



*Universitat
Abat Oliba CEU*

**Aplicación de la Terapia de aceptación y
compromiso en supervivientes de Daño cerebral
adquirido y sus cuidadores: Revisión Sistemática**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Autor: Maria Carracedo Martín
Tutor: Júlia Ballester Plané
Máster Universitario en: Psicología General Sanitaria
Año: 2023

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

A handwritten signature in blue ink that reads "Maria". The signature is enclosed within a hand-drawn oval.

Firma:

María CARRACEDO MARTÍN

Todo fluye, todo cambia, nada permanece.

HERÁCLITO DE ÉFESO

Resumen

Introducción: El Daño cerebral adquirido (DCA) puede conllevar secuelas psicológicas que afectan la calidad de vida de supervivientes y cuidadores. La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) resulta beneficiosa en múltiples sintomatologías psicológicas, pudiendo presentar, por su enfoque terapéutico basado en la capacidad para adaptarse al cambio, ventajas sobre la Terapia cognitivo conductual en esta población. Objetivo: Analizar la aplicación de la ACT para tratar la sintomatología psicológica de supervivientes de DCA y/o sus cuidadores. Método: Se realizó una revisión sistemática de la literatura recogida en las bases de datos APA PsycINFO, CINAHL, PubMed y Web of Science entre 2012-2023 incluyendo aquellos artículos que realizasen intervenciones ACT en supervivientes de DCA y/o sus cuidadores. La calidad de los estudios se valoró mediante los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011. Resultados: De los 161 estudios identificados, se incluyeron 14 artículos (siete ensayos controlados aleatorizados), de los cuales dos ofrecían datos sobre cuidadores. Entre los 241 sujetos con DCA (56% ictus – 44% traumatismo craneoencefálico, media de edad: 47±12 años, 32% mujeres) que recibieron ACT, los aspectos psicológicos donde se identificaron mejoras fueron: ansiedad, depresión, malestar psicológico, calidad de vida y trastorno de estrés postraumático. Siendo en los cuidadores (n = 44): ansiedad, función familiar y evitación experiencial. Conclusiones: Se confirma la eficacia de la ACT para mejorar la sintomatología psicológica en supervivientes de DCA, la cual se aplica siguiendo características similares a las empleadas en otras poblaciones. Datos preliminares apuntan a un posible efecto beneficioso en las personas cuidadoras.

Palabras claves

Terapia de aceptación y compromiso – Daño cerebral adquirido – Supervivientes – Cuidadores – Revisión sistemática

Resum

Introducció: El Dany cerebral adquirit (DCA) pot produir seqüeles psicològiques que afectin la qualitat de vida de supervivents i cuidadors. La Teràpia d'acceptació i compromís (ACT) esdevé beneficiosa en multitud de simptomatologies psicològiques, poden presentar, pel seu enfoc terapèutic basat en la capacitat d'adaptar-se al canvi, avantatges sobre la Teràpia cognitiu conductual en aquesta població. Objectiu: Analitzar l'aplicació de la ACT per tractar la simptomatologia psicològica de supervivents de DCA i/o els seus cuidadors. Mètode: Es va dur a terme una revisió sistemàtica de la literatura recollida en les bases de dades APA PsycINFO, CINAHL, PubMed i Web Of Science entre 2012-2023 incloent aquells articles que realitzessin intervencions ACT en supervivents de DCA i/o els seus cuidadors. La qualitat dels articles es va valorar amb els nivells d'evidència del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011. Resultats: Dels 161 estudis identificats, es van incloure 14 articles (set assaigs controlats aleatoritzats), dels quals dos oferien dades sobre cuidadors. Entre els 241 subjectes amb DCA (56% ictus – 44% traumatisme cranioencefàlic, mitjana d'edat: 47±12 anys, 32% dones) que van rebre ACT, els aspectes psicològics on es van identificar millores van ser: ansietat, depressió, malestar psicològic, qualitat de vida i trastorn d'estrès posttraumàtic. Sent en els cuidadors (n = 44): ansietat, funció familiar i evitació experiencial. Conclusions: Es confirma l'eficàcia de l'ACT per millorar la simptomatologia psicològica en supervivents de DCA, la qual s'aplica seguint característiques similars a les emprades en d'altres poblacions. Dades preliminars apunten a un possible efecte beneficiós en les persones cuidadores.

Paraules clau

Teràpia d'acceptació i compromís – Dany cerebral adquirit – Supervivents – Cuidadors – Revisió sistemàtica
--

Abstract

Introduction: After the occurrence of Acquired Brain Injury (ABI) psychological sequelae can emerge affecting survivors and caregivers quality of life. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is beneficial in multiple psychological outcomes, and due to its therapeutic approach, based on the ability to adapt to change, may present advantages over Cognitive Behavioral Therapy in this population. Aim: To analyze the application of ACT in the treatment of the psychological symptoms seen in ABI survivors and/or their caregivers. Method: A systematic review was conducted in APA PsycINFO, CINAHL, PubMed and Web Of Science databases between 2012-2023, including those articles that performed ACT interventions in ABI survivors and/or their caregivers. Quality of the studies was performed using the Oxford Centre for Evidence Based Medicine 2011 levels of evidence. Results: Of the 161 identified studies, 14 articles were finally included (seven randomized controlled trials), of which two provided data on caregivers. With a sample of 241 subjects with ABI (56% stroke – 44% traumatic brain injury, mean age: 47±12 years, 32% women) who received ACT, improvements were in the following psychological outcomes: anxiety, depression, distress, quality of life and post-traumatic stress disorder. Being in the caregivers (n = 44): anxiety, family function and experiential avoidance. Conclusions: The effectiveness of ACT to improve psychological symptoms of ABI survivors is confirmed, which is applied following similar characteristics to those used in other populations. Preliminary data point to the possibility of a beneficial effect in caregivers.

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy – Acquired Brain Injury – Survivors – Caregivers – Systematic Review
--

Sumario

Introducción	11
I. Marco teórico	13
1. Daño cerebral adquirido (DCA)	13
1.1. Definición del concepto y clasificación.....	13
1.2. Incidencia	14
1.3. Secuelas	15
1.3.1. Consecuencias de las secuelas psicológicas	16
1.4. Perfil del cuidador.....	17
1.5. Intervenciones psicológicas	18
1.5.1. Intervenciones psicológicas en supervivientes de DCA	19
1.5.2. Intervenciones psicológicas en los cuidadores.....	21
2. Terapia de aceptación y compromiso (ACT).....	23
2.1. Raíces de la Terapia de aceptación y compromiso	23
2.2. El papel del sufrimiento humano	23
2.3. Modelo de flexibilidad psicológica	25
2.4. Evidencia sobre la ACT.....	27
2.4.1. Evidencia de la ACT sobre diversas patologías	27
2.4.2. Evidencia de la ACT en las personas cuidadoras	28
2.5. Aportación de la ACT sobre la Terapia cognitivo conductual.....	28
3. Objetivos.....	29
II. Metodología	31
1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda.....	31
2. Criterios de elegibilidad	31
3. Proceso de selección de los estudios	32
4. Evaluación de la calidad de los estudios	34
III. Resultados	35
1. Diseños de los estudios	35
2. Muestra de estudio.....	36
3. Características de la intervención	38
4. Efectos de la ACT.....	39
4.1. Efectos sobre la ansiedad.....	39
4.2. Efectos sobre la ansiedad y la depresión	40
4.3. Efectos sobre la depresión.....	41
4.4. Efectos sobre el malestar psicológico y la calidad de vida.....	43
4.5. Efectos sobre la vida valorada	45

4.6. Efectos sobre la psicopatología basada en el estrés	46
4.7. Efectos sobre los cuidadores.....	47
IV. Discusión.....	59
1. Hallazgos sobre la ansiedad.....	63
2. Hallazgos sobre la depresión.....	64
3. Hallazgos sobre el malestar psicológico y la calidad de vida.....	65
4. Hallazgos sobre la vida valorada	66
5. Hallazgos sobre la psicopatología basada en el estrés	67
7. Hallazgos sobre las personas cuidadoras	68
8. Limitaciones del estudio	70
9. Implicaciones y futuras líneas de trabajo.....	71
V. Conclusiones.....	73
Bibliografía.....	75
Anexo I.....	87
Anexo II.....	89

Introducción

Tal y como se refleja en las elevadas tasas de incidencia, son muchas las personas que conviven con las secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que resultan de la ocurrencia de una lesión sobrevenida en el encéfalo y, por ende, con las consecuencias que se derivan de estas. Como el lector puede imaginar, en multitud de casos, el conjunto de las secuelas descritas conlleva que los supervivientes del Daño cerebral adquirido (DCA) requieran de ayuda externa, la cual acostumbra a proceder de la figura del cuidador informal, es decir, de familiares y/o allegados.

La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) es una modalidad terapéutica que entiende el sufrimiento psíquico como algo inherente a la vida (Hayes et al., 2014) y sitúa su foco principal de intervención en la promoción de la flexibilidad psicológica alcanzada por medio de 6 procesos, entre los que se encuentra la aceptación de los acontecimientos privados (Hayes et al., 2006). Lo que se plantea podría hacer que esta intervención encaje mejor que otras modalidades terapéuticas en supervivientes de DCA (Kangas y McDonald, 2011) y sus cuidadores (Losada et al., 2015).

Aunque existe literatura que se interesa por conocer la eficacia de diversos tratamientos psicológicos sobre el DCA (Verberne et al., 2019), así como sobre en qué sintomatologías puede ser beneficioso el uso de la ACT (A-Tjak et al., 2015), hasta donde alcanza el conocimiento de la autora, no habría ninguna publicación que aúne con una metodología de revisión sistemática el estudio exclusivo de los efectos de la ACT sobre personas con DCA y/o sus cuidadores. Lo que pone de manifiesto un espacio en blanco en el campo de la investigación. En este sentido, junto con lo anteriormente mencionado, se pone en relieve la importancia de la existencia de un trabajo riguroso que analice este aspecto y que empiece a vislumbrar si la ACT puede ser una intervención eficaz para el tratamiento de las secuelas psicológicas de supervivientes de DCA y/o sus personas cuidadoras, ya que estas pueden conllevar un deterioro en la calidad de vida de ambos.

Es por esta razón, junto con la motivación de entrelazar aspectos del ámbito de la neuropsicología y la psicología clínica, con la finalidad de ofrecer al lector formado en cualquiera de estos dos campos un conocimiento más global con el que aproximarse al trabajo terapéutico en pacientes de estas características ya que requieren de programas de intervención integrales, que en el presente trabajo se establece el objetivo de analizar la aplicación de la ACT en el DCA para determinar si es eficaz para tratar la sintomatología psicológica de supervivientes y/o cuidadores, así como describir en qué condiciones.

Para ello se llevará a cabo una revisión sistemática de la literatura presente en diversas bases de datos electrónicas, sobre aquellos artículos que proporcionen datos en relación con la aplicación de ACT en personas con DCA y/o sus personas cuidadoras. Lo que se reflejará próximamente mediante la siguiente estructura: contextualización del tema mediante el marco teórico, planteamiento de los objetivos del trabajo, descripción detallada de la metodología llevada a cabo, exposición de los resultados obtenidos, integración y discusión de éstos, así como concreción de las conclusiones a las que se ha llegado.

Aunque antes, se quiere dedicar un espacio para agradecer el papel de todas aquellas personas que en mayor o menor medida han colaborado de alguna forma en esta revisión sistemática, entre las que cabe destacar a la Dra. Ballester, por la tutorización llena de enriquecimiento y su acompañamiento a lo largo de todo el proceso, a la Dra. Berlanga, por su disponibilidad y ayuda siempre que ha sido necesaria y como no, a mi familia, por su apoyo constante en todos mis proyectos.

I. Marco teórico

1. Daño cerebral adquirido (DCA)

1.1. Definición del concepto y clasificación

Cuando se produce una lesión de cualquier etiología (aislando aquellas que provengan de enfermedades degenerativas/hereditarias o acontecidas en la gestación/periodo perinatal) con un inicio agudo de entre segundos a escasos días, en una zona del encéfalo o en su globalidad, originando deterioro que repercute en el funcionamiento del sujeto así como en su calidad vida, esta lesión se define bajo el término de Daño Cerebral Adquirido (DCA) o Daño Cerebral Sobvenido (DCS), como algunos autores españoles prefieren denominarlo (Castellanos-Pinedo et al., 2012).

Según su causa, se establecen dos grandes categorías de DCA: las lesiones traumáticas y las no traumáticas (Brain Injury Association of America, s.f.; Giustini et al., 2013). Las lesiones traumáticas son derivadas de causas exógenas, mientras que las no traumáticas son provocadas por factores de tipo interno. Dentro de la primera categoría, encontramos lesiones procedentes de caídas, violencia y accidentes de tráfico, entre otras (Brain Injury Association of America, s.f.; Tagliaferri et al., 2006); mientras que en la segunda categoría se encuentran, por destacar algunas: el ictus, los tumores, las enfermedades infecciosas, la meningitis, las lesiones provocadas por algún tipo de falta de oxígeno y las sobredosis de droga (Brain Injury Association of America s.f.; Giustini et al., 2013).

De esta clasificación, destacan el traumatismo craneoencefálico (TCE) y el ictus como los DCA más habituales (Castellanos-Pinedo et al., 2012; Federación Española de Daño Cerebral [FEDACE], s.f.; siguiendo los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia publicada en el 2022 por el Instituto Nacional de Estadística), por lo que serán en estos dos trastornos donde se podrá a partir de ahora el foco de atención.

El TCE se puede demarcar como una lesión en la cabeza a consecuencia de un trauma cerrado, penetrante o una fuerza de aceleración-desaceleración; que bien conlleva amnesia o una alteración de la conciencia, o por otro lado, produce cambios neuropsicológicos/neurológicos o diagnósticos de lesiones intracraneales o fractura de cráneo; abarcando también los casos de muerte que se puedan atestiguar como causados por esta lesión (Thurman et al., 1995). Y “denominamos ictus, accidente cerebrovascular o apoplejía a la lesión neurológica aguda que se produce como

consecuencia de los procesos patológicos que afectan a los vasos sanguíneos” (Ruíz-Giménez et al., 2002, p. 93). Este es de tipo isquémico cuando se deriva de la obstrucción de las arterias cerebrales, provocando que no se pueda irrigar la sangre a algunas partes del encéfalo (teniendo en cuenta que cuando esta oclusión es durante un breve lapso temporal, entonces hablamos de un accidente isquémico transitorio) y de tipo hemorrágico cuando se produce debido a la emanación de sangre al encéfalo como consecuencia de una fuga en la arteria (Goldman, et al., 2022).

En cuanto a cómo catalogar la severidad de la lesión, algunas de las herramientas existentes son: los hallazgos en las imágenes cerebrales, la duración de la pérdida o disminución de la conciencia, la presencia de alteración de la conciencia o del estado mental en el momento de la lesión en forma de desorientación, confusión, enlentecimiento del pensamiento, etc. la extensión temporal de la amnesia postraumática (APT), las puntuaciones en la Glasgow Coma Scale (GCS) (Management of Concussion/mTBI Working Group, 2009) y las puntuaciones en la National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) (Kwah y Diong, 2014). La APT es un trastorno parcial de la conciencia que se refleja en una alteración global de la cognición, frecuentemente en forma de amnesia retrógrada/anterógrada -teniendo como referencia el TCE- y desorientación en las 3 esferas, además de alteración conductual y falta de conciencia del déficit (Vilageliu-Jordà et al., 2021; citado en García-Molina et al., 2022). En cuanto a las dos escalas, la GCS es una escala que mide la apertura de los ojos y la respuesta tanto motora como verbal, ofreciendo una puntuación total que puede oscilar entre el valor máximo de 15 y el valor mínimo de tres, reflejando las puntuaciones elevadas una menor afectación (13-15 leve, 9-12 moderado y ≤ 8 grave) (Eme, 2017; Richer, 2017; citado en Vacca, 2019) y la NIHSS, por su parte, ofreciendo una puntuación total de 0 a 42, siendo en este caso las puntuaciones más bajas las que reflejan un nivel de severidad menor, evalúa con un total de 15 ítems el nivel de conciencia, la capacidad visual, la negligencia, aspectos sensoriales, los movimientos faciales, la fuerza muscular, la coordinación y el lenguaje (Kwah y Diong, 2014).

1.2. Incidencia

En cuanto a la incidencia de estos dos tipos de DCA, Tagliaferri et al. (2006) indican en su revisión sistemática realizada en la literatura publicada entre 1980 y 2003 que para el TCE esta es de 235 casos cada 100.000 por año (en Europa), señalando que encontraron los accidentes de tráfico, las caídas y la violencia de cualquier tipo como las causas de estos, aunque existen muchas otras. Por lo que respecta al género,

Bruns y Hauser (2003) refieren en su revisión con artículos de Australia, China, Francia, Estados Unidos y Sudáfrica que los hombres son más propensos a experimentar un TCE que las mujeres y que en cuanto a la edad, en el periodo de la mediana edad se produce una reducción de la frecuencia en comparación con las etapas anteriores y posteriores a esta. Recuperando datos sobre países Europeos, Soto et al. (2022) con publicaciones comprendidas entre en los años 2010 y 2019, indican que la incidencia global del accidente cerebrovascular se sitúa en 204,5/100.000 personas por año y que cuando esta se ajusta por sexo se reduce a 191,9/100.000 personas por año (195,7/100.000 hombres y 188,1/100.000 mujeres); también refieren que la incidencia aumenta con la edad y que disminuye en los países del norte de Europa en comparación con los del sud (183,6/100.000 personas por año en Alemania, Dinamarca, Inglaterra e Irlanda *versus* 214,1/100.000 personas por año en Croacia, España, Grecia e Italia).

1.3. Secuelas

Una vez conocido qué entendemos por TCE e ictus y habiendo señalado sus respectivas incidencias, se procede a presentar las secuelas que se pueden derivar del DCA, las cuales son múltiples y diversas por lo que en cada sujeto se manifiestan de forma idiosincrática según las características de la lesión y del individuo que la experimenta (Federación Galega Do Dano Cerebral [FEGADACE], s.f.).

En este sentido, encontramos principalmente 3 grandes grupos de secuelas: las físicas, las cognitivas y las psicológicas (Sohlberg y Mateer, 2001; citado en Silveira y Smart, 2020; Tsyben et al., 2018).

Dentro de las secuelas físicas se describen aspectos motrices como trastornos de la marcha, incapacidad para poder mover algunas partes del cuerpo, hemiplejía, temblores, hipotonía (FEGADACE, s.f.), espasticidad (Safaz et al., 2008), contracturas y mayor número de caídas (Sackley et al., 2008); sensoriales, que recogen deficiencias visuales como la diplopía, fotofobia, visión borrosa y defectos del campo visual (Berthold-Lindstedt et al., 2017), deterioro olfativo (Fortin et al., 2010; Green et al., 2008), afectación del gusto (Cabello Ballester et al., 2023; Green et al., 2008), disfunciones auditivas (Bergemalm y Borg, 2001), hemiparesia (Colomer et al., 2013) y presencia de dolor en el hombro (Langhorne et al., 2000; Leung et al., 2007), en el pecho u otros (Langhorne et al., 2000); y orgánicos, como la osteopenia u osteoporosis (Smith et al., 2016), las úlceras por presión, convulsiones (Safaz et al., 2008), infecciones del tracto urinario, torácicas u otras

(Langhorne et al., 2000), tromboembolismos como la trombosis venosa profunda (Langhorne et al., 2000; Safaz et al., 2008) o la embolia pulmonar (Langhorne et al., 2000;), disfunciones sexuales (Kimura et al., 2001; Moreno et al., 2013), dificultades intestinales y del control de los esfínteres relacionadas con la incontinencia fecal/estreñimiento (Aadal et al., 2019) o el aumento de la frecuencia urinaria/retención urinaria (Lucke-Wold et al., 2020), problemas respiratorios y procedimientos como la traqueotomía (FEGADACE, s.f.).

A nivel cognitivo, los supervivientes de DCA pueden experimentar secuelas como la desorientación (FEGADACE, s.f.), dificultades atencionales, deficiencias en la velocidad de procesamiento, problemas de memoria, alteraciones de la función ejecutiva (Iaccarino et al., 2015), trastornos del habla y del lenguaje -afasia, apraxia y disartria- (Jordan y Hillis, 2006), trastornos de la percepción y trastornos del cálculo y del razonamiento numérico (FEGADACE, s.f.).

Por último, en cuanto a las secuelas psicológicas que comúnmente se destacan en la literatura, se encuentran aquellas más relacionadas con las emociones como son la ansiedad (Langhorne et al., 2000), la apatía (Verberne et al., 2019) y la depresión (García Guerrero y Pérez Moreno, 2014), de hecho, la depresión post ictus se ha estudiado ampliamente (Espárrago Llorca et al., 2015; Robinson y Jorge, 2016). Y aquellas ligadas a la conducta, donde algunas de las conductas disruptivas observables tienen relación con cierta agresividad-agitación y/o desinhibición (Verberne et al., 2019).

Como cabe suponer, el conjunto de estas secuelas repercute en la calidad de vida de los supervivientes (Mesa Barrera et al., 2016), ya que las limitaciones a las que se deben enfrentar los sujetos en su día a día, a partir del momento de la lesión, afectan a su autoconcepto y a sus estrategias de afrontamiento (Kozlowski, et al., 2002; Svendsen y Teasdale, 2006; Wood y Rutterford, 2006; citado en Truelle et al., 2010).

1.3.1. Consecuencias de las secuelas psicológicas

Con la finalidad de ofrecer más datos sobre las secuelas psicológicas posteriores a un DCA, debido a que son las más relevantes en esta ocasión por la temática escogida, se presentarán a continuación las consecuencias que se pueden derivar de esta tipología de secuelas. Aunque antes se proporcionarán las prevalencias descritas en la literatura para las secuelas psicológicas, tanto emocionales como conductuales, para reflejar al lector la importancia de estas.

En este sentido, encontramos que en las publicaciones académicas se describen prevalencias de entre un 8% (Ciurli et al., 2011) a un 25% para la ansiedad (Campbell Burton et al., 2013), del 27% (Angelelli et al., 2004) al 42% para la apatía (Ciurli et al., 2011) y de entre un 29% (Ciurli et al., 2011) a un 61% para la depresión (Angelelli et al., 2004). Y que con relación a la agresividad-agitación, la prevalencia ronda en el rango del 24%-37%, mientras que en el caso de la desinhibición esta se sitúa alrededor del 28% (Ciurli et al., 2011), por lo que se encuentran valores de prevalencia elevados en el conjunto de las secuelas psicológicas.

Una vez proporcionados los datos sobre prevalencia y observados sus altos valores, ahora sí es conveniente mencionar las consecuencias de estas. Las cuales se manifiestan, por un lado, en una menor calidad de vida relacionada con la salud, lo que se refleja como: peor funcionamiento físico, dolor corporal, disminución de la vitalidad, menor funcionamiento social, limitaciones de rol derivadas de la salud física y los problemas emocionales, menor salud mental y peor percepción general de salud (Diaz et al., 2012) y por otro lado, también implican deterioro funcional de los ámbitos físicos, psicológicos, sociales y ambientales; el cual, de hecho, tras una lesión traumática, es entre dos y cuatro veces más probable que ocurra en aquellos sujetos que al año posterior a la lesión desarrollan algún trastorno psiquiátrico (Bryant et al., 2010).

En consecuencia, se hace patente la necesidad de intervenir sobre las secuelas psicológicas con la finalidad de intentar mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y disminuir el deterioro funcional de las personas con DCA.

1.4. Perfil del cuidador

Hasta el momento, nos hemos centrado en hablar sobre los supervivientes del DCA, pero es también conveniente dar un lugar a las personas que los acompañan tras esta experiencia.

La ayuda que requieren las personas para llevar a cabo las actividades de la vida diaria al encontrarse en una situación de dependencia proviene principalmente de la figura del cuidador informal (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol 2012; Torres Egea et al., 2008). Término, el de cuidador informal, que recoge a todas aquellas personas cercanas al individuo (familia, amigos u otros allegados) que les brindan cuidados sin recibir una retribución económica por estos (Wright, 1987).

En el DCA, el perfil de la persona cuidadora coincide a lo largo de la literatura. Este se ha descrito cómo de género predominantemente femenino, estado civil casado/a, con grado de parentesco de marido/mujer respecto a la persona cuidada, un nivel de estudios primarios y predominantemente responsable de las tareas casa o jubilado/a

como situación laboral (López-Espuela et al., 2015; Mar et al., 2011). También, dejando de lado las variables más de tipo demográfico, cabe señalar que los cuidadores refieren estado de ánimo depresivo, problemas de sueño, tanto en forma de insomnio precoz como en forma de insomnio tardío (López-Espuela et al., 2015) y sobrecarga (López-Espuela et al., 2015; Mar et al., 2011). Esta última, presenta una correlación inversa con la calidad de vida, por lo que a mayor percepción de sobrecarga las personas cuidadoras reflejan una menor calidad de vida (López-Espuela et al., 2015; Mar et al., 2011). Analizando en consecuencia la calidad de vida, se puede afirmar que esta se ve deteriorada, concretamente, las dimensiones que presentan más afectación en esta muestra son las relacionadas con aspectos psicológicos y el dolor/malestar, según lo valorado en el sistema descriptivo del cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) (López-Espuela et al., 2015; Mar et al., 2011). Un instrumento para valorar la calidad de vida relacionada con la salud o CVRS mediante, por un lado, un sistema descriptivo de cinco dimensiones relacionadas con aspectos sobre el grado de movilidad, el nivel de cuidado personal, la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, el padecimiento de algún dolor/malestar y la valoración sobre la presencia de ansiedad/depresión en las que la persona indica el nivel de gravedad en cada una de ellas siguiendo los niveles de “sin problemas”, “algunos problemas o problemas moderados” y “problemas graves”; y por otro lado, también cuenta con una escala visual analógica (EVA) situada de forma vertical en la que el individuo marca el valor de 0 a 100 (de peor a mejor) que represente su estado de salud global (Herdman et al., 2001).

1.5. Intervenciones psicológicas

Teniendo en cuenta que el DCA es de carácter crónico, por lo que el tiempo que los cuidadores ejercerán este rol es largo (Mar et al., 2011) y las secuelas y consecuencias anteriormente mencionadas que provoca en los supervivientes, es interesante conocer cuáles son los aspectos que ambos identifican como propulsores de su calidad de vida. Con este objetivo, Gifre et al. (2015) condujeron un estudio cualitativo con una muestra compuesta tanto por personas con TCE como por sus familiares, donde detectaron, a través de la realización de grupos de discusión y entrevistas individuales, que las necesidades de esta población se focalizan fundamentalmente en factores de tipología emocional y social, queriendo destacar por el tema que nos ocupa, que se relevó por parte de ambos la necesidad de contar con apoyo psicológico.

1.5.1. Intervenciones psicológicas en supervivientes de DCA

En esta línea, a continuación, se describen los tratamientos psicológicos y los resultados de estos para las secuelas emocionales y conductuales de los supervivientes de DCA. Pero no se debe olvidar, tal y como resaltan Bruna et al. (2010), que por la naturaleza de las secuelas y sus consecuencias en el día a día de los sujetos, las personas con estas lesiones, requieren de programas de rehabilitación en los que participen profesionales de distintas ramas que puedan ofrecerles una recuperación integral, basada en el trabajo interdisciplinar desde una visión holística.

Una vez dado su lugar a la importante idea del trabajo sobre todos los aspectos en los que la persona puede encontrar dificultades, retomamos los aspectos psicológicos, empezando con los hallazgos en los síntomas de tipo depresivo. Sobre la sintomatología depresiva, Stalder-Lüthy et al. (2013) en su revisión sistemática con metaanálisis, describen tamaños del efecto grandes al comparar los efectos Pre-Post intervención en el uso de la Terapia cognitivo conductual (TCC) y de TCC junto con psicoterapia integrativa, así como tamaños del efecto medianos en el mismo número de artículos ($n = 2$), aunque esta vez con un tratamiento mediante un módulo socioemocional basado en la aceptación y las habilidades sociales. Por lo que identifican, únicamente en cuatro de los trece artículos incluidos, resultados significativos para la sintomatología depresiva. Por lo que respecta a los artículos incluidos en el metanálisis ($n = 7$), hallan que los tratamientos para estos síntomas tienen una eficacia media al compararlos con el grupo control, con un tamaño del efecto de 0,69 (95% intervalo de confianza, CI, 0,29 - 1,09). En consecuencia, los autores hacen saber que los resultados parecen postular a las intervenciones psicológicas como una herramienta para abordar la reducción de la sintomatología depresiva posterior a un DCA.

En relación con la literatura existente sobre la ansiedad, la apatía, la agresividad y la desinhibición, los hallazgos se describen, a continuación, siguiendo la reciente y completa revisión sistemática de Verberne et al. (2019) la cual cuenta con un total de 47 artículos.

Empezando por la sintomatología relacionada con la ansiedad, en Verberne et al. (2019) la intervención más empleada es la TCC ($n = 12$), aunque también recogen publicaciones que emplean intervenciones multifactoriales, Terapia de aceptación y compromiso (ACT), asesoramiento por teléfono, atención plena, Programación Neurolingüística (PNL), psicoterapia centrada en el cliente, rehabilitación holística y Terapia centrada en la compasión (CFT, por sus siglas en inglés). A nivel global, más de la mitad de los estudios (66,7%) muestran reducciones significativas o

clínicamente relevantes. Y específicamente, se muestran eficaces la TCC, las intervenciones multifactoriales, la PNL, la CFT, la psicoterapia y las intervenciones holísticas, en contraposición a la ACT, el asesoramiento por teléfono, la atención plena y el empleo de la entrevista motivacional antes de TCC que resultan, según esta revisión, ineficaces.

Contrariamente a la ansiedad, en el caso de la apatía la TCC no se erige como intervención que propicie cambios significativos y sí lo hace la entrevista motivacional junto con el empleo de compensación externa, por lo que solo una de las dos intervenciones encontradas ofrece reducciones clínicamente significativas (Verberne et al., 2019).

Siguiendo con los síntomas de agitación y agresividad, volvemos a retomar un mayor número de intervenciones estudiadas, concretamente en orden de frecuencia Verberne et al. (2019) identifican las técnicas de modificación conductual, el control de la ira, la TCC, el asesoramiento por teléfono, el *biofeedback* y la intervención de conocimientos del comportamiento. Y describen los autores de la revisión que las técnicas de modificación conductual, el control de la ira y la intervención de conocimientos del comportamiento son eficaces en todas las publicaciones (n = 10, n = 4 y n = 1, respectivamente), que la TCC es eficaz en uno de los dos estudios recogidos y que el asesoramiento por teléfono es ineficaz en la única publicación que lo estudia.

Por último, en cuanto a la desinhibición las técnicas de modificación conductual vuelven a ser las más estudiadas (n = 3), seguidas por la TCC, la terapia de aversión eléctrica y una técnica de autocontrol, estudiadas a igual frecuencia (n = 1, cada una) (Verberne et al., 2019). Encontrando que, de igual forma que con la agitación y la agresividad, las técnicas de modificación conductual son eficaces en todas las publicaciones, como también lo son la terapia de aversión eléctrica y la técnica de autocontrol, a diferencia de la TCC; por lo que en el 83,3% de los estudios sí que se dan reducciones clínicamente relevantes o significativas (Verberne et al., 2019).

Englobando los datos ofrecidos por Stalder-Lüthy et al. (2013) y Verberne et al. (2019) se observa que tanto las secuelas emocionales como las conductuales pueden mejorar con algún tipo de intervención psicológica, siendo la ansiedad, la agresividad/agitación y la depresión las que más artículos estudian. Aun así, se deben tomar con cautela los resultados ofrecidos para los supervivientes de DCA, sobre todo, los relacionados con la apatía y la desinhibición, debido tanto a la calidad como al acotado número de publicaciones existentes (Verberne et al., 2019).

1.5.2. Intervenciones psicológicas en los cuidadores

Descrita la evidencia en los sujetos con DCA, se procede a abarcar el otro pilar, las personas cuidadoras. Para ello se emplea también una revisión sistemática de 2019 realizada por Panzeri et al. (2019), la cual cuenta con un total de 45 estudios. De este modo, de igual forma que en el caso anterior, comenzamos por la depresión. En relación con esta sintomatología, se describen mejoras significativas con el uso de la TCC, resolución de problemas, psicoeducación, educación, estrategias de afrontamiento, relajación y soporte (Panzeri et al., 2019). Algunas de ellas como la TCC, la resolución de problemas y la psicoeducación, muestran mejoras tanto al ser aplicadas independientemente como al combinarlas con otras técnicas, pero también estas tres mismas, además de la educación y las estrategias de afrontamiento, en ocasiones no producen cambios destacables, como tampoco lo hacen el desarrollo de habilidades, el asesoramiento telefónico, la formación en habilidades de enfermería, el soporte en general, la educación sobre el ictus y el soporte social (Panzeri et al., 2019).

Con relación a la ansiedad, se encuentran mejoras significativas al emplear TCC, asesoramiento telefónico o TCC + estrategias de resolución de problemas (Panzeri et al., 2019). En contraposición, el soporte general, la psicoeducación y la psicoeducación + TCC que no parecen presentar beneficios para este tipo de sintomatología (Panzeri et al., 2019).

Enlazando con la carga del cuidador, múltiples son los artículos que recogen Panzeri et al. (2019) sobre este aspecto. Encontrando que la terapia de reminiscencia modificada, la formación en habilidades de enfermería, el soporte de enfermería, la combinación de psicoeducación con estrategias de afrontamiento o algún tipo de soporte; la TCC con psicoeducación y relajación o añadiendo además el uso de técnicas de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento; las estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas combinadas; el desarrollo de habilidades junto con educación y resolución de problemas; y por último, la resolución de problemas con la educación y el soporte, son herramientas que conllevan cambios significativos. En el lado opuesto, se encuentra la aplicación aislada de psicoeducación o las combinaciones de psicoeducación + formación en habilidades de enfermería, psicoeducación + asesoramiento + formación en habilidades de enfermería y psicoeducación + soporte social + asesoramiento de enfermería; el empleo de soporte general; la educación sobre el ictus; la TCC y la TCC + resolución de problemas, las cuales no reportan resultados que alcancen la significación según estos autores.

Continuando con el bienestar de las personas cuidadoras, este se puede aumentar de forma significativa con el uso de TCC, resolución de problemas, arte terapia y terapia multimodal (ritmo o equitación), mientras que por un lado con el empleo de soporte solo o en combinación con educación sobre el ictus y, por otro lado, con la combinación de asesoramiento de enfermería con psicoeducación no se reportan beneficios (Panzeri et al., 2019). Cabe matizar, aun así, que en el caso de recibir únicamente psicoeducación algunas de las publicaciones recogidas por Panzeri et al. (2019) sí muestran resultados significativos, mientras que otras no alcanzan dicha significancia.

En cuanto al locus de control, las habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas, la autoeficacia y la autoestima, que Panzeri et al. (2019) engloban dentro de una categoría denominada habilidades cognitivas y personales, se encuentra que algunos de los artículos incluidos sí indican resultados significativos en el uso de la psicoeducación de forma aislada o con las siguientes tres combinaciones: 1) psicoeducación + asesoramiento de enfermería, 2) psicoeducación + relajación + TCC y 3) psicoeducación + habilidades cognitivas de afrontamiento; mientras que otros no refieren estos beneficios al aplicar la psicoeducación con: 1) soporte, 2) entrenamiento en habilidades y asesoramiento de enfermería, 3) habilidades de afrontamiento y 4) TCC. Con relación a las técnicas de resolución de problemas los autores de la revisión describen que aplicadas de forma aislada no parecen reportar resultados significativos, mientras que junto con TCC sí.

Por último, abarcando el funcionamiento familiar, aunque con tan sólo tres artículos incluidos en la revisión, se encuentra que la psicoeducación es estudiada en todos en ellos, reflejando en dos de los casos mejoras significativas (psicoeducación + un programa de soporte social y psicoeducación + resolución de problemas) y en el artículo restante no alcanzando la significancia (psicoeducación + habilidades de afrontamiento) (Panzeri et al., 2019).

Tomando la evidencia existente sobre las intervenciones y sus resultados en cuidadores, se deriva que de igual forma que en el caso de los supervivientes de DCA, los aspectos más estudiados son aquellos relacionados con la sintomatología depresiva y la ansiedad, destacando por encima de estos dos la sobrecarga del cuidador (Panzeri et al., 2019). Aun así, aunque con mayor o menor cantidad de publicaciones recogidas en la revisión de Panzeri et al. (2019), en todos los casos se han encontrado beneficios de la aplicación de intervenciones en esta población.

2. Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

2.1. Raíces de la Terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso cuyo acrónimo es ACT (leído no como sus letras por separado A-C-T, sino como una palabra completa “ACT”) (Hayes et al., 2014) forma parte al igual que la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia Conductual Integrada de Pareja (Jacobson y Christensen, 1996) y la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), entre otras, de las denominadas terapias de “tercera generación” o “tercera ola” de la terapia de conducta (Hayes, 2004; Pérez Álvarez, 2006). Las cuales surgieron en la década de 1980 y comenzaron a destacar en los inicios de la década posterior (Pérez Álvarez, 2006).

Las raíces de la ACT siguiendo a Hayes et al. (2012) se basan en el contextualismo funcional, una filosofía holística de la ciencia que sitúa al “acto en contexto” como entidad de análisis, por lo que suponen que es del contexto (situación actual, propósito e historia) de donde un acto adquiere su significado; y por tanto, no se persigue la “verdad” si no la “viabilidad” (entendida esta última como examinar si los eventos realizados por la persona producen resultados que funcionan o no, Hayes et al., 2014) y como consecuencia, Hayes et al. (2012) indican que en la práctica clínica no se promueve que los clientes se esfuercen por identificar si sus pensamientos son o no correctos, sino que lo que se plantea es cómo le funciona al cliente esa lucha por la búsqueda de la verdad. Además de en el contextualismo funcional, la ACT también sigue la teoría del marco relacional (RFT; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; citado en Hayes et al., 2014). Una teoría del lenguaje y la cognición humana muy fructífera a nivel de investigación (Harris, 2009; Hayes et al., 2014), que no se detallará a continuación debido a que no es imprescindible que el terapeuta la conozca para poder desempeñar su trabajo siguiendo un enfoque ACT y además entraña también una gran complejidad de explicación (Harris, 2009).

2.2. El papel del sufrimiento humano

El sufrimiento psíquico en ACT, tal y como se indica en Hayes et al. (2014) se concibe como inherente a la vida humana, refieren que pertenece a nuestra condición y que es algo normal, ya que pese a que sea en diferente medida, el conjunto de la especie humana sufre. Y es en los procesos psíquicos normales, sobre todo, en aquellos de los que forma parte el lenguaje (entendiendo lenguaje como una actividad simbólica de todo tipo: lengua, vocalización, gestos, señalización

social, sonidos, dibujos...) donde emplazan el aflorar de este sufrimiento (Hayes et al., 2014). La alta cognición y el lenguaje, siguiendo a Hayes et al. (2014) tienen funciones indirectas (generar diferencias y similitudes entre sucesos, elaborar predicciones de eventos aún no vividos, anticipar acontecimientos, responder en el presente a un suceso ya finalizado y crear relaciones entre situaciones pasadas y actuales) que permiten que se origine el malestar psicológico incluso cuando no están los estímulos en el ambiente, en este sentido, aunque el lenguaje nos ha conllevado grandes beneficios, de igual forma nos ha brindado utensilios cognoscitivos que usar en nuestro perjuicio, es decir, el lenguaje es el encargado de nuestro júbilo y también de nuestra aflicción.

Adentrándonos más en los pilares del sufrimiento, encontramos la fusión cognitiva y la evitación experiencial como las dos columnas fundamentales (Strosahl y Robinson, 2008; citado en Hayes et al., 2014).

La fusión cognitiva es el mecanismo por el cual la persona cree fielmente el contenido verbal de su discurso mental, brindándole a este un gran peso en sus acciones comportamentales, sin tener en cuenta otros componentes del contexto, lo que le conduce a un estado que le imposibilita discernir dicho contenido mental de lo que es su ser (Hayes et al., 2014). Como fruto de la fusión cognitiva, las personas empiezan a realizar un patrón de evitación experiencial, que consiste en los intentos de rehuir, anular y dominar todo aquello que puede conllevar experimentar malestar (Hayes et al., 2014). Lo que puede acabar derivando en un trastorno de evitación experiencial (TEE), cuando esta evitación empieza a ser generalizada a todas las situaciones y estable en el tiempo, provocando que los individuos que la ponen en práctica restrinjan su vida sin poder vivirla como anhelan (Wilson y Luciano Soriano, 2014). En consecuencia, según Hayes et al. (2014) la fusión cognitiva y la evitación experiencial producen efectos sobre la idea de nosotros que tenemos formada, ya que perseguimos constantemente no modificar la imagen creada mediante el rechazo y la evitación de todo aquello (positivo o negativo) que podría hacerla cambiar. Además, vuelven nuestra atención más inflexible y focalizada con la finalidad de no atender a las experiencias externas o internas que se están evitando, para que estas no sean experimentadas y tal vez posteriormente refutadas, lo que en la línea de lo anterior, provocaría un cambio en el concepto de nosotros (Hayes et al., 2014). Por último, siguiendo la idea ya mencionada con el TEE, estos procesos hacen que la vida no sea vivida siguiendo lo que valoramos o ansiamos, sino que nos conducen a vivir evitando todo aquello que no queremos experimentar (Hayes et al., 2014).

2.3. Modelo de flexibilidad psicológica

De este modo, el incremento de la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad del sujeto para de forma consciente estar en contacto con el momento presente de forma completa y perseverar o modificar su comportamiento según lo que le aproxime más a sus fines valiosos, es donde esta modalidad de terapia, sitúa el foco principal (Hayes et al., 2006). Hayes et al. (2006) refieren que esta se configura por medio de: la aceptación, la defusión cognitiva, el estar presente, el yo como contexto, los valores y la acción comprometida; seis procesos que no se ejercitan y promueven en los sujetos como medio de soslayar el malestar, sino que se conciben como habilidades psíquicas positivas. Estos procesos están relacionados entre sí (Fletcher y Hayes, 2005) dando lugar a un modelo hexagonal conocido comúnmente como "hexaflex" (Hayes et al., 2014) que se puede consultar en Hayes et al. (2014).

A continuación, se explican cada uno de ellos:

- Aceptación: Hayes et al. (2006) y Hayes et al. (2012) indican que la aceptación consiste en no intentar rehuir los acontecimientos privados tratando de cambiar su forma o frecuencia, sino tomar una postura de aceptación consciente y activa de estos; por lo que se sitúa en el polo opuesto a la evitación experiencial. Profundizando, se trata de por voluntad propia experimentar con disposición los pensamientos, recuerdos, sensaciones corporales y sentimientos, sin tomar una actitud resignada o tolerante; ya que el fin en ACT es poder ser flexible incluso cuando estos están presentes, en lugar de buscar disminuir la activación que pueden generar (Hayes et al., 2012).

- Defusión cognitiva: tomemos el pensamiento "no soy bueno", desde la TCC se consideraría el pensamiento como importante, por lo que desde este enfoque podrían trabajar en: comprobar el pensamiento en la vida real, disminuir su frecuencia de aparición o cotejar su validez; pero desde la ACT, en cambio, lo que se pretende es reducir su impacto, apego y credibilidad, lo que se promovería mediante el empleo de técnicas como repetirlo múltiples veces en voz alta para que se acabe percibiendo finalmente como un sonido o pedirle al individuo que lo contemple pasar como si de una nube se tratara, entre otras... buscando modificar el modo de relacionarse con los distintos sentimientos, sensaciones corporales y pensamientos, al alterar su contexto funcional (Hayes et al., 2012).

- Estar presente: estar presente hace referencia a estar continuamente en contacto con el momento presente, experimentando los eventos ambientales y psicológicos que van sucediendo en este sin prejuzgarlos (Hayes et al., 2006). Esto tal y como se refleja en Hayes et al. (2006) se puede conseguir con un comportamiento guiado por

la viabilidad y por otro lado, fomentando el empleo del lenguaje para notar y pormenorizar los eventos; en este sentido, se promueve el denominado “yo como proceso” que consiste precisamente en la continua descripción, liberada de prejuicios, de los acontecimientos privados.

- Yo como contexto: en ACT el concepto “mente” lo dividen en el yo pensante (entendido como aquello que produce los pensamientos, recuerdos, creencias, etc.) y el yo observador (la parte que toma consciencia de aquello que estamos pensando, haciendo o sintiendo), al cual le dan el nombre de yo como contexto (Harris, 2009). Este yo como contexto es el *self* del “yo-aquí-ahora” (Hayes et al., 2014), ya que durante el transcurso de la vida todo aquello que forma parte del yo pensante va variando, incluso nuestro propio cuerpo, pero el “tú” que se da cuenta de estos cambios permanece siempre, acompaña toda la vida (Harris, 2009). Desde esta visión, se promueve el yo como contexto -también conocido como yo observador- como forma de evitar identificarse y aferrarse de forma desmesurada con la propia historia, que sería el apego al “yo concepto” y en lugar de eso tomar una actitud que permita examinar los sentimientos y pensamientos conscientemente, aceptándolos sin fusionarse a ellos (Hayes et al., 2014).

- Valores: los procesos hasta ahora descritos de aceptación, defusión, estar presente y el yo como contexto no se promueven propiamente como una meta, sino como un vehículo para llevar una vida basada en valores (Hayes et al., 2006). Los valores son propiedades que un sujeto elige para sus acciones -en todas las áreas de su vida (espiritualidad, familia, etc.)-, las cuales se verán reflejadas en su comportamiento, pero nunca los podrá tener como un objeto (Hayes, 2004; Hayes et al., 2006). Estos se seleccionan y clarifican prestando especial atención a que no procedan de mecanismos verbales como la fusión, la evitación o las imposiciones sociales (“debería valorar...” o “los demás esperan que yo valore...”, entre otros) (Hayes et al., 2006). Una vez estos han sido elegidos, se materializan por medio de: la identificación de metas alcanzables, la selección de acciones específicas enfocadas a estas metas y la detección de los posibles obstáculos (Hayes, 2004).

- Acción comprometida: Hayes et al. (2014) describen las acciones comprometidas como todas aquellas acciones realizadas por deseo propio que van de la mano con los valores de cada uno y que persiguen producir un mayor número de respuestas efectivas y flexibles, lo que las posiciona como el remedio a los efectos de la evitación experiencial así como de la fusión cognitiva. Por lo que cuando el sujeto detecta una disonancia, tal y como se detalla en Hayes et al. (2014) llevará a cabo una acción comprometida si toma las riendas y modifica su comportamiento (físico o mental) hacia aquel que sí vaya en consonancia con sus valores.

En este sentido, la ACT entiende estos procesos como los contribuidores tanto de la salud psíquica como de la psicopatología y opta, en consecuencia, por no situar su foco en el gran abanico de síntomas y/o síndromes, sino por trabajar estas 6 áreas que los dirigen; por lo que adquiere un enfoque transdiagnóstico (Hayes et al., 2014).

2.4. Evidencia sobre la ACT

2.4.1. Evidencia de la ACT sobre diversas patologías

Siguiendo este enfoque, la evidencia parece indicar la existencia de efectos beneficiosos del uso de ACT en múltiples sintomatologías psicológicas según recientes revisiones sistemáticas con o sin metanálisis y metanálisis, que se exponen a continuación.

Ost (2014) evalúa a ACT como un tratamiento posiblemente eficaz para la depresión; A-Tjak et al. (2015) encuentran que ACT es más eficaz que el placebo o el tratamiento habitual en cuanto a la reducción de la sintomatología depresiva; y Bai et al. (2020) hallan que en comparación con el grupo control, ACT redujo significativamente los síntomas de depresión, manteniéndose estas mejoras hasta los 3 meses de seguimiento, destacando que al analizar por severidad de la depresión y edad -adultos *versus* menores-, las mejoras se produjeron en los niveles leves de depresión y en las personas adultas. En cuanto a la sintomatología ansiosa, Ost (2014) describe a la ACT como: probablemente eficaz para el Trastorno de Ansiedad Generalizada y posiblemente eficaz para el Trastorno de Ansiedad Social así como para la ansiedad. A-Tjak et al. (2015) por su parte, detallan que ACT es más eficaz que el placebo o el tratamiento habitual para los trastornos de ansiedad. Ligado a la ansiedad, para el Trastorno Obsesivo Compulsivo, en Ost (2014) ACT se evalúa como posiblemente eficaz y en Soondrum et al. (2022) refieren que la pueden catalogar como probablemente eficaz, con certidumbre. Por lo que concierne al insomnio (debido a causas primarias o el derivado de otras enfermedades) y la calidad del sueño, ACT tiene efectos significativos sobre ambos, pudiendo ser en consecuencia, una terapia adecuada en la mejora y control del insomnio, según Salari et al. (2020). Estos positivos resultados se observan también en las alucinaciones, ansiedad y depresión que acompañan a los trastornos psicóticos, al existir literatura que cataloga la ACT como eficaz (Yildiz, 2020). En cuanto al dolor crónico, siguiendo a Ost (2014) ACT se evalúa como probablemente eficaz, al igual que para el tinnitus. En cambio, para el estrés laboral y el abuso de drogas se cataloga como posiblemente eficaz (Ost, 2014). Por último, Ost (2014) expresa que

ACT aún es una modalidad de tratamiento experimental para: el Trastorno Límite de la Personalidad, la tricotilomanía, la esclerosis múltiple, la epilepsia, la dependencia a la nicotina, la diabetes, el sobrepeso/obesidad y el cáncer de ovarios.

2.4.2. Evidencia de la ACT en las personas cuidadoras

Continuando con los posibles efectos de ACT, pero esta vez poniendo el foco en los familiares cuidadores, Han et al. (2021) indican ser los primeros en realizar una revisión sistemática que aborde esta temática. Tras analizar los resultados de intervenciones ACT realizadas en familiares cuidadores, detectan efectos moderados en los ensayos controlados aleatorizados (RCT, por sus siglas en inglés) con grupo control y los diseños de estudio pretest-postest en las medidas de calidad de vida y sintomatología depresiva, efectos pequeños y moderados en el estrés (RCT con grupo control y diseños de estudio pretest-postest, respectivamente), efectos pequeños para la ansiedad que fueron exclusivamente analizados en los RCT con grupo control y aunque sin llegar a la significancia, tendencia en favor de ACT para la autoeficacia, también en este caso únicamente siguiendo los resultados ofrecidos por los RCT con grupo control (Han et al., 2021).

En resumen, se observa que ACT parece ser una correcta opción terapéutica para múltiples sintomatologías, tal y como se ha descrito en la globalidad de este apartado por medio de las diversas revisiones sistemáticas y metanálisis. Aun así, cabe mencionar que no se ha detectado la existencia de revisiones sistemáticas que se enfoquen en estudiar exclusivamente los efectos de la aplicación ACT en los individuos con DCA y/o sus personas cuidadoras.

2.5. Aportación de la ACT sobre la Terapia cognitivo conductual

En apartados anteriores se han dado a conocer estudios sobre diversas intervenciones psicológicas y los resultados de estas al aplicarlas a los supervivientes de DCA (Stalder-Lüthy et al., 2013; Verberne et al., 2019) y sus cuidadores (Panzeri et al., 2019). Y en ambas poblaciones -en todos los aspectos investigados- se han encontrado beneficios de la aplicación de terapias/técnicas psicológicas. Además, a excepción del funcionamiento familiar en cuidadores, la TCC aplicada de forma independiente o en combinación con otras terapias/técnicas ha sido estudiada, mostrando en la mayoría de los casos resultados beneficiosos. Por esta razón, cabe dedicar un espacio a desgranar qué puede aportar ACT en el

tratamiento de estas poblaciones y esta idea se planteará mediante la comparación de ACT con la TCC.

Una de las líneas de trabajo de la TCC consiste en rebatir los pensamientos angustiosos (Soo et al., 2011) y para alcanzar este objetivo, una de las herramientas de las que se vale principalmente es la reestructuración cognitiva (Neenan y Dryden, 2004; Wright et al., 2006; citado en Kangas y McDonald, 2011). Pero cabe tener en cuenta que, algunos de los sujetos con DCA presentan creencias realistas sobre sus discapacidades, por lo que este enfoque puede no ser el más apropiado para ellos (Soo et al., 2011). Además, por otro lado, al ser la reestructuración cognitiva una estrategia metacognitiva, puede resultar dificultosa de aplicar en aquellas personas con deficiencias cognitivas (Kangas y McDonald, 2011) y no debemos olvidar, siguiendo a Quijano y Cuervo (2011) que en personas con DCA existe una alteración de las funciones cognitivas tras la lesión. Por lo que, en supervivientes de un DCA, al tratarse de una población que tiene que convivir tanto con las limitaciones de las secuelas anteriormente mencionadas, como con cierta incertidumbre, las estrategias de aceptación y las estrategias basadas en valores que plantea la ACT pueden resultarles particularmente útiles (Kangas y McDonald, 2011). También en los cuidadores, desde su experiencia, Losada et al. (2015) señalan que existen algunas dificultades para llevar a cabo la reestructuración de ciertos pensamientos debido a su naturaleza negativa, recurrente y de complicado control. Además de plantear que aquellas personas cuidadoras que dirigen todas sus energías para el bienestar del otro pueden encontrar trabajoso seguir las instrucciones TCC de afrontar el cuidado teniendo en cuenta su bienestar, ya que estas significan modificar sus pensamientos y acciones (Losada et al., 2015). Añadiendo a lo planteado, en consecuencia, de igual forma que en el caso de los supervivientes, múltiples de las situaciones a las que se enfrentan los cuidadores cuentan con factores de carácter inalterable que ineludiblemente despertarán pensamientos y emociones desagradables que requerirán más bien de capacidad de aceptación de los mismos (Losada et al., 2015).

3. Objetivos

Recogiendo lo descrito, la ACT es una terapia de tercera generación (Pérez Álvarez, 2006) que promueve la aceptación como uno de sus procesos centrales (Hayes et al., 2006), lo que Kangas y McDonald (2011) plantean que podría ser beneficioso en supervivientes de DCA y Losada et al. (2015) en sus personas cuidadoras. Esta diada puede presentar alteraciones en la esfera psicológica que repercutan en su calidad de vida (Díaz et al., 2012; López-Espuela et al., 2015) y aunque se ha

identificado literatura que refleja tanto el empleo de intervenciones psicológicas sobre esta población (Panzeri et al., 2019; Verberne et al., 2019), como el uso de la ACT sobre diversas sintomatologías (A-Tjak et al., 2015; Han et al., 2021), cabe conocer con mayor profundidad sobre la aplicación de ACT concretamente en supervivientes de DCA y/o sus cuidadores.

Es por ello por lo que el objetivo principal del presente trabajo consiste en analizar la aplicación de la ACT en el DCA.

Concretamente los objetivos específicos planteados son:

- a. Determinar el “*state of the art*” del uso de la ACT sobre esta población, con relación a la frecuencia de uso, población sobre la que se aplica, características de la terapia y si existen modificaciones metodológicas de la ACT respecto a su aplicación en otras poblaciones.
- b. Explorar la eficacia de la ACT para tratar la sintomatología psicológica derivada de un DCA.
- c. Conocer si la aplicación de la ACT en los supervivientes de DCA supone beneficios en sus personas cuidadoras, o si, por otro lado, la ACT se aplica también a los cuidadores.

II. Metodología

Con la finalidad de poder alcanzar los objetivos propuestos, se realizó una revisión sistemática de la literatura, teniendo en consideración los criterios Cochrane Collaboration (Higgins y Green, 2011) y PRISMA (Page et al., 2021). A continuación, en este apartado, se describe el proceso llevado a cabo.

1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Aunque como se detalla en Cochrane Collaboration (Higgins y Green, 2011) y PRISMA (Page et al., 2021) es conveniente que dos revisores independientes realicen el proceso de la revisión sistemática, dada la naturaleza y contexto del presente trabajo (TFM) sólo una revisora desempeñó una búsqueda en enero de 2023 en las cuatro bases de datos APA PsycINFO, CINAHL Plus *with Full Text*, PubMed y Web of Science aplicando la combinación de términos con operadores booleanos: ("acquired brain injury" OR ABI OR "traumatic brain injury" OR TBI OR concussion OR "skull fractures" OR "epidural hematoma" OR "subdural hematoma" OR "subarachnoid hemorrhage" OR "penetrating brain injury" OR "non-traumatic brain injury" OR "non-TBI" OR infection OR anoxia OR stroke OR "brain vascular accident" OR "alcohol use" OR "drug use" OR "neoplasm toxic encephalopathy" OR "encephalopathy due to physical agents" OR meningoenkephalitis OR "anoxic encephalopathy" OR "acute disseminated encephalomyelitis") AND ("acceptance and commitment therapy"). Estos términos debían aparecer en el título y/o resumen y/o palabras clave de los artículos, según la base de datos empleada. Además, otros filtros empleados fueron: fecha de publicación comprendida entre 2012-2023 e idioma castellano y/o catalán y/o inglés.

En el anexo II, se puede consultar de forma exhaustiva las búsquedas realizadas en cada base de datos.

2. Criterios de elegibilidad

En una primera aproximación a la temática abordada se detectó, hasta donde alcanza el conocimiento de la revisora, poca literatura que describiese la aplicación de intervenciones que sigan ACT en población con DCA o sus personas cuidadoras. Por lo que se decidió aplicar unos criterios de inclusión amplios que no limitasen en exceso los resultados de las búsquedas y que permitieran obtener una visión global. Concretamente, los criterios de inclusión que se emplearon fueron: (1) lengua de publicación castellana, catalana o inglesa, (2) muestra compuesta por personas con

DCA (mínimo un 80% de los participantes con algún tipo de DCA) o por sus cuidadores, y (3) aplicación de intervención siguiendo ACT.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: (1) tipología de publicación (libros, estudios de protocolo, tesis doctorales y disertaciones), (2) artículos publicados antes del año 2012 y (3) estudios en los que se describa la aplicación de ACT junto con otra intervención en los que no se detallan los resultados de estas por separado.

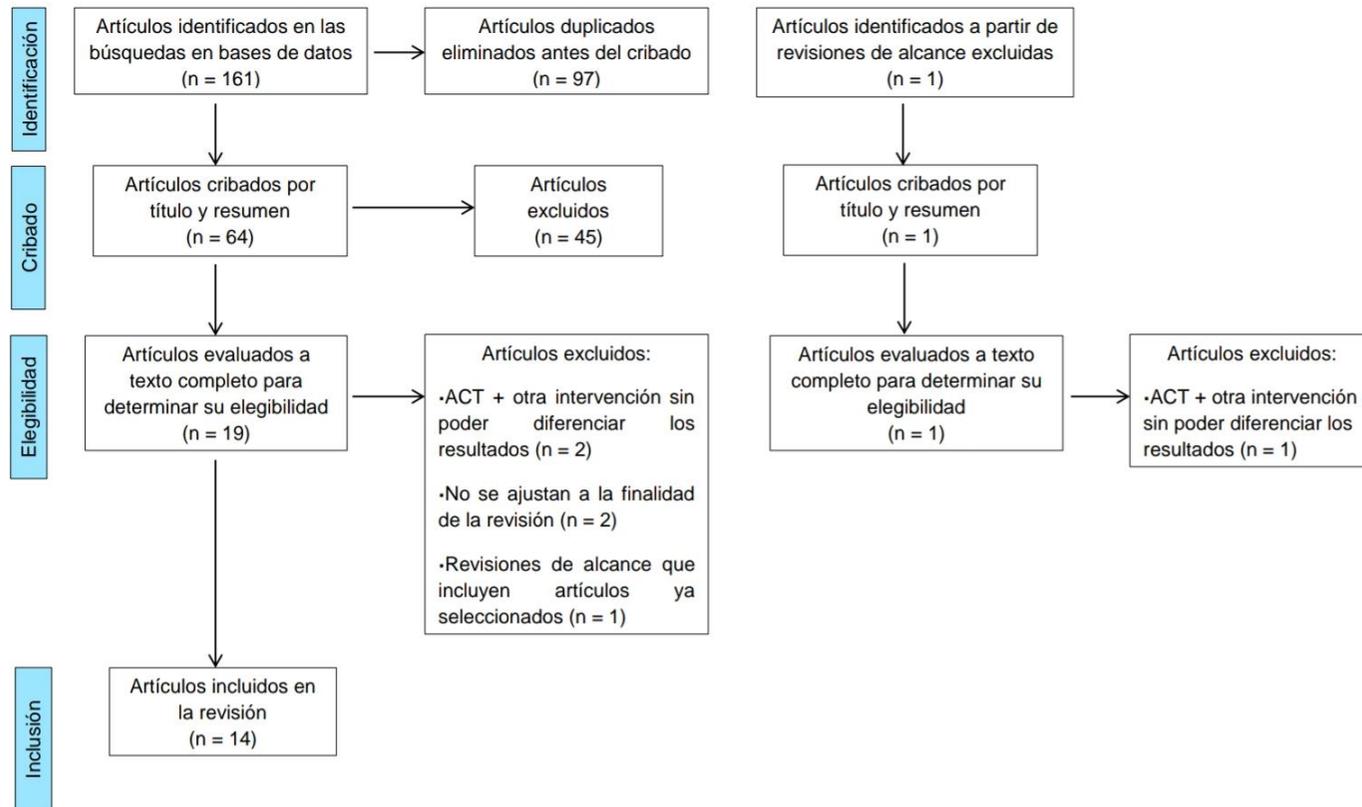
3. Proceso de selección de los estudios

Al realizar la búsqueda en las cuatro bases de datos se identificaron un total de 161 artículos. Los cuales, después de eliminar 97 duplicados, se quedaron en un total de 64. Estos 64 artículos fueron cribados por título y *abstract*, lo que resultó en la selección de 19 para realizar una lectura a texto completo que permitiese determinar su elegibilidad para la presente revisión. De estos, cinco fueron excluidos por: presentar ACT en combinación con otra intervención sin que fuese posible conocer los resultados de estas por separado ($n = 2$), no ajustarse a la finalidad de la revisión ($n = 2$) y por ser revisiones de alcance que incluían artículos ya seleccionados para formar parte de la revisión ($n = 1$). En la revisión de alcance excluida, se detectó un artículo que no había sido recogido en las búsquedas realizadas en las bases de datos, por lo que se analizó su elegibilidad leyendo el texto completo. Tras esta lectura, se determinó su exclusión al presentar ACT en combinación con otra intervención sin poder diferenciar los resultados de estas. En consecuencia, finalmente, como se puede observar de forma detallada en la Figura 1, los artículos incluidos en la revisión fueron 14.

De estos 14 artículos se realizó, siempre que fuese factible, una extracción de los siguientes datos: referencia, país, diseño del estudio, ciego, tipo de grupo experimental y control, características de las muestra (criterios de inclusión e exclusión, tamaño, edad, sexo, tipo de DCA así como la severidad y tiempo de evolución de este y presencia de diagnósticos de trastorno mental), características de la intervención (individual/grupal, duración, frecuencia, ámbito dónde se lleva a cabo, modo de empleo, profesional que la imparte, tareas entre sesiones y posibilidad de que participen allegados), tratamientos concomitantes, medidas (pruebas administradas, dominio evaluado y momento temporal de administración) y principales resultados. Como forma de reducir posibles sesgos, aquellas variables que eran dudosas se acordaron junto con otra revisora.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA.



Nota. Diagrama de flujo elaborado teniendo en consideración los criterios PRISMA (Page et al., 2021).

4. Evaluación de la calidad de los estudios

Para evaluar la calidad de los 14 estudios seleccionados se tuvo en cuenta el criterio proporcionado por el Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) 2011 (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011), que cataloga los artículos siguiendo cinco niveles de evidencia que van del uno (mayor evidencia) al cinco (menor evidencia). Concretamente, dentro del nivel 1 incluyen las revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados (RCT, por sus siglas en inglés) o los n-of-trials; en el nivel 2 sitúan los RCT o los estudios observacionales con efecto dramático; en el nivel 3 engloban los estudios de cohorte con seguimiento controlado sin asignación aleatoria; en el nivel 4 incluyen las series de casos, estudios de caso-control o los estudios históricos controlados; y por último en el 5 nivel enmarcan los mecanismos basados en el razonamiento. Además, se valoró la posibilidad de analizar el riesgo de sesgo en los RCT, con la herramienta de riesgo de sesgo Cochrane Collaboration (Higgins y Green, 2011), pero finalmente se estimó que en este caso no era un elemento metodológico imprescindible para el presente trabajo.

III. Resultados

Cómo se ha descrito en el apartado de metodología, un total de 14 artículos fueron finalmente incluidos en la revisión sistemática (consultar la Tabla 1 para conocer las principales variables de forma sintetizada). Sus años de publicación se encontraban en el rango de 2015 a 2023 (Moda, Mo = 2022) y los países donde tuvieron lugar fueron: Reino Unido (n = 4), Australia (n = 3), Estados Unidos (n = 2), Irán (n = 2), China (n = 1), Indonesia (n = 1) y Países Bajos (n = 1).

En cuanto al primer objetivo de determinar el “*state of the art*” del uso de la ACT sobre la población de estudio, a continuación, se describen los diseños de estudio encontrados, así como las características de la muestra y de las intervenciones que han recibido.

1. Diseños de los estudios

Los diseños de estudio variaban entre RCT (Dindo et al., 2020; Faghili et al., 2022; Hadavand et al., 2022; Majumdar y Morris, 2019; Niu et al., 2022; Sander et al., 2021; Whiting et al., 2020), diseños experimentales de caso único (Gladwyn-Khan y Morris, 2023; Rauwenhoff et al., 2022; Sathananthan et al., 2022), diseños cuasiexperimentales sin grupo control (Sianturi et al., 2018) y diseños observacionales de caso único (Graham et al., 2015; Roche, 2020; Whiting et al., 2018). Dentro de los siete artículos que emplearon un diseño RCT, uno de ellos fue un RCT de grupos paralelos, cuatro fueron RCT y dos fueron RCT pilotos de fase II. Y en cuanto a los diseños observacionales de caso único (n = 3), dos de ellos fueron con un solo sujeto y uno contó con una muestra de dos sujetos. Del total de los artículos, emplearon doble ciego dos artículos (Sander et al., 2021; Whiting et al., 2020), ciego simple cinco artículos (Faghili et al., 2022; Hadavand et al., 2022; Niu et al., 2022; Rauwenhoff et al., 2022; Whiting et al., 2018), cuatro estudios no estaban cegados (Gladwyn-Khan y Morris, 2023; Majumdar y Morris, 2019; Sathananthan et al., 2022; Sianturi et al., 2018), en dos de las publicaciones debido a la naturaleza del estudio esta variable no aplicó (Graham et al., 2015; Roche, 2020) y en una no se especificaba (Dindo et al., 2020). La mitad de las publicaciones incluyeron únicamente un grupo experimental y la otra mitad restante contó con: un grupo control con tratamiento habitual (n = 5; Dindo et al., 2020; Hadavand et al., 2022; Majumdar y Morris, 2019; Niu et al., 2022; Sander et al., 2021), un grupo control con intervención activa (n = 1; Whiting et al., 2020) y 2 grupos experimentales -TCC y ACT, respectivamente- junto con un grupo control en lista de espera (n = 1; Faghili et

al., 2022). En este sentido, siguiendo los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine (CEBM) 2011 (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011) se encontró que siete de los artículos seleccionados cumplieron las características descritas en el nivel 2, uno de los artículos se identificó como de nivel 3 y seis de las publicaciones se posicionaron en el nivel de evidencia 4, tal y como se refleja en la Tabla 1.

2. Muestra de estudio

Todas las publicaciones estudiaron población con DCA a excepción de Hadavand et al. (2022) que estudió a cuidadores de personas con TCE y Faghili et al. (2022), en el cual la población principal de estudio fue, igual que en el caso anterior, cuidadores de personas con TCE, pero los receptores de la intervención fueron dichos supervivientes de TCE.

En cuanto a la muestra, como se observa en la Tabla 1, del total de los 14 artículos seleccionados, fueron 241 los sujetos con DCA que recibieron ACT. De estos 241 participantes, se ofrecieron datos sobre la edad para 217 de los sujetos, en forma de rango o media y desviación estándar; de los artículos que ofrecieron el rango de edad, se deriva que este fue de 19 a 84 años y de los que proporcionaron la media con desviación estándar se obtiene que esta es de 47,64 años, con un rango de 36,4 – 65,3 años. En relación con el sexo de los participantes, fue mayor el porcentaje de hombres que recibieron la intervención (67,7% hombres *versus* 32,3% mujeres, sobre el total de 217 de los que se ofrecieron datos). Explorando los datos sobre las personas cuidadoras que recibieron ACT, fueron un total de 20 con una media de edad de 32,3 años y en este caso un mayor porcentaje de mujeres (10% hombres *versus* 90% mujeres). Por último, fueron 24 los cuidadores que no recibieron ACT, pero sobre los cuales se estudió su efecto, teniendo una media de edad de 40,9 años y un porcentaje de 58,3% de hombres sobre el 41,7% de mujeres.

Respecto al DCA, las muestras estaban compuestas por participantes exclusivamente con ictus; n = 5 (Gladwyn-Khan y Morris, 2023; Graham et al., 2015; Majumdar y Morris, 2019; Niu et al., 2022; Sianturi et al., 2018) o únicamente con TCE; n = 6 (Dindo et al., 2020; Faghili et al., 2022; Roche, 2020; Sander et al., 2021; Whiting et al., 2018; Whiting et al., 2020) a excepción de dos artículos en los que emplearon una muestra mixta de sujetos (TCE o ictus; Rauwenhoff et al., 2022 y TCE, ictus y un sujeto con epilepsia refractaria tras una lesión en la infancia; Sathananthan et al., 2022). El grado de severidad, evaluado por medio de las puntuaciones en la GCS, la duración de la APT, la duración de la pérdida transitoria

de conciencia (PTC), la presencia de anomalías en la Tomografía Computarizada y/o en la Resonancia Magnética, resultados en la Boston Assessment of Traumatic Brain Injuries – Lifetime o las puntuaciones en la NIHSS, fue desde el rango leve al severo en ambas patologías. Siendo igual de frecuentes, en el caso del ictus, el grado leve y moderado (n = 22, respectivamente), presentando de hecho un único sujeto con un accidente cerebrovascular severo. Y en el caso del TCE, destacando la severidad leve (n = 39), seguida de cerca por la severidad grave (n = 33) y a más distancia la moderada (n = 8) -teniendo en cuenta los artículos en los que se especificó la gravedad siguiendo estos criterios (Dindo et al., 2020; Niu et al., 2022; Roche, 2020; Sander et al., 2021; Sathananthan et al., 2022; Whiting et al., 2018; Whiting et al., 2020) y excluyendo aquellos en los que se detalla la gravedad pero no bajo qué baremo, como es el caso de Faghili et al. (2022)-. Por último, el tiempo transcurrido desde la lesión (aunque no siempre se indicó) fue para el ictus de menos de una semana a 21 años (según los datos de algunos artículos que permitieron establecer un rango) y de 14,1 – 19 meses de media (rango para los artículos que ofrecieron media y desviación estándar), en el caso del TCE fue de 10 meses a 14 años (siguiendo los datos de los artículos que permitieron establecer un rango) y de 20,7 – 57,4 meses de media (rango para los artículos que proporcionaron media y desviación estándar) y el único de caso de epilepsia derivada de una lesión en la infancia refirió un tiempo transcurrido de 34 años.

En cuanto a la presencia de diagnósticos de trastorno mental comórbidos al DCA, el 86% de los sujetos del grupo experimental en Sander et al. (2021) presentó síntomas compatibles con trastorno depresivo o ansioso según las respuestas en el Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), el participante de Roche (2020) cumplía con criterios de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) basado en la puntuación del Impact of Events Scale Revised (IES–R) y el Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptom Scale – Interview for diagnostic statistical manual (DSM)–5 (PSS–I–5), en Rauwenhoff et al. (2022) uno de los sujetos tenía trastorno depresivo mayor siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el 63%, 47% y 21% de los participantes en el grupo experimental de Dindo et al. (2020), presentaban diagnósticos en el último mes de TEPT (Clinician Administered PTSD Scale for Diagnostic & Statistical Manual, Fourth Edition) y/o episodio depresivo mayor (Structured Clinical Interview for Diagnostic & Statistical Manual, Fourth Edition) y/o trastorno de ansiedad generalizada (Structured Clinical Interview for Diagnostic & Statistical Manual, Fourth Edition), respectivamente y el total de los supervivientes de TCE en Faghili et al. (2022) presentaban diagnóstico de trastorno depresivo mayor evaluado con la Structured

Clinical Interview for DSM-5, SCID-5. En los artículos restantes (n = 9), no se confirmó la presencia de ningún diagnóstico de trastorno mental al inicio del estudio.

3. Características de la intervención

Por lo que respecta a la intervención, siguiendo lo indicado en la Tabla 1, la mayoría de los artículos utilizaron ACT como única intervención, salvo Sianturi et al. (2018) quienes aplicaron técnicas de relajación antes de la administración de ACT. Adentrándonos más en las características del tratamiento, cinco estudios emplearon un formato individual y el mismo número se decantó por un formato grupal, mientras que únicamente en Whiting et al. (2018) y Whiting et al. (2020) se aplicó en parejas y en dos de los casos no se detalló. Los lugares seleccionados para llevarla a cabo, en los artículos en los que se especificó (n = 9), fueron: lugares comunitarios; n = 1 (Majumdar y Morris, 2019), el propio domicilio de los pacientes; n = 2 (Gladwyn-Khan y Morris, 2023; Roche, 2020), clínicas psicológicas; n = 1 (Sathananthan et al., 2022) y hospitales; n = 5 (Dindo et al., 2020; Faghili et al., 2022; Niu et al., 2022; Rauwenhoff et al., 2022; Sianturi et al., 2018). El número de sesiones empleadas osciló en un rango de entre una (Dindo et al., 2020) y doce (Roche, 2020), lo que resultó en una media 7,3 sesiones. Y la duración de estas varió de 40 minutos (Gladwyn-Khan y Morris, 2023) a cinco horas (Dindo et al., 2020), situándose la Mo de 1,5 horas. Cabe tener en cuenta que en Faghili et al. (2022), Graham et al. (2015) y Sianturi et al. (2018) no mencionaron este parámetro y que en Sianturi et al. (2018) además tampoco se explicitó el número de sesiones. En doce de los artículos como mínimo uno de los profesionales encargados de realizar la intervención era un profesional de la psicología. En Dindo et al. (2020), Niu et al. (2022) y Rauwenhoff et al. (2022) contaron con psicólogos; en Sathananthan et al. (2022) con un neuropsicólogo clínico y en Faghili et al. (2022), Gladwyn-Khan y Morris (2023), Graham et al. (2015), Hadavand et al. (2022), Majumdar y Morris (2019), Roche (2020), Sander et al. (2021) y Whiting et al. (2020) con un psicólogo clínico. En Sander et al. (2021) otro profesional encargado de impartir el tratamiento fue un Consejero Profesional Licenciado. Por su parte, en Sianturi et al. (2018) fue una enfermera especializada en ACT quien realizó el tratamiento y en Whiting et al. (2018) al profesional se le describe como terapeuta. En los casos en los que se detalló (n = 8), la intervención fue impartida por el profesional siguiendo un manual o un protocolo, mientras que en Gladwyn-Khan y Morris (2023) entregaron un libro de autogestión a los participantes -los cuales lo iban leyendo cada uno a su ritmo- y en las sesiones con el psicólogo clínico se trabajaban las dudas o necesidades que los sujetos planteaban respecto a este. Además, en Majumdar y Morris (2019) y Sander

et al. (2021), entre otros, se especificó que el material se adaptó en relación con la temática (p. ej. incluyendo ejemplos específicos de DCA) y la presentación (p. ej. simplificando el lenguaje, adaptando los colores, utilizando representaciones visuales, etc.). Con relación al número de sesiones, en 13 de las publicaciones hubo más de una sesión y en once de estas reflejan que se propusieron tareas para casa o la práctica de algunos ejercicios entre las sesiones. Por lo que respecta a quién podía acudir o colaborar en las sesiones, en Majumdar y Morris (2019) podían asistir también los cuidadores, en Sathananthan et al. (2022) se hizo una sesión simultánea con la familia y personas cercanas, en Roche (2020) el esposo y los hijos de la participante en una sesión estuvieron durante la mitad del tiempo aproximadamente y en Rauwenhoff et al. (2022) la pareja de uno de los participantes se unió a las sesiones, mientras que la esposa de otro de los sujetos participó del proceso en casa.

4. Efectos de la ACT

4.1. Efectos sobre la ansiedad

En relación con el objetivo de explorar la eficacia de la ACT en el tratamiento de la sintomatología psicológica derivada de un DCA, en primer lugar, encontramos a Graham et al. (2015) y Sianturi et al. (2018) quienes se interesaron por conocer principalmente si ACT podía beneficiar a personas con ansiedad tras un accidente cerebrovascular.

En el caso de Sianturi et al. (2018) se centraron en determinar los efectos de la aplicación de técnicas de relajación (respiración profunda y terapia de hipnosis con cinco dedos) y posterior tratamiento con ACT en pacientes con ictus de leve a severo que estaban en las primeras etapas de la recuperación. Y encontraron que, tras la aplicación de técnicas de relajación, los niveles de ansiedad evaluados con el Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) disminuyeron pasando a ser moderados (con un cambio en la media de 5,2 al comparar con las puntuaciones previas) y que estos volvieron a disminuir tras la intervención con ACT, pasando a ser leves y produciéndose un cambio en la media de 9,74, comparando con las puntuaciones del tratamiento anterior. Lo que indicó un cambio estadísticamente significativo tanto en la primera como en la segunda intervención (p -valor $< 0,005$) y una reducción global de la media de 14,94.

Graham et al. (2015) también reportaron cambios en la dirección positiva en los niveles de ansiedad de su sujeto de estudio. El cual, indicó sentir desde hace años,

niveles de ansiedad altos, así como mareos y dolor en el pecho que se agravaron tras el accidente cerebrovascular. Concretamente, las puntuaciones del participante en la subescala de ansiedad Short-form Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) se movieron de la categoría “extremadamente severa” a la categoría “leve” tras nueve sesiones de tratamiento y el dolor de pecho se redujo tras aplicar las estrategias de aceptación, no sucediendo lo mismo con los mareos los cuales se mantuvieron. Además, aunque de forma más modesta, se produjeron cambios en las puntuaciones de DASS-21 en las medidas de depresión (de “moderada” a “leve”) y estrés (de “extremadamente severo” a “moderado”). El participante, al inicio, también experimentaba altos niveles de inflexibilidad psicológica según lo evaluado por el Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), pero en la medida posterior al tratamiento se hizo patente una mejora. Con relación a sus percepciones sobre el ictus (Brief Illness Perceptions Questionnaire, Brief-IPQ), estas se vieron modificadas. Ahora el sujeto sabía que el ictus no desaparecería, a diferencia de lo que pensaba antes de la intervención. Aun así, percibía menos consecuencias sobre el accidente cerebrovascular, lo que le propiciaba menor angustia. Paradójicamente creyó que, respecto al inicio del tratamiento, su comprensión del ictus había disminuido. Cualitativamente, destacaron, que para la sesión cuatro fue capaz de volver al trabajo tras haber estado de baja varios meses.

4.2. Efectos sobre la ansiedad y la depresión

Siguiendo con los posibles beneficios de ACT sobre la ansiedad, pero añadiendo también como objetivo principal la disminución de la sintomatología depresiva, se encuentra la publicación de Rauwenhoff et al. (2022). La cual, hipotetizó que por medio de ocho sesiones individuales a sujetos con TCE ($n = 2$) o accidente cerebrovascular ($n = 2$, uno de ellos con diagnóstico de trastorno depresivo según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) siguiendo el tratamiento *BrainACT* se reduciría la sintomatología ansiosa y depresiva (medidas primarias) y se mejoraría la fusión cognitiva, el comportamiento guiado por los valores y la flexibilidad psicológica, además de los niveles de la calidad de vida, estrés y participación social. Finalmente, los resultados posteriores a la intervención y de los seguimientos a los siete y doce meses, revelaron que *BrainACT* había producido en tres sujetos mejoras de medianas a grandes en las quejas de ansiedad y depresión (según las dos escalas de Likert administradas a diario en la fase de línea base y semanalmente en las fases intervención y seguimiento) y cambios clínicamente significativos en la dirección hipotetizada en ansiedad, depresión y estrés (Depression Anxiety Stress Scales-21, DASS-21 y Hospital Anxiety and

Depression Scale, HADS), que se reflejaron en unos índices de cambio confiable (ICF) en el seguimiento de doce meses de 4,35 y 4,35 para HADS ansiedad, de 2,41, 3,22 y 3,62 para HADS depresión y de 4,54 y 5,78 en DASS-21 estrés -lo que refleja la exclusión de los niveles de estrés y ansiedad de uno de estos tres participantes, que fueron bajos desde el principio-. También, reportaron mejoras clínicamente significativas en la medida Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7) de fusión cognitiva al reducirse las puntuaciones en tres de los sujetos y en la subescala de calidad de vida relacionada con la salud mental (Short Form Survey, SF-12), produciéndose esta última por un aumento en las puntuaciones de dos participantes. Cualitativamente describieron que uno de los sujetos empezó a compartir sus emociones con sus allegados, otro participante dejó de realizar actividades que realmente no eran satisfactorias para él y las cambio por otras que sí le resultaban agradables, un tercero comenzó a comunicarse de forma más asertiva y el último aprendió a no suprimir los sentimientos negativos y a soltar el control delegando en los demás.

4.3. Efectos sobre la depresión

Enfocándonos exclusivamente en los efectos sobre la sintomatología depresiva, Faghili et al. (2022), hallaron que: tres meses después de haber aplicado a supervivientes de TCE leve y de moderado a grave con diagnóstico de trastorno depresivo mayor posterior a este (según la SCID-5) una intervención basada en once sesiones de ACT o 14 sesiones de TCC, frente a un grupo control en lista de espera, el grupo ACT reportó niveles leves de depresión y el grupo TCC mínimos, partiendo ambos de niveles moderados (Beck Depression Inventory-II, BDI-II). Y que en la subescala de depresión del DASS-21, la TCC se estableció significativamente más eficaz que el otro grupo experimental; $p < 0,05$.

Asimismo, esta vez con un formato de intervención grupal con cuatro sesiones de dos horas y con una muestra formada exclusivamente por sujetos con accidente cerebrovascular, Majumdar y Morris (2019) describieron que respecto al grupo control con tratamiento habitual, un mayor número de sujetos del grupo experimental alcanzó un cambio clínicamente significativo en depresión, esta vez medida con el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). "PHQ-9 define un cambio clínicamente significativo como una puntuación de ≤ 9 combinada con una mejora del 50% de las puntuaciones previas al tratamiento" (Kroenke et al., 2001; McMillan, Gilbody y Richards, 2010; citado en Majumdar y Morris, 2019, p. 80). Detectaron esta diferencia entre los grupos a favor de ACT en las puntuaciones postintervención y se

mantuvo en el seguimiento de 2 meses, $X(1) = 13,55$, $p = .001$. Además, estudiaron los efectos de la intervención sobre la ansiedad (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7), el bienestar mental (Warwick and Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS), la esperanza (Adult Hope Scale, AHS), la calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D-5L) y el estado de salud autoinformado (segunda parte del EQ-5D-5L). Y encontraron a favor del grupo experimental, con tamaños del efecto medianos, efectos significativos de tiempo x grupo para el estado de salud autoinformado y la esperanza, $F(1,75, 102) = 4,22$, $p = 0,022$ y $F(1,65, 102) = 4,22$, $p = .017$. También al evaluar la interacción entre el postratamiento y el pretratamiento detectaron, en todos los casos a favor del grupo ACT, hallazgos significativos en esperanza $F(1, 51) = 10,49$, $p = .002$ con un tamaño del efecto grande ($\eta^2_p = .17$) y en bienestar mental $F(1, 51) = 4,16$, $p = .047$ con un tamaño del efecto mediano ($\eta^2_p = .07$). El estado de salud autoinformado no alcanzó la significancia ($p = .057$). En contraste con los resultados en depresión, las diferencias entre los grupos en esperanza, estado de salud autoinformado y bienestar mental no se mantuvieron en el seguimiento. En cuanto a la ansiedad y la calidad de vida relacionada con la salud, en este estudio, no hubo diferencias significativas entre los grupos.

Niu et al. (2022) también se centraron en la sintomatología depresiva con un enfoque de intervención grupal en participantes con ictus, pero con el objetivo de conocer los efectos de la intervención G-ACT, de 5 sesiones, en pacientes con severidad leve (NIHSS < 4) y moderada ($4 \leq \text{NIHSS} < 10$) para la prevención de la depresión postictus. Al analizar los resultados, vieron que en el 24-item Hamilton Depression Scale (HAMD-24), la medida escogida para evaluar los síntomas depresivos, tanto el grupo control como el grupo G-ACT habían ido reduciendo sus puntuaciones en la postintervención y ambos seguimientos, aunque detectaron una diferencia significativa con menores puntuaciones en el grupo experimental al mes y tres meses de seguimiento ($p = 0,018$; $p = 0,001$). Además, diferenciando por la severidad (leve o moderada) del accidente cerebrovascular, también las puntuaciones HAMD-24 del grupo experimental y del tratamiento habitual se vieron reducidas en todos los momentos temporales, aunque produciéndose una diferencia significativa a los tres meses a favor de G-ACT leve ($p = 0,004$) y moderado ($p = 0,033$). Secundariamente, buscaron corroborar si la intervención mejoraría la funcionalidad física o los déficits neurológicos de estos sujetos. Y hallaron que, en el Barthel Index (BI), donde las puntuaciones altas reflejan mayor independencia para realizar las actividades de la vida diaria, hubo una diferencia significativa en el postratamiento ($p = 0,033$) y en el primer seguimiento ($p = 0,019$) que no se mantuvo a los tres meses, siendo las puntuaciones de G-ACT más bajas. Y que no hubo

diferencias significativas entre los grupos por lo que respecta a los déficits neurológicos, evaluados con NIHSS, pero que ambos redujeron las puntuaciones en todas las medidas temporales.

4.4. Efectos sobre el malestar psicológico y la calidad de vida

Varios son los artículos que se interesaron por el malestar psicológico como variables de resultado primaria (Gladwyn-Khan y Morris, 2023; Sander et al., 2021) o secundaria (Whiting et al., 2018; Whiting et al., 2020).

Empezando por Sander et al. (2021) quiénes como medida primaria usaron la puntuación T del Global Severity Index (GSI) del Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18) para evaluar el malestar psicológico -en términos de ansiedad, somatización y depresión-, en personas con TCE de complicado leve a grave según la mejor puntuación en la GCS en las primeras 24 horas y síntomas compatibles con trastorno depresivo o ansioso en el 86% y 80% de los participantes del grupo experimental y control, respectivamente, según las respuestas en la MINI. Encontrando que, tras ocho sesiones individuales, el grupo experimental mostró mayores reducciones en el malestar psicológico que el grupo control con tratamiento habitual ($\beta = -3,34$, $p < 0,05$), lo que supuso una diferencia significativa entre los grupos. Además, en cuanto al cambio clínicamente significativo, indican que hubo significativamente más “respondedores” al tratamiento en ACT. Fijaron que un sujeto se podía catalogar como “respondedor” si cumplía uno de estos dos criterios después del tratamiento: cambiar su puntuación BSI 18 GSI de caso clínico a no caso (puntuación $T \geq 63$; puntuación $T < 63$) o si por otro lado pasaba de tener una puntuación $T \geq 63$ a una puntuación $T < 63$ en dos o más de sus subescalas. Las medidas secundarias, por su parte, tenían como objetivo evaluar la ansiedad, depresión y somatización (subescalas BSI 18), la aceptación y flexibilidad psicológica (AAQ-II) y la participación (Participation Assessment with Recombined Tools-Objective, PART-O). Obtuvieron diferencias significativas entre los grupos para la ansiedad y la somatización (mayor reducción de los síntomas en el grupo experimental) y para la aceptación y flexibilidad psicológica (mayor aumento en el grupo experimental, $\beta = -4,35$, $p < 0,05$). Estas, al igual que las encontradas en el malestar psicológico, se mantuvieron en el seguimiento de tres meses. No encontraron diferencias entre los grupos en depresión y participación.

En sintonía, muy recientemente, Gladwyn-Khan y Morris (2023) hallaron resultados positivos en cuanto a la mejora del malestar psicológico y la calidad de vida, su otra

medida de resultado primaria. La muestra compuesta por personas con accidente cerebrovascular, antes de la intervención, experimentaba altos niveles de malestar psicológico (puntuaciones en General Health Questionnaire-12, GHQ-12) y en su mayoría se situaba en el rango neutral de la Satisfaction with Life Scale (SWLS). Después del tratamiento individual, con una media de cinco sesiones, el análisis ómnibus de la muestra completa fue estadísticamente significativo con un tamaño del efecto moderado para GHQ-12 (0,6, $p < 0,05$) y SWLS (TAU = 0,3; $p < 0,05$). Específicamente, tras la intervención, los análisis individuales TAU-U reflejaron efectos estadísticamente significativos, en la dirección positiva, para el malestar psicológico en siete participantes y en calidad de vida para cinco participantes (en SWLS, dos sujetos mostraron efectos significativos en la dirección contraria), estas ganancias se mantuvieron en el seguimiento de tres semanas. En cuanto a las medidas secundarias de estado de ánimo (Beck Depression Inventory–II Fast-Screen, BDI-II-FS; HADS y Beck Anxiety Inventory, BAI), bienestar (WEMWBS) e impacto de la enfermedad (Stroke Impact Scale, SIS), después del tratamiento los resultados fueron estadísticamente significativos en el análisis de muestra completa (no administraron las pruebas en el seguimiento). Por último, hallaron que para el 81% de los sujetos el libro fue útil (confianza, comprensión del papel del cuidador, aceptación, bajo estado de ánimo, motivación y ansiedad) según los resultados de una encuesta.

Whiting et al. (2018) incluyeron en su estudio a dos participantes con TCE severo (APT > 24 horas) y nivel clínico de malestar psicológico, queriendo indagar el uso de ACT en esta muestra, con una intervención de siete sesiones administrada conjuntamente a ambos participantes. Para ello, las medidas primarias estuvieron destinadas a medir la flexibilidad psicológica (Acceptance and Action Questionnaire-Acquired Brain Injury, AAQ-ABI y AAQ-II) y las secundarias el malestar psicológico (HADS; DASS-21; GHQ-12; Positive and Negative Affect Scales, PANAS e I-PANAS-SF), la participación (Motivation for Traumatic Brain Injury Rehabilitation Questionnaire, MOT-Q y Sydney Psychosocial Reintegration Scale-2, SPRS-2) y la calidad de vida (SF-12). Los resultados cuantitativos que encontraron al comparar las medias preintervención con las postintervención fueron, para ambos sujetos, disminuciones significativas en PANAS afecto negativo (ICF: $-4,76$ y $-3,64$) y para un sujeto mejoras significativas en la flexibilidad psicológica (AAQ-ABI) con un ICF de $-2,68$, el estado de ánimo según HADS y la subescala de ansiedad del DASS-21 (ICF = $-3,75$) y en el cuestionario de calidad de vida SF-12. En cuanto a la significancia clínica, los autores, siguiendo los criterios de Jacobson y Truax (1991) clasificaron las ganancias de este participante en flexibilidad psicológica y malestar

psicológico en el rango “mejorado” al haberse producido “un cambio confiable en las puntuaciones de los resultados que aún permanece en el rango de población disfuncional” (Whiting et al., 2018, p. 237). A nivel cualitativo, indicaron que la diada llevó a cabo acciones comprometidas, aunque las pruebas psicométricas de participación no lo reflejaron.

Dos años más tarde, el mismo grupo de investigadores Whiting et al. (2020) también con una muestra de TCE severo (APT ≥ 7 días), se interesaron por explorar los efectos de la intervención *ACT-Adjust* de seis sesiones administrada en parejas (+1 sesión de prevención de recaídas un mes después) en comparación con un grupo de control activo *-Befriending-* en la participación en actividades significativas y en la flexibilidad psicológica. Además de en el malestar psicológico y la calidad de vida. En este sentido, contaron con las medidas primarias: AAQ-ABI, MOT-Q y Survey of Life Principles Version 2.2–Card sorting task (SLP). Y las siguientes medidas secundarias: AAQ-II, DASS-21, HADS, PANAS, GHQ-12, SF-12 y la versión proxy del SPRS-2. Al realizar los análisis estadísticos, exclusivamente encontraron interacciones de tiempo x grupo significativas para las medidas de malestar psicológico: depresión ($F_{1,17} = 5,35$, $p = .03$) y estrés ($F_{1,17} = 5,69$, $p = .03$), subescalas del DASS. Siendo el grupo experimental el que mostró una reducción mayor, con un tamaño del efecto parcial de mediano a largo en depresión y largo en estrés. Además, en depresión, también detectaron un efecto principal de tiempo ($F_{1,17} = 5,35$, $p = .03$) que fue el único hallazgo que se mantuvo en el seguimiento de un mes. Estos positivos resultados con significancia clínica, en cuanto al malestar psicológico, van en la línea de los presentados anteriormente.

4.5. Efectos sobre la vida valorada

Dirigiendo la atención los efectos en la vida valorada, es la publicación de Sathananthan et al. (2022) la que pone el foco principal en esta variable.

Para ello, Sathananthan et al. (2022) emplearon una muestra mixta de sujetos con ictus leve y severo según la NIHSS, TCE severo -puntuaciones de la GCS y duración de la APT y de la PTC- y un caso de epilepsia refractaria, a la que aplicaron el programa VaLiANT de ocho sesiones grupales. También, se interesaron por el bienestar mental (WEMWBS), la satisfacción con la vida (SWLS), el estado de ánimo (HADS), las quejas cognitivas (13-item Everyday Memory Questionnaire–Revised, EMQ-R), la aceptación psicológica (AAQ–ABI), la participación (15-item Community Integration Questionnaire, CIQ) y la confianza en el manejo de las consecuencias del

DCA (6-item TBI Self-Efficacy Scale, TBI-SES) de esta muestra. Al analizar los datos previos a la intervención, los posteriores y los relativos al seguimiento de ocho semanas de forma visual y estadística, observaron gran variabilidad en los resultados relacionados con la vida valorada (Valued Living Questionnaire, VLQ) que no les permitieron asegurar una mejora. En las medidas secundarias, por su parte, sí que obtuvieron resultados positivos. Toda la muestra (a excepción de dos participantes; uno de ellos porque únicamente realizó las evaluaciones previas) mostró una mejoría clínicamente significativa en al menos una de las pruebas en el Post o en el seguimiento. Siendo la subescala de ansiedad del HADS (% mejora confiable T1 vs. T2/T3: 83%) y el WEMWBS (% mejora confiable T1 vs. T2/T3: 57%), donde obtuvieron frecuencias más altas de mejoras. En el lado opuesto a estos hallazgos, indicaron que un sujeto, en el SWLS, presentó deterioro confiable estable en el tiempo.

4.6. Efectos sobre la psicopatología basada en el estrés

Por último, en el mismo año, Dindo et al. (2020) y Roche (2020) investigaron, entre otros aspectos, el manejo de la psicopatología basada en el estrés en personas con TCE.

En el caso de Roche (2020) fue mediante un estudio de caso de una mujer de 48 años que había sido atropellada por un coche y experimentó un TCE moderado con una APT de alrededor de once días y anomalías en la Tomografía Computarizada. En las medidas previas a la intervención, la participante cumplió con los criterios diagnóstico de TEPT (IES-R y PSS-I-5), reportó niveles de ansiedad en el rango severo y niveles de depresión en el rango moderado (HADS) y elevados niveles de fusión cognitiva (CFQ-7) y vida valorada (VLQ). Tras doce sesiones con un enfoque ACT, el TEPT dejó de ser un problema clínico, lo que significó un cambio clínicamente significativo que se mantuvo hasta los doce meses de seguimiento. También, en las medidas postintervención y ambos seguimientos (tres y doce meses), se redujeron de forma significativa los niveles de ansiedad (más de tres desviaciones estándar), depresión (más de dos desviaciones estándar) y la fusión cognitiva (pasando de una puntuación inicial de 32 a una puntuación de doce al año de seguimiento), indicando mejoras en el estado de ánimo y la flexibilidad psicológica. Y en cuanto a la consistencia de la vida valorada, las puntuaciones aumentaron, por encima de los niveles previos que ya eran altos. Por lo que la participante obtuvo mejoras en todas las medidas evaluadas en la dirección hipotetizada que van en consonancia con las mejoras cualitativas. Por ejemplo, se

indicó que la mujer puso en práctica las técnicas ACT, también realizó más actividades conjuntamente con sus familiares y consiguió hacer de forma independiente las actividades del programa de exposición jerárquico planteado, entre otros.

Similares mejoras respecto a la sintomatología de TEPT describieron Dindo et al. (2020) para veteranos con TCE leve en estado I, II o III, según la Boston Assessment of Traumatic Brain Injuries-Lifetime que además en el último mes habían sido diagnosticados de TEPT por medio de la Clinician Administered PTSD Scale for Diagnostic & Statistical Manual, Fourth Edition (63% de los participantes del grupo experimental) y/o episodio depresivo mayor y/o de trastorno de ansiedad generalizada (47% y 21% del grupo experimental, respectivamente), según la Structured Clinical Interview for Diagnostic & Statistical Manual, Fourth Edition. Concretamente, encontraron que tres meses después de la sesión grupal de cinco horas “*ACT on Life*”, los participantes del taller mostraron, respecto al grupo control con tratamiento estándar, tendencias positivas en la reducción de la psicopatología (PTSD Checklist-Civilian Version (PCLC) puntuación total, $M_{\text{diferencia}} = -5,1$, 95% CI [-17,1, 7,0], $d = 0,33$, $p = .39$; DASS-21 puntuación total, $M_{\text{diferencia}} = -16,55$, 95% CI [-35,9, 2,8], $d = 0,68$, $p = .09$) y la discapacidad (World Health Organization-Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS-2) puntuación total, $M_{\text{diferencia}} = -4,2$, 95% CI [-15,2, 6,9], $d = 0,30$, $p = .44$), mayores reducciones en las dificultades para la reintegración de militar a civil (Military to Civilian Questionnaire (M2C-Q) $M_{\text{diferencia}} = 0,36$, 95% CI [-1,6, 2,3], $d = 0,47$, $p = .23$) y tendencias positivas en la mejora de la flexibilidad psicológica (AAQ $M_{\text{diferencia}} = -5,4$, 95% CI [-13,0, 2,3], $d = 0,56$, $p = .16$). A su vez, en cuanto al dolor, por lo que respecta a la severidad no hubo diferencias significativas entre los grupos, pero sí que se encontraron para la interferencia, la cual se redujo más en el grupo control (Brief Pain Inventory (BPI) subescala de interferencia del dolor, $M_{\text{diferencia}} = 1,48$, 95% CI [-0,36, 3,33], $d = 0,78$, $p = .03$). Es decir, *ACT on Life*, resultó beneficioso para los síntomas postraumáticos, síntomas de ansiedad, depresión y/o estrés, reducción de la discapacidad, mejora en la reintegración y aumento de la flexibilidad psicológica. Mientras que la atención estándar lo fue para reducir el grado de interferencia del dolor.

4.7. Efectos sobre los cuidadores

Una vez descritos los efectos de ACT en supervivientes de DCA, se describen a continuación, en sus personas cuidadoras, tanto si estas han recibido la intervención, como si se valoran los efectos tras haber aplicado la ACT a los

supervivientes. En esta revisión, son dos los artículos que ofrecen resultados sobre este objetivo, tal y como se muestra en la Tabla 1.

Empezando por Hadavand et al. (2022), hallaron que, tras aplicar diez sesiones siguiendo ACT a un grupo de cuidadores de personas con TCE severo (predominantemente femenino y formado en un 75% por las esposas de los supervivientes) frente al tratamiento habitual recibido por el grupo control en lista de espera, se encontraron diferencias significativas en el posttest y ambos seguimientos (tres y seis meses) en las medidas de ansiedad, función familiar y evitación experiencial; evaluadas mediante la subescala de ansiedad del Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS), el cuestionario Family Assessment Device (FAD) y el Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ), respectivamente. Concretamente, describieron que el grupo experimental reportó diferencias significativas en las medidas de ansiedad en el posttest y los dos seguimientos con un p -valor $< 0,001$, además de efectos significativos de grupo, tiempo y tiempo \times grupo en la ANOVA de medidas repetidas. También, en la ANOVA de medidas repetidas para las variables de función familiar y la evitación experiencial, encontraron un efecto de grupo significativo para cinco de los seis componentes de la función familiar (resolución de problemas, comunicación, roles, capacidad de respuesta afectiva, implicación afectiva y funcionamiento general de la familia; $p < 0,05$) y un efecto significativo de tiempo \times grupo para todos los factores de la evitación experiencial a excepción de la intolerancia a los pensamientos y emociones negativas ($p > 0,05$).

Retomando de nuevo a Faghili et al. (2022), pero esta vez con la finalidad de conocer si se derivarían beneficios en la calidad de vida relacionada con la salud (mental y física), así como en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los cuidadores de la muestra descrita anteriormente. Encontraron que, al inicio, todos los cuidadores puntuaron por debajo de la media en calidad de vida relacionada con la salud (SF-12) y reportaron niveles moderados de ansiedad, depresión y estrés (DASS-21). Y que después de la intervención impartida a sus familiares, al realizar un ANOVA de medidas repetidas con las puntuaciones previas, posteriores y del seguimiento de tres meses hubo un efecto de tiempo \times grupo significativo ($p < 0,001$) en SF-12 y en la subescala de depresión de DASS-21, además de un efecto significativo de tiempo ($P_s < 0,05$) en todas las subescalas evaluadas. Específicamente, en las medidas postintervención de todas las subescalas, encontraron un tamaño del efecto muy pequeño ($d < 0,2$) entre los cuidadores del grupo TCC y el grupo ACT, así como un tamaño del efecto pequeño ($0,2 < \Delta < 0,5$)

entre TCC o ACT y el grupo control. En el seguimiento, el grupo TCC demostró en la subescala de depresión de DASS-21 y en la calidad de vida relacionada con la salud mental un tamaño del efecto pequeño frente al grupo ACT y una mejora significativa en comparación con el grupo control. ACT, por su lado, presentó un tamaño del efecto medio en SF-12 frente al grupo de lista de espera.

En este sentido, respecto a las personas cuidadoras, encontramos que se han estudiado las medidas de función familiar, evitación experiencial (Hadavand et al., 2022), ansiedad (Faghili et al., 2022; Hadavand et al., 2022), depresión, estrés y calidad de vida relacionada con la salud mental y física (Faghili et al., 2022). Encontrando mejoras, en los cuidadores de supervivientes de TCE sin diagnóstico de trastorno mental comórbido, en la función familiar, la evitación experiencial y la ansiedad tras recibir la intervención ACT (Hadavand et al., 2022). Y no encontrando resultados significativos en los niveles de ansiedad, depresión, estrés y calidad de vida de las personas cuidadoras de supervivientes de TCE con trastorno depresivo mayor que no recibieron la intervención de forma directa (Faghili et al., 2022).

Tabla 1.

Síntesis de las principales características, variables y resultados cuantitativos de los artículos revisados.

Artículo	Muestra	Intervención	Medidas	Resultados cuantitativos
- Autores y año - Diseño de estudio - Ciego - Nivel de evidencia según OCEMB ¹	- n - Edad (\bar{x} ; \pm DE) - Sexo - Patología		- Momento temporal - Medidas primarias (1ª) y secundarias (2ª) - Pruebas administradas	
Majumdar y Morris (2019) RCT de grupos paralelos No ciego Nivel 2	ACT: n = 26 65,3; \pm 11,9 21 hombres *Significativamente más hombres. Control: n = 27 60,0; \pm 15,6 11 hombres Ictus	ACT: Grupal (3-9 participantes); 2 h semanales; 4 semanas. Lugares comunitarios. Proporcionado por al menos 2 facilitadores (mínimo un psicólogo clínico). Podían asistir los cuidadores. Control: Tratamiento habitual.	Pre, Post y Seguimiento de 2 meses. 1ª Depresión: PHQ-9 2ª Ansiedad: GAD-7 Calidad de vida relacionada con la salud: EQ-5D-5L Estado de salud autoinformado: Segunda parte del EQ-5D-5L Esperanza: AHS Bienestar mental: WEMWBS	Depresión, estado de salud autoinformado y esperanza: interacción significativa tiempo x grupo en favor de ACT (tamaño del efecto mediano). Significativamente más participantes del grupo ACT alcanzaron un cambio clínicamente significativo en depresión.
Gladwyn-Khan y Morris (2023) Diseño	ACT: n = 16 60,6 8 hombres	Individual; 40-50 min. Cada 2 semanas; fase de línea base mediana de duración de 6 semanas e intervención mediana	1ª: Semanalmente en Línea base, Intervención y Seguimiento de 3 semanas. Malestar psicológico:	GHQ-12 y SWLS: análisis ómnibus de la muestra completa estadísticamente significativo (tamaño del efecto moderado). Análisis individuales TAU-U mostraron efectos significativos en GHQ-12 para 7

experimental de caso único	Ictus (hemorrágico o isquémico)	de 11. Domicilio del paciente. Proporcionado por un psicólogo clínico.	GHQ-12 Calidad de vida: SWLS 2^a (Pre y Post) Depresión: BDI-II-FS Estado de ánimo y ansiedad: HADS Ansiedad: BAI Bienestar: WEMWBS Discapacidad física y funcional asociada con el ictus: SIS	participantes y en SWLS para 5 (en esta medida 2 participantes mostraron los efectos en la dirección negativa). Mantenimiento ganancias en seguimiento. Medidas 2^a: cambio estadísticamente significativo (dirección positiva). Encuesta: para el 81% el libro fue muy útil.
No ciego				
Nivel 4				
Sander et al. (2021)	ACT: n = 44 37,73; ± 11,64 25 hombres Control: n= 49 38,27; ± 12,71 31 hombres TCE; complicado leve, moderado o grave ² Síntomas actuales compatibles con trastorno depresivo o ansioso (ACT y control) ³ : n = 38 y n = 39	ACT: Individual; 8 sesiones; 1,5 h. Proporcionado por el primer autor para 7 de los casos y por un Consejero Profesional Licenciado (LPC) de nivel de Maestría para todos los demás. Control: Tratamiento habitual. Individual; 1 sesión; 90 min. Proporcionado por el primer autor para 13 de los casos y por el LPC para todos los demás.	Encuesta (Post) Pre, Post y Seguimiento de 3 meses. 1^a Malestar psicológico: Puntuación T GSI del BSI 18. 2^a Somatización, depresión y ansiedad: Subescalas BSI 18. Aceptación y flexibilidad psicológica: AAQ-II. Participación comunitaria: PART-O.	Puntuaciones T GSI del BSI 18, puntuaciones T en BSI de Somatización y Ansiedad y puntuaciones AAQ-II: diferencia significativa entre los grupos, ACT mostró mayor reducción de malestar psicológico ($\beta = -3,34$, $p < 0,05$), somatización, ansiedad y mayor aceptación y acción ($\beta = -4,35$, $p < 0,05$). Mantenimiento en el seguimiento. En cuanto al malestar psicológico, significativamente mayor número de "respondedores" al tratamiento en ACT.
RCT				
Doble ciego				
Nivel 2				
Sathananthan et al. (2022)	ACT: n = 8	Grupal (5-6 participantes); 8 sesiones; 2 h; semanalmente.	1^a: Semanalmente Línea base, Intervención y	Medidas 2^a: 6 participantes mostraron una mejora fiable y clínicamente significativa mínimo en 1 de

Diseño experimental de caso único	26 – 65 4 hombres Ictus (hemorrágico o isquémico); leve y severo ⁴ .	Clínica de psicología. Proporcionado por un neuropsicólogo clínico senior con asistencia de 2 psicólogos provisionales.	Seguimiento de 8 semanas. Vida valorada: VLQ.	las medidas (HADS-Ansiedad y WEMWBS frecuencia más alta de mejoras clínicamente significativas). En SWLS un participante presentó deterioro confiable en Post y seguimiento.
No ciego	TCE; severo ⁵	1 sesión simultánea con la familia y personas cercanas.	2ª: Pre, Post y Seguimiento.	
Nivel 4	Epilepsia refractaria	Duración fase de línea base entre 5-7 semanas.	Bienestar mental: WEMWBS Satisfacción con la vida: SWLS Ansiedad y depresión: HADS Fallas subjetivas de la memoria: EMQ-R Ajuste psicológico hacia los cambios relacionados con DCA: AAQ-ABI Participación: CIQ Confianza en el manejo de dificultades después de un DCA: TBI-SES	
Whiting et al. (2020)	ACT-Adjust: n = 10	ACT-Adjust: Proporcionado por un psicólogo clínico.	Pre, Post (sesión 6) y Seguimiento (sesión 7).	Subescalas de depresión y estrés de DASS-21:
RCT piloto de Fase II	36,4; ± 13,5 8 hombres		1ª	tras la intervención, grupo experimental mayor disminución en las puntuaciones que Befriending (interacciones tiempo x grupo significativas, esta diferencia fue con un tamaño del efecto parcial de medio a grande para la depresión y con un tamaño del efecto parcial grande para el estrés. Los efectos no se mantuvieron en el seguimiento).
Doble ciego	Befriending: n = 9	Befriending: Proporcionado por 3 terapeutas (un psicólogo clínico; un psicólogo y un estudiante de posgrado en psicología clínica).	Flexibilidad psicológica: AAQ-ABI	Efecto principal por tiempo en depresión (Pre-Post; $F_{1,17} = 5,35$, $p = .03$) que sí se mantuvo en el seguimiento.
Nivel 2	37,2; ± 12,5 7 hombres TCE; severo ⁶ *Befriending APT significativamente más larga que ACT-Adjust.	En parejas; 7 sesiones; 1,5 h; 6 sesiones semanalmente y 1 sesión un mes después.	Participación en rehabilitación: MOT-Q Importancia de los valores: SLP 2ª Flexibilidad psicológica: AAQ-II	

			<p>Malestar psicológico: DASS-21, HADS, PANAS y GHQ-12</p> <p>Calidad de vida: SF-12</p> <p>Participación social: versión proxy de SPRS-2.</p>	
Niu et al. (2022)	<p>G-ACT: n = 52 61,5; ± 11,5 36 hombres</p> <p>Control: n = 52 64,8; ± 12,1 32 hombres</p> <p>Ictus isquémico; leve y moderado⁷</p>	<p>G-ACT: Grupal (4-6 pacientes); 5 sesiones; 45-55 min. Hospital. Proporcionado por terapeuta psicológico, un asistente de investigación y una enfermera.</p> <p>Control: Tratamiento habitual.</p>	<p>Pre, Post y Seguimiento de 1 mes y 3 meses.</p> <p>Depresión: HAMD-24</p> <p>Grado de déficit neurológico: NIHSS</p> <p>Actividades de la vida diaria: BI</p>	<p>HAMD-24: comparando ambos grupos, las puntuaciones de G-ACT al mes y 3 meses de seguimiento fueron significativamente más bajas ($p = 0,018$; $p = 0,001$). Además, los sujetos con ictus leve y moderado mostraron puntuaciones significativamente más bajas que el grupo control a los 3 meses de seguimiento.</p> <p>BI: únicamente diferencias significativas en Post y 1 mes ($p = 0,033$; $p = 0,019$), con menores puntuaciones para G-ACT.</p>
Roche (2020)	<p>ACT: n = 1 48 Mujer TCE; moderado⁸ Cumplió criterios TEPT⁹</p>	<p>Individual; 12 sesiones; 90 min; cada 2/3 semanas. Domicilio de la paciente. Proporcionado por un psicólogo clínico. En una sesión, el esposo y sus 3 hijos estuvieron presentes aproximadamente la mitad del tiempo.</p>	<p>Pre, Post y Seguimiento de 3 y 12 meses.</p> <p>Ansiedad y depresión: HADS</p> <p>Dificultades tras eventos estresantes: IES-R</p> <p>Ayudar a diagnosticar TEPT: PSS-I-5</p> <p>Valores personales y la medida en que un individuo vive de acuerdo con estos: VLQ</p> <p>Fusión cognitiva: CFQ-7</p> <p>Calidad de vida: Escala de</p>	<p>Estado de ánimo: reducción significativa de ansiedad (Pre-Seguimiento 12 meses) y depresión (Pre-Post, con mantenimiento en los seguimientos).</p> <p>TEPT: cambio significativo en IES-R pasando a indicar que TEPT no era un problema clínico a los 3 meses de seguimiento (mantenimiento a los 12 meses) y en PSS-I-5 puntuó por debajo del límite clínico en el Post, reduciéndose más en los 2 seguimientos.</p> <p>ACT: CFQ-7, reducción de las puntuaciones (mejora en flexibilidad cognitiva). VLQ, incremento en las puntuaciones (mayor consistencia de vida valorada).</p>

Rauwenhoff et al. (2022)	ACT: n = 4 35-63	Individual; 8 sesiones; 90 minutos; primeras 4 sesiones semanales, luego quincenalmente con un descanso de 3 semanas entre la séptima y la última; 3,5 meses. Hospital.	Likert Pre línea base, Pre intervención, Durante intervención, Post intervención y Seguimiento de 7 y 12 meses.	1ª: mejoras de medianas a grandes en las quejas de ansiedad y depresión y mejoras clínicamente significativas en ansiedad, depresión y estrés (n = 3; excepto ansiedad y estrés de 1 de estos 3 participantes que tenía niveles bajos ya al inicio). Mantenimiento en el seguimiento de 12 meses. ACT: mejoras clínicamente significativas para la fusión cognitiva (n = 3) 2ª: la calidad de vida relacionada con la salud mental mejoró de forma clínicamente significativa en n = 2.
Diseño experimental de caso único	3 Hombres TCE o ictus isquémico Trastorno depresivo ¹⁰ : n= 1	Proporcionado por psicólogos. La pareja de un participante se unió a las sesiones y una esposa participó en el proceso en casa. Línea base de 20-42 días.	1ª: Ansiedad y depresión: Escala de Likert (diariamente en la fase de línea base y semanalmente en intervención y seguimiento) Malestar psicológico: HADS y DASS-21	
Ciego simple			Medidas ACT: Flexibilidad psicológica: AAQ-ABI y AAQ-II Fusión cognitiva: CFQ-7 Vida valorada: VLQ	
Nivel 4			2ª: Calidad de vida: SF-12 Participación: USER-P	
Dindo et al. (2020)	ACT on Life: n = 20 37,7; ± 6,3 Hombres	ACT on Life: Grupal; 5 h; durante 1 día. Hospital. Proporcionado por un psicólogo.	Entrevistas semiestructuradas cualitativas (grupo ACT on Life); a las 2 semanas y 3 meses tras la intervención.	ACT on Life, en comparación con el grupo control, mostró tendencias positivas en la reducción de síntomas de ansiedad, depresión y/o estrés (DASS-21), en síntomas posttraumáticos (PCL-C) y en discapacidad (WHODAS-II); en reintegración de militar a civil (M2C-Q), demostró mayores reducciones en las dificultades y respecto a la flexibilidad psicológica, mostró tendencias
RCT piloto de Fase II				
No especificado	Control: n= 12 34,7; ± 5,8	Control: Atención estándar.	Pre y 3 meses de Seguimiento (ACT on Life y	
Nivel 2				

	Hombres		Control)	positivas en las mejoras (AAQ , $M_{\text{diferencia}} = -5,4$, 95% CI [-13,0, 2,3], $d = 0,56$, $p = .16$). El grupo control mostró una mayor caída en la interferencia del dolor que el grupo ACT on Life (BPI -Subescala interferencia del dolor $M_{\text{diferencia}} = 1,48$, 95% CI [-0,36, 3,33], $d = 0,78$, $p = .03$).
	TCE leve en estado I, II o III ¹¹		Psicopatología: PCL-C y DASS-21	
	Diagnósticos en el pasado mes (ACT on Life y Control):		Funcionamiento: M2C-Q y WHODAS-2	
	TEPT ¹² : 63% y 75%		Dolor: BPI	
	Episodio depresivo mayor ¹³ : 47% y 67%		Inflexibilidad psicológica: AAQ-II	
	Trastorno de ansiedad generalizada ¹³ : 21% y 8%			
Whiting et al. (2018)	ACT: n = 2	En parejas; 7 sesiones; 1,5 h; semanalmente (entre la semana 4 y 5 parón de 4 semanas debido a un accidente en un participante) (sesión 7 después de un mes de descanso)	Pre y Post. *Semanalmente al comienzo de cada sesión.	Cambio significativo en PANAS afecto negativo . Además, 1 participante demostró mejoras significativas en flexibilidad psicológica (AAQ-ABI), estado de ánimo (HADS y Ansiedad DASS-21) y calidad de vida (SF-12).
Diseño observacional de caso único	Hombres TCE; grave ¹⁴	Proporcionado por un terapeuta.	1ª: Flexibilidad psicológica: AAQ-ABI* y AAQ-II*	
Ciego simple			2ª: Malestar psicológico: HADS, DASS-21* I-PANAS-SF*, PANAS y GHQ-12	
Nivel 4			Participación: MOT-Q y SPRS-2	
			Calidad de vida: SF-12	
Graham et al. (2015)	ACT: n = 1	Individual; 9 sesiones. Proporcionado predominantemente por un psicólogo clínico en formación.	Pre, Durante (DASS-21 y AAQ-II) y Post	Comparando las puntuaciones Pre y Post, se observaron mejoras en el estado de ánimo - ansiedad, depresión y estrés- (DASS-21) y en flexibilidad psicológica (AAQ-II) a lo largo de la intervención. Además, su esquema de enfermedad
Diseño observacional de	Hombre Ictus		Perturbación emocional: DASS-21	

caso único			Creencias sobre su ictus: Brief-IPQ	cambió (IPQ).
No aplica			Flexibilidad psicológica: AAQ-II	
Nivel 4				
Hadavand et al. (2022)	ACT: n = 20 32,30; ± 7,80 18 Mujeres 75% esposas	ACT: Grupal (5-7 participantes); 10 sesiones; 1 h; semanalmente. Proporcionado por un terapeuta con máster en ciencias de psicología clínica.	Pre, Post y Seguimiento de 3 y 6 meses.	Ansiedad: diferencias significativas en Post y ambos seguimientos (p < 0,001); efecto significativo de grupo, tiempo y tiempo x grupo.
RCT			Ansiedad: Subescala de ansiedad del DASS.	Función familiar: efecto de grupo significativo para todos los componentes, excepto el control de comportamiento (p > 0,05).
Ciego simple			Función familiar: FAD	Evitación experiencial: efecto significativo de tiempo x grupo para 2 de los 3 factores (p < 0,05).
Nivel 2	Control en lista de espera: n = 20 32,70; ± 7,29 20 Mujeres 60% esposas Sin patología (cuidadores personas con TCE severo)	Control en lista de espera: Atención de rutina.	Evitación experiencial: EACQ	
Sianturi et al. (2018)	Relajación + ACT: n = 33 57,24; ± 7,746 19 hombres Ictus (hemorrágico o isquémico); de leve a severo.	Hospital. Proporcionado por una enfermera y una enfermera especializada en ACT.	Pre, Post1 (Relajación) y Post2 (ACT)	Ansiedad: disminución, pasando del rango moderado a leve. Cambios en la media: 5,2 (Pre-Post1), 9,74 (Post1-Post2) y 14,94 (Pre-Post2).
Cuasiexperimental sin grupo control			Ansiedad: HARS	
No ciego				
Nivel 3				
Faghili et al. (2022)	ACT: n = 24 40,96; ± 9,13	ACT 11 sesiones.	<u>Supervivientes TCE:</u> Pre y Seguimiento de 3 meses Depresión: BDI-II y	<u>Supervivientes TCE:</u> los niveles de depresión (BDI-II) del grupo ACT y TCC se redujeron en el seguimiento. TCC fue significativamente más
RCT				

Ciego simple	14 hombres 54,2% padres	TCC: 14 sesiones.	subescala depresión DASS-21	eficaz que ACT ($p < 0,05$) en depresión DASS-21 .
Nivel 2	TCC: n = 24 43,67; \pm 9,39 13 hombres 58.3% padres Control en lista de espera: n = 24 41,08; \pm 10,79 15 hombres 50% padres Sin patología (cuidadores personas con TCE leve y moderado a grave + Trastorno depresivo mayor ¹⁵)	La intervención la recibieron supervivientes TCE. Hospital. Proporcionado por un psicólogo clínico. Control en lista de espera.	Cuidadores: Pre, Post y Seguimiento de 3 meses Depresión, ansiedad y estrés: DASS-21 Calidad de vida relacionada con la salud: SF-12	Cuidadores: efecto de tiempo significativo en todas las subescalas ($P_s < 0,05$) y efecto de tiempo x grupo significativo en la subescala de depresión de DASS-21 ($p < 0,001$) y en SF-12 ($p < 0,001$). En el seguimiento, TCC muestra una mejora significativa en la subescala de depresión de DASS-21 y en salud mental del SF-12 en comparación con el grupo control.

DE: desviación estándar; n: tamaño de la muestra; RCT: siglas en inglés para ensayo de control aleatorio; \bar{x} : media; ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso; TCC: Terapia Cognitivo Conductual; TCE: traumatismo craneoencefálico; TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático; AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire-II; AAQ-ABI: Acceptance and Action Questionnaire–Acquired Brain Injury; AHS: Adult Hope Scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI-II: Beck Depression Inventory-II; BDI-II-FS: Beck Depression Inventory – II Fast-Screen; BI: Barthel Index; BPI: Brief Pain Inventory; Brief-IPQ: Brief Illness Perceptions Questionnaire Brief-IPQ; CFQ-7: Cognitive fusion questionnaire; CIQ: Community Integration Questionnaire; DASS-21: Depression Anxiety Stress Scales 21-item; EACQ: Experiential avoidance in caregiving questionnaire; EQ-5D-5L: Euroquality of life; EMQ-R: Everyday Memory Questionnaire-Revised; FAD: Family Assessment Device; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7; GHQ-12: General Health Questionnaire-12; GSI del BSI 18: Global Severity Index T-scores del Symptom Inventory 18; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HAMD-24: 24-item Hamilton Depression Scale; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; I-PANAS-SF: International positive and negative affect schedule short-form; IES-R: The impact of events scale revised; MOT-Q: Motivation for Rehabilitation Questionnaire; M2C-Q: Military to Civilian Questionnaire; PANAS: Positive and Negative Affect Scales; PART-O: Participation Assessment with Recombined Tools-Objective; PCL-C: Post Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; PSS-I-5: Post Traumatic Stress Disorder symptom scale – interview for diagnostic statistical manual (DSM)-5; SF-12: 12-item Short Form Health Survey; SIS: Stroke Impact Scale; SLP: Survey of Life Principles Version 2.2–Card sorting task; SPRS-2: Sydney Psychosocial Reintegration Scale-2; SWLS: Satisfaction with Life Scale; TBI-SES:

Traumatic Brain Injury Self-Efficacy Scale; VLQ: Valued Living Questionnaire; USER-P: Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation; WEMWBS: Warwick and Edinburgh Mental Well-being Scale; WHODAS-2: World Health Organization-Disability Assessment Schedule 2.0.

¹ Siguiendo el criterio del Oxford Centre for Evidence Based Medicine (CEBM) 2011 (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

² Basado en la mejor puntuación en la Glasgow Coma Scale (GCS) en las primeras 24 horas de la lesión.

³ Basado en las respuestas en Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

⁴ Según la National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).

⁵ Interpretando las puntuaciones de la Glasgow Coma Scale (GCS), duración amnesia postraumática (APT) y la duración de la pérdida transitoria de conciencia (PTC).

⁶ APT ≥ 7 días.

⁷ Leve (NIHSS < 4) y moderado (4 NIHSS < 10).

⁸ Moderado: APT de alrededor a 11 días y presencia de anomalías claras en la Tomografía Computarizada.

⁹ Según la puntuación en PSS-I-5 e IES-R.

¹⁰ Basado en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

¹¹ Boston Assessment of Traumatic Brain Injuries-Lifetime.

¹² Clinician Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale for Diagnostic & Statistical Manual, Fourth Edition.

¹³ Structured Clinical Interview for Diagnostic & Statistical Manual, Fourth Edition.

¹⁴ APT > 24 h.

¹⁵ Según la Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID-5.

IV. Discusión

En la presente revisión sistemática se han conseguido alcanzar los propósitos iniciales de determinar el “*state of the art*” del uso de la ACT en personas con DCA (conociendo su frecuencia de uso, la población sobre la que se aplica, las características de la terapia y si existen modificaciones metodológicas en relación con su aplicación en otras poblaciones), explorar su eficacia para tratar la sintomatología psicológica derivada de un DCA, así como conocer si la aplicación de esta terapia en los supervivientes de DCA supone beneficios en los cuidadores, o si se aplica en las personas cuidadoras y qué beneficios puede aportarles. Aunque cabe reconocer que la mayoría de los artículos seleccionados tienen como muestra principal de estudio a sujetos con lesión cerebral ($n = 12$), lo que representa mayor respaldo de evidencia para el primer y segundo objetivo en relación con el tercero. En este sentido, son 14 los artículos revisados, todos ellos de la literatura reciente (ninguno de ellos publicado anteriormente a 2015) y de características geográficas variadas, al encontrar que aunque todas las publicaciones se ubican en el hemisferio Norte -a excepción de las 3 realizadas en Australia-, los continentes son diferentes (América del Norte, Asia, Europa y Oceanía), como lo son también los niveles de desarrollo de las zonas geográficas donde tienen lugar, ya que pese a que el grueso de las publicaciones se sitúan en países desarrollados ($n = 10$), 4 de ellas se ubican en países en vías de desarrollo. Por lo que contamos con una muestra diversa con relación a la cultura y el estilo de vida.

Con relación a la calidad de los artículos seleccionados para ser revisados, siguiendo los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine (CEBM) 2011 (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011) se encuentra que está mayormente polarizada entre artículos de nivel 2 y artículos de nivel 4. Lo que refleja que la revisión sistemática sí cuenta en parte con publicaciones de calidad.

Por lo que respecta a la muestra, empezando por los supervivientes de DCA, son en total 241 los sujetos que han recibido algún tipo de intervención con ACT, presentando como etiología del DCA el accidente cerebrovascular como causa más frecuente ($n = 134$), seguido de cerca por el TCE ($n = 106$), lo que es congruente con los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia publicada en el 2022 por el Instituto Nacional de Estadística en cuanto a que el TCE y el ictus son las causas más frecuentes de DCA (FEDACE, s.f.). En relación a la severidad de la lesión, en los casos en los que se detallan los criterios bajo los cuales se realiza la categorización, los investigadores la han llevado a cabo

siguiendo las pautas establecidas por la evidencia científica (Kwah y Diong, 2014; Management of Concussion/mTBI Working Group, 2009), al emplear, por ejemplo, las puntuaciones en la GCS o de la NIHSS, la duración de la APT y/o de la PTC, así como los hallazgos en las pruebas de imagen cerebral (Niu et al., 2022; Roche, 2020; Sander et al., 2021; Sathananthan et al., 2022; Whiting et al., 2018; Whiting et al., 2020) y de estas se ha derivado que existe cierta heterogeneidad en la muestra, ya que pese a que tanto en el ictus como en el TCE destaca la severidad leve, en el accidente cerebrovascular lo hace junto con la severidad moderada y en el TCE junto con la grave. En relación con el tiempo transcurrido desde la lesión, también se observa gran variabilidad en la muestra, ya que este presenta un rango muy extenso tanto en el accidente cerebrovascular (de días a años) como en el TCE (de meses a años). Cabe tener en cuenta, aun así, que aunque los estudios recogen tanto la severidad de la lesión, como el tiempo transcurrido desde esta, no son variables que las publicaciones tengan en consideración en sus análisis de resultados; exceptuando el artículo de Niu et al. (2022) quienes sí se interesan por las diferencias en relación a la severidad de la lesión. En cuanto a la edad, se observa que el rango es muy amplio. A pesar de esto, la muestra, en relación con esta variable, va en consonancia con lo señalado por Bruns y Hauser (2003) y Soto et al. (2022), al encontrar que la incidencia del accidente cerebrovascular crece con la edad (recordamos que el rango de edad según los artículos que ofrecen esta información es de 29 a 84 años) y que la del TCE presenta uno de sus picos en los años anteriores a la mediana edad (rememoramos que la media de edad según los datos disponibles es de 42,54). De igual forma, la muestra de esta revisión sistemática sigue el perfil descrito en la literatura en relación al género, al estar formada por un mayor número de hombres (Bruns y Hauser, 2003; Soto et al., 2022), como también lo hace respecto a los síntomas de malestar emocional, al estar presentes los diagnósticos de trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad en cuatro (Dindo et al., 2020; Faghili et al., 2022; Rauwenhoff et al., 2022; Sander et al., 2021) y dos (Dindo et al., 2020; Sander et al., 2021), respectivamente, de los 5 artículos que indican presencia de diagnóstico de trastorno mental en su muestra.

Abordando la muestra de personas cuidadoras, en el caso de Hadavand et al. (2022) esta sí que refleja lo esperable, siguiendo a López-Espuela et al. (2015) y Mar et al. (2011), al estar compuesta mayoritariamente por mujeres que además son las esposas de los supervivientes. Mientras que en Faghili et al. (2022), aunque por una diferencia del 16,6%, la muestra está formada por un mayor número de hombres que, en el 54,2% de los casos, son los padres de las personas con TCE, un grado

de parentesco que no acostumbra a describirse como cuidador (López-Espuela et al., 2015; Mar et al., 2011).

En cuanto a las intervenciones proporcionadas, como se observa en la Tabla 2 estas guardan semejanzas en: los profesionales encargados de llevarlas a cabo, al ser en más del 80% de los casos un profesional de la psicología quién realiza la intervención (solo o en equipo); la cantidad de intervenciones realizadas, donde solo en Sianturi et al. (2018) aplican una intervención de relajación previa a la ACT; la forma de impartir la intervención, donde de los 9 artículos que lo describen, en 8 de ellos coinciden que se ha realizado siguiendo un protocolo o manual; la duración de las sesiones, ya que aunque en Dindo et al. (2020) el taller es de 5 horas, en el resto de publicaciones, la duración oscila entre los 40 minutos y las 2 horas; la participación de familiares o allegados en una o varias sesiones, al encontrar que solo en 4 de los catorce artículos se refleja dicha participación (Majumdar y Morris, 2019; Rauwenhoff et al., 2022; Roche, 2020; Sathananthan et al., 2022) y por último, guardan similitudes en la propuesta a los participantes de practicar las estrategias enseñadas entre las sesiones. En el lado opuesto, las intervenciones presentan diferencias en: el formato de aplicación, ya que aunque el formato individual y grupal son igual de frecuentes (n = 5, cada uno) también se han llevado a cabo en parejas; el lugar de aplicación, donde aun destacando el ámbito hospitalario, se describen intervenciones realizadas en el domicilio de los pacientes, clínicas psicológicas, así como lugares comunitarios y el número de sesiones donde existe un rango amplio de 1 a 12 sesiones.

Tabla 2

Principales semejanzas y diferencias de las intervenciones ACT proporcionadas en los 14 artículos revisados.

Semejanzas	Diferencias
Profesional encargado de realizar la intervención	Formato de aplicación (individual, grupal o en parejas)
Número de intervenciones realizadas	Lugar donde se lleva a cabo la intervención (hospitales, domicilio del paciente, clínicas psicológicas y lugares comunitarios)
Intervención siguiendo un protocolo o manual	Número de sesiones (1 – 12 sesiones)
Duración de las sesiones (40 – 120	

minutos)

Participación de familiares o allegados

Incentivar la práctica de estrategias entre las sesiones

En este sentido, pese a que en algunos de los artículos revisados se ponga de manifiesto la presencia de modificaciones para hacer el material más representativo y accesible a la población, la presente revisión, no se aleja de otras donde aunque con poblaciones diversas también se pone de manifiesto que ACT es una intervención que puede ser proporcionada en diferentes formatos (Han et al., 2021; Ost, 2014; Salari et al., 2020; Swain et al., 2013), con un rango amplio de sesiones (Han et al., 2021; Ost, 2014; Salari et al., 2020; Swain et al., 2013; Yildiz, 2020) así como de la duración de estas (Bai et al., 2020; Han et al., 2021; Salari et al., 2020; Swain et al., 2013), que no tiene por qué ser realizada por psicólogos (Han et al., 2021), que puede llevarse a cabo siguiendo un manual (Yildiz, 2020) o proporcionando material de autoayuda (Han et al., 2021; Swain et al., 2013) y que puede ser administrada de forma independiente o conjuntamente con otras terapias (Han et al., 2021; Ost, 2014; Salari et al., 2020).

En consecuencia, en relación al primer objetivo, determinar el “*state of the art*” de la aplicación de la ACT en personas con DCA, se observa que esta terapia de tercera generación no solo se está llevando a cabo en la población de estudio seleccionada, sino que además se está aplicando a personas que cumplen con las características esperables en esta población y que en relación a las características propias de ACT, no se producen diferencias respecto a su aplicación en otras poblaciones, encontrando que la única característica que la hace particular es la adecuación en cuanto a forma (adaptación de la temática y de la administración de los materiales) pero no en cuanto a fondo.

Adentrándonos en el segundo objetivo, el cual recordamos que es explorar la eficacia de ACT para tratar la sintomatología psicológica derivada de un DCA, se encuentra que las 13 publicaciones que ofrecen datos sobre esta población estudian principalmente los efectos sobre la ansiedad y/o la depresión, el malestar psicológico y la calidad de vida, la vida valorada y la psicopatología basada en el estrés.

1. Hallazgos sobre la ansiedad

Empezando por la ansiedad, los datos parecen indicar que la sintomatología ansiosa se puede ver reducida significativamente en personas con accidente cerebrovascular o TCE sin diagnósticos psicológicos comórbidos (Gladwyn-Khan y Morris, 2023; Graham et al., 2015; Rauwenhoff et al., 2022; Sathananthan et al., 2022; Sianturi et al., 2018), tanto si la ACT se administra de forma independiente, como si se lleva a cabo de forma posterior a una intervención de relajación (Sianturi et al., 2018). Además, muestra estos resultados realizada de forma individual o grupal; en diferentes contextos de aplicación (hospital, clínica o domicilio del sujeto); llevada a cabo por profesionales de la psicología, consejeros profesionales licenciados, terapeutas o enfermeras especializadas; promoviendo o no la práctica de ejercicios entre sesiones; así como si produce o no una sesión con los familiares. De todos modos, se debe mencionar, que en ninguno de los artículos reseñados, debido a los diseños de estudio, existe un grupo control con el que comparar los resultados y que únicamente se realizó una evaluación de seguimiento, a las ocho semanas, en el caso de Sathananthan et al. (2022) y hasta el año de seguimiento en Rauwenhoff et al. (2022). Además, a pesar de lo detallado, en esta revisión, se encuentra la publicación de Majumdar y Morris (2019) donde no se describen resultados significativos para esta variable, siendo el artículo donde sí existe un grupo control de tratamiento habitual. Aun así, este hallazgo se situaría en el lado opuesto a los de A-Tjak et al. (2015) y Ost (2014) quienes en sus publicaciones (aunque sin población con DCA) describen, respectivamente, la ACT como más eficaz que el placebo o el tratamiento habitual y la catalogan como una intervención posiblemente eficaz, resultados que sí son más próximos a la mayoría de los artículos de la presente revisión.

Retomando los hallazgos positivos en relación con la ansiedad, se puede indicar que los resultados parecen apuntar a que, por un lado, la ACT es efectiva hasta los doce meses de seguimiento cuando la muestra presenta diagnóstico de TEPT comórbido al TCE, por medio de Roche (2020) y eficaz hasta los tres meses posteriores a la intervención cuando la muestra presenta diagnósticos de trastorno depresivo, trastorno de ansiedad (Dindo et al., 2020; Sander et al., 2021) o TEPT comórbidos al TCE (Dindo et al., 2020). Por lo que respecta al ictus, no podemos generalizar estos resultados, ya que, aunque también se encuentran mejoras cuando este es comórbido a un trastorno depresivo, la muestra en este caso es de un sujeto (Rauwenhoff et al., 2022).

En definitiva, en esta revisión, la sintomatología ansiosa se ve reducida tanto cuando es abordada como una variable primaria como cuando se trata de una variable

secundaria, por lo que la ACT parece ser una opción terapéutica prometedora en esta muestra.

2. Hallazgos sobre la depresión

En relación con la sintomatología depresiva, esta también parece verse beneficiada del uso de ACT tanto en aquellas personas cuya etiología de DCA es el ictus como en las que es un TCE. Lo que de nuevo, aunque con una muestra de estudio diferente, va en consonancia con la literatura, donde también ACT reporta ser eficaz o posiblemente eficaz para los síntomas de depresión (A-Tjak et al., 2015; Bai et al., 2020; Ost, 2014). Esta idea se respalda con los resultados de nueve de los diez artículos que se interesan de forma primaria o secundaria por la depresión (Dindo et al., 2020; Faghili et al., 2022; Gladwyn-Khan y Morris, 2023; Graham et al., 2015; Majumdar y Morris, 2019; Niu et al., 2022; Rauwenhoff et al., 2022; Roche, 2020; Sathananthan et al., 2022). Los cuales por un lado reflejan, que en aquellos individuos en los que no hay sintomatología psicológica comórbida al DCA, los beneficios se pueden observar en algunos casos hasta los doce meses de seguimiento. Y por otro lado, a pesar de que en Sander et al. (2021) no se reportan cambios significativos, en tres publicaciones se observa que en aquellos sujetos en los que existe diagnóstico de trastorno depresivo (Dindo et al., 2020; Faghili et al., 2022), trastorno de ansiedad generalizada (Dindo et al., 2020) o TEPT (Dindo et al., 2020; Roche 2020) comórbido al TCE, estas disminuciones en la sintomatología depresiva son significativas hasta los 3 (Dindo et al., 2020; Faghili et al., 2022) y 12 meses de seguimiento (Roche 2020). De nuevo, como en la ansiedad, en este último caso es arriesgado generalizar los resultados al accidente cerebrovascular por la misma razón anteriormente mencionada (Rauwenhoff et al., 2022).

Aunque estos hallazgos se encuentran con variables similares a las planteadas en la sintomatología ansiosa (a excepción de que en la depresión todos los artículos estudian ACT sin combinarla con otras terapias; ningún profesional es una enfermera especializada en ACT; y que en este caso ACT también se muestra eficaz al ser aplicada en lugares comunitarios), es relevante resaltar, el papel de la severidad de la lesión, ya que pese a que sea únicamente por medio de Niu et al. (2022) conocemos que en el accidente cerebrovascular la ACT parece aportar beneficios en la sintomatología depresiva tanto si el ictus es de severidad leve como moderada.

3. Hallazgos sobre el malestar psicológico y la calidad de vida

Continuando con el malestar psicológico y la calidad de vida, observamos que respecto al malestar psicológico se podrían beneficiar del uso de ACT tanto personas con ictus (Gladwyn-Khan y Morris, 2023) como personas con TCE (Rauwenhoff et al., 2022; Whiting et al., 2018; Whiting et al., 2020) si no presentan diagnósticos de trastornos mentales comórbidos, por lo menos cuando la intervención se realiza de forma individual y en parejas, respectivamente. Respecto a las personas con trastornos mentales comórbidos al DCA, solo nos podemos aventurar a decir que ACT podría ser eficaz en el caso de supervivientes con TCE y trastorno depresivo/ansioso que reciben la ACT de forma individual (Sander et al., 2021), mientras que en lo que atañe al accidente cerebrovascular, nos volvemos a encontrar en las mismas circunstancias descritas en la ansiedad y depresión, es decir, se encuentran mejoras pero solo existe un sujeto de estudio (Rauwenhoff et al., 2022). En este sentido, pese a que se describen resultados positivos y la ACT parecer ser eficaz, es poca la evidencia existente hasta el momento en el DCA para poder realizar una afirmación con mayor seguridad, aunque estos hallazgos van en la línea de los presentados por Sahebari et al. (2019) en su muestra de mujeres con lupus eritematoso sistémico quienes, posteriormente a la intervención con ACT, presentan diferencias significativas en la media de malestar psicológico respecto al grupo control ($P < 0,001$). Lo que anima a que se lleven a cabo más publicaciones que, en primer lugar, respalden los resultados encontrados y en segundo lugar, investiguen otras variables como los efectos de realizar la ACT de forma grupal en supervivientes de DCA.

Con más limitaciones, a las ahora planteadas, nos encontramos a la hora de extraer conclusiones sobre si ACT es eficaz para mejorar la calidad de vida en personas con DCA. Ya que, aunque en esta ocasión son cinco las publicaciones que abordan esta sintomatología, los resultados son más contradictorios. Empezando por aquellas personas con DCA sin trastornos mentales comórbidos, encontramos, por un lado, en lo que concierne a la posibilidad de que ACT aporte beneficios en sujetos con ictus, que la publicación de Gladwyn-Khan y Morris (2023) detalla resultados positivos, mientras que la de Majumdar y Morris (2019) y Rauwenhoff et al. (2022) no describen diferencias significativas. Por lo que en este caso se indica con prudencia que ACT pueda ser eficaz en esta tipología de DCA. No obstante, la divergencia en los hallazgos se puede explicar por las múltiples disimilitudes en estos estudios que van desde el modelo de aplicación, al formato y lugar de intervención. Por otro lado, en lo relativo al TCE, también encontramos que dos de los tres estudios con esta muestra reflejan mejoras en la calidad de vida

(Rauwenhoff et al., 2022; Whiting et al., 2018; Whiting et al., 2020), pero en este caso, aunque con la máxima cautela, nos decantamos por dirimir que ACT no parece ser eficaz para aumentar la calidad de vida de los supervivientes de TCE. Debido a que los artículos de Whiting et al. (2018) y Whiting et al. (2020) guardan semejanzas en lo relacionado con la intervención y las mejoras significativas mencionadas en la calidad de vida se encuentran únicamente en las medidas postintervención de uno de los dos sujetos de la muestra de Whiting et al. (2018). Además, en el caso de Rauwenhoff et al. (2022) también exclusivamente se describen resultados positivos para uno de los dos sujetos con TCE. Por último, por lo que afecta a los supervivientes con trastornos psicológicos comórbidos al DCA, la ACT podría ser eficaz hasta doce meses después de la intervención, a la luz de las mejoras del sujeto con ictus y trastorno depresivo que incluye Rauwenhoff et al. (2022) en su muestra, el cual presenta mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud mental. Sin embargo, como es evidente existen reservas en extraer conclusiones de forma más firme.

Análogamente, también se encuentran resultados que parecen apuntar a diferentes direcciones en la literatura que, aunque ajena al DCA, es próxima en relación con la cronicidad. Por una parte, la revisión sistemática con metanálisis de Hughes et al. (2017) encuentra que los tamaños del efecto en la calidad de vida de personas con dolor crónico a las que se les aplica ACT no son significativamente diferentes de cero. Mientras que, por otra parte, la revisión sistemática de Li et al. (2021) indica que ACT puede mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en personas con cáncer avanzado. En este sentido, parece que no solo para el DCA se requiere de mayor evidencia en relación con los efectos de ACT sobre la calidad de vida.

4. Hallazgos sobre la vida valorada

Referente a la vida valorada, son tres las publicaciones que en esta revisión ofrecen datos sobre esta medida (Rauwenhoff et al., 2022; Roche, 2020; Sathananthan et al., 2022). Encontrando que únicamente se describen aumentos en los niveles de vida valorada en el diseño observacional de caso único de Roche (2020) y cabe considerar, tal y como se indica en la misma publicación, que los valores de esta variable en la superviviente de TCE -con TEPT comórbido- eran altos desde el principio. Por lo que teniendo en cuenta este aspecto, la variabilidad de los resultados presentados por Sathananthan et al. (2022) que no les permiten garantizar la existencia de mejora y la ausencia de mejoras significativas en Rauwenhoff et al. (2022) señalamos que los resultados, por el momento, parecen apuntar que ACT no es un tratamiento eficaz para promover que las personas con

DCA vivan siguiendo sus valores. Lo que difiere de los hallazgos de Shepherd et al. (2020) quienes encuentran que ACT es efectiva en promover la vida valorada de 3 sujetos con ansiedad sobre la apariencia. Con todo y con eso, principalmente, resulta especialmente llamativo que ACT no se erija como eficaz en la muestra con DCA de esta revisión al ser, según Hayes et al. (2014), los valores personales y el compromiso con la acción dos procesos del modelo hexagonal de flexibilidad psicológica de esta terapia de tercera generación. Por lo que se hipotetiza que, en el presente trabajo, los resultados no significativos encontrados en esta variable pueden deberse al reducido número de artículos y al diseño de estos, al tratarse de dos diseños experimentales de caso único y un diseño observacional de caso único, por lo que se alienta a una mayor investigación sobre este aspecto con artículos de calidad metodológica superior.

5. Hallazgos sobre la psicopatología basada en el estrés

Por último, en cuanto al TEPT, se describen reducciones de la sintomatología, tras la aplicación de ACT, en sujetos con TCE que presentan diagnóstico de TEPT (Dindo et al., 2020; Roche, 2020) y/o diagnóstico de episodio depresivo mayor y/o trastorno de ansiedad generalizada (Dindo et al., 2020). Y estos hallazgos se describen con variables muy dispares con relación a la intervención, ya que se encuentran beneficios bien si la intervención se proporciona de forma individual, con una docena de sesiones en el domicilio del participante, promoviendo la práctica de habilidades y haciendo partícipe a la familia en una sesión (Roche, 2020) como si el tratamiento se realiza en un taller grupal de 5 horas de duración, llevado a cabo en único día en un hospital (Dindo et al., 2020). Por lo que, consecuentemente, siguiendo estas dos publicaciones, esta terapia de tercera generación parece ser efectiva y eficaz para tratar la psicopatología basada en el estrés en personas con TCE, pero faltaría conocer si lo es cuando el DCA es un accidente cerebrovascular. De igual forma, al margen de los artículos incluidos en esta revisión sistemática, existen publicaciones que -aunque sin una muestra compuestas por personas con DCA- sustentarían el uso de ACT en el TEPT, como es el caso del estudio piloto no controlado de Meyer et al. (2018) quienes también con 12 sesiones individuales y deberes para casa, en una muestra con TEPT y trastorno por consumo de alcohol, reflejan reducciones significativas en los síntomas de TEPT que se mantienen a los tres meses de seguimiento. Mientras que por otro lado, otras publicaciones con mayor rigor, como la revisión sistemática de Swain et al. (2013), refieren que es necesaria más evidencia y de mayor calidad metodológica ya que por el momento es arriesgado determinar la eficacia de ACT sobre esta sintomatología.

7. Hallazgos sobre las personas cuidadoras

Una vez abordado el primer y segundo objetivo, nos adentramos a discutir sobre el tercero, conocer si la aplicación de la ACT en supervivientes de DCA reporta beneficios en sus cuidadores, o si la ACT se aplica también en las personas cuidadoras. Como se ha descrito en las primeras líneas de este apartado, son 2 los artículos que en esta revisión sistemática ofrecen datos relacionados con este propósito (Hadavand et al., 2022; Faghili et al., 2022).

Empezando por la función familiar y la evitación experiencial, aunque con la cautela que merecen las interpretaciones realizadas con un único estudio, estas parecen verse beneficiadas de forma significativa del uso de ACT, por lo menos hasta los 6 meses posteriores a una intervención con esta terapia realizada de forma grupal, por un terapeuta con máster en ciencias de la psicología clínica, sobre cuidadores de personas con TCE severo (Hadavand et al., 2022). Lo que iría en consonancia con las reducciones en evitación experiencial descritas por Blackledge y Hayes (2006) en su muestra de padres de niños con diagnóstico de autismo. Sería por tanto interesante conocer, si estos resultados son extrapolables a cuidadores de personas con otra severidad y etiología de DCA, así como investigar si se encontrarían estos beneficios en caso de que las personas cuidadoras no fuesen los receptores directos de la intervención y, en su lugar, la recibieran los supervivientes.

Sobre este último supuesto, en cambio, esta revisión sí ofrece datos en relación con la depresión, el estrés y la calidad de vida relacionada con la salud. Encontrando que, en cuidadores de personas con TCE de leve a grave y trastorno depresivo mayor comórbido, la intervención con ACT (sobre los sujetos a los que ofrecen cuidado) no parece reportar mayores ganancias que la ausencia de tratamiento (Faghili et al., 2022). Aun así, de igual forma que con la función familiar y la evitación experiencial, se debe ser precavido y tener en cuenta que la interpretación procede de un único estudio. De hecho, Faghili et al. (2022) indican, en su propia discusión, que no les ha sido posible encontrar diseños RCT que estudien los efectos en personas cuidadoras, que pueden tener las intervenciones psicológicas realizadas en personas con TCE. Por lo que entendemos que aún es pronto para sacar conclusiones. En consecuencia, a la luz de la presente revisión, es necesaria mayor evidencia sobre este aspecto -ya que, según Syed Hassan et al. (2013), el estado mental de los cuidadores puede verse mejorado a través de la recuperación de los sujetos con TCE-, así como más publicaciones que den a conocer qué resultados se obtendrían del empleo directo de ACT en cuidadores de personas con cualquier

tipología/severidad de DCA + presencia o no de trastorno mental comórbido, sobre la depresión, el estrés y la calidad de vida relacionada con la salud. Ya que por el momento, según Han et al. (2021) sí se han encontrado efectos moderados de ACT sobre la sintomatología depresiva en padres de hijos con: condiciones/dolor crónico, trastorno del espectro autista o cáncer, y en los familiares que cuidan de personas con demencia o cáncer de pulmón avanzado; efectos pequeños de ACT sobre los niveles de estrés de padres de niños con condiciones crónicas y de personas con cáncer avanzado o que se encuentran en cuidados paliativos así como efectos moderados en el estrés de los padres con hijos que presentan diagnóstico de trastorno del espectro autista o cáncer; y efectos también moderados en el caso de la calidad de vida de los padres cuyos hijos tienen asma, dolor crónico, trastorno del espectro autismo o trastorno de déficit de atención e hiperactividad y en familiares de personas con esclerosis múltiple.

Por último, en relación con la sintomatología ansiosa, la ACT parece erigirse como eficaz en la reducción significativa de la ansiedad, por lo menos hasta los 6 meses de seguimiento en aquellos cuidadores de personas con TCE severo que han recibido una intervención grupal, siguiendo a Hadavand et al. (2022), mientras que no parece ser más eficaz que el no tratamiento, cuando esta aplica sobre los supervivientes de TCE de leve a severo + trastorno depresivo mayor comórbido, según Faghili et al. (2022). Aunque cabe tener en cuenta, que estas discrepancias podrían deberse a las diferencias de los supervivientes en relación con la presencia/ausencia de diagnóstico de trastorno mental y/o a que precisamente es la muestra de Faghili et al. (2022) la que anteriormente se ha descrito como no representativa con relación a las características esperables en un cuidador. En este sentido solo Hadavand et al. (2022) va en la línea de Han et al. (2021) quienes describen efectos (pequeños) de ACT sobre los niveles de ansiedad de padres con niños que experimentan condiciones crónicas y cuidadores de personas con demencia o que presentan un cáncer de pulmón avanzado. En conclusión, se debe tomar una actitud prudente en la interpretación de los hallazgos, debido a la escasa literatura y, además, se observa que se requieren estudios que incluyan en su muestra a cuidadores de personas con otro tipo de DCA diferente al TCE.

Recogiendo lo descrito, se observa que de igual forma que con los supervivientes de DCA, ACT también se está aplicando sobre las personas cuidadoras, pareciendo reportar beneficios en la función familiar, la evitación experiencial y la ansiedad (aunque esta última presenta resultados controvertidos).

8. Limitaciones del estudio

Aunque la presente revisión cuenta con diversas fortalezas metodológicas para asegurar su calidad y rigor, como: la extracción de múltiples variables de cada uno de los artículos con la finalidad de obtener una visión global que permitiese establecer comparaciones más ricas entre ellos, la presencia de una segunda revisora con la que se debatieron aquellas variables dudosas con el objetivo de reducir posibles sesgos y la evaluación de los artículos mediante el criterio establecido por el Oxford Centre for Evidence Based Medicine (CEBM) 2011 (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011) con el que fue posible obtener un baremo sobre la calidad metodológica de los estudios seleccionados, de igual forma, se deben considerar también algunas limitaciones.

En primer lugar, aunque se emplearon unos criterios de inclusión amplios, esto no ha evitado que el número de artículos incluidos sea reducido. Factor que, junto con la escasez de diseños RCT, ha limitado en algunos casos la posibilidad de extraer conclusiones más firmes sobre los efectos de la ACT en la muestra de estudio. Siguiendo con los diseños RCT, tal y como se menciona en el apartado de método, en este trabajo no se les ha realizado un análisis del riesgo del sesgo con la herramienta específica de Cochrane Collaboration (Higgins y Green, 2011) lo que podría haber generado un mejor conocimiento sobre los RCT incluidos y sus resultados, al brindar un análisis más crítico sobre estos. Además, aunque nunca fue un propósito, esta revisión no cuenta con la realización de un metanálisis, lo podría haber aumentado aún más su valor científico.

Generalizando a todas las publicaciones incluidas, estas han contado con múltiples variables primarias y secundarias, lo que unido a la heterogeneidad en algunas de las características de los estudios ha dificultado que los resultados se hayan podido presentar de una forma más integrada. Es por este motivo que, con la finalidad de intentar garantizar al máximo que no se perdiera ningún hallazgo, los resultados de los artículos se han presentado por separado, aunque enlazados en la medida de lo posible, según los principales objetivos de los estudios.

Lo que nos lleva a la última limitación, la cual está ligada a una de las fortalezas anteriormente mencionada. Al extraer de los artículos datos sobre múltiples variables, como la presencia/ausencia de tratamiento concomitante en el momento de recibir la intervención con ACT, el tiempo transcurrido desde la lesión o la severidad de la lesión, entre otras, se ha puesto de manifiesto que son variables que no se recogen en todos los artículos y que en el caso de que sí se tengan en cuenta, como datos demográficos de la muestra, posteriormente no entran en juego a la hora de analizar los resultados en relación a las variables primarias y secundarias.

De hecho, es solo un artículo quien tiene en cuenta las diferencias en relación con la severidad de la lesión (Niu et al., 2022), por lo que en este sentido la riqueza con la que podría haber contado en análisis de resultados se ha visto restringida por las limitaciones propias de la literatura revisada.

9. Implicaciones y futuras líneas de trabajo

En lo que respecta a las implicaciones prácticas y de investigación, de este trabajo, se resalta sobre todo la metodología escogida, ya que por parte de la autora, no se ha detectado la existencia de revisiones sistemáticas que aborden esta misma temática, es decir, que se enfoquen exclusivamente en conocer los efectos de la aplicación ACT sobre los supervivientes DCA y/o sus cuidadores. Por lo que esta revisión sistemática posibilita a la comunidad científica contar con un trabajo donde poder conocer, en un solo lugar, el “*state of the art*” del uso de ACT sobre estas poblaciones, así como su eficacia. Lo cual supone un beneficio para los académicos al tener la posibilidad de consultar este trabajo, situarse respecto al tema y detectar aquellos puntos donde se requiere más investigación, para a partir de ahí plantear un nuevo proyecto, lo que nos enlaza, para finalizar, con las posibles futuras líneas de investigación que se han detectado.

En lo relativo a estas, se cree que, en primer lugar, la investigación debe enfocarse en llevar a cabo más estudios RCT que permitan consolidar los hallazgos encontrados. Pues en esta revisión han sido solo siete los artículos que cumplían este diseño y en consecuencia en los análisis de algunas de las sintomatologías, como en el caso de la vida valorada, ninguno de los estudios era de este tipo. Además, tal y como se ha comentado en el apartado de limitaciones, sería muy enriquecedor que de ahora en adelante se tuviese en cuenta el papel modulador que pueden tener aspectos como la severidad de la lesión, el tiempo transcurrido desde esta y el estar recibiendo o no tratamiento concomitante a la intervención ACT, con el propósito de establecer si existen diferencias en relación con la eficacia del tratamiento.

Prosiguiendo, en los 14 artículos seleccionados (los cuales recordamos que son de la literatura reciente, con un máximo de 8 años desde su fecha de publicación), no se ha descrito la aplicación de ACT en formato *online* lo que llama poderosamente la atención debido al auge de las nuevas tecnologías, sobre todo, durante y posteriormente a la pandemia del COVID-19. Por lo que teniendo en cuenta las secuelas físicas que se pueden derivar del DCA y la sobrecarga que pueden presentar las personas cuidadoras, se propone iniciar una línea de trabajo enfocada en abrir camino en esta modalidad de aplicación, al considerar que podría resultar

beneficiosa para la díada al reducir la necesidad de desplazamiento al lugar de la intervención.

Por último, se cree que una vez se hayan afianzado y consolidado los hallazgos, los esfuerzos de la comunidad científica deberían enfocarse en, por un lado, comparar los resultados en el DCA de esta terapia de tercera generación con otras intervenciones y, por otro lado, establecer si varían los efectos de la ACT al aplicarla junto con otras terapias, con la finalidad de poder ofrecer a los supervivientes y cuidadores la mejor intervención posible.

V. Conclusiones

El DCA es un tipo de lesión en el encéfalo que presenta una alta tasa de incidencia en la población. Las múltiples secuelas que se derivan de la ocurrencia de esta lesión afectan diversos componentes, no solo de la vida de las personas que lo experimentan, sino también de sus cuidadores, entre las que destaca la afectación de la esfera psicológica, la cual conlleva disminuciones en la calidad de vida de ambos. Son diversas las intervenciones psicológicas estudiadas que describen positivos resultados en el tratamiento de las secuelas psicológicas en esta diada, aun así, debido a las características idiosincráticas de esta lesión, un enfoque terapéutico como el de la terapia de tercera generación ACT en supervivientes (Kangas y McDonald, 2011) y cuidadores (Losada et al., 2015), pudiera ser más conveniente al poner uno de los focos de la intervención en la aceptación.

En la presente revisión sistemática se observa que esta terapia de tercera generación se aplica tanto en supervivientes de DCA como en sus cuidadores, obteniendo hallazgos prometedores.

Concretamente, se deriva que la ACT podría llevarse a cabo en supervivientes de TCE o ictus -con ausencia o presencia de trastornos mentales comórbidos- de diversas nacionalidades, culturas y estratos socioeconómicos, siguiendo características de intervención similares a las descritas en otras poblaciones, pero realizando las adecuaciones necesarias a las necesidades particulares de esta población. Pareciendo apuntar ser eficaz en la reducción de los síntomas ansiosos, depresivos y del TEPT, así como para disminuir el malestar psicológico y aumentar los niveles de calidad de vida, mientras que, por el momento, no parece ser eficaz en la promoción de una forma de vida siguiendo los valores personales, o lo que es lo mismo, la vida valorada.

Además, en cuanto a las personas cuidadoras, se refleja que la ACT es una modalidad terapéutica que se está aplicando tanto de forma directa sobre los cuidadores, como valorando los efectos en las personas cuidadoras si la intervención la reciben los supervivientes. En este sentido, se reportarían beneficios únicamente en el primero de los casos, al observar que ACT parece ser eficaz para intervenir sobre la función familiar, la evitación experiencial y la ansiedad. En contraposición, en el segundo supuesto, no parece generar cambios significativos en relación con la sintomatología vinculada con la ansiedad, la depresión, el estrés y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas cuidadoras. Aun así, cabe tener en cuenta, que estos hallazgos, aunque no representativos de la población,

serían únicamente un reflejo de los cuidadores iraníes de personas con TCE (junto con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en el segundo caso).

De igual forma, también se hace patente que se requiere de un mayor número de publicaciones que permitan tanto la consolidación de los hallazgos identificados, ya que en algunos casos los resultados significativos se reportan únicamente en determinadas características muestrales o de la intervención, como, en consecuencia, la identificación más precisa de qué variables juegan un papel clave en el aumento de la eficacia de esta terapia, debido a que todavía se plantean múltiples interrogantes en este aspecto. En este sentido, esta revisión sistemática puede ofrecer un punto de partida sobre el que continuar una productiva y beneficiosa investigación con relación a esta temática.

Bibliografía

- Aadal, L., Mortensen, J., Kellenberger, S., y Nielsen, J. F. (2019). Lower Bowel Dysfunction Following Acquired Brain Injury: A Challenge During Rehabilitation. *Gastroenterology nursing*, 42(1), 12–19. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000352>
- Angelelli, P., Paolucci, S., Bivona, U., Piccardi, L., Ciurli, P., Cantagallo, A., Antonucci, G., Fasotti, L., Di Santantonio, A., Grasso, M. G., y Pizzamiglio, L. (2004). Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 55–63. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00297.x>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., y Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., y Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 260, 728–737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Bergemalm, P. O., y Borg, E. (2001). Long-term objective and subjective audiologic consequences of closed head injury. *Acta otolaryngologica*, 121(6), 724–734. <https://doi.org/10.1080/00016480152583674>
- Berthold-Lindstedt, M., Ygge, J., y Borg, K. (2017). Visual dysfunction is underestimated in patients with acquired brain injury. *Journal of rehabilitation medicine*, 49(4), 327–332. <https://doi.org/10.2340/16501977-2218>
- Blackledge, J. T., y Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18.
- Brain Injury Association of America (s.f.). Brain Injury Overview. <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/basics/overview>
- Bruna, O., Subirana, J., y Signo, S. (2010). Atención interdisciplinar del daño cerebral. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30(1), 3-6.

- Bruns, J., Jr, y Hauser, W. A. (2003). The epidemiology of traumatic brain injury: a review. *Epilepsia*, 44(s10), 2–10. <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.44.s10.3.x>
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Clark, C. R., y Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *The American journal of psychiatry*, 167(3), 312–320. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050617>
- Cabello Ballester, L. M., Borrás-Fernández, I. C., Jovet-Toledo, G., y Molina-Vicenty, I. L. (2023). Prevalence of Sensory Dysfunction in Smell and/or Taste in Veterans with Traumatic Brain Injury and Link to Demographics and Comorbidities. *Military medicine*, 188(3-4), 555–560. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab462>
- Campbell Burton, C. A., Murray, J., Holmes, J., Astin, F., Greenwood, D., y Knapp, P. (2013). Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 8(7), 545–559. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2012.00906.x>
- Castellanos-Pinedo, F., Cid-Gala, M., Duque, P., Ramirez-Moreno, J. M., Zurdo-Hernández, J. M., en nombre del Grupo de Trabajo del Plan de Atención al Daño Cerebral Sobvenido de Extremadura (2012). Daño cerebral sobvenido: propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. *Revista de neurología*, 54(6), 357–366.
- Ciurli, P., Formisano, R., Bivona, U., Cantagallo, A., y Angelelli, P. (2011). Neuropsychiatric disorders in persons with severe traumatic brain injury: prevalence, phenomenology, and relationship with demographic, clinical, and functional features. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 26(2), 116–126. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e3181dedd0e>
- Colomer, C., Baldoví, A., Torromé, S., Navarro, M. D., Moliner, B., Ferri, J., y Noé, E. (2013). Eficacia del sistema Armeo® Spring en la fase crónica del ictus. Estudio en hemiparesias leves-moderadas. *Neurología*, 28(5), 261-267.
- Diaz, A. P., Schwarzbald, M. L., Thais, M. E., Hohl, A., Bertotti, M. M., Schmoeller, R., Nunes, J. C., Prediger, R., Linhares, M. N., Guarnieri, R., y Walz, R. (2012). Psychiatric disorders and health-related quality of life after severe traumatic brain injury: a prospective study. *Journal of neurotrauma*, 29(6), 1029–1037. <https://doi.org/10.1089/neu.2011.2089>

- * Dindo, L., Johnson, A. L., Lang, B., Rodrigues, M., Martin, L., y Jorge, R. (2020). Development and evaluation of an 1-day Acceptance and Commitment Therapy workshop for Veterans with comorbid chronic pain, TBI, and psychological distress: Outcomes from a pilot study. *Contemporary clinical trials*, 90, 105954. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.105954>
- Espárrago Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Fernández Moreno, M. C., Ruiz Doblado, S., y Jiménez Hernández, M. D. (2015). Post-stroke depression: an update. *Neurología*, 30(1), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.008>
- * Faghili, A., Zanjani, Z., Omid, A., y Fakharian, E. (2022). A comparison of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy received by patients with major depressive disorder following traumatic brain injury for emotional status and quality of life of their caregivers: A randomized controlled trial. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 5(1), 24–32. https://doi.org/10.4103/shb.shb_19_22
- Federación Española de Daño Cerebral. (s.f.). El daño cerebral adquirido en cifras. https://fedace.org/cifras_dano_cerebral
- Federación Galega Do Dano Cerebral. (s.f.). Consecuencias. https://www.fegadace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=showart&id=241&newlang=spanish
- Fletcher, L., y Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315–336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Fortin, A., Lefebvre, M. B., y Ptitto, M. (2010). Traumatic brain injury and olfactory deficits: the tale of two smell tests!. *Brain injury*, 24(1), 27–33. <https://doi.org/10.3109/02699050903446815>
- García Guerrero, C. E., y Pérez Moreno, B. (2014). Factores de riesgo relacionados al desarrollo de depresión en el traumatismo craneoencefálico. *Neuropsicología latinoamericana*, 6(3), 25-46.
- García-Molina, A., Andreu-Tello, A., Vilageliu-Jordà, E., y Enseñat-Cantalops, A. (2022). Variables predictoras de la duración de la amnesia postraumática tras un traumatismo craneoencefálico. *Revista de neurología*, 75(12), 361–368. <https://doi.org/10.33588/rn.7512.2022249>

- Gifre, M., Gil, Á., Pla, L., Roig, T., y Monreal-Bosch, P. (2015). ¿Y después del accidente? Las necesidades psicosociales de las personas con traumatismo craneoencefálico y de sus familiares. *Gaceta Sanitaria*, 29(S1), 60-65.
- Giustini, A., Pistarini, C., y Pisoni, C. (2013). Traumatic and nontraumatic brain injury. *Handbook of clinical neurology*, 110, 401–409. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52901-5.00034-4>.
- * Gladwyn-Khan, M., y Morris, R. (2023). The efficacy of therapist-supported acceptance and commitment therapy-based bibliotherapy for psychological distress after stroke: a single-case multiple-baseline study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 51(1), 87–104. <https://doi.org/10.1017/S135246582200042X>
- Goldman, L., Siddiqui, E. M., Khan, A., Jahan, S., Rehman, M. U., Mehan, S., Sharma, R., Budkin, S., Kumar, S. N., Sahu, A., Kumar, M., y Vaibhav, K. (2022). Understanding Acquired Brain Injury: A Review. *Biomedicines*, 10(9), 2167. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10092167>
- * Graham, C. D., Gillanders, D., Stuart, S., y Gouick, J. (2015). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT)–Based Intervention for an Adult Experiencing Post-Stroke Anxiety and Medically Unexplained Symptoms. *Clinical Case Studies*, 14(2), 83–97. <https://doi.org/10.1177/1534650114539386>
- Green, T. L., McGregor, L. D., y King, K. M. (2008). Smell and taste dysfunction following minor stroke: a case report. *Canadian journal of neuroscience nursing*, 30(2), 10–13.
- * Hadavand, M., Zanjani, Z., Omid, A., Atoof, F., y Fakharian, E. (2022). Acceptance and Commitment: An Intervention for Improving Family Function and Emotional Problems in Informal Caregivers of People with Severe Traumatic Brain Injury: A Randomized Clinical Trial. *Archives of Trauma Research*, 11(2), 90–96. https://doi.org/10.4103/atr.atr_4_22
- Han, A., Yuen, H. K., y Jenkins, J. (2021). Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of health psychology*, 26(1), 82–102. <https://doi.org/10.1177/1359105320941217>
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications. https://www.pensierocritico.eu/files/ACT_Made_Simple_Dr._Russ_Harris_preface.pdf

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y Práctica del Cambio Consciente (Mindfulness)* (R. Álvarez, Trad.). Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., y Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria*, 28(6), 425-429.
- Higgins, J., y Green, S. (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., y McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552–568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>
- Iaccarino, M. A., Bhatnagar, S., y Zafonte, R. (2015). Rehabilitation after traumatic brain injury. *Handbook of clinical neurology*, 127, 411–422. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52892-6.00026-X>
- Jacobson, N. S., y Christensen, A. (1996). Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change. New York: Norton.
- Jordan, L. C., y Hillis, A. E. (2006). Disorders of speech and language: aphasia, apraxia and dysarthria. *Current opinion in neurology*, 19(6), 580–585. <https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e3280109260>
- Kangas, M., y McDonald, S. (2011). Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 21(2), 250–276. <https://doi.org/10.1080/09602011.2010.540920>

- Kimura, M., Murata, Y., Shimoda, K., y Robinson, R. G. (2001). Sexual dysfunction following stroke. *Comprehensive psychiatry*, 42(3), 217–222. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.23141>
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum.
- Kwah, L. K., y Diong, J. (2014). National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). *Journal of physiotherapy*, 60(1), 61.
- Langhorne, P., Stott, D. J., Robertson, L., MacDonald, J., Jones, L., McAlpine, C., Dick, F., Taylor, G. S., y Murray, G. (2000). Medical complications after stroke: a multicenter study. *Stroke*, 31(6), 1223–1229. <https://doi.org/10.1161/01.str.31.6.1223>
- Leung, J., Moseley, A., Fereday, S., Jones, T., Fairbairn, T., y Wyndham, S. (2007). The prevalence and characteristics of shoulder pain after traumatic brain injury. *Clinical rehabilitation*, 21(2), 171–181. <https://doi.org/10.1177/0269215506070254>
- Li, H., Wong, C. L., Jin, X., Chen, J., Chong, Y. Y., y Bai, Y. (2021). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 115, 103876. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103876>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- López-Espuela, F., González-Gil, T., Jiménez-Gracia, M. A., Bravo-Fernández, S., y Amarilla-Donoso, J. (2015). Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Enfermería clínica*, 25(2), 49-56.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., y Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48.
- Lucke-Wold, B., Vaziri, S., Scott, K., y Busl, K. (2020). Urinary dysfunction in acute brain injury: A narrative review. *Clinical neurology and neurosurgery*, 189, 105614. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2019.105614>

- * Majumdar, S., y Morris, R. (2019). Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *The British journal of clinical psychology*, 58(1), 70–90. <https://doi.org/10.1111/bjc.12198>
- Management of Concussion/mTBI Working Group (2009). VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Concussion/Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of rehabilitation research and development*, 46(6), CP1–CP68.
- Mar, J., Arrospe, A., Begiristain, J. M., Larranaga, I., Sanz-Guinea, A., y Quemada, I. (2011). Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(4), 200-205.
- Mesa Barrera, Y., Fernández Concepción, O., Hernández Rodríguez, T. E., y Parada Barroso, Y. (2016). Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(4), 508-524.
- Meyer, E. C., Walser, R., Hermann, B., La Bash, H., DeBeer, B. B., Morissette, S. B., Kimbrel, N. A., Kwok, O. M., Batten, S. V., y Schnurr, P. P. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorders in Veterans: Pilot Treatment Outcomes. *Journal of traumatic stress*, 31(5), 781–789. <https://doi.org/10.1002/jts.22322>
- Moreno, J. A., Arango Lasprilla, J. C., Gan, C., y McKerral, M. (2013). Sexuality after traumatic brain injury: a critical review. *NeuroRehabilitation*, 32(1), 69–85. <https://doi.org/10.3233/NRE-130824>
- * Niu, Y., Sheng, S., Chen, Y., Ding, J., Li, H., Shi, S., Wu, J., y Ye, D. (2022). The Efficacy of Group Acceptance and Commitment Therapy for Preventing Post-Stroke Depression: A Randomized Controlled Trial. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*, 31(2), 106225. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106225>
- OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2011). The Oxford 2011 Levels of Evidence
- Ost, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61, 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E.

- W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Panzeri, A., Rossi Ferrario, S., y Vidotto, G. (2019). Interventions for Psychological Health of Stroke Caregivers: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 10, 2045. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02045>
- Pérez Álvarez, M. (2006). La Terapia de conducta de Tercera generación. *Edupsykhé. Revista De Psicología y Educación*, 5(2), 159-172. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3781>
- Quijano, M. C., y Cuervo, M. T. (2011). Alteraciones cognoscitivas después de un trauma craneoencefálico. *Acta colombiana de psicología*, 14(1), 71-80.
- * Rauwenhoff, J. C. C., Bol, Y., Peeters, F., van den Hout, A. J. H. C., Geusgens, C. A. V., y van Heugten, C. M. (2022). Acceptance and commitment therapy for individuals with depressive and anxiety symptoms following acquired brain injury: A non-concurrent multiple baseline design across four cases. *Neuropsychological rehabilitation*, 1–31. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2053169>
- Robinson, R. G., y Jorge, R. E. (2016). Post-Stroke Depression: A Review. *The American journal of psychiatry*, 173(3), 221–231. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>
- * Roche, L. (2020). An acceptance and commitment therapy-based intervention for PTSD following traumatic brain injury: a case study. *Brain injury*, 34(2), 290–297. <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1683896>
- Ruíz-Giménez, N., González Ruano, P., y Suárez, C. (2002). Abordaje del accidente cerebrovascular. *Información Terapéutica Del Sistema Nacional De Salud*, 26(4), 93–106.
- Ruiz-Robledillo, N., y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción*, 1, 22-30.
- Sackley, C., Brittle, N., Patel, S., Ellins, J., Scott, M., Wright, C., y Dewey, M. E. (2008). The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke*, 39(12), 3329–3334. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.518563>
- Safaz, I., Alaca, R., Yasar, E., Tok, F., y Yilmaz, B. (2008). Medical complications, physical function and communication skills in patients with traumatic brain

- injury: a single centre 5-year experience. *Brain injury*, 22(10), 733–739. <https://doi.org/10.1080/02699050802304714>
- Sahebari, M., Asghari Ebrahimabad, M. J., Ahmadi Shoraketokanlo, A., Aghamohammadian Sharbaf, H., y Khodashahi, M. (2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Disappointment, Psychological Distress, and Psychasthenia among Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Patients. *Iranian journal of psychiatry*, 14(2), 130–136.
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseinian-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Ghasemi, H., Mohammadi, M., y Shohaimi, S. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. *BMC neurology*, 20(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01883-1>
- * Sander, A. M., Clark, A. N., Arciniegas, D. B., Tran, K., Leon-Novelo, L., Ngan, E., Bogaards, J., Sherer, M., y Walser, R. (2021). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 31(7), 1105–1129. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1762670>
- * Sathananthan, N., Dimech-Betancourt, B., Morris, E., Vicendese, D., Knox, L., Gillanders, D., Das Nair, R., y Wong, D. (2022). A single-case experimental evaluation of a new group-based intervention to enhance adjustment to life with acquired brain injury: VaLIANT (valued living after neurological trauma). *Neuropsychological rehabilitation*, 32(8), 2170–2202. <https://doi.org/10.1080/09602011.2021.1971094>
- Shepherd, L., Turner, A., Reynolds, D. P., y Thompson, A. R. (2020). Acceptance and commitment therapy for appearance anxiety: three case studies. *Scars, burns & healing*, 6, 2059513120967584. <https://doi.org/10.1177/2059513120967584>
- * Sianturi, R., Keliat, B. A., y Wardani, I. Y. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermería Clínica*, 28, 94–97. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(18\)30045-7](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(18)30045-7)
- Silveira, K., y Smart, C. M. (2020). Cognitive, physical, and psychological benefits of yoga for acquired brain injuries: A systematic review of recent findings. *Neuropsychological rehabilitation*, 30(7), 1388–1407. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1583114>

- Smith, É., Comiskey, C., y Carroll, Á. (2016). Prevalence of and risk factors for osteoporosis in adults with acquired brain injury. *Irish journal of medical science*, 185(2), 473–481. <https://doi.org/10.1007/s11845-016-1399-5>
- Soo, C., Tate, R. L., y Lane-Brown, A. (2011). A systematic review of acceptance and commitment therapy (ACT) for managing anxiety: Applicability for people with acquired brain injury? *Brain Impairment*, 12(1), 54-70.
- Soondrum, T., Wang, X., Gao, F., Liu, Q., Fan, J., y Zhu, X. (2022). The Applicability of Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain sciences*, 12(5), 656. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050656>
- Soto, A., Guillén-Grima, F., Morales, G., Muñoz, S., Aguinaga-Ontoso, I., y Fuentes-Aspe, R. (2022). Prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metaanálisis. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 45(1), e0979. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0979>
- Stalder-Lüthy, F., Messerli-Bürgy, N., Hofer, H., Frischknecht, E., Znoj, H., y Barth, J. (2013). Effect of psychological interventions on depressive symptoms in long-term rehabilitation after an acquired brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(7), 1386–1397. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.02.013>
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., y Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 965–978. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>
- Syed Hassan, S. T., Jamaludin, H., Abd Raman, R., Mohd Riji, H., y Wan Fei, K. (2013). Mental Trauma Experienced by Caregivers of patients with Diffuse Axonal Injury or Severe Traumatic Brain Injury. *Trauma monthly*, 18(2), 56–61. <https://doi.org/10.5812/traumamon.11522>
- Tagliaferri, F., Compagnone, C., Korsic, M., Servadei, F., y Kraus, J. (2006). A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta neurochirurgica*, 148(3), 255–268. <https://doi.org/10.1007/s00701-005-0651-y>
- Thurman, D. J., Kraus, J. F., Romer, C. J., & World Health Organization. (1995). *Standards for surveillance of neurotrauma* (No. WHO/EHA/SPI/96.1). World Health Organization.
- Torres Egea, M., Ballesteros Pérez, E., Sánchez Castillo, P. D., y Gejo Bartolomé, A. (2008). Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores

informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas formales y el apoyo informal. *Nursing (Ed. española)*, 26(6), 56-61.

Truelle, J.-L., Koskinen, S., Hawthorne, G., Sarajuuri, J., Formisano, R., Von Wild, K., Neugebauer, E., Wilson, L., Gibbons, H., Powell, J., Bullinger, M., Höfer, S., Maas, A., Zitnay, G., Von Steinbuechel, N., y The Qolibri Task Force. (2010). Quality of life after traumatic brain injury: The clinical use of the QOLIBRI, a novel disease-specific instrument. *Brain Injury*, 24(11), 1272–1291. <https://doi.org/10.3109/02699052.2010.506865>

Tsyben, A., Guilfoyle, M., Timofeev, I., Anwar, F., Allanson, J., Outtrim, J., Menon, D., Hutchinson, P., y Helmy, A. (2018). Spectrum of outcomes following traumatic brain injury-relationship between functional impairment and health-related quality of life. *Acta neurochirurgica*, 160(1), 107–115. <https://doi.org/10.1007/s00701-017-3334-6>

Vacca, V. M. (2019). Tratamiento del Traumatismo Craneoencefálico Leve en Adultos. *Nursing (Ed. Española)*, 36(2), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2019.03.010>

Verberne, D. P. J., Spauwen, P. J. J., y van Heugten, C. M. (2019). Psychological interventions for treating neuropsychiatric consequences of acquired brain injury: A systematic review. *Neuropsychological rehabilitation*, 29(10), 1509–1542. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1433049>

* Whiting, D. L., Deane, F. P., Simpson, G. K., Ciarrochi, J., y McLeod, H. J. (2018). Acceptance and commitment therapy delivered in a dyad after a severe traumatic brain injury: A feasibility study. *Clinical Psychologist*, 22(2), 230–240. <https://doi.org/10.1111/cp.12118>

* Whiting, D., Deane, F., McLeod, H., Ciarrochi, J., y Simpson, G. (2020). Can acceptance and commitment therapy facilitate psychological adjustment after a severe traumatic brain injury? A pilot randomized controlled trial. *Neuropsychological rehabilitation*, 30(7), 1348–1371. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1583582>

Wilson, K. G., y Luciano Soriano, M. C. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.

Wright, K. (1987). *The Economics of Informal Care of the Elderly*, Centre for Health Economics (No. 23). Discussion Paper. University of York.

Yildiz E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in psychiatric care*, 56(1), 149–167. <https://doi.org/10.1111/ppc.12396>

Anexo I

Abreviaturas más comunes de uso en el texto

AAQ-ABI	Acceptance and Action Questionnaire-Acquired Brain Injury
AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire-II
ACT	Terapia de aceptación y compromiso
AHS	Adult Hope Scale
APT	Amnesia postraumática
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI-II	Beck Depression Inventory-II
BDI-II-FS	Beck Depression Inventory-II Fast-Screen
BI	Barthel Index
BPI	Brief Pain Inventory
Brief-IPQ	Brief Illness Perceptions Questionnaire
BSI 18	Brief Symptom Inventory 18
CI	Intervalo de confianza
CIQ	15-item Community Integration Questionnaire
CFQ-7	Cognitive Fusion Questionnaire
CFT	Terapia centrada en la compasión
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scale
DCA	Daño cerebral adquirido
DCS	Daño cerebral sobrevenido
DE	Desviación estándar
DSM	Diagnostic Statistical Manual
EACQ	Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire
EMQ-R	13-item Everyday Memory Questionnaire-Revised
EQ-5D	EuroQoI-5D
etc.	Etcétera
EVA	Escala visual analógica
FAD	Family Assessment Device
FEDACE	Federación Española de Daño Cerebral
FEGADACE	Federación Galega Do Dano Cerebral
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
GCS	Glasgow Coma Scale
GHQ-12	General Health Questionnaire-12
GSI	Global Severity Index
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAMD-24	24-item Hamilton Depression Scale
HARS	Hamilton Anxiety Rating Scale
ICF	Índice de cambio confiable
IES-R	Impact of Events Scale Revised
I-PANAS-SF	International Positive and Negative Affect Schedule Short-Form
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
Mo	Moda
MOT-Q	Motivation for Traumatic Brain Injury Rehabilitation Questionnaire
M2C-Q	Military to Civilian Questionnaire

n	Tamaño de la muestra
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
OCEBM	Oxford Centre for Evidence-Based Medicine
PANAS	Positive and Negative Affect Scales
PART-O	Participation Assessment with Recombined Tools-Objective
PCLC	Post Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PNL	Programación Neurolingüística
PSS-I-5	Post Traumatic Stress Disorder Symptom Scale – Interview for diagnostic statistical manual-5
PTC	Pérdida transitoria de conciencia
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
p. ej.	Por ejemplo
RCT	Ensayo controlado aleatorizado
RFT	Teoría del marco relacional
SCID-5	Structured Clinical Interview for DSM-5
s.f.	Sin fecha
SF-12	Short Form Survey
SIS	Stroke Impact Scale
SLP	Survey of Life Principles Version 2.2–Card sorting task
SPRS-2	Sydney Psychosocial Reintegration Scale-2
SWLS	Satisfaction with Life Scale
TBI-SES	6-item TBI Self-Efficacy Scale
TCC	Terapia cognitivo conductual
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TEE	Trastorno de evitación experiencial
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
USER-P	Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation
VLQ	Valued Living Questionnaire
WEMWBS	Warwick and Edinburgh Mental Well-being Scale
WHODAS-2	World Health Organization-Disability Assessment Schedule 2.0
\bar{x}	Media

Anexo II

Búsquedas específicas realizadas en cada base de datos.

Base de datos	Búsqueda	Filtros	Nº de artículos	Día de la búsqueda
APA PsycInfo	AB ("acquired brain injury" OR ABI OR "traumatic brain injury" OR TBI OR concussion OR "skull fractures" OR "epidural hematoma" OR "subdural hematoma" OR "subarachnoid hemorrhage" OR "penetrating brain injury" OR "non-traumatic brain injury" OR "non-TBI" OR infection OR anoxia OR stroke OR "brain vascular accident" OR "alcohol use" OR "drug use" OR "neoplasm toxic encephalopathy" OR "encephalopathy due to physical agents" OR meningoencephalitis OR "anoxic encephalopathy" OR "acute disseminated encephalomyelitis") AND AB ("acceptance and commitment therapy")	Lengua: castellano e inglés. Fecha de publicación: 2012-2023	44	04/01/2023
CINAHL Plus with Full Text	AB ("acquired brain injury" OR ABI OR "traumatic brain injury" OR TBI OR concussion OR "skull fractures" OR "epidural hematoma" OR "subdural hematoma" OR "subarachnoid hemorrhage" OR "penetrating brain injury" OR "non-traumatic brain injury" OR "non-TBI" OR infection OR anoxia OR stroke OR "brain vascular accident" OR "alcohol use" OR "drug use" OR "neoplasm toxic encephalopathy" OR "encephalopathy due to physical agents" OR meningoencephalitis OR "anoxic encephalopathy" OR "acute disseminated encephalomyelitis") AND AB ("acceptance and commitment therapy")	Lengua: castellano Fecha de publicación: 2012-2023	27	04/01/2023
PubMed	("acquired brain injury"[Title/Abstract] OR ABI[Title/Abstract] OR "traumatic brain injury"[Title/Abstract] OR TBI[Title/Abstract] OR concussion[Title/Abstract] OR "skull fractures"[Title/Abstract] OR "epidural hematoma"[Title/Abstract] OR "subdural hematoma"[Title/Abstract] OR "subarachnoid hemorrhage"[Title/Abstract] OR "penetrating brain injury"[Title/Abstract] OR "non-traumatic brain injury"[Title/Abstract] OR "non-TBI"[Title/Abstract] OR infection[Title/Abstract] OR anoxia[Title/Abstract] OR stroke[Title/Abstract] OR "brain vascular accident"[Title/Abstract] OR "alcohol use"[Title/Abstract] OR "drug use"[Title/Abstract] OR neoplasm toxic encephalopathy[Title/Abstract] OR encephalopathy due to physical agents[Title/Abstract] OR	Lengua: castellano, catalán e inglés. Fecha de publicación: 2012-2023	42	04/01/2023

	meningoencephalitis[Title/Abstract] OR "anoxic encephalopathy"[Title/Abstract] OR "acute disseminated encephalomyelitis"[Title/Abstract]) AND ("acceptance and commitment therapy"[Title/Abstract])			
Web of Science	"acquired brain injury" OR ABI OR "traumatic brain injury" OR TBI OR concussion OR "skull fractures" OR "epidural hematoma" OR "subdural hematoma" OR "subarachnoid hemorrhage" OR "penetrating brain injury" OR "non-traumatic brain injury" OR "non-TBI" OR infection OR anoxia OR stroke OR "brain vascular accident" OR "alcohol use" OR "drug use" OR "neoplasm toxic encephalopathy" OR "encephalopathy due to physical agents" OR meningoencephalitis OR "anoxic encephalopathy" OR "acute disseminated encephalomyelitis" (Abstract) and "acceptance and commitment therapy" (Abstract)	Lengua: castellano e inglés. Fecha de publicación: 2012-2023	48	04/01/2023