Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso focalizada en trauma para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático: reporte de caso.

Effectiveness of Trauma-Focused Acceptance and Commitment Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Case Report

Andrea Gallegos Díaz[1], Horacio Balam Álvarez García[2],
[1]Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara, Ciudad Guzmán, Jalisco, México
[2]Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Resumen: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un problema de salud mental que afecta a múltiples poblaciones. Actualmente se ha reportado que la comunidad LGBTIQ+ es una población vulnerable y con índices altos de prevalencia de TEPT. Recientemente la terapia de aceptación y compromiso (ACT) ha comenzado a diseñar intervenciones para esta problemática con resultados prometedores. Objetivo, mostrar la efectividad de una intervención ACT en una paciente femenina de la comunidad con diagnóstico de TEPT. Metodología: Se utilizó un diseño de caso con medidas pretest, postest y seguimiento a los 3 meses. Resultados, se observó que una vez terminada la intervención los síntomas de TEPT y depresión disminuyeron entre 7 y 9 puntos, mismo que se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses. Conclusión: la intervención resulto clínicamente favorable para la paciente, lo cual marca un precedente para realizar futuras intervenciones con un mayor nivel de rigurosidad metodologica.
Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, Trastorno de Estrés Postraumático, Depresión. Trastornos relacionados con el trauma.

Andrea Gallegos Díaz 0009-0006-7901-5214 es licenciada en Psicología. Psicoterapeuta. Programa de Maestría en Psicología con Orientación en Calidad de Vida y Salud, Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara.

Horacio Balam Álvarez García 0000-0001-9533-2515 es licenciado en Psicología. Facultad de estudios superiores Iztacala. UNAM. División de posgrado.

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Horacio Balam Álvarez García al email: hbgarcia_mosh11@hotmail.com

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e10, 1-16
https://doi.org/10.5093/cc2026a10

Abstract: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a mental health problem that affects multiple populations. The LGBTIQ+ community has recently been reported to be a vulnerable population with high prevalence rates of PTSD. Researchers have recently begun developing Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions for this issue, with promising results. **Objective:** To demonstrate the effectiveness of an ACT intervention in a female patient from the LGBTIQ+ community diagnosed with PTSD. **Methodology:** A single-case design was used with pretest, posttest, and 3-month follow-up measures. **Results:** Once the intervention was completed, PTSD and depression symptoms decreased between 7 and 9 points, and this improvement was maintained at the 3-month follow-up. **Conclusion:** The intervention was clinically beneficial for the patient, setting a precedent for future interventions with a higher level of methodological rigor.
Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, posttraumatic stress disorder, depression, trauma-related disorders.

El trauma psicológico es un fenómeno asociado con la exposición a eventos que amenazan la integridad física o emocional del individuo. Estos eventos se relacionan con violencia interpersonal, desastres naturales o abuso prolongado (American Psychological Association, 2024). En un porcentaje significativo de casos se observan como síntomas principales la reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y cambios en la activación; a este fenómeno se le denomina Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT; Bäärnhielm et al., 2024). La magnitud de este problema ha sido ampliamente documentada en estudios epidemiológicos que evidencian su alta prevalencia y su impacto funcional en diversas poblaciones (Harris, 2021).

Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) han sido identificadas como una relación significativa relevante en el desarrollo de psicopatología en la adultez, particularmente en trastornos relacionados con el trauma. Desde el estudio pionero de Felitti et al. (1998), la evidencia ha mostrado que la exposición acumulada a abuso, negligencia y disfunción familiar incrementa significativamente el riesgo de desarrollar sintomatología de TEPT y otras alteraciones emocionales (Hughes et al., 2017; Sánchez-Jáuregui et al., 2023).

En el contexto mexicano, estudios recientes reportan una elevada prevalencia de EAI, con una alta proporción de personas que experimentan múltiples formas de adversidad a lo largo de la infancia (Sánchez-Jáuregui et al., 2023). De manera consistente, las mujeres presentan mayor exposición a determinadas formas de violencia, particularmente abuso sexual, lo que se asocia con mayor probabilidad de desarrollar sintomatología postraumática en la adultez (Hahn et al., 2021). Estos hallazgos sugieren que la acumulación de experiencias adversas constituye un factor de vulnerabilidad clínica relevante, lo que refuerza la necesidad de intervenciones terapéuticas que aborden tanto los síntomas postraumáticos como los procesos psicológicos subyacentes que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento (Thakur et al., 2022).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 1996; 1999) ha emergido como un enfoque transdiagnóstico con evidencia creciente en el abordaje de problemas psicológicos relacionados con el trauma. Desde una perspectiva contextual-funcional, ACT sostiene que el mantenimiento del malestar psicológico se encuentra mediado por la inflexibilidad psicológica, entendida como la tendencia persistente a evitar experiencias internas dolorosas y fusionarse con contenidos cognitivos rígidos (Kendall-Tackett, 2019).

En el TEPT, procesos como la evitación experiencial (EE) y la fusión cognitiva (FC) desempeñan un papel central en la persistencia de recuerdos intrusivos, conductas evitativas y autoconceptos negativos vinculados al trauma (Benfer et al., 2020). La evidencia empírica sugiere que la FC no solo se asocia con mayor gravedad sintomática, sino que puede amplificar los efectos de cogniciones postraumáticas desadaptativas, dificultando los procesos de recuperación (Schramm et al., 2020). Además, la alta frecuencia de comorbilidades asociadas como depresión, ansiedad, consumo problemático de sustancias e ideación suicida refuerza la pertinencia de un enfoque transdiagnóstico que intervenga sobre procesos psicológicos comunes subyacentes al malestar (Fernández-Rodríguez et al., 2022; Roush et al., 2019).

Desde esta perspectiva, ACT no se orienta exclusivamente a la reducción sintomática, sino a modificar la relación del individuo con sus experiencias internas, promoviendo mayor flexibilidad psicológica y acciones guiadas

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

por valores personales (Dindo et al., 2017). Este enfoque resulta particularmente relevante en contextos de trauma interpersonal, donde la EA y la FC pueden consolidar ciclos persistentes de malestar (Harris, 2021).

La elevada comorbilidad entre TEPT, depresión y ansiedad constituye una preocupación clínica relevante debido a su impacto en la gravedad sintomática y en el deterioro funcional. Se estima que aproximadamente el 50% de las personas con TEPT cumplen criterios para trastorno depresivo mayor, lo que incrementa el riesgo de morbilidad y suicidio (Rosen et al., 2020). Asimismo, la superposición de síntomas como hiperactivación, insomnio e irritabilidad evidencia la existencia de mecanismos psicológicos compartidos entre los trastornos relacionados con el trauma y los trastornos de ansiedad (Kirsch Hiltz White, 2020).

Estos trastornos presentan manifestaciones clínicas interrelacionadas que pueden organizarse en tres dimensiones principales: (1) reexperimentación del evento traumático incluyendo pesadillas, flashbacks, rumiación y cogniciones o emociones intrusivas; (2) alteraciones en la activación fisiológica, que oscilan entre estados de hiperactivación e hipoactivación; y (3) procesos psicológicos como la inflexibilidad psicológica que contribuyen al mantenimiento del malestar (Harris, 2021). La superposición sintomática entre los trastornos relacionados con el trauma y los trastornos de ansiedad sugiere la existencia de mecanismos transdiagnósticos compartidos, lo que respalda su estrecha vinculación conceptual y clínica (Kirsch Hiltz White, 2020). Desde esta perspectiva, las intervenciones dirigidas a dichos procesos subyacentes adquieren especial relevancia, ya que podrían generar cambios clínicos que trasciendan categorías diagnósticas específicas.

En este contexto, Karatzias et al. (2019) reportan que los tratamientos como la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en Trauma (TCC-CT) o la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) cuentan con amplia evidencia en la reducción de la sintomatología. En contraste, ACT ofrece un abordaje complementario al centrarse en modificar la relación con los eventos internos más que en su contenido, interviniendo directamente sobre procesos como la Evitación Experiencial y la Flexibilidad Psicológica (Glass, 2022).

En este contexto, diversos estudios sugieren que ACT puede asociarse con reducciones clínicamente relevantes y mejoras sintomáticas de TEPT, depresión y ansiedad, tanto en intervenciones individuales como grupales (A-Tjak et al., 2015; Fiorillo et al., 2017; Walser et al., 2015). Asimismo, en múltiples ensayos clínicos aleatorizados de equivalencia han reportado tamaños del efecto elevados en intervenciones basadas en ACT, incluso cuando se contrastan con tratamientos con amplia base empírica como la TCC-CT, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en la reducción sintomática (Kirsch Hiltz White, 2020).

De manera complementaria, investigaciones que comparan ACT con TPC señalan que ambas intervenciones pueden dirigirse a mecanismos comunes, particularmente la EE, aunque difieren en su estrategia: mientras la TPC busca modificar el contenido de las cogniciones traumáticas, ACT se orienta a transformar la relación con dichas experiencias internas (Glass, 2022). Asimismo, el formato grupal ha mostrado resultados favorables en población con trauma interpersonal y cuadros clínicos complejos (Lewin, 2022; Loftus et al., 2024; Spidel et al., 2019).

Estos hallazgos respaldan la relevancia de los enfoques transdiagnósticos para el abordaje del trauma, dado que se centran en procesos psicológicos y vulnerabilidades compartidas que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de distintas formas de psicopatología. Desde esta perspectiva, ACT puede considerarse un enfoque congruente con los modelos transdiagnósticos, al dirigir la intervención hacia procesos subyacentes asociados al malestar psicológico más que hacía categorías diagnósticas específicas (Gutner et al., 2016).

Desde una perspectiva contextual-funcional, ACT busca incrementar la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de contactar con el momento presente y persistir en acciones guiadas por valores personales, incluso en presencia de eventos internos dolorosos (Hayes et al., 1999). Esta capacidad resulta central en cuadros postraumáticos caracterizados por FC, EA y alteraciones persistentes en el autoconcepto, tales como narrativas autocríticas rígidas.

Con fines clínicos, los procesos centrales de ACT suelen organizarse mediante el modelo Triflex (Harris, 2021), el cual sintetiza los seis procesos de flexibilidad psicológica en tres dominios funcionales interrelacionados: estar presente, abrirse y hacer lo que importa. Esta formulación facilita la conceptualización de los problemas psicológicos desde una perspectiva contextual-funcional y orienta las intervenciones hacia el desarrollo de una relación más flexible con los eventos internos, el contacto con el momento presente y el compromiso con acciones guiadas por valores personales.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e10, 1-16
https://doi.org/10.5093/cc2026a10

De esta manera, TF-ACT organiza la intervención en tres fases: vivir el presente, sanar el pasado y construir el futuro, mediante técnicas de mindfulness, defusión cognitiva, clarificación de valores y acción comprometida (Abu Mezyed et al., 2025). Su enfoque transdiagnóstico integra elementos sensibles al trauma y resulta especialmente pertinente en presencia de comorbilidades frecuentes como depresión y ansiedad, al intervenir sobre procesos compartidos como la EA y la FC (Phillips et al., 2020).

La evidencia empírica disponible sugiere que intervenciones basadas en ACT focalizada en trauma se asocian con reducciones significativas en síntomas centrales del TEPT como hiperactivación, evitación y recuerdos intrusivos, así como con mejoras en funcionalidad y calidad de vida (Abu Mezyed et al., 2025; Phillips et al., 2020).

A pesar de estos avances, la evidencia sobre la aplicación de ACT focalizada en trauma en contextos latinoamericanos y en población perteneciente a la comunidad LGBTQ+ continúa siendo limitada. Bajo estos antecedentes, el presente estudio tuvo por objetivo explorar los cambios clínicos asociados a una intervención basada en ACT focalizada en trauma para el tratamiento de síntomas de TEPT, depresión y ansiedad en una paciente adulta perteneciente a la comunidad LGBTQ+.

Método

Identificación de la paciente

La paciente HG (seudónimo utilizado para resguardar su identidad) es una mujer de 32 años, soltera, perteneciente a la comunidad LGBTQ+. Cuenta con estudios de licenciatura y se desempeña en el ámbito empresarial. Refiere antecedentes de relaciones familiares conflictivas y experiencias interpersonales significativas asociadas a su historia de trauma.

Motivo de consulta

HG acudió a consulta psicológica con el objetivo inicial de mejorar su relación de pareja, la cual describió como inestable y caracterizada por episodios reiterados de infidelidad, vigilancia y violencia psicológica, física y sexual. Durante la evaluación clínica, reportó dificultades de concentración, miedo persistente, alteraciones del sueño (insomnio y sueño no reparador), pesadillas relacionadas con los eventos vividos con su pareja, ansiedad constante, desesperanza, tristeza intensa, pensamientos repetitivos e intrusivos, disminución del apetito y pérdida de interés en actividades previamente significativas.

Asimismo, refirió baja motivación laboral y autopercepciones negativas persistentes *("soy insuficiente", "no valgo")*, acompañadas de sentimientos frecuentes de culpa e irritabilidad hacia sí misma y su entorno.

Evolución topográfica y funcional

Con base en los síntomas reportados, se realizó una evaluación clínica estructurada en dos fases. La primera consistió en una entrevista diagnóstica orientada a determinar la presencia de TEPT conforme a los criterios del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022). La paciente reportó exposición directa a un evento traumático consistente con el **Criterio A**. Asimismo, presentó sintomatología correspondiente a los distintos dominios diagnósticos. **Criterio B** (síntomas intrusivos): recuerdos invasivos no deseados y sueños perturbadores vinculados al evento traumático. **Criterio C** (evitación): evitación persistente de pensamientos, emociones y situaciones asociadas al evento. **Criterio D** (alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo): creencias negativas persistentes sobre sí misma, culpa desproporcionada y disminución del interés en actividades significativas y **Criterio E** (alteraciones en la activación y reactividad): irritabilidad, hipervigilancia, dificultades de sueño y problemas de concentración.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Los síntomas se mantuvieron durante más de 12 meses y generaron deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social y laboral, sin atribuirse a efectos fisiológicos de sustancias ni a otra condición médica (criterios F, G y H). En conjunto, el cuadro clínico fue consistente con el diagnóstico de TEPT según el DSM-5-TR.

Como parte de la evaluación inicial, se administró el cuestionario original de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE; Felitti et al., 1998), obteniéndose una puntuación de 1 de 10 posibles. Este resultado indica una baja exposición acumulada a experiencias adversas durante la infancia según los dominios evaluados por el instrumento. No obstante, la paciente reportó experiencias traumáticas significativas durante la adultez, particularmente en el contexto de relaciones interpersonales caracterizadas por violencia psicológica, física y sexual, las cuales resultaron clínicamente relevantes para la comprensión de la sintomatología actual.

Adicionalmente, la paciente presentó características clínicas frecuentemente asociadas al trastorno por estrés postraumático complejo (TEPT-C), particularmente alteraciones de la autoorganización persistentes en el autoconcepto, desregulación afectiva, dificultades relacionales y elevada evitación experiencial. Aunque el DSM-5-TR no contempla formalmente el diagnóstico de TEPT-C como categoría independiente, dichos elementos han sido ampliamente descritos en la literatura sobre trauma interpersonal prolongado y trauma complejo.

La segunda fase consistió en una evaluación funcional desde un modelo contextual-conductual, con el objetivo de identificar variables antecedentes, respuestas emocionales, cognitivas y conductuales, así como consecuencias que mantenían el malestar.

La Figura 1 sintetiza la hipótesis funcional inicial del caso, organizada en términos de antecedentes, conductas problemáticas observables, consecuencias a corto y largo plazo, funciones del comportamiento y procesos de inflexibilidad psicológica.

Se observa que la dinámica de violencia psicológica y control en la relación de pareja operó como antecedente crítico, desencadenando respuestas de retraimiento conductual, hipervigilancia, rumiación y alteraciones del

Figura 1. *Análisis funcional del caso desde una perspectiva contextual-conductual*

A. Antecedentes relevantes	• Relación de pareja caracterizada por control, vigilancia, violencia psicológica y múltiples episodios de infidelidad. • Vivencia prolongada de inseguridad emocional y afectiva. • Pérdida progresiva de placer, motivación y conexión con actividades significativas. • Presión laboral y malestar interpersonal en otros contextos relacionales.
B. Conductas problemáticas observables	• Retraimiento conductual, aislamiento social, dificultades para trabajar. • Disminución marcada de actividades placenteras o valiosas. • Insomnio, pesadillas, alteraciones del apetito y de la concentración. • Enojo, tristeza. • Hipervigilancia, pensamientos intrusivos y rumiación.
C. Consecuencias inmediatas	• Reducción del malestar emocional de forma momentánea (reforzamiento negativo). • Evita confrontar conflictos o pensamientos dolorosos. • Disminución de ansiedad en el corto plazo.
D. Consecuencias a largo plazo	• Incremento progresivo del aislamiento social. • Cronificación de la sintomatología postraumática. • Consolidación de narrativas autocríticas rígidas. • Deterioro del funcionamiento laboral y relacional. • Mayor desconexión de valores personales.
E. Funciones del comportamiento	• La evitación de eventos internos dolorosos (emociones, recuerdos, pensamientos) cumple una función reguladora inmediata del malestar, pero restringe el repertorio conductual. • Las conductas de fusión con narrativas traumáticas (ej. "todo es mi culpa", "no puedo salir de esto") funcionan como intentos de comprensión o autocontrol, pero refuerzan la desesperanza.
F. Procesos de rigidez psicológica presentes	• Fusión cognitiva (con autocrítica, culpa, narrativas de incapacidad). • Evitación experiencial (emociones, vínculos, trabajo). • Yo conceptual limitado y fragmentado. • Desconexión de valores. • Falta de acción comprometida. • Descentramiento del momento presente (hipervigilancia y rumiación).

Nota. Modelo de análisis funcional del caso elaborado desde un enfoque contextual-conductual. Se describen las interacciones entre antecedentes, conductas problemáticas, consecuencias y procesos de inflexibilidad psicológica (EA, FC y desconexión de valores) implicados en el mantenimiento del problema.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e10, 1-16
https://doi.org/10.5093/cc2026a10

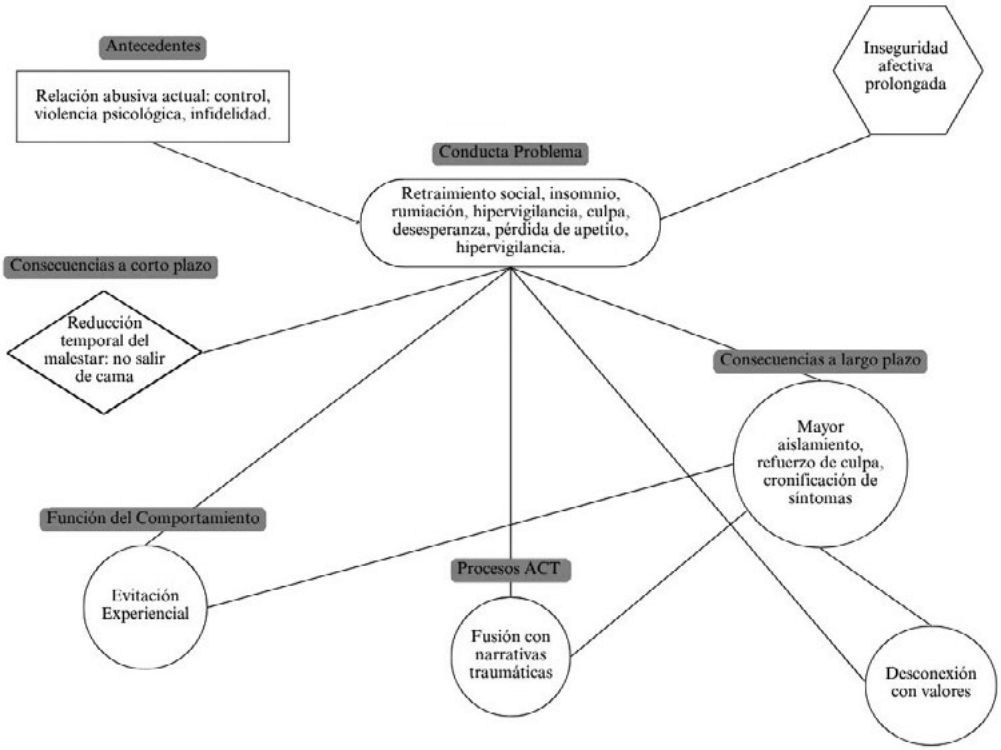
sueño. A nivel funcional, dichas respuestas produjeron una reducción momentánea del malestar (reforzamiento negativo), pero contribuyeron a largo plazo al aislamiento, la cronificación de síntomas y la consolidación de narrativas autocríticas.

Desde el modelo ACT, se identificaron procesos centrales de FC, EE y desconexión de valores como mecanismos mantenedores del problema.

En la Figura 2 se presenta el análisis funcional del caso desde una perspectiva contextual-conductual, describiendo la relación entre antecedentes interpersonales, conducta problema y consecuencias diferenciales a corto y largo plazo.

El retraimiento social, la rumiación y la hipervigilancia operaron como respuestas reguladoras inmediatas frente al malestar derivado de la inseguridad afectiva prolongada; sin embargo, dichas conductas funcionaron como reforzadores negativos al reducir temporalmente la ansiedad, a la vez que contribuyeron al aislamiento, la cronificación de síntomas y la consolidación de narrativas autocríticas.

Figura 2. *Análisis funcional de HG*



Instrumentos

Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; Fresno et al, 2023*)*. Instrumento de autoinforme diseñado para evaluar la sintomatología del trastorno de estrés postraumático conforme a los criterios de la CIE-11. Consta de 18 ítems organizados en tres dominios principales: (a) reexperimentación en el aquí y ahora, (b) evitación y (c) sensación persistente de amenaza. Los ítems se califican en una escala Likert de 0 (nada) a 4 (extremadamente). Se considera la presencia clínica del síntoma cuando el puntaje es igual o superior a 2 en los ítems correspondientes. En su validación original, el instrumento reportó un alfa de Cronbach de .96 (Hyland et al., 2017); la versión en español presentó un $\alpha = 92$ (Fernández-Fillol et al., 2025) y, en su adaptación y validación en población mexicana, Valdovinos et al., (2022) reportaron una consistencia interna de $\alpha = .919$.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck et al.,1996). Instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems que evalúan la severidad de síntomas depresivos. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 0 a 3, obteniéndose una puntuación total que oscila entre 0 y 63. Los puntos de corte establecidos son: 0–13 (mínima), 14–19 (leve), 20–28 (moderada) y 29–63 (severa). En su versión en español obtuvo una consistencia de α = .89 (Sanz et al., 2003). En población mexicana, la versión adaptada del instrumento ha mostrado adecuados indicadores psicométricos y una alta consistencia interna (α = .92) (Rosas-Santiago et al., 2020).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond, & Snaith, 1983). Escala de autoinforme compuesta por 14 ítems distribuidos en dos subescalas (ansiedad y depresión). Cada ítem se califica en una escala de 0 a 3. Las puntuaciones totales se interpretan de acuerdo con los siguientes puntos de corte: 0–7 (síntomas mínimos), 8–10 (posible caso clínico) y 11 o más (caso probable moderado a severo). En población mexicana, la escala ha mostrado adecuados indicadores psicométricos y niveles adecuados de consistencia interna, con coeficientes α que oscilan entre .83 y .88 en distintos procesos de validación (Orozco et al., 2022; Yamamoto-Furusho et al., 2018).

Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE; Felitti et al., 1998). Instrumento de autoinforme compuesto por 10 reactivos dicotómicos (sí/no) que evalúan la exposición a experiencias adversas durante la infancia, incluyendo abuso, negligencia y disfunción familiar. La puntuación total oscila entre 0 y 10, donde valores más altos indican una mayor exposición acumulada a experiencias adversas. El instrumento ha sido ampliamente utilizado en investigación sobre trauma y salud mental debido a su utilidad para identificar factores tempranos de vulnerabilidad asociados a diversos desenlaces psicológicos y físicos.

Diseño de investigación

El presente estudio corresponde a un diseño cuantitativo preexperimental de caso único con medidas repetidas (pretest, postest y seguimiento a tres meses). Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que se trató de un reporte clínico derivado de la práctica profesional.

La evaluación del cambio se realizó mediante la comparación de puntajes obtenidos en los tres momentos de medición. El análisis de los resultados se llevó a cabo mediante inspección visual de los cambios en los puntajes, estrategia común en estudios de caso único, permitiendo valorar la magnitud y dirección de las variaciones observadas a lo largo del tiempo (Ato-García y Vallejo-Seco, 2015). Dado el carácter de caso único y el número limitado de puntos de medición, no se realizaron análisis estadísticos inferenciales.

Consideraciones éticas

Se elaboró un consentimiento informado específico para la publicación del caso, siguiendo los lineamientos éticos establecidos en el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009). La paciente revisó el manuscrito final, realizó observaciones pertinentes y otorgó su consentimiento por escrito para la difusión con fines científicos. El manejo del caso y la elaboración del presente reporte se realizó conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigaciones con seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2013).

Procedimiento

Una vez concluido el proceso de evaluación, se identificó que las características del caso podían contribuir a la literatura sobre ACT focalizada en trauma en población LGBTQ+. Se solicitó a HG autorización para la publicación del reporte clínico, garantizando la confidencialidad y el uso de un seudónimo para proteger su identidad.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e10, 1-16
https://doi.org/10.5093/cc2026a10

Intervención

Tras la evaluación diagnóstica y funcional inicial, se explicaron a la paciente los objetivos terapéuticos y se acordó una intervención basada en ACT con enfoque sensible al trauma. La intervención fue implementada siguiendo las directrices propuestas por Harris (2021), manteniendo coherencia con los principios teóricos y técnicos del modelo y asegurando fidelidad a los procesos centrales de flexibilidad psicológica (Herman 1992).

El tratamiento constó de 17 sesiones estructuradas en tres fases secuenciales coherentes con la formulación funcional del caso siendo la numero (1) estabilización y regulación fisiológica, orientada a fortalecer la sensación de seguridad interna y el contacto con el momento presente; el número (2) procesamiento contextual del contenido traumático desde una base de aceptación y defusión cognitiva; y (3) reconexión con valores personales y acción comprometida. Esta organización permitió abordar el malestar priorizando la modificación de los procesos psicológicos mantenedores, más que la eliminación directa de los síntomas, coherentemente con el análisis funcional del caso (Ver tabla 1).

En la Tabla 1 se detallan los objetivos clínicos y procesos ACT trabajados en cada sesión.

Tabla 1. *Descripción del tratamiento de HG*

Fase clínica	Sesión	Objetivo clínico principal	Procesos ACT
Fase 1. Estabilización y regulación fisiológica	1	Establecer alianza terapéutica y psico educar sobre trauma	Contacto con el presente; clarificación inicial de valores
	2	Desarrollar estrategias de autorregulación y seguridad interna	Atención plena; yo observador
	3	Introducir mindfulness con enfoque compasivo	Atención plena
	4	Consolidar aceptación y reducción de EA	Defusión cognitiva; aceptación
	5	Diferenciar emociones del sentido del yo	Yo como contexto; aceptación
Fase II. Procesamiento contextual del trauma	6	Abordar contenido traumático desde una base de seguridad fisiológica	Yo observador; metáforas terapéuticas
	7	Facilitar defusión frente a recuerdos intrusivos	Técnicas metafóricas de distanciamiento cognitivo
	8	Profundizar aceptación emocional de experiencias dolorosas	Contacto con emociones; técnica de "hacer espacio
	9	Intervenir sobre autocrítica y autoconcepto dañado	Yo como contexto; defusión
	10	Identificar y flexibilizar narrativas centrales del trauma	Yo historia vs. yo contexto

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Tabla 1. *Descripción del tratamiento de HG (Continuación)*

Fase clínica	Sesión	Objetivo clínico principal	Procesos ACT
Fase II. Procesamiento contextual del trauma	11	Integrar compasión en la reconstrucción del sentido personal	Yo como contexto y observación compasiva
Fase III. Reconexión con valores y acción comprometida	12	Clarificar valores postraumáticos	Identificar áreas vitales significativas
	13	Planificar acciones comprometidas basadas en valores	Acción comprometida
	14	Desarrollar estrategias de afrontamiento ante recaída	Metáforas de resiliencia
	15	Consolidar habilidades de regulación emocional	Ejercicio "La mente como escenario"
	16	Explorar resignificación de experiencias traumáticas	Metáfora "Si fueras libre"
	17	Cerrar proceso terapéutico y proyectar mantenimiento	Integración de valores y compromiso conductual

Nota. La intervención se estructuró en tres fases secuenciales coherentes con la formulación funcional del caso y con un modelo de tratamiento sensible al trauma orientado por procesos ACT. Esta organización sigue el modelo trifásico propuesto por Herman (1992), que plantea una progresión desde la estabilización y seguridad, hacia el procesamiento del trauma y, finalmente, la reconexión con la vida cotidiana y los valores personales.

[a] En congruencia con este marco, la progresión terapéutica priorizó la regulación fisiológica antes del abordaje contextual del contenido traumático y culminó con la reconexión conductual con valores personales.

Resultados

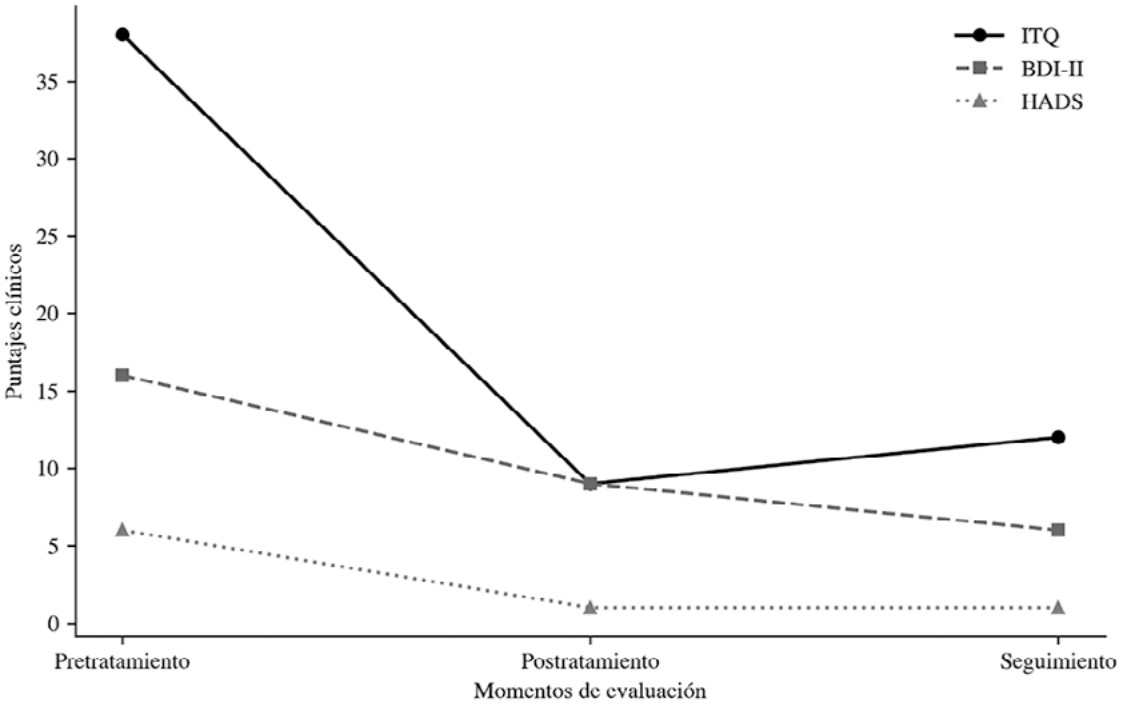
La Figura 3 muestra la evolución de los puntajes obtenidos en los instrumentos clínicos a lo largo de los tres momentos de evaluación. Mediante inspección visual, se observó una disminución de la sintomatología de TEPT, depresión y ansiedad posterior a la intervención, con mantenimiento parcial de los cambios en el seguimiento a tres meses.

Por otra parte, en la Tabla 2 se muestra que los puntajes de ITQ, BDI-II y HADS evidenciaron variaciones entre los tres momentos de medición. En el ITQ el puntaje total disminuyó de 38 en la evaluación inicial a 9 en el postratamiento, lo que representa una reducción del 76.3% en la sintomatología postraumática. En el seguimiento a los tres meses se observó un incremento del puntaje a 12; sin embargo, este valor se mantuvo considerablemente por debajo del nivel basal, conservando una reducción del 68.4% respecto a la evaluación inicial.

Aunque se evidenció un aumento leve en el seguimiento, la sintomatología no retornó a los niveles previos al tratamiento, manteniéndose dentro de un rango inferior al basal. Las puntuaciones por dimensión estuvieron disponibles únicamente para la evaluación de seguimiento, observándose valores de 1 en reexperimentación, 3 en evitación, 0 en amenaza persistente, 3 en desregulación afectiva, 0 en autoconcepto negativo y 4 en

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e10, 1-16
https://doi.org/10.5093/cc2026a10

Figura 3. *Evolución de los puntajes clínicos de HG durante el tratamiento y seguimiento*



Nota. La figura muestra la variación de los puntajes obtenidos en el ITQ, BDI-II y HADS en pretratamiento, postratamiento y seguimiento a tres meses. La interpretación de los cambios se realizó mediante comparación descriptiva e inspección visual de los puntajes.

alteraciones relacionales. No fue posible recuperar retrospectivamente los registros desagregados por ítem correspondientes a las evaluaciones pretratamiento y postratamiento.

En el BDI-II el puntaje disminuyó de 16 en la línea base a 9 tras la intervención (reducción del 43.7%) y continuó descendiendo a 6 en el seguimiento, alcanzando una reducción total del 62.5% respecto al puntaje inicial. Esto indica una disminución progresiva de la sintomatología depresiva a lo largo del proceso terapéutico.

En la HADS el puntaje pasó de 6 en la evaluación inicial a 1 en el postratamiento y se mantuvo en 1 en el seguimiento, lo que representa una reducción sostenida del 83.3%. Si bien el puntaje inicial no se encontraba en un rango elevado, la tendencia descendente sugiere una disminución del malestar ansioso-depresivo asociado.

Asimismo, los puntajes del ITQ y BDI-II evidenciaron un desplazamiento hacia categorías de menor severidad clínica en comparación con la línea base.

Tabla 2. *Resultados de HG*

Cuestionario	Pre	Post	Seguimiento
ITQ	38	9	12
BDI-II	16	9	6
HADS	6	1	1

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

En conjunto, los resultados muestran una disminución clínicamente relevante en los indicadores de TEPT, depresión y ansiedad tras la intervención, con mantenimiento parcial de los cambios en el seguimiento.

En la Tabla 3. se presenta una síntesis clínica de los cambios observados en la sintomatología de TEPT, depresión y ansiedad a lo largo del tratamiento y seguimiento. La interpretación se realizó a partir de la comparación descriptiva de los puntajes obtenidos en los distintos momentos de evaluación.

Tabla 3. *Interpretación clínica de los cambios observados durante la intervención*

Instrumento	Cambio observado	Interpretación clínica
ITQ	Reducción marcada	Disminución relevante de sintomatología postraumática

Discusión y Conclusiones.

De acuerdo con las hipótesis de trabajo propuestas, los resultados sugieren una reducción en la sintomatología de TEPT, así como un mayor involucramiento en actividades significativas reportadas clínicamente. Asimismo, se observaron cambios compatibles con mayor flexibilidad psicológica.

Estos cambios concuerdan con estudios previos que muestran que los procesos de flexibilidad psicológica pueden contribuir a la disminución de la sintomatología de TEPT (Kelly et al., 2022). Dentro de las posibles explicaciones, se podría considerar que la defusión y el yo como contexto podrían haber operado como mecanismos relevantes de cambio, debido a que la fusión con los recuerdos traumáticos y la personalización de los mismos se relacionan con la reexperimentación del trauma, generando un ciclo de reforzamiento negativo que agrava el malestar (Hitch et al., 2023).

Asimismo, el modelo Triflex (Harris, 2021) proporcionó una estructura funcional para comprender las dificultades de HG, facilitando la regulación de la hiperactivación y la reducción de la disociación mediante técnicas de grounding (p. ej., “echar el ancla”), así como la disminución de la evitación experiencial y de la fusión con pensamientos autocríticos. De manera complementaria, el componente hacer lo que importa favoreció la reanudación de actividades significativas a pesar de la presencia de malestar psicológico, lo que clínicamente se asoció con una mayor percepción de agencia y autoeficacia.

Los resultados también pueden interpretarse a la luz de la literatura sobre trauma interpersonal. Aunque el diagnóstico formal correspondió a TEPT, la paciente presentó características frecuentemente asociadas a historias de trauma relacional prolongado, incluyendo dificultades persistentes en el autoconcepto y problemas en el ámbito interpersonal. En este sentido, los cambios observados sugieren que ACT focalizada en trauma podría constituir una alternativa pertinente cuando la sintomatología postraumática coexiste con procesos de desregulación emocional y dificultades de autoorganización descritos en la literatura sobre trauma complejo (Cloitre et al., 2014).

En consecuencia, los procesos de clarificación de valores y acciones comprometidas podrían contribuir al fortalecimiento del funcionamiento cotidiano y al mantenimiento de los cambios clínicos observados, lo cual podría contribuir a reforzar los logros obtenidos durante las sesiones clínicas (Phillips et al., 2020).

Asimismo, los hallazgos obtenidos son congruentes con investigaciones previas que reportan reducciones clínicamente relevantes en síntomas de TEPT, depresión y ansiedad mediante intervenciones basadas en ACT (Bean et al., 2017; Bektaş-Aydın y Yüksel-Şahin, 2025; Rowe-Johnson et al., 2025). Aunque tratamientos como la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en Trauma (TCC-CT) y la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) continúan siendo considerados intervenciones de primera línea para el tratamiento del trauma, ACT

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e10, 1-16
https://doi.org/10.5093/cc2026a10

ofrece una aproximación complementaria al centrarse en modificar la relación con los eventos privados más que el contenido específico de las cogniciones traumáticas.

Desde esta perspectiva, la disminución de la sintomatología observada en el presente caso resulta consistente con investigaciones que han documentado mejoras comparables mediante intervenciones basadas en procesos de aceptación, defusión y acción comprometida.

Adicionalmente, este caso aporta evidencia preliminar sobre la aplicación de ACT focalizada en trauma en una mujer perteneciente a la comunidad LGBTQ+ dentro de un contexto latinoamericano.

La evidencia disponible en estas poblaciones continúa siendo limitada, particularmente en estudios clínicos desarrollados en países de habla hispana. Aunque no es posible establecer conclusiones generalizables a partir de un único caso, los resultados sugieren la viabilidad clínica de este enfoque y respaldan la necesidad de ampliar la investigación en poblaciones históricamente subrepresentadas en la literatura sobre trauma y psicoterapia.

Entre las principales limitaciones se encuentra que el estudio corresponde a un reporte de caso clínico, lo que impide establecer conclusiones causales sobre la efectividad de la intervención. Aunque los cambios observados fueron clínicamente relevantes, estos deben interpretarse con cautela debido a la ausencia de controles experimentales, grupo de comparación o procedimientos de aleatorización (Fountzilas et al., 2022; Powell et al., 2021).

Otra limitación fue la ausencia de mediciones específicas asociadas al modelo de flexibilidad psicológica, lo que habría permitido comprobar de manera directa las hipótesis teóricas planteadas. Asimismo, la evaluación clínica, el proceso terapéutico y la interpretación de los resultados fueron realizados por la misma terapeuta, lo que podría incrementar la posibilidad de sesgos de observación e interpretación clínica.

Finalmente, el presente estudio puede aportar evidencia clínica preliminar para futuras investigaciones, tomando en cuenta el carácter adaptativo de la ACT focalizada en trauma y las consideraciones propuestas por Harris (2021), al tratarse de un enfoque flexible, centrado en la persona y adaptable a los procesos de ACT, sin exigir una secuencia rígida de sesiones o técnicas. Por lo tanto, la integración entre análisis funcional, modelo trifásico de trauma y procesos de ACT podría representar una alternativa clínicamente útil para el abordaje de síntomas asociados al TEPT-C y otras manifestaciones relacionadas con el trauma interpersonal.

Aunque la paciente obtuvo una puntuación baja en el cuestionario ACE, presentó experiencias traumáticas interpersonales significativas durante la adultez, lo que sugiere que la sintomatología observada no puede atribuirse exclusivamente a factores de vulnerabilidad temprana. No obstante, se requieren estudios con diseños experimentales y muestras más amplias que permitan establecer con mayor precisión la efectividad de este enfoque terapéutico y los mecanismos específicos responsables del cambio clínico observado.

Referencias

Abu Mezyed, S., Abed, E. y Abu Zarga, D. (2025). The effectiveness of trauma-focused acceptance and commitment therapy in reducing symptoms of complex post-traumatic stress disorder: A single case study mixed method. *Humanities and Social Sciences, 13*(1), 67-84. https://doi.org/10.11648/j.hss.20251301.18

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

American Psychological Association. (2024). *Psychology topics: Trauma*. https://www.apa.org/topics/trauma

Arancibia, M., Leyton, F., Morán, J., Muga, A., Ríos, U., Sepúlveda, A. y Vallejo-Corea, V. (2022). Debriefing psicológico en eventos traumáticos agudos: Síntesis de la evidencia secundaria. *Medwave, 22*(1). https://doi.org/10.5867/medwave.2022.01.002538

Aranda, B. D. E., Álvarez, C. D., Hernández, R. L. y Ramírez, M. T. G. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada, 20*(1), 1-15. https://www.redalyc.org/journal/647/64739086026/html/

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM: *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

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

Ato-García, M. y Vallejo-Seco, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Ediciones Pirámide.

Bäärnhielm, S., Ramel, B., Theunis, E., Mijaljica, G., Dyster-Aas, J. y Arnberg, F. K. (2024). Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och komplex PTSD (CPTSD) [Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y TEPT complejo (TEPT-C): una actualización clínica]. *Läkartidningen, 121*, Artículo 23090.

Bean, R., Ong, C., Lee, J. y Twohig, M. (2017). Acceptance and commitment therapy for PTSD and trauma: An empirical review. *The Behavior Therapist, 40*(4), 145-150.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual para el Inventario de Depresión de Beck-II*. Psychological Corporation.

Bektaş-Aydın, C. y Yüksel-Şahin, F. (2025). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on post-traumatic stress symptoms, psychological inflexibility, and self-compassion in IPV survivor university women. *Journal of Interpersonal Violence, 41*(5-6), 1056-1084. https://doi.org/10.1177/08862605251318283

Benfer, N., Rogers, T. y Bardeen, J. (2020). Cognitive fusion potentiates the effect of maladaptive posttraumatic cognitions on posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science, 17*, 55-61. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.003

Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B. y Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(1), Article 25097. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097

Dindo, L., Van Liew, J. R. y Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics, 14*(3), 546–553. https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Fernández-Fillol, C., Perez-Garcia, M. y Hidalgo-Ruzzante, N. (2025). Psychometric properties of the ITQ for measuring ICD-11 complex PTSD in a Spanish sample of women survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1177/10778012251320585

Fernández-Rodríguez, F., Coto-Lesmes, F. y Martínez-Loredo, V. (2022). Psychological inflexibility, anxiety and depression: The moderating role of cognitive fusion, experiential avoidance and activation. *Psicothema, 34*(2), 240-248. https://doi.org/10.7334/psicothema2021.344

Fiorillo, D., McLean, C., Pistorello, J., Hayes, S. C. y Follette, V. M. (2017). Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(1), 104-113. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.01.001

Fountzilas, E., Tsimberidou, A. M., Vo, H. H. y Kurzrock, R. (2022). Clinical trial design in the era of precision medicine. *Genome Medicine, 14*(1), Article 101. https://doi.org/10.1186/s13073-022-01102-1

Fresno, A., Ramos Alvarado, N., Núñez, D., Ulloa, J. L., Arriagada, J., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Shevlin, M. y Karatzias, T. (2023). Initial validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a sample of Chilean adults. *European journal of psychotraumatology*, *14*(2), 2263313. https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2263313

Glass, R. (2022). *The blending of cognitive processing therapy and acceptance and commitment therapy to address trauma and PTSD* [Tesis doctoral, Widener University]. ProQuest Dissertations & Theses.

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

(NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry, 67*(2), 113-123. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186

Gutner, C. A., Galovski, T., Bovin, M. J. y Schnurr, P. P. (2016). Emergence of transdiagnostic treatments for PTSD and posttraumatic distress. *Current Psychiatry Reports, 18*(10), Artículo 95. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0734-x

Haering, S., Kooistra, M., Bourey, C., Chimed-Ochir, U., Doubková, N., Hoeboer, C., Lathan, E., Christie, H. y de Haan, A. (2024). Exploring transdiagnostic stress and trauma-related symptoms across the world: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 15*(1), Article 2318190. https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2318190

Hahn, C. K., Hahn, A. M., Simons, R. M., & Caraway, S. J. (2021). Women's perceived likelihood to engage in sexual risk taking: Posttraumatic stress symptoms and poor behavioral regulation. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(11–12), 5872–5883. https://doi.org/10.1177/0886260518802851

Harris, R. (2021). *Trauma-focused ACT: A practitioner's guide to working with mind, body, and emotion using acceptance and commitment therapy*. Context Press/New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152

Hitch, C., Leightley, D., Murphy, D., Trompeter, N. y Dymond, S. (2023). Acceptance and commitment therapy for co-occurring gambling disorder and posttraumatic stress disorder in veterans: A narrative review. *European Journal of Psychotraumatology, 14*(1), Article 2178203. https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2178203

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. y Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), e356-e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I. y Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 136*(3), 313-322. https://doi.org/10.1111/acps.12771

Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A. y Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 49*(11), 1761–1775. https://doi.org/10.1017/S0033291719000436

Kelly, M. M., Grigorian, H., Wolkowicz, N. R. y Zegel, M. (2025). Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 48*(3), 481-492. https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.02.006

Kelly, M. M., Reilly, E. D., Ameral, V., Richter, S. y Fukuda, S. (2022). A randomized pilot study of acceptance and commitment therapy to improve social support for veterans with PTSD. *Journal of Clinical Medicine, 11*(12), Article 3482. https://doi.org/10.3390/jcm11123482

Kendall-Tackett, K. (2019). Emerging findings on trauma in the military. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(4), 369-371. https://doi.org/10.1037/tra0000459

Kirsch Hiltz White, C. (2020). *Comparison study: Trauma-focused cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for trauma* [Tesis doctoral, Western Kentucky University]. Digital Commons. https://digitalcommons.wku.edu/diss/194

Lewin, R. K., Acuff, S. F., Berlin, K. S., Berman, J. S. y Murrell, A. R. (2023). Group-based acceptance and commitment therapy to enhance graduate student psychological flexibility: Treatment development and preliminary implementation evaluation. *Journal of American College Health, 71*(1), 162-171. https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1881522

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E. y Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), Artículo e1729633. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633

Loftus, S. T., Wetzler, K., Paquette, K., Christopherson, C. D., Skolnik, M. C. y Nelson, R. S. (2024). Group-based acceptance and commitment therapy for PTSD in a HMO psychiatry clinic: An open trial. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 54*(4), 327-334. https://doi.org/10.1007/s10879-024-09628-8

Mejía, C., Serna-Alarcón, V., Vilela-Estrada, M., Armada, J., Ubillus, M., Beraún-Barrantes, J., Álvarez-Risco, A., Del-Aguila-Arcentales, S., Davies, N. y Yáñez, J. (2024). Prevalence of post-traumatic stress disorder risk post COVID-19 in 12 countries in Latin America: A cross-sectional survey. *Frontiers in Public Health, 11*, Artículo e1302694. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1302694

Orozco, M. R., Vázquez, O. G., Rocha, J. E. B., Muñiz, R. C., Bernal, L. S. y García, A. M. (2022). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas. *Psicología y Salud, 32*(2), 313-324. https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2752

Phillips, M. A., Chase, T., Bautista, C., Tang, A. y Teng, E. J. (2020). Using acceptance and commitment therapy techniques to enhance treatment engagement in veterans with posttraumatic stress disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 84*(3), 264-277. https://doi.org/10.1521/bumc.2020.84.3.264

Powell, L. H., Freedland, K. E. y Kaufmann, P. G. (2021). *Behavioral clinical trials for chronic diseases*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39330-4

Rosas-Santiago, F. J., Rodríguez-Pérez, V., Hernández-Aguilera, R. D., & Lagunes-Córdoba, R. (2021). Factorial structure of Mexican version of the Beck Depression Inventory-II in general population of Mexican southeastern. *Salud Uninorte, 36*(2), 436–449. https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.85

Rosen, V., Ortiz, N. y Nemeroff, C. B. (2020). Double trouble: Treatment considerations for patients with comorbid PTSD and depression. *Current Treatment Options in Psychiatry, 7*, 258-274. https://doi.org/10.1007/s40501-020-00213-z

Roush, J., Brown, S., Mitchell, T. y Cukrowicz, K. (2019). Experiential avoidance, cognitive fusion, and suicide ideation among psychiatric inpatients: The role of thwarted interpersonal needs. *Psychotherapy Research, 29*(4), 514-523. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395923

Rowe-Johnson, M. K., Browning, B. y Scott, B. (2025). Effects of acceptance and commitment therapy on trauma-related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 17*(3), 668-675. https://doi.org/10.1037/tra0001785

Sánchez-Jáuregui, T., Téllez, A., Almaraz, D., Valdez, A., Hinojosa-Fernández, R., García-Balvaneda, H. y Juárez-García, D. M. (2023). Adverse Childhood Experiences in Mexico: Prevalence and Association with Sociodemographic Variables and Health Status. *Psychology in Russia: State of the Art*, *16*(2), 48–62. https://doi.org/10.11621/pir.2023.0204

Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta, 29*(124), 239–288.

Schramm, A., Pandya, K., Fairchild, A., Venta, A., deRoon-Cassini, T. y Shap, C. (2020). Decreases in psychological inflexibility predict PTSD symptom improvement in inpatient adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science, 17*, 102-108. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.007

Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo* (4.ª ed.). Trillas.

Spidel, A., Daigneault, I., Kealy, D. y Lecomte, T. (2019). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Investigating links between trauma severity, attachment and outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 47*(2), 230-243. https://doi.org/10.1017/S1352465818000413

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of trauma and guidance for trauma-informed approach*. https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884

Thakur, A., Choudhary, D., Kumar, B. y Chaudhary, A. (2022). A review on post-traumatic stress disorder (PTSD): Symptoms, therapies and recent case studies. *Current Molecular Pharmacology, 15*(3), 502–516. https://doi.org/10.2174/1874467214666210525160944

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Valdovinos, V. S., Juárez-Loya, A., Ramos-Lira, L., González-Forteza, C. y Valdez-Santiago, R. (2023). International Trauma Questionnaire (ITQ): Psychometric properties of the Spanish-language version in a clinical sample of Mexican women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 32*(6), 935–949. https://doi.org/10.1080/10926771.2023.2171828

Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M. y Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour Research and Therapy, 74*, 25-31. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012

Yamamoto-Furusho, J. K., Sarmiento-Aguilar, A., García-Alanis, M., Gómez-García, L. E., Toledo-Mauriño, J., Olivares-Guzmán, L., & Fresán-Orellana, A. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología, 41*(8), 477–482. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.05.009

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Artículo recibido: 31/07/2026
Artículo aceptado: 1/07/2025

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912