

Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal breve para trastornos de ansiedad

Alumno: Javier Manchón López

Tutoras: María José Quiles Sebastián y Yolanda Quiles Marcos



Resumen: El fin de este estudio fue comprobar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal breve para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, así como analizar la relación de la flexibilidad psicológica con la ansiedad, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud. La muestra estuvo compuesta por nueve pacientes (55.56% mujeres) de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Crevillent (Alicante). La edad media del grupo fue de 37 años ($DT = 13.08$). El tratamiento consistió en un taller de seis sesiones semanales, de 90 minutos de duración. Los participantes completaron medidas de ansiedad-rasgo, depresión, calidad de vida relacionada con la salud y flexibilidad psicológica. Los resultados indicaron que el tratamiento fue efectivo, obteniendo cambios estadísticamente significativos y con un tamaño del efecto elevado en las cuatro variables de interés. La flexibilidad psicológica correlacionó positivamente con calidad de vida relacionada con la salud, y negativamente con sintomatología ansiosa y depresiva.

Abstract: The purpose of this study was to assess the effectiveness of a brief group-based form of Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of anxiety disorders and to analyze the relationship between psychological flexibility and anxiety, depression and health-related quality of life. The sample consisted of nine patients (55.56% women) from the Mental Health Unit, from Health Center of Crevillent (Alicante). The average age was 37 years ($SD = 13.08$). The treatment consisted of six weekly group sessions of 90 minutes. Participants completed measures of trait anxiety, depression, health-related quality of life and psychological flexibility. The results showed that the treatment was effective, making statistically significant changes with a high effect size in the four variables of interest. Psychological flexibility positively correlated with health-related quality of life, and negatively with anxiety and depression symptoms.

En la actualidad, los trastornos de ansiedad son el trastorno mental más común y tienen importantes consecuencias en nuestra sociedad. En España, según datos del ESEMeD (Haro et al., 2006), la prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad era del 9.3%, representando casi la mitad del total de los trastornos mentales (19.46%). Además, la prevalencia-año se estimó en 6.2% (de un total de 8.48%). En estudios posteriores se estimó que más de seis millones de personas en España padecían algún trastorno de ansiedad (Gustavsson et al., 2011) y, a partir de datos del Global Burden of Disease realizado en 2010, se calculó que los trastornos de ansiedad causaban el 2.39% de los años vividos con discapacidad (Lara et al., 2015).

En cuanto a sus consecuencias económicas, atendiendo a datos del 2010, se estimó que el coste de los trastornos de ansiedad en España era de 1661€ por paciente, teniendo en cuenta costes directos e indirectos, lo que se traduciría en 10365 millones de euros de gasto público. En conjunto, todos los trastornos mentales y enfermedades neurológicas supondrían un 8% del PIB español (Parés-Badell et al., 2014). El gasto económico ha aumentado en los últimos años, lo que podría estar causado por el aumento de la prevalencia de los trastornos y el mayor uso de medicación. Según datos de la última Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud el tratamiento suministrado más frecuentemente fue el farmacológico, solo o en combinación con alguna intervención psicológica (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Frente a la mayor medicalización de los trastornos de ansiedad, la terapia psicológica, más específicamente la cognitivo-conductual, se ha mostrado como una alternativa más eficaz y eficiente, y es considerada como el tratamiento de primera elección por instituciones como el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014).

Una posible forma de abordar el tratamiento psicológico es siguiendo un enfoque grupal. Los estudios sobre la eficacia de la intervención psicológica grupal permiten considerar este formato como una alternativa eficaz para los trastornos de ansiedad (Lidbeck, 2003; McEwen, West y McRobbie, 2006; Sharp, Power y Swanson, 2004; citados por Segarra, Farriols y Palma, 2011). Además, se trata de una opción eficiente, puesto que permite atender a un mayor número de personas y con mayor frecuencia frente al formato individual. En España existen numerosos ejemplos de aplicación psicológica grupal que se han puesto a prueba en entorno público, tales como las experiencias encontradas en duelo (Sanz, García y Carbajo, 2014; Espinosa, Campillo, Garriga y Martín, 2015), pacientes con somatizaciones (Sánchez-García, 2014), trastorno de pánico (Prats et al., 2014), adolescentes con problemas emocionales (Padilla y Jiménez, 2014), dolor crónico (van-der Hofstadt et al., 2012) y trastornos de ansiedad (Segarra, Farriols, Palma, Segura y Castell, 2011), entre otros. En este último se realizó un tratamiento grupal para trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de pánico con y sin agorafobia, y trastornos adaptativos) de 20 sesiones semanales, 90 minutos de duración y diseño cuasiexperimental. Los resultados arrojaron tamaños del efecto moderados en reducción de sintomatología depresiva ($d = 0.39$) y ansiosa ($d = 0.44$) y un tamaño del efecto pequeño en los cambios que encontraron en ansiedad rasgo ($d = 0.22$).

En los últimos 20 años han aparecido nuevos enfoques teóricos para abordar el tratamiento psicológico: las llamadas terapias de tercera generación. Dentro de ellas, podríamos resaltar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como una de las más prometedoras e interesantes (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014).

Sobre ACT cabe destacar que forma parte de la terapia cognitivo-conductual, pero al mismo tiempo contiene características muy distintivas (Ruiz, 2012). No es

únicamente una tecnología específica, sino que se trata de un nuevo enfoque de intervención psicológica. Tal como ocurre con otras terapias de tercera generación, nos encontramos con un cambio de paradigma en el que, más que centrarse en cambiar los eventos psicológicos (o eliminar síntomas), se persigue cambiar la función de sus eventos y la relación de las personas con ellos a través de técnicas como la aceptación, la defusión y el mindfulness (Teasdale, 2003; citado por Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). A nivel teórico, ACT sigue la estela del modelo conductual clásico (es decir, de las terapias de primera generación), añadiendo un enfoque contextual. Asimismo, abraza una filosofía contextual de la ciencia, una teoría básica del lenguaje y la cognición, y una teoría aplicada de la psicopatología y el cambio psicológico. Sus raíces teóricas las encontramos en la Teoría del Marco Relacional (RFT en sus siglas en inglés: Relational Frame Theory), que ha sido empleada para explicar la aparición de psicopatología. Así, los autores han situado como origen de la psicopatología la forma en la que el lenguaje y la cognición interactúan con contingencias directas hasta generar la incapacidad de persistir o cambiar el comportamiento al servicio de metas valiosas a largo plazo. El resultado final sería la inflexibilidad psicológica, proceso diana que ACT pretende modificar a través del modelo de flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2006). Los seis procesos clave en los que se articula la teoría de la flexibilidad psicológica, y su correspondencia con la inflexibilidad, se encuentran en la Tabla 1.

Los conceptos en los que se basa la teoría de ACT se han visto respaldados por diferentes estudios. En diversos análisis correlacionales, citados por Ruiz (2010), se ha encontrado que el constructo de evitación experiencial (y aceptación o flexibilidad psicológica, en su polo opuesto) se relacionaba prácticamente con todos los síntomas psicológicos y correlacionaba negativamente con calidad de vida y medidas generales

de salud. Entre estas correlaciones, destacamos las detectadas con sintomatología depresiva ($r = .37$ a $r = .77$) y sintomatología ansiosa ($r = .16$ a $r = .76$; Ruiz, 2012).

Tabla 1. Procesos de la teoría de flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2006).

Proceso de flexibilidad (e inflexibilidad)	Descripción
Aceptación (Evitación experiencial)	Acogimiento activo y consciente de los eventos privados causados por la historia de uno mismo, sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma.
Defusión cognitiva (Fusión cognitiva)	Técnicas dirigidas a intentar cambiar la relación con los pensamientos y a alterar las funciones indeseables de pensamientos y otros eventos privados (sin cambiar frecuencia o forma). El resultado de la defusión es la reducción de credibilidad del pensamiento, o del apego/fusión a los eventos privados.
Yo como contexto (Vinculación al yo conceptual)	Self entendido como un contexto para el conocimiento verbal, y no como el contenido del conocimiento. Consciencia de las propias experiencias sin fusionarse con ellas.
Atención al momento presente (Atención rígida, bajo autoconocimiento, pasado conceptualizado y futuro temido)	Contacto libre de juicios, momento a momento, con los eventos psicológicos y ambientales. El objetivo es experimentar el mundo más directamente, de manera que el comportamiento sea más flexible y, por tanto, las acciones sean más consistentes con sus valores.
Valores (Quiebra de valores, o predominio de “valores” de conformidad, fusión y evitación)	ACT ayuda a elegir direcciones vitales valiosas mientras debilita los procesos verbales que pueden llevar a elecciones basadas en la evitación, en el plegamiento social o la fusión. Los procesos de aceptación, defusión, atención al momento presente y yo como contexto no son fines en sí mismos, sino que se emplean para obtener una vida más consistente con los valores.
Compromiso con la acción (Inactividad, impulsividad o evitación persistentes)	Desarrollo de patrones de acción relacionados con los valores elegidos. Se pretende conseguir que se realicen metas concretas en cuanto a cambio conductual, ya sean éstas a corto, medio o largo plazo. El cambio conductual dirige a entrar en contacto con las barreras psicológicas abordadas en los otros procesos mencionados.

En cuanto a la aplicación de ACT como tratamiento, se ha puesto a prueba en psicología clínica y psicología de la salud con buenos resultados y en diversas áreas,

con tamaños del efecto elevados en general (Ruiz, 2010). Se ha comprobado su eficacia en diversos trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad social, estrés postraumático y trastorno de pánico), y los datos preliminares apoyarían la noción de que el modelo ACT puede ser apropiado para conceptualizar y, por consiguiente, tratar estos trastornos (Sharp, 2012).

Respecto a la comparación de la eficacia de ACT con la terapia cognitivo-conductual (TCC), el meta-análisis realizado por Ruiz (2012) indicó un tamaño del efecto pequeño-medio en beneficio de ACT sobre TCC ($g_+ = 0.40$, IC de 95%, de 0.16 a 0.64), aunque no parecían existir diferencias significativas en depresión ($g_+ = 0.27$) y ansiedad ($g_+ = 0.14$).

En un reciente meta-análisis que comparaba la eficacia de ACT con TCC en ansiedad y depresión, llevado a cabo por Hacker, Stone y MacBeth (2016), los datos señalaron que existían diferencias entre ACT y condiciones de control como la lista de espera, al menos, con un tamaño del efecto medio ($d = 0.45$ a $d = 0.95$ en ansiedad; $d = 0.54$ a $d = 0.94$ en depresión) a favor de ACT. No obstante, también se indicó que no parece haber diferencias entre ACT y TCC. Los autores resaltaron que sería importante tener en cuenta que la investigación se ha enfocado desde la reducción de síntomas, y que éste no es el objetivo primario del tratamiento ACT, sino que pretende mejorar la flexibilidad psicológica y, por tanto, deberían analizarse otros constructos consistentes con esta terapia. En este sentido, puede que ACT tenga más efecto en calidad de vida y sintomatología depresiva. Por último, tanto Hacker et al., como Ruiz (2012) coincidieron en que algunas características metodológicas de los estudios debían ser mejoradas y, por tanto, los resultados debían ser tomados con cautela.

Centrándonos en el tratamiento de la ansiedad desde ACT, éste puede llevarse a cabo de diferentes maneras, enfocando la terapia a alguno de los seis procesos concretos

que se han descrito anteriormente. Aún así, en un intento de tratar de manera unificada los distintos trastornos de ansiedad, el equipo de Eifert et al. (2009) ha desarrollado un protocolo de tratamiento dividido en tres fases:

Fase 1: Crear un contexto de aceptación del malestar provocado por la ansiedad.

Fase 2: Identificar los valores de los clientes y enseñar técnicas para construir patrones de conducta más flexibles cuando aparezca la ansiedad.

Fase 3: Concretar acciones relacionadas con los valores definidos en la fase anterior, y que los clientes se involucren en estas actividades, trabajando en terapia con las posibles barreras que perciban para realizarlas, entendiendo que la ansiedad puede aparecer de manera normal al involucrarse en ellas.

Finalmente, en referencia a las aplicaciones en formato grupal de ACT, podemos destacar las distintas problemáticas en las que se ha aplicado, recogidas en la Tabla 2.

Tabla 2. Aplicaciones de ACT en formato grupal.

Problemática	Autores
Trastornos de personalidad resistente a tratamiento	Chakhsi, Janssen, Pol, Dreumel y Westerhof, 2015
Grupo heterogéneo resistente a tratamiento	Clarke, Kingston, Wilson, Bolderston y Remington, 2012
Trastorno límite de la personalidad	Morton, Snowdon, Gopold y Guymer, 2012
Fobia/ansiedad social	Ossman, Wilson, Storaasli y McNeill, 2006 Craske et al., 2014 Golden, 2014
Trastorno obsesivo-compulsivo	Foret, 2012
Dolor crónico	McCracken y Gutiérrez-Martínez, 2011 McCracken, Sato y Taylor, 2013
Comportamiento agresivo	Zarling, Lawrence y Marchman, 2015
Cuidadores de familiares con demencia	Losada et al., 2015
Padres de niños diagnosticados de autismo	Kowalkowski, 2013

El objetivo de este estudio fue comprobar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal breve para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en un entorno de sanidad pública, así como analizar la relación de la flexibilidad psicológica con la ansiedad, la depresión y la calidad de vida.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Reducir la sintomatología ansiosa y depresiva de los participantes.
- Mejorar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud de los participantes.
- Mejorar la flexibilidad psicológica de los participantes.
- Evaluar la relación entre flexibilidad psicológica y las variables ansiedad, depresión y calidad de vida.

Las hipótesis que se desprendieron de los objetivos anteriores fueron las siguientes:

- La intervención reducirá la sintomatología ansiosa y depresiva y mejorará los niveles de calidad de vida y flexibilidad psicológica.
- La flexibilidad psicológica se relacionará con menores niveles de ansiedad y depresión, y con una mejor calidad de vida.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por pacientes de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Crevillent, del Hospital Universitario Vinalopó. Todos ellos fueron diagnosticados previamente de trastornos de ansiedad a través de una entrevista semiestructurada en consulta individual con la psicóloga del centro. Si cumplían con este criterio, eran invitados a participar en el taller. De 18 personas invitadas,

comenzaron el taller 15. Aunque 12 de ellos participaron activamente, sólo nueve cumplieron las medidas de evaluación en la primera y última sesión, y ocho de ellos acudieron al seguimiento previsto. Se trató, además, de un muestreo intencional.

De estos nueve sujetos, cinco eran mujeres. La edad media del grupo fue de 37 años ($DT = 13.08$), siendo el rango de edad de 19 a 58. En cuanto a su estado civil, tres de ellos eran solteros y seis estaban casados o cohabitaban con su pareja. En lo que respecta a su nivel de estudios, una persona completó sus estudios secundarios, seis tenían formación profesional y las dos restantes, estudios universitarios.

Variables e instrumentos

State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Cuestionario que comprende dos subescalas de ansiedad: estado (STAI-E) y rasgo (STAI-R). Cada una de ellas consta de 20 ítems, con una escala de respuesta de 0 (*Nada/Casi nunca*) a 3 (*Mucho/Casi siempre*). A mayor puntuación obtenida, mayor será la ansiedad-estado o ansiedad-rasgo. Podemos destacar su buena consistencia interna (entre $\alpha = .90$ y $\alpha = .93$ en la ansiedad-estado y entre $\alpha = .84$ y $\alpha = .87$ la ansiedad-rasgo). En este estudio sólo se empleó la medida de ansiedad-rasgo.

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck et al., 1996; adaptado a población española por Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Cuestionario de 21 ítems que evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada ítem, la persona debe elegir entre cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad, la afirmación que mejor describe cómo se ha sentido durante la última semana. La puntuación directa de los ítems oscila de 0 a 3, y la puntuación total se obtiene de la suma de los 21 ítems. Permite clasificar a las personas en diferentes rangos de depresión: Mínima (0-13), Leve

(14-19), Moderada (20-28) y Grave (29-63). Este cuestionario presenta un α de Cronbach igual a .87.

Cuestionario de Salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992; adaptado a población española por Alonso, Prieto y Antó, 1995). Consta de 36 ítems que valoran estados positivos y negativos de la salud física y mental, que forman ocho factores con los que se obtiene una puntuación global. La puntuación puede oscilar entre 0 y 100. La consistencia interna de sus escalas se encuentra entre $\alpha = .78$ y $\alpha = .96$.

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-9; Hayes et al., 2000; adaptado a población española por Barraca, 2004). Consta de nueve ítems con una escala de respuesta de 1 (*nunca verdad*) a 7 (*siempre verdad*). A mayor puntuación indica mayor evitación experiencial y, en el polo opuesto, unas puntuaciones bajas indicarían altos niveles de flexibilidad psicológica. Su consistencia interna es de .74. El cuestionario permite distinguir entre población clínica y normal, además de mostrar correlaciones con otras medidas como STAI ($r = .76$) y BDI ($r = .74$). Es sensible al tratamiento psicológico.

Registro de tareas. Se ha registrado adicionalmente la realización de las actividades que se propusieron a lo largo del taller. Por cada actividad realizada, se suma un punto. La puntuación resultante puede oscilar entre 0 (*ninguna actividad*) a 8 (*todas las actividades realizadas*).

Descripción de la intervención

El contenido de las sesiones se detalla en la Tabla 3. Todas las sesiones a partir de la segunda comenzaron con una rueda inicial, en la que los participantes contaban cómo les había ido la semana y se comentaban los contenidos de la sesión anterior. Seguidamente, se realizaba un ejercicio breve de atención al momento presente, llamado

“escaneo corporal”. En cuanto al abordaje de los seis procesos clave de la teoría de la flexibilidad psicológica, se fueron introduciendo paulatinamente a lo largo de las distintas sesiones. En la primera sesión se introdujo la aceptación; en la segunda, la atención al momento presente; en la tercera, yo como contexto y defusión; en la cuarta, los valores y, en la quinta, el compromiso con la acción. Todos los conceptos, metáforas y ejercicios planteados fueron extraídos de los manuales de Wilson y Luciano (2008) y Hayes et al. (2014).

Tras comprobar en la quinta sesión que el contenido referente al asesoramiento en valores generó dudas concretas a nivel personal, se realizó una breve sesión individual de 30 minutos con el fin de que cada uno de los participantes pudiera consultar sus dudas. Destacar que, a través de esta tarea, y ya que todos los participantes mostraron interés en mejorar sus relaciones interpersonales, en la última sesión se les hizo entrega de material de asertividad.

Procedimiento

El taller fue dirigido por la psicóloga del centro y el alumno en prácticas. Se realizaron seis sesiones de frecuencia semanal, de 90 minutos de duración, a excepción de la última, que duró dos horas. También se realizó una sesión individual de 30 minutos tras la quinta sesión. Por último, se reunió a los participantes al mes de finalizar el taller para realizar un seguimiento.

Las evaluaciones se llevaron a cabo en la sesión inicial (empleando los cuestionarios STAI, BDI, SF36 y AAQ9), en la sesión final (usando los instrumentos anteriores además de un cuestionario de satisfacción con la intervención) y en el seguimiento al mes (los mismos instrumentos utilizados en la sesión inicial).

Tabla 3. Descripción de las sesiones

Sesión	Contenido y objetivos
1	<ul style="list-style-type: none">- Presentaciones, ejercicio de romper el hielo (presentarse por parejas)- Informar acerca de la confidencialidad, consentimiento informado y normas del grupo- Cumplimentación de los cuestionarios de evaluación- Contenido psicoeducativo: definición de ansiedad, identificación de manifestaciones físicas y psicológicas, explicación de su mecanismo y normalización del mismo- Introducción de los conceptos “dolor limpio” y “dolor sucio”
2	<ul style="list-style-type: none">- Puesta en común de estrategias empleadas en el control de la ansiedad, con el fin de ilustrar la inutilidad de las mismas para eliminar la ansiedad- Ejemplos y exposición de la inutilidad del control de las vivencias internas: metáforas del polígrafo y de “¿Cuáles son los números?”- Entrega del resumen de la sesión 1 con ejercicios para casa
3	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de los modos mentales contemplativo y de solución de problemas- Ejercicio de escaneo corporal combinado con ejercicio del “yo observador”- Explicación del funcionamiento mental y del lenguaje mental negativo- Ejercicio para detectar pensamientos automáticos problemáticos y propuesta de etiquetado
4	<ul style="list-style-type: none">- Ejercicio “¿Qué vas a hacer con las llaves?”- Ejercicio de distinción entre evaluación y descripción- Explicación de las tareas para casa: ejercicio de argumentos vitales, ejercicios de desliteralización del lenguaje, entrega de la hoja de asesoramiento en valores, otras propuestas de ejercicios de atención- Metáfora del escalador- Entrega del resumen de la sesión y de ejercicios para casa
5	<ul style="list-style-type: none">- Ejercicio de repetir palabras durante un minuto (“Jamón, jamón, jamón”)- Repaso de la hoja de asesoramiento en valores- Planteamiento de posibles metas referidas a los valores- Metáforas de “esquiar” y de “todo el camino es escalar”
Sesión individual de asesoramiento en valores	<ul style="list-style-type: none">- Revisión de la hoja de asesoramiento en valores, con el fin de corregir direcciones vitales mal planteadas y de consensuar objetivos- Valoración de la importancia de cada área vital para el participante y de los obstáculos que pudiera haber para cumplir con sus direcciones vitales valiosas
6	<ul style="list-style-type: none">- Entrega del material de asertividad- Recuerdo de las metáforas de “esquiar” y de “todo el camino es escalar”- Cumplimentación de la evaluación post-tratamiento y cuestionario de satisfacción con el taller

Tipo de diseño

Se trata de un diseño cuasiexperimental de grupo único con tres evaluaciones: pre-intervención, post-tratamiento y seguimiento al mes.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 23. Para realizar el análisis de relaciones se empleó el análisis de correlación de Pearson y para la comparación de medias, la *t* de Student para muestras relacionadas.

Resultados

En primer lugar se exploraron los estadísticos descriptivos de las distintas variables. Las puntuaciones medias, así como las desviaciones típicas, se encuentran en la Tabla 4. En el momento inicial, la muestra se encontraba en los percentiles altos de ansiedad-rasgo según los baremos del cuestionario STAI (rango de 80 a 99; $M = 89.78$; $DT = 7.53$), en la evaluación realizada en el post-tratamiento el rango fue de 35 a 96 ($M = 76$; $DT = 18.99$) y, finalmente, en el seguimiento, de 35 a 90 ($M = 66.63$; $DT = 20.06$). Atendiendo a los criterios de clasificación del inventario BDI, la muestra inicial se compuso de un sujeto con depresión mínima; tres sujetos, leve; dos sujetos, moderada, y tres sujetos obtuvieron una puntuación relativa a depresión grave ($M = 21.67$; $DT = 8.83$). Esta distribución varió en el post-tratamiento: dos sujetos obtuvieron una puntuación considerada depresión mínima; seis, leve; y una, moderada ($M = 14.89$; $DT = 5.56$). En el seguimiento siete personas se incluían en la clasificación de depresión mínima y una, en depresión leve ($M = 8.75$; $DT = 4.10$). La puntuación media en calidad de vida aumentó paulatinamente desde 38.47 ($DT = 15.41$) en el pre-tratamiento, a 48.18 ($DT = 15.28$) en el post-tratamiento y, finalmente, 56.73 ($DT =$

12.29) en el seguimiento. Los niveles de evitación experiencial fueron elevados en el pre-tratamiento, indicando que nos encontrábamos ante una muestra clínica ($M = 45.78$; $DT = 6.10$). Los resultados obtenidos en el post-tratamiento ($M = 35.78$; $DT = 7.87$) y en el seguimiento ($M = 34.38$; $DT = 6.59$) fueron menores y similares a los que podrían encontrarse en población normal.

Tras comprobar que se cumplían los supuestos de normalidad e independencia para las distintas variables en la muestra de estudio, se utilizó la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas para el cálculo de diferencias. Las diferencias entre las medias de las distintas variables, tanto en las comparaciones pre y post-tratamiento, como en pre-tratamiento y seguimiento, resultaron ser estadísticamente significativas y, además, mostraron tamaños del efecto elevados en todos los casos. La potencia de contraste osciló entre 64% y 100%. Los distintos estadísticos pueden consultarse en la Tabla 4.

Tabla 4. Medias (desviaciones típicas), pruebas t de Student y tamaños del efecto.

	M (DT)			t		r	
	M_0	M_1	M_2	$M_0 - M_1$	$M_0 - M_2$	$M_0 - M_1$	$M_0 - M_2$
STAI-R	39.56 (6.39)	31.44 (7.37)	28.13 (8.13)	6.99**	3.46*	.93	.79
BDI	21.67 (8.83)	14.89 (5.56)	8.75 (4.10)	2.79*	3.31*	.70	.78
SF36	38.47 (15.41)	48.18 (15.28)	56.73 (12.29)	-9.59**	-3.57**	.96	.80
AAQ9	45.78 (6.10)	35.78 (7.87)	34.38 (6.59)	4.60**	6.86**	.85	.93

Nota: M_0 : Evaluación inicial; M_1 : Evaluación en el post-tratamiento; M_2 : Evaluación en el seguimiento.

* Estadísticamente significativo a nivel $p < .05$

** Estadísticamente significativo a nivel $p < .01$

En lo que respecta a la evolución de las puntuaciones sujeto a sujeto, se pueden consultar en los Gráficos del 1 al 8 incluidos a continuación. Como ya se constataba en las pruebas t , se pudo observar una mejoría generalizada. No obstante, podemos

apreciar algunas tendencias menos consistentes en los sujetos 4 y 5 y, especialmente, en el caso del sujeto 8, que experimentó un retroceso en el seguimiento.

Gráfico 1. Puntuaciones del sujeto 1.

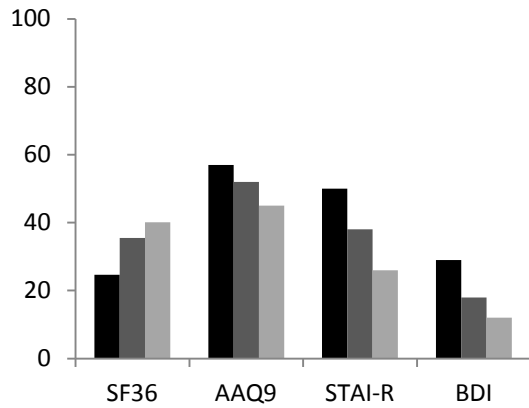


Gráfico 2. Puntuaciones del sujeto 2.

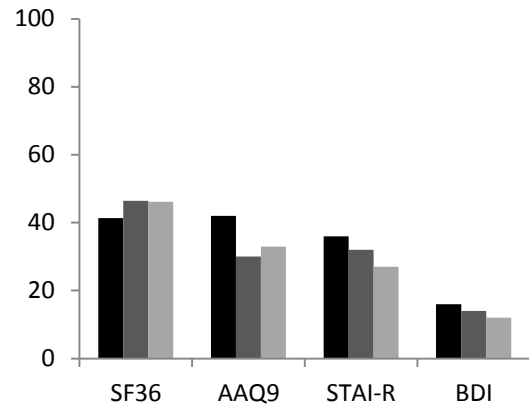


Gráfico 3. Puntuaciones del sujeto 3.

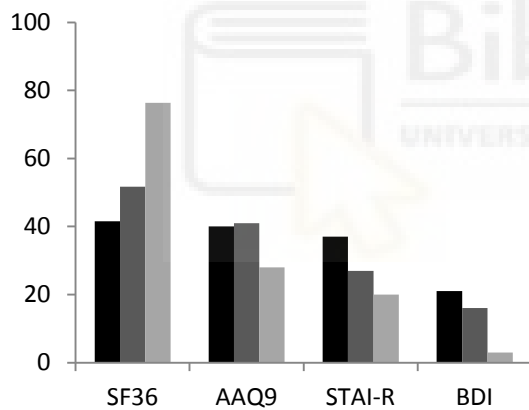


Gráfico 4. Puntuaciones del sujeto 4.

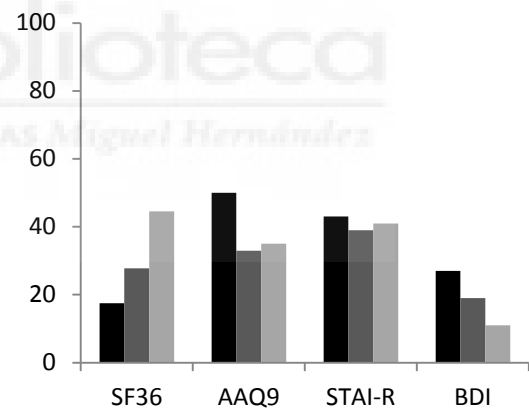


Gráfico 5. Puntuaciones del sujeto 5.

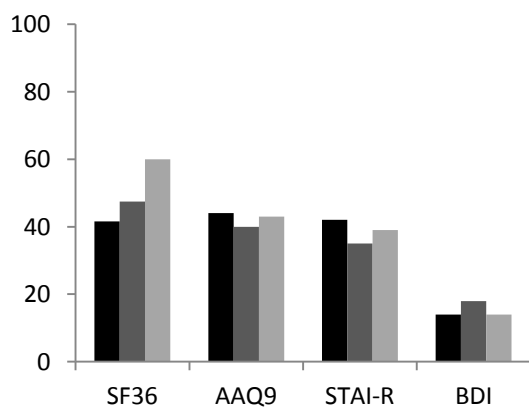


Gráfico 6. Puntuaciones del sujeto 6.

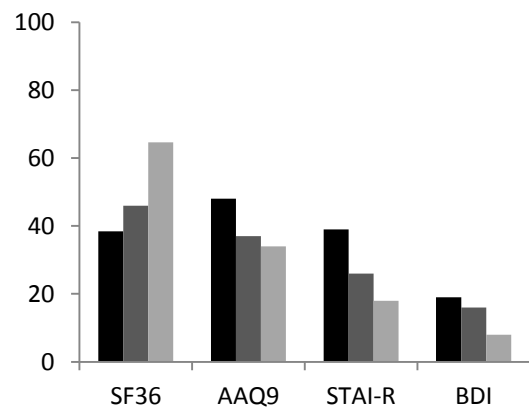
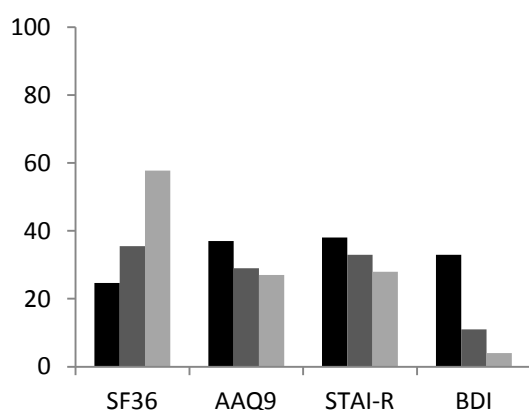
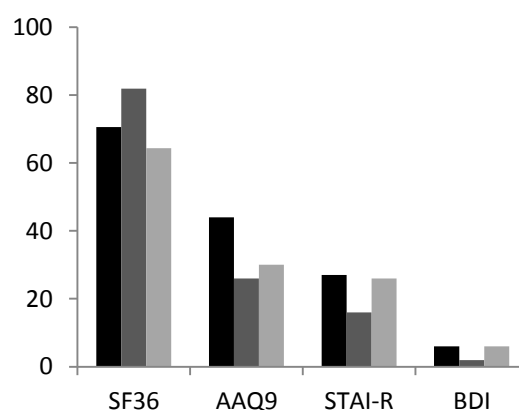


Gráfico 7. Puntuaciones del sujeto 7.**Gráfico 8. Puntuaciones del sujeto 8.**

Respecto a los análisis de correlación, tal y como se observa en la Tabla 5, las puntuaciones covariaron de tal manera que una mayor evitación experiencial apareció junto con mayores niveles de depresión, mayor ansiedad-rasgo y menor calidad de vida relacionada con la salud. Como se puede observar en la tabla, la potencia de las correlaciones se mantuvo relativamente estable entre evitación experiencial y calidad de vida, pero varió notablemente entre la evitación experiencial y los niveles de depresión y ansiedad. De esta forma, la flexibilidad psicológica mostró una menor relación con ansiedad en las sucesivas evaluaciones, y una mayor relación con depresión hasta aumentar a $r = .85$. En relación con el registro de tareas realizadas no se encontró ninguna correlación de interés con ninguna de las cuatro variables principales.

Tabla 5. Correlaciones entre las variables en los distintos momentos de evaluación.

	STAI-R/AAQ	BDI/AAQ	SF36/AAQ
M ₀	.67*	.24	-.60
M ₁	.43	.46	-.52
M ₂	.39	.85**	-.55

Nota: M₀: Evaluación inicial; M₁: Evaluación en el post-tratamiento; M₂: Evaluación en el seguimiento.

* Estadísticamente significativo a nivel $p < .05$

** Estadísticamente significativo a nivel $p < .01$

Adicionalmente, se administró un cuestionario de satisfacción con una escala de 0 a 10, en la que se evaluó la utilidad percibida ($M = 9.56$; $DT = 1.01$), la satisfacción con los contenidos ($M = 9.56$; $DT = 0.73$), con los profesionales ($M = 9.89$; $DT = 0.33$),

la duración del taller ($M = 3.44$; $DT = 1.88$; teniendo en cuenta que 0 era *muy corto*, 5 *duración adecuada* y 10 *muy largo*) y la satisfacción global con el taller ($M = 9.56$; $DT = 1.01$).

Discusión

Con este trabajo se pretendía probar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal breve en la sanidad pública, así como analizar la relación de la flexibilidad psicológica con la ansiedad, la depresión y la calidad de vida. A la vista de los resultados en las cuatro variables principales estudiadas, podemos afirmar, por una parte, que el tratamiento ha sido eficaz en la muestra en la que se ha aplicado y, por otra parte, que existe correlación negativa entre flexibilidad psicológica y ansiedad y depresión, y positiva entre flexibilidad psicológica y calidad de vida, tal como se planteaba en las hipótesis del estudio. Estos resultados eran esperables, teniendo en cuenta los estudios y meta-análisis previamente citados que demuestran la eficacia de ACT para tratar diversos trastornos psicológicos y la relación de estas variables (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010; Hacker et al., 2016).

En lo que respecta a la sintomatología ansiosa, a través de las diferencias en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario STAI-R podemos inferir que la intervención ha sido útil para reducirla, resultados que son congruentes con los citados en el párrafo anterior acerca de la eficacia de ACT. Sin embargo, a pesar de que en este trabajo se ha incluido como objetivo la reducción de ansiedad, éste corresponde a un enfoque clásico de reducción de síntomas. Cabe resaltar que desde el paradigma de ACT no se persigue la eliminación de ésta, sino más bien aprender a convivir con ella (Hayes et al., 2014). Por ello, el resto de variables empleadas en este estudio son muy relevantes para comprobar la eficacia de la intervención.

La intervención también se ha mostrado eficaz para reducir la sintomatología depresiva, tal como se observa en los resultados del BDI. El cambio se ha mantenido en el seguimiento y, en los resultados finales, según los criterios de clasificación del BDI (Sanz et al., 2003) siete sujetos se encontrarían en el rango considerado “depresión mínima” y sólo un sujeto puntuaría en “depresión leve”, lo que implica que se han alcanzado los objetivos.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, las diferencias encontradas también han sido significativas, aunque en el seguimiento ha perdido potencia. Tal y como señala Ruiz (2010), es esperable que la ACT esté más relacionada con depresión y calidad de vida y, en este caso, observamos que en este aspecto se da una modificación positiva muy importante.

En referencia a la última variable de interés, la flexibilidad psicológica, medida a través del AAQ9, también ha mostrado cambios que se han mantenido en el seguimiento. Teniendo en cuenta que es la variable de mayor interés en ACT, podemos afirmar que, desde el enfoque ACT no centrado en la reducción de la sintomatología también ha sido eficaz. Aún así, en la administración del cuestionario ha habido problemas de comprensión por sus ítems negativos, por lo que la confusión con estos podría estar alterando las puntuaciones. Por este motivo, los resultados deberían ser tomados con cautela.

Respecto a las correlaciones obtenidas, y comparándolas con el meta-análisis de Ruiz (2010), el rango de correlación entre ansiedad y flexibilidad psicológica en este estudio se encuentra dentro del mencionado por Ruiz, hecho que no ocurre con la correlación de sintomatología depresiva y flexibilidad psicológica, siendo el rango de esta investigación más amplio. En el caso de la relación de flexibilidad psicológica con calidad de vida no se disponen de indicadores, aunque se espera que la correlación sea

negativa, tal como ocurre con los datos aquí presentados. Si bien los resultados deben ser tomados con cautela por la baja muestra, podemos afirmar que han sido similares a lo esperado.

También es de interés la evolución de las correlaciones a lo largo de las tres evaluaciones. La flexibilidad psicológica perdía relación con la sintomatología ansiosa, mientras que aumentaba su correlación con la sintomatología depresiva hasta alcanzar niveles significativos. Podemos entender que estos datos son consonantes con el paradigma de ACT, en cuanto que el proceso diana (flexibilidad psicológica) está relacionado con variables como depresión y calidad de vida relacionada con la salud, y de una manera más débil con ansiedad, entendiendo que se propone aprender a convivir con ella tal como se explicaba anteriormente (Hayes et al., 2014).

En cuanto a la comparación de estos resultados con otros estudios con propósitos similares, podemos destacar el de Segarra, Farriols, Segura et al. (2011), citado previamente. En su caso, se obtienen tamaños del efecto moderados en reducción de sintomatología depresiva y ansiosa y un tamaño del efecto pequeño en los cambios encontrados en ansiedad rasgo. Si bien es cierto que debemos ser cautelosos con esta comparación, nuestros tamaños del efecto son considerados grandes en niveles de depresión y ansiedad-rasgo, tanto en las comparaciones pre-post, como pre-seguimiento, y con un menor número de sesiones.

Entre las limitaciones que ha tenido este estudio podemos destacar, en primer lugar, el bajo número de participantes y el diseño cuasiexperimental, hechos que merman la representatividad y posible generalización de los resultados. En segundo lugar, han existido limitaciones temporales para realizar el taller, marcadas por las necesidades de la Unidad de Salud Mental, tanto en número de sesiones como la duración de las mismas, lo que implica que no se haya podido realizar ningún

seguimiento más allá del primer mes. Dentro de las limitaciones con el enfoque de ACT, también encontramos ciertos puntos a tener en cuenta. Por un lado, podemos señalar que el centro de salud, como entorno con un modelo médico, centrado en la eliminación de síntomas, ha dificultado la adquisición de conceptos propios de ACT más centrados en la aceptación. Por otro lado, sería necesario contar con más formas de evaluar variables de este paradigma, puesto que hemos contado con un único instrumento para su medición. Finalmente, en referencia a las variables empleadas, hubiera sido interesante evaluar otras variables que pudieran estar influyendo en los resultados (como, por ejemplo, la toma de medicación para ansiedad y depresión).

Para futuros estudios, sería recomendable repetir este taller en otras unidades y con mayores muestras, siguiendo un enfoque experimental, además de realizar un seguimiento más amplio. Otra posible línea de investigación podría ser la creación y validación de instrumentos de evaluación de variables propias de ACT en español para poder estudiar la eficacia de la terapia desde su propio paradigma.

Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. M. (1995). La version española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (3), 505-515.
- Chakhssi, F., Janssen, W., Pol, S., Dreumel, M., y Westerhof, G. J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy Group-treatment for Non-responsive Patients with

- Personality Disorders: An Exploratory Study. *Personality and Mental Health*, 9 (4), 345-356. doi:10.1002/pmh.1311
- Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K. G., Bolderston, H., y Remington, B. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for a Heterogeneous Group of Treatment-Resistant Clients: A Treatment Development Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (4), 560-572. doi:10.1016/j.cbpra.2012.03.001
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilardaga, J. C. P., Arch, J. J., ... Lieberman, M. D. (2014). Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Phobia: Outcomes and Moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (6), 1034-1048. doi:10.1037/a0037212
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., y Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (4), 368-385. doi:10.1016/j.cbpra.2009.06.001
- Espinosa, R. M., Campillo, M. J., Garriga, A., y Martín, J. C. (2015). Psicoterapia grupal en duelo: experiencia de la psicología clínica en Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (126), 383-396. doi:10.4321/s0211-57352015000200011
- Foret, M. M. (2014). *Testing the Effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy Group Intervention for Obsessive-Compulsive Disorder* (Tesis doctoral). The Wright Institute, Berkeley.
- Golden, A. S. (2014). *Shame Attacking Exposure and Experiential Acceptance: A Group Treatment Manual for Social Anxiety Disorder* (Tesis doctoral). Palo Alto University, Palo Alto.

- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... Olesen, J. (2011). Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*, 718-779. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.08.008
- Hacker, T., Stone, P., y MacBeth, A. (2016). Acceptance and Commitment Therapy – Do we know enough? Cumulative and Sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 551-565. doi:10.1016/j.jad.2015.10.053
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, *126* (12), 445-451. doi:10.1157/13086324
- 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), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kowalkowski, J. D. (2012). *The Impact of a Group-based Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Parents of Children Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder* (Tesis doctoral). Eastern Michigan University, Ypsilanti.
- Lara, E., Garin, N., Ferrari, A. J., Tyrovolas, S., Olaya, B., Sánchez-Riera, L., ... Haro, J. M. (2015). The Spanish Burden of Disease 2010: Neurological, Mental and Substance Use Disorders. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *8* (4), 207-217. doi:10.1016/j.rpsmen.2015.10.003

- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., y Nogales-González, C. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Dementia Family Caregivers with Significant Depressive Symptoms: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (4), 760-772. doi:10.1037/ccp0000028
- McCracken, L. M., y Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of Change in Psychological Flexibility in an Interdisciplinary Group-based Treatment for Chronic Pain Based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 267-274. doi:10.1016/j.brat.2011.02.004
- McCracken, L. M., Sato, A., y Taylor, G. J. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *The Journal of Pain*, 14 (11), 1398-1406. doi:10.1016/j.jpain.2013.06.011
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., y Guymer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (4), 527-544. doi:10.1016/j.cbpra.2012.03.005
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Anxiety disorders (Quality Standard 53)*. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/guidance/qs53>
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., y McNeill, J. W. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group

- Treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (3), 397-416.
- Padilla, D., y Jiménez, M. A. (2014). Experiencia clínica de psicoterapia grupal contextual en adolescentes con problemas emocionales. *Clínica Contemporánea*, 5 (1), 53-68. doi:10.5093/cc2014a5
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., y Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*, 9 (8): e105471. doi:10.1371/journal.pone.0105471
- Prats, E., Domínguez, E., Rosado, S., Pailhez, G., Bulbena, A., y Fullana, M. A. (2014). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42 (4), 176-184.
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 125-162.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (2), 333-357.
- Sánchez-García, M. (2014). Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en sujetos con somatizaciones. *Anales de Psicología*, 30 (2), 412-421. doi:10.6018/analesps.30.2.170271
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.

- Sanz, J. M., García, I. M., y Carbajo, E. (2014). Tratamiento del duelo en Salud Mental: una experiencia grupal. *Revista de Psicoterapia*, 25 (99), 113-132.
- Segarra, G., Farriols, N., y Palma, C. (2011). Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad: una revisión en el ámbito de la atención primaria. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 28, 209-224.
- Segarra, G., Farriols, N., Palma, C., Segura, J., y Castell, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), 185-197.
- Sharp, K. (2012). A Review of Acceptance and Commitment Therapy with Anxiety Disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (3), 359-372.
- Speilberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- van-der Hofstadt, C. J., Couceiro, S., Mateu, M., Margarit, C., Peiró, A. M., y Pérez, E. (2012). Primera aproximación a un programa cognitivo conductual grupal en dolor crónico moderado. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 101, 33-42.
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2008). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zarling, A., Lawrence, E., y Marchman, J. (2015). A Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Aggressive Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (1), 199-212. doi:10.1037/a0037946