplicación de ACT en formato de grupo para el TEPT en veteranos de guerra. La evidencia es mayor si nos centramos en estudio de caso. De todas formas, hasta la fecha, la evidencia es mucho mayor para la TCC. Al mismo tiempo, habría que señalar que la información acumulada hasta el momento procede de estudios preliminares con un pobre control metodológico, donde o bien no hay grupos control o, cuando los hay, no hay asignación aleatoria de los participantes a los grupos. En el caso de esta revisión, solo tres de los seis estudios contaba con grupo control. En uno de ellos (Blevins et al., 2011), se compara una población diagnosticada con TEPT que recibe tratamiento frente a otra que no lo recibe para observar los cambios. En otro (Braekkan, 2006), el grupo control corresponde a una muestra de población general no diagnosticada con TEPT ni con ningún otro tipo de trastorno. En el último de los estudios (Williams, 2007), el grupo control está formado por una muestra diagnosticada con TEPT a la que no se le aplican todos los componentes de ACT. La falta de grupos control equivalentes, y la inexistencia de grupos de control a los que les aplicaran tratamientos activos, impidió la valoración real del impacto del tratamiento de ACT en relación con el curso natural del TEPT a largo plazo o la comparación con otros tratamientos con fuerte evidencia empírica. En uno de los estudio (Braekkan, 2006), los investigadores no especificaron con claridad por qué se toma la decisión de establecer un grupo control con ciudadanos sin ningún diagnóstico clínico, ni tiene sentido que se realice bajo el argumento de observar si con ACT el margen de mejora se igualaría a la población no clínica. En otro (Williams, 2007), los investigadores tampoco especificaron por

qué se decidió llevar a cabo un grupo control en el que se aplica todo ACT menos el componente de “yo como contexto”. Otra limitación es que los estudios que enfocan el tratamiento de manera holística, es decir, abordando los aspectos comórbidos, disfuncionales y de calidad de vida que acompañan al TEPT son escasos. Por último, la falta de un protocolo estandarizado para la aplicación de ACT en formato grupo dificulta la generalización de los resultados (Blevins et al., 2011; Bluett, 2017; Braekkan, 2006; Casselman y Pemberton, 2015; Wharton et al., 2019; Willians, 2007).

Dicho esto, las futuras líneas de investigación deberán centrarse en acumular datos empíricos, con un mayor control metodológico que permitan la generalización de resultados. Para ello, sería necesario contar con grupos controles equivalentes y que la asignación a los grupos tanto de intervención como control se lleve a cabo de manera aleatorizada para poder concluir que es la aplicación de ACT en formato de grupo y no otras variables las que contribuyen a los resultados del tratamiento. De igual forma, sería necesario intentar determinar qué papel cumple el formato grupal dentro de ACT para evaluar la efectividad del tratamiento sobre los resultados principales y los procesos de cambio. En este sentido se podrían comparar aplicaciones grupales e individuales. También se requeriría un mayor análisis de cada uno de los componentes de ACT para comprobar su impacto en el cambio experimentado por los participantes y la reducción de la sintomatología del TEPT. Igualmente, es necesario diseñar estudios que comparasen ACT con otras formas de tratamiento activo como exposición o formas más complejas de TCC, para comprobar si es la aceptación y la implicación activa y comprometida hacia los valores personales o es la tolerancia en presencia del miedo lo que crea un aprendizaje más sólido. También, sería importante la creación de un protocolo grupal que permitiera un uso estandarizado. Junto con ello, recomendaría seguir ampliando los contextos en los que se aplica el tratamiento y explorar si un formato grupal y de duración breve podría resultar eficaz para mantener los resultados a largo plazo (Blevins et al., 2011; Bluett, 2017; Braekkan, 2006; Casselman y Pemberton, 2015; Wharton et al., 2019; Willians, 2007). En resumen, son muchas las cuestiones abiertas hasta el momento y la investigación futura deberá dirigirse a ir abatiendo poco a poco todos estos frentes.

5. REFERENCIAS.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Editorial Médica Panamericana.
- Blevins, D., Roca, J. V., y Spencer, T. (2011). Life Guard: Evaluation of an ACT-Based Workshop To Facilitate Reintegration of OIF/OEF Veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1037/a0022321>
- Bluett, E. J. (2017). *Effectiveness of acceptance and commitment therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder and moral injury* [Tesis doctoral, Universidad de Utah]. ProQuest
- Braekkan, K. C. (2006). *An Acceptance and Commitment Therapy Intervention for Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: Preliminary Outcomes of a Controlled Group Comparison* [Tesis doctoral, Universidad de Spalding]. https://contextualscience.org/publications/an_acceptance_and_commitment_therapy_intervention
- Bramsen, I., y van der Ploeg H. M. (1999). Use of medical and mental health care by World War II survivors in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 243–261. <https://doi.org/10.1023/A:1024720324688>
- Byrne, S. P., Harpaz – Rotem, I., Tsai, J., Southwick, S. M., y Pietrzak, R. H. (2019). Latent typologies of DSM -5 PTSD symptoms in U.S. military veterans. *Psychiatry Research*, 273, 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.094>
- Casselman, R. B., y Pemberton, J. R. (2015). ACT-Based Parenting Group for Veterans With PTSD: Development and Preliminary Outcomes. *The American Journal of Family Therapy*, 43(1), 57-66. <https://doi.org/10.1080/01926187.2014.939003>
- U.S. Department of Veterans Affairs (2021). *When a Child's Parent has PTSD*. Recuperado de https://www.ptsd.va.gov/family/effect_parent_ptsd.asp
- Engelbrecht, A., Burdett, H., Silva, M. J., Bhui, K., y Jones, E. (2018). The symptomatology of psychological trauma in the aftermath of war (1945–1980): UK army veterans, civilians and emergency responders. *Psychological Medicine*, 49(5), 811-818. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001460>
- Galloucis, M., y Kaufman, M. E. (1988). Group therapy with Vietnam veterans: A brief review. *Group*, 12(2), 85–102. <https://doi.org/10.1007/BF01419929>

- Gates, M., Holowka, D., Vasterling, J., Keane, T., Marx, B., y Rosen, R. (2012). Posttraumatic Stress Disorder in Veterans and Military Personnel: Epidemiology, Screening, and Case Recognition. *Psychological Services*, 9(4), 361-382. <https://doi.org/10.1037/a0027649>
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: an easy-to-read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behaviour Therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change*. The Guilford Press.
- Hefner, K., y Rosenheck, R. (2019). Multimorbidity among Veterans Diagnosed with PTSD in the Veterans Health Administration Nationally. *Psychiatric Quarterly*, 90(2), 275-291. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09632-5>
- Hernán Santacruz, O., y Muñoz Zúñiga, J. F (Eds.). (2014). *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial* (1st ed.). Ediciones Uniandes. <http://www.jstor.org/stable/10.7440/j.ctt19jchzz>
- Ikin, J. F., Sim, M. R., McKenzie, D. P., Horsley, K. W., Wilson, E. J., Moore, M. R., Jelfs, P., Harrex, W. K., y Henderson Scott. (2007). Anxiety, post-traumatic stress disorder and depression in Korean War veterans 50 years after the war. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 475–483. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025684>
- Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K. Y., y Murphy, F. M. (2003). Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Fatigue Syndrome-like illness among Gulf War Veterans: A population-based survey of 30,000 Veterans. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 141-148. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf187>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Knowles, K. A., Sripada, R. K., Defever, M., y Rauch, S. A. M. (2019). Comorbid mood and anxiety disorders and severity of posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-

- seeking veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(4), 451–458. <https://doi.org/10.1037/tra0000383>
- Kulka, R. A., Schlegner, W. S., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., y Wiess, D. S. (1988). *Contractual Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study: Volume 1. Executive Summary, Description of Findings and Technical Appendices*. Research Triangle Institute. <https://ntrl.ntis.gov/NTRL/dashboard/searchResults/titleDetail/PB90164203.xhtml>
- Luciano Soriano, M. C., y Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Marmar, C. R., Schlenger, W., Henn-Haase, C., Qian, M., Purchia, E., Li, M., Corry, N., Williams, C. S., Lin Ho, C., Horesh, D., Inge Karstoft, K., Shalev, A., y Kulka, R. A. (2015). Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*. 72(9), 875–881. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0803>
- Páez Blarrina, M., Gutiérrez Martínez, O., Valdivia Salas, S., y Luciano soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., y Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456–465. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Ramchand, R., Rudavsky, R., Grant, S., Tanielian, T., y Jaycox, L. (2015). Prevalence of, risk factors for, and consequences of posttraumatic stress disorder and other mental health problems in military populations deployed to Iraq and Afghanistan. *Current Psychiatry Reports*, 17(5), 37-. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0575-z>
- Rey, C. (2004). LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT): SUS APLICACIONES Y PRINCIPALES FUNDAMENTOS CONCEPTUALES, TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS. *Suma Psicológica*, 11(2), pp 267-284.
- Richarson, L. K., Frueh, B. C., y Acierno, R. (2010). Prevalence Estimates of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: Critical Review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 44, 4–19. <https://doi.org/10.3109/00048670903393597>

- Samaan, M., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Pontow, I. M., Pakenham, K., y Fydrich, T. (2021). A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. *Psychotherapy Research*, 31(3), 372-385. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1802080>
- Tanielian, T., y Jaycox, L. (Eds.). (2008). *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*. RAND Corporation.
- Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., y Fontenelle, L. F. (2020). Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Systematic Review and MetaAnalysis for Mental Health Outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492-507. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.002>
- Walser, R. D., y Hayes, S. C. (2006). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Theoretical and Applied Issues. En V. C. Follette y J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive – Behavioural Therapies for Trauma* (pp. 146-172). The Guilford Press.
- Walser, R. D., y Westrup, D. (2007). *Acceptance & Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder & Trauma-Related Problems: A Practitioner's Guide to Using Mindfulness & Acceptance Strategies*. New Harbinger.
- Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K., y Walser, R. D. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.006>.
- Williams, L. M. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy: An example of third-wave therapy as a treatment for Australian Vietnam War veterans with Posttraumatic Stress Disorder* [Tesis de maestría, Universidad de Charles Sturt]. https://contextualscience.org/publications/acceptance_and_commitment_therapy_an_example_of_th
- Yepes Nuñez, J. J., Urrútia, G., Romero García, M., y Alonso Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>