

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sin Exposición para el tratamiento del Trastorno de
Pánico

DERLY JOHANNA TOQUICA ORJUELA

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Psicología Clínica

Director

Docente Investigador Francisco José Ruiz Jiménez

Co – Directora

Docente Ángela María Henao Gallego

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Facultad de Psicología

Programa de Maestría en Psicología Clínica

Bogotá, D.C.

2019

Agradezco a:

Mis padres, hermana, amigos, docentes y compañeros, ya que estuvieron allí para apoyarme, alentarme y en algunos momentos contener todas las emociones que derivaron de este producto. Principalmente agradezco a Dios por ser el soporte, esa energía que me mantenía con Fe y esperanza en que lo podría lograr, por darme la sabiduría y la paciencia para no desfallecer.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Marco teórico y empírico.....	6
Trastorno de pánico.....	6
Intervenciones psicológicas.....	9
Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	9
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	10
Protocolo de la Terapia de Aceptación y Compromiso centrado en el pensamiento negativo repetitivo.....	13
Aspectos metodológicos.....	14
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Variables.....	14
Variable independiente.....	14
Variable dependiente.....	15
Síntomatología emocional.....	15
Preocupación y rumia.....	16
Actividades vinculadas a valores.....	16

Hipótesis.....	16
Hipótesis alternativa.....	16
Hipótesis nula.....	17
Método.....	17
Diseño.....	17
Participantes.....	17
Instrumentos.....	18
Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ – II; Bond et al., 2011): validación en Colombia de Ruiz et al., 2016.....	19
Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014; validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández y Gillanders, 2017).....	19
Depression, Anxiety, and Stress Scales–21 (DASS-21; Antony, Bieling, Cox, Enns y Swinson, 1998; validación en Colombia de Ruiz, García-Martín, Suárez-Falcón y Odriozola-González, 2017).....	19
Penn State Worry Questionnaire – II (PSWQ – II; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990: validación en Colombia por Ruiz, Monroy-Cifuentes y Suárez-Falcón, en prensa).....	20
Entrevista diagnóstica M.I.N.I.....	20
Values Questionnaire (VQ; Smout, Davies, Burns & Christie 2014; validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández & Gil-Luciano, presentado).....	20
Autorregistro.....	21
Procedimiento.....	21

Fase 1.....	21
Adaptación del protocolo de intervención y entrenamiento al investigador.....	21
Fase 2.....	22
Reclutamiento de participantes.....	22
Fase 3.....	22
Entrevista de selección de participantes.....	22
Fase 4.....	22
Recolección de datos de línea de base.....	22
Fase 5.....	22
Aplicación del protocolo de intervención.....	22
Fase 6.....	23
Cierre de la investigación.....	23
Consideraciones éticas.....	23
Resultados.....	24
Análisis de resultados.....	25
Discusión.....	29
Referencias.....	33
Apéndices.....	46
Apéndice A. Autorregistro.....	46
Apéndice B. Consentimiento informado.....	47

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 – Datos demográficos, desencadenantes de la rumia/preocupación, estrategias de evitación experiencial.....	18
TABLA 2 – Resultados del análisis JZS + AR y cambio clínicamente significativo por por cada participante y medidas.....	27
TABLA 3 – Diferencia de medias estandarizadas comparables al diseño.....	29

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Puntuaciones en AAQ-II, DASS-21 y VQ para cada participante.....	25
FIGURA 2 – Puntuaciones en CF y PSWQ-11 para cada participante.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS

AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire – II
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
APA	American Psychological Association
BAR	Factor Bayes
CSC	Cambio clínicamente significativo
CFQ	Cognitive Fusion Questionnaire
DASS-21	Depression, Anxiety, and Stress Scales–21
IC	Índice de confianza
LB	Línea de Base
MINI	International Neuropsychiatric Interview
PSWQ-II	Penn State Worry Questionnaire – II
RFT	Teoría del Marco Relacional
TCC	Terapia cognitivo conductual
VQ	Values Questionnaire

Resumen

El presente estudio investigó la eficacia de un protocolo breve de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sin Exposición de cinco (5) sesiones en personas que cumplían con los criterios diagnósticos para el Trastorno de Pánico ($N = 5$) utilizando un diseño de línea de base múltiple no concurrente, aleatorizada entre participantes. Dos de los participantes mostraron una línea de base con tendencia de mejora y fueron excluidos del análisis estadístico; los restantes participantes evidenciaron tamaños del efecto grande en las medidas AAQ-II, DASS-21/Depresión, DASS-21/Ansiedad, DASS-21/Estrés, DASS-21/Total, VQ/Obstrucción, CFQ y PSWQ-11 ($>0,80$), a excepción del VQ/Progreso que evidencia ausencia de efecto del tratamiento ($<0,2$). Se discuten las direcciones para futuras investigaciones.

Palabras Claves: Trastorno de pánico, Terapia de Aceptación y Compromiso, preocupación, sintomatología emocional, terapia breve.

Abstract

The present study investigated the efficacy of a brief protocol based on the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) without Exposure of five (5) sessions in people who complied with the diagnoses for Panic Disorder (N = 5) using a multiple baseline design No concurrent, randomized among participants. Two of the participants showed a baseline with an improvement trend and were excluded from the statistical analysis; the remaining participants showed large effects in the measures AAQ-II, DASS-21 / Depression, DASS-21 / Anxiety, DASS-21 / Stress, DASS-21 / Total, VQ / Obstruction, CFQ and PSWQ-11 ($> 0, 80$), an exception of the VQ / Progress that evidences in the treatment (< 0.2). Directions for future research are discussed.

Key words: Panic disorder, Acceptance therapy and Commitment, concern, emotional symptomatology, brief therapy.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sin exposición para el tratamiento del trastorno de pánico

En palabras de Tejada (2016), los trastornos mentales en general muestran una prevalencia elevada a nivel mundial, y de forma específica, los trastornos de ansiedad son una de las psicopatologías que exhiben mayor incidencia en la población, constituyéndose en un problema de salud pública dadas las consecuencias implícitas en la calidad de vida y los costos directos e indirectos que genera la atención de estos problemas.

Particularmente en Colombia, y en lo que respecta al Trastorno de Pánico, se estima que se trata de una de las manifestaciones más comunes que afecta al 1-1,5% de la población, equivalente a un promedio de 450.000 y 675.000 individuos (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015). Representa un número marcado que exige un reto para el sistema de salud y demuestra la necesidad de enfocar la atención y los recursos hacia el tratamiento oportuno de enfermedades mentales (Posada, Aguilar, Magaña & Gómez, 2004).

No obstante, los profesionales de la salud mental se enfrentan con diferentes dificultades, entre las que se encuentra el conocimiento requerido para la detección y el tratamiento de este tipo de trastornos (Tejada, 2016). Son pocos los procedimientos de intervención empíricamente validados y esto permite, por tanto, sugerir el enriquecimiento de un conocimiento científico que refleje mejores alternativas de atención en salud mental, y que en términos de Toro y Ochoa (2011), facilite la adaptación de herramientas sólidas y promueva la investigación del área clínica aplicada.

Dicha postura, conlleva a los estudios existentes para el tratamiento del trastorno de pánico, que sugieren que las terapias cognitivo – conductuales, que incluyen las técnicas de exposición sola o combinada con tratamientos farmacológicos, muestran un alto nivel de eficacia (Chen &

Tsai, 2016; Cuijpers, et al. 2016; Division 12 of American Psychological Association, s.f.). Sin embargo, exponen baja aceptabilidad tanto en consultantes como profesionales de la salud mental, debido a las creencias negativas que se le asocian, incluida la percepción de ser nocivas e intolerables, afectando incluso, la manera en que los terapeutas administran este tratamiento a los clientes (Codd, Twohig, Crosby & Enno, 2011; Deacon et al., 2013).

Como lo complementan Arch y Craske (2011) y Brown, Antony y Barlow (1995), a pesar de su eficacia establecida, la terapia cognitiva conductual, basada en la exposición para el trastorno de pánico, funciona de forma parcial con algunos clientes y algunas personas experimentan síntomas residuales de pánico posterior al tratamiento.

Desde esta perspectiva, es posible conceptualizar un tratamiento alternativo para el trastorno de pánico desde el conductismo radical, denominada Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) promoviendo un cambio conductual versado en la aceptación y asumiendo la ansiedad desde un compromiso con lo valioso en la vida de una persona (Carrascoso, 1999; Hayes & Hayes, 1992). La ACT tiene por objetivo promover un repertorio conductual flexible encaminado hacia metas u objetivos inscritos en dirección valiosa para la persona, y no, por la presencia o ausencia de estados cognitivos y emocionales valorados como negativos (Hayes et al., 2006; Luciano & Valdivia, 2006). Si bien, investigaciones como la propuesta por Meuret et al. (2012) sugieren que la ACT puede ser complementario a los ejercicios tradicionales de exposición pues su objetivo no es reducir la excitación, sino mejorar la aceptabilidad de las experiencias privadas y la participación en la terapia de exposición; el presente estudio, coincide con Twohig et al. (2010) en que si bien la exposición es un proceso de relevancia, existen métodos alternativos como la ACT para fomentar la flexibilidad de respuesta, agregado a que espera poder dar cuenta de la eficacia de los componentes básicos de la ACT (aceptación, toma

de perspectiva, estar en el momento presente, yo como contexto, valores y acciones comprometidas) (Codd et al., 2011; Harris, 2009). Adicionalmente, como lo argumenta Pleger et al. (2018) los hallazgos de investigaciones disponibles indican que ACT es eficaz para el tratamiento de diversos trastornos, no obstante, se han realizado pocas investigaciones en el campo clínico y se requiere examinar aún más su efectividad. En Colombia, de acuerdo con la revisión de la base de datos Scopus, en el 2018 se registran cuarenta y cuatro (44) artículos publicados relacionados con la ACT, destacando aquellos dirigidos al manejo de los síntomas en trastornos emocionales y afectivos moderados (depresión, ansiedad, estrés), la evitación experiencial, las conductas impulsivas y la procrastinación, entre otros. En referencia al trastorno de pánico, se desconocen estudios sobre la eficacia de la ACT realizados con población colombiana.

En referencia a la duración de la intervención, Chen y Tsai (2016) argumentan que, dados los factores multidimensionales del trastorno de pánico, entre los que destacan las características propias del desorden, comorbilidades psiquiátricas, físicas y el estrés psicosocial, se convierten en co-facilitadores de la resistencia al tratamiento y por tanto, sugiere la importancia de las intervenciones psicológicas rápidas y óptimas con veras a beneficiar a los pacientes y disminuir las tasas de deserción y/o la afectación sobre las diferentes áreas de ajuste, a lo largo del tiempo. Asimismo, Glasgow et al. (2013) y Zlomke & Davis (2008) realizan planteamientos similares al indicar que la duración más corta del tratamiento puede conllevar a una menor interrupción en la vida y los horarios de las personas. A la vez que es una alternativa más simple y menos costosa.

Es por todo lo anterior que, el objetivo del presente estudio es identificar el efecto de un protocolo breve de intervención basado en la terapia ACT sin involucrar elementos de exposición a las sensaciones físicas que se relacionan con peligro, en personas que presentan

trastorno de pánico. Se espera promover la realización de acciones valoradas, que de acuerdo con Luciano y Valdivia (2006) hacen referencia a aquellas conductas dirigidas a avanzar hacia metas u objetivos inscritos en direcciones personalmente valiosas y que se encuentran bajo control apetitivo. Así como, contribuir al fortalecimiento de la evidencia empírica de este modelo terapéutico en el tratamiento de los problemas de ansiedad y al desarrollo de intervenciones que incrementen la adherencia al tratamiento debido a que no incluyen procedimientos que pueden ser considerados aversivos como lo menciona Codd, Twohig, Crosby y Enno (2011) y Deacon et al. (2013).

Marco teórico y empírico

A continuación, se realiza una revisión teórica de los conceptos relacionados con la presente investigación, trastorno de pánico, intervenciones psicológicas y fundamentos teóricos y empíricos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Trastorno de pánico

Hablar de pánico como una respuesta que abarca a la población clínica y no clínica, requiere la diferenciación entre un ataque y un trastorno. El primero de ellos, también conocido como crisis de angustia, se define como:

“intensa sensación de aprensión o inminente fatalidad que es de inicio repentino y que se asocia con una amplia gama de sensaciones físicas angustiantes. Estas sensaciones incluyen dificultad para respirar, palpitaciones, dolor en el pecho, asfixia, mareos, hormigueo en las manos y los pies, sofocos y calor, sudoración, desmayos, temblores y sentimientos de irrealidad” (Clark, 1986, p. 461).

Los ataques de pánico pueden ocurrir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como de trastornos mentales como la depresión mayor, el abuso/dependencia del alcohol, entre otros (American Psychiatric Association, 2014; Moreno & Martín, 2007). Alcanza su umbral a los 10 minutos o menos, disminuye paulatinamente y usualmente viene acompañado de conductas dirigidas a minimizar su probabilidad de ocurrencia (Plehn & Peterson, 2002).

Los síntomas experimentados se asocian a cambios importantes en la frecuencia cardiaca, sudoración, temblor, sensación de asfixia y ahogo, molestias en el tórax y abdomen, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor y parestesias (Taylor, Asmundson & Wald, 2007).

El trastorno de pánico, por su parte, implica la presentación de los ataques de pánico reiterada e inesperadamente durante un periodo mínimo de 1 mes, mínimo 4 ataques y el paciente expresa preocupación frecuente sobre la posibilidad de ocurrencia de nuevas crisis, así como de sus posibles consecuencias (“volverse loco” o miedo morir). Los cambios conductuales con un alto impacto en la calidad de vida también son otro criterio asociado al trastorno de pánico (American Psychiatric Association, 2014; Moreno & Martín, 2007; Plehn & Peterson, 2002).

De acuerdo con la American Psychiatric Association (2014), la sintomatología física no puede ser atribuida a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental. En asocio, como lo mencionan Espada, Van der Hosftadt y Galván (2007), diferentes investigaciones apoyan la noción de que el trastorno de pánico puede acompañarse o no de agorafobia, definida esta como un temor intenso ligado a los espacios abiertos y otras situaciones relacionadas con las multitudes, comercios y espacios públicos en los que concurre una gran cantidad de personas. La persona se preocupa por un riesgo a morir y de la imposibilidad de recibir ayuda y, escapar a un lugar seguro. La agorafobia puede constituirse

como un indicador de la gravedad del trastorno de pánico al aumentar la disfunción social y ocupacional y mostrar mayores niveles de evitación situacional (Greene & Eaton, 2016).

En referencia a este último concepto, desde el enfoque conductual, Bouton, Mineka, y Barlow (2001) y Levitt, Brown, Orsillo y Barlow (2004) hacen referencia al trastorno de pánico como un condicionamiento que tiene lugar en las asociaciones repetidas entre respuestas somáticas leves y estados de pánico que luego intensifican las señales somáticas temidas. Así, los síntomas fisiológicos se convierten en un estímulo y una respuesta que los pacientes con esta condición patológica terminan por evitar de forma persistente (Plehn & Peterson, 2002).

Emiten respuestas rígidas e inflexibles a las experiencias aversivas de los síntomas fisiológicos y los pensamientos relacionados, comportándose de forma deliberada, al representar conductas de evitación y/o escape (Akbari & Khanipour, 2018; Hayes et al. 1996; Luciano & Wilson, 2007). Del mismo modo, desarrollan repertorios de control excesivo que se constituyen en una dificultad que limita a la persona a contactar con contextos necesarios para alcanzar objetivos y/o metas que tienen una relación estrecha con aspectos valiosos de sus vidas, constituyéndose un patrón de comportamiento denominado evitación experiencial (Akbari & Khanipour, 2018).

De acuerdo con este concepto, evitar experiencias desagradables (ej. síntomas fisiológicos), da como resultado: 1) reducción de los comportamientos en los que se involucra la persona; 2) aumenta la probabilidad de experimentar emociones de angustia; y 3) da lugar a respuestas de preocupación y rumia de una forma desadaptativa (Akbari & Khanipour, 2018; Hayes et al., 1996; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006), lo que finalmente, contribuye al mantenimiento del trastorno de pánico, al aumentar el acceso a la experiencia interna y la probabilidad de ocurrencia de ataques a largo plazo (Levitt et al., 2004; Wegner, 1997).

Intervenciones Psicológicas

Factores como los expuestos anteriormente, llevan a pensar el tratamiento del trastorno de pánico desde múltiples miradas y estrategias. La Division 12 of American Psychological Association (s.f.) hacen mención del uso de tres intervenciones apoyadas por la investigación para el trastorno de pánico: la relajación aplicada para el trastorno de pánico, el tratamiento psicoanalítico para el trastorno de pánico y la terapia cognitivo conductual para el trastorno de pánico, esta última, teniendo fuerte apoyo a la investigación o “bien establecido”. Las dos restantes, exhiben modesto apoyo a la investigación o “tratamiento probablemente eficaz”, sin embargo, aquella basada en las posturas del psicoanálisis posee una observación de “controvertida” ya que los resultados que arrojan sus estudios son contradictorios o no son claras las razones por las que funciona el tratamiento.

Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Al profundizar en la TCC, Botella, 2001; Fava & Morton, 2009; Vincelli et al. (2000) señalan que se trata de una postura que tiene en consideración los desencadenantes externos o internos predominantes de la patología, basando la intervención en técnicas conductuales como la exposición y/o cognitivas como la reestructuración de la malinterpretación catastrófica.

Sobre esta última, el entrenamiento en habilidades cognitivas centra sus esfuerzos en el reconocimiento de los errores cognitivos y la búsqueda de alternativas más funcionales para las sensaciones que son temidas durante los ataques de pánico (menos catastróficas). Este entrenamiento enfatiza la relevancia de la evaluación, seguida por la consideración de la evidencia y el empirismo lógico de los contextos que generan los síntomas de pánico (Sánchez, Rosa, Marín & Gómez, 2010). Especialmente diseñada para este trastorno, la terapia cognitiva conductual incluye componentes de psicoeducación sobre la ansiedad y el pánico, la

reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración y habilidades de afrontamiento (Botella, 2001).

Por su parte, la exposición alienta a los clientes a evaluar el grado en que los síntomas de pánico desencadenados de forma repetida (a través de la exposición interoceptiva in vivo) pueden ser manejados a través de habilidades de afrontamiento basadas en el control. Se anima a los pacientes a aplicar dichas habilidades para controlar los pensamientos negativos y las habilidades somáticas de la fisiología desregulada, independiente de las sensaciones o situaciones temidas (Craske & Barlow, 2008; Sánchez et al., 2010).

La exposición interoceptiva induce las sensaciones temidas a través de ejercicios imago, la respiración excesiva y el giro sobre sí mismo. El procedimiento también presenta la generación de sensaciones temidas mediante la realización de pequeños experimentos de hiperventilación, enfoque atencional, entre otras, y que tiene efectos sobre las posibles causas de las sensaciones. La exposición muestra evidencia de ser el componente principal en el tratamiento del trastorno de pánico (Craske & Barlow, 2008).

Cabe clarificar que, como mencionan Codd et al. (2011), las terapias basadas en la exposición muestran baja aceptabilidad tanto en consultantes como profesionales de la salud mental. Esto obligaría a la búsqueda de nuevas intervenciones para el tratamiento del trastorno de pánico.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La ACT va en contraposición a las ideas de que las experiencias privadas deben ser modificadas directamente para que se produzca una mejoría clínica, sugiriendo que los intentos de control constituyen el problema (Codd et al., 2011; Levitt et al., 2004). Los objetivos de ACT se centran en alentar a los clientes a experimentar los pensamientos y emociones temidas sin juzgarlas, para aumentar su disposición a participar en actividades valiosas (Codd et al., 2011; Levitt et al., 2004).

Adicionalmente, Akbari & Khanipour (2018), Querstret & Croyley (2013), Ruiz, Riaño, Suárez & Luciano, (2016) sugieren que, dado que el componente primario en los trastornos emocionales son los pensamientos recurrentes (rumia y la preocupación) como principales implicados en su etiología y mantenimiento, así como, las respuestas de afrontamiento basadas en las estrategias de evitación experiencial que afectan la calidad de vida; la rumia y la preocupación se han convertido en foco de atención ya que se trata de un proceso transdiagnóstico (Akbari & Khanipour, 2018; Drost, Van der Does, van Hemert, Penninx & Spinhoven, 2014; McEvoy, Watson, Watkins & Nathan, 2013) y en consecuencia, han surgido enfoques terapéuticos centrados en estos procesos de preocupación y rumia (Querstret & Croyley, 2013). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es uno de ellos y su interés se concentra en estas estrategias disruptivas y el fomento de la flexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), desarrollando la habilidad de discriminar el propio comportamiento, enmarcarlo en la jerarquía con el deíctico ‘yo’ y alterar las funciones discriminatorias de evitar eventos privados aversivos para que la persona pueda comportarse de una manera valorada, incluso en presencia de incomodidad (Gil-Luciano, Ruiz, Valdivia-Salas & Suárez-Falcón, 2017).

Es así como, Codd et al. (2011) y Harris (2009) argumentan que los procesos objetivos de la terapia ACT son: (a) aceptación y deseo de experimentar todos los eventos privados (es decir, pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas), (b) el yo como reconocimiento de un contexto en el cual ocurren eventos privados, no como el producto de su contenido (deíctico yo), (c) contacto con el reconocimiento del momento presente y compromiso con la experiencia presente en lugar de la conducta regulada por pensamientos sobre el pasado o el futuro, (d) y acción

comprometida de comportamientos para seguir los valores elegidos en lugar de una vida de inacción o elección impulsiva basado en el contenido de experiencias privadas.

ACT ha demostrado contar con evidencia sobre su eficacia para la mayoría de los trastornos de ansiedad al fomentar la aceptación de las experiencias internas y la participación en actividades basadas en valores independiente de si la preocupación se encuentra presente o no (Hayes, Orsillo, & Roemer, 2010). Al igual que demuestra ser útil para reducir la ansiedad subjetiva y la evitación a los ataques de pánico (Levitt et al., 2004).

Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes y Craske (2012) complementan que la articulación de la terapia de aceptación y compromiso con técnicas como la exposición está orientada a facilitar los procesos de ACT que los pacientes previamente han aprendido. Así, en lugar de realizar la exposición en el contexto de la reducción del miedo, desafiar distorsiones o revalorar el peligro de las sensaciones físicas, el enfoque es proporcionar oportunidades para una práctica más potente en las habilidades de ACT en presencia de experiencias internas relacionadas con el pánico. Las fases contempladas para la exposición desde ACT incluyen: a) educar a los pacientes sobre los mecanismos y beneficios de la exposición, b) crear una jerarquía de miedo y evitación, c) sesión guiada por el terapeuta para la exposición durante la consulta, d) realizar exposiciones interoceptivas e in vivo durante la sesión (inicialmente guiada por el terapeuta, y e) instruir a los pacientes en ejercicios de exposición interoceptivo o in vivo para casa (Meuret et al., 2012).

Por otra parte, Codd et al. (2011), Twohig, Hayes y Akihiko, (2006) y Twohig et al. (2010) mostraron que la implementación de un protocolo de ACT sin exposición dio lugar a reducciones notables en las conductas de evitación y cambios leves en la severidad de los síntomas, ya que las actividades propuestas dentro de esta terapia no promueven la reducción de la ansiedad. Si bien los procedimientos de exposición son consistentes con ACT, los resultados arrojados por las

investigaciones argumentan que esta técnica no parece ser estrictamente necesaria para obtener resultados clínicos, ya que los consultantes se acercan paulatinamente a los eventos temidos (fuera de sesión), al ser abordados con base en los valores y la práctica de otros procesos de ACT.

Protocolo de la Terapia de Aceptación y Compromiso centrado en el pensamiento negativo repetitivo

El protocolo ACT se desarrolló sobre la base de fuentes existentes como son Luciano et al. (2011) y Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y Luciano (2013) quienes probaron la efectividad de protocolos de intervención basados en la Teoría de Marcos Relacionales (RFT por sus siglas en inglés) haciendo uso de ejercicios típicos de la Terapia de Aceptación y Compromiso y los resultados indicaron que aquellos protocolos contruidos sobre interacciones del deíctico ‘yo’, desarrollando la habilidad para discriminar el propio comportamiento, muestran mayor efecto en conductas de riesgo y sugiere que se trata de un estudio preliminar, requiriendo investigaciones complementarias que abarquen conceptos de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Asimismo, plantean la necesidad de más investigaciones que amplíen la relación de conceptos de ACT y RFT y, más aplicación clínica.

Por su parte, el protocolo que ha sido adaptado para el presente estudio surge a partir de los resultados de las investigaciones de Ruiz et al (2018); Ruiz, García-Beltrán, Monroy-Cifuentes, Suárez-Falcón (en prensa) y Ruiz, Riaño-Hernández, Suárez-Falcón & Luciano (2016) en las que se demostró la efectividad de un protocolo de ACT centrado en el pensamiento negativo repetitivo (RNT) para el tratamiento de los desórdenes emocionales, ya que los participantes en estos estudios exhibieron cambios clínicamente significativos en la medida DASS-21 (Sintomatología emocional), al igual que obtuvieron un tamaño del efecto muy grande para

fusión cognitiva y valores obstrucción, evidenciando resultados prometedores en la mejora de síntomas emocionales y disminución del pensamiento negativo repetitivo, principalmente después de haber cumplido la 4 y 6 semana de seguimiento.

Aspectos Metodológicos

Objetivos

Objetivo general

Identificar el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sin Exposición en el Trastorno de Pánico en cinco personas adultas

Objetivos específicos

Evaluar el efecto de la intervención en la sintomatología emocional.

Evaluar el efecto de la intervención en la rumia y preocupación sobre los ataques de pánico.

Evaluar el efecto de la intervención en las actividades vinculadas a valores.

Variables

Variable Independiente. El protocolo consistió en 5 sesiones semanales de 60 minutos cada una y se basó en los procesos de conceptualización de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Codd et al., 2011; Harris, 2009).

La sesión 1 estuvo dirigida a explicar la lógica de la intervención e identificar las variables desencadenantes de la rumia/preocupación y de las conductas de evitación experiencial relacionadas con el trastorno de pánico. Amplificar las consecuencias de las mismas y reconocer el proceso de preocupación/rumia. Inicialmente, se realiza entrenamiento en defusión cognitiva.

Los objetivos de la sesión 2 estuvieron dirigidos a indagar avances en la identificación del patrón de rumia/preocupación y toma de perspectiva. Continuar entrenamiento en enmarcar el

comportamiento a través de una relación deíctica y jerárquica y, se introduce ejercicio dirigido a que el/la participante pueda comportarse en dirección valiosa.

En la sesión 3, el trabajo se enfocó en realizar una revisión de la aplicación de lo aprendido en sesión anterior, se hace un ejercicio de defusión cognitiva enmarcado en claves de jerarquía y deíctico yo, e identificación de acciones valiosas.

En la sesión 4, se refuerzan conceptos trabajados previamente, por medio de ejercicios experienciales centrados en el monitoreo de las sensaciones físicas como conducta habitual del trastorno del pánico. Lo anterior, basado en yo contexto y anclado con la planificación de las actividades vinculadas a valores.

En la sesión 5 se indaga sobre la implementación de las herramientas adquiridas e identificación de posibles obstáculos en su aplicación. En caso de ser requerido, se realizan ejercicios complementarios que subsanen las falencias. Se emplean los instrumentos de evaluación y se da cierre.

Variables Dependientes.

Sintomatología emocional. Acorde con el trastorno objetivo del presente estudio, se define la sintomatología emocional como estados de miedo intenso o incomodidad intensa que alcanza su punto máximo en minutos (Olaya et al., 2018). Abarca una “sensación de aprensión o inminente fatalidad que es de inicio repentino y que se asocia con una amplia gama de sensaciones físicas angustiantes. Estas sensaciones incluyen dificultad para respirar, palpitaciones, dolor en el pecho, asfixia, mareos, hormigueo en las manos y los pies, sofocos y calor, sudoración, desmayos, temblores y sentimientos de irrealidad" (Clark, 1986, p. 461). Lo anterior, da lugar a conductas de hipervigilancia, al aumentar los estados de alerta ante la percepción de amenaza, realizando un excesivo escaneo de estímulos específicos provenientes del contexto (Richards et

al., 2014; Wermes, Lincoln y Helbig-Lang, 2018). La presente variable será medida a través del DASS-21 (Antony, Bieling, Cox, Enns y Swinson, 1998); validación en Colombia de Ruiz, García-Martín, Suárez-Falcón y Odriozola-González, (2017) y un Autorregistro.

Preocupación y rumia. La preocupación está relacionada con pensamientos e imágenes que resultan incontrolables y son afectivamente negativas. Específicamente, está dominada por una actividad de pensamientos sobre posibles ocurrencias del futuro. La rumiación, por su parte, hace referencia a pensamientos repetitivos, intrusivos y negativos (Borkovec, Ray & Stober 1998; Papageorgiou & Siegle 2003; Querstret & Cropley 2013). La cual será medida a través de los cuestionarios Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ – II; Bond et al., 2011): validación en Colombia de Ruiz et al., 2016), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014; validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández y Gillanders, 2017) y Penn State Worry Questionnaire – II (PSWQ - II; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990: validación en Colombia por Ruiz, Monroy-Cifuentes y Suárez-Falcón, en prensa).

Actividades vinculadas a valores. Luciano y Valdivia (2006) hacen referencia a este concepto como aquellas acciones dirigidas a avanzar hacia metas u objetivos inscritos en direcciones personalmente valiosas. Esta variable será medida a través del Cuestionario de Valores (VQ; Smout, Davies, Burns & Christie 2014; validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández & Gil-Luciano, presentado).

Hipótesis

Hipótesis alternativa. El protocolo de intervención breve basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), tendrá efecto en los índices de preocupación, rumia y sintomatología emocional en personas con pánico.

Hipótesis nula. El protocolo de intervención breve basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), no tendrá efecto en los índices de preocupación, rumia y sintomatología emocional en personas con pánico.

Método

Diseño

Se realizó un diseño de línea de base múltiple aleatorizada no concurrente entre participantes. Los participantes se aleatorizaron a la fase de intervención entre la tercera y la quinta semana de recolección de la línea de base (LB), utilizando la herramienta web <https://www.randomizer.org>.

Todos los participantes suministraron datos en LB durante 3-5 semanas, de acuerdo con la aleatorización realizada, momento en el cual la investigadora aplica la variable de tratamiento y se sigue la toma de mediciones repetidas a lo largo del estudio.

Participantes

Cinco personas, 3 hombres y 2 mujeres, con edades comprendidas entre los 24 y 49 años de edad y una edad promedio de 33,6, todos solteros y con educación técnica/profesional. Fueron reclutados a través de redes sociales y referenciados por otros profesionales. La muestra N = 5 fue seleccionada según los siguientes criterios de inclusión (a) ser mayor de edad (18 años o superior) y encontrarse en un rango de edad de 18 y 50 años, (b) cumplir con los criterios diagnósticos del Trastorno de Pánico (como diagnóstico central) de acuerdo con la entrevista diagnóstica M.I.N.I., (c) que los síntomas hubiesen estado presentes durante al menos los últimos tres meses (d) acuerdo de no iniciar una terapia adicional mientras participaba en el estudio. Se excluyó a personas que, (a) presentaban diagnósticos que cursaban como el trastorno central (depresión severa, ansiedad social...), (b) experimentar síntomas relacionados con trastorno

psicótico, intención suicida, dependencia y/o abuso de sustancias psicoactivas, enfermedad médica grave y (c) requerir tratamiento inmediato debido a depresión severa y/o comportamiento suicida, según lo evaluado en instrumentos y entrevista inicial.

En la tabla 1 se presenta la información demográfica, así como los desencadenantes de la preocupación/rumia, estrategias de evitación experiencial.

Tabla 1.
Datos demográficos, desencadenantes de la preocupación/rumia, estrategias de evitación experiencial

Participante	Sexo	Edad	Nivel educativo	Actividad	Desencadenantes de preocupación/rumia	Estrategias de evitación experiencial
P1	F	24	Universitario	Fotógrafa	Miedo a la soledad	Preocupación/rumia. Dejar de comer. Permanecer despierta.
P2	M	49	Universitario	Auxiliar de vuelo	Miedo al fracaso	Preocupación/rumia. Salir con amigos. Distracción. Ir al gimnasio. Dormir
P3	M	38	Universitario	Independiente	Miedo a morir	Preocupación/rumia. Permanecer debajo de sus cobijas. Encerrarse en la casa.
P4	F	27	Técnico	Esteticista	Miedo a morir	Preocupación/rumia. Distracción. Trabajar un mayor número de horas. Comer sus uñas. "Presionar que el pensamiento no esté allí
P5	M	30	Posgrado	Estudiante	Miedo al fracaso	Preocupación/rumia. Ejercicios de respiración. Anotar los pensamientos. Realizar búsquedas en internet. "Ignorar pensamientos"

Nota: F = Femenino y M = Masculino

Instrumentos

Se hizo uso de una batería de instrumentos autoadministradas por los participantes durante el curso de la línea de base y la intervención. Se incluyeron las siguientes medidas:

Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ – II; Bond et al., 2011): validación en Colombia de Ruiz et al., 2016. El AAQ-II es un instrumento que consta de 7 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos (*7 = siempre es verdad; 1 = nunca es verdad*). Mide evitación experiencial/inflexibilidad psicológica y sus ítems reflejan la baja voluntad para experimentar emociones y pensamientos, así como la incapacidad para centrarse en el momento presente y comportarse de acuerdo con las acciones valiosas en referencia a sensaciones y/o eventos psicológicos dolorosos. La validación del AAQ-II en Colombia mostró una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach de .90) y una estructura unifactorial. Las puntuaciones promedio de los participantes sin problema clínico suelen estar en torno a 18 y 23 puntos, mientras que las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos.

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014; validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández y Gillanders, 2017). El CFQ es una escala de siete ítems que se responde en una escala tipo Likert de 7 puntos (*7 = siempre es verdad y 1 = nunca es verdad*). Mide el grado de fusión cognitiva. A mayor puntuación, mayor fusión cognitiva. Las puntuaciones de los participantes no clínicos suelen encontrarse entre los 20 y 24 puntos; no obstante, la de los participantes clínicos suele ser superiores a 29 puntos. La consistencia interna de validación colombiana es muy buena con un alfa de Cronbach de .93 y una estructura unifactorial.

Depression, Anxiety, and Stress Scales–21 (DASS-21; Antony, Bieling, Cox, Enns y Swinson, 1998; validación en Colombia de Ruiz, García-Martín, Suárez-Falcón y Odriozola-González, 2017). El DASS-21 es una escala de 21 ítems que se responde en una escala tipo Likert de cuatro puntos (*3 = me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo y 0 = no me ha ocurrido*). El instrumento contiene tres sub-escalas: Depresión, Ansiedad y Estrés. La suma de sus

puntuaciones permite obtener una medida general de síntomas emocionales. La consistencia interna de validación colombiana es excelente con un alfa de Cronbach de .93. El DASS-21 presenta una estructura factorial jerárquica consistente en un factor general y tres factores de segundo orden.

Penn State Worry Questionnaire – II (PSWQ – II; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990: validación en Colombia por Ruiz, Monroy-Cifuentes y Suárez-Falcón, en prensa). El PSWQ-II es un instrumento que contiene 11 ítems que se responden en una escala tipo Likert de cinco (*4 = mucho y 1 = nada*). El instrumento mide la gravedad de la preocupación típica del Trastorno de Ansiedad Generalizada, cuenta con una consistencia interna excelente (alfa de Cronbach de .95) y una estructura unifactorial. Las puntuaciones por encima de 38 pueden considerarse altas.

Entrevista diagnóstica M.I.N.I. Es una entrevista diagnóstica corta y semiestructurada que permite identificar desordenes tales como episodio depresivo mayor, manía, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de personalidad antisocial, entre otras. La validación realizada para Estados Unidos y Francia evidenció valores Kappa sobre .75. (Sheehan et al., 1998).

Values Questionnaire (VQ; Smout, Davies, Burns & Christie 2014; validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández & Gil-Luciano, presentado). El VQ es un instrumento de 10 ítems puntos, con respuestas en una escala tipo Likert (6 = completamente verdadero; 0 = no del todo cierto). El instrumento de autoinforme, está diseñado para evaluar la vida de valor general durante la semana anterior a la aplicación. El VQ tiene dos subescalas: el progreso, relacionado con la promulgación de valores, incluida la conciencia clara de lo que es personalmente importante y la perseverancia y, la obstrucción (es decir, la interrupción de la vida

valiosa debido a la evitación de experiencias no deseadas y la distracción de los valores. La versión española ha mostrado buenas propiedades psicométricas y las puntuaciones medias obtenidas en la VQ en Colombia para la población general fueron 19.5 (SD = 6.43) para la progresión y 11.7 (SD = 6.88) para la obstrucción, mientras que las puntuaciones medias para una muestra clínica (N = 235) fueron 17.23 (SD= 6.63) y 15.42 (SD = 7.12), respectivamente (Ruiz et al, 2018).

Autorregistro. A fin de registrar la intensidad y duración de los ataques de pánico, se diseñó para la investigación, un Autorregistro que hace hincapié en los síntomas fisiológicos asociados a los ataques de pánico entre ellos las palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de atragantamiento, opresión en el pecho, náuseas, dolor abdominal, hormigueos, entumecimiento, escalofríos, miedo a morir, entre otros (*ver Apéndice A*).

Procedimiento

El procedimiento consistió en las siguientes fases:

Fase 1

Adaptación del protocolo de intervención y entrenamiento al investigador. Se realizó la adaptación del protocolo de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso para el Trastorno de Pánico (Ruiz et al. 2018; Ruiz, García-Beltrán, Monroy-Cifuentes, Suárez-Falcón, en prensa). Posterior a ello, se entrenó a la investigadora en la aplicación de dicho protocolo por parte del autor original PhD. Francisco José Ruiz Jiménez, quien a lo largo de 10 sesiones hizo uso de juegos de rol, modelamiento, moldeamiento y retroalimentación, dotando de mayor fiabilidad al tratamiento, tal como lo menciona Kohtala, Lappalainen, Savonen, Timo y Tolvanen, (2015); Kyllönen et al. (2018) y Lappalainen et al. (2014).

Fase 2

Reclutamiento de participantes. En esta fase se distribuyó un anuncio explicando la investigación a través de redes sociales.

Fase 3

Entrevista de selección de participantes. Las personas que mostraban interés en participar fueron entrevistadas para evaluar si cumplían los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Al cumplir los criterios, se les explicó en detalle la investigación y se procedió con firma del Consentimiento Informado (*ver Apéndice B*), con el que dieron aprobación expresa para participar en la investigación. Los participantes que no cumplieron con los criterios de inclusión, se les dio la respectiva orientación y remisión.

Fase 4

Recolección de datos de línea base. Se recolectaron datos de línea de base (LB) para cada participante. Las LB tuvieron una duración comprendida entre 3 y 5 semanas. Los participantes se asignaron aleatoriamente a una de las opciones de longitud de LB a través del software www.randomizer.org. Las medidas fueron recogidas a través de la aplicación de los instrumentos de evaluación seleccionados para el presente estudio. Se entrenó a los participantes en el diligenciamiento del autorregistro que fue diligenciado al presentar un ataque de pánico y, los cuestionarios se aplicaron semanalmente a lo largo de todo el estudio.

Fase 5

Aplicación del protocolo de intervención. Se aplicó un protocolo de ACT de 5 sesiones. Cada una de ellas, con una duración de 60 minutos y una periodicidad de una sesión semanal.

Fase 6

Cierre de la investigación. Una vez finalizada la fase de intervención, se procedió al cierre de la investigación.

Consideraciones éticas

Fueron tenidas en cuenta las disposiciones legales vigentes para el desarrollo de trabajos investigativos con seres humanos, contempladas en la Ley N°1090 (2006), relacionadas con velar la integridad y el bienestar de las personas con las que se trabajan, manteniéndoles informados de los procedimientos y la naturaleza del proceso que haya lugar y, se les reconoció a las personas la libertad de participación de la investigación.

Sobre la base de esta consideración, la profesional respetó la dignidad de las personas con pleno conocimiento de las normas legales y los estándares que “regulan la conducta de la investigación con participantes humanos” (Ley1090, 2006).

Adicionalmente, se atendió a los “Principios éticos de los psicólogos y código de conducta” de la American Psychological Association (2017), que guía los ideales éticos de la profesión, entre los que destacan: la beneficencia y no maleficencia dirigida a velar por el bienestar y los derechos de aquellas personas con la que se interactúa profesionalmente, entre ellos los participantes de investigación que se encuentren dentro de su área de competencia, en función de seis criterios: educación, capacitación, experiencia supervisada, consulta, estudio o experiencia profesional.

Antes de su implementación, se presentó la propuesta de investigación para su respectiva aprobación por parte de la institución y seguidamente se presentó el consentimiento informado a los participantes de acuerdo con los requerimientos estándar estipulados por la American Psychological Association (2017), Sección 8 “Investigación y Publicación”.

Resultados

El presente análisis estadístico siguió las directrices de Ruiz et al. (2018). Por tanto, se seleccionó el test de hipótesis Bayesiano de JZS + AR para diseños experimentales de caso único (de Vries & Morey, 2013, 2015). La conocida alternativa no paramétrica Tau-U (Parker, Vannest, Davis y Sauber, 2011) no fue utilizada en este estudio ya que podría mostrar un efecto techo por el solapamiento de datos entre la línea de base y fase de intervención.

Los factores de Bayes fueron interpretados de acuerdo con las pautas proporcionadas por Jeffreys (1961) y Wagenmakers, Wetzels, Borsboom y van der Maas (2011), donde 1-3 = Evidencia anecdótica del efecto del tratamiento; 3-10 = Sustancial o evidencia moderada del efecto del tratamiento; 10-30 = Fuerte evidencia de efecto del tratamiento; 30-100 = Muy fuerte evidencia del efecto del tratamiento; y > 100 = Evidencia extrema del efecto del tratamiento. Cabe resaltar que $Bar < 1$ se interpreta como ningún efecto de tratamiento.

Para el presente estudio, se utiliza la estimación de un parámetro relevante del modelo JZS + AR: tamaño del efecto de la intervención, denominado δ que consiste en estandarizar la diferencia en las medias verdaderas entre las fases (De Vries & Morey, 2013). Debido a la evidencia previa que muestra el efecto de los protocolos de ACT centrados en RNT (Ruiz, Riaño-Hernández, et al., 2016), se realizó un contraste unilateral.

Se identificaron cambios clínicamente significativos (CSC por sus siglas en inglés) siguiendo la propuesta de Vries, Meijer, van Bruggen y Morey (2016). Este enfoque Bayesiano requiere: (a) al menos evidencia sustancial del efecto de la intervención según la prueba JZS + AR ($Bar > 3$), y (b) cruzar un punto de corte en la última medida del tratamiento que coloca al participante más cerca de la media de la población funcional que de la clínica. Para probar este último criterio, se usaron los datos para los participantes clínicos y no clínicos en cada medida como se

muestra en la descripción de las medidas (valores de corte para CSC: DASS-21 < 24, PSWQ < 32, AAQ-II < 27, CFQ < 28, VQ-Progreso > 15 y VQ-Obstrucción < 17).

Para obtener una apreciación general del tamaño del efecto del tratamiento, se calculó el tamaño del efecto para los diseños de línea de base múltiple desarrollados por Pustejovsky, Hedges y Shadish (2014) que comparte la misma métrica que el tamaño del efecto d de Cohen que se utilizan normalmente en los diseños de grupo. Este estadístico, requiere un mínimo de tres casos para el cálculo y corrige el sesgo de la muestra pequeña utilizando g de Hedges (Hedges, Pustejovsky y Shadish, 2012, 2013).

Análisis de resultados

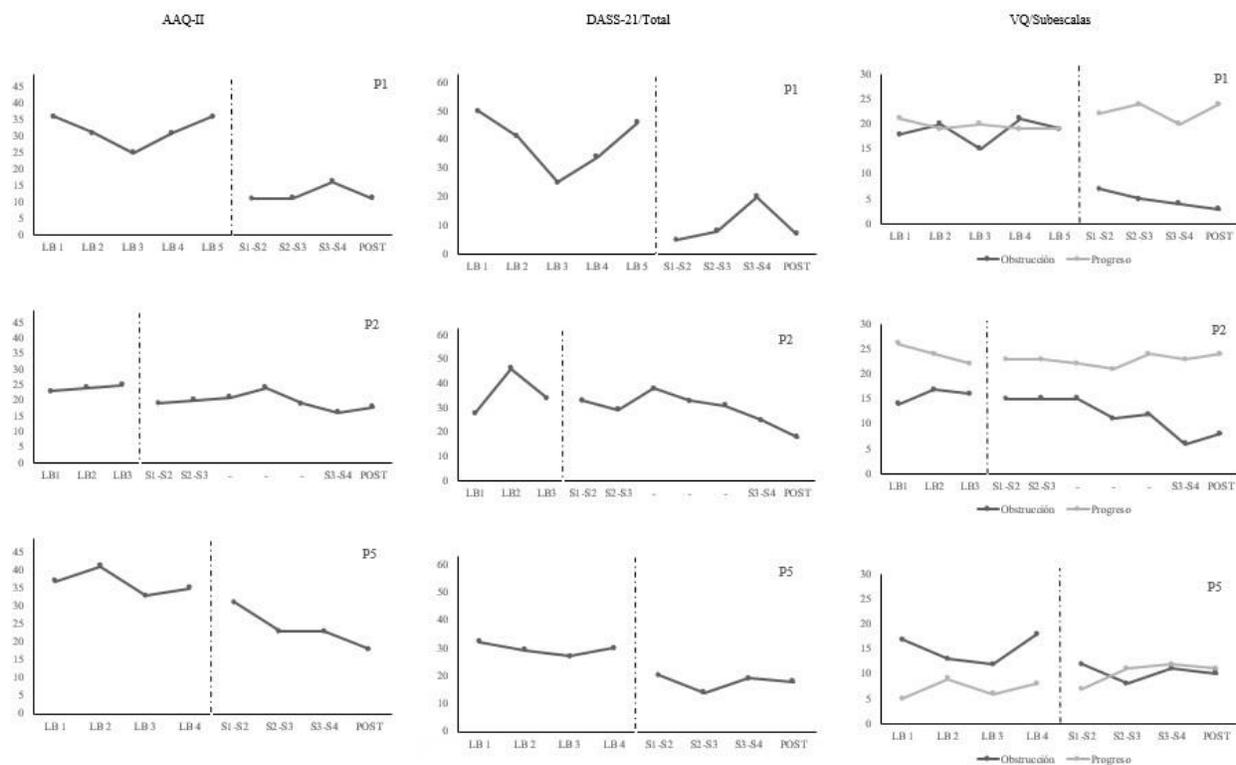


Figura 1. Puntuaciones en AAQ-II, DASS-21, VQ para cada participante

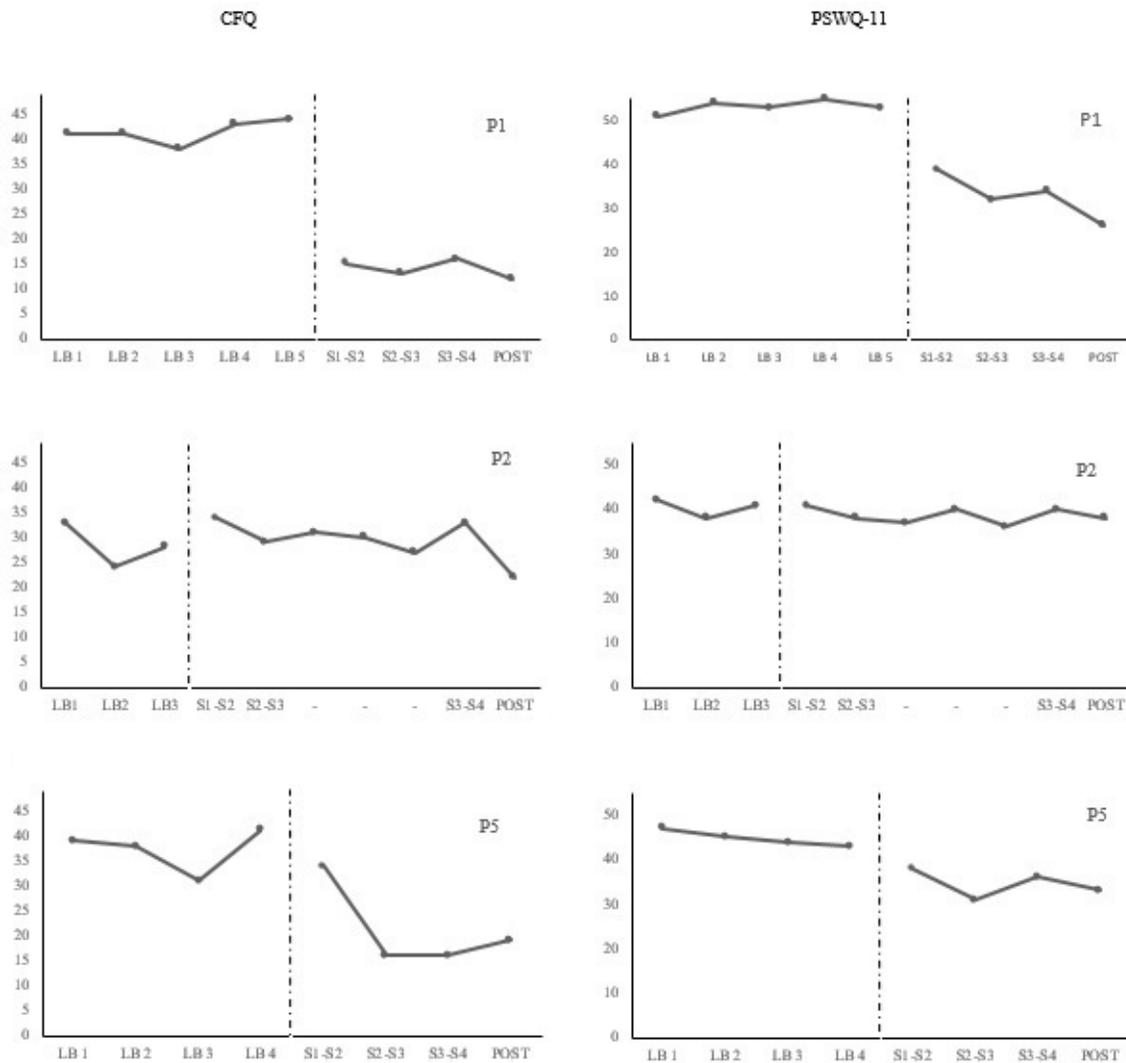


Figura 2. Puntuaciones en CF y PSWQ-11 para cada participante

Las Figuras 1 y 2, permiten el análisis visual. Se evidencia que el protocolo de ACT fue eficaz para disminuir las conductas de evitación experiencial, fusión cognitiva y sintomatología emocional y, cambio en cierto grado en valores y preocupación en P1, P2 y P5. Cabe resaltar que P3 y P4 mostraron una LB con tendencia de mejora, por lo cual no se puede evidenciar que el cambio fue debido a la intervención y, por tanto, son excluidos del análisis de resultados.

Respecto a los autorregistros se observó una disminución notable en la frecuencia de los ataques de pánico para P1 y P5 quienes reportaron 3 y 2 ataques de pánico respectivamente en LB, dejando de reportar su presentación al introducir el tratamiento. P2 por su parte, refirió dos 2 ataques de pánico en LB y 2 en el transcurso de la intervención (S1-S2), sin embargo, presenta ausencia de estos al momento del cierre del tratamiento.

Tabla 2.
Resultados del análisis JZS + AR y cambio clínicamente significativo por cada participante y medidas

		P1	P2	P5
AAQ-II /Evitación experiencia	δ	4,33	1,73	1,81
	Bar	>100	8,25	6,66
	CSC	SI	SI	SI
DASS-21/Depresión	δ	3,82	0,62	0,38
	Bar	9,09	1,23	0,81
	CSC	SI	NO	NO
DASS-21/Ansiedad	δ	1,97	0,22	6,59
	Bar	12,5	0,6	500
	CSC	SI	NO	SI
DASS-21/Estrés	δ	3,27	0,7	1,003
	Bar	62,5	1,42	2,27
	CSC	SI	NO	NO
DASS-21/Total	δ	2,75	0,56	3,63
	Bar	34,48	1,12	50
	CSC	SI	NO	SI
VQ/Valores (obstrucción)	δ	5,27	0,76	1,38
	Bar	>100	1,56	4,16
	CSC	SI	NO	SI
VQ/Valores (progreso)	δ	1,37	-0,41	0,9
	Bar	4,76	0,29	1,92
	CSC	SI	NO	NO
CFQ (Fusión cognitiva)	δ	11,06	0,12	1,5
	Bar	>100	0,37	4,34
	CSC	SI	NO	SI
PSWQ (Preocupación)	δ	4,29	0,65	2,77
	Bar	>100	1,31	19,6
	CSC	SI	NO	NO

En referencia al análisis estadístico, representado en la tabla 2 que muestra el tamaño del efecto (δ) y el factor Bar del modelo JZS + AR. En las puntuaciones del AAQ-II (evitación

experiencial), y de acuerdo con el factor de Bayes, los participantes expusieron evidencia extrema del efecto del tratamiento ($\text{Bar} > 100$) para P1 y, evidencia sustancial o moderada para P2 y P5 ($\text{Bar} = 3-10$). Dos participantes (P1 y P5) mostraron muy fuerte evidencia del efecto de la intervención ($\text{Bar} = 30-100$) para el DASS-21/Total (síntomatología emocional) y evidencia anecdótica en P2 ($\text{Bar} = 1-3$). De forma específica, en la sub escala DASS-21/Depresión P1 reporta evidencia sustancial o moderado efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 3-10$), P2 evidencia anecdótica ($\text{Bar} = 1-3$) y P5 ningún efecto del tratamiento. En DASS-21/Ansiedad, los resultados fueron igualmente variables. P5 arroja resultados que muestran extrema evidencia del efecto de la intervención ($\text{Bar} > 100$), P1 fuerte efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 10-30$) y P2 ningún efecto del tratamiento. En el DASS-21/Estrés P2 y P5 muestran evidencia anecdótica del efecto de la intervención ($\text{Bar} = 1-3$), mientras que P1 exhibe un fuerte efecto de la intervención ($\text{Bar} = 30-100$).

En referencia al PSWQ – 11 (Preocupación), P1 muestra extremo efecto del tratamiento ($\text{Bar} > 100$), P5 demuestra fuerte efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 10-30$), y evidencia anecdótica ($\text{Bar} = 1-3$) en P2. Con respecto a los resultados de la medida CFQ (fusión cognitiva), P1 mostró pruebas del efecto extremo de la intervención ($\text{Bar} > 100$), sustancial o moderado efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 3-10$) para P5, y ningún efecto del tratamiento en P2.

En la medida VQ/Progreso, P1 evidencia sustancial o moderado efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 3-10$), evidencia anecdótica en P5 ($\text{Bar} = 1-3$), y ningún efecto de la intervención ($\text{Bar} < 1$) en P2. En VQ/Obstrucción P2 muestran evidencia anecdótica ($\text{Bar} = 1-3$); a excepción de P1 que exhibe extremo efecto del tratamiento (> 100) y P5 quien mostró sustancial o moderada evidencia del efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 3-10$).

La tabla 2 muestra, en igual medida, los resultados en el cambio clínicamente significativo (CSC). En el AAQ-II, P1, P2 y P5 mostraron ser CSC. En el DASS-21/Ansiedad, DASS-21/Total, VQ/Obstrucción y CFQ, P1 y P5 indicaron ser CSC. En el VQ/progreso, PSWQ-11, DASS-21/Estrés, DASS-21/Depresión un participante (P1) mostró ser CSC.

Tabla 3.

Diferencia de medias estandarizadas comparables al diseño

	Estimado BC-SMD	Std. Error	95% CI (inferior)	95% CI (superior)
AAQ-II/Evitación experiencial	1,54	0,92	3,4	0,5
DASS-21/Depresión	1,01	0,48	2,003	0,22
DASS-21/Ansiedad	1,04	0,58	2,22	0,25
DASS-21/Estrés	1,17	0,63	2,46	0,36
DASS-21/Sintomatología emocional	1,27	0,6	2,6	0,4
VQ/Obstrucción	2,18	0,72	3,69	0,99
VQ/Progreso	0,13	0,32	0,023	0,44
CFQ/Fusión cognitiva	1,5	0,82	3,17	0,54

Por su parte, en la Tabla 3 se da cuenta que el tamaño del efecto fue grande en las medidas AAQ-II, DASS-21/Depresión, DASS-21/Ansiedad, DASS-21/Estrés, DASS-21/Total, VQ/Obstrucción, CFQ y PSWQ-11 ($>0,80$), a excepción del VQ/Progreso que evidencia ausencia de efecto del tratamiento ($<0,2$). El análisis del intervalo de confianza (IC) al 95% muestra significancia estadística de todas las variables dependientes, ya que el IC no incluye el valor 0, lo cual indica un valor de importancia clínica.

Discusión

El presente estudio tuvo por objetivo examinar la eficacia de un protocolo de intervención breve basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en personas con trastorno de pánico. Específicamente se evaluó el efecto de la intervención en la sintomatología emocional, la rumia y la preocupación y las actividades vinculadas a valores. Los resultados, en términos

generales, permitieron evidenciar grandes tamaños de efecto en la sintomatología emocional, con tamaños de efecto entre extremos y sustanciales y una ausencia total en los ataques de pánico registrados durante y posterior a la intervención. En cuanto a la variable de preocupación/rumia se hallaron tamaños de efecto extremos y sustanciales. Por último, en la variable valores, se encontró que en valores/obstrucción dos de los participantes presentaron evidencia sustancial o moderada del efecto del tratamiento.

Al encontrar que las puntuaciones del AAQ-II (evitación experiencial) fueron consistentemente más bajas que otras mediciones usadas en la investigación, los resultados están de acuerdo con un estudio realizado por Codd et al. (2011), Twohig, Hayes y Akihiko, (2006) y Twohig et al. (2010) quienes argumentaron que la implementación de un protocolo de ACT sin exposición dio lugar a reducciones notables en las conductas de evitación y los síntomas emocionales.

Conforme a lo expuesto, al implementar ejercicios que alteran el contexto funcional de los pensamientos y disminuir las funciones aversivas de estímulos verbales (defusión cognitiva), se promueve la respuesta flexible (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) y se evidencian, cambios clínicamente significativos y efecto sustancial de la intervención en las medidas CFQ (fusión cognitiva) y VQ/Obstrucción, demostrando ser consistente con el soporte teórico de ACT en el que desarrollar la habilidad de discriminar el propio comportamiento y enmarcarlo en la jerarquía con el deíctico 'yo', la persona puede comportarse de forma comprometida con la experiencia presente en lugar de la conducta regulada por los pensamientos (Codd et al., 2011; Gil-Luciano, Ruiz, Valdivia-Salas & Suárez-Falcón, 2017; Harris, 2009), altera los procesos de rumia/preocupación (gran tamaño del efecto en el PSWQ-11/ $>0,80$) y por tanto corrobora que este es un proceso transdiagnóstico en diferentes problemas emocionales, entre ellos, el trastorno

de pánico (Akbari & Khanipour, 2018; Drost, Van der Does, van Hemert, Penninx & Spinhoven, 2014; McEvoy, Watson, Watkins & Nathan, 2013).

Los resultados en las medidas CFQ y VQ/Obstrucción, van en coordinación con los datos arrojados en Ruiz, García-Beltrán, Monroy-Cifuentes y Suárez-Falcón, J.C. (en prensa), donde los participantes mostraron un efecto de intervención en la fusión cognitiva (CFQ) y la obstrucción de los valores (VQ-Obstrucción), ésta en el marco de la pareja.

Los ejercicios usados en el protocolo de ACT para el desorden de pánico según los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran que trabajar desde la defusión cognitiva, y enmarcar en la jerarquía de los pensamientos y el deíctico 'yo', y la aceptación de eventos privados contribuye a la mejora de los síntomas relacionados con el trastorno de pánico, demuestra ser útil para reducir la ansiedad subjetiva y la evitación a los ataques de pánico (Levitt et al., 2004). Lo anterior, podría promover que este tipo de intervenciones sea considerado una opción a considerar para el tratamiento del desorden de pánico frente a las técnicas de exposición que generan baja aceptabilidad en los consultantes como lo mencionan Codd et al. (2011).

De otra parte, la medida VQ/Progreso muestra ausencia del efecto del tratamiento, siendo similar a las derivaciones de la investigación realizada por Wersebe et al. (2017) en la que los pacientes tampoco mostraron un aumento significativo en la acción de valor a lo largo del estudio. Este hallazgo puede explicarse por las puntuaciones moderadas en la LB de la medida VQ/Progreso, similares a los datos arrojados en intervención, por lo que no se evidencian cambios. También puede entenderse por la hipótesis acerca de que este cambio puede darse después de la intervención y mejorar en las medidas de seguimiento (Wersebe et al., 2017); al igual que, por la baja tasa de ejercicios dirigidos a valores en la estructura general del protocolo de ACT para el tratamiento del trastorno de pánico.

Cabe resaltar que el presente estudio debe interpretarse a la luz de algunas limitaciones. Primero, se realizó la aplicación a una muestra de $N=5$, no obstante, los datos arrojados en línea de base en dos de los participantes muestran una tendencia de mejora y, por tanto, dificulta evidenciar si el cambio es producto de la introducción del tratamiento o debido a variables extrañas (Sanz y García-Vera, 2015). Lo anterior conlleva a excluir a los participantes P3 y P4 del análisis de eficacia de la intervención, recalcando que por consideraciones éticas se les brindó igualmente la intervención dirigida a velar por su bienestar y derechos (American Psychological Association, 2017). En segundo lugar, el P2 fue intermitente en su asistencia al proceso psicológico por razones de tiempo, pudiendo influir en la aplicación de las habilidades de ACT y por tanto en las medidas.

A pesar de estas limitaciones, los resultados derivados del estudio permiten evidenciar la transformación de las funciones discriminativas de los pensamientos y emociones al enmarcar la propia conducta en jerarquía con el deíctico 'Yo', debilitando el contexto verbal problemático y facilitando la toma de perspectiva. El protocolo de ACT favorece que los participantes construyan jerarquías de valores reflejado en su contexto actual, esto, a la luz de los postulados de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh & Hayes, 2004; Gómez-Martín, López-Ríos & Mesa-Manjón, 2007).

Los resultados brindan evidencia complementaria de la eficacia de los protocolos de ACT (Ruiz, Riaño-Hernández, Suárez-Falcón & Luciano, 2016; Ruiz et al. 2018; Ruiz, García-Beltrán, Monroy-Cifuentes, Suárez-Falcón, en prensa), diferenciando que la población objetivo está centrada en un trastorno psicológico específico (trastorno de pánico) y aún son incipientes las investigaciones en Colombia según la revisión realizada en la base de datos Scopus en el 2018.

Del mismo modo, los protocolos breves de ACT muestran que pueden tener impacto en diversos problemas emocionales y considerarse como una opción de intervención con resultados prometedores (Chen & Tsai, 2016; Glasgow et al., 2013; Kyllönen et al., 2018; Zlomke & Davis, 2008). Todo lo anterior, alienta futuras investigaciones dirigidas a ampliar el componente de valores en la estructura de los protocolos de ACT y su aplicación clínica en el trastorno de pánico en población colombiana.

Referencias

- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2011). Addressing relapse in cognitive behavioral therapy for panic disorder: Methods for optimizing long-term treatment outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(3), 306-315. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.05.006>
- Akbari, M., & Khanipour, H. (2018). The transdiagnostic model of worry: The mediating role of experiential avoidance. *Personality and Individual Differences, 135*, 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.011>
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.; DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. Division 12 (s.f.). *Diagnosis: Panic Disorder Treatment. Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder*. Recuperado de <https://www.div12.org/diagnosis/panic-disorder/>
- American Psychological Association (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/>
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., & Hayes, S. C. (2004). Relational frame theory: Some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 355-375. Recuperado de <http://mural.maynoothuniversity.ie/402/1/Psyc21.pdf>
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 408. <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1037/0022-006X.63.3.408>

- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1018790003416>
- Botella-Arbona, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/469.pdf>
- Bouton, M. E., Mineka, S. y Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4-32. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.4>
- Carrascoso, L. F. J. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11(1), 1-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72711101.pdf>
- Chen, M. H., & Tsai, S. J. (2016). Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 70, 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.02.001>
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 23(4), 461 – 470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Codd, R. T., Twohig, M. P., Crosby, J. M. y Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with Acceptance and Commitment Therapy in a private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 203-217. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.3.203>
- Craske, M. G. y Barlow, D. H. (2014). Panic Disorder and Agoraphobia. En D. Barlow. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (pp. 1 – 61). Nueva York: The Guilford Press. Recuperado de <https://www.guilford.com/excerpts/barlow2.pdf>

- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *43*, 79-89. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>
- Deacon, B. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R., & McGrath, P. B. (2013). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(8), 772-780. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.006>
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., & Hipol, L. J. (2013). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(2), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.004>
- De Vries, R. M., Hartogs, B. M., & Morey, R. D. (2015). A tutorial on computing Bayes factors for single-subject designs. *Behavior Therapy*, *46*(6), 809-823. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.013>
- De Vries, R. M., Meijer, R. R., van Bruggen, V. y Morey, R. D. (2016). Improving the analysis of routine outcome measurement data: What a Bayesian approach can do-for you. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *25*, 155-167. <https://doi.org/10.1002/mpr.1496>
- De Vries, R. M. y Morey, R. D. (2013). Bayesian hypothesis testing for single-subject designs. *Psychological Methods*, *18*, 165-185.
- Drost, J., Van der Does, W., van Hemert, A. M., Penninx, B. W., & Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A

- conceptual replication. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 177-183.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.004>
- Espada, J. P., Van der Hofstadt, C. J. y Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 217-232. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770115>
- Fava, L. y Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 623-637. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.002>
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., y Luciano, C. (2013). Una investigación empírica de las relaciones jerárquicas versus distinciones en un ejercicio de autoinformación ACT. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 13 (3), 373-388. Recuperado de http://mural.maynoothuniversity.ie/4959/1/YBH_empirical.pdf
- Gil-Luciano, B., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., & Suárez-Falcón, J. C. (2017). Promoting psychological flexibility on tolerance tasks: Framing behavior through deictic/hierarchical relations and specifying augmental functions. *The Psychological Record*, 67(1), 1-9. Recuperado de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs40732-016-0200-5.pdf>
- Glasgow, R. E., Fisher, L., Strycker, L. A., Hessler, D., Toobert, D. J., King, D. K., & Jacobs, T. (2013). Minimal intervention needed for change: definition, use, and value for improving health and health research. *Translational behavioral medicine*, 4(1), 26-33.
<https://doi.org/10.1007/s13142-013-0232-1>
- Greene, A. L. y Eaton, N. R. (2016). Panic disorder and agoraphobia: A direct comparison of their multivariate comorbidity patterns. *Journal of Affective Disorders*, 190, 75-83.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.060>

- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F., & Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health psychology*, 7(2), 491-507.
- Gómez-Restrepo, C., Escudero, C., Matallana, D., González, L., & Rodríguez, V. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tom_o_I.pdf
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, Canada: New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy*, 23(2), 225-249. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80383-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80383-1)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. A., Orsillo, S. M. y Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 238 – 245. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.006>
- Hayes, S. C, Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and

- treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
<http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hedges, L. V., Pustejovsky, J. E., & Shadish, W. R. (2012). A standardized mean difference effect size for single case designs. *Research Synthesis Methods*, 3(3), 224-239.
<https://doi.org/10.1002/jrsm.1052>
- Hedges, L. V., Pustejovsky, J. E., & Shadish, W. R. (2013). A standardized mean difference effect size for multiple baseline designs across individuals. *Research Synthesis Methods*, 4(4), 324-341. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1086>
- Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl 20), 2233.
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Jeffreys, H. (1998). *La teoría de la probabilidad*. Oup Oxford. Recuperado de https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=vh9Act9rtzQC&oi=fnd&pg=PA1&ots=feVtDWX5l-&sig=VwPJ3V54jaVabFA6xn4Ay5iZbro&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy based intervention for depressive symptoms delivered by masters degree level psychology students: A preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 360-373. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000969>
- Kyllönen, H. M., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K., & Lappalainen, R. (2018). A brief Acceptance and Commitment Therapy intervention for depression: A

- randomized controlled trial with 3-year follow-up for the intervention group. *Journal of contextual behavioral science*, *10*, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.009>
- Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour research and therapy*, *61*, 43-54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.006>
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior therapy*, *35*(4), 747-766. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80018-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80018-2)
- Ley N°1090. Congreso de la República de Colombia, 06 de septiembre de 2006. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1090006.pdf>
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Vizcaíno Torres, R. M., Sánchez Martín, V., Gutiérrez Martínez, O., y López López, J. C. (2011). Un análisis de marco relacional de las interacciones de defusión en la terapia de aceptación y compromiso. Un estudio preliminar y cuasi experimental con adolescentes en riesgo. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, *11* (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56019292001.pdf>
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, *27*(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic

- construct. *Journal of affective disorders*, 151(1), 313-320.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Hayes, S. C., & Craske, M. G. (2012). Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 606-618.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.05.004>
- Moreno, P. y Martín, J. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para Terapeutas*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer S.A. Recuperado de <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/lib/bibliobosquesp/reader.action?docID=3194302&query=>
- Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of affective disorders*, 241, 627-633.
<https://recursosvirtuales.konradlorenz.edu.co:2272/10.1016/j.jad.2018.08.069>
- Papageorgiou, C., & Siegle, GJ (2003). La rumiación y la depresión: avances en la teoría y la investigación. *Terapia cognitiva e investigación*, 27 (3), 243-245.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1023918331490>
- Parker, R. I., & Vannest, K. J. (2012). Bottom-up analysis of single-case research designs. *Journal of Behavioral Education*, 21(3), 254-265. DOI: 10.1007/s10864-012-9153-1
- Pleger, M., Treppner, K., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., & Fydrich, T. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT+: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*, 32(4), 166-173.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.03.003>

- Plehn, K., & Peterson, R. A. (2002). Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. *Journal of Anxiety Disorders, 16*(4), 455-474. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00129-9](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00129-9)
- Posada-Villa, J. A., Aguilar-Gaxiola, S. A., Magaña, C. G., & Gómez, L. C. (2004). Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 33*(3), 241-262. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33n3/v33n3a02.pdf>
- Pustejovsky, J. E., Hedges, L. V., & Shadish, W. R. (2014). Design-comparable effect sizes in multiple baseline designs: A general modeling framework. *Journal of Educational and Behavioral Statistics, 39*(5), 368-393. <https://doi.org/10.3102/1076998614547577>
- Querstret, D., & Cropley, M. (2013). Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clinical psychology review, 33*(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.004>
- Richards, H. J., Benson, V., Donnelly, N., & Hadwin, J. A. (2014). Exploring the function of selective attention and hypervigilance for threat in anxiety. *Clinical psychology review, 34*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.006>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M. & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science, 9*, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D.M., Monroy-Cifuentes, A, Suárez-Falcón, J.C. (en prensa) Single-case experimental design evaluation of RNT-focused acceptance and commitment therapy

- in GAD with couple-related worry. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of depression anxiety and stress scale – 21. *International Journal of Psychology Therapy*, 17(1), 97 – 105. Recuperado de <http://blogs.konradlorenz.edu.co/files/ruiz2017dass21.pdf>
- Ruiz, F. J., Hernández, D. R., Falcón, J. C. S., & Soriano, M. C. L. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(1), 213-233. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5679128>
- Ruiz, F. J., Monroy-Cifuentes, A. y Suárez-Falcón, J. C. (en prensa). Penn State Worry Questionnaire-11 validity in Colombia and factorial equivalence across gender and nonclinical and clinical samples. *Anales de Psicología*. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.3.300281>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *The Psychological Record*, 66(3), 429-437. Recuperado de <http://blogs.konradlorenz.edu.co/files/ruiz-et-al.-2016-aaq-ii-colombia.pdf>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80-87. Recuperado de <http://blogs.konradlorenz.edu.co/files/ruiz-et-al.-2017-cfq-colombia.pdf>

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J.C., Riaño-Hernández, D & Gil-Luciano, presentado. Psychometric properties VQ.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.005>

Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>

Taylor, S., Wald, J., & Asmundson, G. J. (2004). Psychopathology of panic disorder. *Psychiatry*, 3(5), 35-38. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.5.35.33967>

Tejada, P. 2016. Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque*, 6(2), 29-40. Recuperado de

https://www.researchgate.net/profile/Paola_Tejada/publication/319843576_CURRENT_SITUATION_OF_MENTAL_DISORDERS_IN_COLOMBIA_AND_THE_WORLD_PREVALENCE_CONSEQUENCES_AND_INTERVENTION_NEEDS/links/59bdaf1c458515e9cfd52b8/CURRENT-SITUATION-OF-MENTAL-DISORDERS-IN-COLOMBIA-AND-THE-WORLD-PREVALENCE-CONSEQUENCES-AND-INTERVENTION-NEEDS.pdf

Toro, R., & Ochoa, D. (2011). Evaluación y formulación de caso para los trastornos de ansiedad en Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología: ciencia y tecnología*, 4(1), 7-12. Recuperado de

<https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/205/173>

- Twohig, M. P.; Hayes, S. C.; and Masuda, Akihiko, "A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for chronic skin picking" (2006). *Psychology Faculty Publications*. 99. https://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/99
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716. <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1037/a0020508>
- Vincelli, F., Choi, Y. H., Molinari, E., Wiederhold, B. K., & Riva, G. (2000). Experiential cognitive therapy for the treatment of panic disorder with agoraphobia: Definition of a clinical protocol. *CyberPsychology & Behavior*, 3(3), 375-385. <https://doi.org/10.1089/10949310050078823>
- Wagenmakers, E. J., Wetzels, R., Borsboom, D., & Van Der Maas, H. L. (2011). Why psychologists must change the way they analyze their data: the case of psi: comment on Bem (2011). <http://dx.doi.org/10.1037/a0022790>
- Wegner, D. M. (1997). When the antidote is the poison: Ironic mental control processes. *Psychological Science*, 8(3), 148-150. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00399.x>
- Wermes, R., Lincoln, T. M., & Helbig-Lang, S. (2018). Anxious and Alert? Hypervigilance in Social Anxiety Disorder. *Psychiatry Research* 269, 740-745. <https://recursosvirtuales.konradlorenz.edu.co:2272/10.1016/j.psychres.2018.08.086>
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hoyer, J., Wittchen, H. U., & Gloster, A. T. (2017). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment

Therapy Intervention. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 63-70.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.005>

Wilson, K. G. y Luciano, M.C. (2007). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Zlomke, K. & Davis, T. E. (2008) One-Session Treatment of Specific Phobias: A Detailed Description and Review of Treatment Efficacy. *Behavioral therapy*, 39(3), 207-223.

<http://doi.org/10.1016/j.beth.2007.07.003>

Apéndice B. Consentimiento Informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO****Introducción**

Yo _____ he sido invitado(a) a participar en el estudio titulado “Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sin exposición para el tratamiento del Trastorno de Pánico”. Esta investigación es conducida por el Derly Johanna Toquica Orjuela, estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es analizar la eficacia de un protocolo de 5 sesiones basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso sin Exposición en personas con Trastorno de Pánico. Entiendo que la información que pueda ser recolectada por mi participación en el estudio será usada para temas exclusivamente académicos.

Descripción del procedimiento

Es un estudio de tipo clínico con un diseño experimental de línea de base múltiple. El procedimiento comprende las siguientes fases: 1. Evaluación del participante (se realizará una breve entrevista y se aplicarán una serie de cuestionarios que evalúan aspectos relacionados con los síntomas del trastorno de pánico. En caso de no cumplir con los criterios de inclusión, será derivado a uno de los Centros de la Red ISUAP; 2. Aleatorización del momento en el que se llevará a cabo la intervención; 3. Aplicación de un protocolo de ACT de 5 sesiones. Cada sesión tendrá

una duración de 60 minutos y una periodicidad de 1 sesión semanal; 4. Recolección de datos de seguimiento. La labor del participante es responder a los cuestionarios que se le proponen y asistir a la sesión en la que se llevará a cabo el protocolo de intervención

Riesgos e Incomodidades

La participación en el estudio entraña un riesgo mínimo para el participante. Las sesiones de intervención serán grabadas en audio y video. La cámara no enfocará directamente al participante. El único objetivo de la grabación es asegurar que la aplicación del protocolo fue correcta. La grabación sólo podrá ser vista por miembros del equipo de investigación y será destruida una vez terminado el estudio.

Confidencialidad

Entiendo que cualquier información personal que haga parte de los resultados de la investigación será mantenida de manera confidencial. En ninguna publicación en la que se usen mis resultados se mencionará mi nombre a menos que lo consienta y autorice por escrito.

Participación voluntaria

La participación en este estudio es voluntaria. Entiendo que tengo la libertad de retirar mi consentimiento de participación en esta investigación en cualquier momento y que en tal caso no tendré ningún tipo de repercusión.

Información

Para obtener información acerca de esta investigación puedo comunicarme con Derly Johanna Toquica Orjuela en el correo electrónico derlyj.toquicao@konradlorenz.edu.co

La investigadora me está haciendo entrega inmediata de una copia de este consentimiento para mi archivo personal.

* * *

CONSIENTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Firma del participante

No. Documento de identificación

Firma del investigador principal

No. Documento de identificación

Consentimiento de participación firmado a los _____ días del mes de _____ del
año _____.