



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Leticia León-Quismondo, Laura Ramis, Francisca López-Ríos, Alberto Fernández-Liria y Guillermo Lahera.

leticia.leon.quismondo@gmail.com

Trastorno de pánico/ Panic Disorder; Terapia de Aceptación y Compromiso/Acceptance and Commitment Therapy; Terapia grupal/ group therapy.

INTRODUCCIÓN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el tratamiento del trastorno de pánico ha experimentado un gran impulso en los últimos años, existiendo estudios preliminares de su eficacia. Sin embargo, la mayoría de los estudios disponibles hasta el momento han utilizado intervenciones individuales.

Objetivo. Evaluar la gravedad del trastorno de pánico tras una intervención grupal en pacientes con Trastorno de pánico.

Método. Participaron en los grupos terapéuticos un total de 33 pacientes, con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años. La intervención en cada uno de los grupos constó de 12 sesiones, de una hora y media de duración, con frecuencia semanal. Se realizó una evaluación previa al tratamiento y una evaluación tras la finalización del mismo. La variable estudiada fue la gravedad del trastorno de pánico, evaluada a través de la Escala de Severidad del Trastorno de pánico (Panic Disorder Severity Scale; PDSS), que proporciona un perfil de la intensidad y la presencia de los síntomas en el último mes.

Resultados. La diferencia de medias pre-postratamiento fue estadísticamente significativa en la variable estudiada (t de Student), con un nivel de significación $\alpha = 0,001$ ($p = 0,000$). Es decir, los pacientes tuvieron una menor cantidad de ataques de pánico tras el tratamiento y aquellos que tuvieron fueron de menor intensidad.

Conclusiones. Aunque es necesario continuar el estudio con una muestra más amplia, estos resultados preliminares sugieren que la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal puede ser eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico se caracteriza por [a] la aparición de ataques súbitos de miedo o de malestar intenso, conjuntamente a una serie de síntomas físicos (por ejemplo: palpitaciones,

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

sensación de ahogo, náuseas o mareo, parestesias, sudoración...) y [b] provocar preocupación en relación a dichas crisis y un cambio significativo de conducta (mala adaptación, conductas de evitación).

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2014), la prevalencia estimada para el trastorno de pánico está en torno al 2-3% de la población adulta y adolescente, siendo más frecuente en mujeres con una proporción 2:1.

Es importante tener en cuenta que el curso normal del trastorno, sin tratamiento, es crónico con oscilaciones. Algunos individuos pueden tener brotes episódicos con años de remisión entre ellos y otros pueden tener una sintomatología intensa continua. Solo una minoría de los individuos alcanza una remisión completa.

En relación a la comorbilidad, el DSM-5 apunta que el trastorno de pánico pocas veces se observa en ausencia de otra psicopatología, siendo el trastorno de pánico un marcador de gravedad de los trastornos comórbidos. En particular, se asocia con otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno bipolar y trastornos por abuso de sustancias. También se relaciona de manera significativa con numerosos síntomas y afecciones médicas generales como mareos, arritmias, asma o síndrome de intestino irritable, entre otras.

En relación con las consecuencias funcionales, el DSM-5 señala que el trastorno de pánico se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, costes económicos considerables y un mayor número de visitas médicas. En este sentido, los pacientes con trastorno de pánico pueden ausentarse con frecuencia del trabajo/escuela debido a la sintomatología.

Los ataques de pánico y un diagnóstico de trastorno de pánico en los últimos 12 meses están relacionados, según el DSM-5, con una mayor tasa de intentos de suicidio y de ideación suicida en los últimos 12 meses, incluso si se excluye la influencia de otros factores de riesgo de suicidio como la comorbilidad o los antecedentes de maltrato infantil.

Con todo lo anterior, se concluye que el trastorno de pánico es uno de los trastornos de ansiedad más incapacitantes, con un alto grado de alteración física y psíquica, siendo, además, uno de los más prevalentes en población clínica.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una nueva forma de tratamiento que incluye ejercicios experienciales y de atención plena, una actitud de aceptación y no evitación de la experiencia y métodos de cambio de conducta guiados por valores (Wilson y Luciano, 2002). Esta terapia se centra en cambiar la relación del paciente con sus experiencias privadas, sin luchar contra la ansiedad ni evitar experiencias o emociones. La meta final del tratamiento es la flexibilidad psicológica, necesaria para la salud mental. Para llegar a ésta se trabaja con los siguientes procesos:

- **Defusión del pensamiento.** Ser capaces de detectar el actual proceso de pensamiento y diferenciarlo de los productos del mismo, notando la diferencia entre esa actividad y el observador de esa actividad. La defusión ayuda a crear espacio

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

entre la persona y el parloteo de la mente. Los pacientes aprenden que ellos no son sus pensamientos, que la mente siempre está pensando y que no siempre es necesario confiar o creer en ella.

- **Aceptación o disposición a estar en contacto con las experiencias internas.** En oposición a la tendencia de *evitación experiencial* observada en multitud de trastornos psicológicos, es decir, el conjunto de esfuerzos rígidos e inflexibles dirigidos a escapar, evitar, regular, eliminar y controlar las experiencias internas desagradables (pensamientos, emociones, recuerdos...) y las situaciones que las generan, limitando de manera importante la vida de la persona, ACT propone el reconocimiento de que el malestar y el dolor psicológicos son partes inevitables de la vida y, por tanto, no pueden ser totalmente eliminados. Implica aceptar plenamente la experiencia propia en este momento tal como es.
- **Contacto con el momento presente.** Mantener el foco en el presente, sobre el pasado o el futuro. Aprender a prestar atención intencionalmente al momento presente, sin emitir juicios. Aprender a estar presente contrarresta la tendencia a evitar.
- **“Yo” como contexto.** En relación a la historia que las personas se cuentan sobre sí mismas, aprender a no etiquetarse a uno mismo para no actuar desde este “Yo” conceptualizado. De esta manera, la persona llega a entender que ella no es equivalente a sus conductas.
- **Dirección vital guiada por valores.** Utilizar los valores o ideales importantes de la vida para la persona como direcciones para la acción intencional. A medida que los pacientes aprenden a dejar ir la lucha interna, se genera espacio para considerar cómo quieren que sean sus vidas. Los valores nunca se acaban, sino que se trata de un proceso permanente y continuo.
- **Acción comprometida.** Conseguir el compromiso de la persona a actuar de acuerdo a sus valores, marcándose para ello objetivos concretos y realistas que sí que pueden llegar a lograrse y completarse.

La evidencia acerca de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para los trastornos de ansiedad es cada vez más numerosa. Así, encontramos referencias a la efectividad de ACT para diferentes trastornos de ansiedad: para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Twohig, Hayes y Masuda, 2006), para el Trastorno de Ansiedad Social (Dalrymple y Herbert, 2007), para el Trastorno de Estrés Postraumático (Orsillo y Batten, 2005), para Trastornos de ansiedad mixtos (Arch, Eifert, Davies, Vilardaga, Rose y Craske, 2012) y para el Trastorno de pánico (Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller y Langer, 2009), así como su efectividad en relación a un grupo control de lista de espera para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008).

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Igualmente, la revisión sistemática de la aplicación de ACT a trastornos de ansiedad llevada a cabo por Swain, Hancock, Hainsworth y Bowman (2013) sobre 38 estudios (incluyendo tanto nivel individual como grupal) destaca que la evidencia inicial sobre ACT es prometedora.

Posteriormente, Öst (2014) realiza un metaanálisis que incluye 60 ensayos clínicos aleatorizados (4234 participantes) de trastornos psiquiátricos, somáticos y estrés laboral. Se concluye que ACT es *probablemente eficaz* para dolor crónico y tinnitus, y *posiblemente eficaz* para depresión, síntomas psicóticos, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad mixta, abuso de drogas y estrés laboral.

Más recientemente, A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits y Emmelkamp (2015) realizan un nuevo metaanálisis con 39 ensayos clínicos aleatorizados, los cuales incluyen a 1821 pacientes. Concluyen que ACT es un tratamiento superior al placebo para trastornos de ansiedad, depresión y problemas somáticos; aunque no se mostró superior a otros tratamientos establecidos.

Estos resultados apuntan en la misma línea que el metaanálisis de Hacker, Stone y MacBeth (2016), el cual concluye que ACT es un tratamiento eficaz para la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, al compararlo con un grupo control.

Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones concluyen que, aunque los resultados preliminares son favorables, son necesarios más estudios.

Por otro lado, se han realizado estudios que han tenido como objetivo buscar cuáles son los componentes de ACT que influyen en la mejoría del paciente. En primer lugar, los resultados del estudio aleatorizado de Forman, Shaw, Goetter, Herbert y Yuen (2012) para 132 pacientes con ansiedad y depresión, apoyan que, a largo plazo (un año y medio después), los pacientes tratados con terapia de conducta obtuvieron ligeros mejores resultados que aquellos tratados con ACT. Aun así, en el post-tratamiento ambas terapias se mostraron eficaces en la mejora de los síntomas, la funcionalidad y la calidad de vida. Entre las explicaciones que proponen para estos resultados se encuentra que la mayoría de los pacientes del estudio tenían relativamente un buen nivel de funcionamiento y síntomas moderados; mientras que algunos autores especulan que la terapia ACT estaría más indicada para pacientes graves o resistentes al tratamiento.

En este sentido, Wolitzky-Taylor, Arch, Rosenfield, y Craske (2012) se interesaron por los moderadores del tratamiento de trastornos de ansiedad, comparando ACT con Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para 87 pacientes. Se midió la sintomatología ansiosa post-tratamiento, a los 6 y a los 12 meses. Obtuvieron como resultado que ACT superaba a TCC cuando los pacientes tenían algún trastorno del estado de ánimo comórbido y/o un nivel de evitación experiencial moderado.

De igual manera, en el estudio longitudinal aleatorizado de Arch, Wolitzky-Taylor, Eifert y Craske (2012) para 67 pacientes con trastornos de ansiedad y tratamiento con TCC o ACT, se observa que ambas terapias son útiles para trabajar la defusión cognitiva. Dicha variable mediaba

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

significativamente con calidad de vida, conductas de evitación y síntomas depresivos. Además concluyen que, gracias a los estudios que revisaron, los probables mediadores de ACT para los trastornos de ansiedad son: la defusión cognitiva, la aceptación y la acción guiada por valores. Como experiencia del empleo de ACT en un tratamiento grupal, se encuentra la aplicación para 137 pacientes con trastorno de ansiedad social de un grupo terapéutico basado en la aceptación y mindfulness o basado en TCC vs. un grupo control, de Kocovski, Fleming, Hawley, Huta y Antony (2013). Se encuentra que ambas terapias son superiores al grupo control pero no se obtienen diferencias significativas entre ellas. Asimismo, tenemos la aplicación grupal de ACT para 26 pacientes con Trastorno Bipolar y ansiedad comórbida de Pankowski, Adler, Andersson, Lindefors y Svanborg (2016), con resultados favorables.

También encontramos el trabajo de Eilenberg (2016), en el cual se concluye que la terapia grupal basada en Aceptación y Compromiso es aceptable y efectiva para personas con "*ansiedad sobre la salud*" grave, término que se propone en lugar de *hipocondría*. Se destaca que este tratamiento obtuvo pocos abandonos y altos niveles de satisfacción por parte de los pacientes. En esta línea, en el libro de Páez y Gutiérrez (2012) se hace referencia a que los tratamientos psicológicos establecidos actualmente están lejos de conseguir tasas de eficacia a largo plazo, se desconocen los elementos críticos de los tratamientos y se encuentran altas tasas de abandono debido a que los pacientes no están dispuestos a asumir tratamientos intrusivos como puede ser la exposición a situaciones temidas. Continuando con las reflexiones de estos autores, el centro de los problemas de los trastornos de ansiedad es el miedo al miedo, el temor a los afectos valorados como negativos, la angustia por pensamientos desagradables y el temor a tener sensaciones de descontrol. A todo esto, se suma el desgastante y limitante trabajo de hacer todo lo posible por evitar y por no contactar con dichas experiencias de una forma inflexible y como requisito para vivir.

El DSM-5 ya señala que la *sensibilidad a la ansiedad*, es decir, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales, es un factor de riesgo para la aparición de ataques de pánico; por lo que, a priori, se trataría de un grupo diagnóstico que se beneficiaría de una aproximación terapéutica que abordase dicha sensibilidad a la ansiedad, como lo es ACT, cuyo núcleo de intervención es la evitación emocional y experiencial (Eifert et al., 2009). Además, las características de esta terapia resuelven parte de los problemas relacionados con las demandas de los clientes, la falta de motivación y adherencia y la generalización del cambio (Páez y Gutiérrez, 2012).

Así, vemos que, en la literatura científica, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el tratamiento del Trastorno de pánico ha experimentado un gran impulso en los últimos años, existiendo estudios preliminares de su eficacia. Sin embargo, la mayoría de los estudios disponibles hasta el momento han utilizado intervenciones individuales. Por ejemplo, el estudio de Gloster, Sonntag, Hoyer, Meyer, Heinze, Ströhle, et al. (2015) aplica ACT a 43 pacientes

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

resistentes al tratamiento diagnosticados de Trastorno de pánico y agorafobia; encontrando que estos pacientes reportaban más cambios significativos en su funcionalidad y sintomatología que aquellos en lista de espera.

Ya en el año 2003, Eifert y Heffner realizaron un estudio sobre el efecto de la aceptación versus el control en la evitación de estímulos interoceptivos aversivos; donde observaron que, cuando los participantes altamente ansiosos eran expuestos a la inhalación de CO², aquellos del grupo de aceptación tuvieron menos conductas evitativas, reportaron menos miedo intenso y síntomas cognitivos y menos pensamientos catastrofistas, así como fue menos probable que abandonaran el estudio que los participantes del grupo control.

Siguiendo esta línea, Levitt, Brown, Orsillo, y Barlow (2004) realizaron un estudio con 60 pacientes con Trastorno de pánico en el que evaluaron el efecto de aceptación vs. la supresión emocional en la respuesta subjetiva y psicofisiológica a la exposición de CO². El grupo de aceptación estuvo significativamente menos ansioso y menos evitativo. Por otro lado, el uso de la supresión emocional se relacionó con más ansiedad subjetiva durante la prueba, mientras que el uso de la aceptación se relacionó con mayor disposición a participar en una segunda prueba, pero no en términos de síntomas de pánico autoinformados ni medidas fisiológicas. Así, concluyen que la aceptación sería una intervención útil para reducir la ansiedad subjetiva y la evitación en pacientes con Trastorno de pánico.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo realizar una evaluación de la eficacia de una intervención grupal basada en ACT para el Trastorno de pánico. Se realizará una medida pre y post tratamiento con la que se espera corroborar una disminución de la gravedad del trastorno de pánico, es decir, de la intensidad y presencia de los síntomas en el último mes, tras la intervención.

MÉTODO

Participantes

Los sujetos participantes en este estudio fueron un total de 33 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos para el Trastorno de pánico según la 5ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Las edades de los participantes estaban comprendidas entre los 18 y los 57 años, con una edad media de 36,4 años (SD:12,1).

La muestra de pacientes procedía del Área sanitaria 3 de la Comunidad de Madrid. Los participantes fueron derivados a los grupos por su psiquiatra o psicólogo de referencia del Centro de Salud Mental.

Instrumentos

La variable estudiada fue la gravedad del trastorno de pánico, que fue evaluada a través de la Escala de Severidad del Trastorno de pánico (*Panic Disorder Severity Scale; PDSS*) (Shear, Brown, Barlow, Money, Sholomskas, Woods, et al., 1997). La PDSS es una entrevista clínica

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

breve semiestructurada cuyo objetivo es determinar el nivel de severidad del trastorno de pánico en el último mes. Se compone de 7 ítems, que exploran: (1) frecuencia de los ataques de pánico, (2) angustia provocada por los ataques de pánico, (3) ansiedad anticipatoria, (4) miedo agorafóbico y evitación, (5) miedo y/o evitación de situaciones, (6) deterioro y/o interferencia en la actividad laboral y (7) deterioro y/o interferencia en la actividad social. El paciente contesta mediante una escala tipo Likert de 0 a 4, siendo 0 la mínima y 4 la máxima gravedad de los síntomas. Esta escala proporciona un perfil de la intensidad y la presencia de los síntomas en el último mes. Tiene una consistencia interna de 0,65 y la fiabilidad interjueces oscila entre 0,74 y 0,88.

Diseño

Se utilizó un diseño intrasujeto de medidas repetidas, en el que se tomaron medidas de la variable estudiada antes y después del tratamiento. Para asegurar la integridad del tratamiento se utilizó el manual de Eifert y Forsyth (2005) en todos los grupos.

Procedimiento

Los pacientes fueron derivados al grupo por su psicólogo o psiquiatra de referencia. Tras la derivación, se llevó a cabo una entrevista individual, en la cual se corroboraba que el paciente cumplía los criterios de inclusión para participar en el grupo.

La intervención grupal consistió en 12 sesiones de terapia de aceptación y compromiso. Cada una de las sesiones tuvo una duración de 90 minutos. La frecuencia de las sesiones fue semanal. Los grupos terapéuticos se llevaron a cabo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares (Madrid) y fueron realizados por dos psicólogas clínicas con adecuada formación y experiencia en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

El tratamiento incluyó los componentes anteriormente comentados, trabajados en la terapia de aceptación y compromiso: (a) aceptación de experiencias internas, (b) defusión cognitiva, (c) trabajo con el "Yo" como contexto, (d) contacto con el momento presente, (e) trabajo con valores vitales y (f) compromiso con la acción.

Se realizó una medida pretratamiento y una medida postratamiento a través de la *Escala de Severidad del Trastorno de Pánico (Panic Disorder Severity Scale; PDSS)*.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 13.0).

En la Tabla 1 se pueden observar las características sociodemográficas de la muestra.

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variables	Grupo de tratamiento N=33
Sexo:	
Hombre	30,3%
Mujer	69,7%
Edad	M=36,4; SD= 12,1
Estado civil:	
Soltero	48,5%
Casado	45,5%
Separado / divorciado	6,1%
Viudo	0%
Situación laboral:	
Activo	24,2%
En paro	30,3%
Incapacidad laboral transitoria	15,2%
Pensionista	9,1%
Jubilado	0%
Estudiante	21,2%
No trabaja ni estudia	0%

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Se incluyeron en el programa un total de 33 pacientes, de los cuales el 30,3% eran hombres y el 69,7% eran mujeres. La media de edad entre los participantes fue de 36,4 años (SD: 12,1). Respecto al estado civil, el 48,5% de la muestra eran solteros; el 45,5% casados y el 6,1% separados o divorciados. No hubo ningún viudo.

A nivel laboral, la mayoría se encontraba en paro (30,3%); el 24,2% se encontraban activos laboralmente; el 21,2% eran estudiantes; el 15,2% se encontraban en situación de baja laboral; y el 9,1% eran pensionistas.

Para evaluar los cambios producidos en el grado de severidad del Trastorno de pánico se compararon los resultados obtenidos en la *Escala de Severidad del Trastorno de pánico (Panic Disorder Severity Scale; PDSS)* antes y después de la realización del grupo terapéutico. Para ello, se obtuvo la media aritmética de las puntuaciones en dicha escala antes y después del tratamiento grupal (Figura 1).

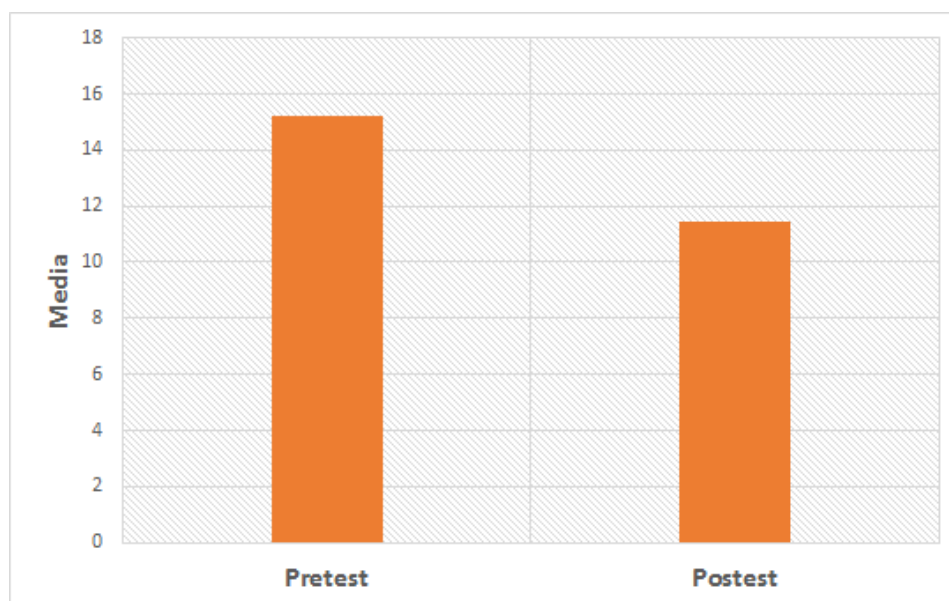


Figura 1. Medias aritméticas en la *Panic Disorder Severity Scale* pre y postratamiento

Los resultados muestran una disminución en las puntuaciones medias de la variable estudiada en la medición postratamiento. Es decir, tras el tratamiento se observa un descenso en la puntuación total obtenida en la *Panic Disorder Severity Scale*, lo que indica que la gravedad global del trastorno disminuyó tras la realización del grupo terapéutico.

Posteriormente, para el estudio de la significación estadística de la diferencia de medias, se utilizó la prueba *t de Student* para muestras relacionadas, estableciendo un nivel de significación (α) de 0,001.

Los resultados obtenidos tras el análisis se muestran en la Tabla 2.

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Tabla 2. Resultados pre-postratamiento y significación estadística.

Medida	Pretest M (SD)	Postest M (SD)	p de la prueba t de Student ($\alpha= 0,001$)
Puntuación global en la <i>PDSS</i>	15,24 (4,59)	11,45 (4,75)	p= 0,000 *

* Diferencia de medias estadísticamente significativa.

Así, se observa un efecto significativo para la puntuación total en la *Panic Disorder Severity Scale* ($p= 0,000$). Es decir, tras la intervención, disminuyó de manera significativa la severidad del Trastorno de pánico. En concreto, atendiendo a los aspectos que evalúa la *PDSS*, podemos decir que tras el tratamiento se redujo la frecuencia de ataques de pánico, se disminuyó la angustia provocada por éstos, la ansiedad anticipatoria, el miedo agorafóbico, la evitación de situaciones, el deterioro y/o interferencia en la actividad laboral y el deterioro y/o interferencia en la actividad social.

CONCLUSIONES

Los resultados indican que existen diferencias significativas en cuanto a la gravedad o severidad del trastorno de pánico antes y después del grupo psicoterapéutico. En otras palabras, tras la intervención grupal con Terapia de Aceptación y Compromiso, los pacientes informaron de una disminución en los aspectos evaluados por dicha escala: frecuencia de los ataques de pánico, angustia provocada por los ataques de pánico, ansiedad anticipatoria, miedo agorafóbico y evitación de situaciones, miedo y/o evitación de sensaciones internas, deterioro y/o interferencia en la actividad laboral y deterioro y/o interferencia en la actividad social.

Es decir, tras la intervención, los pacientes tuvieron menos ataques de pánico, y los ataques de pánico que tuvieron fueron de menor intensidad. Además, no estaban tan preocupados por la posibilidad de tener un futuro ataque de pánico, estaban más dispuestos a poder sentir sensaciones internas desagradables y fueron capaces de volver a permanecer en situaciones que anteriormente evitaban, con la consiguiente mejoría a nivel social y laboral.

Por otra parte, el tratamiento, además de mostrar buenos resultados, fue muy bien aceptado por los pacientes. Desde nuestro punto de vista, el hecho de que este tipo de terapia se realice en formato grupal constituye un factor fundamental, ya que, como es bien conocido, la terapia de grupo en sí misma aporta elementos motivadores y terapéuticos que podrían ayudar a aumentar la eficacia de la terapia en formato individual. Además, el formato grupal permite proporcionar ayuda a un mayor número de personas simultáneamente y hacerlo de una manera

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

más frecuente (en nuestro caso, semanalmente). Y todo ello con la generación de un menor gasto sanitario.

En resumen, podemos concluir que los pacientes con Trastorno de pánico se beneficiaron de una intervención en formato grupal con Terapia de Aceptación y Compromiso.

En cuanto a las limitaciones de nuestra investigación, en primer lugar, sería conveniente continuar el estudio con un mayor tamaño muestral. Por otro lado, sería recomendable completar el estudio con el uso de un grupo control, con el objetivo de obtener medidas de referencia externa de la eficacia del tratamiento en comparación con el mero paso del tiempo. Por último, sería interesante obtener datos de seguimiento que informaran sobre el mantenimiento o la evolución de las mejorías obtenidas a largo plazo tras la finalización de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arch, J., Eifert, G., Davies, C., Vilardaga, J., Rose, R. y Craske, M. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(5), 750.
2. Arch, J., Wolitzky-Taylor, K., Eifert, G. y Craske, M. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50*(7), 469-478.
3. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición). Madrid: Médica Panamericana.
4. A-Tjak, J., Davis, M., Morina, N., Powers, M., Smits, J. y Emmelkamp, P. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(1), 30-36.
5. Dalrymple, K. y Herbert, J. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study. *Behavior Modification, 31*(5), 543-568.
6. Eifert, G. y Forsyth, J. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
7. Eifert, G., Forsyth, J., Arch, J., Espejo, E., Keller, M. y Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(4), 368-385.
8. Eifert, G. y Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*(3), 293-312.
9. Eilenberg, T. (2016). Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT-G) for health anxiety. *Danish Medical Journal, 63*(10), pii: B5294.

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

10. Forman, E., Shaw, J., Goetter, E., Herbert, J. y Yuen, E. (2012). Long-Term Follow-Up of a Randomized Controlled Trial Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Standard Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Therapy, 43*(4), 801-811.
11. Gloster, A., Sonntag, R., Hoyer, J., Meyer, A., Heinze, S., Ströhle, A., Eifert, G. y Wittchen, H. (2015). Treating treatment-resistant patients with panic disorder and agoraphobia using psychotherapy: a randomized controlled switching trial. *Psychotherapy and psychosomatics, 84*(2), 100-109.
12. Hacker, T., Stone, P. y MacBeth, A. (2016). Acceptance and Commitment Therapy - Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 190*, 551-565.
13. Kocovski, N., Fleming, J., Hawley, L., Huta, V. y Antony, M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy, 51*(12), 889-898.
14. Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M. y 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*, 747-766.
15. Orsillo, S. y Batten, S. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Behavior Modification, 29*, 95-129.
16. Öst, L. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 105-121.
17. Pankowski, S., Adler, M., Andersson, G., Lindefors, N. y Svanborg, C. (2016). Group acceptance and commitment therapy (ACT) for bipolar disorder and co-existing anxiety—an open pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy, 1-15*.
18. Páez, M. y Gutiérrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
19. Roemer, L., Orsillo, S. y Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 76*, 1083-1089.
20. Shear, M., Brown, T., Barlow, D., Money, R., Sholomskas, D., Woods, S., et al. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *The American journal of psychiatry, 154*(11), 1571-5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9356566>.
21. Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. y Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 965-978.

SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO TRAS LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

22. Twohig, M., Hayes, S. y Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3-13.
23. Wilson, K. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
24. Wolitzky-Taylor, K., Arch, J., Rosenfield, D. y Craske, M. (2012). Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: a comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 786.