

**EFICACIA DE LAS TERAPIAS CONTEXTUALES EN
EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Talía Cabrera Díaz

Selenia del Carmen Coruña Hernández

Tutorizado por Pedro Benito Averó Delgado

Manuel Herrero Fernández

Curso Académico 2021-22

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Objetivos de la revisión.....	9
Método.....	10
Criterios de inclusión y exclusión.....	10
Fuentes de información y de búsqueda.....	10
Selección de los estudios.....	11
Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgos.....	11
Resultados.....	12
Selección de los estudios incluidos.....	12
Características de los estudios.....	13
Riesgo de sesgos.....	23
Discusión.....	25
Resumen de la evidencia.....	25
Limitaciones.....	28
Conclusiones.....	29
Referencias.....	30
Anexos.....	34
Anexo 1. Estrategias de búsqueda.....	34

Anexo 2. Criterios de selección.....	35
Anexo 3. Estudios excluidos y motivos de exclusión.....	36

Resumen

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es muy frecuente en la población de los veteranos de guerra, y sus síntomas repercuten gravemente en diferentes ámbitos de su vida diaria. Esta revisión teórica se centra en evaluar la eficacia de una terapia contextual denominada Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP) para reducir los síntomas del TEPT, concretamente, en la población mencionada. Para ello se han seleccionado seis ensayos clínicos aleatorizados en los que se compara el REBAP con el tratamiento habitual (TAU) o la terapia centrada en el presente (TCP). A partir de los datos encontrados se extrae que los mejores resultados se consiguen a través de la aplicación del REBAP.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático, reducción del estrés basada en atención plena, veteranos de guerra, eficacia, terapia centrada en el presente, tratamiento habitual.

Abstract

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a very common affliction in the war veterans population, and its symptoms have a serious impact on different areas of their daily lives. This theoretical review focuses on evaluating the efficacy of a contextual therapy called Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) to reduce PTSD symptoms, specifically, in the aforementioned population. To that end, six randomized clinical trials have been selected in which REBAP is compared with treatment as usual (TAU) or present-centered therapy (PCT). According to the data obtained, it is extracted that the best results are achieved through the application of REBAP.

Keywords: post-traumatic stress disorder, mindfulness-based stress reduction, war veterans, efficacy, present-centered therapy, treatment as usual.

Introducción

Uno de los problemas más prevalentes en la sociedad es el trastorno de estrés postraumático (TEPT), que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) se manifiesta como una respuesta tardía hacia un suceso estresante de naturaleza amenazante o catastrófica, cuya duración puede ser breve o duradera. Algunos ejemplos de eventos que pueden causar esta afección son los conflictos bélicos, las catástrofes naturales o producidas por el hombre, los accidentes graves o actos violentos como la violación o el terrorismo.

Según la American Psychiatric Association (APA, 2013) los criterios de este trastorno son la exposición a eventos traumáticos, ya sean reales o amenazas; los síntomas de intrusión vinculados al suceso tras vivirlo; la evitación constante de estímulos relacionados con el acontecimiento, y las alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo asociadas al hecho, así como en el nivel de alerta y reactividad.

A nivel neurológico, Shin et al. (2006) señalan que la evidencia sobre el TEPT revela que en las personas con este trastorno la amígdala tiene una mayor capacidad de respuesta, la corteza prefrontal medial una menor capacidad de respuesta y entre ambas regiones existe una relación funcional, además de que el volumen y la funcionalidad del hipocampo es disminuida al igual que sus neuronas, provocando así el deterioro de esta región.

Concretamente, una de las hipótesis sobre la adquisición, mantenimiento y extinción del TEPT, la plantea Mora et al. (2019) la cual postula que la codificación de la memoria se ve afectada por la disfunción del hipocampo y el papel que toma la neurogénesis en el proceso de separación de patrones. De este modo, no se codifican las pistas, señales o contextos similares de forma diferenciada, por lo que se acaban agrupando múltiples contextos y estímulos cuando en realidad son distintos. Esta codificación incorrecta tendría lugar mientras se realiza la neurogénesis, incrementándose el solapamiento de códigos de

distintos eventos cuanto más cerca en el tiempo tengan lugar. Esto explicaría por qué en el TEPT se generalizan experiencias nuevas inocuas con eventos previos aversivos.

Niles et al. (2012) afirman que en el caso de los veteranos de guerra con TEPT se observa que estos padecen dolencias psicosociales y de salud relacionadas con las experiencias vividas durante su servicio militar. Este colectivo de personas afirma que presentan dificultades en multitud de aspectos de su vida cotidiana, como el desempleo, las disparidades en los ingresos económicos, las relaciones con su familia y el incremento de la comorbilidad con otras condiciones. Existen casos en los que los síntomas de este diagnóstico contribuyen a tasas de suicidio preocupantes, especialmente si el trastorno coexiste con la depresión y la ideación suicida (Sher et al., 2012).

Para el tratamiento del TEPT en esta población las terapias que más se suelen utilizar son la terapia de exposición y la terapia de procesamiento cognitivo. Estas terapias han demostrado su efectividad en numerosos estudios, manteniéndose sus resultados incluso hasta 5 años después (Karlín et al., 2010). De acuerdo con Hayes et al. (2011) ambas terapias pertenecen a la segunda generación de terapias psicológicas, que se caracteriza por su corte cognitivo-conductual. Este tipo de terapias se centran en aspectos como el contenido, la validez, la frecuencia o la intensidad de los eventos psicológicos. Por otro lado, la siguiente generación de terapias, también conocida como la tercera ola, consiste en terapias contextuales. Estas se basan en los principios del cambio, y en ellas se trabajan aspectos como el contexto y la función de los eventos, enfocándose en los pensamientos, las sensaciones y las emociones.

Como bien expone Vallejo (2006), dentro de esta generación hay diferentes terapias que trabajan con la atención plena, también conocida como mindfulness en su idioma original. Esta se entiende como una conciencia plena, atenta y reflexiva que se centra en el presente con un carácter no valorativo. Es decir, se trata de observar la experiencia de una

manera contemplativa aceptándola tal cual se presenta, centrándose en el aquí y el ahora, e implicándose de una manera más plena en las actividades diarias. Los elementos de la atención plena son el foco en el presente, la apertura a la experiencia y los hechos, la aceptación radical, la elección activa de las experiencias y el hecho de que el individuo tiene que prescindir del control de sus reacciones, sentimientos y emociones para poder experimentarlas tal cual se dan.

Moscoso y Lengacher (2015) sugieren tres dimensiones del mindfulness en su investigación. La primera es el control y sostenibilidad de la atención, ya que la puesta en práctica de esta corriente suele iniciarse con la fijación de la atención en la respiración. Este ejercicio se realiza para darse cuenta de lo habituales que son las distracciones, y así trabajar su reconocimiento para volver a centrar la atención en la respiración. La respuesta de la relajación sería la segunda dimensión, pues la autorregulación del estrés crónico propicia su aprendizaje. En esta dimensión se puede observar como la relajación reduce el ritmo respiratorio, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y los niveles de cortisol. En último lugar está la tercera dimensión: la revaloración cognitiva de las emociones, que tiene lugar a medida que se progresa en la focalización de la respiración. Esta hace posible la modificación de la reacción emocional que acaba produciendo un estresor mediante su reinterpretación.

La reducción del estrés basada en la atención plena (REBAP), desarrollada por Kabat-Zinn (1990), es una de las terapias con el mindfulness como técnica principal más reconocidas. A lo largo de sus 8 semanas de duración se entrenan la atención plena, la meditación y los movimientos de Hatha yoga, también conocido como yoga consciente. Está conformada por una sesión inicial en la que se orienta sobre la terapia, una entrevista individual, 8 sesiones semanales presenciales y un día de retiro de meditación mindfulness. También han de realizarse por cuenta propia prácticas de entrenamiento con audios guiados, con el fin de integrar la atención plena en la vida diaria.

Esta terapia ha demostrado beneficios en diversos diagnósticos, tanto de salud mental como física, y una de sus características es que está diseñada, entre otras cosas, para mejorar la aceptación emocional, lo que puede ser útil para facilitar mejoras en los síntomas del TEPT (Bhatnagar, 2013).

Una de las ventajas del REBAP frente a otras terapias para la población de los veteranos de guerra es que presenta más beneficios aparte de la posibilidad de reducir los síntomas del TEPT, siendo algunos de ellos la reducción del estrés y el insomnio. Asimismo, en las investigaciones de los últimos años se ha demostrado su eficacia para tratar la depresión, trastorno que suele estar presente con frecuencia en los ex-soldados (Janssen et al., 2018).

Teniendo en cuenta los efectos beneficiosos del REBAP en diferentes ámbitos, se considera importante valorar la eficacia de esta terapia para tratar el TEPT en los veteranos de guerra. De este modo, esta población no solo vería reducidos los síntomas de este trastorno, sino que también aumentaría su calidad de vida.

Objetivos de la revisión

¿Es realmente eficaz la terapia de reducción del estrés basada en la atención plena (REBAP) para reducir la sintomatología del TEPT en veteranos de guerra?

Para responder la pregunta, esta revisión sistemática se centra exclusivamente en ECA en los que se evalúa el REBAP con personas cuya característica es ser veteranos de guerra con TEPT.

Método

Criterios de inclusión y exclusión

Diseño. En esta revisión se incluyen diversos ECA en los que los participantes se asignan al grupo de intervención o al grupo control de manera aleatorizada. Por otro lado, se excluyen estudios cuasiexperimentales, observacionales, revisiones y editoriales.

Población. Se incluyen personas de más de 18 años que hayan participado en guerras y que cumplan con diagnóstico de TEPT o tengan ya dicho diagnóstico, debido a su participación en dicha situación con claro potencial traumático. Se excluyen personas menores de 18 años, ya que por lo general, legalmente, la participación en una guerra no es posible por debajo de esta edad.

Intervención. Se incluyen estudios en los que un grupo recibe la intervención REBAP, que se lleva a cabo con sesiones grupales.

Comparador. Se incluyen estudios en los que el grupo comparador recibe terapia centrada en el presente (TCP) o tratamiento habitual (TAU).

Medidas de resultado. La principal medida de resultado de interés para esta revisión es la sintomatología del TEPT, para comprobar así su reducción. Solo se incluyeron estudios que utilizaron para ello instrumentos estandarizados, tanto para las medidas iniciales, como tras el tratamiento y para su seguimiento.

Fuentes de información y de búsqueda

La búsqueda de esta revisión sistemática se realizó en marzo de 2022. La estrategia utilizada para este objetivo fue la utilización del Punto Q (portal de búsqueda de información científica que proporciona la Universidad de La Laguna), a través del cual se utilizaron las bases de datos PsycInfo y PubMed (EBSCOhost).

La estrategia de búsqueda consistió en la combinación de los siguientes términos que engloban la terapia “MBSR” OR “Mindfulness Based Stress Reduction”; la población “veterans”; tipo de estudio “randomized” y la medida de resultado “PTSD”. Concretamente, se buscó en la base de datos PsycInfo y en PubMed las palabras "mbsr" or “mindfulness-based stress reduction" and "ptsd" and "veterans" and “randomized”. Estas palabras se buscaron en todo el texto. Por otro lado, los filtros utilizados en todas las búsquedas realizadas fueron con respecto a los años, seleccionando aquellos que se encontraran entre el año 2012 y 2022, por tanto, obteniendo estudios realizados en los últimos 10 años. Se utilizaron las bases de datos mencionadas concretamente porque en otras como PsycArticles no se encontraron artículos válidos para esta revisión.

Selección de los estudios

Para el proceso de selección se determinaron previamente los criterios de inclusión/exclusión que debían cumplir los estudios para esta revisión. Luego, se revisó el título y el abstract de cada estudio, lo que permitió elegir aquellos que de primeras resultaban válidos y se descartaron los que no. Una vez hecho esto, se leyeron los estudios válidos a texto completo con los mismos criterios con los que se comenzó y se descartaron aquellos que no fueran válidos nuevamente, quedando, finalmente, los estudios que se incluyen en la revisión.

Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgos

Una vez seleccionados los artículos con los que se iba a realizar la revisión se extrajeron los datos más relevantes y se vaciaron en una tabla, la cual incluía información como título del artículo, autores, año, características de la población, grupo de intervención,

grupo comparador, criterios de inclusión/exclusión, medidas de resultado y los instrumentos con los que se midieron, conclusiones del estudio y limitaciones.

En cuanto a la evaluación del riesgo de sesgo, este se llevó a cabo con la Herramienta de la Colaboración Cochrane para la evaluación del riesgo de sesgo (Higgins, Altman y Sterne, 2011). En esta herramienta se evalúa este tipo de riesgo con valores de “alto riesgo”, “bajo riesgo” o “riesgo poco claro”. Para ello se valora si en los artículos están presentes el sesgo de selección, el sesgo de realización, el sesgo de detección, el sesgo de notificación, el sesgo de desgaste y otros tipos de sesgos.

Los procedimientos de selección, extracción de datos y evaluación del riesgo de sesgos se llevaron a cabo por las dos revisoras.

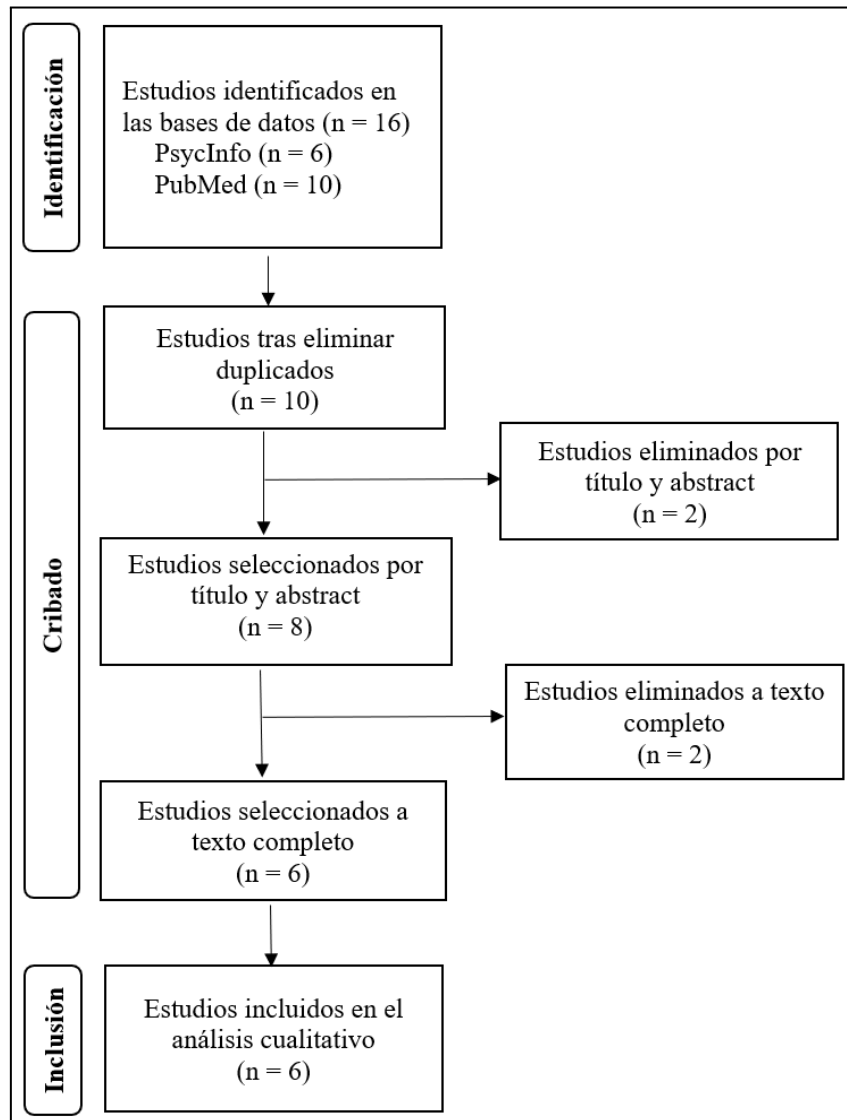
Resultados

Selección de los estudios incluidos

El resultado de la primera fase de la búsqueda, la identificación, fue de 16 artículos. De ellos, 6 fueron encontrados en la base de datos PsycInfo, y los 10 restantes en PubMed. De estos artículos iniciales hubo que eliminar 6, porque estaban duplicados. Tras este paso se eliminaron 2 artículos después de leer el abstract, y el resto fueron leídos a texto completo. Al finalizar la lectura se eliminaron 2 artículos debido a que no cumplían los criterios de la revisión. De este modo, la cifra final de estudios seleccionados fue de 6. A continuación se presenta la Figura 1, consistente en un diagrama de flujo que refleja el proceso aquí descrito.

Figura 1.

Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios



Características de los estudios

Esta revisión consta de 6 ensayos controlados aleatorizados, en los que la muestra son veteranos de guerra con diagnóstico de TEPT, pudiendo ser, concretamente, según el estudio, un diagnóstico de TEPT crónico o completo o subumbral. Los veteranos de los estudios

habían participado en guerras como la de Vietnam, Irak, Afganistán, la Primera Guerra del Golfo o en otras que no se especificaron. Además, en todos los artículos, la muestra es predominantemente o únicamente masculina, donde la etnia es mayoritariamente caucásica (aunque se incluyen más tipos) y la edad es de 18 en adelante.

En cuanto a los grupos de terapia con los que se realizan los estudios, todos tienen en común que el grupo de intervención recibe terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP). Por otro lado, el grupo de control, según el estudio, podía recibir tratamiento habitual (TAU) o la terapia centrada en el presente (TCP). En esta última terapia los participantes acuden a sesiones grupales enfocadas en el presente, en las que se normalizan los síntomas del TEPT a través del apoyo mutuo y se intercambian experiencias con otros veteranos. Esta terapia fue la que se aplicó al grupo control en cuatro de los estudios (Bremner et al., 2017; Davis et al., 2019; Kang et al., 2021; Polusny et al., 2015). Sin embargo, en dos de ellos (Kearney et al., 2013; Possemato et al., 2016) al grupo control se le administraba TAU, así como al grupo de intervención, al que se le aplicó REBAP y TAU. En el estudio de Kearney et al. (2013) el TAU consistió en sesiones de psicoterapia individuales y grupales, además de tratamientos para el consumo de sustancias. En cuanto a la investigación de Possemato et al. (2016) el TAU engloba las medicaciones prescritas por los doctores, como las benzodiazepinas, así como terapias psicológicas de duración breve.

A lo que se refiere a la igualdad entre grupo de intervención y control al inicio, no hubieron diferencias clínicas ni demográficas significativas entre ellos en ninguno de los estudios, exceptuando el estudio de Polusny et al. (2015), en el que hubo desequilibrio en cuanto a la etnia, sexo y además, en el grupo de REBAP habían más participantes que informaban de trauma sexual y que tenían mayor gravedad en los síntomas de TEPT en la línea base, pero que no interfirieron en los resultados. En el estudio de Kearney et al. (2013),

en el grupo de control hubo mayor proporción de participantes con prescripción de benzodiazepinas.

En general, el tamaño de los grupos aleatorizados fue pequeño, exceptuando el estudio de Davis et al. (2019), en el que el tamaño era más adecuado, pero la tasa de deserción fue muy alta. En el estudio de Possemato et al. (2016), además de tener un tamaño de la muestra pequeño, tuvieron una baja finalización del tratamiento (los participantes optaron por no asistir nunca a ninguna sesión de REBAP).

En cuanto a la duración de la terapia, en todos los estudios (Bremner et al., 2017; Davis et al., 2019; Kang et al., 2021; Kearney et al., 2013; Polusny et al., 2015) la duración de la terapia fue de 8 semanas, exceptuando uno (Possemato et al., 2016) donde fue de 4 semanas. Aunque este último tuvo una duración más reducida, los resultados siguieron siendo positivos, demostrando la eficacia de la REBAP en los veteranos que formaron parte de la muestra. En cuanto a los estudios en los que la terapia REBAP dura 8 semanas, todos ellos cumplen con la estructura del REBAP: 8 sesiones semanales grupales de como mínimo 1 hora y media y 1 sesión de 6 horas en la que se hace un día de retiro de mindfulness.

Pasando a los criterios establecidos, en todos los estudios se comparte el criterio de inclusión más importante, que es el diagnóstico de TEPT, ya sea crónico, total o subumbral. En algunos de ellos (Bremner et al., 2017; Kang et al., 2021; Polusny et al., 2015) también se tiene en cuenta que no se tomen medicaciones psicotrópicas previamente a la intervención.

En los estudios se consideran como criterios de exclusión los siguientes aspectos: trastorno psicótico presente o pasado, tendencias suicidas actuales, drogodependencia y/o alcoholismo, deterioro cognitivo o trastorno cognitivo severo (demencia o traumatismos cerebrales). En varios de ellos, (Davis et al., 2019; Kang et al., 2021; Polusny et al., 2015; Possemato et al., 2016) también era un criterio de exclusión el que estuvieran recibiendo en ese momento otra psicoterapia.

Las pruebas que se utilizaron para evaluar las medidas de resultado fueron variadas, pero en general los instrumentos usados para evaluar los síntomas de TEPT fueron la Lista de Verificación de TEPT (PCL, Weathers et al., 1993) y la escala para el trastorno por estrés postraumático administrada por el clínico (CAPS, Blake et al., 1990). Para la depresión la prueba más utilizada fue el Cuestionario para la Salud del Paciente - 9 (PHQ-9, Kroenke et al., 2001), mientras que para medir las facetas de la atención plena se empleó el Five Facet Mindfulness Questionnaire (MMFQ, Baer et al., 2006).

Tabla 1*Características y principales conclusiones de los estudios concluidos*

Autores/as y año	Población	Intervención y comparador	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Bremner, J.; Mishra, S.; Campanella, C.; Shah, M.; Kasher, N.; Evans, S.; Fani, N.; Shah, A.; Reiff, C.; Davis, L.; Vaccarino, V. y Carmody, J., 2017.	Veteranos de guerra n= 26	Grupo de intervención: REBAP Grupo comparador: TCP	TEPT Respuesta de la región prefrontal del cerebro hacia el estrés	CAPS (Blake et al., 1990) FACIT-Sp (Peterman et al., 2002) FFMQ (Baer et al., 2006) PET	Se redujeron los síntomas de TEPT tras el tratamiento y en el seguimiento tras 6 meses. Mejóro la capacidad de mindfulness y el área prefrontal del cerebro, encargada de afrontar el estrés ante recuerdos traumáticos.

Autores/as y año	Población	Intervención y comparador	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Davis, L.; Whetsell, C.; Hamner, M.; Carmody, J.; Rothbaum, B.; Allen, R.; Bartolucci, A.; Southwick, S. y Bremner, J., 2019.	Veteranos de guerra n= 214	Grupo de intervención: REBAP Grupo comparador: TCP	TEPT	CAPS-IV (Blake et al., 1990) FFMQ (Baer et al., 2006) PCL (Weathers et al., 1993) PHQ-9 (Kroenke et al., 2001)	Ambos grupos tuvieron mejoras significativas en el TEPT, sin diferencias entre ellos, difiriendo sólo el grupo de intervención tras la intervención al medirse únicamente con el PCL. Al medirse con el CAPS (Blake et al., 1990) no tuvieron diferencias.

Autores/as y año	Población	Intervención y comparador	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Kang, S.; Sponheim, S. y Lim, K., 2021.	Veteranos de guerra n= 104	Grupo de intervención: REBAP Grupo comparador: TCP	TEPT Medidas electroencefalográficas de los resultados neuronales.	EEG PCL (Weathers et al., 1993)	En comparación con el grupo control, el grupo REBAP tuvo mayores mejoras en los síntomas del TEPT. Las funciones neuronales interoceptivas mejoradas por REBAP parecen ser un mecanismo cerebral primario que mejora los síntomas del TEPT.

Autores/as y año	Población	Intervención y comparador	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Kearney, D.; McDermott, K.; Malte, C.; Martinez, M. y Simpson, T., 2013.	Veteranos de guerra n= 47	Grupo intervención: TAU y REBAP Grupo comparador: TAU	TEPT Depresión Calidad de vida relacionada con la salud mental Consciencia Activación conductual	BADs (Kanter et al., 2007) FFMQ (Baer et al., 2006) LEC (Gray et al., 2004) PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) PLC-C (Weathers et al., 1993) SF-8 (Ware et al., 2001)	En el grupo de intervención mejoró la calidad de vida relacionada con la salud mental tras el tratamiento pero el efecto disminuyó a los 4 meses. Sin embargo, no se observó un efecto significativo del REBAP en los síntomas del TEPT.

Autores/as y año	Población	Intervención y comparador	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Polusny, M., Erbes, C., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G., Collins, R., Rodman, J. y Lim, K., 2015.	Veteranos de guerra n= 116	Grupo de intervención: REBAP Grupo comparador: TCP	TEPT Depresión Calidad de vida Habilidades de atención plena Cambio en la gravedad de los síntomas de TEPT	CAPS (Blake et al., 1990) CEQ (Devilley et al., 2000) FFMQ (Baer et al., 2006) LEC (Gray et al., 2004) PCL (Weathers et al., 1993) PHQ-9 (Kroenke et al. 2001) WHOQOL-BREF (OMS, 1996)	El grupo de intervención tuvo una mayor disminución en la gravedad de síntomas de TEPT, pero la magnitud de la mejora sugiere un efecto modesto.

Autores/as y año	Población	Intervención y comparador	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Possemato, K.; Bergen-Cico, D.; Treatman, S.; Allen, C.; Wade, M. y Pigeon, W., 2016.	Veteranos de guerra n= 62	Grupo de intervención: REBAP (versión reducida de 4 semanas) Grupo comparador: TAU	TEPT Depresión	CAPS (Blake et al., 1990) FFMQ (Baer et al., 2006) MAAS (Brown et al., 2003) PCL-S (Weathers et al., 1993) PHQ-9 (Kroenke et al., 2001)	La severidad del TEPT disminuyó en ambos grupos, pero en la de intervención fue una mejoría significativamente más grande que se mantuvo en el seguimiento de 2 meses. Además, en este grupo también disminuyó la severidad de la depresión.

Nota: BADS: Behavioral Activation for Depression Scale; CEQ: Credibility/Expectancy Questionnaire; CAPS: Clinician-Administered PTSD Scale; CAPS-IV: Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV; EEG: Electroencefalograma; FACIT-Sp: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale; FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire; LEC: Life Events Checklist; MAAS: Mindful Attention Awareness Scale; PLC-C: PTSD Checklist-Civilian version; PCL-S: PTSD Checklist-Specific; PET: Tomografía por emisión de positrones; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; SF-8: Short Form-8; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life–Brief.

Riesgo de sesgos

Los resultados de esta evaluación con la Herramienta de Colaboración de Cochrane se ven reflejados en la Tabla 2, que está al final de este apartado.

En el sesgo de selección se encuentra que cinco estudios tienen poco riesgo, ya que en ellos se especifica que se realizó el ocultamiento de la asignación, así como el modo en el que se generó la secuencia de la selección, generalmente por el método de aleatorización por bloques. Sin embargo, el estudio de Bremner et al. (2017) no tiene un riesgo bajo del todo, porque aunque sí se describe la generación de la secuencia no se aclara si se ocultó la asignación.

En cuanto al sesgo de realización, casi todos ellos tienen un riesgo poco claro porque no presentan información sobre el cegamiento de participantes y del personal, salvo el estudio de Possemato et al. (2016). Se valora que este tiene poco riesgo porque se especifica que se cegó al personal de investigación que realizó las evaluaciones de seguimiento.

Pasando al sesgo de detección, tres de los estudios (Davis et al., 2019; Kang et al., 2021; Polusny et al., 2015), son valorados con un bajo riesgo. Estos estudios declaran que los evaluadores no conocían la condición de los componentes de la muestra al evaluar, por lo que se confirma el cegamiento de las personas evaluadoras del resultado. Mientras tanto, otros tres estudios (Bremner et al., 2017; Kearney et al., 2013; Possemato et al., 2016) tienen un valor poco claro debido a la falta de información.

Con respecto al sesgo de desgaste, el único estudio que presenta un alto riesgo es el de Davis et al. (2019) frente a los demás con poco riesgo, debido a que faltó evaluar a una persona en el apartado de los síntomas de TEPT. Esto ocurrió por la falta de disponibilidad de un evaluador.

Para finalizar con la evaluación de riesgos, se determina que todos los estudios tienen un riesgo poco claro tanto en el sesgo de notificación como en la presencia de otros tipos de sesgos, puesto que en ninguno de los artículos se menciona este aspecto.

Tabla 2

Resumen del riesgo de sesgos de los estudios incluidos

	Bremner et al., 2017	Davis et al., 2019	Kang et al., 2021	Kearney et al., 2013	Polusny et al., 2015	Possemato et al., 2016
Generación de la Sesgo de selección	-	-	-	-	-	-
Ocultamiento de la asignación	?	-	-	-	-	-
Cegamiento de realización y del personal	?	?	?	?	?	-
Cegamiento de personas detección del resultado	?	-	-	?	-	?

		Bremner et al., 2017	Davis et al., 2019	Kang et al., 2021	Kearney et al., 2013	Polusny et al., 2015	Possemato et al., 2016
Sesgo de desgaste	Datos de resultados incompletos	-	+	-	-	-	-
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de los resultados	?	?	?	?	?	?
Otros sesgos	Otras fuentes de sesgo	?	?	?	?	?	?

Nota: +: alto riesgo; -: bajo riesgo; ?: riesgo poco claro.

Discusión

Resumen de la evidencia

Se ha hecho una revisión sobre la eficacia de la terapia REBAP para el trastorno de estrés postraumático en veteranos de guerra, la cual incluye 6 ensayos controlados aleatorizados realizados en EE.UU., en los que la terapia REBAP se compara con terapia centrada en el presente (TCP) o con tratamiento habitual (TAU) en una muestra que se caracteriza por ser veteranos de guerra con TEPT.

En lo que respecta a los resultados, todos los estudios han mostrado mejoras significativas en los síntomas del TEPT con la terapia de REBAP y estas mejoras en comparación con el grupo control (con terapia centrada en el presente o con TAU) han sido

significativamente mayores. A excepción de un estudio (Davis et al., 2019) en el que ambos grupos tuvieron mejoras significativas en la sintomatología del TEPT, pero no hubieron diferencias entre ellos al medirse con el CAPS IV, aunque sí difirieron entre ellos al medirse con la Lista de Verificación del TEPT autoinformada (PCL), donde el grupo de intervención tuvo mayores mejoras y el estudio de Kearney et al. (2013), en el que no se encontraron mejoras significativas. Además, en lo que se refiere al mantenimiento de las mejoras (seguimiento) en cuatro de los estudios (Bremner et al., 2017; Kang et al., 2021; Polusny et al., 2015; Possemato et al., 2016), las mejoras encontradas en el grupo de intervención se mantuvieron y fueron mayores que el grupo control tras el seguimiento, aunque en dos de ellos (Kang et al., 2021; Polusny et al., 2015) el seguimiento se hizo tras un intervalo corto de tiempo. Por otro lado, en el estudio de Davis et al. (2019) ambos grupos mantenían ciertas mejoras pero no diferían y en el estudio de Kearney et al. (2013) no se encontró un efecto positivo en el seguimiento.

Las investigaciones que se incluyen en esta revisión tienen varias limitaciones metodológicas. En primer lugar, cuatro de los estudios tienen un tamaño de la muestra pequeño, por lo que el poder estadístico de estos puede tener limitaciones (Bremner et al., 2017; Kearney et al., 2013; Polusny et al., 2015; Possemato et al., 2016).

Por otro lado, en cuanto a la aleatorización, sólo en el estudio de Possemato et al. (2016) se cambió la proporción de la aleatorización a mitad del estudio, aunque se realizó para evitar el problema de la baja participación en la condición experimental, aumentando así el poder de detectar diferencias. Hay que añadir, que en el caso del estudio de Polusny et al. (2015), los grupos diferían con respecto a la gravedad de los síntomas de TEPT, siendo más graves en el grupo de intervención, por lo que esto puede haber influido en los resultados.

Asimismo, en la mitad de los estudios puede haber influido en los resultados el que el grupo de intervención tuviera más contacto y atención con el proveedor de la terapia que el grupo control, ya sea porque aparte de la terapia REBAP recibieron TAU, como es en el caso de dos estudios (Kearney et al., 2013; Possemato et al., 2016) o porque la duración de las sesiones fue mayor en el grupo de intervención que en el grupo control como es en el caso del estudio de Polusny et al. (2015). Por otro lado, en el estudio de Davis et al. (2019), la duración de las sesiones de REBAP fue menor para que el contacto con el proveedor de las terapias fuera igual en ambos grupos y evitar así su influencia, pero de esta manera, la terapia REBAP no se aplicó como en su formato original, al igual que en el estudio de Possemato et al. (2016), en el que el programa constaba de 4 sesiones.

Añadir, que en el estudio de Davis et al. (2019), hubo una alta tasa de deserción y en el de Possemato et al. (2016) una baja participación, ambos en el grupo de intervención.

Además, en tres de los estudios (Bremner et al., 2017; Kang et al., 2021; Polusny et al.; 2015) no se controlan o no se descarta la posible influencia de factores no relacionados con las terapias en los resultados.

Por último, en cuanto a la generalización de los resultados debemos apuntar que al tener una muestra predominantemente masculina o exclusivamente masculina en todos los estudios de esta revisión, no se pueden generalizar los resultados a mujeres veteranas con TEPT. Como esta revisión se centra en la población de veteranos de guerra con TEPT, tampoco se pueden generalizar a otra población con TEPT que no sea esta. Además, en el estudio de Bremner et al. (2017), no se pueden generalizar los resultados a otras poblaciones con TEPT, ya que la muestra utilizada es de veteranos de los conflictos de Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom (OIF/OEF) únicamente y en el estudio de Polusny et al. (2015) no se pueden generalizar los resultados incluso a veteranos de otras áreas o etnias,

ya que la muestra en este caso era predominantemente de etnia blanca y de un área concreta de la era de Vietnam.

Tabla 3

Resumen eficacia de la Terapia REBAP en comparación con otras incluidas en la revisión.

	REBAP -TCP	REBAP -TAU
Bremner et al. (2017)	Si.	-
Davis et al. (2019)	=	-
Kang et al. (2021)	Si.	-
Kearney et al. (2013)	-	No.
Polusny et al. (2015)	Si.	-
Possemato et al. (2016)	-	Si.

Nota: REBAP-TCP: Terapia REBAP en comparación con Terapia Centrada en el Presente.

REBAP-TAU: Terapia REBAP en comparación con Tratamiento Habitual. -: El estudio no

trabajo con esa terapia comparadora. Si: la terapia REBAP fue eficaz y más que la terapia con

la que se le compara. No: la terapia REBAP no fue eficaz. = ambas terapias fueron

significativamente igual de eficaces.

Limitaciones

La principal limitación encontrada al realizar la revisión fue la reducida cantidad de ensayos clínicos aleatorizados que cumplieran nuestros criterios de homogeneización. Del mismo modo, algunos de estos ensayos tienen características como una muestra pequeña, lo que dificulta la generalización de los resultados sobre la eficacia del REBAP.

Otra limitación fue que en el análisis de los resultados no se utilizaron variables cuantitativas, sino cualitativas, por lo que los datos no se pudieron visualizar numéricamente. En cuanto a las fuentes de búsqueda, no se utilizaron todas, sólo las que proporciona el servicio de la Universidad de La Laguna. Además, todos los estudios elegidos están en inglés, lo que hace que la revisión no sea diversa en cuanto a la cantidad de idiomas.

Conclusiones

Aunque en uno de los estudios no se haya encontrado mejoría (Kearney et al., 2013) y en otro (Davis et al., 2019) las disminuciones significativas de los síntomas del TEPT sólo diferían del grupo control al medirse con la prueba PCL tras la terapia y no en el seguimiento, estos resultados de ambos estudios se pueden haber visto influenciados tanto por factores ajenos a la terapia como por las limitaciones metodológicas expuestas anteriormente. Esto, sumado a que la mayoría de estudios sí que encontraron resultados favorables significativos, nos hace llegar a la conclusión de que la terapia REBAP sí es eficaz para disminuir la gravedad de los síntomas del TEPT en veteranos de guerra.

Para afianzar la eficacia de esta terapia sería recomendable que se realizaran más ECA sobre la eficacia del REBAP en el TEPT sobre esta población, preferiblemente con una muestra de mayor magnitud y más heterogénea, donde se incluyan distintas etnias y localizaciones, y además, haya una mayor representación femenina. Además, al llevar a cabo esta revisión se observó que no se han hecho estudios de esta terapia en veteranos de guerra españoles, por lo que sería aconsejable que se efectuaran con esta muestra para estandarizar los resultados en nuestra cultura.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi: <https://doi.org/dj5sc9>
- Bhatnagar, R., Phelps, L., Rietz, K., Juergens, T., Russell, D., Miller, N. y Ahearn, E. (2013). The effects of mindfulness training on post-traumatic stress disorder symptoms and heart rate variability in combat veterans. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(11), 860-861. doi: <https://doi.org/hzmr>
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D. y Keane, T. (1990). A Clinical rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behaviour Therapist*, 13, 187-188.
- Bremner, J., Mishra, S., Campanella, C., Shah, M., Kashner, N., Evans, S., Fani, N., Shah, A. J., Reiff, C., Davis, L., Vaccarino, V. y Carmody, J. (2017). A Pilot Study of the Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Brain Response to Traumatic Reminders of Combat in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 8, Article 157. doi: <https://doi.org/gbwccr>
- Brown, K. y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822-848. doi: <https://doi.org/cr2652>
- Davis, L., Whetsell, C., Hamner, M., Carmody, J., Rothbaum, B., Allen, R., Bartolucci, A., Southwick, S. y Bremner, J. (2019). A multisite randomized controlled trial of

- mindfulness-based stress reduction in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 1(2), 39-48. doi: <https://doi.org/hzms>
- Deville, G. y Borkovec, T. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 31(2), 73-86. doi: <https://doi.org/dmnhvk>
- Gray M., Litz B., Hsu J. y Lombardo T. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11, 330-341. doi: <https://doi.org/bbz9gz>
- Hayes, S., Villatte, M., Levin, M. y Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7, 141-168. doi: <https://doi.org/brsst6>
- Higgins, J., Altman, D. y Sterne, J. (2011). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. En Higgins, J. y Green, S. (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 5.1.0 (updated March 2011)* (pp. 197-255). The Cochrane Collaboration.
- Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., van der Heijden, B. y Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PLOS one*, 13(1), artículo e0191332. doi: <https://doi.org/gcvq97>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living : using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Books.
- Kang, S., Sponheim, S. y Lim, K. (2021). Interoception Underlies Therapeutic Effects of Mindfulness Meditation for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. doi: <https://doi.org/hzmt>
- Kanter, J., Mulick, P., Busch, A., Berlin, K. y Martell, C. (2007). The Behavioral activation for depression scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, 29, 191-202. doi:
<https://doi.org/b23r6w>

Karlin, B., Ruzek, J., Chard, K., Eftekhari, A., Monson, C., Hembree, E., Resick, P. y Foa, E. (2010). Dissemination of evidence-based psychological treatments for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *Journal of traumatic stress*, 23(6), 663-673. doi: <https://doi.org/d63bz4>

Kearney, D., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M. y Simpson, T. (2013). Effects of participation in a mindfulness program for veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot study. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 14-27. doi: <https://doi.org/f4hz3j>

Kroenke, K., Spitzer, R. y Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *The Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. doi: <https://doi.org/btcq9f>

Mora-Gallegos, A., Obando-Taylor, J., Morales-Fallas, J. y Vargas San Gil, M. (2019). Neurogénesis cerebral, socialización del miedo y farmacología implicada en el trastorno de estrés postraumático: evidencia de investigación en animales y humanos. *eNeurobiología*, 10(24), artículo 3.

Moscoso, M. y Lengacher, C. (2015). Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en mindfulness. *Liberabit*, 21(2), 221-233.

Niles, B., Klunk-Gillis, J., Ryngala, D., Silberbogen, A., Paysnick, A. y Wolf, E. (2012). Comparing mindfulness and psychoeducation treatments for combat-related PTSD using a telehealth approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 538-547. doi: <https://doi.org/fn8r4t>

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.

- Organización Mundial de la Salud (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. World Health Organization.
- Peterman, A., Fitchett, G., Brady, M., Hernandez, L. y Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of behavioral medicine*, 24(1), 49-58. doi: <https://doi.org/dkc8x4>
- Polusny, M., Erbes, C., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G., Collins, R., Rodman, J. y Lim, K. (2015). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 314(5), 456-465. doi: <https://doi.org/ggqqfv>
- Possemato, K., Bergen-Cico, D., Treatman, S., Allen, C., Wade, M. y Pigeon, W. (2016). A randomized clinical trial of primary care brief mindfulness training for veterans with PTSD. *Journal of clinical psychology*, 72(3), 179-193. doi: <https://doi.org/ghvc22>
- Sher, L., Braquehais, M. y Casas, M. (2012). Posttraumatic stress disorder, depression, and suicide in veterans. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 79(2), 92-97. doi: <https://doi.org/fzxcpp>
- Shin L., Rauch S. y Pitman R. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 67-79. doi: <https://doi.org/dzkxfk>
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Ware J., Kosinski M., Dewey J. y Gandek B. (2001). *How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 Health Survey*. QualityMetric.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. y Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility* [Sesión de conferencia]. 9th Annual Conference of the ISTSS, San Antonio, Texas, Estados Unidos.

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

PsycInfo

TX ((“mbsr” OR “mindfulness based stress reduction”) AND (“veterans” OR “military veterans”)) AND (“ptsd” OR “posttraumatic stress disorder”) **Filtro:** tipo de fuentes (ensayos clínicos), idiomas (inglés, español), fecha de publicación (2012-2022)

PubMed

(((veterans[Title/Abstract]) AND (mbsr[Title/Abstract])) OR (mindfulness based stress reduction[Title/Abstract])) AND (ptsd[Title/Abstract]) OR (posttraumatic stress disorder[Title/Abstract]) OR (post-traumatic stress disorder[Title/Abstract]) **Filters:** Randomized Controlled Trial, English, Spanish

Anexo 2. Criterios de selección**Población:**

- Veteranos de guerra con Trastorno por Estrés Post-Traumático

Intervención:

- Reducción del estrés basada en la atención plena

Comparador:

- Tratamiento habitual
- Terapia centrada en el presente

Medidas de resultado:

- Síntomas del Trastorno por Estrés Post-Traumático

Anexo 3. Estudios excluidos y motivos de exclusión

Referencia del estudio	Motivo de exclusión
<p>Bergen-Cico, D., Possemato, K. y Pigeon, W. (2014). Reductions in cortisol associated with primary care brief mindfulness program for veterans with PTSD. <i>Medical care</i>, 52(12), 25-31.</p>	<p>Medida de resultado</p>
<p>Cole, M., Muir, J., Gans, J., Shin, L., D'Esposito, M., Harel, B. y Schembri, A. (2015). Simultaneous treatment of neurocognitive and psychiatric symptoms in veterans with post-traumatic stress disorder and history of mild traumatic brain injury: A pilot study of mindfulness-based stress reduction. <i>Military medicine</i>, 180(9), 956-963.</p>	<p>Diseño</p>
<p>Kearney, D., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M. y Simpson, T. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. <i>Journal of clinical psychology</i>, 68(1), 101-116.</p>	<p>Diseño</p>
<p>Omidi, A., Mohammadi, A., Zargar, F. y Akbari, H. (2013). Efficacy of mindfulness-based stress reduction on mood states of veterans with post-traumatic stress disorder. <i>Archives of Trauma Research</i>, 1(4), 151-154.</p>	<p>Medida de resultado</p>