

	<b>FORMATO RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN TRABAJOS DE GRADO ASOCIADOS A LA PRÁCTICA/ TRABAJOS DE PRACTICA INVESTIGATIVA</b>	<b>CV -</b>	
		<b>Versión 1</b>	<b>Página 1 de 18</b>

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ  
CENTROS DE INVESTIGACIONES**

A continuación encontrarán los criterios para la presentación de Trabajos de Grado asociados a la práctica (TGAP) o Trabajos Práctica Investigativa (TPI). El estilo de presentación debe cumplir con los lineamientos del *Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association* 6ª Ed. (2010).

<b>1. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL TRABAJO DE GRADO ASOCIADO A LA PRÁCTICA / PRACTICA INVESTIGATIVA</b>	
<b>TITULO DEL TRABAJO</b>	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sin Exposición para el tratamiento del Trastorno de Pánico
<b>DIRECTOR TRABAJO DE GRADO/ SUPERVISOR PRACTICA INVESTIGATIVA</b>	Director: Francisco José Ruiz Jiménez Co – Directora: Ángela María Henao Gallego
<b>AUTOR (ES)</b>	Derly Johanna Toquica Orjuela
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Trastorno de pánico, Terapia de Aceptación y Compromiso, preocupación, sintomatología emocional, terapia breve.
<b>AÑO / PERIODO</b>	2019/I
<b>MODALIDAD</b>	Tesis de Maestría

## **1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO (RESUMEN O ABSTRACT)**

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 cumplieran 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.

## **2. INTRODUCCIÓN (JUSTIFICACIÓN Y ENMARCAMIENTO CONCEPTUAL Y TEÓRICO DEL PROBLEMA SU EXTENSIÓN DEBE ESTAR ENTRE 1 Y 2 PAGINAS)**

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).

### 3. METODOLOGÍA

Se realizó un diseño de línea de base múltiple aleatorizada no concurrente entre participantes. La aleatorización se realizó para determinar el número de semanas de línea base a completar por cada participante (entre 3 y 5 semanas) y posterior a la fase de línea de base, se introdujo la variable de tratamiento y se continuó la toma de mediciones repetidas a lo largo del estudio.

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), (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.

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 medidas (a) Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ - II; Bond et al., 2011): validación en

Colombia de Ruiz et al., 2016. Mide evitación experiencial, (b) Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014; validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández y Gillanders, 2017). Mide fusión cognitiva, (c) 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 instrumento contiene tres sub-escalas: Depresión, Ansiedad y Estrés, (d) 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). Mide preocupación patológica. (e) Values Questionnaire (VQ; Smout, Davies, Burns & Christie 2014; validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández & Gil-Luciano, presentado). Mide valores, (f) Autorregistro, el cual registra la intensidad, frecuencia y duración de los ataques de pánico (*ver Apéndice A*).

Para los criterios de inclusión y exclusión se utilizó la Entrevista diagnóstica M.I.N.I., una entrevista diagnóstica corta y semiestructurada.

En referencia al procedimiento, consistió en 6 fases que abarcaron la adaptación del protocolo de intervención y entrenamiento al investigador; reclutamiento de los/las participantes; entrevista de selección de participantes, allí, se hizo la 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. En continuidad, se hizo la recolección de datos de la línea de base; aplicación del protocolo de intervención y cierre de la investigación.

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” (Ley 1090, 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”.

#### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

SE DEBERÁ MOSTRAR, EN FORMA ORGANIZADA Y PRECISA LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, Y PRESENTAR LAS CONCLUSIONES SOBRE LOS MISMOS. SU EXTENSIÓN DEBE ESTAR ENTRE 2 Y 4 PÁGINAS.

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 extremo y sustancial. 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 trastorno 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, recalando 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.

5. REFERENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS CONSULTADOS.  
TODAS REFERENCIAS CONSULTADAS EN LA REVISIÓN SISTEMÁTICA  
(AUNQUE NO APAREZCAN EN EL ARTÍCULO)

- 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](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\\_Tomo\\_I.pdf](http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_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](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., & Copley, 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](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](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>

## 6. APÉNDICES

SE DEBE ANEXAR EL ARTÍCULO Y LOS DEMÁS ANEXOS QUE SE CONSIDEREN PERTINENTES

## Apéndice A. Autorregistro

## AUTORREGISTRO

El presente autorregistro le permitirá identificar las sensaciones que experimenta cuando presenta un ataque de pánico. Por favor, escriba el día y la hora en la que se presentó el ataque, califique la intensidad del malestar en una escala de 0 a 10, siendo 0 ningún malestar y 10 máximo nivel de malestar, en la columna de duración escriba el tiempo que duró el ataque. A continuación, marque con una X los síntomas que presentó durante el ataque, en caso de que experimente alguna sensación que no se especifica, marque la columna "otro" y en la columna "cuál" escribalo. Gracias por su colaboración.

Nombre:

## ATAQUES DE PÁNICO

Día/Ho ra	Intensid ad	Duraci ón	<i>Sensaciones corporales</i>													
			Palpitacio nes	Sudoraci ón	Temblo res	Sensación de atragantamie nto	Opresi ón en el pecho	Nause as	Dolor abdomi nal	Hormigu eos	Entumecimie nto	Escalofri os	Mie do a mori r	Otr os	Cu ál	

## 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 [derly.toquica@konradlorenz.edu.co](mailto:derly.toquica@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 \_\_\_\_\_.