

12

EFFECTO DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

María Luisa Barreto-Zambrano*

Sonia Zambrano-Hernández**

Bertha Lucía Avendaño-Prieto***

Ronald Alberto Toro-Tobar****

Universidad Católica de Colombia

<https://www.doi.org/10.14718/9789585133808.2021.12>

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar el efecto de la guía de intervención clínica de Walser y Westrup (2007), basada en la terapia de aceptación y compromiso para la reducción de las conductas asociadas con trauma emocional y afectivo en tres participantes víctimas del conflicto armado colombiano. El diseño fue experimental, de caso único de línea de base múltiple no concurrente entre participantes. Se emplearon mediciones repetidas, mediante registros de frecuencia e intensidad de las conductas, así como escalas psicológicas en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento al mes de finalizar la intervención. Los resultados reflejaron que el tratamiento fue efectivo según el porcentaje de datos no solapados. De acuerdo con el índice de no solapamiento de todos los pares, el tratamiento tuvo efecto en todas las variables, excepto en la reexperimentación. También, en las medidas pretest-postest, se observó un cambio clínico fiable que se mantuvo en el seguimiento. Se concluyó que el incremento en la aceptación psicológica de los eventos privados en todos los participantes, junto con la reducción de la frecuencia e intensidad de las conductas asociadas con trauma emocional y afectivo, evidencia que esta psicoterapia mejora la salud mental de las víctimas.

* <https://orcid.org/0000-0002-5495-0613>

** <https://orcid.org/0000-0002-6223-6671>

*** <https://orcid.org/0000-0002-8136-5380>

**** <https://orcid.org/0000-0001-6061-3499>

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso, evitación, depresión, violencia, víctimas.

Abstract

The purpose of the investigation was to determine the effect of the clinical intervention guide of Walser and Westrup (2007), based on Acceptance and Commitment Therapy for the reduction of behaviors associated with emotional and affective trauma in three participants who were victims of the armed conflict Colombian. The design was an experimental single-case non-concurrent multiple baseline among participants. Repeated measurements were used through frequency and intensity records of behaviors, as well as psychological scales in pretreatment, post-treatment and follow-up one month after the end of the intervention. The results reflected that the treatment was effective according to the percentage of non-overlapping data. Likewise, according to the index of non-overlapping of all pairs, the treatment had an effect on all variables, except for reexperimentation. Also, in the pretest-posttest measures, a reliable clinical change was observed that remained in the follow-up. It was concluded that the increase in psychological acceptance of private events in all participants, together with the reduction in the frequency and intensity of behaviors associated with emotional and emotional trauma, provides evidence of the intervention based on this psychotherapy in the improvement of Mental health of the victims.

Keywords: acceptance and commitment therapy, avoidance, depression, violence, victims.

El conflicto armado en Colombia ha provocado un alto impacto social, con una cifra de 218.094 muertos, tanto civiles como combatientes, entre 1958 y 2012, en diferentes modalidades de violencia en medio del conflicto (Red Nacional de Información [RNI], 2017). Esta guerra ha generado víctimas por hechos como el desplazamiento forzado (4.744.046 víctimas), secuestros (27.023), minas (10.189), violencia sexual (1.754), atentados terroristas (1.566), entre otros (Centro de Memoria Histórica [CMH], 2013), y los grupos ilegales como las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército Popular (FARC-EP), el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y los paramilitares son los principales precursores de estos hechos (Trejos, 2013). En el 2017 se registraron 8.405.265 víctimas, según la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), de las cuales 6.366.598 han sido contempladas para atención, asistencia y reparación (RNI, 2017).

A raíz del conflicto, las víctimas presentan consecuencias físicas, psicológicas y materiales. Las principales secuelas psicológicas son el miedo intenso, angustia frente a la incertidumbre, temor de que la situación se repita, inquietud, tristeza, nostalgia, odio y rabia (CMH, 2013), lo que provoca una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de problemas psicológicos en estas personas (Kilpatrick et al., 1997), como estrés agudo, depresión, ansiedad, estrés postraumático y consumo de sustancias psicoactivas (Bell et al., 2012; Campos-Arias et al., 2014; Hayes et al., 2004; Richards et al., 2011; Sinisterra et al., 2010).

Varias estrategias clínicas se han ensayado para atender diferentes clases de víctimas. La práctica basada en la evidencia en psicología tiene como objetivo disponer de información, por medio de investigaciones que acrediten la idoneidad de determinado procedimiento para un caso (Daset & Cracco, 2013); por lo tanto, las intervenciones validadas empíricamente serán las más pertinentes en el contexto clínico. Algunos de los procedimientos clínicos propuestos en Colombia para la atención psicoterapéutica a las víctimas del conflicto armado se basan en la terapia cognitivo conductual, pero la investigación con víctimas del conflicto armado en Colombia es aún incipiente.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes et al., 1999; Hayes, Strosahl & Wilson, 2011) se define como una forma de psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva, con enclave en la teoría de los marcos relacionales (RFT) (Törneke, 2010), de la teoría del lenguaje y de la cognición humana; desde el contextualismo funcional, esta terapia concibe el sufrimiento como parte de la condición del ser humano, en el que la comprensión del sufrimiento (búsqueda del bienestar y evitación del malestar) se deriva del lenguaje y la cultura (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011).

La evitación experiencial, como una dimensión funcional explicativa de la psicopatología, implica la búsqueda de eventos privados positivos o control de los negativos como algo fundamental para estar bien (Wilson & Luciano, 2002); por tanto, la ACT se orienta al desarrollo de flexibilidad psicológica (Kashdan & Rottenberg, 2010), que corresponde a “la habilidad para observar y reaccionar a los pensamientos, sensaciones, acciones y tener la oportunidad de actuar hacia metas con sentido personal” (Luciano, 2016, p. 11). Además, busca promover la aceptación de los eventos privados, así como la orientación hacia lo que es importante para la persona, empleando seis procesos fundamentales: defusión cognitiva, aceptación, contacto con el momento presente, yo como contexto, clarificación de valores y la acción comprometida (Gaudiano, 2011).

En diferentes investigaciones, la ACT ha mostrado su efectividad en problemas emocionales y afectivos, como la depresión (Bohlmeijer et al., 2011), la ansiedad

(Eifert et al., 2009), la ansiedad generalizada (Wetherell et al., 2011), la comorbilidad entre ansiedad y depresión (Fledderus et al., 2013) y el estrés postraumático (Batten et al., 2009; Batten & Hayes, 2005; Blevins et al., 2011; Burrows, 2013; Orsillo & Batten, 2005).

Específicamente, una guía de intervención de ACT para el tratamiento del estrés postraumático y problemas relacionados con trauma fue propuesta por Walser y Westrup (2007) y revisada por Twohig (2009) para el tratamiento efectivo del estrés postraumático crónico, derivado de una historia de abuso y maltrato. En otro tratamiento se incorporaron los componentes de ACT: desesperanza creativa, clarificación de valores, aceptación y apertura a sentir los eventos privados, defusión cognitiva, desliteralización del yo contenido y promoción del yo contexto, y se observó reducción en la frecuencia de las conductas problemáticas y en la medida del AAQ, así como aumento del índice de bienestar de Dupuy (1984). Estos reportes evidencian un efecto favorable de ACT en la atención de los daños psicológicos de víctimas del conflicto armado colombiano (Vergara & Ballesteros, 2015).

El objetivo propuesto en el presente estudio fue determinar el efecto de la guía de intervención clínica basada en ACT de Walser y Westrup (2007), siguiendo las recomendaciones de Vergara y Ballesteros (2015), enfocada hacia la reducción de las conductas asociadas con el trauma emocional y afectivo en tres personas víctimas del conflicto armado en Colombia. Se buscó identificar la frecuencia de la sintomatología comportamental traumática y emocional (reexperimentación, hiperactivación y evitación), los niveles de síntomas afectivos (cognitivos y somáticos de la depresión), de afecto negativo, evitación experiencial y dificultades en la regulación emocional antes, durante y después de la intervención clínica. Finalmente, se buscó comparar los cambios intra- y entre sujetos en las diferentes variables dependientes.

Método

Participantes

Los participantes fueron tres víctimas del conflicto armado colombiano, con registro en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), que cumplieran los criterios de inclusión: haber estado expuestos a situaciones de violencia política —cualquier tipo de hecho victimizante—, presentar síntomas asociados con trauma emocional y afectivo como producto de dicha exposición, ser mayores de 18 años y tener un grado de alfabetización que les permitiera el desarrollo de las actividades contempladas en el proceso de evaluación e intervención, que requiriera lectura y escritura. Dos eran mujeres de 60 y 44 años, y el tercer participante fue un hombre de 62 años.

Instrumentos

- *Registros de conducta*: se emplearon instrumentos de evaluación conductual que permitieron obtener datos de frecuencia e intensidad de las conductas que evidenciaban las dificultades derivadas de la exposición al conflicto armado, como síntomas específicos operacionalizados para el trauma, según las frecuencias e intensidad de la reexperimentación, evitación, hiperactivación, dificultades en la regulación emocional, síntomas cognitivos y somáticos.
- *Escala diagnóstica de estrés postraumático (PDS)*: la *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS) (Foa, 1995) está compuesta por 49 ítems que miden la gravedad de los síntomas de estrés postraumático en tres subescalas: reexperimentación, evitación e hiperactivación (criterios del DSM-IVR). La escala fue validada y adaptada con población colombiana por Álvarez et al. (2003). La puntuación de 0 a 51 en la sintomatología (leve con puntuaciones hasta 10; moderada, con puntuaciones de 11 a 20; moderada grave, con puntuaciones de 21 a 35, y grave, si las puntuaciones son superiores a 36). La escala ha demostrado alta consistencia interna de ,92, fiabilidad test-retest ,83 y validez convergente con otras medidas diagnósticas de estrés postraumático y gravedad (Foa et al., 1997). Se seleccionó esta escala con la finalidad de observar la presencia de sintomatología asociada con trauma, específicamente reexperimentación, evitación e hiperactivación en los participantes.
- *Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)*: la escala *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) (Gratz & Roemer, 2004) permite evaluar las dificultades de regulación emocional en adultos. Consta de 36 reactivos, con respuestas tipo Likert que oscilan entre 1 (casi nunca) y 5 (casi siempre). En los hallazgos preliminares respecto a sus propiedades psicométricas, la DERS demostró una consistencia interna (α de Cronbach = ,93), así como una confiabilidad test-retest ($r = ,88$) y validez tanto de constructo como predictiva (Marín et al., 2012). La prueba fue adaptada a la población española por Hervás y Jódar (2008) y en Colombia, por Muñoz-Martínez et al. (2016).
- *Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II)*: el *Cuestionario de aceptación y acción* (AAQ II) (Ruiz et al., 2013) es la adaptación al castellano de la segunda versión del cuestionario de Bond et al. (2011). El AAQ-II ha sido la medida más ampliamente utilizada en la evaluación de la evitación experiencial y la aceptación psicológica, constructos relacionados con un amplio rango de trastornos psicológicos y calidad de vida. Consta de siete ítems con escala de Likert; las puntuaciones altas indican un mayor grado de evitación, puntuaciones bajas indican menor aceptación. Presenta adecuadas propiedades de consistencia interna, con un α de Cronbach de ,88. Este instrumento fue validado para Colombia por Ruiz et al. (2016).

- *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*: el *Inventario de depresión de Beck II* (BDI-II) (Beck et al., 1996) es un instrumento de autoinforme para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. Está compuesto por 21 ítems, con cuatro afirmaciones, cada una con una puntuación que va en una escala de 0 a 3. El puntaje total oscila entre 0, que indica ausencia de depresión, y 29 o más, que indica depresión grave. En la adaptación española (Sanz et al., 2003), la confiabilidad en términos de consistencia interna fue alta (α de Cronbach = ,87). En cuanto a la validez de constructo, se determinó que el BDI-II mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores: el cognitivo-afectivo y el somático motivacional, correlacionados entre sí ($r = ,68$). Brenlla y Rodríguez (2006) hicieron la adaptación al español latinoamericano en Argentina, evidenciando un coeficiente α de ,88 en pacientes con diagnóstico previo de depresión.
- *Escala de afecto positivo y negativo (PANAS)*: la *Positive and Negative Affect Schedule* (Watson et al., 1988) evalúa la estructura de la afectividad, que está conformada por dos grandes dimensiones relativamente independientes entre sí, denominadas afecto positivo y negativo. Este cuestionario incluye 20 ítems que miden afecto, 10 de afecto positivo y 10 de afecto negativo. Su calificación indica que a mayor puntaje, mayor afecto positivo o negativo. En el presente estudio se aplicó la versión española desarrollada por Sandín et al., (1999), que obtuvo en varones coeficientes α de ,89 para el afecto positivo y ,91 para el negativo, mientras que en mujeres fue de ,87 en positivo y ,89 en negativo.

Procedimiento

Se estableció un contacto inicial con las víctimas y se realizó el proceso de selección de acuerdo con los criterios de inclusión. Los participantes firmaron el consentimiento informado. Luego se dio paso al inicio de la evaluación (fase A), que consistió en la toma de medidas repetidas con una línea de base aleatoria simple, asignada mediante sorteo. Adicionalmente, después de un mes de haber terminado el proceso, se tomaron medidas complementarias por medio de instrumentos psicológicos (PDS, BDI-II, DERS, PANAS y AAQ-II). Posteriormente, se continuó con la fase de tratamiento (fase B), que consistió en la aplicación de la guía de Walser y Westrup (2007), de ACT, que consta de diez sesiones.

Una vez obtenidos los datos de cada participante, de las medidas de autorreporte y las pruebas complementarias, se realizó el análisis de los resultados intrasujeto y entre sujetos. Se tuvieron en cuenta consideraciones éticas de la Ley 1090 de 2006, la Resolución 8430 de 1993 y la Ley 1448 de 2011, en cuanto al uso de consentimiento

informado, confidencialidad, garantía del bienestar de los participantes, soporte y sustentación del tratamiento propuesto y estandarización, validez y confiabilidad de los instrumentos de evaluación.

Los resultados de estos registros fueron graficados con el objetivo de observar los cambios en las conductas mediante la inspección visual; este es el método más usual para evaluar los efectos de las intervenciones en estudios de caso único (McGuigan, 1997). Adicionalmente, se emplearon índices para la estimación del tamaño del efecto basados en el no solapamiento de los datos entre fases, que permitieron determinar la magnitud del cambio terapéutico, tal como lo mencionan Sanz y García-Vera (2015). Uno de ellos fue el porcentaje de datos no solapados (PND, por sus siglas en inglés *percentage of non-overlapping data*) (Scruggs & Mastropieri, 1998) y el índice de no solapamiento de todos los pares (NAP, por sus siglas del inglés *nonoverlap of all pairs*) (Parker & Vannest, 2009).

De igual manera, se empleó el método estadístico de Jacobson y Truax (1991) para establecer la significación clínica del efecto pre- y postratamiento, en las puntuaciones del PDS, BDI-II, DERS, PANAS y AAQ-II. Este es un indicador de retorno de la persona a una condición de funcionalidad y mejoría, de acuerdo con la puntuación de los instrumentos que miden las variables dependientes, en los que al inicio del proceso se evidenció disfuncionalidad o alteración psicológica.

Resultados

Los datos obtenidos, de acuerdo con los análisis de inspección visual, los índices del tamaño del efecto y la significancia clínica, se exponen a continuación por cada uno de los participantes del estudio.

Participante A

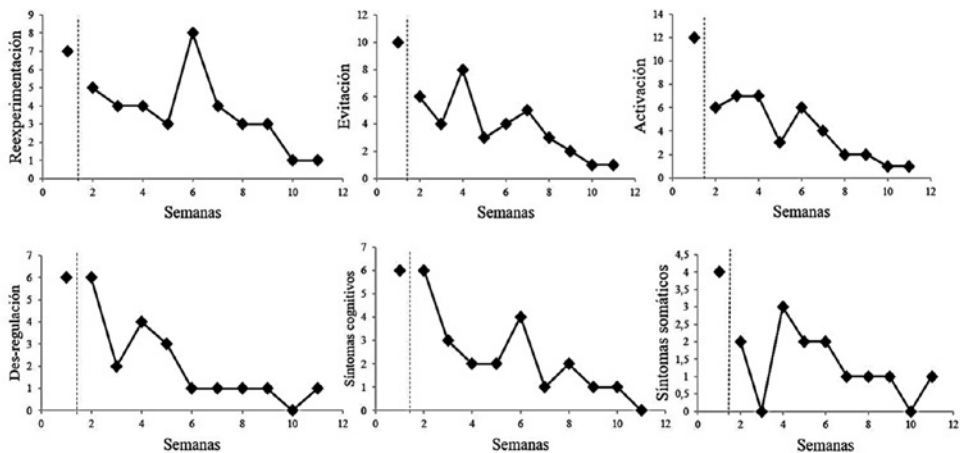
Mujer de 60 años, desplazada por el conflicto armado en el 2006. Adicionalmente, su hijo murió en un accidente del cual no se conocen los autores intelectuales y materiales.

- *Hipótesis explicativa:* el patrón de evitación de estímulos que le evocan recuerdos relacionados con el conflicto armado y con la pérdida de su hijo puede ser producto de la asociación de dichos estímulos o situaciones con el evento traumático, mediante condicionamiento clásico. Al experimentar recuerdos indeseables sobre la vivencia del conflicto y desplazamiento, en el contexto de esas discusiones de la comunidad o haciendo algún tipo de gestión en las entidades correspondientes para el proceso de reparación, ella se retira del lugar. En cuanto a las situaciones que desencadenan recuerdos con el hijo fallecido y el malestar emocional asociado

con esos pensamientos, menciona que ver las fotos del hijo, así como escuchar los sonidos de las motos y las ambulancias (las cuales se relacionan con las circunstancias en las que murió), provocan una respuesta emocional condicionada, que se mantiene por condicionamiento operante, mediante conductas de evitación y escape, por refuerzo negativo (intentar pensar en otras cosas, salir del apartamento, llamar a alguien para hablar, tomar un baño de agua fría, salir a comer un helado, leer, relajarse y negar lo sucedido en su pasado), que forman parte de la misma clase funcional, por cuanto reducen los eventos privados indeseables, pero generan a largo plazo una disminución de su rendimiento laboral y de sus actividades diarias, así como el deterioro de la relación con su otro hijo.

- *Análisis de inspección visual:* se observó una reducción en la frecuencia de todas las conductas a partir de la semana dos, que corresponde al inicio de la intervención, excepto en las dificultades para la regulación emocional y los síntomas cognitivos de depresión. En las siguientes semanas, los datos de la mayoría de las conductas muestran una tendencia negativa, aunque en la semana seis se incrementa la frecuencia de reexperimentación, evitación, hiperactivación y síntomas cognitivos de depresión, lo que coincide con un viaje que la participante realizó al sitio del cual fue desplazada. Después de la semana siete, al haber finalizado el trabajo en el componente de aceptación y defusión, las conductas muestran un decremento, con una tendencia negativa, hasta el final del tratamiento, como se observa en la figura 12.1.

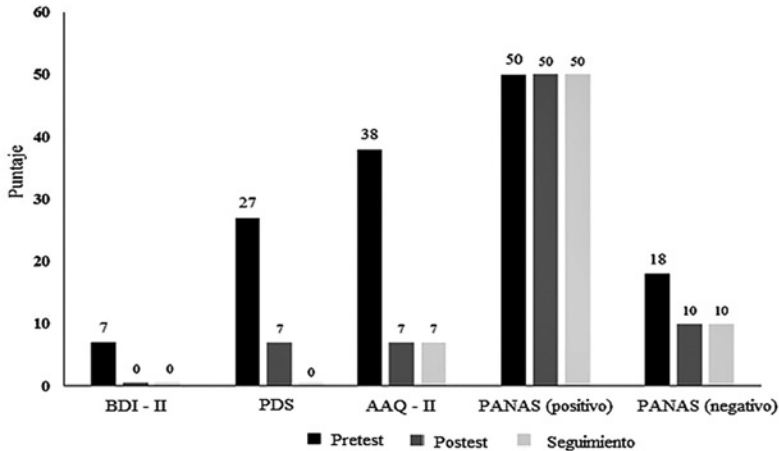
Figura 12.1 Frecuencia y variaciones entre línea de base y tratamiento de las seis conductas asociadas con trauma emocional y afectivo en la participante A



Fuente: Elaboración propia.

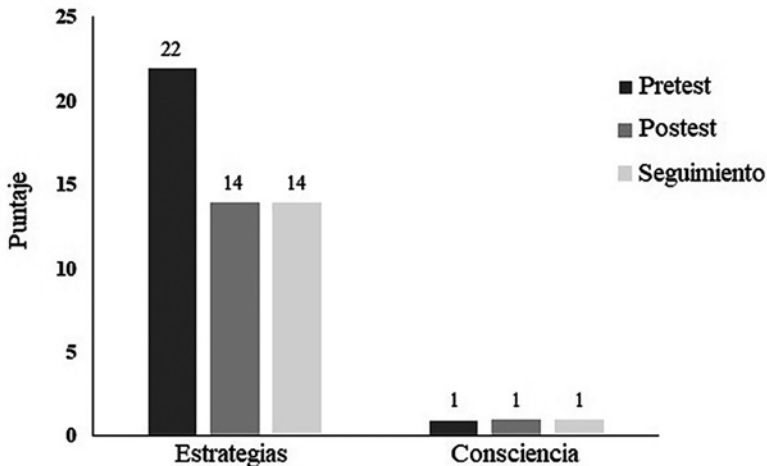
- *Tamaño del efecto*: de acuerdo con los resultados del índice PND, el tratamiento fue muy efectivo para todas las conductas evaluadas. Según el índice NAP, el efecto del tratamiento fue grande en todas las conductas, excepto en la reexperimentación, cuyo efecto fue medio (figuras 12.2 y 12.3).

Figura 12.2 Puntajes pretest, postest y seguimiento BDI-II, PDS, AAQ-II, PANAS de la participante A



Fuente: Elaboración propia.

Figura 12.3 Puntajes factores DERS de la participante A



Fuente: Elaboración propia.

- *Resultados descriptivos pretest-postest y seguimiento:* se observa una reducción en los puntajes de las escalas al finalizar el tratamiento. Se destaca el mantenimiento de los cambios en el seguimiento al mes (véanse figuras 12.2 y 12.3) (tabla 12.1).

Tabla 12.1 Significancia clínica a partir del índice de cambio fiable (ICF) y puntos de corte clínico (C) para BDI-II, AAQ-II, PANAS, DERS (estrategias) y PDS de la participante A

	X_{pre}	X_{pos}	$X_{pos} - X_{pre}$	ICF	Cambio	Punto de corte (C)	Sentido de cambio según C
BDI-II	7	0	-7	1,30	No cambio	14,49	Sin cambio dentro de la funcionalidad
AAQ-II	38	7	-31	6,75	Cambio fiable	26,08	Recuperado
PANAS - A. Positivo	50	50	0	00	No cambio	28,23	Sin cambio dentro de la funcionalidad
PANAS-A. Negativo	18	10	-8	1,68	No cambio	25,63	Sin cambio dentro de la funcionalidad
DERS (Estrategias)	22	14	-8	2,23	Cambio fiable	15,4	Recuperado
PDS	27	7	-20	3,05	Cambio fiable	8,73	Recuperado

Nota: BDI-II: *Inventario de depresión de Beck*, segunda edición); AAQ-II: *Cuestionario de aceptación y acción*, segunda edición; PANAS: *Escala de afecto positivo y negativo*; DERS: *Escala de dificultades en la regulación emocional - Factor estrategias*; PDS: *Escala diagnóstica de estrés postraumático*; X_{pre} : puntuación pretest; X_{pos} : puntuación postest; $X_{pos} - X_{pre}$: diferencia puntuación postest y pretest; ICF: índice de cambio fiable; C: punto de corte clínico.

Fuente: Elaboración propia.

- *Significancia clínica:* según el método de Jacobson y Truax (1991), se observó un cambio clínicamente significativo en evitación experiencial, en las dificultades en la regulación emocional (factor estrategias) y en estrés postraumático (tabla 12.1).

Participante B

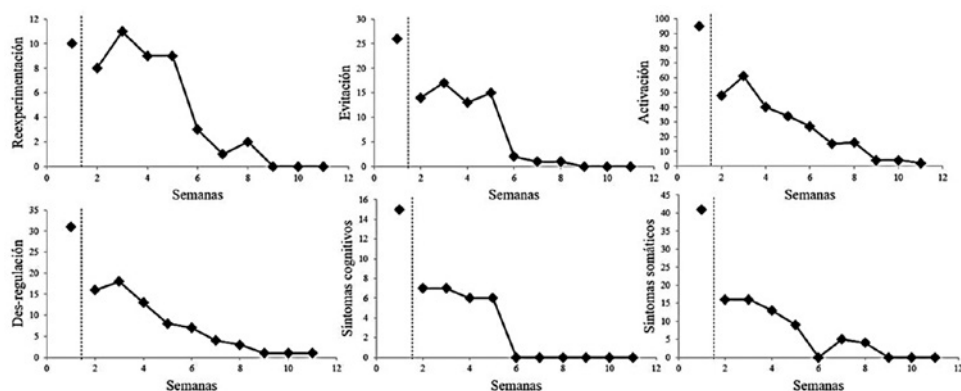
Hombre de 62 años, desplazado por la violencia, quien estuvo expuesto durante muchos años a situaciones relacionadas con el conflicto.

- *Hipótesis explicativa:* el patrón de dificultad en la regulación emocional evidencia la evitación de ciertos eventos privados, como ira, frustración y recuerdos de los conflictos vividos en medio de la violencia política del país, acudiendo a conductas agresivas que le permiten un alivio temporal de su malestar psicológico ante situaciones que percibe como amenazantes (estímulos condicionados, como discusiones con sus vecinos o con la familia que le evocan el contexto del conflicto armado en el que estuvo durante mucho tiempo); ante estos responde con gritos, gestos ofensivos y yéndose del lugar donde se origina el problema.

Esto corresponde a una misma clase funcional de reducción del malestar, y resulta efectiva a corto plazo, pues reduce la sensación de amenaza y los eventos privados indeseables, pero provocan un deterioro de sus relaciones sociales y familiares, así como problemas de salud a largo plazo.

- *Análisis de inspección visual:* se observó una reducción en la frecuencia de las conductas a partir del inicio del tratamiento. Se presenta una tendencia negativa esperada en los datos, que se acentúa en las semanas seis y siete, al trabajar el componente de aceptación y defusión (figura 12.4).

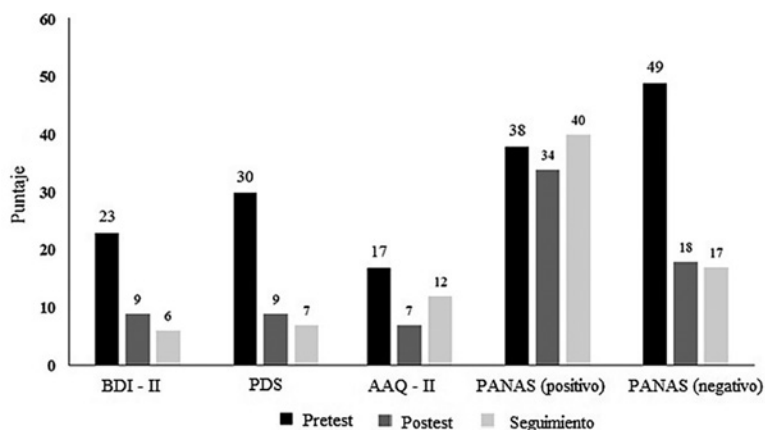
Figura 12.4 Frecuencia y variaciones entre línea de base y tratamiento de las seis conductas asociadas con trauma emocional y afectivo en el participante B



Fuente: Elaboración propia.

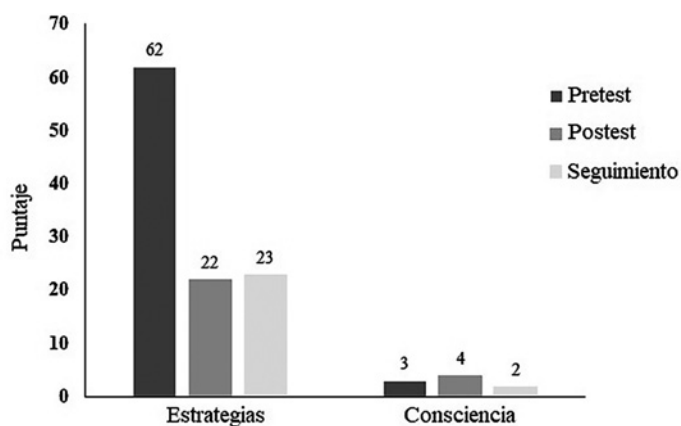
- *Tamaño del efecto:* de acuerdo con los resultados del índice PND (Scruggs & Mastropieri, 1998), el tratamiento fue muy efectivo para todas las conductas evaluadas. Según el índice NAP (Parker & Vannest, 2009), el efecto del tratamiento fue grande en todas las conductas, excepto en la reexperimentación, cuyo efecto fue medio.
- *Resultados descriptivos pretest-postest y seguimiento:* se observa reducción en los puntajes de las escalas al finalizar el tratamiento (véanse figuras 12.5 y 12.6). Se mantienen los cambios en el seguimiento al mes, excepto un ligero incremento en la puntuación de AAQ-II.
- *Significancia clínica:* se presenta un cambio clínico fiable en todas las variables, excepto en el PANAS (positivo). Estos cambios representan la recuperación en los síntomas de depresión y afecto negativo, y mejoría en la evitación experiencial, dificultades en la regulación emocional y estrés postraumático (tabla 12.2).

Figura 12.5 Puntajes pretest, postest y seguimiento BDI-II, PDS, AAQ-II, PANAS del participante B



Fuente: Elaboración propia.

Figura 12.6 Puntajes de factores DERS del participante B



Fuente: Elaboración propia.

Participante C

Mujer de 44 años, víctima de desplazamiento y de asesinato de un hermano, en la situación de conflicto del sitio de desplazamiento.

- *Hipótesis explicativa:* presenta un patrón de evitación de estímulos relacionados con el hermano (pueblo donde fue asesinado, situaciones en que lo mencionan, noticieros en los que hagan referencia a la guerrilla, etc.), así como de las emociones que le provoca su recuerdo (angustia, ansiedad, tristeza). Esta asociación de estímulos con el hermano fallecido en el marco de la violencia política del país

Tabla 12.2 Significancia clínica a partir del índice de cambio fiable (ICF) y puntos de corte clínico (C) para BDI-II, AAQ-II, PANAS y PDS del participante B

	X_{pre}	X_{pos}	$X_{pos} - X_{pre}$	ICF	Cambio	Punto de corte (C)	Sentido de cambio según C
BDI-II	23	9	-14	2,60	Cambio fiable	14,49	Recuperado
AAQ-II	17	7	-10	2,18	Cambio fiable	26,08	Mejora dentro de la funcionalidad
PANAS - A. Positivo	38	34	-4	1,00	No cambio	28,23	Sin cambio dentro de la funcionalidad
PANAS - A. Negativo	49	18	-31	6,51	Cambio fiable	25,63	Recuperado
DERS (estrategias)	62	22	-40	11,15	Cambio fiable	15,4	Mejora dentro de la disfuncionalidad
PDS	30	9	-21	3,58	Cambio fiable	8,73	Cambio hacia la funcionalidad

Nota: BDI-II: *Inventario de depresión de Beck*, segunda edición); AAQ-II: *Cuestionario de aceptación y acción*, segunda edición); PANAS: *Escala de afecto positivo y negativo*; DERS: *Escala de dificultades en la regulación emocional* - Factor estrategias; PDS: *Escala diagnóstica de estrés postraumático*; X_{pre} : puntuación pretest; X_{pos} : puntuación posttest; $X_{pos} - X_{pre}$: diferencia puntuación posttest y pretest; ICF: índice de cambio fiable; C: punto de corte clínico.

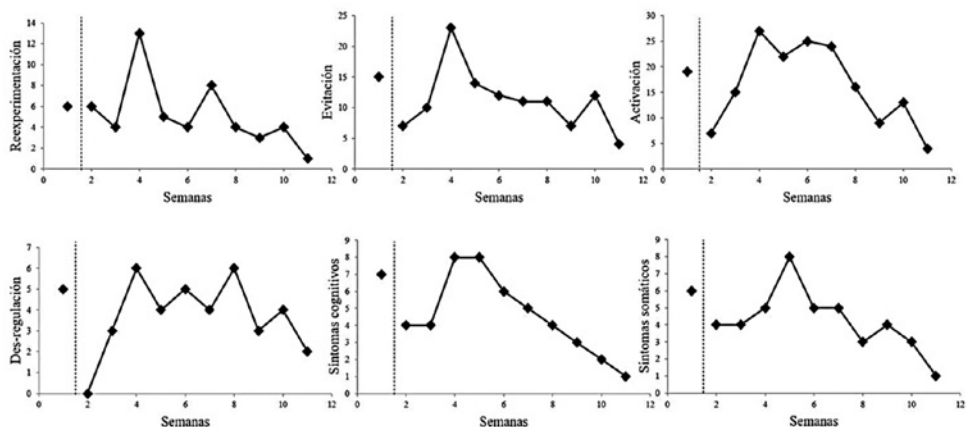
Fuente: Elaboración propia.

provoca una respuesta emocional condicionada ante ellos (por condicionamiento clásico), cuyo afrontamiento consiste en evitar o escapar de dichas situaciones y estímulos (cambiar de tema de conversación, intentar no pensar, ocuparse en alguna actividad para no pensar, cambiar el canal de televisión, no ir al pueblo donde murió el hermano), así como de la experiencia emocional que le provocan; estas conductas son mantenidas por refuerzo negativo, provocando un alivio a corto plazo que le permite reducir el malestar emocional y los recuerdos, pero a largo plazo ocasionan un distanciamiento de la familia, así como un incremento de los eventos privados indeseables (recuerdos sobre la muerte del hermano, sentimientos de culpabilidad, tristeza, ansiedad), los cuales han adquirido una función aversiva, razón por la cual los evita.

- *Análisis de inspección visual*: se registró una reducción en la frecuencia de las conductas al iniciar el tratamiento, pero en las semanas cuatro, cinco y seis se observó un cambio de tendencia. Esto se relaciona con circunstancias familiares y trámites relacionados con el proceso de reparación por la muerte del hermano. Después de la sesión siete se observó una tendencia negativa (figura 12.7).
- *Tamaño del efecto*: el PND indica que el tratamiento fue muy efectivo para la evitación y los síntomas somáticos de depresión; fue bastante efectivo para la

Efecto de la terapia de aceptación y compromiso en víctimas del conflicto armado

Figura 12.7 Frecuencia y variaciones entre línea de base y tratamiento de las seis conductas asociadas con trauma emocional y afectivo en el participante C

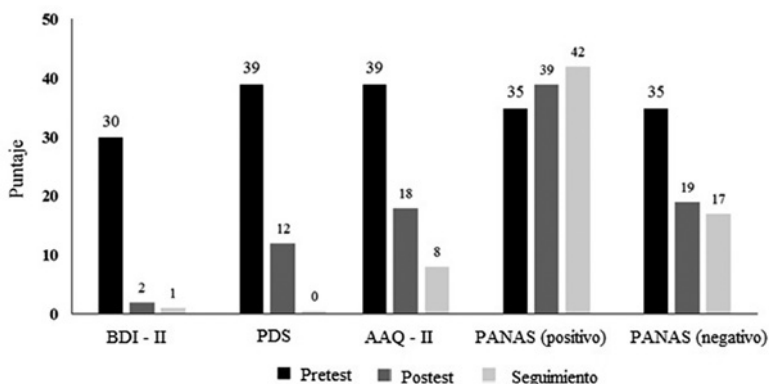


Fuente: Elaboración propia.

reexperimentación, las dificultades en la regulación emocional y los síntomas cognitivos de la depresión, mientras que tuvo una efectividad cuestionable para la hiperactivación. El NAP muestra un efecto medio para todas las conductas, excepto para la hiperactivación, cuyo efecto fue débil.

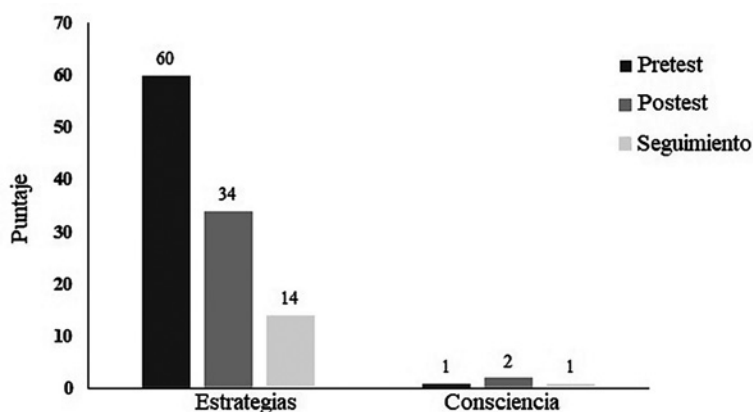
- *Resultados descriptivos pretest-postest y seguimiento:* se registró una reducción en los puntajes de las escalas al finalizar el tratamiento, como se observa en las figuras 12.8 y 12.9, excepto en el PANAS (afecto positivo), que incrementó. Se mantienen los cambios en el seguimiento al mes.

Figura 12.8 Puntajes pretest, postest y seguimiento BDI-II, PDS, AAQ-II, PANAS de la participante C



Fuente: Elaboración propia.

Figura 12.9 Puntajes de factores DERS de la participante C



Fuente: Elaboración propia.

- *Significancia clínica:* se observó un cambio clínico fiable en todas las variables (ICF > 1,96), excepto en el afecto positivo, que se mantuvo estable en el rango de la funcionalidad. Se presentó una mejoría y recuperación de la depresión, evitación experiencial y afecto negativo, así como una mejoría clínicamente significativa en los indicadores de dificultades en la regulación emocional y estrés postraumático (tabla 12.3).

Tabla 12.3 Significancia clínica a partir del *índice de cambio fiable* (ICF) y puntos de corte clínico (C) para BDI-II, AAQ-II, PANAS, DERS y PDS de la participante C

	X_{pre}	X_{pos}	$X_{pos} - X_{pre}$	ICF	Cambio	Punto de corte (C)	Sentido de cambio según C
BDI-II	30	2	-28	5,19	Cambio fiable	14,49	Recuperado
AAQ-II	39	18	-21	4,57	Cambio fiable	26,08	Recuperado
PANAS - A. Positivo	35	39	4	1,00	No cambio	28,23	Sin cambio dentro de la funcionalidad
PANAS - A. Negativo	35	19	-16	3,36	Cambio fiable	25,63	Recuperado
DERS (estrategias)	60	34	-26	7,25	Cambio fiable	15,4	Mejoría dentro de la disfuncionalidad
PDS	35	12	-23	3,92	Cambio fiable	8,73	Mejoría dentro de la disfuncionalidad

Nota: BDI-II: *Inventario de depresión de Beck*, segunda edición); AAQ-II: *Cuestionario de aceptación y acción*, segunda edición; PANAS: *Escala de afecto positivo y negativo*; DERS: *Escala de dificultades en la regulación emocional* - Factor estrategias; PDS: *Escala diagnóstica de estrés postraumático*; X_{pre} : puntuación pretest; X_{pos} : puntuación posttest; $X_{pos} - X_{pre}$: diferencia puntuación posttest y pretest; ICF: índice de cambio fiable; C: punto de corte clínico.

Fuente: Elaboración propia.

Análisis entre participantes

Es importante precisar que cada participante presentaba diferentes circunstancias en su historia de aprendizaje, lo que hace de cada uno un caso particular. Sin embargo, existía la comunalidad de la exposición a eventos del conflicto armado, en medio de la violencia política del país, con la consecuente presencia de conductas asociadas con trauma emocional y afectivo, en diferentes grados. Se observó la reducción en la frecuencia de todas las conductas (figura 12.1), especialmente después de trabajar el componente de aceptación y defusión, en las semanas seis y siete; así mismo, se observó reducción en las puntuaciones postest y mantenimiento de los cambios al mes de haber finalizado el tratamiento.

Discusión

Teniendo en cuenta los resultados, se deduce la efectividad de la aplicación de la intervención clínica basada en la guía de Walser y Westrup (2007). Los síntomas comportamentales asociados con trauma emocional y afectivo disminuyeron, aspecto que se evidencia en el incremento de la aceptación psicológica de los eventos privados aversivos de los participantes, según los principios de la ACT, pues los resultados intrasujeto revelaron reducción en los niveles de las variables dependientes (reexperimentación, evitación e hiperactivación, síntomas cognitivos y somáticos de depresión, dificultades en la regulación emocional, afecto negativo y evitación experiencial).

Los resultados de la inspección visual, los índices del tamaño del efecto basados en el no solapamiento de los datos entre las fases, la descripción de las puntuaciones pretest, postest y seguimiento, junto con el análisis de significancia clínica mediante el método de Jacobson y Truax (1991), son indicadores empíricos de la eficacia del protocolo utilizado para el trauma emocional y afectivo en las víctimas tratadas.

Esta reducción, según Hayes (2004) y Hayes, Strosahl y Wilson (2011), obedece al abandono de la lucha con los pensamientos, emociones y recuerdos indeseados, relacionados con su vivencia en medio del conflicto armado colombiano (desplazamiento, pérdida de seres queridos), lo que hace posible la desactivación de la función aversiva de tales eventos privados y permite que la persona se relacione de una manera diferente con ellos; por tanto, también se genera una reducción en la frecuencia e intensidad del malestar provocado, por el aumento de la flexibilidad psicológica. Se observó un mayor decremento en la frecuencia de las conductas, después de trabajar el componente de aceptación y defusión, en las semanas seis y siete del tratamiento, de acuerdo con el análisis de inspección visual en los tres participantes.

Estos dos procesos de ACT, de manera particular resultan muy útiles para desarrollar la habilidad de apertura respecto al contenido de los eventos privados, que disminuye la probabilidad de intentar eliminar o evitar dichos eventos, configurando un estilo de respuesta que ha sido denominado “open” por Hayes, Strosahl y Wilson (2011). De acuerdo con Hayes, Villate, et al. (2011), existen evidencias de la importancia de los procesos y componentes de esta categoría “open”, que incluye la aceptación y defusión, en los resultados obtenidos en las intervenciones con ACT. De manera particular, la defusión reduce la transformación de las funciones de estímulo, al alterar los contextos que generan la fusión, y la aceptación favorece el desarrollo de la disposición conductual a experimentar eventos privados, adoptando una postura de apertura, flexibilidad y no juicio (Hayes, Villate, et al., 2011).

A través de las habilidades de aceptación y defusión, los participantes persistieron en comportamientos vinculados con sus valores, y en la presencia de eventos privados difíciles. Una de las metáforas empleadas en este componente fue la metáfora del pantano (Hayes et al., 1999; Walser & Westrup, 2007), que, según Orsillo y Batten (2005), reviste importancia para los sobrevivientes de trauma, ya que se plantea la opción de elegir hacer frente a los eventos privados difíciles, no simplemente para caer en el pantano, sino que se inicia el tránsito por este, con el objetivo de alcanzar la montaña, que corresponde con las direcciones de vida importantes para la persona.

Lo anterior se vincula con la reducción de la frecuencia de las diferentes conductas al final del tratamiento, la cual fue mínima después de abordar el componente de valores y acción comprometida, que muestra la conexión entre estos componentes con la aceptación y defusión previamente trabajadas, pues cuando la persona tiene una orientación hacia direcciones de vida significativas y compromiso con ellas, la aceptación es tomada como el método por el cual puede crear una vida valiosa (Orsillo & Batten, 2005).

En ACT, el componente de valores es muy importante y útil para conducir la terapia, pues ayuda a clarificar los eventos importantes para la persona, genera un sentido de significado y objetivo de vida, permite el planteamiento de metas a corto y largo plazo, brinda un contexto que puede facilitar que la persona esté dispuesta a tener eventos privados difíciles mientras sigue sus valores y, finalmente, contribuye a que la persona pueda estar más consciente del refuerzo de conductas que están vinculadas con un valor mayor, aspectos que claramente se evidenciaron en los tres participantes (Dahl et al., 2009).

Se destaca que los resultados en el seguimiento en todos los participantes comprueban el mantenimiento de los cambios en las diferentes variables dependientes. Dada la puntuación mínima en los diferentes instrumentos, estos cambios implican una

reducción de la evitación experiencial junto con la reducción en los síntomas asociados con trauma emocional y afectivo, respecto a la línea base, aunque el propósito de la terapia difiere un poco con los modelos tradicionales, basados en la reducción de los síntomas (Burrows, 2013). En esta investigación se observó un gran compromiso de los participantes en el mejoramiento de su calidad de vida, evidenciado en un incremento del desempeño laboral, cuidado físico, mejoría en las relaciones familiares y emprendimiento de proyectos, junto con la reducción en la sintomatología. Lo anterior aporta evidencia de la intervención basada en ACT y en la mejoría de la salud mental de los participantes.

Estudios previos en pacientes con síntomas de estrés postraumático (TEPT) y víctimas de abuso sexual (Batten & Hayes, 2005; Burrows, 2013) indican reducción de los síntomas y aceptación de los eventos privados asociados con su trauma. Así mismo, los resultados en veteranos de guerra revelan la mejoría de los indicadores de TEPT (Batten et al., 2009; Blevins et al., 2011; Orsillo & Batten, 2005). En depresión también se ha observado el efecto de intervenciones con ACT y los cambios a largo plazo permanecen estables (Bohlmeijer et al., 2011; Fledderus et al., 2013; Ruiz, 2012; Zettle, 2015). Walser et al. (2015) implementaron ACT en una muestra de 981 veteranos con sintomatología depresiva, de los cuales 647 completaron 10 sesiones o más. Algunos de los participantes presentaban ideación suicida, la cual se redujo junto con los niveles de depresión; así mismo, se observó mejoría en la evitación experiencial. Los anteriores estudios forman parte del soporte empírico de la efectividad ACT en el tratamiento de la depresión.

El abordaje de ACT, en contraste con otras intervenciones tradicionales, se caracteriza por la validación de las emociones, pensamientos, recuerdos y en general el malestar; paralelamente, el terapeuta busca que la persona reconozca que puede llevar consigo su experiencia traumática, sin estar agobiado o sentirse identificado con esta, de tal forma que tenga la capacidad de vivir la vida que desea, a pesar de lo que le sucedió (Walser & Westrup, 2007). Por tanto, esta intervención en contextos profesionales puede ser aplicada en personas que han pasado por eventos traumáticos y han recibido tratamientos previos con resultados no favorables (Twohig, 2009), ya que como alternativa terapéutica puede ser mucho más eficaz, puesto que promueve la aceptación, y paralelamente puede provocar la reducción de la frecuencia e intensidad del malestar emocional al abandonar el control que se ha ejercido sobre este (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011).

En este sentido, también es importante recordar la importancia de la adecuada capacitación conceptual y psicológica que requieren los profesionales que ejercen la atención

a la población víctima del conflicto armado, dado que en ese contexto se genera una carga emocional que deben afrontar (Moreno & Díaz, 2015). Adicionalmente, por la responsabilidad que asumen respecto a la salud mental de quienes participan en sus intervenciones, requieren competencias particulares, entrenamiento y experiencia con víctimas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Algunas limitaciones que se presentaron en el presente estudio fueron la dificultad en el acceso a la población víctima del conflicto armado por parte de las entidades gubernamentales encargadas de llevar un seguimiento y por parte de la misma población, que mostró en algunos casos poca disposición, escepticismo frente al proceso o falta de credibilidad en la labor del psicólogo. Por el tamaño de la muestra, no es posible generalizar los resultados; se recomienda en futuras investigaciones emplear diseños de grupos que incrementen la posibilidad de generalización con tratamientos de comparación, de manera que pueda tenerse un mayor grado de validez externa. Así mismo, es importante hacer mediciones de seguimiento transcurrido un mayor tiempo respecto a la finalización del tratamiento y contar con medidas de adherencia, metas de valor y calidad de vida.

Se considera útil continuar utilizando análisis cuantitativos que evalúen el tamaño del efecto y la significancia clínica de los resultados, como se realizó en la presente investigación, que al mismo tiempo permitan identificar el impacto de los componentes de manera específica.

Referencias

- Álvarez, C., Luna, A. M., Marino, V., & Lozano, M. C. (2003). *Adaptación escala de diagnóstico del desorden de estrés post traumático elaborada por Edna b. Foa, a las Fuerzas Militares de Colombia* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana].
- Batten, S., DeViva, J., Santanello, A., Morris, L., Benson, P., & Mann, M. (2009). Acceptance and commitment therapy for comorbid PTSD and substance use disorders. En J. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. Deane (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research, and practice* (pp. 311-328). Australian Academic Press.
- Batten, S., & Hayes, S. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. A case study. *Clinical Case Studies*, 4, 246-262. <https://doi.org/10.1177/1534650103259689>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck depression inventory* (2a ed) [Manual]. The Psychological Corporation.
- Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-10>

- Blevins, D., Roca, V., & Spencer, T. (2011). Life guard: Evaluation of an ACT-Based workshop to facilitate reintegration of OIF/OEF veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 32-39. <https://doi.org/10.1037/a0022321>
- Bohlmeijer, E., Fledderus, M., Pieterse, M., & Rokx, T. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., & Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brenlla, M., & Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina*. Paidós.
- Burrows, C. (2013). Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: A case study. *Clinical Case Studies*, 12, 246-259. <https://doi.org/10.1177/1534650113479652>
- Campos-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Junio 10 de 2011. DO. 48096. <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>
- Dahl, J., Plumb, J., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art & science of valuing in psychotherapy. helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Daset, L., & Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: Algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7, 209-220.
- Dupuy, H. (1984). The psychological general well-being (PGWB) Index. En N. Wenger, M. Mattson, C. Furberg & J. Elinson (Eds.), *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease* (pp. 170-183). Le Jacq Publishing, Inc.
- Eifert, G., Forsyth, J., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 368-385. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Schreurs, K. M., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 142-151. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.007>

- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic diagnostic scale manual*. National Computer Systems.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder. The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
- Gaudiano, B. A. (2011). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) and recommendations for continued scientific advancement. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 8, 5-22.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>.
- Centro de Memoria Histórica [CMH]. (2013). *¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Informe General Grupo de Memoria Histórica. <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/estadisticas.html>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2a ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villate, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 141-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139-156.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kilpatrick, D., Resnick, H., & Acierno, R. (1997). Health impact of interpersonal violence. 3: Implications for clinical practice and public policy. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(2), 79-85. <https://doi.org/10.1080/08964289709596731>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14.

- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 35*, 521-526.
- McGuigan, F. (1997). *Experimental psychology: methods of research*. Prentice Hall.
- Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio del profesional de psicología, se dicta el código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Septiembre 6 de 2006. DO. 46383.
- Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre 4 de 1993. https://www.hospitalsanpedro.org/images/Comite_Investigacion/Resolucion_8430_de_1993.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011* (Versión 2 ajustada). www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=11648
- Moreno, M., & Díaz, M. (2015). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *Ágora U.S.B., 16*, 198-213.
- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M., & Hoyos-González, J. S. (2016). Escala de dificultades en regulación emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología, 19*, 1-10. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.10>
- Orsillo, S., & Batten, S. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification, 29*, 95-129. <https://doi.org/10.1177/0145445504270876>
- Parker, R. I., & Vannest, K. J. (2009). An improved effect size for single case research: Nonoverlap of all pairs (NAP). *Behavior Therapy, 40*, 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>.
- Red Nacional de Información [RNI]. (2017). *Registro Único de Víctimas*. <http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107>
- Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T., & Marmar, C. (2011). Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in colombians internally displaced by armed conflict: A mixed-method evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*, 384-393. <https://doi.org/10.1037/a0022257>
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: a systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *Int J Psychol Psychol Ther, 12*, 333-357.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema, 25*, 123-129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>

- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *The Psychological Record*, 66(3), 429-437. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Sanz, J., Perdigón, A., & 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, 249-280.
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing single-subject research: issues and applications. *Behavior Modification*, 22, 221-242.
- Sinisterra, M., Figueroa, F., Moreno, V., Robayo, M., & Sanguino, J. (2010). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4, 83-97.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Trejos, L. (2013). Colombia: una revisión teórica de su conflicto armado. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 11, 55-75.
- Twohig, M. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 243-252. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.10.002>
- Vergara, A., & Ballesteros, B. (2015). *Efecto de una intervención psicológica basada en la terapia de aceptación y compromiso en los daños psicológicos en víctimas del conflicto armado colombiano* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana].
- Walser, R., Garvert, D., Karlin, B., Trockel, M., Ryu, D., & Taylor, C. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 25-31.
- Walser, R., & Westrup, D. (2007). *Acceptance & commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems: A practitioner's guide to using mindfulness & acceptance strategies*. New Harbinger Publications.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

- Wetherell, J., Afari, N., Ayers, C., Stoddard, J., Ruberg, J., Sorrell, J., Liu, L., Petkus, A., Thorp, S., Kraft, A., & Patterson, T. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy, 42*, 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Wilson, K., & Luciano, C. (2002). *La terapia de aceptación y compromiso (ACT) Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Zettle, R. (2015). Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opinion in Psychology, 2*, 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.011>