



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

TESIS DE DOCTORADO

**TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) GRUPAL EN
LÍNEA PARA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

GILIANE APARECIDA SCHMITZ

Buenos Aires, diciembre de 2021



TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) GRUPAL EN
LÍNEA PARA ANSIEDAD EN UNIVERSITARIOS

GILIANE APARECIDA SCHMITZ

Tesis presentada como requisito para la obtención del título de Doctora por el Programa de Posgraduación en Psicología de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

Tutora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Zoéga Soares.

Buenos Aires, diciembre de 2021

ESPACIO PARA LA HOJA DE APROBACIÓN DEL PANEL DE DEFENSA

Este trabajo está dedicado a las personas que sufrieron la pérdida de sus amores por causa de la COVID-19 y enfermaron psicológicamente. Que la psicología pueda ayudar en momentos tan difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Tengo mucho que agradecer. Concluir este doctorado fue un proceso complejo, que ocurrió durante una pandemia y en medio de mucha sobrecarga de trabajo. En ese contexto, siempre pude contar en primer lugar, con mi principal incentivadora, que me enseñó a leer y escribir en casa cuando tenía cuatro años y apoyó todas mis opciones académicas. Ella también acogió plenamente todo en lo que me convertí y no podría tener a alguien más acogedor que ella en mi construcción personal. ¡Mamá, muchas gracias!

Otra persona que me enseñó desde muy temprano que podía hacer lo que quisiera, siempre y cuando enfrentara las dificultades del camino, fue mi padre. La seguridad que tienes cuando creces sabiendo que eres la persona más amada en la vida de alguien es algo insustituible. Y crecí así, con mucha protección, un sentido de independencia y un aprendizaje que nadie podría elegir por mí, nunca. ¡Gracias Padre!

En mi familia también tengo otros dos grandes apoyos, mis hermanos Gevelson y Gilvanio y dos increíbles jovencitas a las que sirvo de ejemplo con mucho orgullo, mis sobrinas Alani y Eduarda.

Soy muy afortunada en la vida, además de un gran apoyo familiar, tengo amigos que me hacen sentir en casa, esté donde esté. Tarlis, el hermano que la vida me dio comparte todo conmigo y entiende mi necesidad de aislamiento y mis brotes de sinceridad, ¡gracias por estar ahí y por incluirme siempre en tus planes! Daniele, Marilu, Marina y Melissa, son mujeres que estoy muy orgullosa de tener en mi historia; modelos de fuerza, determinación y de que una mujer puede hacer lo que quiera. Camila, mi amiga-hermana de toda la vida, que además de desencuentros, es quien aparece cuando necesitamos beber vino y hacer planes para un futuro con una casa llena de gatos para dos ancianas.

Fabiane es mi amiga, a quien llamo cuando necesito salir al mundo, escapar del estrés de la vida diaria. Es la persona con la que puedo quejarme sin que trate de resolver mis problemas, reclamaremos juntas y me hará sentir cobijada. Cris y Matheus, los tíos de Nymeria, que siempre estaban ahí cuando los necesitaba, con quienes compartía espumantes y enfados y me distraían mientras veíamos películas malas. Eliane, Ivana, Márcia y Thiane, mis compañeras de trabajo y amigas que siguieron de cerca lo duro que fue este camino doctoral y estuvieron conmigo ante el mal humor provocado por la sobrecarga de tareas. Leandro, quien

compartió conmigo la angustia durante la pandemia. También compartió nominaciones e impresiones de películas, series, música, textos e indignación política. Eudes, que Buenos Aires trajo a mi vida y que trajo amor, música y poesía a mis días, siempre estará presente en recuerdos luminosos, significativos y amorosos. Todos ustedes me dieron fuerzas para cuidar de todo y ser feliz.

También agradezco mucho a mi tutora, la profesora Dra. Maria Rita Zoéga Soares, que me acompañó durante mi maestría y con mucha paciencia me llevó hasta aquí. ¡Gracias por cuidarme, por enseñarme siempre y ser un modelo de profesional y persona maravillosa! Mi agradecimiento se extiende a los jurados presentes en mi panel de defensa, Dra. Alejandra Calero, Dr. Dayan Moshe de Sousa Cotrim y Dr. Leandro Eidman, que contribuyeron con observaciones muy valiosas para mejorar mi trabajo.

Finalmente, y lo más importante, me gustaría agradecer a los participantes en mi estudio. Confiaron en mi propuesta, buscaron aprender formas de lidiar con la ansiedad en el contexto tan difícil que estábamos viviendo. ¡Y fueron sensacionales! ¡Estar con ustedes y seguir la evolución de cada uno fue lo mejor de todo! También extendo mi gratitud a todos los estudiantes de la Universidad Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR- Campus Pato Branco, que todos los días me recuerdan lo feliz que soy por haber elegido ser psicóloga.

ÍNDICE

Lista de Figuras.....	12
Lista de Tablas	14
Resumo	15
Resumen	17
Abstract	19

PARTE I – INTRODUCCIÓN

Introducción.....	22
-------------------	----

PARTE II – MARCO TEÓRICO

Capítulo 1 – Estado del arte – Impactos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental y protocolos de tratamiento en grupo para la ansiedad	26
--	----

1.1. Organización de los datos relacionados a los impactos de la pandemia en la salud mental.....	26
---	----

1.2. Estudios relacionados a propuestas terapéuticas para la ansiedad	28
---	----

Capítulo 2 – La pandemia de COVID-19, los impactos en la salud mental y la adaptación de los servicios de atención remotos	36
--	----

2.1. La pandemia de COVID-19 y los impactos en la salud mental	37
--	----

2.2. La importancia de los cuidados de la salud mental.....	40
---	----

2.3. El cuidado remoto de la salud mental – posibilidades, limitaciones y utilización en el futuro pospandemia	43
--	----

Capítulo 3 - La ansiedad bajo la óptica del Análisis del Comportamiento y una propuesta de intervención.....	48
--	----

3.1. El Análisis del Comportamiento y la comprensión de la ansiedad	49
---	----

3.2. Terapia Analítico Comportamental y Terapia de Aceptación y Compromiso	51
--	----

3.3. Formulación de una propuesta de intervención Analítico Comportamental con estrategias da ACT para el manejo de la ansiedad	53
---	----

PARTE III – DESARROLLO EMPÍRICO

Capítulo 4 - Problema de Investigación	55
4.1. Delimitación del problema	55
4.2. Preguntas que orientan la investigación	55
4.3. Objetivos	56
4.3.1. Objetivo general	56
4.3.2. Objetivos específicos	56
4.4. Hipótesis	56
4.5. Justificación del estudio	57
Capítulo 5 – Método	59
5.1. Diseño del estudio	59
5.2. Participantes	60
5.3. Instrumentos	61
5.4. Procedimientos para la elaboración de la intervención	63
5.5. Procedimientos para la evaluación de la intervención	67
Capítulo 6 – Resultados	69
6.1. Programa grupal de intervención ACT en línea para la ansiedad	69
6.1.1. Descripción detallada de la aplicación de las sesiones del programa de intervención	70
6.2. Caracterización de los participantes de la investigación y estadísticas descriptivas obtenidas a través de los instrumentos utilizados	78
6.2.1. Descripción de las características de los participantes de la investigación	79
6.2.2. Análisis de la confiabilidad de los instrumentos utilizados y estadísticas descriptivas	81
6.2.3. Datos colectados a lo largo del proceso psicoterapéutico obtenidos con la aplicación	

del BAI y de la Escala de Ansiedad de Hamilton	87
6.2.4. Resultados obtenidos vía instrumentos de evaluación – datos previos, posintervención y de seguimiento	91
6.2.5. Análisis de los resultados obtenidos por todos los instrumentos de evaluación en comparación entre preintervención y seguimiento	94
6.3. Análisis en las Sesiones y de las Condiciones de la Intervención a partir de los relatos de los participantes y de la terapeuta	97
6.3.1. Expectativas e impactos de la ansiedad identificados en la preintervención	97
6.3.2. Evaluación final del programa realizada por los participantes	103
6.4. Evidencia de Significancia Clínica y del Índice de Cambio Confiable: Método JT	112
6.4.1. Estructura para el análisis de los datos utilizando el Método JT	115
6.4.2. Análisis obtenidos con el Método JT de las evaluaciones realizadas con el Inventario de Ansiedad de Beck – BAI	118
6.4.3. Análisis obtenidos con el Método JT de las evaluaciones con la Escala de Hamilton para evaluar la ansiedad– HAM-A	121
6.4.4. Análisis obtenidos con el Método JT de las evaluaciones realizadas con el Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ II	125
6.4.5. Análisis obtenidos con el Método JT de las evaluaciones realizadas con el Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión breve – Whoqol-Bref	127

PARTE IV – CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Capítulo 7 – Conclusión	133
7.1. Objetivo específico 1: Explorar la viabilidad de utilización de un programa de intervención grupal en línea para la ansiedad	133
7.2. Objetivo específico 2: Identificar como los participantes de una intervención online en grupo evalúan su efectividad	133
7.3. Objetivo específico 3: Analizar si hay alteración en los índices de ansiedad de los participantes de la intervención	134

7.4. Objetivo específico 4: Analizar se hay alteración en los índices relacionados a la calidad de vida y flexibilidad psicológica de los participantes de la intervención	136
--	-----

Capítulo 8 – Discusión y Consideraciones finales	139
8.1. Evaluación de los resultados de la intervención a partir de los relatos de los participantes y sobre la óptica de la terapeuta	139
8.2. Conclusiones a partir de los análisis realizados con el Método JT – Significancia Clínica (SC) y el Índice de Cambio Confiable (ICC)	143
8.3. Potencialidades y fragilidades del estudio y posibilidades futuras	148

PARTE V – REFERENCIAS

Referencias	152
-------------------	-----

PARTE VI – APÉNDICES Y ANEXOS

Apéndices	170
Apéndice A – Ejercicios Sesión 1	171
Apéndice B – Ejercicios Sesión 2	172
Apéndice C – Ejercicios Sesión 3	173
Apéndice D – Ejercicios Sesión 4	174
Apéndice E – Ejercicios Sesión 5	176
Apéndice F – Ejercicios Sesión 6	177
Apéndice G – Ejercicios Sesión 7	178
Apéndice H – Ejercicios Sesión 8	180
Apéndice I - Término de Consentimiento Libre y Esclarecido disponible vía Formularios de Google	183
Apéndice J - Cuestionario Sociodemográfico y para identificación de variables académicas – Disponible vía Formularios de Google	187
Anexos	192
Anexo 1 – Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ-II	193

Anexo 2 – Whoqol Bref – Versión disponible a los participantes online vía Formularios de Google	194
Anexo 3 – Inventario de Ansiedad de Beck – BAI	202
Anexo 4 – Escala de Ansiedad de Hamilton – HAM-A	203
Anexo 5 – Opinión fundamentada sobre la aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética en Investigación	205

Lista de Figuras

Figura 1: Cuadro con referencias seleccionadas a partir de búsqueda realizada sobre impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental	27
Figura 2: Referencias seleccionadas a partir de búsqueda realizada sobre propuestas terapéuticas para la ansiedad	29
Figura 3: Descripción de los objetivos y estrategias de cada sesión	63
Figura 4: Cuadro demostrativo de los Criterios para análisis con el Método JT	115
Figura 5: Significancia Clínica e Índice de Cambio Confiable en la comparación entre datos pre y posintervención utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck	118
Figura 6: Significancia Clínica e Índice de Cambio Confiable en la comparación entre datos obtenidos preintervención y en el seguimiento, utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck	120
Figura 7: Significancia Clínica e Índice de Cambio Confiable en la comparación entre datos pre y posintervención utilizando la Escala de Ansiedad de Hamilton	122
Figura 8: Significancia Clínica e Índice de Cambio Confiable en la comparación entre datos colectados preintervención y en el seguimiento utilizando la Escala de Ansiedad de Hamilton	123
Figura 9: Significancia Clínica e Índice de Cambio Confiable en la comparación entre datos colectados pre e posintervención utilizando el Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ-II	125
Figura 10: Significancia Clínica e Índice de Cambio Confiable en la comparación entre datos colectados preintervención e en el seguimiento, utilizando el Cuestionario de Aceptación y Acción	126
Figura 11: Significancia Clínica e Índice de Cambio Confiable en la comparación entre datos colectados pre y posintervención, utilizando el Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión corta: Whoqol-Bref	128

Figura 12: Significancia Clínica e Índice de Cambio Confiable en la comparación entre datos colectados preintervención y en el seguimiento, utilizando el Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión corta: Whoqol-Bref
..... 130

Lista de Tablas

Tabla 1 – Organización de las actividades de los grupos en correspondencia con el delineamiento de la investigación	59
Tabla 2 - Normalidad (distribución) de las variables	80
Tabla 3 - Características psicométricas de los instrumentos utilizados	82
Tabla 4 - Estadísticas descriptivas del Inventario de Ansiedad de Beck	82
Tabla 5 - Estadísticas descriptivas de la Escala de Evaluación de Ansiedad de Hamilton	83
Tabla 6 - Estadísticas descriptivas del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)	84
Tabla 7 - Estadísticas descriptivas de WHOQOL-Bref – General	84
Tabla 8 - Estadísticas descriptivas de WHOQOL-Bref por dominio	85
Tabla 9 - Resultados BAI – Inventario de Ansiedad de Beck en diferentes fases del proceso	87
Tabla 10 - Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton en diferentes fases del proceso	89
Tabla 11 - Datos del Inventario de Ansiedad de Beck – Pre/Pos/Seguimiento	91
Tabla 12 - Datos de la Escala de evaluación de Ansiedad de Hamilton– Pre/Pos/Seguimiento	92
Tabla 13 - Datos del Cuestionario de Aceptación y Acción II - AAQ-II – Pre/Pos/Seguimiento	93
Tabla 14 - Datos del Instrumento abreviado de evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (Whoqol-Bref) - Pre/Pos/Seguimiento	94
Tabla 15 – Resumen de los resultados obtenidos en las evaluaciones comparando preintervención y seguimiento	95
Tabla 16 - Características psicométricas de los instrumentos utilizados	116
Tabla 17 - Resultados utilizando instrumentos que evaluaron ansiedad	145
Tabla 18 - Instrumentos que evaluaron Calidad de Vida, Aceptación y Acción	146

Schmitz, G. A. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em grupo online para Ansiedade em universitários*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, AR. 217 páginas.

Resumo

A pandemia de Covid-19 é um evento sem precedentes em termos de emergências sociais e de saúde no mundo. Estudos apresentaram resultados preocupantes relacionados à saúde mental, com destaque para o aumento de sintomas relacionados à ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. Em função do contexto, houve necessidade de adotar o distanciamento social como medida de prevenção ao contágio pelo coronavírus, o que afetou a prestação de serviços em saúde mental, que precisou adotar como estratégia o atendimento remoto. Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção, utilizando estratégias da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) online em grupo, destinadas ao tratamento da ansiedade. Os objetivos do estudo foram descrever o processo de elaboração, aplicação e avaliação dos resultados da intervenção realizada. O delineamento utilizado foi o de sujeito único com linha de base múltipla. Participaram do estudo 19 universitários (14 de graduação e 5 de pós graduação em nível de mestrado), com idades entre 19 e 38 anos, divididos em três grupos com características idênticas de implementação, porém em momentos distintos (Grupo 1, 2 e 3). Cinco dos participantes desistiram ao longo do processo, mas responderam às avaliações pré-intervenção e após o follow up, constituindo assim o grupo controle. O programa de intervenção foi organizado em 8 sessões, divididas em três módulos: (1) Psicoeducação sobre Ansiedade; (2) Desenvolvimento de repertório de enfrentamento à ansiedade e (3) Generalização das aprendizagens e encerramento do processo. Foram implementadas avaliações em quatro momentos: inicial, intermediário, final e no follow up (60 dias após o término da intervenção). Os instrumentos utilizados foram: 1) Inventário de Ansiedade de Beck - BAI; 2) Escala de Ansiedade de Hamilton – HAM-A; 3) Questionário de Aceitação e Ação – AAQ-II e 4) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref). Para análise dos dados foi utilizado o Software SPSS, para a organização das estatísticas descritivas, que serviram de base para a aplicação do Método JT, através do site Psicoinfo. Este método prevê uma análise comparativa entre escores pré e pós-intervenção para demonstrar se diferenças representam mudanças confiáveis e clinicamente relevantes. Os resultados apontaram que a maioria dos participantes

que concluíram o processo apresentaram evolução positiva nos dois critérios, com destaque para o Índice de Mudança Confiável nos instrumentos que mediam ansiedade, comparando os índices pré intervenção com os alcançados pós intervenção e no follow up. A efetividade do programa de intervenção também foi avaliada positivamente pelos participantes do estudo. Acredita-se que a utilização de um programa online voltado para queixas de ansiedade, pode ser uma alternativa de intervenção adaptativa ao cenário atual e a contextos onde há necessidade do atendimento remoto. Supõe-se que pesquisas que aproximem a teoria e a prática, possam contribuir para a elaboração de estratégias de atuação em contextos aplicados, auxiliando principalmente no desenvolvimento de repertórios comportamentais saudáveis. Considera-se ainda que processos grupais tenham o potencial de serem inclusos em serviços de saúde pública, viabilizando o acesso a tratamentos de saúde mental a mais pessoas em um menor período de tempo e com custos reduzidos. Sugere-se a utilização do programa com um maior número de sessões para ampliação de repertório e direcionadas a outros públicos, verificando sua aplicabilidade e resultados. Próximos estudos deveriam contribuir com evidências para subsidiar práticas que promovam a melhora em quadros de ansiedade, considerando a ampliação do acesso à saúde mental.

Palavras-chave: Ansiedade; Programa de intervenção; Psicoterapia online; Psicoterapia em grupo; Terapia de Aceitação e Compromisso. Método JT.

Schmitz, G.A. (2021). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT) grupal en línea para la ansiedad en estudiantes universitarios*. Tesis de doctorado. Programa de Postgrado en Psicología. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, AR. 217 páginas.

Resumen

La pandemia de Covid-19 es un evento sin precedentes en términos de emergencias sociales y de salud en el mundo. Los estudios han presentado resultados preocupantes relacionados con la salud mental, con énfasis en el aumento de los síntomas relacionados con la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático. Dependiendo del contexto, existía la necesidad de adoptar el distanciamiento social como medida para prevenir el contagio por el coronavirus. Esta situación afectó la prestación de los servicios de salud mental, debiendo adoptar la atención remota como estrategia. Este artículo presenta una propuesta de intervención, utilizando estrategias grupales de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en línea para el tratamiento de la ansiedad. Los objetivos del estudio fueron describir el proceso de elaboración, aplicación y evaluación de los resultados de la intervención realizada. El diseño utilizado fue un solo sujeto con múltiples líneas de base. El estudio incluyó a 19 estudiantes universitarios (14 de pregrado y 5 de posgrado a nivel de maestría), con edades entre 19 y 38 años, divididos en tres grupos con idénticas características de implementación, pero en diferentes momentos (Grupos 1, 2 y 3). Cinco de los participantes abandonaron durante el proceso, pero respondieron a las evaluaciones previas a la intervención y después del seguimiento, constituyendo así el grupo de control. El programa de intervención se organizó en 8 sesiones, divididas en tres módulos: (1) Psicoeducación sobre la ansiedad; (2) Desarrollo de repertorio para afrontar la ansiedad y (3) Generalización del aprendizaje y cierre del proceso. Las evaluaciones se realizaron en cuatro momentos: inicial, intermedio, final y de seguimiento (60 días después del final de la intervención). Los instrumentos utilizados fueron: 1) Inventario de Ansiedad de Beck - BAI; 2) Escala de ansiedad de Hamilton - HAM-A; 3) Cuestionario de aceptación y acción - AAQ-II y 4) Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-Bref). Para el análisis de los datos se utilizó el Software SPSS, para la organización de la estadística descriptiva, que sirvió de base para la aplicación

del Método JT, a través del sitio web Psicoinfo. Este método prevé un análisis comparativo entre las puntuaciones anteriores y posteriores a la intervención para demostrar si las diferencias representan cambios fiables y clínicamente relevantes. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes que completaron el proceso mostraron una evolución positiva en ambos criterios, con énfasis en el Índice de Cambio Confiable en los instrumentos que miden la ansiedad, comparando los índices preintervención con los alcanzados después de la intervención y en el seguimiento. Los participantes del estudio también evaluaron positivamente la eficacia del programa de intervención. Se cree que el uso de un programa en línea enfocado en las quejas de ansiedad puede ser una intervención adaptativa alternativa al escenario y contextos actuales donde existe una necesidad de atención remota. Se supone que la investigación que acerca la teoría y la práctica puede contribuir al desarrollo de estrategias de acción en contextos aplicados, ayudando principalmente en el desarrollo de repertorios conductuales saludables. También se considera que los procesos grupales tienen potencial para ser incluidos en los servicios de salud pública, permitiendo el acceso a tratamientos de salud mental a más personas en un período de tiempo más corto y con costos reducidos. Se sugiere utilizar el programa con mayor número de sesiones para ampliar el repertorio y dirigirse a otros públicos, verificando su aplicabilidad y resultados. Los estudios futuros deben aportar evidencia para apoyar prácticas que promuevan la mejora de las condiciones de ansiedad, considerando la expansión del acceso a la salud mental.

Palabras clave: Ansiedad; Programa de intervención; Psicoterapia en línea; Psicoterapia de grupo; Terapia de aceptación y compromiso. Método JT.

Schmitz, G. A. (2021). *Online Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Anxiety in College Students*. Doctoral thesis. Graduate Program in Psychology. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, AR. 217 pages.

Abstract

The Covid-19 pandemic is an unprecedented event in terms of social and health emergencies in the world. Studies have presented worrying results related to mental health, emphasizing increased anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder symptoms. Depending on the context, adopting social distancing to prevent contagion by the coronavirus was necessary. This situation affected the provision of mental health services, thus adopting remote care as a strategy. This paper presents an intervention proposal using online group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) strategies to treat anxiety. The study's objectives were to describe the intervention results' elaboration, application, and evaluation process. The design used was a single subject with multiple baselines. The study included 19 university students (14 undergraduate and 5 postgraduates at master's level), aged between 19 and 38 years, divided into three groups with identical implementation characteristics, but at different times (Groups 1, 2, and 3). Five of the participants dropped out during the process but responded to pre-intervention and after follow-up assessments, thus constituting the control group. The intervention program was organized in 8 sessions, divided into three modules: (1) Psychoeducation on Anxiety; (2) Development of repertoire for coping with anxiety and (3) Generalization of learning and closure of the process. Assessments were carried out at four moments: initial, intermediate, final, and follow-up (60 days after ending the intervention). The instruments used were: 1) Beck Anxiety Inventory - BAI; 2) Hamilton Anxiety Scale – HAM-A; 3) Acceptance and Action Questionnaire – AAQ-II and 4) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref). For data analysis, the SPSS Software was used to organize descriptive statistics, which served as a basis for applying the JT Method through the Psicoinfo website. This method foresees a comparative analysis between pre- and post-intervention scores to demonstrate whether differences represent reliable and clinically relevant changes. The results showed that most participants who completed the process established a positive evolution in both criteria, emphasizing the Trusted Change Index in the instruments measuring

anxiety comparing the pre-intervention indices with those achieved after the intervention and follow-up. The effectiveness of the intervention program was also positively evaluated by study participants. It is believed that using an online program focused on anxiety complaints can be an alternative adaptive intervention to the current scenario and contexts where remote care is needed. It is assumed that research bringing theory and practice closer together can contribute to action strategies development in applied contexts, mainly helping develop healthy behavioral repertoires. It is also considered that group processes have the potential to be included in public health services, enabling access to mental health treatments to more people in a shorter period and at reduced costs. It is suggested to use the program with more sessions to expand the repertoire and aim at other audiences, verifying its applicability and results. Future studies should contribute evidence to support practices that promote improvement in anxiety conditions, considering the expansion of access to mental health.

Keywords: Anxiety; Intervention program; Online Psychotherapy; Group psychotherapy; Acceptance and Commitment Therapy. JT Method.

PARTE I. INTRODUCCIÓN

El estado de transmisión comunitaria de COVID-19 (síndrome respiratorio causado por el nuevo coronavirus) fue declarado el 20 de marzo de 2020 por el Ministerio de Salud, cuando Brasil se encontraba en Emergencia de Salud Pública de Importancia Nacional. La facilidad de propagación, la falta de conocimiento sobre el virus y el aumento exponencial del número de contagios hizo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) elevara la enfermedad a la categoría de pandemia (OMS, 2020). La falta de inmunización y medicación de los infectados, además de la alta facilidad de propagación, caracterizó la emergencia como un problema de salud pública internacional (Sohrabi et al., 2020).

Para contener la transmisibilidad del COVID-19, se adoptó el aislamiento domiciliario (Faro, et. al, 2020). En tamizaje realizado el 12 de abril de 2020, aproximadamente el 46,2% de la población brasileña se había adherido a la cuarentena, habiendo alcanzado el pico de adhesión el 22 de marzo, con el 69,3% (recomendado: del 70,0%) (In loco, 2020). Después de este período, hubo una disminución continua en la adherencia a las medidas para contener la transmisión del virus. Este fenómeno parece haberse visto reforzado por la difusión de información ambigua o falsa sobre el COVID-19, que incluso se produjo por parte de agentes del gobierno.

En abril de 2021, a más de un año del inicio de la pandemia, la situación indicaba el peor momento en cuanto a número de casos y muertes, por complicaciones de la COVID-19 en Brasil. En este contexto, algunas vacunas fueron aprobadas para uso de emergencia, sin embargo, las políticas de salud pública no proporcionaron las dosis necesarias para vacunar a la población ampliamente. Durante un año de lucha contra la COVID-19, muchos estados y municipios colapsaron, con falta de camas en salas y UCI, falta de oxígeno y hasta de equipo de protección personal para los equipos de salud.

La pandemia trajo no solo riesgos de muerte por la infección del virus, sino también una gran presión psicológica generalizada (Xiao, 2020; Duan, 2020). La larga duración, el aislamiento, la pausa en las actividades académicas presenciales y la implementación de la enseñanza a distancia, desde la escuela primaria hasta la universidad, ya eran factores previstos que influirían en la salud mental de la población en general, incluidos pacientes infectados, profesionales de la salud, niños y adultos (Chen et al., 2020; Yang et al., 2020; Li et al., 2020).

Considerando los impactos del período de la pandemia y todo el contexto que la

acompañó, los estudios que señalan el aumento considerable de los índices de ansiedad - principal queja en el campo de la salud mental-, la necesidad de adaptar los servicios de atención psicológica a la modalidad en línea y la importancia para investigar la eficacia de los procesos clínicos. Esta tesis tiene como objetivo estudiar la evidencia de un programa de intervención grupal en línea basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para la ansiedad en estudiantes universitarios.

El objetivo de este trabajo fue contribuir a la ampliación del conocimiento sobre la efectividad de los procesos clínicos en línea y grupales, utilizando un método de análisis que considera la evolución individual, comparando los índices de ansiedad pre y posintervención, y evaluándolos en términos de Significación Clínica y Cambio Confiable con el Método JT, según la propuesta de Jacobson y Truax.

Se espera que los resultados de este trabajo amplíen las posibilidades del cuidado de la salud mental, auxiliando a los psicólogos en la estructuración de intervenciones dirigidas al manejo de la ansiedad. Además, se pretende demostrar las posibilidades del trabajo en grupo, a distancia y de calidad, especialmente en contextos de salud pública, donde la optimización de tiempo, recursos y profesionales es de gran importancia. Y que, finalmente, los datos pueden contribuir a la intervención psicológica para el tratamiento de personas que padecen trastornos de ansiedad.

La tesis fue elaborada siguiendo una cierta estructura:

En el capítulo 1 se presentarán los principales trabajos que se encontraron en las búsquedas iniciales sobre el tema de investigación. Se organizarán en dos clasificaciones: impactos de la pandemia en la salud mental y protocolos de tratamiento de la ansiedad.

En el capítulo 2 se abordarán los impactos de la pandemia del COVID-19 en la salud mental, descritos en la literatura mundial al cierre del 2020. Se describirán los principales síntomas observados, los factores correlacionados y la población más afectada. También se discutirá cómo los servicios de salud mental se han adaptado a esta nueva realidad.

El Capítulo 3 presentará la descripción de cómo el Análisis de la Conducta entiende la ansiedad. Se partirá de la descripción del Análisis de la Conducta como aproximación a la Psicología, describiendo sus principales formulaciones. A continuación, se describirá la ansiedad a partir de este marco. Finalmente, se describirá una propuesta de intervención analítica conductual, utilizando la Terapia de Aceptación en el Compromiso para las quejas

de ansiedad.

En el capítulo 4 se presentarán las preguntas relacionadas con el problema de investigación, las preguntas que guían la investigación, los objetivos y las hipótesis. También se describe la justificación del estudio.

En el capítulo 5 se presentarán los aspectos metodológicos del trabajo, describiendo el diseño de investigación, la selección y descripción de los participantes, los instrumentos para la selección y evaluación de los participantes, los procedimientos para la elaboración y evaluación de la intervención.

En el capítulo 6 se presentarán los resultados del estudio dividido en tres partes: los análisis descriptivos obtenidos con el SPSS, los análisis descriptivos de cómo los participantes y el terapeuta evaluaron la experiencia y los análisis realizados con el Método JT.

En el capítulo 7 se expondrán las conclusiones a las que llevaron los resultados de la investigación, retomando los objetivos de la investigación y repasando las hipótesis planteadas.

En el capítulo 8 se discutirán los resultados alcanzados. Se retomarán estudios previos que ayuden en la comprensión del estudio, partiendo de las conclusiones del trabajo y exponiendo las limitaciones observadas, así como perspectivas para futuras investigaciones.

Finalmente, el trabajo finalizará con la presentación de referencias bibliográficas, apéndices y anexos, archivos que pueden ser de utilidad para aclarar el desarrollo de este trabajo.

PARTE II. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. ESTADO DEL ARTE - IMPACTOS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL Y PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO GRUPAL PARA LA ANSIEDAD

En este capítulo se presentarán los principales trabajos que se encontraron en las búsquedas iniciales sobre el tema de investigación. Se organizarán en dos clasificaciones: impactos de la pandemia en la salud mental y protocolos de tratamiento de la ansiedad.

El brote de COVID-19 ha sido considerado una crisis sanitaria mundial de proporciones sin precedentes (Wang et al., 2020), que ha provocado un aumento sin precedentes de la mortalidad, así como enormes pérdidas económicas y sociales. Tal situación ha generado preocupaciones sobre el potencial de un aumento generalizado de los problemas de salud mental (Dong & Bouey, 2020; Torales et al., 2020). El distanciamiento social, el método más efectivo para controlar la enfermedad, tuvo un impacto considerable en la salud mental de la población (Brooks et al., 2020). Se exigieron esfuerzos de emergencia desde diferentes áreas del conocimiento, entre ellas la Psicología, para proponer formas de enfrentar este contexto (Faro et al., 2020).

Durante este período, varios estudios (Huang. & Zhao, 2020; Eidman et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020) mostraron resultados preocupantes relacionados con la salud mental, con énfasis en el gran aumento de los síntomas de ansiedad, especialmente entre jóvenes. Los servicios de salud mental necesitaban adaptaciones y la atención en línea se volvió indispensable. En este contexto, se construyó la propuesta de investigación descrita en esta tesis, con el objetivo de conocer y adecuar las posibilidades para el tratamiento de la enfermedad mental en situaciones de crisis.

1.1. Organización de los datos relacionados con los impactos de la pandemia en la salud mental

Ante la relación establecida entre la pandemia y la salud mental de las personas, en los meses de julio, agosto y septiembre de 2020 se realizó una búsqueda en las bases de datos del portal de revistas CAPES (Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior) y en Google Scholar, con las palabras clave “pandemia”, “COVID-19” y “salud mental”. Para realizar una revisión, de los 19 artículos identificados en la búsqueda, se seleccionaron 11 de los resúmenes. Los criterios de inclusión fueron: 1- se tratara de investigaciones sobre los impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y; 2- consistir en estudios exploratorios o informes de casos. Durante el desarrollo de la investigación también se incluyeron otros estudios que cumplieron con los criterios establecidos.

La Figura 1 presenta los resultados relacionados con los estudios que abordaron los impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y las adaptaciones realizadas por los servicios para atender esta demanda.

Figura 1

Referencias seleccionadas de una búsqueda realizada sobre los impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental.

	Autores	Título	Fuente
1	Bodjani, E.; Rajagopalan, A.; Chen, A.; Gearin, P.; Olcott, W.; Shankar, V.; DeLisi, L.E.	COVID-19 pandemic: Impact on psychiatric care in the United States.	Psychiatry Research
2	Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J.	The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence.	The Lancet
3	Cullen, W., Gulati., G., & Kelly, B. D.	Mental health in the Covid-19 pandemic	International Journal of Medicine
4	Faro, A.; Bahiano, M. A.; Nakano, T. C.; Reis, C.; Silva, B. F. P.; Vitti, L. S.	COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado.	Estudos de Psicologia
5	Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz	Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19	Portal FIOCRUZ

6	González-Sanguino, C.; Ausín, B.; Castellanos, M. A.; Saiz, J.; López-Gómez, A. Ugidos, C. & Munoz, M.	Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain	Brain, Behavior, and Immunity,
7	Lima, C.K.T., Carvalho, P.M.M., Lima, I., Nunes, J., Saraiva, J.S., de Souza, R.I., da Silva, C.G.L., Neto, M.L.R.	The emotional impact of coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease)	Psychiatry Research
8	Limcaoco, R. S. G., Mateos, E. M., Fernandez, J. M., & Roncero, C.	Anxiety, worry and perceived stress in the world due to the COVID-19 pandemic: preliminary results.	MedRxivPreprint
9	Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N., & Riva, P.	Forced social isolation and mental health: a study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine.	PsyArXiv Preprints.
10	Wenjun, C.; Ziwei, F.; Guoqiang, H.; Mei, H.; Xinrong, X.; Jiaxin, D.; Jianzhong, Z.	The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China.	Psychiatry Research
11	Xiao, C.	A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19) - Related psychological and mental problems: structured letter therapy.	Psychiatry Investigation
12	Eidman, L.; Bender, V.; Arbizu, J.; Lamboglia, A. T.; Valle, L. C.	Bienestar emocional, psicológico y social en adultos argentinos en contexto de pandemia por COVID-19	Psychologia

Con base en esta selección, el material se organizó a través de los siguientes temas: “La pandemia de COVID-19 y los impactos en la salud mental”; “La importancia de la atención en salud mental” y “Atención remota en salud mental – posibilidades, limitaciones y uso en el futuro pospandemia”, desarrollados en el Capítulo 2 de esta tesis.

1.2. Estudios relacionados con propuestas terapéuticas para la ansiedad

También entre los meses de julio, agosto y septiembre de 2020, se realizó una búsqueda en las bases de datos del portal de revistas CAPES (Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior) y Google Scholar, con las palabras clave “ACT para la ansiedad”, “Aceptación y Terapia de Compromiso”, “Psicoterapia en Línea”, “Terapia Conductual para la Ansiedad” y “Psicoterapia Grupal para la Ansiedad”. Se incluyeron en la

investigación estudios que abordaran el uso del Método JT como forma de análisis de datos, además de considerar estudios que describieran protocolos de atención grupal para otros trastornos que pudieran ser adaptados.

De los resúmenes fueron seleccionados 11 trabajos, que correspondían a los objetivos de la investigación. Durante el desarrollo del trabajo también se incluyeron otros estudios que respondieron a los criterios establecidos. La Figura 2 presenta estos resultados de forma descriptiva, con un breve resumen de cada uno.

Figura 2

Referencias seleccionadas a partir de una búsqueda realizada sobre propuestas terapéuticas para la ansiedad

Autores	Título	Fuente	Breve Resumen
Chagas, M. T.; Guilherme, G. & Moriyama, J. S.	Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: Manejo da ansiedade.	Acta comportamental Vol. 21, 2013, Núm. 4 pp. 495-508	<p>Objetivo: El objetivo de este estudio fue relatar y discutir una experiencia de intervención clínica grupal, basada en ACT, para pacientes con quejas de ansiedad.</p> <p>Palabras clave: aceptación; terapia de aceptación y compromiso (ACT); evitación experiencial; ansiedad; Terapia de grupo; estudio de caso; análisis de comportamiento; emoción</p> <p>Enfoque: conductual</p> <p>Tipo de muestra: Se seleccionaron seis participantes para el grupo a partir de tamizajes ya existentes en la clínica docente de una universidad. Después de someterse a entrevistas individuales, los participantes fueron invitados a la intervención.</p> <p>Instrumentos: se realizaron 13 sesiones terapéuticas. En la mayoría de las sesiones se utilizaron actividades prácticas y metáforas. Se utilizaron autoinforme y entrevista clínica antes, durante y después de la intervención para evaluar sus efectos.</p> <p>Resultados: La mayoría de los participantes reportaron aceptar sentimientos y pensamientos, exponerse y enfrentarse a situaciones que antes evitaban. Los autores sugieren que se realicen estudios controlados para evaluar la efectividad de este ejemplo de intervención.</p>
Pieta, M. A. M.; Siegmund, G.; Gomes, W. B. & Gauer, G.	Desenvolvimento de protocolos para acompanhamento de psicoterapia pela Internet	Contextos Clínicos, 8(2), 2015: 128-140 – Unisinos.	<p>Objetivo: El objetivo del estudio fue presentar dos protocolos de seguimiento de psicoterapia en línea.</p> <p>Palabras clave: psicoterapia, tratamiento, Internet, resultados.</p> <p>Enfoque: Psicoanalítico y Cognitivo-Conductual.</p> <p>Instrumentos: Working Alliance Inventory (WAI), Outcome Questionnaire (OQ-45) y Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).</p>

			<p>Tipo de muestra: En el Estudio I, 8 psicólogos ofrecieron 12 sesiones de psicoterapia psicoanalítica a 24 pacientes: (n=12) vía Skype y (n=12) presenciales. El estudio II involucró a 21 sujetos que recibieron una intervención cognitivo-conductual computarizada para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).</p> <p>Resultados: En el estudio I, las medias altas en el Working Alliance Inventory (WAI) y la disminución significativa en las puntuaciones del Outcome Questionnaire (OQ-45) en ambos grupos indicaron una fuerte alianza terapéutica y resultados positivos en ambos tipos de tratamiento. Los temas definidos en el análisis temático de las entrevistas semiestructuradas y del grupo focal –presencia, confianza, conexión, comprensión y participación del paciente– señalaron una relación terapéutica en línea positiva en la percepción de terapeutas y pacientes. Los participantes del Estudio II estaban satisfechos con el programa y tenían puntajes más bajos en la sección obsesiva de la Escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS). También se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la escala subjetiva de síntomas del TOC, con una disminución entre los módulos 1 y 2, y 2 y 3 del programa. La conclusión es que los Estudios I y II indican posibilidades sobre cómo se puede ofrecer psicoterapia en línea en Brasil y qué resultados se pueden esperar.</p>
Machado, D.; Soares, M. R. Z. & Costa, R. S.	Avaliação de uma intervenção em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso para indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar	Contextos Clínicos, Vol. 12, n. 1, 2019.	<p>Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar una intervención basada en ACT en cuanto a sus resultados sobre el repertorio de flexibilidad psicológica, síntomas de manía, hipomanía y depresión y sobre la calidad de vida.</p> <p>Palabras clave: trastorno afectivo bipolar; terapia de aceptación y compromiso; mindfulness; atención plena; psicoeducación; intervención grupal; análisis de comportamiento</p> <p>Abordaje: Conductual – Terapia de Aceptación y Compromiso</p> <p>Instrumentos: Escala de Hamilton – HDRS; Young Mania Scale – YMRS y WHOQOL-Bref, antes y después de la intervención.</p> <p>Tipo de muestra: 3 (tres) participantes mujeres diagnosticadas con trastorno afectivo bipolar.</p> <p>Resultados: Los resultados indicaron que la intervención se centró en aspectos de flexibilidad psicológica que pueden indicar mejoría. Estos son: mayor aceptación de eventos encubiertos aversivos, menor fusión con contenido cognitivo e identificación de metas basadas en valores. Según los instrumentos, los tres participantes mostraron mejoría en los síntomas de manía, hipomanía y depresión. También hubo una mejora en los dominios de relaciones físicas y personales del inventario de calidad de vida. Los resultados obtenidos fueron consistentes con la literatura.</p>

Souza, M. S.; Soares, A. B.; Freitas, C. P. P.	Efeitos de um treinamento de Habilidades Sociais no comportamento e desempenho acadêmico	Revista Avaliação Psicológica, 17(4), 2018, pp. 417-427	<p>Objetivo: Evaluar la efectividad de un Entrenamiento en Habilidades Sociales (SST) para estudiantes del quinto año de la Enseñanza Básica I utilizando el Método JT.</p> <p>Palabras clave: habilidades sociales; psicología escolar; logro académico; problemas de comportamiento.</p> <p>Enfoque: conductual</p> <p>Instrumentos: Inventario de Habilidades Sociales, Entrenamiento en Habilidades Sociales.</p> <p>Tipo de muestra: La muestra estuvo compuesta por 26 estudiantes (M=10,4 años; SD=0,9 años), de los cuales el 50% eran estudiantes de enseñanza primaria de una Escuela Municipal de Rio de Janeiro. Además de los estudiantes, 26 personas responsables de los niños involucrados y el maestro regente.</p> <p>Resultados: Luego de la intervención, los estudiantes mejoraron en las dimensiones de habilidades sociales, problemas de conducta y rendimiento académico. Se identificó que la TRH puede contribuir a la promoción del sano desarrollo de los estudiantes y prevenir el fracaso escolar. Se concluye que el Método JT constituye una estrategia de análisis de datos adecuada para evaluar la efectividad de las intervenciones.</p>
Assi, G. & Thiem, A. L.	Desafios na psicoterapia online: reflexões a partir de um relato de caso de uma paciente com ansiedade	Revista Perspectivas, vol.10, n°02, 2019, pp. 267-279.	<p>Objetivo: Evaluar el establecimiento de un vínculo terapéutico en línea, considerando el caso de un cliente que presenta conductas de escape y evitación en situaciones sociales.</p> <p>Palabras clave: Psicoterapia en línea, clínica analítico-conductual, audiencia no punitiva, vínculo terapéutico.</p> <p>Enfoque: Análisis de Comportamiento</p> <p>Instrumentos: Las sesiones en línea se llevaron a cabo utilizando el software Skype, con llamadas de audio y video. Se transcribieron los discursos y expresiones faciales de los participantes, a través de grabación continua en cursiva, utilizando lenguaje científico, realizando un Análisis Funcional de estos a lo largo de las sesiones.</p> <p>Tipo de muestra: El reclutamiento se realizó a partir de prontuarios de la Clínica Escola e Serviços em Psicologia (CESP), de personas mayores de 18 años, y la investigación fue difundida en medios oficiales y redes sociales. Se eligieron dos personas.</p> <p>Resultados: Se realizaron dos sesiones con un paciente de 38 años, en las cuales hubo un total de nueve caídas, cuatro caídas de conexión y tres fallas, una de las sesiones interrumpida por mala calidad de conexión. El paciente de 23 años no participó por problemas técnicos. Los resultados encontrados demuestran que la presencia de familiares en la misma habitación donde se encuentra el paciente durante las consultas en línea puede perjudicar el progreso de la psicoterapia. Los elementos diferenciados de los servicios en línea se pueden utilizar con una función de escape y evasión. Finalmente, en las condiciones presentadas, no fue</p>

			posible verificar la efectividad de la atención psicoterapéutica en línea, siendo necesarios más estudios.
Pedrosa, K. M.; Couto, G. & Luchesse, R	Intervenção cognitivo-comportamental em grupo para ansiedade: avaliação de resultados na atenção primária	Revista Psicologia: Teoria e Prática, 19(3),2017, 43-56. São Paulo, SP, set.-dez. 2017. ISSN 1980-6906 (online). http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p43-56 .	Objetivo: Evaluar la efectividad de un grupo terapéutico basado en Terapia Cognitivo-Conductual en la atención de personas con trastornos de ansiedad en la red de atención primaria de salud. Palabras clave: salud mental; atención primaria; ansiedad; Terapia cognitiva; significación clínica. Enfoque: Cognitivo-Conductual Instrumentos: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A). Tipo de muestra: Doce mujeres, de 20 a 49 años, iniciaron tratamiento y 11 lo completaron a los tres meses de iniciada la intervención. Resultados: Los análisis estadísticos, basados en el método propuesto por Jacobson y Truax (JT), mostraron resultados confiables con todos los parámetros respectivos, revelando que la mayoría de los participantes mostró un cambio positivo y confiable después de la intervención. Consecuentemente, se concluye que el uso de ambos instrumentos facilitó la gestión y estructuración de las actividades del grupo terapéutico, ya que los resultados proporcionaron un diagnóstico situacional. Otro punto para destacar se refiere a la fiabilidad de los resultados obtenidos con el Método JT.
Saban, M. T.	Análise dos efeitos da terapia de aceitação e compromisso em grupo de clientes com dor crônica	Dissertação de mestrado - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2013.	Objetivo: Analizar el efecto de la adaptación del protocolo “Live with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach”, basado en el ACT. Palabras claves: Dolor cónico; Terapia de Aceptación y Compromiso; auto registro. Enfoque: ACTUAR Instrumentos: Cuestionario de Perfil, Cuestionario de Historia del Dolor, Inventario Breve del Dolor, Whoqol-bref, Escala HAD y Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico. Tipo de muestra: Tres participantes con dolor crónico que asistieron al Centro de Rehabilitación y Hospital de Día de un hospital público de la ciudad de São Paulo. Resultados: Los resultados demuestran que la intervención benefició a los participantes, principalmente en la reducción de los episodios de dolor, en la reducción del uso de medicamentos y del descanso por el dolor. Comparando antes de la intervención y el seguimiento, todos los participantes mejoraron en términos de ansiedad y en sus relaciones sociales.
Proudfoot, J., Klein, B., Barak, A., Carlbring, P.,	Establishing guidelines for executing and reporting internet	Cognitive Behaviour Therapy, 40(2), 2011, 82-97. doi: http://dx.doi.org/	Objetivo: este artículo se centra en la estandarización de la calidad de la investigación sobre intervenciones psicológicas y conductuales propiciadas por Internet. Palabras clave: Intervenciones por Internet; investigar; evaluación; pautas; criterios de informe Enfoque: conductual

Cuijpers, P., Lange, A., Ritterband, L., & Andersson, G.	intervention research.	10.1080/16506073.2011.573807	<p>Instrumentos: los autores desarrollaron un marco de pautas para la investigación de intervenciones por Internet utilizando aspectos de la teoría de las facetas (Guttman & Greenbaum, 1998).</p> <p>Resultados: Los autores describen 12 aspectos clave que deben tenerse en cuenta al evaluar e informar estudios de intervención por Internet. Cada faceta consta de una gama de elementos recomendados, diseñados como las características mínimas para informar estudios de intervención por Internet. Los autores proponen que este marco se utilice al diseñar e informar investigaciones en Internet, de modo que los resultados de los estudios se puedan replicar, ampliar, comparar y contrastar con mayor facilidad y claridad.</p>
Okamoto, C. T.	Revisão e análise de estudos e protocolos de intervenção comportamental para transtornos de ansiedade	Dissertação de mestrado – UEL - 2012	<p>Objetivo: Realizar una revisión y análisis de estudios en el área en cuanto a las intervenciones utilizadas, su relación con los trastornos de ansiedad tratados y un breve relevamiento analítico-conductual de los principales componentes de intervención utilizados.</p> <p>Palabras llave: Terapia de grupo; Desórdenes de ansiedad; Análisis de comportamiento.</p> <p>Enfoque: Análisis Conductual y Cognitivo-Conductual</p> <p>Instrumentos: Análisis, clasificación y descripción de los principales aspectos de los estudios seleccionados.</p> <p>Resultados: Se observó que los trastornos de ansiedad tratados van desde la fobia social, los trastornos de ansiedad múltiple, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. Los objetivos de los estudios y la forma en que funcionaron los tratamientos fueron similares, obteniéndose resultados de mejora significativa en siete estudios. Las principales intervenciones utilizadas fueron: psicoeducación sobre el trastorno de ansiedad tratado, el modelo cognitivo-conductual y reestructuración cognitiva, entrenamiento de exposición gradual, identificación de pensamientos automáticos, entrenamiento de reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. Un análisis crítico de los estudios señaló la importancia de la investigación que involucre la evaluación funcional; identificación de variables que expliquen la efectividad de las intervenciones; estudios de grupos controlados aleatorios, etc.</p>
Rodríguez Biglieri, R.; Auné, S.; Vetere, G.	Regulación emocional en pacientes con trastornos de ansiedad: un estudio comparativo con una muestra comunitaria	Anu. investig. - Fac. Psicol., Univ. B. Aires ; 19(1): 273-280, jun. 2012.	<p>Objetivo: El estudio comparó el uso de estrategias de regulación emocional para enfrentar las emociones displacentarias en un grupo de 62 pacientes con TA y un grupo de 61 controles (GC).</p> <p>Palabras clave: Regulación emocional; Desórdenes de ansiedad; resignación; evitación cognitiva;</p> <p>Enfoque: Cognitivo</p> <p>Instrumentos: Encuesta Sociodemográfica, Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; Inventario de Depresión de Beck; Cuestionario de Ansiedad - State-Rip; Inventario de Respuesta al Abuso de Adultos.</p>

			<p>Resultados: En comparación con el GC, los pacientes con ACT utilizaron estrategias de Evitación Cognitiva, Resignación-Aceptación, Descarga Emocional y Búsqueda de Apoyo; Al mismo tiempo, utilizan en menor medida las Estrategias de Resolución de Problemas. Para el grupo ansioso, las estrategias de Resignación-Aceptación, Descarga Emocional y Análisis Lógico correlacionaron positivamente con todas las medidas de severidad sintomatológica, mientras que la reevaluación positiva resulta en una correlación negativa. A la vista de los resultados, se discuten sus implicaciones para el desarrollo de nuevos protocolos de tratamiento.</p>
Singulane, B. A. R.; Sartes, L. M. A.	Alianza Terapéutica en la Terapia Cognitivo-conductual por Videoconferencia : una Revisión de Literatura	Psicologia Ciência e Profissão, 37(2), 2017. https://doi.org/10.1590/1982-3703000832016	<p>Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica sobre la formación y el papel de la alianza terapéutica en las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) por videoconferencia.</p> <p>Palabras llave: Videoconferencia; Alianza terapéutica; Terapia de conducta cognitiva</p> <p>Enfoque: Cognitivo-Conductual</p> <p>Instrumentos: Búsqueda en cuatro bases de datos, Pubmed, Psycarticles, Lilacs y SciELO, con descriptores específicos de los diccionarios de cada base de datos.</p> <p>Resultados: En total, se encontraron 365 artículos, pero solo nueve cumplieron con los criterios de inclusión basados en el objetivo de este estudio. Se observó que la mayoría de los artículos indicaron que la alianza fue alta durante las sesiones de TCC por videoconferencia, lo que puede compararse con la alianza formada en la terapia presencial, y que pocos artículos evaluaron la alianza como factor predictivo de resultados y adherencia. A pesar de esa indicación, este estudio discute las limitaciones metodológicas de los artículos y señala la necesidad de estudios que esclarezcan las evidencias sobre la formación de la alianza y su papel en esta modalidad alternativa de tratamiento.</p>

Los estudios de revisión bibliográfica demuestran que el tema de investigación propuesto es una posibilidad por explorar y será discutido en detalle en el capítulo 3 de esta tesis.

Las investigaciones sobre los procesos psicoterapéuticos no son nuevas en la literatura psicológica, sin embargo, se observa que la evaluación de los resultados todavía ocurre con base en los relatos de los clientes o vía estadística descriptiva, que no siempre considera la evolución individual. Una propuesta más actual, el Método JT, aparece como una alternativa indicada para este fin.

La propuesta de investigación que se presenta busca unir las temáticas: Terapia basada en evidencia, procesos psicoterapéuticos grupales y psicoterapia en línea, con atención enfocada a la población de estudiantes universitarios, buscando generar conocimiento en este sentido. Se cree que la descripción del proceso de construcción y aplicación de un programa grupal en línea, centrándose en las estrategias utilizadas en cada sesión y en la evaluación del formato de la intervención, puede ayudar a los terapeutas a proponer y aplicar intervenciones más estructuradas y fundamentadas teóricamente.

Se asume que la investigación que aúna teoría y práctica puede contribuir al desarrollo de estrategias de acción en contextos aplicados, ayudando principalmente a desarrollar repertorios de conductas saludables y mejorar la calidad de vida. También se considera que los procesos grupales tienen el potencial de ser incluidos en los servicios de salud pública, permitiendo el acceso a tratamientos de salud mental para más personas en un período de tiempo más corto y a costos reducidos.

CAPÍTULO 2. LA PANDEMIA DEL COVID-19, LOS IMPACTOS EN LA SALUD MENTAL Y LA ADAPTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A DISTANCIA

En este capítulo se presentarán los impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental, descritos en la literatura mundial a finales de 2020. Se describirán los principales síntomas observados, los factores correlacionados y la población más afectada. También se discutirá cómo los servicios de salud mental se han adaptado a esta nueva realidad.

Durante la pandemia de COVID-19, el supuesto de mantener a las personas sin contacto con otras buscó reducir la probabilidad de contaminación y, en consecuencia, la demanda de servicios de salud y el número de muertes. Es una medida utilizada durante años para evitar la propagación de enfermedades contagiosas (Brooks et al., 2020). A pesar de los beneficios que trae, debido a la contención de la enfermedad, la cuarentena muchas veces implicaría vivir situaciones desagradables que podrían impactar en la salud mental de los involucrados. Algunos estresores en cuarentena serían: necesidad de alejarse de amigos y familiares, incertidumbre sobre el momento del distanciamiento (Brooks et al., 2020), aburrimiento (Barari et al., 2020), miedo (Lima et al., 2020) entre otros.

El tiempo mínimo indicado para la cuarentena sería de dos semanas, el período de incubación del virus COVID-19. Aunque se ampliara este plazo, se indicaría que durase, en la medida de lo necesario, lo menos posible para ser menos nocivo para la salud mental (Brooks et al., 2020). Otra estrategia para hacer la cuarentena menos dañina sería brindar información adecuada. Debe comunicar qué está pasando y los motivos, explicando cuánto tiempo podría durar y la importancia de quedarse en casa (Pancani et al., 2020). Finalmente, mantener las redes de apoyo social durante la cuarentena se consideró esencial para la salud mental, ya que la interrupción de las conexiones sociales y físicas sería un facilitador importante de los impactos psicológicos negativos (CDC, 2020; ECDC, 2020).

A partir del referente explorado en el estado del arte sobre los impactos de la pandemia en la salud mental, se organizó este capítulo abarcando los siguientes temas: “La

pandemia del COVID-19 y los impactos en la salud mental"; "La importancia de la atención en salud mental" y "Atención remota en salud mental - posibilidades, limitaciones y uso en el futuro pospandemia".

2.1. La pandemia de COVID-19 y los impactos en la salud mental

Los primeros estudios ya vaticinaban que, en caso de aislamiento, cabría esperar la intensificación de los sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y tristeza. Entre las reacciones conductuales más comunes estarían los cambios o alteraciones del apetito (falta o exceso), los trastornos del sueño (insomnio, dificultad para dormir o dormir demasiado, pesadillas recurrentes), los conflictos interpersonales (con familiares, equipos de trabajo...) y la violencia. (Fundación Oswaldo Cruz {FIOCRUZ}, 2020).

Se estima que entre un tercio y la mitad de la población expuesta a una epidemia podría sufrir alguna manifestación psicopatológica, si no se realizara una intervención asistencial específica frente a las reacciones y síntomas manifestados. Es importante resaltar que no todos los problemas psicológicos y sociales presentados podrían ser calificados como enfermedades. La mayoría se identificarían como reacciones adaptativas a una situación anormal.

Según técnicos de la FIOCRUZ (2020), las reacciones más comunes identificadas fueron el miedo a enfermar y morir, a perder seres queridos, falta de medios de subsistencia o ser despedidos por no poder trabajar durante el aislamiento. Además, el miedo estaba presente con respecto al riesgo de ser infectado y contagiar a otros. Durante la pandemia de COVID-19, los trastornos mentales observados con mayor frecuencia fueron los episodios depresivos y las reacciones de estrés agudo de tipo transitorio. Entre los efectos tardíos más recurrentes estarían: duelo patológico, depresión, trastornos adaptativos, manifestaciones de estrés postraumático, abuso de alcohol u otras sustancias que provocan dependencia y trastornos psicósomáticos. También se observaron patrones de sufrimiento prolongado como tristeza, miedo generalizado y ansiedad, síntomas que pueden desencadenar patologías a mediano o largo plazo, si no se realiza una intervención calificada (FIOCRUZ, 2020).

En los profesionales de la salud se reportó el temor de ser excluido socialmente por estar asociado a la enfermedad, ser separado de los seres queridos y cuidadores (debido al

régimen de cuarentena), no recibir apoyo económico y transmitir el virus a otras personas. También se esperaría un sentimiento recurrente de impotencia ante los acontecimientos, irritabilidad, angustia y tristeza (FIOCRUZ, 2020).

En un estudio en población española, mediante un cuestionario online aplicado a 3480 personas, se encontró que el 21,6% de los evaluados presentaba ansiedad, el 18,7% depresión y el 15,8% trastorno de estrés postraumático. Estar en el grupo de mayor edad, tener estabilidad económica y tener acceso a información adecuada sobre la pandemia se relacionó negativamente con la depresión, la ansiedad y el TEPT. En cambio, ser mujer, tener diagnósticos previos de problemas de salud mental o enfermedades neurológicas, y síntomas asociados al coronavirus o familiares infectados fueron identificados como factores de riesgo para depresión, ansiedad y TEPT. El modelo de evaluación reveló que el mayor factor protector para el desarrollo de trastornos psicológicos fue el bienestar espiritual, mientras que la soledad fue el mayor predictor de problemas. El estudio indicó la necesidad de apoyo psicológico en general y en particular en los grupos identificados como más susceptibles (González-Sanguino et al., 2020).

En Italia, durante la crisis anterior a la COVID-19, la duración de la cuarentena y/o el distanciamiento social aumentaron la aparición de síntomas depresivos (Pancani et al., 2020). El estrés agudo fue otro factor que estuvo presente en esta fase. En una encuesta a personas de más de cuarenta países, como España, Colombia y Filipinas, se observó que la 'mayor preocupación por el contagio', el 'género femenino' y los 'grupos de edad más jóvenes' demostraron ser predictores significativos de un mayor nivel de ansiedad y estrés (Limcaoco et al., 2020). Los síntomas depresivos y el aumento de comportamientos relacionados con la dependencia de sustancias, como el tabaquismo, también ocurrieron a largo plazo, como lo señaló un estudio con profesionales de la salud en Taiwán, que atendieron a pacientes con sospecha de SARS (Lung. et al., 2020) .

En una encuesta realizada durante la crisis del COVID-19 en China, se encontró que, entre 1.210 participantes, el 53 % presentaba secuelas psicológicas moderadas o graves, entre ellas ansiedad (28,8 %), síntomas depresivos (16,5 %) y estrés moderado a grave. (8,1%) (Wang et al., 2020). Los mayores impactos se observaron en mujeres, estudiantes y personas con algún síntoma relacionado con el COVID-19, así como aquellos que consideraron que su salud era mala (Faro et al, 2020). Otro estudio realizado tras la primera ola del coronavirus,

realizado con unos 52.000 chinos, encontró que las mujeres, las personas mayores de sesenta años, con estudios superiores y los inmigrantes eran los más vulnerables al estrés, la ansiedad, la depresión, las fobias específicas, la evitación, comportamiento compulsivo, síntomas físicos y deficiencias en el funcionamiento social (Qiu et al., 2020).

Un estudio realizado sobre salud mental en universitarios chinos concluyó que alrededor del 24,9% experimentó ansiedad a causa de la cuarentena por el COVID-19. Vivir en zona urbana, con los padres y tener apoyo familiar fueron identificados como factores protectores con relación a los síntomas de ansiedad en este contexto. Sin embargo, tener un familiar o amigo infectado con COVID-19 fue señalado como un factor de riesgo para la ansiedad en este público. Los factores relacionados con COVID-19 informados como factores estresantes incluyeron dificultades económicas, efectos en la vida diaria y retrasos académicos (Faro et al, 2020)

Un estudio identificó que la salud mental de los estudiantes que necesitaban servicios de emergencia en salud pública se vio significativamente afectada (Wenjun, et. al., 2020). Esto puede haber contribuido a aumentar la carga emocional y física, además de afectar los roles sociales, facilitando el desencadenamiento, empeoramiento o recurrencia de trastornos mentales o enfermedades físicas (Brooks et al., 2020). Se consideró que los síntomas somáticos, el insomnio, la ansiedad, la ira, la rumiación, la disminución de la concentración, el mal humor y la pérdida de energía reciben especial atención en relación con el cuidado de la salud mental en estudiantes universitarios (Park & Park, 2020).

Son necesarios algunos criterios para determinar si habría indicación de intervención, como ciertas reacciones, tales como: síntomas persistentes, sufrimiento intenso, complicaciones asociadas (ideación suicida y conductas de riesgo), deterioro significativo del funcionamiento (social y diario), extrema dificultades en la vida familiar, social o laboral, coexistiendo problemas como el alcoholismo u otras adicciones. La depresión mayor, la psicosis y el trastorno de estrés postraumático se consideraron condiciones graves que debían recibir atención especializada (FIOCRUZ, 2020).

Así, se constató que la pandemia del COVID-19 estaría afectando significativamente la salud mental de la población mundial. Hubo una tendencia a que la ansiedad fuera el principal síntoma informado y que las personas más afectadas fueran los más jóvenes, incluyendo a los estudiantes universitarios. Los individuos debían enfrentar el aislamiento,

la soledad, la imposibilidad de enterrar a los muertos, la pérdida de los medios económicos para sustentarse a sí mismos y a sus familias, el miedo a perder repentinamente la vida. Los servicios de atención tuvieron que ser alterados significativamente para atender a las personas que sufren por vivir esta experiencia.

2.2. La importancia del cuidado de la salud mental

Se hizo evidente que una pandemia puede tomar una forma compleja e impredecible, dejando oportunidades limitadas para actuar en los campos de la salud mental. Debido a su naturaleza incierta e impredecible, dificulta establecer un enfoque bien planificado, basado en ensayos clínicos organizados y controlados. Hubo limitaciones para desarrollar estrategias integrales para abordar los problemas de salud mental durante la pandemia.

Durante el período de la pandemia, muchos profesionales buscaron brindar atención primaria de salud mental (psicoterapia o asesoramiento y tratamiento farmacológico) (Jung & Jun, 2020). Estos esfuerzos se realizaron sin lineamientos para organizar una atención especializada que atendiera cada etapa del afrontamiento de crisis o las necesidades específicas de los grupos poblacionales en general (Dong & Bouey, 2020; Lima et al., 2020).

Desde las experiencias derivadas de los brotes de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS), en 2002, y Ébola, entre 2013 y 2016 (Brooks et al., 2020), la pandemia de H1N1 en 2009 (Bajardi et al., 2011) y, actualmente, frente al COVID-19, se percibió la necesidad de investigar. Se hizo evidente la importancia de tomar acción en temas de salud mental a lo largo de la crisis, ya que sería un desafío alcanzar un estado de ajuste psicológico saludable día tras día, debido a las adversidades inusuales en este período (Brooks et al., 2020; Lima et al. al., 2020; Lima et al., 2020; Lima et al. al., 2020; Ozili & Arun, 2020).

Es posible que en la pandemia de COVID-19 se haya desencadenado un optimismo poco realista y emociones negativas, como consecuencia de la influencia de los medios en torno a la pandemia (Brooks et al., 2020). Tanto el optimismo irreal -creencia de que todo saldrá bien, independientemente de las acciones de los actores involucrados- como las emociones negativas -tristeza, angustia y miedo- podrían acentuar las predicciones distorsionadas sobre la salud (Faro et al, 2020). En estos casos, se tiende a observar la percepción de un riesgo de contaminación menor, con la adopción de conductas como romper

el distanciamiento social -o incluso fomentar preocupaciones exageradas sobre la amenaza percibida, como la acumulación de materiales de higiene y equipo protección (Raude et al., 2020; Van Bavel et al., 2020).

Una parte importante de la atención de la salud mental sería aumentar la conciencia de la población sobre la enfermedad, con el fin de reducir la ansiedad social y estimular cambios de comportamiento que podrían ayudar a controlar la enfermedad (OMS, 2020b). Por tanto, la comunicación sería útil en el manejo de una emergencia sanitaria que genera preocupación, ansiedad y pánico en la sociedad (OMS, 2020b). Se recomienda, por tanto, reducir la ambigüedad de la información, especialmente aquella que pueda generar síntomas relacionados con la ansiedad y el estrés (Brooks et al., 2020). Por lo tanto, evaluar la crisis como momentos vinculados y progresivos puede contribuir a la comprensión de las especificidades de los estresores relacionados con la situación problema y la atención que debe brindarse (Faro et al, 2020).

En este contexto, sería importante evitar el aislamiento y mantener activa una red socioafectiva, estableciendo contacto, aunque sea virtual, con familiares, amigos y compañeros. Existiría la necesidad de evitar el uso de tabaco, alcohol u otras drogas, como una alternativa inadecuada para lidiar con las emociones. La Fundação Oswaldo Cruz (2020) sugirió la búsqueda de profesionales de la salud, si las estrategias utilizadas no demostraron eficacia para garantizar la estabilidad emocional.

En varios países, instituciones médicas y universidades han abierto plataformas en línea para brindar consejería psicológica a pacientes, familiares en cuarentena y otras personas afectadas por la pandemia, con el fin de minimizar el pánico y la separación familiar (Duan & Zhu, 2020). Un movimiento similar fue adoptado en Brasil por el Consejo Regional de Psicología de Paraná, a través de una Nota Técnica (CRP-PR nº. 001/2020), asesorando a los psicólogos sobre el cuidado dentro de las políticas públicas de atención a la salud y en instituciones privadas (Consejo Regional de Psicología de Paraná , 2020).

Según la Fundação Oswaldo Cruz (2020), algunas estrategias consistirían en reconocer y acoger temores y miedos, buscando establecer contacto con personas de confianza. Se indica que se deben retomar estrategias y herramientas de cuidado en momentos de crisis o sufrimiento, así como acciones para mejorar el sentimiento de mayor estabilidad emocional. Una estrategia interesante sería invertir en actividades que pudieran

ayudar a reducir el nivel de estrés agudo, como la meditación, la lectura, los ejercicios de respiración y el Mindfulness.

Con el objetivo de reducir el daño psicológico causado por la pandemia y promover la estabilidad social, China ha publicado una directriz que ha establecido niveles de atención psicológica para afrontar la COVID-19, cuidando desde las personas infectadas en tratamiento, hasta las personas cercanas, y extendiéndose al resto de la población (Faro et al, 2020). En cuanto a la atención psicológica de emergencia que proponía esta guía, se consideró el nivel de prioridad 1, pacientes en tratamiento por COVID-19, más vulnerables al riesgo de enfermedades físicas y mentales. Además del tratamiento farmacológico, los cuidados recomendados para este grupo fueron el apoyo psicológico, con evaluación oportuna de conductas autolesivas y riesgo de suicidio. Además, se realizaron refuerzos para brindar información sobre la importancia del aislamiento y el fomento de la confianza con relación a la recuperación. Para los profesionales de primera línea y el personal administrativo, se sugirieron capacitaciones y entrevistas preventivas enfocadas en el manejo del estrés, regulación emocional y estímulo para buscar ayuda psicológica, en caso de dificultad en el manejo de las emociones y adversidades de la situación (NHC, 2020).

Siguiendo con los lineamientos establecidos por los servicios de atención a la salud mental en China, la propuesta de intervención realizada por profesionales de la salud mental dirigida a personas cercanas a enfermos por COVID-19, buscó disminuir la angustia, tensión y estrés relacionado con la posibilidad real o potencial de enfermarse. Además, se alentó el cumplimiento de las medidas de protección necesarias contra la propagación del virus. Con respecto a la atención dirigida al público en general, la intervención se centró en la difusión de información basada en evidencia; aclaración sobre la atención en salud mental que brindan las redes de atención primaria, psicológica y psicosocial; directrices sobre cómo adaptarse a los cambios impuestos por la crisis pandémica y la no discriminación de pacientes diagnosticados o sospechosos de COVID-19 (Faro et al, 2020).

Con respecto a los SMAPS (Salud Mental y Atención Psicosocial) en este período, sería fundamental señalar que las acciones de atención, particularmente en la primera fase de la Pandemia, ayudaron a prevenir la cronicidad de reacciones y síntomas considerados “normales” en una situación “anormal”. Comprender que el cuidado de la SMAPS necesitaría ser compartido por diferentes áreas, como medicina, enfermería y otros

profesionales. Para la ayuda psicológica, sería necesario desarrollar un sentido de escucha responsable, cuidadosa y paciente. Los miembros del equipo deben explorar sus propias concepciones y preocupaciones sobre la muerte, no imponer su visión a quienes están ayudando (FIOCRUZ, 2020).

Por tanto, el punto principal de intervención en las crisis psicológicas debe ser establecido por la actitud objetiva y razonada de los profesionales de la salud mental, para poder contemplar las diferentes fases de la epidemia (Zhang et al., 2020). En Brasil, los psicólogos se han puesto a disposición para brindar asistencia y atención a quienes se han visto afectados emocionalmente por la pandemia de COVID-19. Además, el gobierno ha llamado a los profesionales de la salud a ser voluntarios (Ministerio de Salud, 2020b). Estuvieron presentes iniciativas de psicólogos y psiquiatras, quienes se pusieron a disposición para ofrecer servicios en línea a la población. Tales medidas buscaban prevenir futuros problemas de salud mental (Cullen et al., 2020; Lima et al., 2020; Wind et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Por tanto, se hizo evidente la importancia de que los profesionales de la Psicología puedan coadyuvar en el desarrollo de un repertorio adaptativo para hacer frente a la actual crisis sanitaria, colaborando en sus diferentes niveles de actuación, gestión política, evaluación epidemiológica y atención primaria (Wang et al., 2020). Para contribuir a este desafío, este trabajo reunió brevemente información y datos de investigación sobre atención psicológica a distancia, realizada a través de tecnologías de la información, abordando cuestiones técnicas, éticas y datos relevantes sobre la efectividad de estos tratamientos.

2.3. Atención remota de salud mental: posibilidades, limitaciones y uso en el futuro pospandemia

La psicoterapia a través de Internet es una práctica muy extendida en el extranjero y ha mostrado resultados beneficiosos. En Brasil, esa modalidad terapéutica sólo fue permitida por el Consejo Federal de Psicología (CFP) en forma de investigación (Resolución CFP nº012/2005), lo que podría interpretarse como un incentivo para estudiar. En 2020, durante la pandemia del coronavirus, la atención psicológica en línea fue establecida como emergencia por los Consejos Regionales de Psicología, mediante el registro de una propuesta

de ambientes y medios a ser utilizados para la práctica con el fin de mantener la confidencialidad y calidad de los servicios ofrecidos por psicólogos.

Aunque la psicoterapia por teléfono es una práctica que se remonta a la década de 1950, la psicoterapia por Internet iniciada hace más de una década, ha encontrado una gran oposición. Se creía que la relación terapéutica se vería comprometida por un empobrecimiento de la comunicación no verbal, elemento considerado esencial para la interacción entre terapeuta y paciente. Las preocupaciones éticas sobre la confidencialidad, la identidad de pacientes y terapeutas, los roles que se juegan en la red y el manejo de situaciones de emergencia tomaron gran relevancia (Pieta & Gomes, 2014).

También preocuparon cuestiones legales sobre la jurisdicción y regulación de la práctica, así como consideraciones sobre la necesidad de formar terapeutas en la nueva modalidad psicoterapéutica (Barak et al., 2008). Por ello, un mayor número de profesionales comenzaron a realizar psicoterapia online, utilizando tecnologías avanzadas que facilitaban la práctica. Se ajustaron códigos de ética y se ofrecieron cursos de capacitación. Por otro lado, los pacientes se mostraron receptivos a esta nueva alternativa de intervención terapéutica.

La psicoterapia en línea podría definirse como cualquier tipo de interacción profesional terapéutica que utiliza Internet como medio para la práctica de la salud mental (Rochlen et al., 2004). El término psicoterapia en línea también puede ser reemplazado por telepsicología, donde Internet se utiliza como medio para la práctica psicoterapéutica (Botella et al., 2007). Durante este período se desarrollaron programas y dispositivos tecnológicos con el objetivo de brindar, monitorear y mejorar el estado de salud mental (Melchiori et al., 2011).

Sería importante distinguir la psicoterapia en línea y las intervenciones basadas en Internet. La psicoterapia por Internet o psicoterapia online se refiere, más precisamente, a las terapias realizadas por el profesional por correo electrónico, chat, mensajería instantánea (WhatsApp), audio o videoconferencia, sin excluir la posibilidad de encuentros presenciales. Las intervenciones basadas en Internet, a su vez, son programas de terapia computarizados, con o sin la participación del terapeuta, que incluyen CD, DVD, realidad virtual, aplicaciones para teléfonos celulares, tareas y retroalimentación en línea. Las intervenciones basadas en la web se pueden adaptar al usuario, rastrear su progreso y brindar retroalimentación, o

estandarizarse y ofrecerse a grandes poblaciones. Las terapias en línea y las intervenciones basadas en Internet varían en su tiempo y pueden implicar comunicación sincrónica, es decir, inmediata (p. ej., chat) o asíncrona, es decir, con cierto retraso (p. ej., correo electrónico), que puede ser breve (p. ej., correo electrónico diario) o larga (por ejemplo, respuesta de correo electrónico del terapeuta cada tres días) (Pieta & Gomes, 2014).

Las psicoterapias online permitirían acercar el tratamiento psicológico a zonas rurales o escasamente pobladas, que carecen de servicios o profesionales especializados (Tate & Zabinski, 2004). Tal modalidad permitiría una reducción de los límites espaciotemporales, que en ocasiones es una limitación tanto para el paciente como para el terapeuta (Schultze, 2006; Tate & Zabinski, 2004; Vallejo & Jordán, 2007). Este medio es particularmente beneficioso para ayudar a aquellos en dificultad. El individuo puede estar motivado por el anonimato que le ofrece la computadora, generando un sentimiento de invisibilidad y refugio, lo que conduce a un posible sentimiento de protección. Además, este tipo de terapia implicaría en restricciones y obligaciones relativamente menores, con costos reducidos (Melchiori et al., 2011).

Se han planteado muchas preguntas sobre la eficacia de la terapia en línea (Barak et al., 2008). Hay evidencia a favor de la terapia online en países donde se practica, como Australia, Estados Unidos y Reino Unido. La investigación ha demostrado que la psicoterapia por Internet sería eficaz, ampliaría el acceso a la terapia y reduciría los costos (Proudfoot et al., 2011). Se habrían encontrado resultados positivos para el tratamiento de la depresión, la ansiedad, la fobia, el trastorno de pánico, el estrés postraumático y los trastornos alimentarios (Melchiori et al., 2011).

Los resultados de los estudios dedicados a la efectividad parecen prometedores para los servicios en línea. Barac et al. (2008) realizaron un metaanálisis con 9.764 pacientes con diferentes trastornos, que recibieron diferentes formas de intervención psicológica a través de internet, cuya efectividad se evaluó a través de diferentes medidas. Los resultados obtenidos fueron similares a los encontrados en la terapia tradicional, al considerar el tipo de terapia en línea (ya sea autocontrolada o proporcionada por un profesional), tipo de medida de resultado, tiempo de medición de resultado (posterapia o seguimiento), tipo de trastorno, enfoque terapéutico y modalidad de comunicación. Los autores sugirieron la adopción de intervenciones psicológicas en línea como una modalidad terapéutica legítima.

Según Pieta (2014), en línea se han practicado psicoterapias desde diferentes enfoques, como la psicodinámica, narrativa, cognitivo-conductual, conductual y terapia centrada en el cliente. La mayoría de los estudios han investigado la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) en línea, que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión, la ansiedad, el trastorno de pánico, la fobia y el estrés postraumático (Cartreine et al., 2010).

Las terapias en línea autocontroladas tuvieron una mayor tasa de abandono y efectos reducidos en comparación con las que involucraron la interacción con el terapeuta. Anderson et al. (2009) realizaron un metanálisis de intervenciones basadas en Internet para la depresión y encontraron una fuerte influencia del apoyo del terapeuta en los resultados. Aumentar el contacto con el terapeuta más allá de lo necesario no parece influir en los logros terapéuticos. En este sentido, se sugiere que tratamientos basados en internet, altamente estructurados y con poca interacción con el terapeuta, podrían lograr excelentes resultados.

A pesar de ofrecer varias ventajas como disponibilidad, conveniencia, accesibilidad, bajo costo, anonimato, privacidad y reducción del estigma (Cartreine et al., 2010), la psicoterapia en Internet requiere más estudios para comprender mejor sus efectos. La mayor parte de la investigación en el área se ha realizado en el exterior, y la producción nacional aún es escasa. Aún deben realizarse investigaciones empíricas sobre esta modalidad terapéutica en Brasil, a pesar del debate que ha surgido sobre el tema. Un problema encontrado por los investigadores ha sido establecer pautas para las investigaciones en psicoterapia en línea. Existe heterogeneidad en la investigación, en el uso de terminología y definiciones, así como problemas metodológicos y conclusiones cuestionables (Proudfoot et al., 2011).

Es evidente la necesidad de estudios para comprender las peculiaridades de la psicoterapia en internet. Un examen en profundidad puede ayudar a identificar cómo se utilizan o modifican los diferentes enfoques psicoterapéuticos en el entorno virtual y qué requisitos serían necesarios para que la práctica se produzca en beneficio del paciente. Se deben realizar esfuerzos para una regulación efectiva, basada en la experiencia de los profesionales y la implementación de programas accesibles a la población.

CAPÍTULO 3. LA ANSIEDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS CONDUCTUAL Y UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Este capítulo presentará una descripción de cómo el análisis de la conducta entiende la ansiedad. Se partirá de la descripción del Análisis de la Conducta como aproximación a la Psicología, describiendo sus principales formulaciones. Luego se describirá la ansiedad desde este marco teórico. Finalmente, se describirá una propuesta de intervención analítica conductual, utilizando la Terapia de Aceptación en el Compromiso para las quejas de ansiedad.

El Análisis de Conducta busca identificar las variables que afectan el comportamiento humano, buscando contextualizar el comportamiento del individuo desde los niveles de selección filogenética, ontogenética y cultural. En el nivel de la evaluación del comportamiento individual, los analistas del comportamiento utilizan el análisis funcional para comprender por qué los organismos actúan como lo hacen (Skinner, 1957/1974). La mirada clínica analítico-conductual busca comprender la amplia gama de relaciones que el individuo tiene con el medio, y para ello hace uso del análisis funcional de la conducta, que es la identificación de relaciones de dependencia entre las acciones del organismo y los eventos ambientales antecedentes y consecuentes (Delitti, 2001; Silveira & Marton, 2001).

El análisis funcional se realiza con el fin de establecer las relaciones entre el entorno en el que se emite la respuesta, la propia respuesta y las consecuencias que produce. Una vez aclaradas estas variables, el analista de conducta cuenta con elementos suficientes para trazar un panorama de la conducta de queja del individuo y señalar los aspectos que la controlan (Meyer, 2003). Así, una evaluación funcional de las condiciones que producen y mantienen un determinado tipo de conducta problemática puede contribuir a su prevención y tratamiento (Skinner, 1953/1970).

Una vez aclaradas estas variables, el analista de conducta cuenta con elementos suficientes para trazar un panorama de la conducta de queja del individuo y así señalar los

aspectos que la controlan. Se considera que la identificación de eventos funcionalmente relacionados con la conducta es de suma importancia para una buena intervención (Britto, 2012). Al respecto, O'Neill et al. (1997) destacó el Análisis Funcional como un método preciso, riguroso y controlado para realizar la evaluación del comportamiento.

Los comportamientos, sean o no problemáticos, se aprenden a través de una historia de refuerzo única en las relaciones con el entorno físico y social. Así, una evaluación funcional de las condiciones que producen y mantienen un determinado tipo de conducta problemática puede contribuir a su prevención y tratamiento (Chiesa, 1994; Skinner, 1970). Desde una perspectiva Analítico-Conductual, la conducta siempre se da en un contexto, es parte de una relación entre medio ambiente y organismo, que no puede dejar de ser considerada al intentar comprenderla (Lopes, 2008).

3.1. Análisis del comportamiento y comprensión de la ansiedad

La psicopatología es el área del conocimiento que clasifica las conductas en normales y patológicas, estableciendo criterios fijos para el reconocimiento de los problemas de conducta. Según Dalgarrondo (2008), el estudio de la psicopatología discute los conceptos de normal y patológico y se centra en dos aspectos básicos: la forma en que los síntomas se manifiestan como una estructura básica similar en diferentes pacientes y el contenido de estos síntomas, que cumplir con este cambio estructural.

El Análisis de la Conducta comprende los trastornos psicológicos considerando que la conducta del individuo es la suma de los efectos de su historia de vida y las contingencias vigentes (Moore, 2000). En la mirada analítico-conductual, la conducta no es entendida como autónoma e independiente, como síntoma de un evento mental o algo que tiene la persona (Britto, 2012). Micheletto (2001, p. 33) afirma que la preocupación básica del Análisis de la Conducta es “el estudio de la conducta a partir de la conducta misma, entendida desde su relación con el ambiente, sin que la investigación se dirija a la identificación de estructuras mediadoras entre estos eventos.” En este sentido, no habría necesidad de clasificar el comportamiento como normal o anormal, enfermo o saludable. Esta observación estaría basada en la noción de que todo comportamiento presentado por el organismo pasa por un proceso de selección y se mantiene vía contingencias (Skinner, 1970).

Los analistas de la conducta se han dedicado a evaluar la psicopatología desde un enfoque contextualista (Dougher & Hackbert, 2003; Ferster, 1973; Hersen, Eisler, Alford & Agras, 1973; Gongora, 2003), buscando explicar comportamientos relacionados con trastornos psicológicos en las interacciones del individuo con el entorno. Las variables de las que es función el comportamiento humano ocupan un lugar central en este tipo de discusión, ya que, al identificar las consecuencias que mantienen el repertorio bajo análisis, es posible cambiar estas consecuencias y, en consecuencia, los patrones de comportamiento (Banaco & Zamignani, 2004).

A lo largo de la descripción de las condiciones psicopatológicas, se advierte que muchas conductas descritas tienen como una de las variables determinantes la exposición prolongada a un ambiente aversivo y la dificultad para acceder a los reforzadores. Un contexto aversivo puede conducir al desarrollo de patrones de conducta ineficaces, lo que contribuye a la aparición de sentimientos de insatisfacción y frustración. Si la exposición a este tipo de ambiente se produce durante un período prolongado de tiempo, las conductas problemáticas mencionadas tienden a intensificarse (Sidman, 1995).

La ansiedad es uno de los síntomas psicológicos que más afecta a la población mundial y reduce considerablemente la calidad de vida (Skapinakis et al., 2013; OMS, 2017), siendo una queja frecuente en los consultorios de los psicoterapeutas.

Cuando la ansiedad se refiere a la relación del individuo con los eventos aversivos, en sus múltiples posibilidades de interacción, adquiere el estatus de queja clínica. Como problema clínico, la ansiedad puede traer perjuicios relacionados con el impedimento para el ejercicio de las actividades rutinarias (vida laboral, social y académica) y alta frecuencia de respuestas de evitación y eliminación, con el fin de causar un sufrimiento significativo y predominante en su cotidiano (APA, 2014; Zamignani y Banaco, 2005).

La ansiedad puede traer perjuicios relacionados con el desempeño de las actividades rutinarias (vida laboral, social y académica), alta frecuencia de respuestas de evitación, con el fin de causar un sufrimiento significativo y predominante (Zamignani & Banaco, 2005). Elementos comunes en las definiciones de ansiedad apuntan a un estado que involucra excitación biológica o manifestaciones autonómicas y musculares (taquicardia, hiperventilación, sensación de ahogo o asfixia, sudoración, dolor y temblores). Además, produce una reducción de la eficiencia conductual (déficit en habilidades sociales, dificultad

para concentrarse), respuestas de evitación y/o escape, y sensaciones desagradables (angustia, aprensión, miedo, inseguridad, malestar indefinido, etc.) (Kanfer & Phillips, 1970).

Desde una perspectiva analítica conductual, las respuestas que involucran alta ansiedad ocurren ante estímulos que señalan la posibilidad de presentar una consecuencia aversiva. Algunos estímulos pueden haber adquirido este carácter preaversivo a partir de procesos de condicionamiento respondiente, en los que los estímulos neutros se emparejan con estímulos aversivos (Zamignani & Banaco, 2005).

3.2. Terapia Analítica Conductual y Terapia de Aceptación y Compromiso

En las décadas de 1960 y 1970, psicólogos brasileños capacitados en análisis de comportamiento experimental comenzaron a trasladar los principios del análisis de comportamiento al entorno de la oficina, creando una terapia basada en el conductismo radical. A lo largo de las décadas siguientes, la práctica de estos profesionales fue nombrada de diferentes maneras y fue recién a principios del siglo XXI que el nombre de terapia analítico-conductual (BAT) se convirtió en un consenso en Brasil (Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008).

En los Estados Unidos, en las décadas de 1980 y 1990, la terapia analítica del comportamiento se desarrolló de manera diferente. Algunos autores (Kohlenberg, Hayes & Tsai, 1993) formularon el análisis clínico conductual, que fue definido como una rama del análisis conductual aplicado, con el objetivo de delimitar la terapia conductual a partir de los fundamentos del análisis conductual.

En la realización de la terapia analítico-conductual se prioriza la planificación de intervenciones eficientes, a partir del análisis funcional, que busca identificar las variables de las cuales el comportamiento actual es función. En este proceso inicial se pretende definir excesos, déficits y reservas conductuales, factores que guiarán las intervenciones posteriores (Kanfer & Saslow, 1976). A partir de aquí, el terapeuta elegirá estrategias con tendencia a fortalecer las reservas, reducir los excesos y neutralizar los déficits conductuales, buscando reducir la exposición del cliente a contextos aversivos y aumentar el acceso a ambientes,

situaciones y relaciones reforzadoras. De esta forma, la terapia analítico-conductual no consiste únicamente en la aplicación de técnicas específicas, sino en una intervención estructurada y basada en la evidencia. Creo que un párrafo sobre el análisis funcional sería suficiente.

Paralelamente a la historia de las terapias conductuales, se produjo una revolución en la psicología clínica a partir de la década de 1990, con la identificación de tratamientos sustentados empíricamente y el surgimiento del movimiento de práctica basada en la evidencia, cuya premisa es que el comportamiento de la salud debe basarse en datos empíricos de la investigación experimental. La práctica basada en evidencias se acerca a la ideología del análisis conductual aplicado, que desde su origen ha apostado fuertemente por el sustento empírico de sus procedimientos (Leonardi, 2016).

Cabe señalar que el análisis clínico conductual no consiste en un único modelo terapéutico, sino que engloba varias terapias, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la psicoterapia analítica funcional (FAP), la terapia conductual dialéctica (DBT) y la activación conductual (BA), denominadas terapias conductuales de tercera ola (Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2006).

Según Chagas, Guilherme y Moriyama (2013, p. 496) “La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) surgió en la década de 1980, dentro de un contexto que se denominó Terapias de Tercera Ola, en el que los analistas de la conducta pasaban a considerar tanto la subjetividad (eventos tales como pensamientos y sentimientos) del cliente y la relación terapéutica”. La propuesta principal de ACT sería llevar al individuo a aceptar sentimientos de ansiedad, entre otros eventos privados considerados aversivos, y comprometerse a modificar conductas de evitación en una serie de situaciones. Con ello se alterarían las contingencias realmente responsables de las sensaciones aversivas (Hayes, 1987).

Además de las intervenciones individuales, la terapia analítica del comportamiento también se puede desarrollar en un grupo para personas con una variedad de quejas clínicas. Kerbauy (2008) argumenta que esta categoría de servicio favorece la mejora de los clientes por tratarse de un entorno similar al natural, con presencia de personas con diferentes patrones de comportamiento, favoreciendo el aprendizaje de diversos comportamientos y la generalización a diferentes contextos.

Delitti (2008) también señaló ventajas en este tipo de modalidad de atención y sugirió

que es más probable que el refuerzo sea inmediato y diversificado en el grupo. Además, cada participante puede ofrecer un modelo de comportamiento a los demás, proporcionando un modelo mutuo de comportamientos establecidos como objetivo para ampliar su repertorio. En los casos de ansiedad o trastornos de ansiedad, las intervenciones para el manejo de conductas y las ventajas en costo y tiempo, la modalidad de atención grupal ha sido ampliamente elegida por los profesionales que ofrecen servicios de salud mental (Delitti, 2008; Kerbauy, 2008).

3.3. Formulación de una propuesta de intervención Analítico Comportamental con estrategias ACT para el manejo de la ansiedad

Estudios realizados durante la pandemia de COVID-19 presentaron datos sobre el aumento de casos de ansiedad durante este período, registrando la prevalencia de síntomas principalmente entre jóvenes (Huang & Zhao, 2020; González-Sanguino. et al., 2020). En una encuesta realizada a 3480 españoles se encontró que el 21,6% de los evaluados presentaba ansiedad (González-Sanguino et al., 2020). En China, durante la crisis de la COVID-19, un estudio encontró que, entre 1.210 participantes, el 53,0 % presentaba secuelas psicológicas moderadas o graves, predominando los síntomas de ansiedad (28,8 %) (Wang et al., 2020). Un estudio realizado sobre salud mental en universitarios chinos concluyó que alrededor del 24,9% sentía ansiedad por la cuarentena (Faro et al., 2020).

Considerando la literatura abordada y el contexto de la pandemia del Coronavirus, a diciembre de 2019, que además de incrementar los niveles de ansiedad en la población (Faro et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Wang et al., 2020), también generó la necesidad de adaptaciones en la atención psicológica, debido al distanciamiento social, se diseñó un programa de intervención analítico-conductual grupal y en línea para la ansiedad. A lo largo de este apartado se describirá la organización del programa, su aplicación y los resultados obtenidos.

PARTE III. DESARROLLO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Este capítulo presenta preguntas relacionadas con el problema de investigación, las preguntas que guían la investigación, los objetivos y las hipótesis. También se describe la justificación del estudio.

4.1. Delimitación del problema

La presente investigación tiene como propósito estudiar las evidencias terapéuticas de una intervención grupal y en línea basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para el manejo de la ansiedad. Para ello, también se propone analizar cómo los participantes de la propuesta evalúan la experiencia, la factibilidad de los procesos terapéuticos en la modalidad online y si los resultados apuntan a mejoras significativas relacionadas con la intervención.

4.2. Preguntas que guían la investigación.

- ¿Los estudiantes universitarios con quejas de ansiedad participarían en una intervención grupal en línea?

- ¿Cómo calificarían los participantes en un programa grupal y en línea la experiencia en relación con los resultados percibidos?

- Al realizar un análisis comparativo entre las puntuaciones pre y postintervención, ¿cambiarían los índices de ansiedad de los participantes?

- Al realizar un análisis comparativo entre las puntuaciones pre y posintervención, ¿se verían alterados los índices de calidad de vida y flexibilidad psicológica?

- ¿Puede señalar evidencia terapéutica relacionada con una intervención en línea en un

grupo usando Terapia de Aceptación y Compromiso - ACT para la ansiedad?

4.3. Objetivos

4.3.1. Objetivo general

Investigar la efectividad de una intervención grupal en línea basada en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para la ansiedad

4.3.2. Objetivos específicos

1. Explorar la viabilidad de utilizar un programa de intervención grupal en línea para la ansiedad;
2. Identificar cómo los participantes en una intervención grupal en línea evalúan su efectividad;
3. Verificar cambios en las tasas de ansiedad en los participantes que se sometieron a la intervención;
4. Analizar si existe algún cambio en los índices relacionados con la calidad de vida y la flexibilidad psicológica en los participantes de la intervención.

4.4. Hipótesis

1. Las personas con una queja de ansiedad pueden completar un programa de intervención grupal y en línea en su totalidad;
2. Los participantes en un programa de intervención grupal y en línea pueden

beneficiarse y evaluar positivamente la efectividad de la experiencia;

3. Los índices de ansiedad de los participantes de la investigación, evaluados a través de los instrumentos utilizados y analizados a partir del Método JT, considerando Significancia Clínica e Índice de Cambio Confiable, tienden a mostrar mejoría después de la intervención, en comparación con los índices preintervención;

4. Los índices de calidad de vida y flexibilidad psicológica de los participantes de la investigación, evaluados a través de los instrumentos utilizados y analizados a partir del Método JT, considerando Significación Clínica e Índice de Cambio Confiable, tienden a mostrar mejoría después de la intervención, en comparación con los índices preintervención;

5.- Se pueden señalar evidencias terapéuticas relacionadas con una intervención en línea en un grupo utilizando Terapia de Aceptación y Compromiso - ACT para la ansiedad.

4.5. Justificación del estudio

La pandemia de COVID-19 ha cambiado la forma de vida de la humanidad y la atención de la salud mental se ha convertido en un foco importante de estudios. Había una necesidad de que los profesionales del área se adaptaran para mantener las llamadas, incluso con la distancia social. Así, la psicoterapia online surgió como una alternativa a la clínica presencial y otros entornos donde se insertan los psicólogos. En Brasil, existe la necesidad de estudios que investiguen el uso de la psicoterapia en línea y su efectividad.

También existe la necesidad de verificar si los procesos grupales, con sesiones estructuradas, ayudan a los pacientes con quejas de ansiedad. Tal formato de intervención podría ser utilizado por profesionales de la psicología, incluso en los servicios públicos, que suelen tener una reducción de recursos y tiempos profesionales, pudiendo así ampliar el servicio a la comunidad.

También se considera que la metodología de análisis de resultados es una posibilidad de demostrar si existe relación entre los resultados obtenidos con la intervención propuesta, postulada por el Método JT.

CAPÍTULO 5. MÉTODO

En este capítulo se presentan los aspectos metodológicos de la investigación. Se describe el diseño, los participantes, los instrumentos utilizados, la elaboración del programa de intervención y la organización del análisis de datos.

5.1. Diseño del estudio

Todos los grupos se sometieron a la misma intervención, iniciada en diferentes momentos, con un solo sujeto y un diseño de línea de base múltiple. El diseño de sujeto único comienza con la definición de la conducta a estudiar (variable dependiente), en este caso, la ansiedad en estudiantes universitarios y la observación de esta conducta sin manipulación alguna (línea de base). A continuación, se introdujo la variable independiente, en este estudio fue la intervención psicoterapéutica en un grupo online.

Este diseño, según Andery (2010), permite la observación del cambio de comportamiento debido a las condiciones experimentales, en lugar de la observación estadística entre grupos. El diseño de línea base múltiple utilizado en esta investigación consistió en la introducción de variables independientes, en este caso la intervención grupal y en línea basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), programada como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Organización de las actividades del grupo según el diseño de la investigación

Fecha	Actividades e Instrumentos
Del 25 al 30 de septiembre del 2020	Reclutamiento de participantes vía correo electrónico y aclaraciones sobre la investigación. Realización de reuniones en línea con aclaraciones sobre la investigación –

firma del FCLI para quienes mantengan el interés en participar en la investigación. Respuesta a los instrumentos			
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Semana 1	Sesión 1 - 01/10/2020	-	-
Semana 2	Sesión 2 - 08/10/2020	-	-
Semana 3	Sesión 3 - 15/10/2020	Sesión 1 - 16/10/2020	-
Semana 4	Sesión 4 - 22/10/2020	Sesión 2 - 23/10/2020	-
Semana 5	Sesión 5 (cancelada debido a la semana de pruebas, por solicitud del grupo) - 29/10/2020	Sesión 3 - 30/10/2020	Sesión 1 - 29/10/2020
Semana 6	Sesión 5 - 05/11/2020	Sesión 4 - 06/11/2020	Sesión 2 - 05/11/2020
Semana 7	Sesión 6 - 12/11/2020	Sesión 5 - 13/11/2020	Sesión 3 - 12/11/2020
Semana 8	Sesión 7 - 19/11/2020	Sesión 6 - 20/11/2020	Sesión 4 - 19/11/2020
Semana 9	Sesión 8 - 26/11/2020	Sesión 7 - 27/11/2020	Sesión 5 - 26/11/2020
Semana 10	-	Sesión 8 - 04/12/2020	Sesión 6 - 03/12/2020
Semana 11	-	-	Sesión 7 - 10/12/2020
Semana 12	-	-	Sesión 8 - 18/12/2020
17 e 18 de febrero/2021	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento

5.2. Participantes

El proyecto de investigación fue procesado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Tecnológica Federal de Paraná - UTFPR, con opinión favorable emitida bajo CAAE: 36628320.0.0000.5547, el 17 de septiembre del 2020.

El estudio fue difundido a través de comunicación electrónica oficial de la institución socia, reclutando personas que identificaron una alta frecuencia o intensidad de síntomas ansiosos. Fueron 21 las personas que respondieron a la invitación dirigida a una población de estudiantes universitarios, y participaron de una reunión online para aclarar detalles sobre el estudio. De estas personas, 4 no iniciaron el proceso por incompatibilidad horaria y 3 abandonaron durante las sesiones (2 por incompatibilidad horaria posterior y 1 sin justificación). El proceso terapéutico fue completado por 14 participantes: 9 mujeres y 5 hombres, con edades entre 19 y 38 años.

Los criterios de inclusión fueron: 1. ser estudiante mayor de 18 años; 2. presentar una queja de ansiedad (intensidad o frecuencia que provoca el sufrimiento, según el participante).

Los criterios de exclusión fueron: 1. estar participando de otro proceso psicoterapéutico; 2. Estar comenzando a usar medicación para controlar la ansiedad o cambiar de medicación mientras participa en la investigación.

Los participantes se dividieron aleatoriamente en tres grupos, inicialmente con 7 personas cada uno. Todos los grupos fueron sometidos a la misma intervención, pero comenzando en diferentes momentos, caracterizando un diseño de línea de base múltiple. El cronograma incluía una reunión de seguimiento, con la aplicación de los instrumentos, dos meses después de finalizada la intervención. Durante el proceso, 7 individuos se retiraron (5 de ellos respondieron a las evaluaciones previas a la intervención y de seguimiento, lo que permitió el análisis de datos considerándolos también como un grupo de control para la comparación de resultados). Los datos referentes al análisis de los resultados del pre y post test fueron analizados por SPSS. Para evaluar el índice de cambio (IMC) confiable y la significación clínica lograda con la intervención grupal, se utilizó el método JT, desarrollado por Jacobson y Truax (1991).

5.3. Instrumentos

Al estar de acuerdo con los términos establecidos, en la primera reunión en línea, los participantes leyeron y firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (FCI). Para monitorear la evolución clínica, fueron sometidos a evaluación en momentos específicos de la intervención, utilizando los siguientes instrumentos:

1. Acceptance and Action Questionnaire-II -AAQ-II (Bond et al., 2011; Traducción y adaptación de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis y Xavier, 2012): compuesto por 7 ítems de autorrespuesta que miden la Evitación Experiencial que los adultos enfrentan sus problemas. Versión abreviada del AAQ-I que evalúa la rigidez psicológica general. La respuesta se evalúa en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 corresponde a “nunca cierto” y 7 a “siempre cierto”. A mayor puntuación, mayor rigidez psicológica traducida en este instrumento por la Evitación Experiencial. Utilizado en varios estudios sobre el proceso terapéutico para la ansiedad, con el objetivo de analizar los patrones de respuesta de los participantes de la investigación antes y después de las

intervenciones. En la presente investigación se utilizó antes del inicio de la intervención, después de la finalización del programa y en la sesión de Seguimiento.

2. Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida - The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref: considera que los estados de ansiedad influyen en el bienestar y la calidad de vida. El propósito de utilizar el instrumento es evaluar si los puntajes presentados por los participantes cambian después de la intervención. El instrumento predice que índices superiores a 50 puntos indican buena calidad de vida, sin establecer niveles específicos. Se aplicó antes, al final de la intervención y en la sesión de seguimiento.
3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Instrumento más utilizado en la investigación de estados ansiosos. Se utilizó en cinco momentos: antes de iniciar la intervención, después de la segunda sesión, después de la sexta sesión, al final del programa y en la sesión de seguimiento. La escala fue creada inicialmente por Beck et al. (1988), adaptado y validado para Brasil por Cunha (2001). El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un inventario de autoinforme, que consta de 21 ítems, declaraciones descriptivas de los síntomas de ansiedad, evaluados en una escala de Likert de 4 puntos, que reflejan los niveles crecientes de gravedad de cada síntoma: (0 = en absoluto; 1 = leve; 2 = moderadamente, 3=severamente). La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones individuales y varía de 0 a 63. Los resultados se evalúan según los siguientes puntos de corte: 0-10 = nivel mínimo de ansiedad; 11-19 = nivel de luz; 20-30 = nivel moderado; y 31-63 = nivel severo (Cunha, 2001).
4. Escala de calificación de ansiedad de Hamilton (HAM): instrumento complementario para aumentar la confiabilidad de la medida de ansiedad. Se utilizó en cinco momentos: antes de iniciar la intervención, después de la segunda sesión, después de la sexta sesión, al final del programa y en la sesión de seguimiento. El HAM es un instrumento de heteroevaluación que tiene como objetivo medir los componentes psíquicos y somáticos de la ansiedad. Consta de 14 ítems que comprenden 14 grupos de síntomas, subdivididos en dos grupos: siete relacionados con síntomas de estado de ánimo ansioso y siete

relacionados con síntomas físicos de ansiedad. Cada ítem se evalúa según una escala que varía de 0 a 4 de intensidad (0 = ausente; 2 = leve; 3 = media; 4 = máxima). La suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem da como resultado una puntuación total que oscila entre 0 y 56 (Hamilton, 1959).

5. Cuestionario de identificación y variables sociodemográficas: Sirve para caracterizar a los participantes y evaluar expectativas respecto al proceso terapéutico. Diseñado específicamente para el presente estudio.

5.4. Procedimientos para el diseño de la intervención

El diseño de la intervención consideró los siguientes criterios: (1) uso de supuestos de Psicoterapia Analítico-Conductual (Millenson, 1975; Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008; Meyer et al., 2010; Meyer et al., 2015; Leonardi, 2017); (2) aplicación de los pilares ACT descritos por Hayes, Strosahl y Wilson (1999;2012) y; (3) levantamiento de publicaciones sobre experiencias realizadas en la modalidad grupal, que utilizó ACT en el país (Chagas et al., 2013; Saban, 2013; Machado et al., 2019).

Para la planificación de los encuentros se consideró el público objetivo, las quejas de ansiedad, el formato de las intervenciones en línea y las estrategias identificadas como efectivas en investigaciones previas (Chagas et al., 2013; Saban, 2013; Machado et al., 2019). En lo posible se buscó la uniformidad en la organización y aplicación de estrategias en los grupos. Las sesiones tenían una duración de unos 90 minutos, dirigidas por la investigadora, psicóloga especialista en psicología clínica analítica conductual, con 9 años de experiencia en sesiones individuales y grupales, presenciales y online. La Figura 2 presenta los objetivos y estrategias de cada sesión.

Figura 3*Descripción de los objetivos y estrategias de cada sesión*

Sesión	Objetivos	Estrategias e instrumentos
Sesión 01 - Discriminación de estímulos, psicoeducación	Presentar el programa de intervención, cómo funcionan las sesiones e identificar cómo los participantes entienden y manejan la ansiedad.	-Explicación sobre la conducción de la investigación y establecimiento del contrato terapéutico. Recordatorio sobre la importancia de responder a los instrumentos de evaluación cuando estén disponibles por correo electrónico (escalas, cuestionario); -Presentación de cada uno de los participantes y encuesta de expectativas; -Breve explicación sobre Análisis de Comportamiento y ACT; - Ejercicio 1: “Cómo he estado lidiando con mi ansiedad” (traducido y adaptado de Hayes & Smith, 2005). Tarea – Continúe llenando la tabla y tome notas sobre la ansiedad – análisis funcional, observe y anote en qué contextos/situaciones siente ansiedad.
Sesión 02 - Discriminación de estímulos, psicoeducación	Discriminar que la ansiedad (y cualquier sentimiento) siempre se da en un contexto. Eso tiene una función. No son aleatorios ni independientes de situaciones antecedentes y consecuentes. No necesitamos evitarlos, ya que no son buenos ni malos. Todos los sentimientos son importantes.	Tarea - Ejercicio 1, (propuesto en la sesión anterior). Discutir lo que cada uno evalúa de sus propias estrategias y las de los demás; Ejercicio para tratar de controlar los sentimientos - Metáfora del dolor de cabeza (Hayes, 1987); Explicar el modelo analítico conductual de la ansiedad; Abordando “El problema del control”, ¿qué se puede y no se puede controlar? Ejercicio 2: “Se acabó la ansiedad. ¿Y ahora?” (traducido y adaptado de Hayes & Smith, 2005). Se proporcionan algunas plantillas para completar la actividad y se les pide que completen la tarea en casa.
Sesión 03 – Ampliación de repertorio, compromiso con el cambio	Abordar la importancia de los valores personales en la vida diaria.	- Discutir el ejercicio 2. Definir lo que los participantes indicaron como “lo que les gustaría hacer” como sus metas y valores de vida. - Abordar los valores personales que guían la vida de cada uno;

		<p>- Propuesta de debate: ¿Qué quería ser de mayor? Discutir metas, planes y proyectos que se han dejado de lado por ansiedad o miedo al fracaso;</p> <p>- Ejercicio “¿Qué es lo peor que puede pasar?”</p> <p>-Tarea: Epitafio - ¿Qué estaría en tu lápida?</p>
<p>Sesión 04 – Ampliación de repertorio, compromiso con el cambio</p>	<p>Abordar la evitación experiencial y el afrontamiento como posibilidad de cambio.</p>	<p>- Empezar por la socialización de la tarea, abordando lo que a cada uno le gustaría que se dijera de sí mismo, lo que le gustaría vivir...</p> <p>- Pedirles que hablen sobre las situaciones que evitan para no sentir ansiedad (evitación de situaciones aversivas);</p> <p>- Debatir si evitar situaciones para no sentir ansiedad podría generar experiencias y sentimientos más satisfactorios. Discuta la importancia de priorizar los valores individuales, en lugar del juicio y los estándares de los demás;</p> <p>- Para distinguir entre pensamientos y sentimientos, utilice la Metáfora de las Nubes (adaptado de Chagas, Guilherme y Moriyama, 2013): pida a los participantes que dibujen nubes y escriban en ellas algunos de sus pensamientos y sentimientos;</p> <p>Luego pídale que los clasifiquen en sentimientos o pensamientos positivos y negativos. Discriminar que hay diferentes tipos de nubes: grises y pesadas, blancas, grandes, pequeñas. Que tales nubes no podrían clasificarse como buenas o malas. Por ejemplo, las nubes pesadas, que podrían considerarse malas al principio, en períodos de sequía podrían considerarse buenas y bienvenidas. Asimismo, la clasificación de los sentimientos y pensamientos dependería de lo que cada uno haya aprendido en su historia de vida y actualidad. Cuestionando si las nubes fueran fijas (inmutables) o variables (pasajeras) y haciendo una analogía con sentimientos y pensamientos;</p> <p>- Tarea: ejercicio para experimentar el yo como contexto a lo largo de la vida.</p>

<p>Sesión 05 – Ampliación de repertorio, apuesta por el cambio</p>	<p>Promover la aceptación de sentimientos y pensamientos a través de ejercicios prácticos. Enseñar la práctica de Mindfulness.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comience discutiendo la tarea, abordando la fugacidad de los sentimientos, pensamientos y la permanencia de las características esenciales. Reanudando el papel del contexto: sentimos, pensamos y nos comportamos de acuerdo con las condiciones; <li style="padding-left: 20px;">- Ejercicio de experimentar sentimientos; - Trabajo Mindfulness, la importancia del aquí y ahora; - Tarea: Ver la película “Click” o la película “A Matter of Time”, prestando atención a cómo los personajes lidian con situaciones y sentimientos aversivos; - Tarea – parte II: Pídeles que traigan a la reunión algo que realmente les guste comer.
<p>Sesión 06 – Ampliación de repertorio, compromiso con el cambio</p>	<p>Discuta la noción de “aquí y ahora”, que se refiere a estar presente, experimentando realmente los momentos que está viviendo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comience con una reflexión sobre las películas, desde la perspectiva de cada participante y los ejemplos presentados por los personajes. Discuta la idea de que pensamos que la realidad no es lo suficientemente buena, que podría ser mejor. Que a otras personas les parezca más fácil, que quisiéramos ser más jóvenes o mayores, educarnos, trabajar, ganar dinero, jubilarnos... Terminamos estancados en lo “automático” y no vivir el aquí y el ahora, con aspectos buenos y malos. Concéntrese en cuántas cosas buenas extrañamos cuando evitamos sentir "cosas malas"; <li style="padding-left: 20px;">Realizar un ejercicio de vivencia intensa del momento – utilizando la comida que trajeron; - Terminar la sesión pidiéndoles que intenten repetir esta experiencia durante la semana, practicando experiencias diarias (enfócate en lo que estás haciendo).
<p>Sesión 07 - Revisión de proceso y derivación para cierre</p>	<p>Promover un análisis de las consecuencias de su comportamiento y la reflexión sobre los cambios que han observado, así como sus consecuencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar la sesión solicitando informes sobre cómo cumplieron la tarea – discriminar que pueden tener control sobre parte de sus vidas y es en esa parte que pueden actuar para mejorar sus experiencias; - Sostener una discusión sobre los cambios percibidos por ellos en su comportamiento durante el proceso, si hubo cambios en el comportamiento en el medio natural, relacionándolos con sus metas de vida;

		<ul style="list-style-type: none"> - Working with the Bus Metáfora (traducido y adaptado de Hayes & Smith, 2005); - Abordar los objetivos y valores planteados por los participantes previamente; - Tarea: Mis metas para el futuro cercano: ¿Qué hacer, cuándo y cómo? Tomando el control de mi camino, en base a los valores primarios de cada uno.
Sesión 08 - Revisión del proceso y derivación para el cierre	Generalización del proceso y refuerzo de los temas tratados en las sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar el encuentro acercándolos a la tarea y haciéndolos entender que los únicos que pueden asumir sus proyectos de vida son ellos mismos, considerando los contratiempos, las “nubes cargadas”, los “días grises”. Compare el proceso terapéutico con conseguir un automóvil propio: hay menos pasajeros que intentan desviarse de su camino en comparación con el autobús. Así, emprender un viaje puede ser más sencillo, con mayor autonomía y en base a tu propio criterio; - Evaluación de procesos; - Recuerda realizar valoración individual (escalas y cuestionarios)
Sesión de Seguimiento – Dos meses después del final de las intervenciones	Supervisar la estabilidad de los resultados obtenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Reconectar, reforzar la participación, pedir informes sobre cómo lo han ido poniendo en práctica y las estrategias aprendidas en las sesiones. - Evaluación individual (escalas y cuestionarios)

5.4. Procedimiento para la evaluación de la intervención

Las sesiones fueron grabadas en video con la autorización de los participantes, a través del formulario de consentimiento informado. La evaluación de los resultados de la intervención se realizó con base en los puntajes pre y post intervención de los instrumentos utilizados. Para la organización de los datos y estadística descriptiva se utilizó el software SPSS. Se utilizó el método JT para evaluar el índice de cambio (IMC) fiable y la importancia clínica (SC). El BMI informa si ha habido cambios positivos (o

negativos) en el desempeño de cada participante y si se pueden atribuir de manera confiable a la intervención implementada; SC indica cuánto se dirigieron los cambios a indicadores funcionales (no disfuncionales).

Para el análisis se utilizó el software Psicoinfo, disponible en el sitio web <http://www.psicoinfo.ufscar.br/>, desarrollado específicamente para esta función (Aguiar, Aguiar & Del Prette, 2009; Villa, Aguiar & Del Prette, 2012). Los procedimientos de análisis involucraron medidas de autoevaluación de ansiedad, flexibilidad psicológica y calidad de vida, considerando las evaluaciones iniciales, final y de seguimiento de tales medidas.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

En este capítulo se presentarán los resultados del estudio, divididos en tres partes: los análisis descriptivos obtenidos con SPSS, los análisis descriptivos de cómo los participantes y el terapeuta evaluaron la experiencia y los análisis realizados con el Método JT.

Los resultados se organizarán de acuerdo con la siguiente estructura: Inicialmente, se describirá el marco teórico y la construcción del programa de intervención; luego se presentará la caracterización de los participantes de la investigación y la estadística inferencial producida con SPSS; luego, se describirán los relatos de los participantes y del terapeuta sobre la intervención y, finalmente, una sección con los análisis utilizando el Método JT.

6.1. Programa de intervención ACT de ansiedad grupal en línea

La elaboración del programa de intervención consideró los siguientes criterios: (1) uso de supuestos de la Psicoterapia Analítica Conductual (Millenson, 1975; Zamignani, Silva Neto y Meyer, 2008; Meyer et.al., 2010; Meyer et.al., 2015); Leonardi, 2017); (2) aplicación de los pilares ACT descritos por Hayes, Strosahl y Wilson (1999/2012); (3) levantamiento de experiencias previas realizado en la modalidad grupal que utilizó ACT en Brasil (Chagas et al., 2013; Saban, 2013; Machado et al., 2019), adaptándose a la modalidad en línea.

Las sesiones tenían una duración de unos 90 minutos y eran conducidas por la propia investigadora, una mujer de 34 años, licenciada en psicología desde hace 12 años. Esta profesional se desempeñaba como psicóloga educativa en la universidad socia de la investigación, con título de especialista en psicología clínica analítica conductual y nueve años de experiencia en consultas individuales y grupales, presenciales y en línea. Las intervenciones grupales se realizaron semanalmente, a través de Google Meet y se

registraron en video, de acuerdo con el recurso disponible en la plataforma, y se archivaron en Google Drive para el análisis posterior de los datos.

Las sesiones fueron grabadas en video con la autorización de los participantes, a través del Término de Consentimiento Libre e Informado. La evaluación del programa se realizó a partir de los informes de las sesiones y de un cuestionario sobre el programa (elaborado para la presente investigación) y la experiencia individual de los participantes de la investigación y de la intervención clínica, disponible a través de formularios de Google al final de la aplicación del programa.

6.1.1. Descripción detallada de la aplicación de las sesiones del programa de intervención

El programa de intervención utilizó ejercicios y temas propuestos en la investigación de Chagas et al. (2013) y Machado et al. (2019), cuyo objetivo era centrarse en los sentimientos, aumentar la flexibilidad psicológica y la calidad de vida. El diseño fue elegido tomando como referencia el estudio de Saban (2013), con la introducción de intervenciones (variable independiente) en momentos diferentes para cada grupo, caracterizando la línea de base múltiple. Los ejercicios utilizados se basaron en Hayes (1987) y Hayes y Smith (2005). Se adaptó el número de sesiones realizadas y el objetivo de la intervención (quejas de ansiedad), así como los medios para realizar la terapia (online). Las sesiones se dividieron en tres categorías: 1- Discriminación de estímulos y psicoeducación (sesiones 1 y 2); 2- ampliación de repertorio y compromiso de cambio (sesiones 3, 4, 5 y 6) y 3- proceso de revisión y derivación para cierre (sesiones 7 y 8).

La sesión uno tuvo como objetivo presentar el programa de intervención y el funcionamiento de las sesiones e identificar cómo los participantes entendieron y manejaron la ansiedad. Los pasos fueron: 1- explicación sobre los objetivos y la forma de realizar la investigación; 2- establecimiento del contrato terapéutico; 3- presentación de participantes y levantamiento de expectativas; 4- breve explicación sobre Análisis de Comportamiento y ACT. Como estrategia se utilizó el ejercicio: “Cómo he estado

lidiando con mi ansiedad” (traducido y adaptado de Hayes & Smith, 2005). Se pidió a los participantes que completaran una tabla con tres columnas: "¿Qué he estado haciendo para lidiar con mi ansiedad?", "¿Funciona a corto plazo?" y "¿Funciona a largo plazo?". Después de discutir el ejercicio, se les pidió que continuaran llenando la tabla como tarea. El enfoque de este ejercicio fue realizar un análisis funcional, observando y registrando en qué situaciones los participantes sintieron ansiedad.

Los tres grupos tuvieron reacciones similares al contenido de la primera sesión. Al verbalizar sobre la ansiedad, se encontró que prácticamente todos los participantes, de los tres grupos, mostraron dificultad para describir sentimientos, pensamientos y acciones, además de la falta de capacidad para establecer relaciones entre las emociones y el contexto en el que ocurren. Entre los participantes, todos los del grupo 1, 2 del grupo 2 y 1 del grupo 3 mantuvieron la cámara apagada, utilizando únicamente el micrófono.

Los objetivos de la sesión dos consistieron en discriminar que la ansiedad y otros sentimientos se dan de forma contextualizada y no aleatoria. Además, se discutió que los sentimientos no son necesariamente buenos o malos y que no necesitamos evitarlos. Comenzó con una discusión sobre la tarea, que consistió en analizar el contexto en el que se produjo la ansiedad. Luego, se utilizaron las siguientes estrategias: 1- Ejercicio de tratar de controlar los sentimientos - Metáfora del dolor de cabeza (Hayes, 1987) - donde los participantes debían imaginar que tenían dolor de cabeza y se comprometían a golpearse la cabeza para que el dolor desapareciera. La discusión buscó obtener el entendimiento de que golpearse la cabeza solo empeoraría el dolor y no se resolvería solo.

Al describir cómo lidian con la ansiedad, la mayoría de los participantes informaron que habían intentado "todo" para lidiar con los "malos sentimientos". Varios expresaron que habían recurrido a prácticas alternativas, como Reiki, florales, constelaciones familiares. Dijeron que en su momento estos intentos ayudaron, pero que momentos después el sentimiento volvió, a veces más fuerte.

Se planteó que para manejar la ansiedad debemos entender su función, propuesta por el programa actual. Se observó que los participantes tenían dificultad para realizar el análisis funcional, propuesto como tarea para casa. Se destacó el papel del ambiente y de

las variables antecedentes y consecuentes en el mantenimiento de la conducta. Se les pidió que siguieran observando esta relación en su rutina diaria. Para Delitti (2008), enseñar análisis funcional al cliente puede ser uno de los mejores procedimientos terapéuticos.

Aún en la segunda sesión, el tema del control fue el centro de la discusión de los tres grupos, y la mayoría de los participantes relató sentirse frustrado cuando no podía controlar una situación y en las relaciones interpersonales, lo que generaba mucha ansiedad. Las metáforas sobre tratar de controlar los pensamientos y sentimientos fueron recibidas positivamente. Hubo mayor participación del grupo, en comparación con la primera sesión, sin embargo, más de la mitad de los participantes aún tenían la cámara apagada.

Sesión tres- El objetivo fue abordar la importancia de los valores personales en la vida diaria. Se discutió el ejercicio “Se acabó la ansiedad, ¿ahora qué?”, sugerido en la sesión anterior. Como estrategias, utilizamos: 1- abordar qué valores personales guían la vida de cada uno; 2- Ejercicio “¿Qué es lo peor que puede pasar?”, fomentando la reflexión sobre cuánto la persona con ansiedad acaba imaginando consecuencias catastróficas para sus conductas, incurriendo en conductas de escape y evitación.

La tercera sesión se centró en la importancia de los valores personales en el día a día. Al informar sobre la realización de la tarea, uno de los puntos de convergencia citados por la mayoría de los participantes fue el hecho de considerar que si no se sintieran tan ansiosos vivirían mejor. Dentro de la clase de “vivir mejor”, informaron que serían capaces de cumplir sus propósitos, que tomarían más riesgos, tendrían menos miedo a equivocarse y se relacionarían mejor.

En los tres grupos se discutió si no estaban logrando lo que realmente le importaba a cada uno, por excesiva preocupación por el juicio de los demás y miedo a que las cosas no salieran bien. Como tarea se dieron dos ejercicios: 1- “¿Qué quería ser de mayor?” proponiéndoles que reflexionen sobre qué metas, planes y proyectos tenían cuando eran niños; 2- "Epitafio - ¿Qué pondrías en tu lápida?". Se pidió a los participantes que elaboraran lo que les gustaría haber escrito sobre sí mismos cuando mueran, con el objetivo de permitirles estar en contacto con las prioridades de los demás.

Sesión 4 – El objetivo fue abordar la evitación y el afrontamiento experiencial. Comenzó con una discusión sobre lo que querían ser cuando fueran grandes. Posteriormente se realizó la socialización de la tarea del epitafio abordando lo que a cada uno le gustaría que se dijera de sí mismo, lo que le gustaría vivir. Las estrategias de la sesión fueron: 1- Pedirles que hablen sobre situaciones de su vida que evitaron para no sentir ansiedad (escapar de situaciones aversivas); 2- Comentar qué situaciones evitaron para no sentir ansiedad y que si no lo hacían podrían generar experiencias y sentimientos más satisfactorios. 3- Abordar la importancia de priorizar los valores individuales sobre el juicio y las normas de los demás.

Todos los grupos, en la cuarta sesión, comenzaron con el informe sobre lo que querían ser de grandes, y la mayoría habló de planes profesionales. A partir de esto, se les pidió que trataran de recordar cuando eran niños, sobre cómo pensaban que sería ser felices, qué querían más allá de su vida profesional. Muchos reportaron planes relacionados con estar cerca de la familia, poder viajar, tener mascotas. Se enfatizó que las experiencias afectivas significativas son independientes de los grandes planes.

La conversación sobre el epitafio pareció haber movilizado sentimientos entre los participantes, pues se mostraron más reflexivos sobre si disfrutaban o no de la vida. Identificaron una relación entre los planes hechos en la infancia y las prácticas actuales. La discusión utilizó todo el tiempo de la reunión, demostrando la necesidad de planificar, en futuras intervenciones, un período más largo para esta discusión.

En ese momento, se consideró importante enfatizar el propósito de las tareas, ya que podrían favorecer la generalización de lo discutido en la sesión. Demostrarían las dificultades de cada participante y sus avances en el contexto natural (Delitti, 2008). Se introdujo el tema de la evitación experiencial con la solicitud de tareas, donde debían recordar características llamativas de cada uno en las diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia y adultez). Dicho contenido buscaba la evaluación del “yo como contexto”, considerando la historia individual como predictor de comportamientos a lo largo de la vida.

Sesión 5- Los objetivos fueron promover la aceptación de sentimientos y pensamientos, a través de ejercicios prácticos y enseñar la práctica de Mindfulness,

abordando su importancia en aprender a permanecer en el aquí y ahora y el papel en el manejo de la ansiedad. La sesión comenzó discutiendo la tarea, abordando la fugacidad de los sentimientos, pensamientos y la permanencia de las características esenciales. Se retomó el papel del contexto sobre los sentimientos, pensamientos y conductas.

La quinta sesión comenzó con informes sobre la tarea propuesta. Los participantes relataron diferentes experiencias. Algunos recordaban características notables en la infancia y que se mantuvieron en el tiempo. Otros señalaron que mucho de lo que eran ya había cambiado. Los tres grupos pudieron establecer una relación entre las conductas que se mantuvieron y reforzaron a lo largo del tiempo. Indicaron que probablemente se redujeron las conductas más castigadas o en peligro.

Para que los participantes distinguieran sus pensamientos y sentimientos de ellos mismos, se utilizó la Metáfora de la Nube (adaptado de Chagas et al., 2013). Se pidió a los participantes que dibujaran nubes y escribieran sobre ellas algunos de sus pensamientos y sentimientos, clasificándolos en positivos y negativos. Se discriminó que los sentimientos por sí solos no son buenos ni malos. Que aparecía en nuestra vida de acuerdo con las situaciones que estaríamos viviendo. Se animó a los participantes a analizar que incluso una nube oscura cargada de lluvia en algunos contextos puede verse como buena (durante períodos de sequía, por ejemplo). Evitar sentir, además de ser inútil, también invalidaría algunas experiencias. Aceptar los sentimientos (sin juzgarlos ni evitarlos) podría ser una mejor manera de aprender a vivir con ellos. Los ejercicios de atención plena se abordaron como una práctica que podría ayudar a permanecer en el aquí y ahora.

La participación de la mayoría de los miembros del grupo fue más activa en este punto del proceso, con 11 de los 14 participantes manteniendo las cámaras encendidas y estableciendo un diálogo entre ellos y con el terapeuta.

Como tarea se les pidió realizar un ejercicio para experimentar sentimientos, que consistía en escuchar música impactante, cerrar los ojos y tratar de recordar, en detalle, malos momentos de su vida. Se les animó a observar una tendencia a alejarse de los recuerdos o sentimientos dolorosos. Posteriormente escuchaban música suave, cerrando los ojos y recordando una situación en la que se sintieron muy tranquilos, prestando

atención a los sentimientos generados y los recuerdos evocados. También como tarea, se les pidió que vieran las películas “Click” o “A Matter of Time”. Se indicó que debían ser conscientes de la forma en que los personajes enfrentaban situaciones y sentimientos aversivos.

El objetivo de la sexta sesión fue discutir la noción de “aquí y ahora”, que se refería a estar presente, experimentando realmente los momentos que estarían viviendo. Comenzó con una reflexión sobre las películas nominadas. Más de la mitad de los integrantes de los tres grupos no habían visto las películas nominadas, pero informaron que recordaban la historia de la película “Click”. Los participantes de los grupos uno y dos expresaron que les emocionó mucho la película “Cuestión de tiempo”. Se mostraron implicados e hicieron varias reflexiones sobre cuánto podría haber contribuido la huida de los sentimientos a alejarlos de lo que sería realmente significativo. Se observó que la película "Cuestión de tiempo" fue una alternativa que contribuyó a la autoobservación de la evitación experiencial, valorando vivir en el aquí y ahora y vivenciar una práctica en la dirección de los valores personales. Se discutió la posibilidad de enfocarnos en cuánto perdemos cuando evitamos sentir “cosas malas”.

Se preguntó a los participantes cómo se sentían al realizar la experiencia con la música, buscando evocar sentimientos tanto agradables como aversivos. Algunos participantes informaron que evitaron las canciones que podrían provocarles sentimientos de tristeza y se centraron en las canciones que los hacían sentir bien. A partir de este relato se llamó la atención sobre el hecho de que posiblemente seguían evitando entrar en contacto con ciertos sentimientos.

Como tarea para casa, la propuesta era realizar un ejercicio para vivir intensamente el momento, utilizando un alimento que les gustara mucho. Se les indicó que observaran atentamente las características del alimento (tamaño, color, textura...), lo saborearan lentamente, prestando atención a las sensaciones que produce. Se les pidió que identificaran pensamientos y sentimientos generados por la experiencia.

En la sesión siete, el objetivo fue promover el análisis de las consecuencias de los comportamientos, la reflexión sobre los cambios obtenidos y sus consecuencias. La sesión se inició solicitando un informe sobre cómo realizaron la tarea. Los reportes

giraban en torno a cuánto en la rutina diaria terminamos por no aprovechar la oportunidad de sentir y experimentar sensaciones. Que muchas veces estaríamos “en automático”. Se buscó establecer una relación entre la experiencia propuesta y los sentimientos vividos. Se sugirió que continuaran realizando dichos ejercicios y extendiéndolos a nuevas experiencias. La propuesta de actividad partía de la misma premisa sobre la práctica de Mindfulness, que consistía en ser plenamente consciente del momento actual, aceptando todos y cada uno de los sentimientos y pensamientos, sin juzgar.

Otras estrategias utilizadas fueron: 1- Se discutió sobre los cambios de comportamiento percibidos durante el proceso. Dichos cambios fueron distinguidos en el medio natural, relacionándolos con sus objetivos de vida; 2- Trabajamos la metáfora del autobús (traducida y adaptada de Hayes & Smith, 2005): que consistía en pedir a los participantes que imaginaran que estarían conduciendo el autobús de sus vidas y que tendrían la oportunidad de elegir un camino a seguir. (metas). de vida). Sin embargo, algunos “pasajeros” dentro de este autobús (pensamientos y sentimientos) no siempre serían agradables y tratarían de desviarlos de su camino. Se discutió cuánto se debe ceder ante estos “pasajeros” o seguir avanzando en la dirección de lo que realmente tendría valor para cada uno (su camino). 3- Se abordaron temas relacionados con metas y valores ya identificados en sesiones anteriores.

Durante la sesión, se les pidió que reflexionaran y relataran cómo vivieron el proceso terapéutico. Se intentó evaluar si hubo algún cambio de comportamiento a partir de la participación. La mayoría informó que comenzaron a analizar más las situaciones rutinarias, que recordaron las discusiones relacionadas con los intentos de control y si debían actuar o practicar la aceptación de los sentimientos. En esta etapa, se observó el establecimiento de un vínculo entre los componentes de los grupos y el terapeuta. Había un ambiente de apoyo y escucha. 12 de los 14 participantes mantuvieron la cámara encendida y hablaron por micrófono. Usaron el chat para expresarse mientras otros participantes hablaban. Los componentes que aún mantenían la cámara apagada (uno en el grupo dos y otro en el grupo tres), justificaron no sentirse cómodos para encender la cámara por timidez.

Como tarea, se les invitó a pensar y registrar metas para el futuro cercano, a partir de sus

valores fundamentales y estableciendo estrategias para alcanzarlos, considerando: ¿Qué hacer, cuándo, y de qué manera? Se recordó que el objetivo de este programa era mejorar la calidad de vida y reducir los niveles de ansiedad.

En la sesión ocho, el objetivo fue generalizar el proceso y reforzar los temas tratados en las sesiones. El encuentro comenzó abordando los deberes y llevando a los participantes a considerar que los únicos que podrían asumir sus proyectos de vida serían ellos mismos, considerando los contratiempos, las “nubes pesadas” y los “días grises”. El proceso terapéutico se comparó con conseguir un coche propio. Habría menos pasajeros tratando de apartarlos del camino en comparación con el autobús (metáfora de la sesión 7). Empezar un viaje podría ser más sencillo, con mayor autonomía y en base a los propios criterios. Se evaluó el proceso y se les animó a realizar la evaluación individual (escalas y cuestionarios).

Los participantes contaron sus planes para el futuro cercano y la mayoría informó haberse dado cuenta de que ya tendrían acceso a situaciones y experiencias de refuerzo. Verbalizaron que se perderían las reuniones semanales. Se les recordó que respondieran a los formularios de evaluación de la ansiedad y el proceso terapéutico, disponibles en línea. También se comunicó que dos meses después de finalizadas las sesiones, serían invitados a una sesión de seguimiento.

En la sesión de seguimiento, el objetivo fue monitorear la estabilidad de los resultados obtenidos. Se retomó el contacto, reforzando la importancia de la participación, solicitando informes sobre cómo habrían puesto en práctica las estrategias aprendidas en las sesiones. Se les solicitó que respondieran nuevamente a los formularios de evaluación individual (escalas y cuestionarios), aunque no pudieran participar en la sesión. La sesión se realizó dos meses después del final de las intervenciones, con participantes de los tres grupos. Estuvieron presentes nueve de los 14 participantes en el proceso. En general, verbalizaban que faltaban a las reuniones. Se notó que estaban emocionados de volver a verse. Todos mantuvieron las cámaras y los micrófonos encendidos y participaron activamente.

Refirieron que seguían enfrentando situaciones que les generaban ansiedad, pero les afectaban menos los sentimientos. Describieron que podían analizar mejor las situaciones

antes de reaccionar, lo que probablemente contribuyó a la mejora en las relaciones interpersonales. Verbalizaron que estaban aprendiendo a trabajar en la aceptación en situaciones sobre las que no tenían control. Agradecieron la oportunidad de participar en el proceso.

6.2. Caracterización de los participantes de la investigación y estadísticas descriptivas obtenidas a través de los instrumentos utilizados

Esta sesión tiene como objetivo presentar la descripción de los participantes de la investigación y el análisis estadístico de los instrumentos utilizados y los resultados preliminares obtenidos a través de la intervención. El presente estudio utilizó un diseño unisujeto, con línea de base múltiple, consistente en la introducción de variables independientes. La intervención se introdujo en tres momentos diferentes: primero para el grupo uno, dos semanas después para el grupo dos y cuatro semanas después para el grupo tres. Entre los 21 estudiantes que firmaron el consentimiento informado (ocho varones y 13 mujeres), cuatro abandonaron antes de la primera sesión, por incompatibilidad de horarios y tres abandonaron después del inicio de las intervenciones. Catorce participantes completaron el proceso terapéutico: nueve mujeres y cinco hombres, con edades entre 19 y 38 años.

El diseño de sujeto único comienza con la definición de la conducta a estudiar (variable dependiente), en este caso, la ansiedad en estudiantes universitarios y la observación de esta conducta sin manipulación alguna (línea de base). A continuación, se introdujo la variable independiente, en este estudio fue la intervención psicoterapéutica en un grupo online. Este diseño, según Andery (2010), permite la observación del cambio de comportamiento debido a las condiciones experimentales, en lugar de la observación estadística entre grupos. El diseño de línea base múltiple utilizado en esta investigación consistió en la introducción de variables independientes, en este caso la intervención grupal y en línea basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Las sesiones fueron grabadas en video con la autorización de los participantes, siendo posible grabar las verbalizaciones de los participantes para su posterior análisis. Los análisis

presentados en este capítulo se realizaron con base en el análisis estadístico realizado con IBM Software® SPSS® versión 21 y la descripción de los datos obtenidos a través de los instrumentos y el informe verbal.

6.2.1. Descripción de las características de los participantes de la investigación

Para identificar las características sociodemográficas de los participantes, utilizamos un cuestionario disponible virtualmente, a través de formularios de Google. Los análisis preliminares, más concretamente exploraciones, pruebas de normalidad y representaciones gráficas se realizaron para las variables del Cuestionario Sociodemográfico (QS) utilizando el software IBM® SPSS® versión 21 y siguiendo las directrices de Pallant (2007) y Field (2011). A continuación, se presentan los resultados de estos análisis preliminares, basados en la muestra de N=19.

La Tabla 2 presenta los datos relacionados con la normalidad de las variables. Interpretándolo, Sig. $\leq 0,05$: distribución no normal y Sig. $> 0,05$: distribución normal. Las variables edad y jornada laboral se distribuyen normalmente, según la prueba de Kolmogórov-Smirnov; las demás variables sociodemográficas no se distribuyen normalmente.

Tabla 2

Normalidad (distribución) de las variables

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadística	Df	Sig.	Estadística	Df	Sig.
Edad	0.172	19	0.142	0.874	19	0.017
Sexo	0.376	19	0.000	0.633	19	0.000
Ciudad y estado de residencia	0.429	19	0.000	0.584	19	0.000
¿Cuál es el nivel que cursa?	0.430	19	0.000	0.591	19	0.000
¿Posee otra graduación?	0.525	19	0.000	0.362	19	0.000
¿Usa medicación?	0.525	19	0.000	0.362	19	0.000
Estado civil	0.332	19	0.000	0.733	19	0.000
¿Tiene hijos?	0.525	19	0.000	0.362	19	0.000
¿Trabaja?	0.403	19	0.000	0.616	19	0.000
Carga horaria semanal de trabajo	0.239	12	0.057	0.914	12	0.237

Procedencia	0.250	19	0.003	0.787	19	0.001
Vive...	0.295	19	0.000	0.744	19	0.000
Práctica de atividade física	0.250	19	0.003	0.83	19	0.003
Nível de satisfacción co la UTFPR	0.332	19	0.000	0.733	19	0.000
Nível de satisfacción con el curso	0.300	19	0.000	0.796	19	0.001
¿Participó de la intervención?	0.456	19	0.000	0.555	19	0.000
¿De cuál grupo de intervención participó?	0.183	19	0.093	0.856	19	0.008

^a Corrección de Significancia Lilliefors

^b “¿Hacés tratamiento?” es constante y por eso fue omitida de esta tabla.

En cuanto a cuántos inscritos completaron la intervención, 5 (26,3%) abandonaron y 14 (73,7%) la completaron. De los egresados, 5 (26,3%) constituyeron el grupo 1; 4 (21,1%) constituyeron el grupo 2 y 5 (26,3%) constituyeron el grupo 3. La edad de los participantes osciló entre 19 y 38 años, con un rango de 19 años y una media de 25,47, con una desviación estándar de 5.103. 11 (57,9%) de los participantes eran mujeres y 8 (42,1%) eran hombres. Trece participantes (68,4%) y seis (31,6%) eran estudiantes de posgrado.

Al explorar los datos relacionados con el lugar de residencia actual de los participantes, se observó que 14 (73,7%) vivían en Pato Branco; 3 (15,8%) vivían en la región de Pato Branco (Sudoeste de Paraná u Oeste de Santa Catarina), 1 (5,3%) vivía en otra región del estado de Paraná y 1 (5,3%) vivía en otro estado. Respondieron a la pregunta sobre con quién vivían en el momento de la encuesta: 10 (52,5%) con sus padres; 4 (21,1%) con amigos o compañeros; 1 (5,3%) solo; 2 (10,5%) con cónyuge, sin hijos y 2 (10,5%) con cónyuge y con hijos.

Ninguno de los participantes estuvo bajo seguimiento psicológico o psiquiátrico durante las intervenciones de esta investigación, sin embargo, 2 (10,5%) estaban usando medicación psiquiátrica al iniciar el proceso (sin embargo, no estaban iniciando ni cambiando de medicación durante la intervención, que fueron criterios de exclusión de búsqueda). En cuanto al estado civil afectivo, 10 (52,6%) eran solteros; 8 (42,1%) estaban en pareja y 1 (5,3%) en pareja estable. Entre ellos, 2 (10,5%) tenían hijos y 17 (89,5%) no. Siete individuos (36,8%) no trabajaban y 12 (63,2%) sí.

Cuando se les preguntó sobre la práctica de actividades físicas, ocho (42,1%) respondieron que no practicaban actividades físicas regulares; cinco (26,3%) que practicaban actividad física una o dos veces por semana; cuatro (21,1%) de tres a cuatro veces por semana y dos (10,5%) que mantenían práctica diaria de actividad física.

6.2.2. Análisis de la fiabilidad de los instrumentos utilizados y estadística descriptiva

La Tabla 3 presenta los valores de Alfa de Cronbach (consistencia interna), Valores medios funcional y disfuncional, Desviación estándar funcional y disfuncional y N funcional y disfuncional, del análisis con el Software SPSS, versión 2021. Todos los instrumentos mostraron buena confiabilidad.

Tabla 3

Características psicométricas de los instrumentos utilizados

Instrumento	Alfa	Media Funcional	Desviación Estándar Funcional	N Funcional	Media Disfuncional	DP Disfuncional	N Disfuncional
BAi	0.912	16.27	5.850	11	34.63	7.927	8
HAM	0.887	18.78	4.738	9	34.10	5.527	10
AAQ-II	0.898	25.92	5.545	13	11.17	2.787	6
Whoqol-Bref	0.929	71.178	6.1975	9	53.140	8.1178	10

La Tabla 4 presenta las estadísticas descriptivas de los Inventarios de Ansiedad de Beck, que incluyen N, amplitud, mínimo, máximo, media, desviación estándar y varianza de las sumas y medias obtenidas con las colecciones preintervención, posintervención y seguimiento.

Tabla 4

Estadísticas descriptivas del Inventario de Ansiedad de Beck

Estadísticas descriptivas							
Variable	N	Amplitud	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
BAI suma pre	19	44	8	52	24.00	11.407	130.111
BAI suma pos	19	35	4	39	15.79	11.405	130.064
BAI suma seguimiento	19	38	1	39	16.95	12.678	160.719
BAI media pre	19	2.10	0.38	2.48	1.1429	0.54317	0.295

BAI media pos	19	1.67	0.19	1.86	0.7519	0.54307	0.295
BAI media							
seguimiento	19	1.81	0.05	1.86	0.8070	0.60369	0.364

De acuerdo con Cunha (2001), el Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory* -BAI) tiene buena consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach para una muestra no clínica (compuesta por ancianos, estudiantes universitarios, internos de una penitenciaría, bomberos, empleados de hospitales y empresas ferroviarias, adolescentes y estudiantes de primaria) en torno a 0,71. En el presente estudio, el alfa de *Cronbach* fue de 0,91.

La Tabla 5 presenta las estadísticas descriptivas de la Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton. Se describen N, amplitud, mínimo, máximo, media, desviación estándar y varianza de las sumas y medias obtenidas con las colecciones preintervención, posintervención y seguimiento.

Tabla 5

Estadísticas descriptivas de la Escala de Evaluación de Ansiedad de Hamilton

Estadísticas descriptivas							
Variable	N	Amplitud	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	
						estándar	Varianza
HAM-A suma pre	19	31	13	44	26.84	9.329	87.029
HAM-A suma pos	19	32	3	35	17.05	10.352	107.164
HAM-A suma							
seguimiento	19	36	4	40	18.68	11.590	134.339
HAM-A media pre	19	2.38	1.00	3.38	2.0648	0.71761	0.515
HAM-A media pos	19	2.46	0.23	2.69	1.3117	0.79631	0.634
HAM-A media							
seguimiento	19	2.77	0.31	3.08	1.4372	0.89158	0.795

La Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Rating Scale* -

HAM-A) no tiene un estándar brasileño, pero los índices presentados en estudios anteriores (Kummer et al., 2010; Gloster et al., 2011) fueron $\alpha = 0,89$). En el presente estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,89. Los coeficientes alfa de Cronbach aceptables suelen ser superiores a 0,7 (Nunally & Bernstein, 1994).

La Tabla 6 presenta las estadísticas descriptivas del Cuestionario de Aceptación y Acción II (*Acceptance and Action Questionnaire II -AAQ-II*). Se incluyen los valores de N, amplitud, mínimo, máximo, media, desviación estándar y varianza de las sumas y medias obtenidas con las recolecciones preintervención, postintervención y seguimiento.

Tabla 6

Estadísticas descriptivas del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

Estadísticas descriptivas							
Variable	N	Amplitud	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	
						estándar	Varianza
AAQ-II suma pre	19	29	7	36	21.26	8.504	72.316
AAQ-II suma pos	19	37	7	44	28.11	9.837	96.766
AAQ-II suma seguimiento	19	37	9	46	29.37	10.172	103.468
AAQ-II media pre	19	4.14	1.00	5.14	3.0376	1.21484	1.476
AAQ-II media pos	19	5.29	1.00	6.29	4.0150	1.40528	1.975
AAQ-II media seguimiento	19	5.29	1.29	6.57	4.1955	1.45313	2.112

La versión americana original del *AAQ-II* tuvo buena consistencia interna, al igual que la versión portuguesa, que mostró un alfa de *Cronbach* de 0,90 (Pinto-Gouveia et al., 2012). En el presente estudio, el alfa de *Cronbach* también fue de 0,90.

Las tablas 7 y 8 presentan las estadísticas descriptivas del instrumento abreviado de evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (*The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Brèf*). Se incluyen los valores de N, amplitud, mínimo, máximo, media, desviación estándar y varianza de las sumas y medias obtenidas con

las recolecciones preintervención, postintervención y seguimiento. Como el instrumento se divide en dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente), en todos ellos se evalúan valores.

Tabla 7

Estadísticas descriptivas del WHOQOL-Bref - General

Estadísticas descriptivas							
Variable	N	Amplitud	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	
						estándar	Variancia
WHOQOL-Brèf suma pre	19	61	45	106	80.37	15.196	230.912
WHOQOL-Brèf suma pos	18	64	50	114	86.22	18.181	330.536
WHOQOL-Brèf suma seguimiento	18	68	44	112	85.22	18.310	335.242
WHOQOL-Brèf media pre	19	2.35	1.73	4.08	3.0911	0.58445	0.342
WHOQOL-Brèf media pos	18	2.46	1.92	4.38	3.3162	0.69926	0.489
WHOQOL-Brèf media seguimiento	18	2.62	1.69	4.31	3.2778	0.70422	0.496

Tabla 8

Estadísticas descriptivas do WHOQOL-Bref por dominio

Estadísticas descriptivas							
Variable	N	Amplitud	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	
						estándar	Varianza
QV dominio físico suma pre	19	16	13	29	21,8947	4,54477	20,655
QV dominio físico suma pos	18	17	16	33	23,7778	5,27542	27,830
QV dominio físico suma seguimiento	18	20	11	31	23,1667	5,12491	26,265
QV dominio psicológico	19	15	9	24	17,2632	4,45773	19,871

suma pre							
QV dominio psicológico							
suma pos	18	18	8	26	19,0556	5,06977	25,703
QV dominio psicológico							
suma seguimiento	18	18	9	27	19,2222	4,91762	24,183
QV dominio relaciones							
sociales suma pre	19	8	5	13	9,4211	2,26852	5,146
QV dominio relaciones							
sociales suma pos	18	9	4	13	9,2222	2,90143	8,418
QV dominio relaciones							
sociales suma seguimiento	18	9	3	12	8,8889	3,00762	9,046
QV dominio medio							
ambiente suma pré	19	22	12	34	25,3684	5,33553	28,468
QV dominio medio							
ambiente suma pós	18	18	17	35	27,0000	5,40152	29,176
QV dominio medio							
ambiente suma							
seguimiento	18	23	15	38	27,0000	6,35240	40,353
QV dominio físico media							
pre	19	2,29	1,86	4,14	3,1278	0,64925	0,422
QV dominio físico media							
pos	18	2,43	2,29	4,71	3,3968	0,75363	0,568
QV dominio físico media							
seguimiento	18	2,86	1,57	4,43	3,3095	0,73213	0,536
QV dominio psicológico							
media pre	19	2,50	1,50	4,00	2,8772	0,74295	0,552
QV dominio psicológico							
media pos	18	3,00	1,33	4,33	3,1759	0,84496	0,714
QV dominio psicológico							
media seguimiento	18	3,00	1,50	4,50	3,2037	0,81960	0,672
QV dominio relaciones							
sociales media pre	19	2,67	1,67	4,33	3,1404	0,75617	0,572
QV dominio relaciones							
sociales media pos	18	3,00	1,33	4,33	3,0741	0,96714	0,935

sociales media pos							
QV dominio relaciones							
sociales media							
seguimiento	18	3,00	1,00	4,00	2,9630	1,00254	1,005
QV dominio medio							
ambiente media pre							
	19	2,75	1,50	4,25	3,1711	0,66694	0,445
QV dominio medio							
ambiente media pos							
	18	2,25	2,13	4,38	3,3750	0,67519	0,456
QV dominio medio							
ambiente media							
seguimiento	18	2,88	1,88	4,75	3,3750	0,79405	0,631

Normalmente se considera que los coeficientes alfa de Cronbach aceptables son superiores a 0,7 (Nunnally & Bernstein, 1994). El uso del instrumento abreviado para evaluar la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (*The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Bref*) ha mostrado una consistencia interna aceptable. Vaz et al. (2006) reportaron un Alfa de Cronbach entre 0,64 (dominio Relaciones Sociales) y 0,87 (dominio Físico). En un estudio de Wachholz, Santos y Wolf (2013), el Alfa de Cronbach para las 26 preguntas del WHOQOL-bref fue de 0,91, mientras que la consistencia interna de los dominios físico, psicológico, relaciones sociales y entorno fue de 0,85; 0,85; 0,79 y 0,71, respectivamente. En el presente estudio, el alfa de Cronbach fue de 0,93. Las subescalas referentes a los dominios de calidad de vida también mostraron buena consistencia interna, siendo los alfas de Cronbach de 0,78 para el dominio físico, 0,81 para el dominio psicológico, 0,67 para el dominio de relaciones sociales y 0,85 para el dominio ambiental.

6.2.3. Datos recogidos durante el proceso psicoterapéutico obtenidos con la aplicación del BAI y la Escala de Ansiedad de Hamilton

Se recolectaron datos relacionados con los índices de ansiedad, utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton, en diferentes etapas del proceso

terapéutico. La Tabla 9 muestra los datos relacionados con los datos recolectados con los participantes que participaron en el proceso completo. Se enumeran los puntajes de todos los participantes de la investigación obtenidos a través de la evaluación con el Inventario de Ansiedad de Beck - BAI.

Tabla 9

Resultados BAI – Inventario de Ansiedad de Beck en diferentes fases del proceso

Participante	Colecta 01 (Preintervención) 30/09/2020	Colecta 02 (Después de la segunda sesión)	Colecta 03 (Después de la sexta sesión)	Colecta 04 (Posintervención)
Individuo 6 – G1	22 (Ansiedad Moderada)	15 (Ansiedad Leve)	17 (Ansiedad Leve)	8 (Ausencia de síntomas de ansiedad)
Individuo 12 – G1	52 (Ansiedad Grave)	33 (Ansiedad Grave)	No respondió	24 (Ansiedad Moderada)
Individuo 13 – G1	32 (Ansiedad Grave)	27 (Ansiedad Moderada)	12 (Ansiedad Leve)	12 (Ansiedad Leve)
Individuo 14 – G1	33 (Ansiedad Grave)	30 (Ansiedad Moderada)	33 (Ansiedad Grave)	33 (Ansiedad Grave)
Individuo 15 – G1	11 (Ansiedad Leve)	5 (Ausencia de síntomas ansiosos)	9 (Ausencia de síntomas de ansiedad)	6 (Ausencia de Síntomas Ansiosos)
Individuo 16 – G2	38 (Ansiedad Grave)	35 (Ansiedad Grave)	24 (Ansiedad Moderada)	27 (Ansiedad Moderada)
Individuo 17 – G2	20 (Ansiedad Moderada)	37 (Ansiedad Grave)	No respondió	12 (Ansiedad Leve)
Individuo 18 – G2	28	No respondió	No respondió	21

	(Ansiedad Moderada)			(Ansiedad Moderada)
Individuo 19 – G2	13 (Ansiedad Leve)	10 (Ansiedad Leve)	10 (Ansiedad Leve)	5 (Ausencia de síntomas de ansiedad)
Individuo 07 – G3	9 (Ausencia de síntomas de ansiedad)	11 (Ansiedad Leve)	3 (Ausencia de Síntomas de ansiedad)	5 (Ausencia de Síntomas de Ansiedad)
Individuo 8 – G3	27 (Ansiedad Moderada)	22 (Ansiedad Moderada)	19 (Ansiedad Leve)	15 (Ansiedad Leve)
Individuo 9 – G3	36 (Ansiedad Grave)	10 (Ausencia de Síntomas de Ansiedad)	11 (Ansiedad Leve)	10 (Ausencia de Síntomas de Ansiedad)
Individuo 10 – G3	23 (Ansiedad Moderada)	9 (Ausencia de Síntomas Ansiosos)	10 (Ausencia de Síntomas ansiosos)	7 (Ausencia de Síntomas Ansiosos)
Individuo 11 – G3	21 (Ansiedad Moderada)	16 (Ansiedad Leve)	8 (Ausencia de Síntomas Ansiosos)	10 (Ausencia de Síntomas ansiosos)

La suma de las puntuaciones obtenidas en cada elemento resulta en un puntaje total que varía de 0 a 63, según la clasificación del manual de aplicación del instrumento (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988 validado en Brasil por Cunha, 2001). Las puntuaciones de 0 a 10 indican ausencia de síntomas de ansiedad, de 11 a 19 indican ansiedad leve, de 20 a 30 puntos ansiedad moderada y de 31 a 63 ansiedad severa.

La Tabla 10 muestra los puntajes de todos los participantes de la investigación obtenidos a través de la evaluación con la Escala de Evaluación de Ansiedad de Hamilton - HAM-A.

Tabla 10*Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton en diferentes fases del proceso*

Participante	Colecta 01 (Preintervención 30/09/2020)	Colecta 02 (Después de la segunda sesión)	Colecta 03 (Después de la sexta sesión)	Colecta 04 (Posintervención)
Individuo 6 – G1	32 (Ansiedad Grave)	19 (Ansiedad Moderada)	15 (Ansiedad Leve)	12 (Ansiedad Leve)
Individuo 12 – G1	44 (Ansiedad Grave)	24 (Ansiedad Moderada)	No Respondió	21 (Ansiedad Moderada)
Individuo 13 – G1	42 (Ansiedad Grave)	36 (Ansiedad Grave)	21 (Ansiedad Moderada)	19 (Ansiedad Moderada)
Individuo 14 – G1	35 (Ansiedad Grave)	27 (Ansiedad Grave)	38 (Ansiedad Grave)	33 (Ansiedad Grave)
Individuo 15 – G1	13 (Ansiedad Leve)	7 (Ansiedad Leve)	7 (Ansiedad Leve)	10 (Ansiedad Leve)
Individuo 16 – G2	38 (Ansiedad Grave)	37 (Ansiedad Grave)	34 (Ansiedad Grave)	31 (Ansiedad Grave)
Individuo 17 – G2	26 (Ansiedad Grave)	34 (Ansiedad Grave)	No Respondió	13 (Ansiedad Leve)
Individuo 18 – G2	20 (Ansiedad Moderada)	No Respondió	No Respondió	16 (Ansiedad Leve)
Individuo 19 – G2	15 (Ansiedad Leve)	9 (Ansiedad Leve)	8 (Ansiedad Leve)	3 (Ansiedad Leve)
Individuo 07 – G3	17 (Ansiedad Leve)	23 (Ansiedad Moderada)	14 (Ansiedad Leve)	10 (Ansiedad Leve)
Individuo 8 – G3	32 (Ansiedad Grave)	28	25	16 (Ansiedad Leve)

		(Ansiedad Grave)	(Ansiedad Grave)	
Individuo 9 – G3	25	9	7	6
	(Ansiedad Grave)	(Ansiedad Leve)	(Ansiedad Leve)	(Ansiedad Leve)
Individuo 10 – G3	22	13	11	12
	(Ansiedad Moderada)	(Ansiedad Leve)	(Ansiedad Leve)	(Ansiedad Leve)
Individuo 11 – G3	28	25	6	14
	(Ansiedad Grave)	(Ansiedad Grave)	(Ansiedad Leve)	(Ansiedad Leve)

La Escala de Ansiedad de Hamilton consta de 14 ítems. Cada ítem se evalúa según una escala que varía de 0 a 4 de intensidad (0= ausente; 2= leve; 3= media; 4= máxima). La suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem da como resultado una puntuación total, que varía de 0 a 52. Las puntuaciones de 0 a 17 indican Ansiedad Leve, de 18 a 24 Ansiedad Moderada y de 25 a 52 Ansiedad Severa.

6.2.4. Resultados obtenidos a través de instrumentos de evaluación - datos pre y post intervención y seguimiento

En esta sesión se describirán y analizarán los resultados de las evaluaciones realizadas con todos los instrumentos y los 19 participantes (desertores y egresados) en las fases de preintervención, posintervención y durante el seguimiento. Incluso con las deserciones se estableció contacto, solicitándoles que respondieran, durante el período en que se realizaría la sesión de seguimiento, a los instrumentos, ya que serían datos importantes para la comparación entre los participantes que realizaron el proceso completo y los que no tuvo el tratamiento.

En la tabla 11 se describen los índices de ansiedad medidos por el BAI a lo largo del proceso.

Tabla 11*Datos del Inventario de Ansiedad de Beck – Pre/Pos/Seguimiento*

Individuo	BAI Pre	BAI Pos	BAI Seguimiento
I1 (Renunciante)	8 (Ausencia de síntomas ansiosos)	5 (Ausencia de síntomas ansiosos)	5 (Ausencia de síntomas ansiosos)
I2 (Renunciante)	19 (Ansiedad leve)	20 (Ansiedad moderada)	20 (Ansiedad moderada)
I3 (Renunciante)	22 (Ansiedad moderada)	39 (Ansiedad grave)	39 (Ansiedad grave)
I4 (Renunciante)	31 (Ansiedad grave)	37 (Ansiedad grave)	37 (Ansiedad grave)
I5 (Renunciante)	11 (Ansiedad leve)	4 (Ausencia de síntomas ansiosos)	4 (Ausencia de síntomas ansiosos)
I6 (Grupo 1)	22 (Ansiedad moderada)	8 (Ausencia de síntomas ansiosos)	7 (Ausencia de síntomas ansiosos)
I7 (Grupo 3)	9 (Ausencia de síntomas ansiosos)	5 (Ausencia de síntomas ansiosos)	1 (Ausencia de síntomas ansiosos)
I8 (Grupo 3)	27 (Ansiedad moderada)	15 (Ansiedad leve)	9 (Ausencia de síntomas ansiosos)
I9 (Grupo 3)	36 (Ansiedad grave)	10 (Ausencia de síntomas ansiosos)	26 (Ansiedad moderada)
I10 (Grupo 3)	23 (Ansiedad moderada)	7 (Ausencia de síntomas ansiosos)	14 (Ansiedad Leve)
I11 (Grupo 3)	21 (Ansiedad moderada)	10 (Ausencia de síntomas ansiosos)	4 (Ausencia de síntomas ansiosos)
I12 (Grupo 1)	52 (Ansiedad grave)	24 (Ansiedad moderada)	25 (Ansiedad moderada)
I13 (Grupo 1)	32 (Ansiedad grave)	12 (Ansiedad leve)	14 (Ansiedad Leve)
I14 (Grupo 1)	33 (Ansiedad grave)	33 (Ansiedad grave)	22 (Ansiedad moderada)
I15 (Grupo 1)	11 (Ansiedad leve)	6 (Ausencia de síntomas ansiosos)	4 (Ausencia de síntomas ansiosos)
I16 (Grupo 2)	38 (Ansiedad grave)	27 (Ansiedad moderada)	37 (Ansiedad grave)
I17 (Grupo 2)	20 (Ansiedad moderada)	12 (Ansiedad leve)	25 (Ansiedad moderada)
I18 (Grupo 2)	28 (Ansiedad moderada)	21 (Ansiedad moderada)	26 (Ansiedad moderada)
I19 (Grupo 2)	13 (Ansiedad Leve)	5 (Ausencia de síntomas ansiosos)	3 (Ausencia de síntomas ansiosos)

Correspondiendo con los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck, entre los 5 participantes que abandonaron la investigación, 2 mantuvieron sus niveles de ansiedad, 1 disminuyó y 2 empeoró su nivel de ansiedad en el tiempo de aproximadamente 4 meses, entre el inicio de las intervenciones y la sesión de seguimiento. Entre los 14 individuos que completaron el proceso terapéutico, 10 mostraron una disminución en los niveles de ansiedad y 4 mantuvieron sus niveles de ansiedad, en la comparación entre el inicio de la intervención y la sesión de seguimiento.

La Tabla 12 muestra los datos relacionados con las valoraciones realizadas durante el proceso con la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Tabla 12

Datos de la Escala de evaluación de Ansiedad de Hamilton– Pre/Pos/Seguimiento

Individuo	HAM Pre	HAM Pos	HAM Seguimiento
I1 (Renunciante)	14 (Ansiedad leve)	6 (Ansiedad leve)	6 (Ansiedad leve)
I2 (Renunciante)	29 (Ansiedad grave)	27 (Ansiedad grave)	27 (Ansiedad grave)
I3 (Renunciante)	31 (Ansiedad grave)	35 (Ansiedad grave)	35 (Ansiedad grave)
I4 (Renunciante)	30 (Ansiedad grave)	35 (Ansiedad grave)	35 (Ansiedad grave)
I5 (Renunciante)	17 (Ansiedad leve)	8 (Ansiedad leve)	8 (Ansiedad leve)
I6 (Grupo 1)	32 (Ansiedad grave)	12 (Ansiedad leve)	15 (Ansiedad leve)
I7 (Grupo 3)	17 (Ansiedad leve)	10 (Ansiedad leve)	4 (Ansiedad leve)
I8 (Grupo 3)	32 (Ansiedad grave)	16 (Ansiedad leve)	18 (Ansiedad leve)
I9 (Grupo 3)	25 (Ansiedad grave)	6 (Ansiedad leve)	14 (Ansiedad leve)
I10 (Grupo 3)	22 (Ansiedad moderada)	12 (Ansiedad leve)	10 (Ansiedad leve)
I11 (Grupo 3)	28 (Ansiedad grave)	14 (Ansiedad leve)	9 (Ansiedad leve)
I12 (Grupo 1)	44 (Ansiedad grave)	21 (Ansiedad moderada)	23 (Ansiedad moderada)
I13 (Grupo 1)	42 (Ansiedad grave)	19 (Ansiedad moderada)	24 (Ansiedad moderada)
I14 (Grupo 1)	35 (Ansiedad grave)	33 (Ansiedad grave)	20 (Ansiedad moderada)
I15 (Grupo 1)	13 (Ansiedad leve)	10 (Ansiedad leve)	5 (Ansiedad leve)
I16 (Grupo 2)	38 (Ansiedad grave)	31 (Ansiedad grave)	40 (Ansiedad grave)
I17 (Grupo 2)	26 (Ansiedad grave)	13 (Ansiedad leve)	30 (Ansiedad grave)
I18 (Grupo 2)	20 (Ansiedad moderada)	13 (Ansiedad leve)	28 (Ansiedad grave)
I19 (Grupo 2)	15 (Ansiedad leve)	3 (Ansiedad leve)	4 (Ansiedad leve)

En el análisis de los resultados obtenidos a través de la Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton, comparando los índices preintervención y los recogidos en la sesión de seguimiento, no hubo cambio en los niveles de ansiedad entre los participantes que abandonaron el proceso terapéutico. Entre los participantes que completaron la intervención, 8 mostraron una disminución en el nivel de ansiedad, 5 mantuvieron el mismo nivel y 1 tuvo un aumento en el nivel de ansiedad.

La Tabla 13 enumera las medidas obtenidas a través del Cuestionario de Aceptación y Acción.

Tabla 13

Datos del Cuestionario de Aceptación y Acción (Acceptance and Action Questionnaire II - AAQ-II) – Pre/Pos/Seguimiento

Individuo	AAQ-II Pre	AAQ-II Pos	AAQ-II Seguimiento
I1 (Renunciante)	23	28	28
I2 (Renunciante)	23	21	21
I3 (Renunciante)	13	11	11
I4 (Renunciante)	22	17	17
I5 (Renunciante)	24	25	25
I6 (Grupo 1)	28	30	36
I7 (Grupo 3)	34	37	46
I8 (Grupo 3)	21	37	36
I9 (Grupo 3)	24	44	28
I10 (Grupo 3)	25	32	33
I11 (Grupo 3)	15	23	35
I12 (Grupo 1)	10	27	25
I13 (Grupo 1)	12	26	29
I14 (Grupo 1)	22	26	31
I15 (Grupo 1)	35	38	43
I16 (Grupo 2)	7	7	9
I17 (Grupo 2)	36	27	25
I18 (Grupo 2)	10	36	41
I19 (Grupo 2)	20	42	39

En la evaluación de los resultados del Cuestionario de Aceptación y Acción, se observa que, entre los abandonos, 2 presentaron una leve mejoría y 3 empeoraron en el índice. Entre los 14 que completaron el proceso, 13 mostraron mejoría en el índice y solo 1 empeoró.

Finalmente, la Tabla 14 muestra las medidas obtenidas del Whoqol-Bref.

Tabla 14

Datos del Instrumento abreviado de evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (Whoqol-Bref) - Pre/Pos/Seguimiento

Individuo	Whoqol Pre	Whoqol Pos	Whoqol Seguimiento
I1 (Renunciante)	53,8	Sin datos	Sin datos
I2 (Renunciante)	56,9	50	50
I3 (Renunciante)	44,6	53,1	53,1
I4 (Renunciante)	56,1	47,7	47,7
I5 (Renunciante)	65,4	74,6	74,6
I6 (Grupo 1)	70	80,8	76,1
I7 (Grupo 3)	66,9	65,4	66,1
I8 (Grupo 3)	66,9	76,9	80,8
I9 (Grupo 3)	79,2	86,9	80
I10 (Grupo 3)	63,8	70	68,5
I11 (Grupo 3)	60,8	60	66,9
I12 (Grupo 1)	56,1	60	55,4

I13 (Grupo 1)	50	63,8	60,8
I14 (Grupo 1)	58,5	54,6	70,8
I15 (Grupo 1)	81,5	75,4	84,6
I16 (Grupo 2)	34,6	38,5	33,8
I17 (Grupo 2)	73,8	70,8	66,9
I18 (Grupo 2)	60	78,5	57,7
I19 (Grupo 2)	73,1	87,7	86,1

Con respecto a los datos obtenidos a través del instrumento de evaluación de la calidad de vida se observa que, entre los 5 abandonos, 1 no respondió a las evaluaciones posteriores al proceso, 2 mostraron un empeoramiento y 2 mostraron una mejora en los resultados. Los participantes concluyentes presentaron los siguientes resultados: 9 mejoraron y 5 empeoraron, observando que las tasas cambiaron mínimamente en la mayoría de los casos, excepto por las mejoras significativas (más de 10 puntos porcentuales) de 4 participantes que completaron el proceso.

6.2.5. Análisis de los resultados obtenidos por todos los instrumentos de evaluación en comparación entre preintervención y seguimiento

La Tabla 15 muestra la frecuencia de los participantes en las ocho sesiones de intervención para todos los grupos y los resultados de las evaluaciones con base en el uso de los instrumentos, considerando si hubo mejoría (+), empeoramiento (-) o mantenimiento de los índices (=), al comparar las medidas preintervención con las obtenidas en la sesión de seguimiento (dos meses después de finalizar las intervenciones). Se aconsejó a los participantes que si necesitaban faltar a las sesiones solicitaran un tiempo individual para hablar con el terapeuta sobre el tema discutido. Dos participantes ausentes optaron por reservar una sesión individual.

Tabla 15

Resumen de los resultados obtenidos en las evaluaciones comparando preintervención y seguimiento

**Resultados finales de las pruebas
(Comparación entre pre y seguimiento)**

Grupo	Individuo	Sexo	Edad	Faltas	BAI	HAM	AAQ-II	WHOQOL-BREF
Renunciante	I1	M	28	Paró después de la tercera sesión	=	=	+	Sin datos
Renunciante	I2	F	24	No inició	-	=	-	-
Renunciante	I3	M	25	No inició	-	=	-	+
Renunciante	I4	F	38	Paró después de la tercera sesión	=	=	-	-
Renunciante	I5	M	26	No inició	+	=	+	+
G1	I6	F	21	0	+	+	+	+
G3	I7	M	29	2	=	=	+	-
G3	I8	F	20	1	+	+	+	+
G3	I9	F	23	0	+	+	+	+
G3	I10	F	27	1	+	+	+	+
G3	I11	M	25	1	+	+	+	+
G1	I12	F	20	0	+	+	+	-
G1	I13	F	22	0	+	+	+	+
G1	I14	F	27	2	+	+	+	+
				(Reposición individual)				
G1	I15	M	26	3	+	=	+	+
G2	I16	M	25	2	=	=	+	-
				(Reposición individual)				
G2	I17	F	37	2	=	=	-	-
G2	I18	M	19	0	=	-	+	-
G2	I19	F	22	0	+	=	+	+

Haciendo un simple análisis de los resultados de las medidas, comparando medidas preintervención, posintervención y seguimiento, es posible observar algunas tendencias en relación a los grupos considerando los puntajes por evaluación realizada. Entre el grupo de abandonos, hubo tendencia a mantener y/o empeorar los resultados de las pruebas (7=; 7- y 5+); en el grupo 1 hubo una gran tendencia hacia una mejora significativa en los resultados (18+; 1- y 1=); en el grupo 2, tendencia a mantener los resultados (6=; 5+ y 5-); en el grupo 3, tendencia de mejora significativa en los resultados (17+; 2= y 1-). El grupo 2 tuvo dos abandonos y entre los cuatro participantes graduados hubo ausencias y retrasos importantes, además de constantes fallas en la conexión de dos participantes. Además, uno de los integrantes del grupo, que no se ausentaba, nunca quiso encender la cámara y rara vez participaba vía audio, participando esporádicamente vía chat. El único participante que tuvo una mejora significativa en los resultados fue el que

no faltó a ninguna sesión y se mostró participativo, realizando todos los deberes.

Según Delitti (2008), para participar en un grupo terapéutico, los miembros deben estar dispuestos a intercambiar opiniones sobre sus valores, actitudes y comportamientos y, en efecto, exponerse a la crítica constructiva. Así, si no se posee esta disponibilidad, o incluso ante el malestar que genera la exposición, algunos participantes pueden no beneficiarse tanto del trabajo en grupo, siendo más beneficiados únicamente en un proceso de terapia individual.

Al tratarse de un estudio con diseño de caso único, es necesaria una descripción de los participantes para comprender mejor las características básicas de la muestra. Entre los 19 inscritos, el 73,7% completó la intervención. Entre el 26,3% que abandonó, la mayoría afirmó que se debió a la dificultad de organizar el tiempo y el espacio doméstico para participar adecuadamente en el programa de intervención. Si bien un programa de terapia grupal en línea podría facilitar el acceso de las personas, para otras, el entorno del hogar puede no haber sido siempre el más apropiado, en el sentido de no brindar suficiente secreto y seguridad.

Al analizar los instrumentos, utilizando el IBM Software® SPSS® versión 21 y de acuerdo con los lineamientos de Pallant (2007) y Field (2011), los resultados apuntaron a la efectividad en su uso, y se replicaron los índices utilizados en este estudio para su validación. Los instrumentos para evaluar índices de ansiedad – Escala de Ansiedad de Hamilton e Inventario de Ansiedad de Beck – fueron elegidos por ser los más utilizados en investigaciones sobre el tema, consecuentemente sujetos a generalización para comprender los resultados de otros estudios. El instrumento de evaluación de calidad de vida - versión abreviada y el Cuestionario de Aceptación y Acción fueron utilizados de forma complementaria, para verificar si los índices medidos seguían los resultados de los instrumentos de medida de ansiedad.

6.3. Análisis de las Sesiones y Condiciones de la Intervención en base a los informes de los participantes y del terapeuta

La actuación en terapia analítico-conductual prioriza la planificación de intervenciones eficientes, a partir del análisis funcional en la búsqueda de la

identificación de variables de las cuales la conducta es función. En este proceso se identifican estrategias para fortalecer las reservas, reducir los excesos y neutralizar los déficits conductuales (Kanfer & Saslow, 1976), buscando reducir la exposición del cliente a contextos aversivos y aumentar el acceso a ambientes, situaciones y relaciones reforzadoras. Así, no consiste únicamente en la aplicación de técnicas específicas, sino en una intervención estructurada y basada en la evidencia.

En esta sesión, las expectativas reportadas por los participantes serán descritas en un formulario proporcionado al inicio de la investigación. También se abordará la evaluación realizada por los participantes y el terapeuta sobre el formato y resultados de la intervención.

6.3.1. Expectativas e impactos de la ansiedad identificados antes de la intervención

En el cuestionario de variables socioeconómicas y académicas, disponible en línea antes del inicio de las intervenciones, había tres preguntas descriptivas, que identificaron situaciones que causaron ansiedad, las estrategias que utilizaron y las expectativas relacionadas con las ganancias del proceso terapéutico. A continuación, se muestran las respuestas obtenidas.

Pregunta 1 - Nombre 3 situaciones principales que le causan preocupaciones y/o ansiedad

I1: Empleo, estabilidad financiera, TCC

I2: Aún no tener formación, no trabajar y preocupaciones en casa, con la familia.

I3: Grupos, seminarios, público

I4: No poder controlar situaciones, rutinas extra en el trabajo y cuentas por pagar.

I5: Alcance muy abierto en mi investigación; Objetivos y resultados poco claros; mala calidad de comunicación con mis supervisores

I6: Trabajo, familia y relaciones amorosas

I7: Retraso, desorganización, hacer una actividad por mucho tiempo

I8: Incertidumbre sobre el futuro, si realmente estoy tomando el rumbo ideal para mí y si podré ser un profesional exitoso y lograr mi realización personal.

I9: Cosas que interfieren con la salud/bienestar de los miembros de mi familia y mía, entornos de prueba o procesos de selección, plazos

I10: Plazos a cumplir, aceptación por parte de los demás, inseguridad sobre el futuro

I11: Pruebas, tareas, futuro.

I12: Muerte y sentido de la vida, posibilidad de embarazo/enfermedad y proceso de mi madre.

I13: Discusión familiar, cuando me doy cuenta de que no me voy a graduar en el año que debo / fracasos. Condiciones económicas.

I14: Vida diaria muy ocupada, sentimientos de persecución/miedo, todo lo que hago me puede causar dolor entonces me pongo nervioso

I15: Cumplimiento de plazos y fechas. Uso de varias tecnologías al mismo tiempo, pero necesito la computadora y WhatsApp para estudiar y trabajar. Las noticias del mundo me ponen reflexivo, dejé de ver las noticias en la televisión;

I16: plazos; pagos de facturas; futuro;

I17: Plazos extremadamente ajustados debido al contexto de pandemia. La lógica productivista de los estudios de posgrado.

I18: Entrega de trabajos con fechas. Cuando alguien dice que me dirá algo mañana. Cuando no puedo entender por lo que pasan los maestros.

I19: Futuro incierto, no tener control de las situaciones, esperar

Se observa a través de las respuestas de los participantes, una preocupación por el control de situaciones que no dependerían solo de ellos, como el paso del tiempo, comportamientos de otras personas, eventos negativos (pandemia, muerte de seres queridos, enfermedades) y añoranza de no sentirse afectado por estas situaciones. El modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso entiende que existen procesos centrales considerados desencadenantes de psicopatologías, entre ellos: 1- Predominio del pasado conceptual y un futuro temido, ligado al bajo autoconocimiento; 2- Evitación de la experiencia; 3- Fusión cognitiva; 4- Apego al Yo Conceptual; 5- Inercia, impulsividad, persistencia en la evitación y 6- Falta de claridad de valores, predominio de la influenciabilidad y evitación de situaciones (Hayes, Pistorello y Biglan, 2008).

Así, se entiende que las quejas iniciales de los participantes y las descripciones que hicieron sobre el origen de su ansiedad están directamente relacionadas con los preceptos de la ACT sobre los factores desencadenantes del malestar psicológico. Tales relaciones se observan principalmente con respecto al predominio del pasado conceptual y un futuro temido, ligadas al bajo autoconocimiento, evitación de la experiencia y fusión cognitiva.

Pregunta 2: cita las formas en las que sueles lidiar con la ansiedad

I1: Jugar juegos electrónicos, comida

I2: Trato de distraerme con algo.

I3: Solo vamos

I4: Hablo con amigos y espero a que pase

I5: Invierto el mayor tiempo posible en actividades que me resultan productivas y, cuando ya no puedo más, trato de distraerme de alguna manera. El problema es que a veces

esta distracción no se resuelve en periodos cortos, y termino postergando la actividad que me genera ansiedad por días.

I6: Realizar varias actividades para distraerme

I7: Tocar la guitarra, ver películas, videos, escuchar música

I8: Trato de vivir un día a la vez, aunque muchas veces no puedo. Trato de mantener una rutina incluso con la actividad física para tratar de bajar el ritmo y destinar energía a otras cosas y evitar la procrastinación excesiva y también trato de meditar a veces y tocar la guitarra como una forma de relajarme y bajar el ritmo.

I9: Respiración, yoga, tomarme un momento para hacer algo que disfruto

I10: Practicar una actividad física, salir, dormir

I11: Dejar todo, relajarme o acostarme en un lugar oscuro durante unos minutos.

I12: No he tratado, jaja, últimamente he estado haciendo masajes, auriculoterapia y hasta reiki, ambos con poco éxito.

I13: lloro y me aílo, me ducho, trato de pensar en otras cosas y escucho música.

I14: música celta irlandesa, criptogramas, series sin sentido en plataformas como Netflix

I15: Consumo de alcohol (cerveza)

I16: comer; dormir, tratar de desaparecer del mundo, de todo y de todos.

I17: Suelo desahogarme, hablar con alguien al respecto. Reconociendo el desencadenante de la ansiedad en mí, también me gusta hacer Reiki, me ayuda.

I18: No sé, a veces escucho música, a veces como mucho, a veces trato de evitar las preocupaciones y me irrito.

I19: respira hondo; acepta que puedo estar ansioso; creer que todo está bien, pasará.

Las estrategias utilizadas por los participantes antes de la intervención fueron evaluadas en dos aspectos. En un primer análisis, la evitación de la experiencia, ilustrada por intentos de distracción del sentimiento. De fondo se observa inercia, impulsividad y persistencia en la evitación, posiblemente representando prácticas que buscan resolver la ansiedad de manera inmediata, pero que no tienen éxito a largo plazo. El ACT apunta a la necesidad de abandonar los intentos de controlar el sufrimiento, a través de la aceptación de lo que no es posible cambiar, comprometiéndose a realizar actitudes encaminadas a los valores para vivir una vida digna (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Pregunta 3 - ¿Qué le gustaría obtener de su participación en esta investigación?

I1: Un concierto emotivo

E2: Me gustaría intentar mejorar un poco mi ansiedad, poder concentrarme mejor para estudiar y hacer mis cosas.

I3: Sin expectativas

I4: Mejor control de las crisis

I5: gestión emocional y mejora de la calidad del trabajo y del sueño

I6: Aprender a controlar y entender mi lado emocional

I7: Me gusta poder sistematizar mejor mi tiempo

I8: Reducir mi ansiedad y preocupación excesiva por el mañana y también reducir o incluso eliminar los ataques de ansiedad que he estado teniendo, especialmente en este período en el que cambiamos completamente nuestra rutina y nuestras actividades tuvieron que adaptarse.

I9: Me gustaría afrontar más sanamente mis preocupaciones

I10: Saber afrontar mejor la ansiedad y descubrir formas de ver la ansiedad

I11: Control sobre las emociones, regular el sueño, no sentir angustia, ya no sentir falta de aire.

I12: La disminución de la ansiedad, o la forma en que la manejo, mejora el sueño y la angustia. Trátame también para evitar una nueva recaída depresiva.

I13: Mejorar mi percepción y aceptación de ciertas situaciones que ya no puedo controlar.

I14: Buscar otras formas de mantener el equilibrio teniendo en cuenta que lo que ya he intentado no ha funcionado muy bien, como la respiración consciente, la meditación, la medicación, etc.

I15: Disminuir la ansiedad

I16: Saber resolver mejor mis problemas.

I17: Comprender mejor las causas de la ansiedad y las técnicas para aliviarla y/o combatirla.

I18: Conocerme

I19: Tener mayor control de la ansiedad y, en el momento del tormento, tener el discernimiento para poder ejecutar lo que hago para controlarla, sin desesperarme por tanto tiempo.

Al informar sobre sus expectativas con respecto al tratamiento propuesto, la mayoría de los participantes demostraron tener una mejor comprensión de su propio comportamiento y controlar la ansiedad. Como se discutió anteriormente, comprender el origen de la ansiedad es un objetivo del análisis del comportamiento, obtenido a través de la psicoeducación y el análisis funcional. Sin embargo, el control de los sentimientos se considera poco probable y no es el foco de las intervenciones en ACT. Por el contrario, se espera que sensibilice y produzca, a

partir del proceso terapéutico, un aprendizaje en el sentido de aceptar los sentimientos, sin juzgar (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

6.3.2. Evaluación final del programa realizada por los participantes

Al final de las intervenciones, a 14 participantes que completaron el programa se les pidió que respondieran un formulario de evaluación de la experiencia. Para obtener mayor confiabilidad en las respuestas, estas no se identificaron. Las preguntas indagaron las impresiones sobre el proceso de terapia grupal, las principales dificultades sentidas durante las actividades, las impresiones sobre el psicólogo que lideró el proceso, los beneficios por la participación y plantear sugerencias para mejorar la propuesta terapéutica.

Pregunta 1: ¿Cuáles son sus principales impresiones sobre el proceso de terapia de grupo que atravesó?

R1: Me ayudó a entender más mecanismos que provocan ansiedad y también formas de calmarme. Aun así, con el proceso vi que todavía tengo mucho por trabajar, principalmente con la forma en que veo el mundo y las personas.

R2: Mis impresiones fueron muy buenas, el proceso de la terapia de grupo ayuda mucho, principalmente porque escuchas a otras personas que pueden estar pasando por los mismos problemas que tú y cómo cada uno los maneja para enfrentarlos y llevar una vida mejor.

R3: Me gustó mucho, principalmente porque pensé que sería más difícil de lo que realmente fue.

R4: buena participación de los involucrados, diálogo, respeto mutuo entre todos, aprendizaje significativo y me incitó a leer más, investigar, ver un video, una película, un documental, hubo momentos que me dediqué mucho, otros no tanto. Pero, fue un crecimiento lento y continuo.

R5: Fueron los mejores, pude intercambiar ideas, compartir sentimientos y abrirme a todos porque me sentí muy seguro.

R6: Las secciones fueron muy buenas, esclarecedoras y acogedoras.

R7: Útil y agradable

R8: Fue importante para mi transformación de un ser "mejor".

R9: Fue útil, me hizo reflexionar sobre mi situación y cómo puedo mejorarla

R10: Muy interesante, escuchar los problemas de los demás también nos hace analizar que a veces nuestros problemas son mínimos.

R11: Al principio me asusté, creo que la gente suele tener cierto prejuicio con la ansiedad y ver la realidad de los demás y ser aceptado fue bueno, es bueno poder hablar y ser escuchado.

R12: Me sentí acogido al darme cuenta de que no soy la única persona que tiene que lidiar con estos sentimientos y acciones.

R13: Me ayudó mucho, principalmente porque me hizo reflexionar sobre mi vida, mis sentimientos y así tratar de aceptarlos.

R14: Que todos tenemos problemas y preocupaciones, que no podemos medir el dolor de nadie y que el desahogo es efectivo.

Al hablar de sus impresiones generales sobre el proceso terapéutico, en general, los participantes muestran empatía y aceptación con los compañeros, el grupo y con sus propias dificultades. Reportan satisfacción relacionada con el uso y también un avance hacia el autoconocimiento, lo que también indica una posibilidad de resignificación de la relación con las emociones. Cuando las emociones se juzgan inapropiadas, las personas tienden a sentirse culpables, enojadas, ansiosas e intensamente incómodas. Tales expresiones van acompañadas de la evitación o supresión de estas emociones, con el objetivo de producir un bienestar

inmediato y evitar el contacto con los sentimientos y sensaciones (Otero, 2016). Cualquier movimiento en contra de estas reacciones de evitación de emociones tiende a beneficiar las interrelaciones y la salud mental.

Pregunta 2: ¿Cuáles son las principales dificultades que sentiste en relación con el proceso de terapia de grupo?

R1: No hubo dificultades, pero hubo un temor con los miembros, si realmente mantendrán confidenciales los asuntos discutidos. Por supuesto que deberían saber sobre mantener el secreto, aun así, permaneció la inseguridad.

R2: No sentí ninguna dificultad, el grupo estaba muy tranquilo, no tuve ningún problema en no confiar tanto en las personas del grupo como en el terapeuta.

R3: Al principio, miedo a posibles juicios y a ser diferente a los demás.

R4: al principio la aprensión, el miedo, la vergüenza de estar “abriéndose” con otras personas, contando hechos y situaciones particulares, pero poco a poco se fue creando un vínculo de respeto y confianza en la terapia, así se rompieron las barreras del miedo.

R5: Solo el ajuste de tiempo, pero me reorganicé y logré hacerlo completo

R6: Algunas cosas de las que no me sentía cómodo hablando con el grupo.

R7: Dile algunas cosas.

R8: Hablando, creo que porque no hablo mucho.

R9: concentración

R10: Ajustar mis horarios

R11: Creo que personalmente sería mejor la conexión entre las entre todos.

R12: Aceptar mi problema

R13: Ninguno

R14: Dificultad para dejar de compararme todo el tiempo con los problemas de los demás.

La realización de un proceso psicoterapéutico exclusivamente en línea aún puede ser cuestionada en el sentido de limitar el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Durante la experiencia reportada aquí, la mayoría de los participantes mostraron confianza al mantener las cámaras encendidas y participar activamente a través del audio. Sin embargo, algunos participantes participaron solo por chat hasta el final del proceso. Tal comportamiento puede estar relacionado con la desconfianza y la incomodidad, probablemente debido al miedo a la exposición y al juicio.

En general, al final de las intervenciones, los participantes verbalizaron que se sentían cómodos en esta modalidad. La investigación ha demostrado que la psicoterapia por Internet puede ser efectiva, amplía el acceso a la terapia y reduce sus costos (Proudfoot et al., 2011), ofreciendo varias ventajas como disponibilidad, conveniencia, accesibilidad, bajo costo, anonimato, privacidad y reducción del estigma (Cartreine, Ahern y Locke, 2010).

Pregunta 3: ¿Cuáles son sus impresiones sobre el psicólogo que realizó la investigación? Trate de evaluar las habilidades técnicas y personales (o la falta de ellas).

R1: Todo estuvo bien conducido por el profesional. Creo que ella fue muy asertiva en muchos aspectos de las fuentes que causan ansiedad.

R2: Un excelente profesional, que siempre buscó orientar y dar las referencias necesarias a todos los integrantes del grupo y es muy atento y preocupado por satisfacer las necesidades de todos.

R3: Extremadamente comprensible, y realmente parecía preocuparse por todos allí, no sé cómo describir puntos específicos, pero realmente lo disfruté y me sentí muy cómodo.

R4: hermosa profesional, trató todo el proceso con imparcialidad. Además, animó a los participantes a reflexionar más, pensar, analizar, actuar y, sobre todo, a vivir y aceptarse a sí mismos, un animador, un apoyo.

R5: Presenta claridad en la explicación de los temas, cita ejemplos muy prácticos y nos hace sentir que no estamos solos, que está bien sentir. Escucha con mucha atención a todos y relata las historias en todas las reuniones según el tema. Es sumamente empática y nos hace sentir muy bien en terapia.

R6: Súper atento, observador, cuidadoso con la dirección de los tramos. Sí

R7: Objetivo, con gran conocimiento y comprensión.

R8: 10 para ella

R9: muy bien conducido, haciéndonos reflexionar sobre los temas propuestos

R10: Consejo muy competente, súper interesante

R11: Creo que los puntos planteados durante el proceso fueron relevantes y la forma de llevar las conversaciones me pareció sensible y muy abierta. Creo que todos sintieron seriedad y confianza en su discurso.

R12: Fue maravillosa, muy comprensiva, querida y servicial, incluso dispuesta a ayudar en cualquier momento del día.

R13: Persona extremadamente accesible, cariñosa y dedicada.

R14: Buen oyente, usa muy bien las metáforas, expresa empatía

La relación terapéutica asume un papel importante, tanto en los procesos individuales como colectivos, presenciales u online. Invertir en vinculación, con una audiencia no punitiva, es un paso importante para garantizar la calidad de las interacciones. La preparación técnica y

teórica también serían puntos que observar. Se observó, por las respuestas de los participantes, que estaban atentos a estas habilidades del terapeuta.

Skinner (1953) argumenta que es tarea del terapeuta hacer que el cliente se sienta cómodo, no castigado o criticado, establecer un vínculo suficiente para crear medios de la relación terapéutica que favorezcan la continuidad y sean reforzantes para que tenga resultados efectivos en la relación. proceso. Cuando el cliente llega a la clínica, su conducta puede estar bajo control aversivo, lo que le provoca un gran sufrimiento. Su expectativa es ser acogido y recibido con empatía. Así, se considera que la relación terapéutica es una herramienta valiosa para la adherencia y que posibilita el buen desarrollo del proceso terapéutico.

Pregunta 4: ¿Se sintió beneficiado al participar en la investigación? ¿Si es así, de qué manera?

R1: Sí, puedo dormir bien, puedo hacer mis actividades con más calma y con menos expectativas, puedo entender un poco más a las personas.

R2: Sí, pude empezar a ver lo que nos pasa de otra manera, con otros ojos y ver que no necesitamos cambiar todo y tratar de controlar todo lo que no está bajo nuestro control.

R3: Sí, me ayudo en muchos sentidos, me siento mucho más responsable y en control de mi vida, espero seguir así, me fue de mucha ayuda, puedo entender mejor lo que siento, por qué lo siento y no reprimir sentimientos.

R4: sí, me ayudo a ver que soy importante, capaz, ganadora de las batallas diarias que es el mundo salvaje, miedos, angustias, preocupaciones, pensamientos de terror, todos pasamos por esto en algún momento de la vida, solo sepan lo que haremos con estos sentimientos, o aprendemos o somos derrotados por ellos. Soñar es emancipar, vivir es empoderar, sea cual sea la decisión que tomes, habrá pros y contras.

R5: Sí, mucho. Logré controlar mi ansiedad, pensar con más claridad y sobre todo quedarme en el aquí y ahora, esto anula la culpa de lo que ha sido y la ansiedad de lo que vendrá, sobre el hecho de pensar en cambiar las cosas que están bajo nuestro control, no la de

los demás, y también pensar que yo tengo las riendas de mi vida y puedo llevarla a donde quiera, pero debo entender que cosas malas van a pasar, me las arreglaré y seguiré adelante.

A6: Sí. Pude cambiar el tamaño de algunos problemas que no había notado.

R7: Sí. Abrirse a otras personas que también sufren de ansiedad e intercambiar experiencias.

R8: Sí, en la vida (en lo cotidiano), todo con relación a sentimientos, tiempos y aceptación.

R9: Sí, puedo concentrarme más en el ahora

R10: Sí, logré desahogar varias cosas que me molestan

R11: Sí, creo que la terapia me ayudó en algunos aspectos personales, como la capacidad de ser menos controlador, comprender más a los demás y ser más paciente. Creo que fue un cambio de perspectiva de pensar que yo era un problema y ver que no es una limitación o algo malo, es algo con lo que puedo lidiar.

R12: Sí, principalmente la parte emocional

R13: Sí, aprendí a reflexionar sobre ciertas cosas que antes eran problemas y que en realidad son problemas que la mayoría de las veces son independientes de mí.

R14: Sentí, por lo tanto, que pude verificar cuánto todos tienen problemas que a menudo son similares y que hay formas de entender por qué ocurren esos problemas y cambiar la actitud y el pensamiento.

El proceso de intervención central de ACT tiene seis aspectos: Contacto con el presente; aceptación, desfusión, reconocimiento del Yo como contexto; acción de compromiso y acciones basadas en valores individuales (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008). La combinación de estos procesos busca la flexibilidad psicológica, es decir, la capacidad de experimentar plenamente los resultados emocionales y de persistir y alterar el comportamiento de uno a favor

de los valores elegidos. De acuerdo con los relatos de los participantes de la investigación, los resultados indican que el proceso propuesto generó aprendizajes programados, especialmente aquellos relacionados con la aceptación de los sentimientos, que no pueden ni deben evitarse y comprometerse con los cambios que están bajo control en el presente momento.

Pregunta 5: ¿Tiene sugerencias de cambios para mejorar el proceso terapéutico?

A1: Nada que declarar.

R2: No creo que tenga que mejorar, es muy bueno.

R3: Me pareció perfecto, fue ideal.

R4: Sugiero que haya un tiempo de sesión más largo o más sesiones, ya que es un proceso de autoconocimiento y agregación continuo.

R5: Obtuve muchos resultados, no veo cómo mejorar, además de ser presencial cuando no hay pandemia.

R6: Sí

R7: Personalmente sería más interesante

R8: Yo creo que cuando sea presencial va a estar más conectado, creo que la gente necesita contacto, pero en este momento la forma en que se hizo y se adaptó fue genial.

A9: Una segunda parte para ver cómo van todos los participantes

R10: Por lo general, los que tienen muchos problemas quieren hablar mucho, en este caso, tal vez tener un horario para que cada participante exponga sea bueno.

La solicitud de más tiempo para continuar con los aprendizajes propuestos por la intervención demostró el valor reforzador que la experiencia puede tener para los participantes. Un programa de intervención que puede funcionar durante un período más largo puede aumentar los beneficios terapéuticos, ya que puede producir el aprendizaje de un repertorio

conductual más amplio y complejo para lidiar con los sentimientos y aprender a manejar la ansiedad.

También se puso a disposición de los abandonos de la investigación un formulario para identificar las causas del abandono del proceso. Tres personas abandonaron antes del inicio y dos durante el proceso. Cuando se les preguntó sobre las razones de la deserción, respondieron:

R1: El horario de trabajo no me permitía participar regularmente en las reuniones, siempre llegaba tarde.

R2: No podía estar solo para poder participar mejor en las reuniones, entonces no me sentía muy cómodo hablando.

R3: No sé, están pasando muchas cosas, mucha presión para participar y hablar, muchos problemas parecen cosas abiertas.

R4: Tiempo libre para las prácticas que comencé después de responder el cuestionario con el mejor tiempo para mí.

R5: Incompatibilidad con el horario de trabajo. No pude estar disponible en el momento de la reunión.

El informe de los participantes que abandonaron deja claro que el principal factor estaría relacionado con la incompatibilidad entre el horario de las sesiones y otros compromisos, principalmente laborales. Solo uno de los abandonos informó que se debió al propio proceso y la dificultad para exponerse en las reuniones grupales.

6.4. Evidencia de importancia clínica e índice de cambio confiable: método JT

En Psicología, y particularmente en el campo de la psicoterapia, existe una creciente preocupación por investigar métodos y criterios para evaluar la efectividad de las prácticas propuestas e identificar procedimientos efectivos. Un profesional debe ser apto tanto para la

prestación de servicios (empleados de empresas privadas, públicas o por cuenta propia) como para la investigación, preocupados por la producción y divulgación científica (Del Prette & Del Prette, 2008).

La producción de evidencia empírica relacionada con la efectividad de cualquier intervención implica necesariamente recopilar datos sobre: (a) cuánto se pueden atribuir los resultados a los procedimientos utilizados (validez interna) y (b) el impacto en el funcionamiento adaptativo del cliente, generalización a otros entornos o para la población en general, aceptabilidad del tratamiento, costo-efectividad (validez social o externa) (Del Prette & Del Prette, 2008).

Una propuesta para evaluar la efectividad de las intervenciones, particularmente enfocada en el tema de la significación clínica de los resultados obtenidos, fue elaborada por Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) y luego retomada por Jacobson y Truax (1991), definida como “Método JT”. Según Del Prette y Del Prette (2008), este método combina el análisis de la significación clínica (validez externa) con la verificación de la fiabilidad de los cambios obtenidos (validez interna). La validez interna de una intervención implica demostrar que los resultados obtenidos (variable dependiente) pueden atribuirse a los procedimientos y técnicas utilizados (variable independiente), y no a otras variables o condiciones (antecedentes, efecto de las pruebas o uso de instrumentos, sesgo de selección etc.) que comprometen esta validez (Kazdin & Weiss, 2003).

El Método JT apunta a la importancia de considerar los resultados individuales, incluso si el proceso de intervención tuvo lugar en un grupo, lo que parece ser relevante para la mayoría de los servicios de Psicología. Según Jacobson y Truax (1992), el desafío sería desarrollar un método para identificar cambios clínicamente significativos que pudieran ser: (a) aplicables, en teoría, a cualquier trastorno clínico; (b) coherente con las expectativas de los profesionales sobre los resultados de la psicoterapia; y (c) útil para identificar clientes que se recuperaron, mejoraron y no mejoraron o incluso empeoraron después de la intervención.

Según Evans et al. (1998), este método busca responder dos preguntas. La primera es pertinente a la tasa de cambio confiable: ¿las ganancias del cliente fueron más allá de una mera

fluctuación (positiva o negativa) por error de medición? El segundo se refiere al cambio clínicamente significativo: ¿cuál es la condición final del cliente en relación con las puntuaciones de los grupos de referencia no clínicos? El análisis comparativo entre puntuaciones pre y post intervención realizado por el Método JT implica, por tanto, dos procesos complementarios: (a) cálculo de la fiabilidad de los cambios ocurridos entre la valoración pre y posintervención, descrita en términos de un Índice de Cambio Fiable (ICC) y (b) análisis de la significación clínica (SC) de estos cambios. Con base en indicadores cuantitativos, estos dos procesos pueden representarse gráficamente (Del Prette & Del Prette, 2008).

Los cambios que buscamos con las prácticas psicológicas serían aquellos que sugieran la reducción de problemas o la maximización de medidas de ajuste o “salud psicológica”. Del Prette y Del Prette (2008), explican que el Índice de Cambio Confiable (IMC) es un indicador de error de la medición obtenida en la evaluación del cliente, el cual será comparado con una distribución teórica de errores del instrumento: si el cambio es cierto y no debido a un error de medición, la probabilidad asociada con el ICC será tan pequeña que se rechazará la hipótesis del error. Para ello, los autores del Método JT desarrollaron una fórmula específica, basada en la diferencia entre el pre y post test dividida por el error estándar de la diferencia.

Además de ser estadísticamente confiables, las mejoras obtenidas al exponer a los clientes a programas de intervención también deben caracterizarse como clínicamente relevantes. Como ejemplo, una persona con Trastorno de Pánico podría presentar una disminución en la frecuencia de las crisis, que antes de la terapia ocurrían diariamente y comenzaron a ocurrir cada dos días, fácilmente observables y registradas por el cliente y el terapeuta. A pesar de esto, tener ataques cada dos días mantiene a la persona con el diagnóstico inicial e indica la necesidad de continuidad o incluso cambio de tratamiento.

Para evaluar la significación clínica de los cambios obtenidos en una intervención terapéutica, Kazdin (2003) identifica tres indicadores: (a) la diferencia entre las evaluaciones final y preintervención, considerando los indicadores de muestras normativas funcionales; (b) la evaluación subjetiva del cliente o de sus seres queridos; y (c) el impacto social sobre medidas

reconocidamente relevantes de ajuste psicológico, como la hospitalización, la evasión, la hospitalización, el alta, la muerte, etc.

Habiendo descartado la hipótesis de que las diferencias entre momentos o entre grupos ocurrieron por casualidad, aún se cuestiona la efectividad del impacto de los cambios en el funcionamiento de la vida general del cliente. Tal valoración se vuelve compleja en valoraciones mediante escalas, que sitúan al individuo en un punto de una distribución funcional o disfuncional, como es el caso de las escalas de ansiedad, depresión o capacidades diferentes. Del Prette y Del Prette (2008) señalan que, en estos casos un cambio es clínicamente significativo cuando la puntuación previa del individuo, que lo ubicaba como miembro de una población disfuncional para una determinada variable, cambia después de la intervención, convirtiéndose en un miembro de una población disfuncional para una variable dada, él como miembro de una población funcional.

Teniendo en cuenta la disponibilidad de datos normativos con respecto a la distribución de puntajes en un aspecto particular del funcionamiento psicológico evaluado, Jacobson y Truax (1991, 1992) sugieren tres criterios para analizar si un cambio puede considerarse clínicamente significativo. La Figura 4 presenta brevemente, según las explicaciones de Del Prette y Del Prette (2008), los tres criterios.

Figura 4

Cuadro demostrativo de los Criterios para análisis con el Método JT

Criterio	Como es calculado	En que situación usar
Criterio A	Un cambio se considerará clínicamente relevante si la diferencia entre la evaluación previa a la intervención y la evaluación posterior a la intervención es de al menos dos desviaciones estándar por encima de la media previa a la intervención, es decir, debe colocar al individuo fuera de la distribución de puntajes de la población disfuncional.	Se utiliza cuando los datos normativos no están disponibles para la población funcional (no clínica), y la media y la desviación estándar se pueden estimar en función de los datos previos a la intervención de la muestra disfuncional en tratamiento.
Criterio B	Sus puntajes posteriores a la intervención deben estar dentro del rango que comienza en el punto de corte representado por la media menos dos desviaciones estándar para esta población.	Cuando se disponga de datos normativos sobre la distribución de las puntuaciones de la población funcional, se considerará un cambio clínicamente relevante cuando la puntuación posterior a la intervención

		cambie al individuo a la distribución de la población funcional.
Criterio C	Un cambio clínicamente relevante debe mover al individuo, después de la intervención, simultáneamente fuera de la distribución disfuncional y dentro de la distribución funcional. La puntuación final del individuo debe estar por encima del punto definido por la media más dos desviaciones estándar de la población disfuncional y por encima de la media menos dos desviaciones estándar de la población disfuncional.	Cuando se dispone de datos normativos sobre la distribución de puntuaciones en la población funcional y disfuncional.

Los tres criterios presentados en la Figura 3 implican diferentes “puntos de corte” en la distribución de puntajes para la población funcional y/o disfuncional, como se describe a continuación. La aplicación de estos criterios se consideró aquí para indicadores de ajuste positivo, para los cuales el cambio deseable debe ocurrir en la dirección de un aumento en los puntajes. En el caso de los indicadores de problema (cuanto más pequeños, más ubican al individuo dentro del grupo funcional), se debe realizar un razonamiento inverso en cuanto a la dirección del cambio deseable.

6.4.1. La estructura para el análisis de datos usando el Método JT

Se realizaron análisis preliminares, más específicamente exploraciones y pruebas de normalidad, para estimar las estadísticas descriptivas de los puntajes pre y post intervención de los instrumentos utilizados en la investigación, utilizando el software IBM® SPSS® versión 21 y de acuerdo con las guías de Pallant (2007) y Field (2011).

La Tabla 16 presenta los resultados de estos análisis preliminares, basados en la muestra de N=19. Se incluyen valores de alfa de Cronbach (consistencia interna), media funcional y disfuncional, desviación estándar funcional y disfuncional y N funcional y disfuncional. Todos los instrumentos mostraron buena confiabilidad.

Tabla 16

Características psicométricas de los instrumentos utilizados

Instrumento	Alfa	Media Funcional	Desviación Estándar Funcional	N Funcional	Media Disfuncional	DP Disfuncional	N Disfuncional
BAI	0.91 2	16.27	5.850	11	34.63	7.927	8
HAM	0.88 7	18.78	4.738	9	34.10	5.527	10
AAQ-II	0.89 8	25.92	5.545	13	11.17	2.787	6
Whoqol-Bref	0.92 9	71.178	6.1975	9	53.140	8.1178	10

Los parámetros del criterio “C” del Método JT, que adopta el punto de corte a partir de los datos normativos de la distribución de puntajes de la población funcional y disfuncional. Dichos datos fueron operacionalizados en una hoja de cálculo de Excel, con el fin de permitir la comparación de los resultados de la preintervención, la posintervención y el seguimiento. Luego, los análisis fueron realizados a través del sitio web <http://www.psicoinfo.ufscar.br/conteudo/o-metodo-jt>, que cuenta con el sistema Psicoinfo, realiza los cálculos, ofrece representaciones gráficas y descripciones de los resultados obtenidos.

El análisis del Índice de Cambio Confiable (ICC) permitió verificar si los cambios ocurridos pueden ser atribuidos a la intervención, mientras que el análisis de Significancia Clínica (CS) permitió verificar si la intervención produjo cambios efectivos en las vidas de los participantes (Del Prette & Del Prette, 2008).

Los análisis se organizaron de acuerdo con los índices obtenidos por cada instrumento utilizado, en comparaciones entre preintervención y posintervención, y preintervención y seguimiento. En orden, se presentan los análisis del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), la Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton (HAM-A), el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ II) y el Instrumento para la Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión corta (Whoqol-Bref).

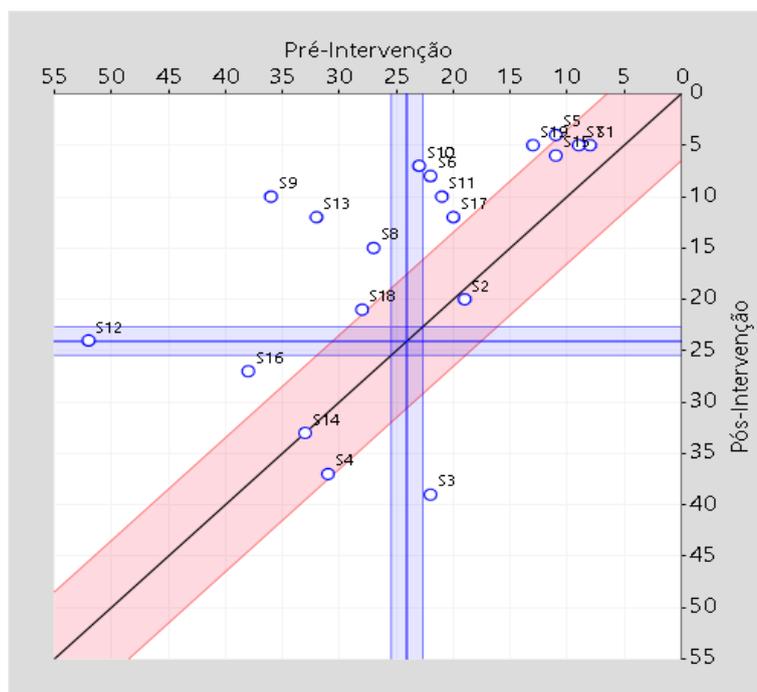
Para ilustrar gráficamente la importancia del índice de cambio confiable (ICC) y la importancia clínica (SC), los resultados se representan en un gráfico de dispersión de las diferencias entre antes y después de la intervención. Las líneas diagonales, representadas en resaltado rosa, indican la bisectriz y el intervalo que indica el ICC; las líneas horizontales delimitan las áreas de examen (SC). Los puntos en la diagonal indican puntuaciones iguales en las evaluaciones previas y posteriores a la intervención (diferencia cero); los puntos por encima de la diagonal representan oscilaciones favorables, en términos de mejoría clínica (pos > pre), y los puntos por debajo, oscilaciones desfavorables o empeoramiento de los indicadores clínicos. La línea vertical separa el grupo de individuos que antes de la intervención tenían puntuaciones bajas (población disfuncional, “clínica”, es decir, con indicación de problemas de conducta) de aquellos que tenían puntuaciones altas (población funcional, “no clínica”). La línea horizontal separa a los individuos que en la posintervención obtuvieron puntajes bajos de aquellos que obtuvieron puntajes altos.

6.4.2. Análisis obtenidos con el Método JT de las evaluaciones realizadas con el Inventario de Ansiedad de Beck - BAI

Comenzamos presentando el análisis gráfico y descriptivo de los resultados comparativos entre pre y posintervención con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Figura 5

Significancia clínica e índice de cambio confiable al comparar datos previos y posteriores a la intervención utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck



Al interpretar el gráfico (Figura 5), observando las indicaciones de Significancia Clínica (SC) del uso de BAI en la comparación entre pre y posintervención, observamos que los participantes indicados por S8, S9, S13, S18, serían encima del trazo horizontal arriba ya la izquierda del trazo vertical. Los sujetos representados por estos puntos pasaron a la población funcional con relación al índice de ansiedad medido por el BAI en la comparación entre pre y posintervención. Cabe señalar que los resultados positivos representan un cambio considerable en el ítem “estar en la población funcional”, lo que demuestra que los cuatro participantes pasaron de una condición considerada clínica a una condición no clínica en términos de ansiedad.

Los participantes indicados por S1, S2, S5, S6, S7, S10, S11, S15, S17, S19, representados arriba del trazo horizontal superior y a la derecha del trazo vertical, ya estaban en la población funcional con relación a las medidas de ansiedad realizado con BAI y continuado en esta misma población.

Se destaca que los resultados positivos señalados en el párrafo anterior representan el cambio considerable en el ítem “estar en la población funcional”, lo que demuestra que cuatro participantes de la investigación que completaron el programa de intervención pasaron de una

condición que sería considerada clínica a una condición que indica salud mental en términos de ansiedad. Otros nueve participantes también presentaron un resultado considerado “estar en la población clínicamente funcional”, pero ya estaban en esta clase al inicio de las intervenciones. Se señala que seis de estos nueve participantes completaron el proceso terapéutico y los otros tres participaron en tres sesiones y luego abandonaron.

El participante S3 se encuentra debajo del trazo horizontal inferior ya la derecha del trazo vertical, lo que indica que pasó de la población funcional a la población disfuncional en cuanto a la ansiedad. Por lo tanto, hubo un cambio en el estado clínico de funcional a disfuncional. Este participante de la investigación fue uno de los que no se sometieron a la intervención, habiéndose registrado solamente, firmando el consentimiento informado, pero que abandonó antes del inicio de las sesiones.

Los participantes S4, S14, S16 están debajo del trazo horizontal inferior ya la izquierda del trazo vertical: los sujetos representados por estos puntos estaban inicialmente en la población disfuncional y permanecieron en ella, sin cambios en el estado clínico.

El participante indicado por S12 se encuentra entre las líneas horizontales superior e inferior. Esta situación indica que nada se puede decir acerca de un cambio en el estado clínico del sujeto representado por este punto, ya que estaría en el rango que indica incertidumbre.

En la interpretación del gráfico (Figura 5), analizando el Índice de Cambio Fiable (ICC), se observa que los participantes representados por S5, S6, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S16, S17, S18, S19, están por encima de la traza diagonal superior. Los sujetos representados por estos puntos muestran una mejora que se puede atribuir a la intervención. Se observa que 12 de los 19 sujetos de investigación mostraron cambios confiables, siendo 11 sometidos a la intervención y uno se retiró después de la tercera sesión.

El participante representado por S3 está debajo del trazo de la diagonal superior: El sujeto representado por este punto mostró empeoramiento en los índices de ansiedad. Este individuo se retiró de participar en la investigación antes del inicio de las sesiones, habiendo

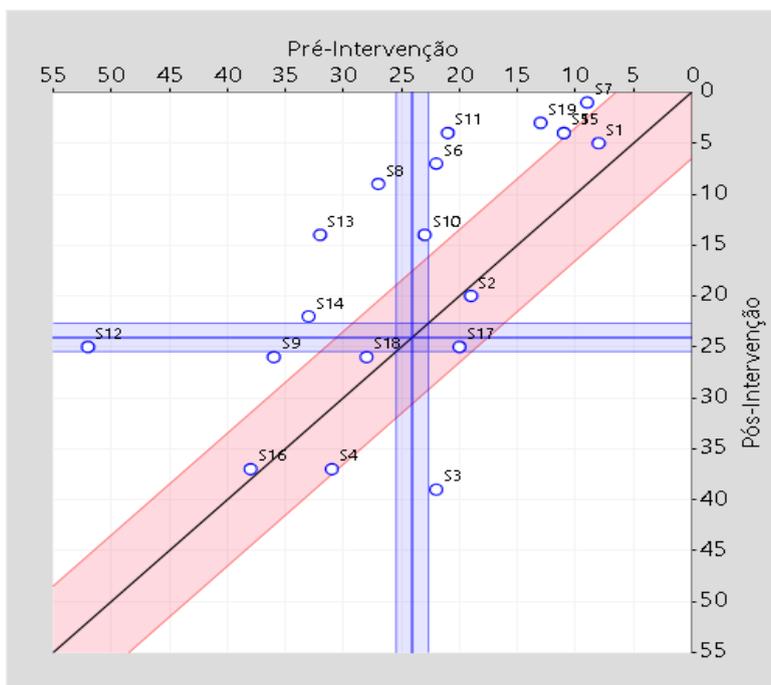
solamente firmado el consentimiento informado y respondido, al inicio y al final de las intervenciones, a la evaluación realizada a través de los instrumentos utilizados.

Los participantes S1, S2, S4 (abandonos de la intervención) S7, S14, S15, se ubican entre las líneas superior e inferior de la bisectriz. Para los sujetos representados por estos puntos, no se pueden hacer declaraciones de mejoría o empeoramiento debido a la intervención.

Luego, se presenta un análisis gráfico y descriptivo de los resultados comparativos entre preintervención y seguimiento con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Figura 6

Significancia clínica e índice de cambio Confiable en la comparación de datos previos a la intervención y de seguimiento utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck



Al interpretar la Figura 6, observando las indicaciones de Significancia Clínica (SC) del uso del BAI en la comparación entre preintervención y seguimiento, observamos que los participantes representados como S8, S13, S14, se encuentran por encima del trazo horizontal superior y a la izquierda del trazo vertical. Los individuos representados por estos puntos pasaron a formar parte de la población funcional con respecto a la ansiedad medida por el BAI.

Los participantes S1, S2, S5, S6, S7, S11, S15, S19 estarían por encima del trazo horizontal superior ya la derecha del trazo vertical. Los individuos representados por estos puntos ya estaban en la población funcional con respecto a la ansiedad. El participante S3 (retirada de las intervenciones antes del inicio) se encontraba por debajo del trazado horizontal inferior ya la derecha del trazado vertical. Este individuo representado por este punto pasó de la población funcional a la población disfuncional. Por lo tanto, hubo un cambio en el estado clínico de funcional a disfuncional.

Los participantes S4, S9, S16, S18 están debajo del trazo horizontal inferior ya la izquierda del trazo vertical. Los individuos representados por estos puntos estaban inicialmente en la población disfuncional y permanecieron en ella, sin cambios en el estado clínico. Los participantes S12, S17 están ubicados entre las líneas horizontales superior e inferior. Nada se puede decir acerca de un cambio en el estado clínico de los sujetos representados por estos puntos, ya que se encuentran en el rango de incertidumbre.

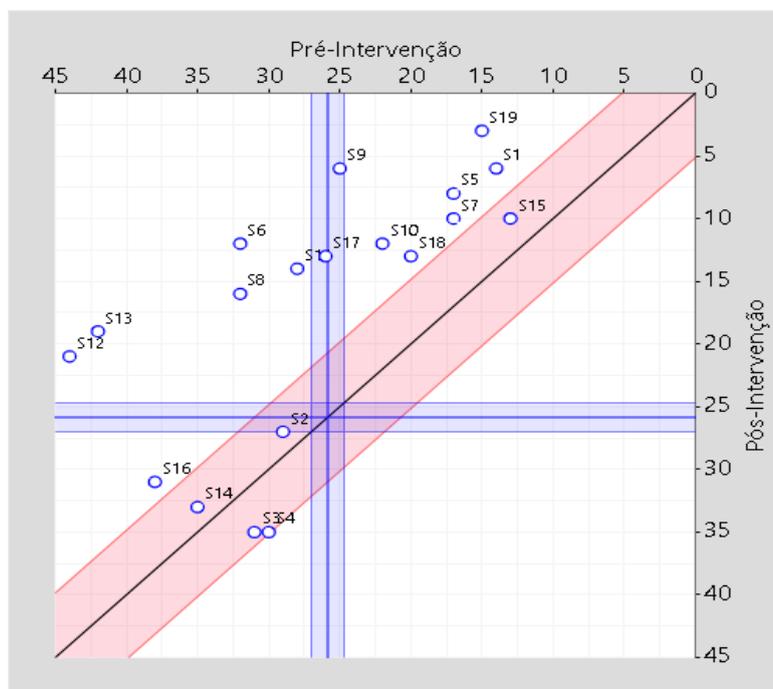
Al interpretar el gráfico (Figura 6), analizando el Índice de Cambio Fiable (ICC), se observa que los participantes S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S19 se encuentran por encima de la línea diagonal, indicando una mejora que se puede atribuir a la intervención. El participante S3, que se retiró de las intervenciones antes del inicio de las sesiones, se encuentra por debajo de la línea diagonal superior, mostrando empeoramiento. Los participantes S1, S2, S4 (abandonos de la intervención), S16, S17, S18, se ubican entre las líneas superior e inferior de la bisectriz, y no se pueden realizar declaraciones de mejoría o empeoramiento debido a la intervención.

6.4.3. Análisis obtenidos con el Método JT de las valoraciones realizadas con la Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton - HAM-A

A continuación, se presenta un análisis gráfico y descriptivo de los resultados comparativos entre pre y post intervención evaluados con la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A).

Figura 7

Significancia clínica e Índice de Cambio Confiable al comparar datos previos y posteriores a la intervención utilizando la escala de ansiedad de Hamilton



Al interpretar el gráfico (Figura 7), observando las indicaciones de Significación Clínica (CS) del uso de HAM-A en la comparación entre pre y posintervención, observamos que los participantes representados por S6, S8, S11, S12, S13, se encuentran por encima del trazado horizontal superior ya la izquierda del trazado vertical, indicando que han pasado a población funcional con relación a la medida de ansiedad realizada con el HAM-A. Los participantes S1, S5 (retirada de las intervenciones después de la tercera sesión), S7, S10, S15, S18, S19, están arriba del trazo horizontal superior y a la derecha del trazo vertical, y ya estaban en la población funcional y continuaron en esa misma población.

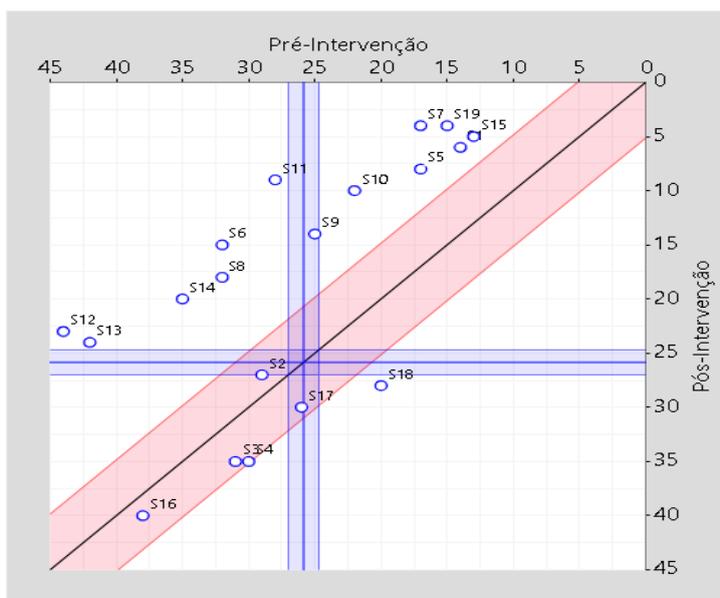
Los participantes S3, S4 (abandonos de la intervención), S14, S16 están debajo del trazo horizontal inferior y a la izquierda del trazo vertical: lo que indica que inicialmente estaban en la población disfuncional y permanecieron allí, sin cambios en el estado clínico. El participante S2 (retirada de las intervenciones antes del inicio de las sesiones) se ubica entre las líneas horizontales superior e inferior: nada se puede decir sobre un cambio en el estado clínico, ya que se encuentra en el rango de incertidumbre.

Al interpretar el gráfico (Figura 7), analizando el Índice de Cambio Fiable (ICC), se observa que los participantes S1, S5 (abandonan después de la tercera sesión), S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S16, S17, S18, S19 están por encima de la línea diagonal superior, lo que indica una mejora que se puede atribuir a la intervención. Los participantes S2, S3, S4 (abandonos de la intervención), S14, S15, se ubican entre las líneas superior e inferior de la bisectriz: Para los sujetos representados por estos puntos no se pueden hacer declaraciones de mejoría o empeoramiento debido a la intervención.

A continuación, se presenta un análisis gráfico y descriptivo de los resultados comparativos entre preintervención y seguimiento evaluados con la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A).

Figura 8

Significancia clínica e Índice de Cambio Confiable al comparar los datos previos a la intervención y de seguimiento recopilados mediante la escala de ansiedad de Hamilton



Al interpretar el gráfico (Figura 8), observando las indicaciones de Significancia Clínica (SC) del uso de HAM-A en la comparación entre preintervención y seguimiento, observamos que los participantes S6, S8, S11, S12, S13, S14, se encuentran por encima del trazo horizontal superior y a la izquierda del trazo vertical, lo que indica que han pasado a la población funcional en relación con la ansiedad medida por el HAM-A. Los participantes S1, S5 (retirada después

de la tercera sesión), S7, S10, S15, S19 están por encima del trazo horizontal superior ya la derecha del trazo vertical. Dichos sujetos ya estaban en la población funcional y continuaban en la misma población.

El punto S18 está debajo del trazo horizontal inferior ya la derecha del trazo vertical: el sujeto representado por este punto pasó de población funcional a población disfuncional con relación a la medida de ansiedad por el HAM-A. Por lo tanto, hubo un cambio en el estado clínico de funcional a disfuncional.

Los puntos S3, S4 (abandonos de la intervención), S16, están debajo del trazo horizontal inferior y a la izquierda del trazo vertical: los sujetos representados por estos puntos estaban inicialmente en la población disfuncional y permanecieron allí, sin cambios en el estado clínico. El punto S2 (retirada de intervenciones) se ubica entre las líneas horizontales superior e inferior, y no se puede decir nada sobre el cambio en el estado clínico del sujeto, ya que se encuentra en el rango de incertidumbre.

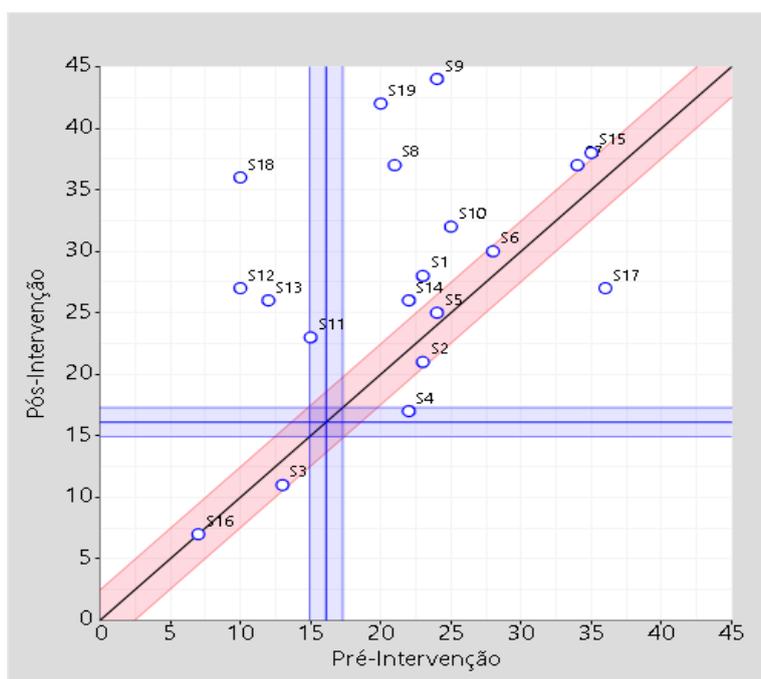
Al interpretar el gráfico (Figura 8), analizando el Índice de Cambio Fiable (IMC), se observa que los participantes S1, S5 (abandono de las intervenciones después de la tercera sesión), S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S19 están por encima de la línea diagonal superior: Los sujetos representados por estos puntos muestran una mejora que se puede atribuir a la intervención. El participante S18, en cambio, se encuentra por debajo de la línea diagonal superior, habiendo presentado empeoramiento atribuible a la intervención. Los participantes S2, S3, S4 (abandonos de la intervención), S16, S17, se ubican entre las líneas superior e inferior de la bisectriz, y no se pueden realizar declaraciones de mejoría o empeoramiento debido a la intervención.

6.4.4. Análisis obtenidos con el Método JT de las evaluaciones realizadas con el Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ II

Inicialmente, presentamos un análisis gráfico y descriptivo de los resultados comparativos entre pre y posintervención evaluados con el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ II), instrumento que evalúa la flexibilidad psicológica.

Figura 9

Significancia clínica e Índice de Cambio Confiable al comparar los datos recopilados antes y después de la intervención utilizando el Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ-II



Al interpretar el gráfico (Figura 9), observando los indicios de Significación Clínica (CS) del uso del AAQ-II, en la comparación entre pre y posintervención, observamos que los participantes S12, S13, S18 están por encima del trazado horizontal superior y a la izquierda del trazo vertical: los sujetos representados por estos puntos pasaron a la población funcional en relación a los estándares de aceptación y acción medidos por el AAQ II. Mientras tanto, los participantes S1, S2, S5 (retirada de las intervenciones después de la tercera sesión), S6, S7, S8, S9, S10, S14, S15, S17, S19, están arriba del trazo horizontal superior y a la derecha del vertical. rastro: los sujetos representados por estos puntos ya estaban en la población funcional en relación con el atributo que se mide y continuaron en esa misma población.

Los puntos S3, S16 están debajo de la línea horizontal inferior y a la izquierda de la línea vertical: los sujetos representados por estos puntos estaban inicialmente en la población disfuncional y permanecieron allí, sin cambios en el estado clínico. Sin embargo, el participante S4 (retirada antes del inicio de las sesiones) se ubica entre las líneas horizontales superior e

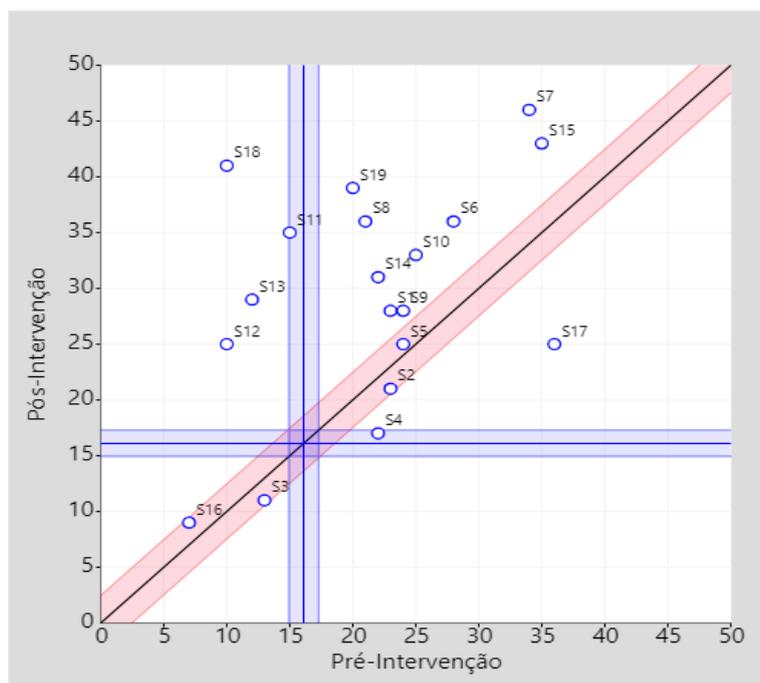
inferior, y nada se puede decir acerca de un cambio en el estado clínico del sujeto representado por este punto, ya que se encuentra en el rango de incertidumbre.

Al interpretar el gráfico (Figura 9), analizando el Índice de Cambio Fiable (ICC), se observa que los participantes S1 (retirada de las intervenciones después de la tercera sesión), S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S18, S19 están por encima de la línea diagonal superior, mostrando una mejoría que se puede atribuir a la intervención. Por su parte, los participantes S4 (retirada antes del inicio de las sesiones) y S17, se encuentran por debajo de la línea diagonal superior: Los sujetos representados por estos puntos presentan empeoramiento atribuible a la intervención. Los participantes S2, S3, S5, S6, S16, se ubican entre las líneas superior e inferior de la bisectriz, y no se pueden realizar declaraciones de mejoría o empeoramiento debido a la intervención.

A continuación, se presenta un análisis gráfico y descriptivo de los resultados comparativos entre preintervención y seguimiento, evaluados con el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ II).

Figura 10

Significancia clínica e Índice de Cambio Confiable para comparar los datos previos a la intervención y seguimiento recopilados mediante la Encuesta de Aceptación y Acción



Al interpretar el gráfico (Figura 10), observando las indicaciones de Significancia Clínica (CS) del uso del AAQ-II, en la comparación entre preintervención y seguimiento, observamos que los participantes S12, S13, S18 están por encima el trazo horizontal superior y a la izquierda del trazo vertical: los sujetos representados por estos puntos pasan a la población funcional en relación al atributo que se mide. Los participantes S1, S2, S5 (retirada después de la tercera sesión), S6, S7, S8, S9, S10, S14, S15, S17, S19, se encuentran por encima del trazado horizontal superior y a la derecha del trazado vertical, siendo sujetos que ya se encontraban en la población funcional en cuanto a las conductas relacionadas con la aceptación y la acción, medidas por el AAQ II, y continuaban en esta misma condición.

Los participantes S3 (retirados antes del inicio de las sesiones) y S16 se encuentran debajo del trazo horizontal inferior y a la izquierda del trazo vertical: los sujetos representados por estos puntos estaban inicialmente en la población disfuncional y permanecieron en ella, sin cambios en su clínica. estado. El participante S4 está ubicado entre las líneas horizontales superior e inferior, y no se puede decir nada sobre un cambio en el estado clínico, ya que se encuentra en el rango de incertidumbre.

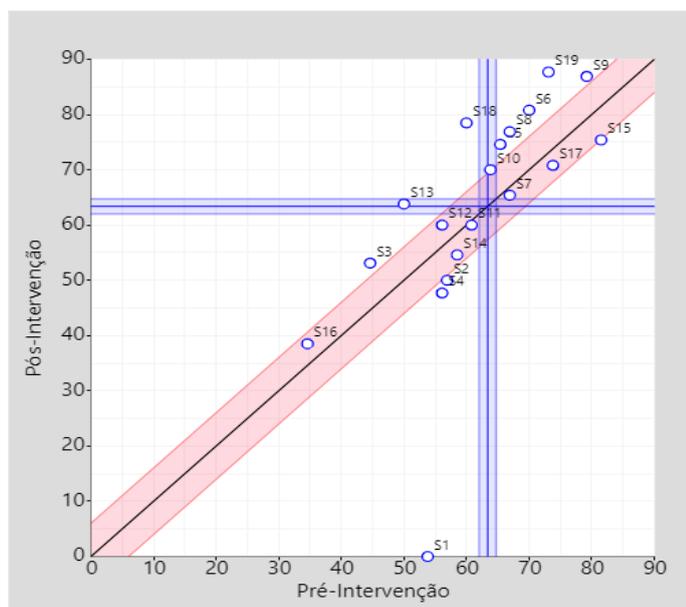
Al interpretar el gráfico (Figura 10), analizando el Índice de Cambio Fiable (IMC), se observa que los participantes S1 (se retiraron de las intervenciones después de la tercera sesión), S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S18, S19 están por encima de la línea diagonal superior, mostrando una mejora que se puede atribuir a la intervención. Los participantes S4 (retirada antes del inicio de las sesiones) y S17 se encuentran por debajo de la línea diagonal superior, mostrando empeoramiento en los índices AAQ II. Los participantes S2, S3, S5 (abandonos de la intervención) y S16, se ubican entre las líneas superior e inferior de la bisectriz, y no se pueden realizar declaraciones de mejoría o empeoramiento debido a la intervención.

6.4.5. Análisis obtenidos con el Método JT de valoraciones realizadas con el Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión corta – Whoqol-Bref

Inicialmente, presentamos un análisis gráfico y descriptivo de los resultados comparativos entre pre y posintervención evaluados con el Instrumento para la Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión corta – Whoqol-Bref.

Figura 11

Significancia clínica e Índice de Cambio Confiable al comparar los datos previos y posteriores a la intervención recopilados mediante Whoqol-Bref



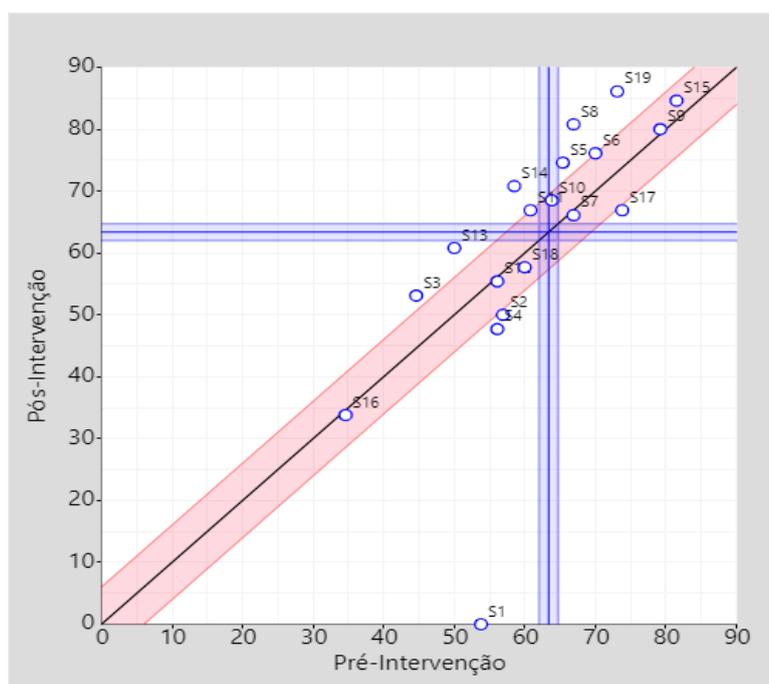
Al interpretar el gráfico (Figura 11), observando las indicaciones de Significancia Clínica (SC) del uso del Whoqol-Bref, en la comparación entre pre y posintervención, observamos que el participante S18 se encuentra por encima del trazo horizontal superior y a la izquierda del trazo vertical: el sujeto representado por este punto pasó a la población funcional en relación a los índices de calidad de vida. Mientras que los participantes S5, S6, S7, S8, S9, S15, S17 y S19 se encuentran por encima del trazo horizontal superior ya la derecha del trazo vertical. Los sujetos representados por estos puntos ya estaban en la población funcional y continuaban en la misma población.

Los participantes S1, S2, S3, S4 (retirada de las intervenciones), S11, S12, S14 y S16, están debajo del trazo horizontal inferior y a la izquierda del trazo vertical: los sujetos representados por estos puntos estaban inicialmente en la población disfuncional y permaneció en él, sin cambios en el estado clínico. El participante S13 está ubicado entre las líneas horizontales superior e inferior: nada se puede decir sobre un cambio en el estado clínico del sujeto representado por este punto, ya que se encuentra en el rango de incertidumbre.

Al interpretar el gráfico (Figura 11), analizando el Índice de Cambio Fiable (ICC), se observa que los participantes S3, S5, S6, S8, S9, S10, S13, S18, S19, se encuentran por encima de la traza diagonal superior: Los sujetos representados por estos puntos muestran una mejora que se puede atribuir a la intervención. Los participantes S1, S2, S4 (abandonos de la intervención) y S15 están por debajo de la línea diagonal superior y muestran un empeoramiento que se puede atribuir a la intervención. Por su parte, los participantes S7, S11, S12, S14, S16, S17, se ubican entre las líneas superior e inferior de la bisectriz: Para los sujetos representados por estos puntos no se pueden realizar declaraciones de mejoría o empeoramiento debido a la intervención. A continuación, presentamos el análisis gráfico y descriptivo de los resultados comparativos entre preintervención y seguimientos evaluados con el Whoqol-Bref.

Figura 12

Significancia clínica e Índice de Cambio Confiable al comparar datos previos a la intervención y de seguimiento recopilados mediante Whoqol-Bref



Al interpretar el gráfico (Figura 12), observando las indicaciones de Significancia Clínica (SC) del uso del Whoqol-Bref, en la comparación entre preintervención y seguimiento, observamos que los participantes S11 y S14 se encuentran por encima del trazo horizontal y a

la izquierda del trazo vertical, lo que indica que pasaron a la población funcional en cuanto a la calidad de vida medida por el Whoqol Bref. Los participantes S5, S6, S7, S8, S9, S15, S17, S19 están por encima del trazo horizontal superior y a la derecha del trazo vertical. Estos sujetos ya estaban en la población funcional y continuaban en la misma condición. Por su parte, los participantes S1, S2, S3, S4 (abandonos de la intervención), S12, S13, S16 y S18, se encuentran por debajo del trazo horizontal inferior y a la izquierda del trazo vertical, lo que indica que inicialmente estaban en la población disfuncional y permanecieron en, sin cambios en el estado clínico.

Al interpretar el gráfico (Figura 12), analizando el Índice de Cambio Confiable (ICC), se observa que los participantes S3, S5 (abandonos de la intervención), S6, S8, S11, S13, S14 y S19 se encuentran por encima de la traza de la diagonal superior, mostrando mejoría. Los participantes S1, S2, S4 (abandonos de la intervención) y S17 están debajo de la línea diagonal superior: Los sujetos representados por estos puntos muestran un empeoramiento en los índices de calidad de vida medidos por el Whoqol Bref. Por otro lado, los participantes S7, S9, S10, S12, S15, S16 y S18 se ubican entre las líneas superior e inferior de la bisectriz, y no se pueden realizar afirmaciones de mejoría o empeoramiento por la intervención.

PARTE IV. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO 7. CONCLUSIÓN

En este capítulo se expondrán las conclusiones a las que llevaron los resultados de la investigación, retomando los objetivos de la investigación y revisando las hipótesis planteadas.

7.1. Objetivo específico 1: Explorar la viabilidad de utilización de un programa de intervención em grupo online para la ansiedad

De acuerdo con el primer objetivo, se observó el interés que muestran los estudiantes universitarios cuando son reclutados para participar en un programa de intervención grupal y en línea. Hubo 21 personas que aceptaron la invitación a participar en la investigación, de las cuales 19 expresaron interés en participar, firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado y, de estos, 14 completaron el proceso.

De esta forma, se acepta la hipótesis 1, que predecía que las personas con trastornos de ansiedad podrían participar y completar un programa de intervención online y grupal.

7.2. Objetivo específico 2: Identificar cómo los participantes en una intervención grupal en línea evalúan su efectividad

Al final del proceso, se puso a disposición de quienes completaron la intervención un cuestionario en línea en el que se abordaban sus valoraciones respecto al formato, contenido y aplicación de la intervención, así como se preguntaba si los participantes se sentían beneficiados. En su totalidad evaluaron positivamente la experiencia, señalando que inicialmente se sintieron incómodos compartiendo temas personales con los demás, pero que los intercambios grupales generaron identificación, apoyo mutuo y aprendizaje relacionado con el manejo de la ansiedad. Algunos verbalizaron que preferían que el proceso fuera presencial, pero que el formato en línea, durante el período de pandemia, hizo posible que todos pudieran participar.

Así, se acepta la hipótesis 2, que sugería que los participantes de un programa de intervención en línea y grupal pueden sentirse beneficiados y evaluar positivamente la experiencia y los resultados alcanzados.

7.3. Objetivo específico 3: Analizar si se produce un cambio en los índices de ansiedad de los participantes de la intervención

Considerando la estadística descriptiva, realizada con el software IBM® SPSS® versión 21, y los índices de ansiedad obtenidos con el Inventario de Ansiedad de Beck - BAI y la Escala de Ansiedad de Hamilton - HAM-A, se observa que las sumas y los promedios indican una clara disminución, en comparación entre pre y post intervención. Hay indicios de un aumento no significativo en comparación con la posintervención y el seguimiento, sin embargo, se mantienen resultados favorables en cuanto a la disminución de la ansiedad. Así, tales datos confirmarían la hipótesis 3, que sugiere que los índices de ansiedad de los participantes de la investigación tienden a mostrar mejoría después de la intervención, en comparación con los índices preintervención.

Los análisis realizados con el Método JT, investigando la Significancia Clínica, con base en el uso del BAI, demuestran que existe evidencia de que, al comparar las puntuaciones pre y posintervención, representan un cambio considerable en el ítem “estar en el población funcional”, lo que demuestra que cuatro participantes de la investigación que completaron el programa de intervención pasaron de una condición que se consideraría clínica a una condición no clínica en términos de ansiedad. Otros siete participantes que completaron el programa también presentaron un resultado considerado “estar en la población clínicamente funcional”, pero ya estaban en esta clase al inicio de la intervención. Dos participantes permanecieron en la población clínica y uno obtuvo resultados que no permitieron decir si hubo o no una mejoría en la condición.

La hipótesis 3 sugirió que los índices de ansiedad de los participantes de la investigación, evaluados a través de los instrumentos utilizados y analizados a partir del

Método JT, considerando Significación Clínica e Índice de Cambio Confiable, tienden a mostrar mejoría después de la intervención, en comparación con los índices preintervención. En términos de Significancia Clínica, el 66,6% de los participantes que completaron el programa de intervención y estaban en una población clínica cambiaron a una no clínica, y el 33,3% se mantuvo con niveles altos de ansiedad. Así, se observa que hay ganancias significativas en este aspecto.

Al analizar el Índice de Cambio Confiable con el Método JT, se observa que 11 de los 14 egresados de la intervención presentaron mejoría atribuible a la intervención. Los otros tres mostraron resultados que no permiten decir que hubo una mejoría relacionada con la intervención, pero mantuvieron los niveles iniciales de ansiedad. Estos datos refuerzan la hipótesis 3. Los resultados obtenidos en la comparación entre preintervención y seguimiento son muy similares.

Considerando los resultados obtenidos en los análisis HAM-A, con el criterio de Significación Clínica, cinco de los 14 egresados abandonaron la población clínica y pasaron a la población funcional, cinco ya estaban en la población funcional y se mantuvieron, dos permanecieron en la población disfuncional y dos presentaron índices que no pueden considerarse relacionados con la intervención.

Inclusive analizando los resultados obtenidos con el HAM-A, pero con el criterio del Índice de Cambio Confiable, 12 de los 14 graduados de la intervención mostraron mejoría en cuanto a la ansiedad. Los otros dos mostraron resultados no concluyentes. Tales resultados también fortalecen que la hipótesis 3 se acepta como verdadera. De nuevo, los resultados obtenidos en la comparación entre preintervención y seguimiento fueron similares.

En cuanto a la hipótesis tres, al considerar la Significancia Clínica, tanto en los datos obtenidos con el BAI como con el HAM-A, se evalúa que, por ser un criterio que evalúa la salida de una condición clínica y la entrada en una condición funcional/ no clínico, la composición de la muestra interfirió con los resultados. No solo se seleccionaron participantes con diagnóstico previo de ansiedad como condición clínica, sino también individuos con quejas de ansiedad. El criterio de inclusión relacionado con la queja o la observación de síntomas

relacionados con problemas de conducta es utilizado en otros estudios del proceso psicoterapéutico (Braz et. al., 2012; Chagas, Guilherme y Moriyama, 2013; Moreno y Carvalho, 2014), y varias escalas utilizadas en estos estudios no definen un diagnóstico, sino rangos de clasificación de síntomas (como leve, moderado, grave). En la recolección previa a la intervención, la mayoría de los participantes reportaron alta frecuencia o intensidad en los síntomas que afectaron su bienestar emocional.

Los resultados de los graduados de la intervención, en comparación con los desertores, que pueden considerarse como un grupo de control, indican diferencias importantes. Los cinco individuos que realizaron la evaluación preintervención, pero se retiraron del proceso, permanecieron en el mismo nivel de ansiedad o presentaron un empeoramiento del estado, en los análisis realizados tanto con el BAI como con el HAM-A.

7.4. Objetivo específico 4: Analizar si hay cambio en los índices relacionados con la calidad de vida y flexibilidad psicológica de los participantes de la intervención

Considerando la estadística descriptiva, realizada con el software IBM® SPSS® versión 21, utilizando el Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ-II, se observa que 13 de los 14 finalistas de la intervención mostraron mejoría tanto en la posintervención, como en el seguimiento Sólo uno mostró empeoramiento. De las 5 bajas del proceso, 2 mostraron una leve mejoría y 3 empeoraron en el índice. Tales datos fortalecen la hipótesis 4, que sugería una mejora en los índices de flexibilidad de los participantes de la investigación que completaron la intervención.

Inclusive considerando la estadística descriptiva a partir de los datos obtenidos mediante la aplicación de la versión resumida de Whoqol-Bref (Grupo Whoqol, 1998), realizada con el uso de SPSS, se observa que la comparación entre las sumas y los promedios obtenidos en el pre, posintervención y en el seguimiento, indican que entre los 14 egresados, 9 mejoraron y 5 empeoraron. Obsérvese que las tasas cambiaron mínimamente en la mayoría de los casos, excepto por las mejoras significativas (más de 10 puntos porcentuales) de 4

participantes que completaron el proceso. Entre las 5 deserciones, 1 no respondió a las evaluaciones posteriores al proceso, 2 mostraron empeoramiento y 2 mejoraron en los resultados. Tales resultados parecen ser inconsistentes para aceptar la hipótesis 4 sobre los resultados relacionados con la efectividad del proceso relacionado con la evaluación de la Calidad de vida.

Los análisis realizados con el Método JT, investigando Significancia Clínica, a partir del uso del AAQ-II, en la comparación entre pre y posintervención, observamos que 3 de los participantes egresados estaban en la población disfuncional y pasaron a la población funcional. En tanto, nueve egresados ya se encontraban en la población funcional con relación al atributo que se mide y continuaban en esa misma población. Uno de los egresados que estaba en la población considerada disfuncional permaneció en esta clase y otro presentó resultados no concluyentes.

Entre los participantes que abandonaron, uno permaneció en la población disfuncional, uno permaneció en el rango no concluyente y 3 no cambiaron su estado clínico. En cuanto a la Significancia Clínica, se observa que de los participantes que completaron las intervenciones y que se encontraban en la población disfuncional, el 75% pasó a la población funcional, lo que representa un resultado positivo.

Y al evaluar el Índice de Cambio Confiable, se observa que entre los 14 que completaron la intervención, 11 presentaron mejoría atribuible a la intervención. Uno de los participantes que completó el programa mostró empeoramiento y otros dos mostraron resultados no concluyentes. Entre las cinco salidas del proceso, 1 presentó mejoría, 1 empeoró y las otras tres presentaron datos no concluyentes. Tales resultados fortalecen la hipótesis 4, con respecto al ICC relacionado con la flexibilidad psicológica.

Los análisis realizados con el Método JT, investigando la Significancia Clínica, con base en el uso del Whoqol-Bref, en la comparación entre pre y posintervención, indican que solo uno de los participantes que completaron el programa pasó de la población considerada disfuncional al funcional. Siete de ellos ya estaban en la población funcional y permanecieron en ella y cuatro que estaban en la población disfuncional permanecieron en ella. Dos

presentaron datos no concluyentes. Entre los que abandonaron la intervención, cuatro permanecieron en la población disfuncional y uno presentó datos que estaban en el rango de incertidumbre para hacer alguna declaración. En los análisis relacionados con el Índice de Cambio Confiable, tampoco es posible establecer un patrón de mejora o empeoramiento atribuido a la intervención. Por lo tanto, se considera que la interpretación de los datos puede estar limitada en relación con los datos relacionados con la SC y el ICC, en las mediciones obtenidas a través de Whoqol-Bref.

CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES

En este capítulo se discutirán los resultados alcanzados. Se retomarán estudios previos que ayuden a la comprensión del estudio, partiendo de las conclusiones del trabajo y exponiendo las limitaciones observadas, así como perspectivas para futuras investigaciones.

Analizar los resultados obtenidos de los informes verbales de los participantes de la investigación que indicaron que se cumplieron los objetivos de la investigación. En cuanto a los resultados obtenidos a través de los instrumentos utilizados para la recolección de datos, indicaron una mejora evidente en los índices evaluados en la posintervención y en el seguimiento, lo que apunta a la efectividad del proceso en línea en un grupo que utiliza Terapia de Aceptación. Compromiso propuesto en este estudio.

Al realizar este tipo de estudio, se sugiere que la decisión para el diseño se base en el levantamiento bibliográfico para verificar el estado del arte, condición que ayuda en la base para la elección de la intervención. Esta condición también contribuye a la elección cuidadosa de los instrumentos de evaluación, método y análisis de los resultados. La atención a la investigación del proceso clínico no puede enfocarse sólo en los resultados positivos o negativos al final de las intervenciones, sino principalmente en los pasos que constituyen toda la propuesta de investigación.

8.1. Evaluación de los resultados de la intervención a partir de los informes de los participantes y desde la perspectiva del terapeuta

La verbalización de los participantes sobre sus expectativas previas a la intervención evidenció la dificultad de comprender los sentimientos de forma contextualizada. Para ello, el

uso del análisis funcional como base de los procesos analíticos conductuales demostró ser eficiente, y al final del proceso terapéutico, los participantes reportaron “estar más conscientes” o “saber mejor cómo observar” sus propios comportamientos y sentimientos. Según Skinner (1974), si el individuo toma conciencia de las contingencias que controlan su comportamiento, será más efectivo en el control de su vida. Delitti (2008) argumenta que enseñar análisis funcional al cliente es uno de los mejores procedimientos terapéuticos.

A través de los informes verbales de los participantes, el tiempo de 90 minutos parecía no haber sido suficiente. La mayoría expresó que les gustaría permanecer más tiempo en la discusión. Además, la mayoría de los participantes evaluaron que consideraban que el proceso grupal podía ser impersonal, incómodo, sin confianza con relación al mantenimiento de la confidencialidad. Después del tercer encuentro, con probable establecimiento de un vínculo en el grupo, los participantes indicaron que se sentían bienvenidos y seguros. También describieron que las experiencias relatadas por los compañeros ayudaron en la toma de decisiones y en seguir otros modelos de comportamiento.

Delitti (2008) señaló las ventajas de la asistencia grupal y sugirió que en esta modalidad es más probable que el refuerzo sea inmediato y diversificado. Además, cada participante puede ofrecer un modelo de comportamiento a los demás, proporcionando un modelo mutuo de comportamientos establecidos como objetivo para ampliar su repertorio. En los casos de ansiedad o trastornos de ansiedad, las intervenciones para el manejo de conductas y las ventajas en costo y tiempo, la modalidad de atención grupal ha sido ampliamente elegida por los profesionales que ofrecen servicios de salud mental (Delitti, 2008; Kerbaury, 2008).

Los participantes señalaron como positiva la organización y estructura de las sesiones, los análisis funcionales realizados en conjunto, los modelos dados por los participantes, el lenguaje práctico y objetivo y el uso de metáforas para clarificar las explicaciones del terapeuta sobre la ansiedad y el cambio de comportamiento. Tales notas son características de la actuación en la terapia analítico-conductual, que prioriza la planificación de intervenciones eficientes, a partir del análisis funcional en la búsqueda de la identificación de variables de las cuales la conducta es función (Kanfer & Saslow, 1976). A diferencia de la mayoría de los protocolos de terapia, que buscan cambiar el contenido del pensamiento, ACT busca ayudar al

individuo a responder adecuadamente al control contextual, utilizando un lenguaje lógico y lineal.

Evalutando el proceso en línea, muchas dudas aún permean este tipo de servicio. Cuando se realiza en grupo, la dinámica se vuelve aún más compleja. Tanto terapeuta como pacientes reportaron, al inicio del proyecto, reservas sobre el proceso, cuestionando la efectividad, establecimiento de un vínculo y escenario adecuado para un proceso terapéutico efectivo. La literatura también plantea preocupaciones éticas sobre la confidencialidad, los roles y el manejo de situaciones de emergencia, así como cuestiones legales sobre jurisdicción y regulación de la práctica, así como la necesidad de formar a los terapeutas en esta modalidad psicoterapéutica (Barak et al., 2008).

La realización de un proceso psicoterapéutico exclusivamente en línea aún puede ser cuestionada en el sentido de limitar el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. En este sentido, existirían dificultades para identificar signos presentes en la comunicación no verbal, elemento considerado esencial para la interacción entre terapeuta y paciente (Pieta y Gomes, 2014). Sin embargo, en la experiencia aquí relatada se observó que, en los casos en que los participantes encendían la cámara y el audio, la comunicación parece haberse realizado de manera similar a las consultas presenciales, sin pérdidas relacionadas con comunicación no verbal o interacciones entre paciente y terapeuta o entre participantes del grupo.

Hubo un participante que no mantuvo la cámara ni el audio encendidos, optando únicamente por el chat, lo que dificultó su valoración. Se observaron algunas debilidades relacionadas con el involucramiento de los participantes, en comparación con los procesos presenciales: La cámara se apagaba para algunos participantes y, en algunas ocasiones, fallas en la conexión, por períodos cortos o largos. Problemas similares fueron descritos en un estudio de Assi y Thieme (2019), indicando aspectos que deben observarse cuidadosamente.

Las psicoterapias online permitirían una reducción de los límites espaciotemporales, lo que en ocasiones se traduce en una limitación tanto para el paciente como para el terapeuta (Schultze, 2006; Tate & Zabinski, 2004; Vallejo & Jordán, 2007). Este medio es particularmente beneficioso para ayudar a aquellos que están en dificultades. El individuo

puede estar motivado por el anonimato que le ofrece la computadora, generando un sentimiento de invisibilidad y refugio, lo que conduce a un posible sentimiento de protección. Además, este tipo de terapia implicaría una menor carga, con menores costos (Melchiori et al, 2011).

La investigación ha demostrado que la psicoterapia por Internet puede ser efectiva, amplía el acceso a la terapia y reduce sus costos (Proudfoot et al., 2011), ofreciendo varias ventajas como disponibilidad, conveniencia, accesibilidad, bajo costo, anonimato, privacidad y reducción del estigma (Cartreine, Ahern y Locke, 2010). Se habrían encontrado resultados positivos para el tratamiento de la depresión, la ansiedad, la fobia, el trastorno de pánico, el estrés postraumático y los trastornos alimentarios (Melchiori et al., 2011; Cartreine et al., 2010). En esta investigación, se percibió que se facilitó el acceso a las sesiones, pudiendo ser realizadas en el propio entorno del paciente, sin necesidad de desplazamiento. La valoración general de los participantes respecto al proceso online fue positiva. Informaron la factibilidad y que, de lo contrario, posiblemente tendrían limitaciones para participar de manera presencial durante la pandemia y que se sentían cómodos con esta modalidad. Se observó la importancia de contactar a los participantes el día anterior, para recordarles la ocurrencia de la sesión (correo electrónico) y reforzar las tareas propuestas.

Al final de las intervenciones grupales, los 14 participantes que completaron el proceso respondieron un cuestionario para evaluar la experiencia. Predominaron las verbalizaciones que evalúan el proceso de manera positiva, tales como: “Me gustó mucho, principalmente porque pensé que sería más difícil de lo que realmente fue”; “Mis impresiones fueron muy buenas, el proceso de la terapia de grupo ayuda mucho, principalmente porque escuchas a otras personas que pueden estar pasando por los mismos problemas que tú y cómo cada uno los maneja para enfrentar mejor los problemas y llevar una vida mejor”; “Buena participación de los involucrados, diálogo, respeto mutuo entre todos, aprendizaje significativo y me incitó a leer más, investigar. Fue un crecimiento lento y continuo”; “Tenía miedo al principio, creo que la gente suele tener cierto prejuicio con la ansiedad y ver la realidad de otras personas y ser aceptado era bueno, es bueno poder hablar y ser escuchado”.

Al ser consultados sobre los beneficios de participar en la investigación, también tuvieron impresiones considerablemente positivas: “(...) me ayudó en muchos sentidos, me

siento mucho más responsable y en control de mi vida, espero seguir así, fue muy fructífero, conmigo comprender mejor lo que siento, por qué siento y no reprimir los sentimientos”; “(...) me ayudó a ver que soy importante, capaz, ganadora de las batallas diarias, de los miedos, de las angustias, de las preocupaciones, de los pensamientos de terror, todos pasamos por esto en algún momento de la vida, solo saber qué haremos con estos sentimientos, o aprendemos o somos vencidos por ellos (...); “(...) Logré controlar mi ansiedad, pensar con más claridad y enfocarme principalmente en el aquí y ahora, esto anula la culpa de lo que ha sido y la ansiedad de lo que vendrá, sobre el hecho de pensar en cambiar el cosas que están en nuestro control, no en el de los demás, y también pensando que yo tengo las riendas de mi vida y puedo llevarla a donde quiera, pero debo entender que cosas malas van a pasar, voy a lidiar con eso y siga adelante”.

Los participantes informaron que, después de participar en la terapia de grupo, pudieron aceptar mejor sus sentimientos, buscando ceder el control sobre ciertos temas. El objetivo de ACT sería precisamente mejorar la "flexibilidad psicológica", es decir, la capacidad de entrar en contacto con el aquí y el ahora. Las intervenciones ACT pretenden obtener, además de una mayor flexibilidad conductual, una mayor sensibilidad a la viabilidad (o no) del control. Se considera que la inflexibilidad y la rigidez psicológica son la base de prácticamente todos los problemas humanos (Hayes & Strosahl, 2005).

8.2. Conclusiones de los análisis realizados con el Método JT - Significancia Clínica (SC) e Índice de Cambio Confiable (ICC)

Al realizar un análisis comparativo entre las puntuaciones obtenidas a través de los instrumentos de evaluación utilizados se observa que, en cuanto a los niveles de ansiedad, comparando los índices preintervención con los obtenidos en el seguimiento, solo uno de los participantes mostró un empeoramiento en el HAM, siendo notoria la diferencia de resultados entre el G2 y los demás grupos. En el G2 los resultados entre pre y seguimiento se mantuvieron, predominantemente, iguales, mientras que en el G1 el 100% de los participantes obtuvieron mejores puntajes en BAI y el 80% en HAM, sin registros de empeoramiento, solo mantenimiento del índice HAM en un participante. En G3, el 80% de los participantes mostró

mejora en los resultados de BAI y HAM, solo el 20% mantuvo el resultado en la misma clasificación.

Se plantea la hipótesis de que los resultados obtenidos sobre los niveles de ansiedad del grupo 2 están relacionados con una dinámica específica establecida entre ellos. Uno de los participantes nunca encendió la cámara, ya que dijo sentirse incómodo, y rara vez abrió el micrófono, solo cuando se le preguntó directamente. Participó esporádicamente vía chat y relató que así se sentía mejor. En la evaluación realizada al final del programa, refirió ser muy tímido, pero que aprovechaba las reuniones, incluso interactuando menos. Sin embargo, el terapeuta siente que la participación lo beneficiaría tanto a él como al grupo. También en el grupo 2, uno de los participantes nunca faltaba, pero en la mitad (cuatro) de las reuniones llegaba como media hora tarde y tenía muchas fallas de conexión. Participó activamente en las discusiones, pero en general no hizo su tarea. Los otros dos participantes estuvieron bastante activos, haciendo sus deberes y terminaron acaparando las discusiones. Uno de estos fue el único que mostró una mejora en los niveles de ansiedad.

En comparación, las deserciones del proceso presentaron, en su absoluta mayoría, mantenimiento o empeoramiento de los resultados observados con el paso del tiempo. El 40% mostró mantenimiento de los niveles de ansiedad medidos por el BAI, el 40% empeoró y el 20% mejoró levemente. En la evaluación realizada con el HAM, todos mantuvieron los resultados iniciales. El participante que mostró una leve mejoría fue el que participó en dos sesiones antes de darse por vencido. Se cree que estos resultados demuestran que la intervención influyó en los índices de ansiedad, y los participantes que completaron el proceso mostraron resultados significativos en la reducción de la ansiedad, en comparación entre pre y posintervención y también con colegas que abandonaron.

En los análisis realizados con el Método JT, el procedimiento de intervención descrito en este estudio demostró ser efectivo en las comparaciones entre los niveles de ansiedad presentados antes de la intervención, después de la intervención y en el seguimiento. También hubo una tendencia hacia una mejora considerable en los niveles de ansiedad al comparar a los participantes que completaron el proceso con los que abandonaron y respondieron a los instrumentos de evaluación al final del estudio. La Tabla 17 presenta cuadros comparativos que

resumen los resultados ya presentados en detalle en el capítulo anterior, obtenidos mediante análisis por el Método JT y sus respectivas descripciones.

Tabla 17

Resultados utilizando instrumentos que evaluaron ansiedad

	BAI Pre-Pos	BAI Pre-Seguimiento	HAM Pre-Pos	HAM Pre-Seguimiento
SC cambio positivo	S8, S9, S13, S18	S8, S13, S14	S6, S8, S11, S12, S13	S6, S8, S11, S12, S13, S14
SC cambio negativo	S3	S3	-	S18
SC sin cambio o sin resultados consistentes	S1, S2, S5, S6, S7, S10, S11, S15, S17, S19 (Estaban en la población funcional y se mantuvieron), S4, S14, S16 (Estaban en la población disfuncional y permanecieron en ella), S12 (intervalo de incertidumbre)	S1, S2, S5, S6, S7, S10, S11, S15, S19 (Estaban en la población funcional y se mantuvieron), S4, S9, S16, S18 (Estaban en la población disfuncional y permanecieron en ella), S12, S17 (intervalo de incertidumbre)	S1, S5, S7, S10, S15, S18, S19 (Estaban en la población funcional y se mantuvieron), S3, S4, S14, S16 (Estaban en la población disfuncional y permanecieron en ella), S2 (intervalo de incertidumbre)	S1, S5, S7, S10, S15, S19 (Estaban en la población funcional y se mantuvieron), S3, S4, S16 (Estaban en la población disfuncional y permanecieron en ella), S2 (intervalo de incertidumbre)
ICC cambio positivo	S5, S6, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S16, S17, S18, S19	S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S19	S1, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S16, S17, S18, S19	S1, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S19
ICC cambio negativo	S3	S3	-	S18
ICC sin cambios o sin resultados consistentes	S1, S2, S4, S7, S14, S15 (intervalo de incertidumbre)	S1, S2, S4, S16, S17, S18 (intervalo de incertidumbre)	S2, S3, S4, S14, S15 (intervalo de incertidumbre)	S2, S3, S4, S16, S17 (intervalo de incertidumbre)

Al observar los resultados relacionados con las medidas de ansiedad por el BAI, se destacan algunos puntos: cómo el reclutamiento de los participantes no consideró a personas con índices de ansiedad que indicaran que se encontraban en una población disfuncional, sino que presentaran quejas de intensidad o frecuencia que generaran sufrimiento. El análisis de la Significancia Clínica acaba reflejando este contexto. Siete participantes estaban en la población disfuncional al inicio de la investigación y después de la intervención, cuatro pasaron a la población funcional. Entre los tres que quedaron en la población disfuncional, uno abandonó el proceso y dos completaron las sesiones.

En los análisis realizados en el seguimiento, de los siete participantes que iniciaron el programa en la población disfuncional, tres se trasladaron a la población funcional y cuatro permanecieron en la población disfuncional, y algunos de estos individuos presentaron resultados diferentes entre el pre y el medidas posintervención y preintervención y seguimiento. En resumen, solo dos de los participantes que tenían niveles de ansiedad que los ubicaban en la población disfuncional medida por el BAI tenían significación clínica. Estos datos pueden indicar, en términos de SC, que la intervención realizada pudo haber tenido limitaciones para individuos que presentaban niveles severos de ansiedad.

Al analizar el Índice de Cambio Confiable y la Significación Clínica por la Escala de Ansiedad de Hamilton - HAM-A y el Inventario de Ansiedad de Beck - BAI, en las comparaciones entre pre y posintervención, y entre preintervención y seguimiento, los resultados indican que las intervenciones fueron eficientes y que las ganancias observadas en las medidas posteriores a la intervención permanecieron estables en las medidas realizadas en el seguimiento. Los resultados son más consistentes cuando se evalúa el ICC, lo que indica una relación entre los cambios obtenidos con la intervención. Mientras tanto, entre las cinco salidas del proceso, se observa que no se observaron las ganancias y que, incluso, dos participantes presentaron empeoramiento de los niveles de ansiedad.

La Tabla 18 resume las comparaciones entre los índices pre y posintervención, y preintervención y seguimiento a partir de los instrumentos: Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ II y Cuestionario que evalúa la Calidad de vida (Grupo Whoqol, 1998). Dichos datos fueron presentados en detalle en el capítulo de resultados.

Tabla 18

Instrumentos que evaluaron la Calidad de Vida y Aceptación y Acción

	AAQ-II Pre-Pos	AAQ-II Pre - seguimiento	QV Pre-Pos	QV Pre- seguimiento
SC cambio positivo	S12, S13, S18	S12, S13, S18	S18	S11 e S14
SC cambio negativo	-	-	-	-
SC sin cambio o sin resultados consistentes	S1, S2, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S14, S15, S17, S19 (Ya estaban en la población funcional y se mantuvieron), S3, S16 (Estaban en la población disfuncional y permanecieron), S4 (intervalo de incertidumbre)	S1, S2, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S14, S15, S17, S19 (Ya estaban en la población funcional y permanecieron), S3 e S16 (Estaban en la población disfuncional y permanecieron), S4 (intervalo de incertidumbre)	S5, S6, S7, S8, S9, S15, S17 e S19 (Ya estaban en la población funcional y permanecieron), S1, S2, S3, S4, S11, S12, S14 e S16 (Estaban en la población disfuncional y permanecieron), S13 (intervalo de incertidumbre)	S5, S6, S7, S8, S9, S15, S17, S19 (Ya estaban en la población funcional y permanecieron), S1, S2, S3, S4, S12, S13, S16 e S18 (Estaban en la población disfuncional y permanecieron),
ICC cambio positivo	S1, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S18, S19	S1, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S18, S19	S3, S5, S6, S8, S9, S10, S13, S18, S19	S3, S5, S6, S8, S11, S13, S14 e S19
ICC cambio negativo	S4 y S17	S4 y S17	S1, S2, S4, S15	S1, S2, S4 y S17
IMC sin cambios o sin resultados consistentes	S2, S3, S5, S6, S16 (intervalo de incertidumbre)	S2, S3, S5, S16 (intervalo de incertidumbre)	S7, S11, S12, S14, S16, S17 (intervalo de incertidumbre)	S7, S9, S10, S12, S15, S16 y S18 (intervalo de incertidumbre)

En cuanto a la Significancia Clínica, los resultados relacionados con las medidas del Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ II, en los análisis comparativos entre pre y posintervención, que se mantiene en el seguimiento, no son concluyentes sobre el impacto generado por la intervención. Sin embargo, en términos del Índice de Cambio Significativo, se puede decir que la intervención generó resultados prometedores, indicando cambios confiables relacionados con los participantes que completaron el programa.

Al analizar los datos relacionados con el cuestionario que evalúa la calidad de vida - Whoqol-Bref, comparando pre y posintervención, y preintervención y seguimiento, los

resultados relacionados con la Significancia Clínica mostraron limitaciones con relación a los efectos de la intervención. En cuanto al Índice de Cambio Confiable, en la comparación entre pre y posintervención, siete de los 14 graduados de las sesiones de intervención mostraron cambio positivo, uno mostró cambio negativo y seis no obtuvieron resultados concluyentes.

8.2. Potencialidades y debilidades del estudio y posibilidades futuras

La estructuración del proceso a partir de los preceptos del Análisis de Conducta con intervenciones de Terapia de Aceptación y Compromiso permitió mantener un enfoque sin perder de vista el desarrollo de cada integrante del grupo. Como el análisis funcional y las estrategias ACT fueron la base de la intervención, se cuidó mantener el compromiso en el tratamiento, percibiendo que los participantes que estaban más atentos a las discusiones y realizaban las actividades propuestas, mostraban los mejores resultados.

Por otro lado, incluso los participantes que no mostraron mejoras considerables en la evaluación a través de los instrumentos utilizados en relación con la queja de ansiedad informaron ganancias en el proceso, especialmente las relacionadas con el autoconocimiento y una mejor “lectura” del contexto. El terapeuta también tuvo la oportunidad de observar directamente la evolución de los participantes de la investigación, en la forma en que comenzaron a comunicarse, en las interacciones entre ellos y con el terapeuta, en la descripción de sentimientos y pensamientos y en la capacidad aprendida para realizar análisis funcionales.

El Análisis de Comportamiento utiliza diferentes métodos y estrategias para realizar valoraciones conductuales, utilizando medidas directas (observación de respuestas durante el proceso, realizadas en un entorno natural y/o similar) e indirectas (entrevistas, cuestionarios, escalas o inventarios conductuales) (Reitman et al. al., 1998). Según Matarazzo (1990), se considera importante que las evaluaciones conductuales abarquen el uso de diferentes estrategias, con el objetivo de evaluar el comportamiento del paciente desde diferentes perspectivas.

En general, los resultados mostraron que el programa aquí descrito y evaluado se relaciona con una disminución de los índices de ansiedad y un aumento de los indicadores de

flexibilidad, los cuales se consideran resultados positivos. Se supone que un programa de mayor duración podría ayudar a mejorar y mantener los índices relacionados con la calidad de vida. Los cambios fueron mayoritariamente funcionales entre quienes completaron el programa de intervención y, en mayor medida, disfuncionales entre los que abandonaron, lo que reafirma la validez interna del procedimiento (Del Prette & Del Prette, 2008).

Como debilidad de la investigación se señala el diseño de sujeto único, con una línea base única determinada únicamente por la inclusión de cada grupo en diferentes momentos, con múltiples evaluaciones, durante el proceso, sin la presencia previa de un grupo de control. El grupo de control terminó existiendo, pero luego lo constituyeron los desertores de la intervención, que habían respondido a la evaluación inicial y accedieron a responder a la evaluación final, generando los datos necesarios para los análisis. Se considera que la investigación generó resultados consistentes, sin embargo, la predicción de un grupo comparativo hubiera fortalecido los resultados obtenidos.

La necesidad práctica de realizar el estudio en un momento en que las personas se sumaban a las actividades en línea terminó por limitar el tiempo de investigación (más corto). En un momento dado, a pesar de que cada grupo estaba incluido en un momento de la investigación, todos ya estaban en intervención, lo que puede haber dificultado la observación de detalles más sensibles de los procesos relacionados con el aprendizaje individual. Por lo tanto se sugiere que estos temas deban ser considerados al organizar la metodología en futuras investigaciones.

Al evaluar el proceso terapéutico aquí descrito, tanto desde la perspectiva del terapeuta y de los clientes, como en los análisis realizados con el Método JT, se sugiere que se produzcan nuevas investigaciones aumentando el número de participantes, incluyendo más repertorio sesiones de expansión y considerando mayor duración de estas. Realizar estudios con pacientes previamente diagnosticados de ansiedad, configurando casos clínicos, también podría generar datos importantes.

Se cree que la investigación que une teoría y práctica puede contribuir al desarrollo de estrategias de acción en contextos aplicados, ayudando principalmente a desarrollar repertorios

conductuales adaptativos y una mejor calidad de vida. También se considera que los procesos grupales tienen potencial para ser incluidos en los servicios de salud pública, reduciendo costos, optimizando el tiempo de los profesionales y posibilitando el acceso a tratamientos de salud mental para más personas, en un período más corto. Aparte de su utilidad en un contexto de pandemia, ciertamente podría ser útil en un escenario diferente.

PARTE V. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association - A.P.A. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Andersson, G. *et al.* (2009). What Makes Internet Therapy Work? *Cognitive Behaviour Therapy*, v. 38(1), p. 55-60.
- Andery, M. A. P. A. (2010). Métodos de pesquisa em análise do comportamento. *Psicologia USP*, 21(2), 313-342. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000200006>
- Assi, G. & Thieme, A. L. (2019). Desafios da psicoterapia online: reflexões a partir de um relato de caso de uma paciente com ansiedade. *Revista Perspectivas*, 2019, vol.10, nº02, pp. 267-279.
- Bajardi, P. *et al.* (2011). Human mobility networks, travel restrictions, and the global spread of 2009 H1N1 Pandemic. *Plos One*, v. 6(01). Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016591>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2/4), 109-160. doi : 10.1080/15228830802094429
- Barari, S *et al.* (2020). Evaluating COVID-19 public health messaging in Italy: self-reported compliance and growing mental health concerns. *MedRxiv*, 2020. Disponível em: <http://gking.harvard.edu/covid-italy>. Acesso em: 28 jul.
- Barbisch, D.; Koenig, K. L; Shih, F. Y. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, v. 9(5), p. 547-553. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.3812>. Acesso em: 23 jul. 2020.

- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do acceptance and action questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75-85.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bodjani, E. *et al.* (2020). COVID-19 pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Psychiatry Research*, v. 289. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120312269>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Boone, M. S. (2013). Terapia de aceitação e Compromisso (ACT): Processo e aplicação – Matthew S. Boone. In: Pistorello, Jaqueline. *Mindfulness and Acceptance for Counseling College Students: Theory and Practical Applications for Intervention, Prevention, and Outreach*. New Harbinger Publications, Inc: Oakland, CA.
- Botella, C *et al.* (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOCpapers*, v. 4, p. 32-41.
- Braz, Ana Carolina; Villa, Mirian Bratfisch; Aguiar, Adriana Augusto; Del Prette, Zilda A.P. (2012). Avaliando Significância Clínica e Mudança Confiável de um processo de Habilidades Sociais assertivas com idosos. Em: *Intervenções baseadas em evidências – aplicações do Método JT*. Orgs. Mirian Bratfisch Villa, Adriana Augusto de Aguiar e Zilda A. P. Del Prette. São Carlos: EdUFSCAR, 151 páginas. pp 109-126.

- Brooks, S. K *et al.* (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, v. 395, p. 912-920. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Acesso em: 26 ago. 2020.
- Cartreine, J. A.; Ahern, D. K; Locke, S. E. (2010). A roadmap to computer-based psychotherapy in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 18(2), p. 80-95. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20235773/>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Social distancing, quarantine, and isolation: keep your distance to slow the spread. Atlanta. Disponível em: <http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>. Acesso em: 28 ago. 2020.
- Chagas, M. T., Guilherme, G. & Moriyama, J. S. (2013). Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: manejo de ansiedade. *Acta Comportamentalia*, vol. 21, núm. 4, pp. 495-508.
- Conselho Regional de Psicologia do Paraná. (2020). Nota técnica CRP-PR nº 001/2020: Orienta a(o) Psicóloga(o) sobre o atendimento psicológico nas políticas públicas e instituições privadas, diante da pandemia do COVID-19. Curitiba, Paraná. Disponível em: <https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Nota-T%C3%A9cnica-CRP-PR-001-2020-COVID19.pdf>. Acesso em: 1 set. 2020.
- Coronavirus Resource Center. (2020). Coronavirus COVID-19 global cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Baltimore: Johns Hopkins University. Disponível em: <http://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 3 set. 2020.
- Costa, R. S.; Soares, M. R. Z. & Grossi, R. (2017). Estrutura das sessões de uma intervenção analítico-comportamental em grupo para pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar. *Acta Comportamentalia*, Vol. 25, Núm. 1 pp. 57-72.

- Cullen, W.; Gulati, G. & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, v. 113(5), p. 311-312. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>. Acesso em: 7 set. 2020.
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Significância Clínica e Mudança Confiável na Avaliação de Intervenções Psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 105- 114. doi:10.1590/S0102-37722008000400013.
- Delitti, M. (2001). Análise Funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional. In: Maly Delitti (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. São Paulo, Arbytes Editora, v. 2, p. 37- 44.
- Delitti, M. (2008). Terapia analítico-comportamental em grupo. In A. M. C. Delitti & P. Derdyk (Orgs.). *Terapia analítico-comportamental em grupo* (pp. 33-58). Santo André: Esetec.
- Dong, L.; Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerging Infectious Disease*, v. 26(7), p. 1616–1618. Disponível em: <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>. Acesso em: 27 set. 2020.
- Duan, L; Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet*, v. 7, p. 300-302. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0). Acesso em: 1 out. 2020.
- Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29, 390-400.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Considerations relating to social

- distancing measures in response to COVID-19: second update. Stockholm. Disponível em: <http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-social-distancing-measuresg-guide-second-update.pdf>. Acesso em: 27 set. 2020.
- Evans, C., Margison, F. & Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidencebased mental health. *Evidence-Based Mental Health (EBMH Notebook)*, 1, 70-72.
- Faro, A. A.; Bahiano, M. A.; Nakano, T. C.; Reis, C.; Silva, B. F. P.; Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200074. Epub June 01, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19. . Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04.pdf. Acesso em: 7 ago. 2020.
- Fleck, M. P. A.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 34, n. 2, p. 178-183.
- Gentil, V. (1997). Ansiedade e Transtornos Ansiosos. In: Valentim Gentil, Francisco Lotufo-Neto e Márcio Antonini Bernik (org.): *Pânico, Fobias e Obsessões*. São Paulo: Edusp.
- Gloster, A. T., Wittchen, H-U., Einsle, F., Helbig-Lang, S., Hamm, A.O., Gerlach, A. L., Kircher, T., Zwanzger, P., Lang, T., Fydrich, T., Fehm, L., Alpers, G.W., Strohle, A., Deckert, J., & Hofler, M. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure. *Situ in CBT -Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3),406-420. Recuperado em março, 2015,

de <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/79/3/406/>.

González-Sanguino, C.; Ausín, B.; Castellanos, M. A.; Saiz, J.; López-Gómez, A. Ugidos, C. & Munoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, in: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>..

Hamilton, M. A. (1959). Avaliação do estado de ansiedade por classificação. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55

Hayes, S. C. (1987). Language and the incompatibility of evolutionary and psychological continuity. *Behavior Analysis*, 22, 49-54.

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

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M.

Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.

Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

Hayes, Steven C., Pistorello, Jacqueline, & Biglan, Anthony. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 81-104. Recuperado em 09 de julho de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000100008&lng=pt&tlng=pt.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press. (Obra original publicada em 1999).
- Ho, C; Chee, C; Ho, R. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic . *Annals Academy Medical of Singapore*, v. 49(3), p. 1-3. Disponível em: http://www.annals.edu.sg/pdf/special/COM20043_HoCSH_2.pdf. Acesso em: 27 set. 2020.
- Huang, Y. & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288 (2020). Disponível em: www.elsevier.com/locate/psychres.
- Inloco.(2020). Mapa brasileiro da COVID-19: índice de isolamento social. Recife. Disponível em: <https://mapa-brasileiro-dacovid.inloco.com.br/pt/?hsCtaTracking=68943485-8e65-4d6f-8ac0-af7c3ce710a2%7C45448575-c1a6-42c8-86d9-c68a42fa3fcc>. Acesso em: 2 out. 2020.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcomes research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1992). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Em A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 521-538). Washington (DC): Copyright.
- Jung, S.J; Jun, J.Y. (2020). Mental health and psychological intervention amid COVID-19 outbreak: perspectives from South Korea. *Yonsei Med. J.*, v. 61, p. 271–272.

- Kanfer, F. H. and Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1976). An outline for behavioral diagnosis. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavior therapy assessment*. New York: Springer Publishing Company.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E. & Weiss, J. R. (2003). Assessment and evaluation of interventions. Em A. E. Kazdin (Ed.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 408-435). New York: Guilford Press.
- Kerbaui, R. R. (2008). Terapia comportamental de grupo. In M. Delitti, P. Derdyk (Orgs). *Terapia AnalíticoComportamental em grupo* (Vol. 1, pp. 17-29). Santo André: ESETEC
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592.
- Kummer, A., Cardoso, F. and Teixeira, A., 2010. Transtorno de ansiedade generalizada e a Escala de Ansiedade de Hamilton na doença de Parkinson. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 68(4).
- Lau, H. *et al.* (2020). The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. *J. Travel Med.* Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa037>. Acesso em: 13 set. 2020.
- Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, SP, Brasil).
- Leonardi, J. L. (2017). Reflexões sobre a terapia analítico-comportamental no contexto da prática baseada em evidências e possibilidades de atuação em análise do comportamento clínica. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 25, 206-

227.

- Li, S.W *et al.* (2020). Analysis of influencing factors of anxiety and emotional disorders in children and adolescents during home isolation during the epidemic of novel coronavirus pneumonia. *Chinese Journal of Child Health*, p. 1–9.
- Li, W *et al.* (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China . *International Journal of Biological Sciences*, v. 16(10), p. 1732-1738. Disponível em: <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- Lima, C.K.T *et al.* (2020). The emotional impact of coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, v. 287.
- Limcaoco, R. S. G *et al.* (2020). Anxiety, worry and perceived stress in the world due to the COVID-19 pandemic: preliminary results. *MedRxivPreprint*. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.04.03.20043992>. Acesso em: 17 ago. 2020.
- Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Lung, F. W. *et al.* (2009). Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: a follow-up study. *Psychiatric Quarterly*, v. 80(2), p. 107-116. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9095-5>. Acesso em: 17 ago. 2020.
- Machado, D. E. S. (2015). Efeitos de um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo para pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.
- Machado, D. E. S.; Soares, M. R. Z. & Costa, R. S. (2019). Avaliação de uma intervenção em grupo

baseada na terapia de aceitação e compromisso para indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar. *Contextos Clínicos*, vol. 12, n. 1 (jan./abr. 2019), doi: 10.4013/ctc.2019.121.02.

Mahase, E. (2020). Coronavirus: COVID-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality. *The BMJ*, v. 368. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m641>. Acesso em: 18 ago. 2020.

Matarazzo, J. (1990). Psychological Assessment versus Psychological Testing: Validation from Binet to the School, Clinic and Courtroom. *American Psychologist*, 45, 999-1017.

Melchiori, J. A.; Sansalone, P. A.; Borda, T. (2011). Psicoterapias online: aportes y controversias acerca del uso de los recursos que ofrece Internet para la psicoterapia. *In: III Congreso internacional de investigación y práctica profesional en Psicología; XVIII Jornadas de investigación; Séptimo encuentro de investigadores en psicología del Mercosur. Anais eletrônicos [...]* Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. In: Carlos Eduardo Costa; Josiane Cecília Luzia; Heloísa Helena Numes Sant'Anna. (Org.). *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição*. 1 ed. Santo André: ESETec, p. 75-91.

Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S. & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 153-174). São Paulo: Roca.

Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R., & Mangabeira, V. (2015). *Terapia Analítico-Comportamental: relato de casos & de análises*. São Paulo, SP: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

Millenson, J. R. (1975). *Princípios de Análise do Comportamento*. Brasília, DF: Thesaurus.

(Trabalho original publicado em 1967).

Ministério da Saúde (Brasil). (2020). Portaria N° 454, de 20 de março de 2020: Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 21 set. 2020.

Ministério da Saúde (Brasil). (2020b). Saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19: um guia para gestores. Brasília. Disponível em: <http://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-eAten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-para-gestores.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.

Moreno, André Luiz; Carvalho, Rubem Gomes Neves de Carvalho. (2014). Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), pp. 70-75. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbtc.org.br/pdf/v10n2a02.pdf>. Acesso em 11 de outubro de 2020.

Moretto, L. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2019) Promove-Universitários: Efeitos na promoção de interações sociais e saúde mental. *Interação em Psicologia*, 23 (3), 357-367.

National Health Commission of China. (2020). The National Health and Health Commission held a video and telephone conference deploying the next stage of prevention and control according to law, scientific prevention and control, precise prevention and control, and resolutely prevent the input of overseas epidemic situations. Disponível em: <http://www.nhc.gov.cn/bgt/s7693/202003/34e057348f244b0f9391d569334b844e.shtml>. Acesso em: 21 set. 2020.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill. Pallant, J. (2007) *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*

(3. ed.). Berkshire, England: McGraw-Hill, Open University Press.

Organização Mundial de Saúde-OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates[Internet]. Geneva: WHO; 2017[cited 2017 Nov 04]. Available from:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.

Otero, T. B. (2016). Evidências de validade do AAQ-2 (Questionário de Aceitação e Ação II) em profissionais da Atenção Primária à Saúde no Brasil e correlações com ansiedade, mindfulness e autocompaixão. São Paulo, 106f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Ozili, P; Arun, T. (2020). Spillover of COVID-19: impact on the global economy. SSRN Preprints. Disponível em: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3562570>. Acesso em: 22 set. 2020.

Pallant, J. (2007). SPSS survival manual—A step by step guide to data analysis using SPSS for windows (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.

Pancani, L *et al.* (2020). Forced social isolation and mental health: a study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine. PsyArXiv Preprints. Disponível em: <https://doi.org/10.31234/osf.io/uacfj>. Acesso em: 22 set. 2020.

Park, S & Park, Y. C. (2020). Mental health care measures in response to the 2019 novel coronavirus outbreak in Korea. *Psychiatry Investigation*, v. 17(2), p. 85-86. Disponível em: <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0058>. Acesso em: 21 set. 2020.

Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.018

Pieta, M. A. M.; Siegmund, G.; Gomes, W. B. & Gauer, G. (2015). Desenvolvimento de protocolos para acompanhamento de psicoterapia pela Internet. *Contextos Clínicos*, 8(2): 128-140 –

Unisinos.

- Pieta, Maria Adélia Minghelli, & Gomes, William B. (2014). Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 18- 31.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A. B., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese Version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 139–156. Retrieved from <https://www.ijpsy.com/volumen12/num2/323/experiential-avoidance-in-clinical-and-non-EN.pdf>
- Proudfoot, J., Klein, B., Barak, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., Lange, A., Ritterband, L., & Andersson, G. (2011). Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 82-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2011.573807>.
- Pulla, P. (2020). Covid-19: India imposes lockdown for 21 days and cases rise. *Bmj*, v. 368, m1251.
- Qiu, J. *et al.* (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic : implications and policy recommendations. *General Psychiatric*, v. 33(2). e100213. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>. Acesso em: 17 set. 2020.
- Raude, J. *et al.* (2020). Are people excessively pessimistic about the risk of coronavirus infection? *PsyArXiv Preprints*. Disponível em: <https://doi.org/10.31234/osf.io/364qj>. Acesso em: 12 set. 2020.
- Reitman, D., Hummel, R., Franz, D. Z., & Gross, A. M. (1998). A review of methods and instruments for assessing externalizing disorders: theoretical and practical considerations in rendering a diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 555-584.

- Ribeiro, D., & Bolsoni-Silva, A. T. (2011). Potencialidades e dificuldades interpessoais de universitários: estudo de caracterização. *Acta Comportamental*, 19(2), 205-224.
- Rochlen, A. B; Zack, J. S.; Speyer, C. (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *Journal of Clinical Psychology*, v. 60(3), p. 269-283.
- Saban, M. T. (2013). Análise dos efeitos da terapia de aceitação e compromisso em grupo de clientes com dor crônica (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Schultze, N. (2006). Success Factors in Internet-based Psychological Counseling. *CyberPsychology & Behavior*, v. 9(5), p. 623-626.
- Silveira, J. M. & Marton, S. A. (2001). Terapia Comportamental: Uma introdução. *Revista Terra e Cultura*, n. 41, ano 21. p. 119-126.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S. Grammatikopoulos, I., Theodororakis, P.N., & Mavares, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, 13(1), 163. Recuperado em março, 2015, de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/163>.
- Skinner, B. F. (1956). A case history in scientific method. *The American Psychologist*, 11, 221-233.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução organizada por J. C. Todorov & R. Azzi. Brasília: UnB/FUNBEC. (Trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (1974). *O Comportamento Verbal*. São Paulo: Cultrix/ EDUSP, (Trabalho original publicado em 1957).
- Sohrabi, C *et al.* (2020). World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, v. 76, p. 71-76. Disponível

em: <https://doi.org/10.1016/j.ijpsu.2020.02.034>. Acesso em: 10 set. 2020.

- Tate, D. F.; Zabinski, M. F. (2004). Computer and Internet Applications for Psychological Treatment: Update for Clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, v. 60(2), p. 209-220.
- Torales, J. *et al.* (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 20764020915212.
- Vallejo, M. A.; Jordán, C. M. (2007). Psicoterapia a través de Internet. *Boletín de Psicología*, v. 91, p. 27-42.
- Van Bavell, J. J. *et al.* (2020). Using social and behavioral science to support COVID-19 pandemic response. *PsyArXiv Preprints*. Disponível em: <https://doi.org/10.31234/osf.io/y38m9>. Acesso em: 12 ago. 2020.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.; Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Wang, C. *et al.* (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*, v. 395, p. 470–473.
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395, 945-947. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X).
- Wachholz, Patrick Alexander; Santos, Rosa Cristina Cervi; Wolf, Loreci Santos Pereira. (2013). Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro; 16(3):513-526.

- Wenjun, Cao *et al.* (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, v. 287, may 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>. Acesso em: 7 set. 2020.
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 28, n. 3, p. 551-558.
- Wind, T. R. *et al.* (2020). The COVID-19 pandemic: the ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, v. 20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- World Health Organization. (2020). Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-oncovid-19-final-report.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- World Health Organization. (2020b). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report – 78. Geneva. Disponível em: http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200407-sitrep-78-covid-19.pdf?sfvrsn=bc43e1b_2. Acesso em: 18 ago. 2020.
- Xiang, Y. T. *et al.* (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently. *The Lancet*, v. 7(3), p. 228-229. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8). Acesso em: 18 ago. 2020.
- Xiao, Chunfeng. (2020). A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) - Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigacion*, 25 Fev 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32093461/>. Acesso em: 9 ago. 2020.
- Yang, Y. *et al.* (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, v. 20.

- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.
- Zamignani, D. R., Silva Neto, A. C. P., & Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: a terapia analítico comportamental. *Boletim Paradigma*. São Paulo. Recuperado de http://www.nucleoparadigma.com.br/nucleo/upload/arquivo/PA_Bo_2008_web.pdf.
- Zhang, J. *et al.* (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, v. 3(1), p. 3-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>. Acesso em: 30 jul. 2020.

PARTE VI. APÉNDICES Y ANEXOS

APÉNDICES

Apéndice A – Ejercicios Sesión 1 (Puestos a disposición de los participantes vía Google Docs.)

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en universitarios - estudio en grupo online

Sesión 1/ Ejercicio 1:

“Cómo he lidiado con mi ansiedad” (traducido y adaptado de Hayes & Smith, 2005)

¿Qué estoy haciendo para lidiar con mi ansiedad?	¿Funciona a corto plazo?	¿Funciona a largo plazo?
Ej.: Intento desconectar, haciendo otra actividad	Si, puedo desenfocarme de la ansiedad	Solo por unas horas, luego vuelvo a ponerme ansioso

Sesión 1/ Ejercicio 2 – Tarea para casa

¿En qué situaciones/contextos me siento más ansioso y cómo se siente?

¿Qué sentí?	¿Lo que estaba ocurriendo? (Situación, entorno, etc.)	¿Cómo reaccioné?	¿Qué produjo mi reacción?

Apéndice B: ejercicios de la sesión 2 (disponibles para los participantes a través de Google Docs.)

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea

Sesión 2/ Ejercicio 1: "Se acabó la ansiedad. ¿Y ahora?"

(traducido y adaptado de Hayes & Smith, 2005).

Completa la siguiente frase:

"Si no me sintiera tan ansioso, yo..."

Ejemplo:

Si no me sintiera tan ansiosa, conocería a más personas...

Si no me sintiera tan ansiosa, afrontaría mejor las situaciones nuevas...

Apéndice C: ejercicios de la sesión 3 (disponible para los participantes a través de Google Docs.)

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea
Sesión 3/ Ejercicio 1:

¿Qué quería ser de mayor?
 ¿Qué planes, proyectos, metas he dejado de lado por ansiedad o miedo al fracaso?
 (Nominación de Película - Dos Vidas)

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea
Sesión 3/ Ejercicio 2:

Pida a los participantes que piensen en “¿Qué es lo peor que podría pasar?”, aplicándolo a diferentes situaciones que generan ansiedad.

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea
Sesión 3/ Ejercicio 3: “Epitafio” (Tarea)

Epitafio (Titanes)

*“Debería haber amado más
 haber llorado mas
 haber visto salir el sol
 Debería haber arriesgado más
 Y hasta haberme equivocado más
 Haber hecho lo que quería hacer
 Ojalá hubiera aceptado
 A las personas como son
 Todo el mundo conoce la alegría
 Y el dolor que trae en el corazón”*

Pídeles que, como tarea, pensando en la letra de “Epitafio” de los Titanes, reflexionen sobre: ¿Qué habrá en tu lápida?

Apéndice D: ejercicios de la sesión 4 (disponible para los participantes a través de Google Docs.)

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes

universitarios - estudio grupal en línea
Sesión 4/ Ejercicio 1: Metáfora de la Nube
(adaptado de Chagas, Guilherme y Moriyama, 2013)



La tarea consiste en dibujar nubes y asignarles sentimientos, por ejemplo: nubes pesadas, blancas y oscuras (para la lluvia).

No hay nubes buenas o malas per se, incluso las nubes oscuras y oscuras pueden ser positivas en lugares que necesitan lluvia.

En una comparación con los sentimientos, no hay buenos ni malos, son solo parte de un contexto.

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea
Sesión 4/ Ejercicio 2 (Deberes): El niño que fui...

Coisas que eu achava quando era criança

- **¿Recordás cuando eras niño?**
- **¿Como eras?**
- **¿Cuáles son las características que te definen?**
- **Y cuando ibas creciendo, ¿qué tipo de adolescente eras?**
- **¿Cuáles fueron los principales cambios por los que pasaste?**
- **¿Hay características sobresalientes que permanecieron a través de los años?**

Apéndice E: ejercicios de la sesión 5 (disponible para los participantes a través de Google Docs)

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea

Sesión 5/ Ejercicio 1: “Las cosas que sentimos”

<p>- Ejercicio de vivencia de sentimientos -</p> <p>Canción 1: My Immortal - Evanescence: https://www.youtube.com/watch?v=5anLPw0Efmo</p> <p>O alguna música que te genere sentimientos aversivos</p> <p>- Cerrar los ojos y tratar de recordar, en detalle, los malos momentos de tu vida. (Hay un deseo de evitar recordar y hablar de momentos dolorosos. Estas sensaciones aversivas se deben a los recuerdos, no a las situaciones en sí, ya que estas ya pasaron. Estas situaciones son parte de la historia de vida de todos, que no se puede cambiar ni olvidar)</p>
<p>Música 2: Um dia após o outro - Tiago Iorc: https://www.youtube.com/watch?v=YXJUWzxJwM</p> <p>O alguna música que te genere sentimientos agradables</p> <p>- Cerrar los ojos y recordar una situación en la que sentiste mucha paz. Reportar lo que sienten (Estos recuerdos tampoco son más que pensamientos y sensaciones, y por lo tanto, una vez más, puedes estar expuesto a ellos).</p>
<p>Reflexión: ¿Cómo genera la música sensaciones y sentimientos?</p>

Sesión 5/ Tarea: “Si pudiera controlar...”

- Mire la película "Click" o "A Matter of Time", prestando atención a cómo el personaje principal se enfrenta a situaciones y sentimientos aversivos, tomando notas.
- Tarea – parte II: Traiga algo que realmente le guste comer a la próxima sesión

Apéndice F: ejercicios de la sesión 6 (disponible para los participantes a través de Google Docs.)

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea

Sesión 6/ Ejercicio 1: “Las cosas que experimentamos en el aquí y ahora”

- Toma la comida que trajiste (solicitada como tarea). Mira cuidadosamente:

> los colores > las texturas > el olor
- Pruébela y saboréela lentamente, prestando atención a estas sensaciones.
- Presta atención a tus pensamientos y sentimientos con respecto a la experiencia.
- Repite esta experiencia durante la semana, en tus experiencias diarias (concentrándote en lo que estás haciendo).

Apéndice G: ejercicios de la sesión 7 (disponible para los participantes a través de Google Docs.)

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea
Sesión 7 - Actividad 1: Metáfora del autobús



Imagina que estás conduciendo el autobús de tu vida. Por lo tanto, tenéis un camino a seguir que cada uno de vosotros ha elegido, que, en esta metáfora, equivale a vuestros objetivos de vida. Sin embargo, algunos pasajeros dentro de este bus, que equipararían sus pensamientos y sentimientos, intentan desviarlos de sus caminos. ¿Cuánto debemos ceder a los pasajeros o debemos seguir nuestro camino?

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea

Sesión 7 - Tarea: “Ahora puedo manejar mi propio auto”



La terapia “les dio un auto”, es decir, tienen más autonomía que cuando eran los conductores de autobuses en el último ejercicio. Todavía puede haber algunos

contratiempos, pero tienes más control sobre la "ruta".

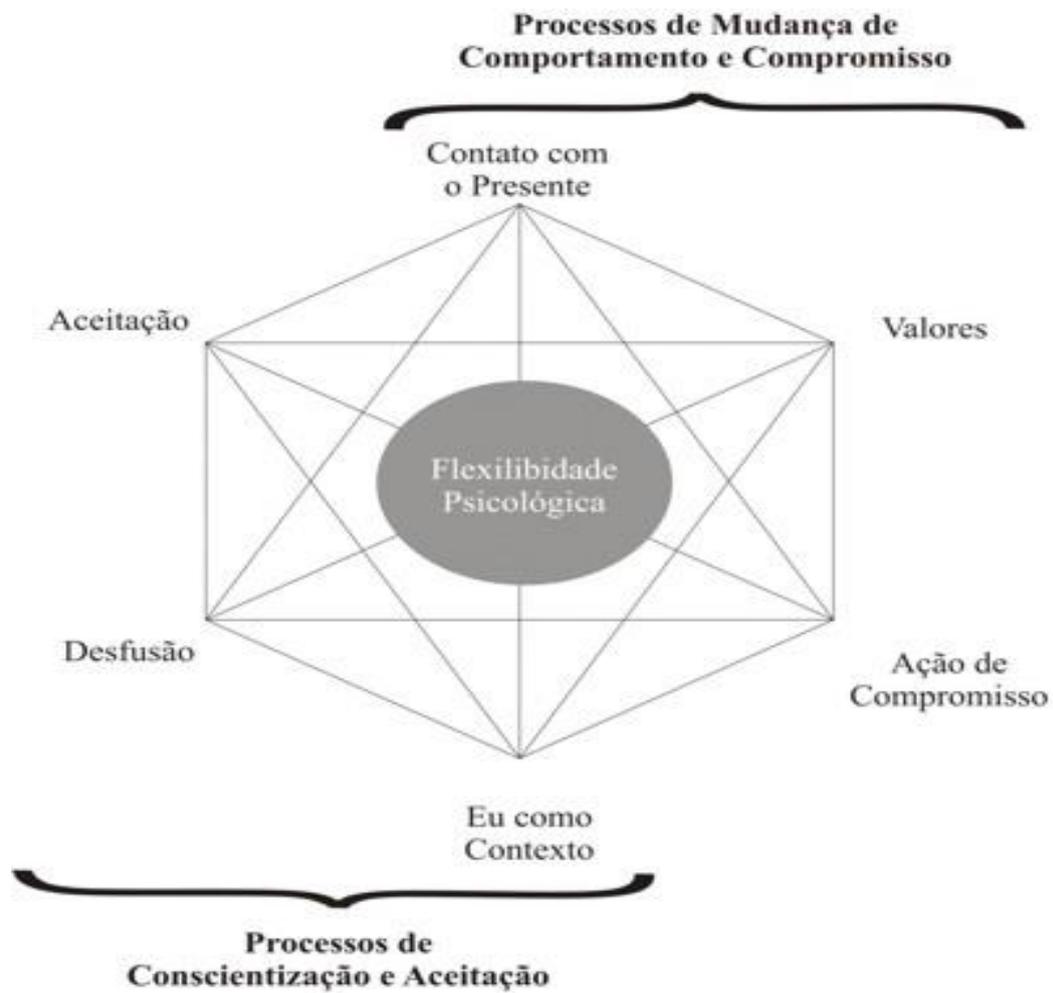
Cuáles son sus metas para el futuro cercano:

- ¿Qué es importante para vos?
- ¿Qué hacer, cuándo y de qué manera?
- ¿Cómo tomar el control de tu viaje?

Apéndice H: ejercicios de la sesión 8 (disponible para los participantes a través de Google

Docs)

Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea
Sesión 8 - Actividad 1: El proceso de cambio



Terapia de aceitação y compromiso para el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios - estudio grupal en línea
Sesión 8 - Actividad 2: Una cuestión de control

what is acceptance?



IT'S RAINING

**i don't like rain.
i wish it wasn't raining.
my day would be better
if it wasn't raining. my day is
ruined. every day is like this.
it's always like this. why does
it always rain when all i want is
for it to be sunny?**

IT'S RAINING

yup.

Anexo I – Término de consentimiento libre e informado disponible a través de Google Forms para los participantes de la investigación después de aclaración de dudas – impresiones de cómo

se apresentou.



Seção 1 de 3

TCLE - Pesquisa Ansiedade em Universitários

Olá! Meu nome é Giliane Schmitz, sou Psicóloga da UTFPR Pato Branco. Estou realizando uma pesquisa intitulada "A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em grupo online para a ansiedade em universitários: Intervenção baseada em evidências".

Você é convidada(o) a participar deste estudo, que tem como objetivo avaliar as evidências terapêuticas de um programa de intervenção baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) realizado online e em grupo com universitários.

Se você é maior de 18 anos de idade, estuda nos cursos de graduação da UTFPR Pato Branco e apresenta queixa de ansiedade intensa e/ou muito frequente; não está participando de outro processo terapêutico para ansiedade e não está iniciando/trocando o uso de medicação com essa finalidade e tiver interesse de participar desta pesquisa, é o público alvo do meu estudo.

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, você poderá se comunicar comigo através dos seguintes contatos: via e-mail: giliane@utfpr.edu.br / gilianeschmitz@gmail.com ou telefone: (46)99117-9665 .

Obrigada por sua participação!
Giliane Schmitz.

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM, SOM E VOZ (TCUISV)

Título da pesquisa: "A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em grupo online para ansiedade em universitários: Intervenção baseada em evidências"

Pesquisadora: Giliane Aparecida Schmitz, R.G. 8.255.818-7, Psicóloga – CRP 08/14809, Endereço: Rua Visconde de Tamandaré, 273, apto 203, Pato Branco – PR, Telefone: (46)99117-9665, E-mail: giliane@utfpr.edu.br

Local de realização da pesquisa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná – Campus Pato Branco. Endereço, telefone do local: Via do Conhecimento, Km, 1, CEP 85.503-390. Fone: (46) 3220-2604.

A) INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

1. Apresentação da pesquisa: O/a senhor/a é convidada a participar desta pesquisa sobre intervenção online em grupo para ansiedade, que se mostra importante em um contexto de adoecimento psicológico e necessidade de evidências terapêuticas de tratamentos psicológicos.

2. **Objetivos da pesquisa:** Avaliar as evidências terapêuticas de um programa de intervenção baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) realizado online e em grupo com universitários.
3. **Participação na pesquisa:** Sua participação na pesquisa consistirá em, após esclarecidos os objetivos da pesquisa, suas especificidades e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo parte de um grupo de 10 pessoas dividido aleatoriamente, fazer parte de uma intervenção online em grupo voltada para a ansiedade, com programa composto de 8 sessões de cerca de 90 minutos, que acontecerá semanalmente, via videochamadas do Google Meet, conduzido pela pesquisadora supracitada e que assina esse TCLE. Durante o estudo, para avaliar o desenvolvimento de cada participante, serão utilizados questionários, inventários e escalas aos quais os participantes deverão responder.
4. **Confidencialidade:** Os dados fornecidos serão utilizados apenas para as finalidades da pesquisa e estarão protegidos pelo sigilo. Apenas a pesquisadora terá acesso aos questionários e gravações em áudio e vídeo e em eventual divulgação de resultados não serão mencionados seu nome ou outros dados que possam identificá-lo.
5. **Riscos e Benefícios.**
- 5a) **Risco:** O risco previsto é mínimo. Espera-se, no máximo, leve constrangimento por estar participando de uma pesquisa relacionada à saúde mental em um ambiente em que seus pares estarão presentes. Se o constrangimento se mostrar como impeditivo, o participante poderá deixar a pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus. No caso de insucesso da intervenção, o participante poderá recorrer ao atendimento individualizado a ser realizado pela Psicóloga que propõe este estudo, ou mesmo, se de sua preferência, ter encaminhamento para atendimento na rede de saúde mental pública, ficando condicionado à disponibilidade de agenda daqueles órgãos.
- 5b) **Benefícios:** Considera-se que os benefícios da pesquisa possam ser divididos em diretos e indiretos. Os diretamente ligados aos participantes estão relacionados ao tratamento psicológico realizado por psicoterapeuta especialista em clínica analítico comportamental, em condições seguras e com garantias de acompanhamento posterior, caso necessitem. Os ganhos indiretos estão relacionados à possível comprovação de intervenção baseada em evidências, que pode ser ofertada posteriormente a toda a comunidade acadêmica e à população em geral.
6. **CrITÉrios de inclusão e exclusão.**
- 6a) **Inclusão:** Estudantes maiores de 18 anos de idade; queixa de ansiedade (intensidade ou frequência que causem sofrimento)
- 6b) **Exclusão:** Estar realizando outra terapia; estar iniciando uso de medicação ou trocando de medicamento durante a participação na pesquisa.

7. **Direito de sair da pesquisa e a esclarecimentos durante o processo:** Você tem a liberdade de não participar e pode, ainda, caso concorde em participar, interromper sua participação em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo. Você tem a liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem penalização. Sempre que quiser, você poderá pedir mais informações sobre o estudo contatando a pesquisadora – Gilliane Aparecida Schmitz - por meio do endereço eletrônico gilliane@utfpr.edu.br.

Assinale uma das opções abaixo para receber ou para não receber os resultados da pesquisa, conforme seu interesse:

- Quero receber os resultados da pesquisa. Favor enviar para o e-mail registrado acima
- Não quero receber os resultados da pesquisa.

Título

8. **Ressarcimento e indenização:** Sua participação na pesquisa não envolve qualquer dispêndio financeiro ou material de sua parte. Mas você tem o direito de ser indenizado por qualquer dano que, comprovadamente, seja decorrente de sua participação na pesquisa.

ESCLARECIMENTOS SOBRE O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) é constituído por uma equipe de profissionais com formação multidisciplinar que estão trabalhando para assegurar o respeito aos seus direitos como participante de pesquisa. Ele tem por objetivo avaliar se a pesquisa foi planejada e será executada de forma ética. Se você considerar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você foi informado ou que você está sendo prejudicado de alguma forma, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (CEP/UTFPR). Av. Sete de Setembro, 3165, Rebouças, CEP 80230-901, Curitiba-PR, telefone: 3310-4494 e-mail: coep@utfpr.edu.br

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter me colocado à disposição para responder da melhor forma possível às questões formuladas.
Assina a pesquisadora: Giliane Aparecida Schmitz, CRP 08/14809

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com gillanea@utfpr.edu.br, via e-mail: gillanea@utfpr.edu.br ou telefone: (46)99117-9665 ou (46)3220-3260.

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 3

Assinatura do TCLE

Para prosseguir com sua participação no estudo, por favor preencha os seguintes campos (Lembrando do compromisso da pesquisadora com o sigilo mediante todas as informações)

Nome Completo

Texto de resposta curta

R.G.

Texto de resposta curta

Telefone

Texto de resposta curta

Endereço (Rua, Número, Bairro)

Texto de resposta curta

CEP

Texto de resposta curta

Cidade

Texto de resposta curta

Estado

Texto de resposta curta

B) **CONSENTIMENTO** (do participante de pesquisa Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos, benefícios, ressarcimentos e indenizações relacionados a este estudo. Concordo que minha voz seja gravada em áudio e minha imagem em vídeo para os fins da pesquisa. Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar desta pesquisa. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

- Estou de acordo em participar do estudo.
- Não estou de acordo

ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos, benefícios, ressarcimentos e indenizações relacionados a este estudo. Concordo que minha voz seja gravada em áudio e minha imagem em vídeo para os fins da pesquisa. Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar desta pesquisa. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

- Estou de acordo em participar do estudo.
- Não estou de acordo

Após a seção 2 Ir para a seção 3 (Informações Complementares)

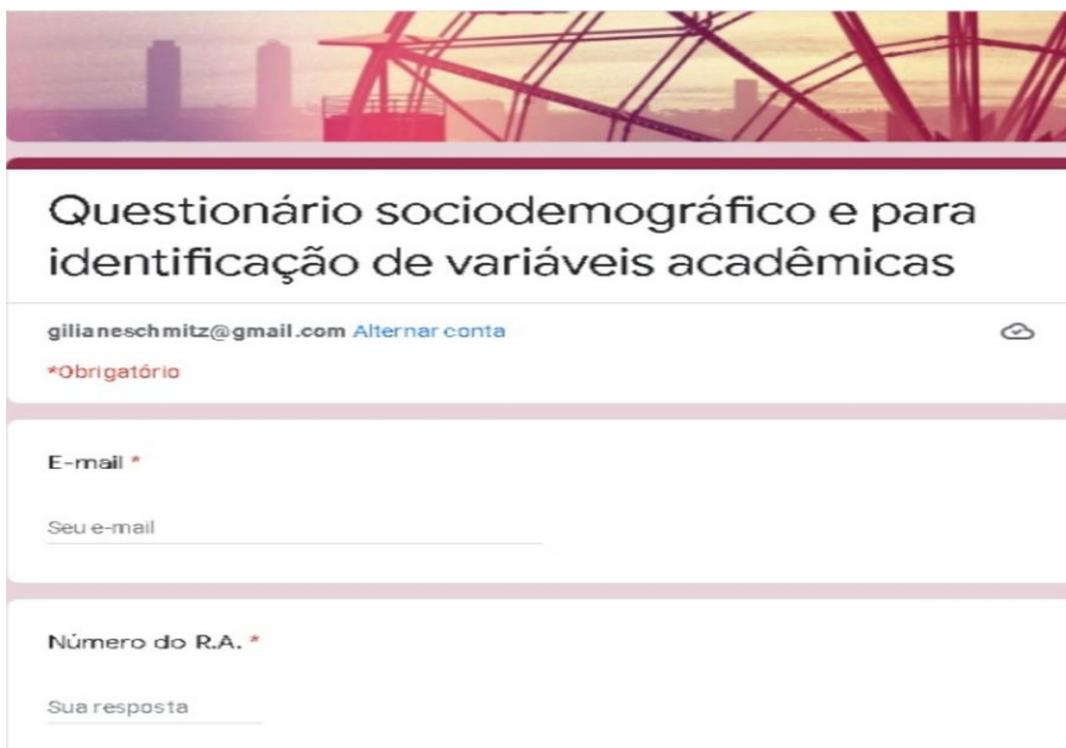
Seção 3 de 3

Informações Complementares

Ao acabar o preenchimento deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) E TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM, SOM E VOZ (TCUISV), você receberá um recibo de resposta, poderá imprimi-lo ou solicitar que a pesquisadora envie uma cópia deste TCLE e TCUISV pelo e-mail registrado.

Anexo J - Cuestionario Sociodemográfico y para la identificación de variables académicas -

Disponível a través de Formulários de Google



The image shows the top portion of a Google Form. At the top is a header image with a city skyline and a red geometric structure. Below the image, the title of the form is displayed in large black text: "Questionário sociodemográfico e para identificação de variáveis acadêmicas". Underneath the title, the user's email "gilianeschmitz@gmail.com" is shown with a link to "Alternar conta" and a cloud icon. A red asterisk indicates a required field: "*Obrigatório". The first question is "E-mail *" with a text input field containing the placeholder "Seu e-mail". The second question is "Número do R.A. *" with a text input field containing the placeholder "Sua resposta".



This image shows the continuation of the Google Form. It contains four question blocks, each with a text input field. The first block is for "Número do R.A. *" with the placeholder "Sua resposta". The second block is for "Sexo *" with the placeholder "Sua resposta". The third block is for "Data de Nascimento" with the label "Data" and a date input field showing "dd/mm/aaa:" and a calendar icon. The fourth block is for "Cidade e estado de residência atual" with the placeholder "Sua resposta".

Curso

- Administração
- Agronomia
- Ciências Contábeis
- Engenharia Civil
- Engenharia de Computação
- Engenharia Elétrica
- Engenharia Mecânica
- Letras
- Matemática
- Química
- Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas
- Tecnologia em Manutenção Industrial
- Outro (Pós Graduação)

Possui outra Graduação?

- Sim
- Não

Se possui outra graduação, qual?

Sua resposta

Atualmente faz algum tipo de tratamento

- Psicológico
- Psiquiátrico
- Nenhum

Atualmente faz uso de algum medicamento psiquiátrico:

- Sim
- Não

Se atualmente faz uso de algum medicamento psiquiátrico, qual/quais?

Sua resposta _____

Estado Civil

- Solteiro(a)
- Namorando
- Em união estável
- Divorciado(a)/ Separado(a)
- Viuvo(a)

Filhos

- Não
- Sim

Se tem filhos, quantos são e qual a idade de cada um?

Sua resposta _____

Trabalha

- Sim
- Não

Caso trabalhe, quantas horas semanais?

Sua resposta _____

Procedência

- Pato Branco
- Região de Pato Branco (Sudoeste do Paraná ou Oeste de Santa Catarina)
- Estado do Paraná - Outras regiões
- Outro estado

Mora:

- Sozinho(a)
- Cônjuge sem filhos
- Cônjuge com filhos
- Com os pais
- Apenas com filho(s)
- Com amigos/colegas
- Em pensão

Prática de atividade física

- Não pratico atividades físicas regularmente
- 1 ou duas vezes na semana
- 3 a 4 vezes na semana
- Diariamente

Nível de satisfação com o curso:

- Totalmente insatisfeito
- Parcialmente insatisfeito
- Parcialmente satisfeito
- Totalmente satisfeito

Nível de satisfação com a UTFPR

- Totalmente insatisfeito
- Parcialmente insatisfeito
- Parcialmente satisfeito
- Totalmente satisfeito

Cite 3 principais situações que lhe causam preocupações e/ou ansiedade

Sua resposta

Cite formas como costuma lidar com a ansiedade

Sua resposta

O que gostaria de obter de ganhos com sua participação nessa pesquisa?

Sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

ANEXOS

Anexo 1 – Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ-II

Versión del Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) adaptada a Brasil

Seguidamente encontrará una lista de afirmaciones. Califique qué tan cierta es cada afirmación para usted y encierre en un círculo el número correspondiente. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Muy Raramente	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

	1	2	3	4	5	6	7
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos me dificultan vivir la vida que me gustaría.							
2. Tengo miedo de mis sentimientos.							
3. Me preocupa no poder controlar mis preocupaciones y sentimientos.							
4. Mis dolorosos recuerdos me impiden tener una vida plena.							
5. Las emociones causan problemas en mi vida.							
6. Parece que la mayoría de las personas manejan sus vidas mejor que yo.							
7. Las preocupaciones se interponen en el camino de mi éxito.							

Sexo: [F] [M]

Edad _____

Anexo 2 – Whoqol Bref – Versión disponible para los participantes en línea a través de Formularios de Google

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL- bref com Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua

vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

 **gilianschmitz@gmail.com** (não compartilhado) 
[Alternar conta](#)

*Obrigatório

Nome

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? *

- 1- Muito ruim
- 2- Ruim
- 3- Nem ruim, nem boa
- 4- Boa
- 5- Muito boa

2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? *

- 1-Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

3. Em que medida você acha que dores (físicas) impedem você de fazer o que você precisa *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Mais ou menos
- 4- Bastante
- 5- Extremamente

5. O quanto você aproveita a vida? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Mais ou menos
- 4- Bastante
- 5- Extremamente

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Mais ou menos
- 4- Bastante
- 5- Extremamente

6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Mais ou menos
- 4- Bastante
- 5- Extremamente

7. O quanto você consegue se concentrar? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Mais ou menos
- 4- Bastante
- 5- Extremamente

8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Mais ou menos
- 4- Bastante
- 5- Extremamente

9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Mais ou menos
- 4- Bastante
- 5- Extremamente

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Médio
- 4- Muito
- 5- Completamente

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Médio
- 4- Muito
- 5- Completamente

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Médio
- 4- Muito
- 5- Completamente

13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Médio
- 4- Muito
- 5- Completamente

14. Em que medida você tem oportunidades de Atividade de lazer? *

- 1- Nada
- 2- Muito pouco
- 3- Médio
- 4- Muito
- 5- Completamente

15. Quão bem você é capaz de se locomover? *

- 1- Muito Ruim
- 2- Ruim
- 3- Nem ruim, nem bom
- 4- Bom
- 5- Muito bom

16. Quão satisfeito(a) você está com seu sono? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

25. Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte? *

- 1- Muito insatisfeito(a)
- 2- Insatisfeito(a)
- 3- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- 4- Satisfeito(a)
- 5- Muito satisfeito(a)

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? *

- 1- Nunca
- 2- Algumas vezes
- 3- Frequentemente
- 4- Muito Frequentemente
- 5- Sempre

27. Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? *

Sua resposta

28. Quanto tempo você levou para preencher este questionário? *

Sua resposta

29. Você tem algum comentário sobre o questionário? *

Sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Anexo 3 - Inventário de Ansiedade de Beck – BAI



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

Anexo 4 - Escala de Ansiedad de Hamilton - HAM-A

ESCALA DE EVALUACIÓN DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Protocolo N°. _____

Iniciales del paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Instrucciones: Esta lista de verificación es para ayudar al médico o psiquiatra a evaluar a cada paciente de acuerdo con su grado de ansiedad y condición patológica. Complete la calificación apropiada en el cuadro correspondiente al lado de cada elemento en la columna de la derecha.

GRADOS: *Ninguno = 0; luz = 1; Medio = 2; fuerte = 3; Máximo = 4*

Nº	ELEMENTO	COMPORTAMIENTO	GRADO
1	Humor Ansioso	Preocupaciones, previsión de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad, etc.	
2	Tensión	Sentimientos de tensión, fatiga, reacción de sobresalto, facilidad para moverse, temblores, incapacidad para relajarse e inquietud.	
3	Miedos	De la oscuridad, de extraños, de estar solo, de animales, del tráfico, de multitudes, etc. (evaluar cualquiera por intensidad y frecuencia de exposición).	
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, insatisfacción y cansancio al despertar, sueños dolorosos, pesadillas, terrores nocturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificultad para concentrarse, fallos de memoria, etc.	
6	Humor Deprimido	Pérdida de interés, falta de placer en hobbies, depresión, despertar temprano, cambios de humor, etc.	
7	Somatizaciones Motoras	Dolores musculares, rigidez muscular, espasmos espásticos, espasmos involuntarios, rechinar de dientes, voz inestable, etc.	
8	Somatizaciones Sensoriales	Ondas de frío o calor, sensación de debilidad, visión borrosa, sensación de hormigueo, hormigueo, calambres, entumecimiento, sensaciones auditivas de tinnitus, zumbidos, etc.	
9	Síntomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, sensación de desmayo, sensación de extrasístoles, palpitaciones de los vasos sanguíneos, vértigo, latido irregular del corazón, etc.	

10	Síntomas Respiratorios	Sensaciones de opresión o constricción en el pecho, sensaciones de ahogo o asfixia, suspiros, disnea, etc.	
11	Síntomas Gastrointestinales	Dificultad para tragar, aerofagia, dispepsia, dolor abdominal, ardor o acidez estomacal, dolor pre o posprandial, sensación de plenitud o vaciamiento gástrico, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, acidez estomacal, meteorismo, náuseas, vómitos, etc.	
12	Síntomas Genitourinarios	Frecuencia urinaria, urgencia de orinar, amenorrea, menorragia, frigidez, erección incompleta, eyaculación precoz, impotencia, disminución de la libido, etc.	
13	Síntomas Autonómicos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia al sudor, manos húmedas, inquietud, tensión, dolor de cabeza, cabello despeinado, mareos, etc.	
14	Comportamiento em la Entrevista	Tenso, incómodo, inquieto, de un lado a otro, temblor de manos (temblor, inquietud, crispación), cara tensa y con el ceño fruncido, deglución seca, eructos, dilatación de pupilas, sudoración, sibilancias, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
		<i>PUNTAJE TOTAL:</i>	

Anexo 5 - Opinión fundamentada sobre la aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética en Investigación

OPINIÓN CONSTITUIDA DESDE LA CEP
DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título de la Investigación: "TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN GRUPAL EN LÍNEA PARA LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: INTERVENCIÓN BASADA EN EVIDENCIA"

Investigador: Giliane Aparecida Schmitz

Área Temática:

Versión 2

CAAE: 36628320.0.0000.5547

Institución proponente: Universidad Tecnológica Federal de Paraná

Patrocinador Principal: Financiación Propia

DATOS DE OPINIÓN

Número de Opinión: 4.283.255

Presentación del proyecto:

Según el investigador:

Diseño:

Investigación Cuasiexperimental Cualitativa. Estudio de evidencia terapéutica en una población formada por estudiantes universitarios. La intervención será en la modalidad grupal en línea, con línea de base múltiple, análisis de caso único y comparación entre grupos.

Según el investigador:

Resumen:

Los estudios han demostrado una prevalencia de problemas psicológicos entre los estudiantes universitarios. Algunas variables estarían relacionadas con las dificultades para elegir la carrera, la adaptación a la vida académica, las exigencias de buenos resultados y, más recientemente, los impactos del COVID-19 y la adaptación a esta realidad. La ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes y la base de los principales trastornos que presenta esta población. En las universidades públicas de Brasil, las tasas de prevalencia de los trastornos mentales menores varían entre el 25% y el 58% de esta población, lo que indica altos niveles de ansiedad, desánimo y falta de voluntad para realizar actividades. Se discute la posibilidad de utilizar protocolos de intervención conductual grupal, centrándose en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para diferentes trastornos, entre ellos la ansiedad. Además, el contexto de la pandemia de COVID-19 indicó la necesidad de adaptar las estrategias de atención psicológica debido al distanciamiento social. Considerando la demanda psicológica de los estudiantes

universitarios y la necesidad de insertar la atención en línea, la propuesta de investigación es identificar la evidencia terapéutica de una intervención en línea en un grupo de estudiantes universitarios utilizando la Terapia de Aceptación y Compromiso - ACT para la ansiedad, realizada con 30 participantes, quienes se someterán a una intervención grupal en línea, divididos en G1, G2 y G3. La intervención se realizará a través de Google Meet, con 8 sesiones semiestructuradas, basadas en Behavioral Analytics, utilizando los principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La evolución de cada participante será analizada individualmente (estudio de caso único), con comparación de resultados entre los participantes de su propio grupo y los demás. El estudio será de línea de base múltiple, donde cada grupo se insertará en la intervención en diferentes momentos, siendo analizada la variable tiempo. El análisis de significancia clínica y cambio confiable se realizará usando el Método JT. Se espera que el presente estudio contribuya a la comprobación de prácticas basadas en evidencias, demostrando la consistencia de las terapias conductuales para el tratamiento de la ansiedad, volviendo la atención a la salud mental de los universitarios.

Según el investigador:

Introducción:

Estudios actuales (Cerchiari, Caetano & Faccenda, 2005; Pistorello, 2013, Schmitz and Soares, 2019; Cao et. Al., 2020; Tang et. Al., 2020) han mostrado un número creciente de casos relacionados con problemas psicológicos en la universidad. Los autores señalaron que las dificultades en la elección de carrera, la adaptación a la vida académica, la exigencia de buenos resultados y, más recientemente, los impactos de la COVID-19 son variables que pueden contribuir al padecimiento de esta población. Tales problemas afectan no solo la vida académica de los estudiantes, sino también su vida personal y el establecimiento de vínculos, comprometiendo gravemente su calidad de vida. Según la American College Health Association - ACHA (2011), cerca del 20% de los estudiantes universitarios han tenido conductas suicidas. ideación y el 7% ya había intentado suicidarse. Se encontró que aproximadamente el 50% tenía un diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico, un quinto ya había sufrido depresión y dos tercios experimentaban sentimientos abrumadores de ansiedad. Otros estudios (Ibrahim, et al, 2013; Shamsuddin, et al, 2013) mostraron una alta prevalencia de depresión en estudiantes universitarios, en promedio 30,6%, mientras que en la población general

rondaba el 9%. Los mismos estudios mostraron que la prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios oscilaba entre el 63 % y el 92 %.

En Brasil, en universidades públicas, estudios indicaron que las tasas de prevalencia de trastornos mentales menores, según Andrade et. Alabama. (2016), osciló entre el 25% y el 58% de esta población. De acuerdo con una encuesta realizada sobre el perfil socioeconómico de los estudiantes de universidades federales (FONAPRACE, 2014), del total de estudiantes encuestados, 58.36% indicó que padecía ansiedad; el 44,72% reportó desánimo/falta de voluntad para hacer las cosas; El 32,57% tiene insomnio o tiene trastornos importantes del sueño Pistorello (2013) sugirió que las personas se vuelven adultas durante sus años universitarios. Este proceso de ajuste podría tener falencias y generar impactos en la salud mental que podrían permanecer por mucho tiempo en la vida de estos individuos, los programas de abordaje grupal conductual, especialmente utilizando la Terapia de Aceptación y Compromiso - ACT, se han considerado como una posibilidad en el enfrentamiento condiciones psicopatológicas (Boone, 2013; Chagas, Guilherme y Moriyama, 2013; Machado, 2015). Mostraron resultados significativos en cuanto a la mejora de los síntomas observados, así como de los procesos psicoterapéuticos individuales. La investigación ha discutido la efectividad del uso de protocolos de intervención grupal conductual para diferentes trastornos. La pandemia de COVID-19 ha cambiado la forma de vida de la humanidad y el cuidado de la salud mental se ha convertido en un foco importante de estudios. Había una necesidad de que los profesionales del área se adaptaran para mantener las llamadas, incluso con la distancia social. Así, la psicoterapia online ha surgido como una alternativa a la clínica presencial y a los entornos de inserción de otros psicólogos (Cao, et al, 2020; Rajkumar, 2020; Ransing, et al, 2020; Schmidt et al, 2020;). Considerando la prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios y la necesidad de una intervención a distancia, el problema que se plantea es: “¿Qué evidencia terapéutica de una intervención en línea en un grupo de estudiantes universitarios utilizando Terapia de Aceptación y Compromiso – ACT para la ansiedad?”

Según el investigador:

Hipótesis:

La terapia de aceptación y compromiso, cuando se aplica en un grupo en línea, presenta evidencia científica de que reduce la ansiedad en estudiantes universitarios.

Según el investigador:

Metodología propuesta:

La propuesta es realizar un estudio sobre evidencia de una intervención terapéutica para la ansiedad, realizado en la modalidad online y en un grupo con una población de estudiantes universitarios. La investigación es cualitativa, experimental, con línea de base múltiple, análisis de caso único con comparación entre grupos. El método experimental se basa en la noción de que los fenómenos se determinan o se relacionan con otros fenómenos de manera regular. Para estudiar esta relación se define el fenómeno de interés y se miden las variables características de estos fenómenos. Luego, se manipula un segundo conjunto de variables que, hipotéticamente, se relacionan con el conjunto de fenómenos medidos y, nuevamente, se mide el fenómeno de interés. Si estas manipulaciones y mediciones dan lugar a resultados consistentes, se asume una relación de dependencia entre las variables manipuladas y medidas (Andery, 2010). Según Sampaio et al (2008), el objetivo de un estudio experimental es establecer relaciones sistemáticas entre variables, que se dividen en dos categorías principales: variables experimentales o independientes - VI (intervención psicoterapéutica grupal) y variables observadas o dependientes - DV (ansiedad y comportamientos relacionados). La característica fundamental de este tipo de experimentos es la manipulación de variables, se utilizará el diseño de sujeto único, que ha sido propugnado por varios investigadores (Estes & Skinner, 1941; Ferster & Skinner, 1957; Kazdin, 1982; Sidman, 1960). /1976). ; Skinner, 1938, m1947, 1956). La elección realizada para analizar la influencia de la intervención sobre las conductas observadas fue el diseño de línea base múltiple, en el que se establecen más de una línea base (condiciones de control), introduciéndose las Variables Independientes en diferentes momentos en el tiempo para cada una de las mismas. grupos de componentes de investigación (Kazdin, 1982).

Se diseñará/adaptará y aplicará un programa de intervención grupal con base Analítico-Conductual, con foco en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Los participantes serán reclutados vía correo electrónico, enviado a toda la población académica, aclarando los objetivos y procedimientos de la investigación, según el siguiente modelo:

"¡Hola! Mi nombre es Giliane Schmitz, soy Psicóloga de la UTFPR Pato Branco. Estoy realizando una investigación titulada "Terapia de Aceptación y Compromiso Grupal en línea (ACT) para la ansiedad en estudiantes universitarios: Intervención basada en evidencia". te invitamos a participar en este estudio, que tiene como objetivo evaluar la evidencia terapéutica de un programa de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) realizado en línea y en un grupo con estudiantes universitarios Si eres mayor de 18 años, estudiando en el cursos de pregrado en la UTFPR Pato Branco y quejándose de ansiedad intensa y/o muy frecuente; no está participando en otro proceso terapéutico para la ansiedad y no está iniciando/cambiando el uso de medicamentos para este fin y está interesado en participar en esta investigación, por favor contacte yo y daré un tiempo para aclarar más detalles sobre la participación en el estudio. Responder a este reclutamiento no genera ninguna obligación de participar en la investigación Para aclarar dudas o mostrar interés, puede contactarme a través de los siguientes contactos: vía e-mail: giliane@utfpr.edu.br/ gilianeschmitz@gmail.com o teléfono: (46)99117-9665 ¡Gracias por su atención! Giliane Schmitz."

Los estudiantes que respondan al reclutamiento serán invitados a participar de una reunión en línea, con 3 posibilidades de horarios disponibles, para aclarar los objetivos y metodología del estudio, también se presentará el TCLE. A quienes aún estén interesados en participar en la investigación se les informará que habrá tres grupos, divididos aleatoriamente. En la primera reunión, se les invitará a completar el formulario de consentimiento informado en línea.

Según el investigador:

Criterios de inclusión:

1. Estudiantes mayores de 18 años;2. Queja de ansiedad (intensidad o frecuencia que causa angustia)

Criterio de exclusión:

1. Estar participando en otro proceso psicoterapéutico;

2. Estar comenzando a usar medicación para controlar la ansiedad o cambiar de medicación mientras participa en la investigación.

Según el investigador:

Metodología de análisis de datos:

Para demostrar la confiabilidad y significación clínica de los cambios logrados con la intervención grupal, se utilizará el método desarrollado por Jacobson y Truax (1991), más conocido como “Método JT”, el cual proporciona un análisis comparativo entre puntajes pre y post -intervención para decidir si las diferencias entre ellos representan cambios fiables y si son clínicamente relevantes (Del Prette y Del Prette, 2008) El análisis de datos mediante el Método JT implica dos procesos complementarios: (a) cálculo de la fiabilidad de los cambios que ocurrió entre las evaluaciones previas y posteriores a la intervención, descritas en términos de un índice de cambio confiable (IMC), y (b) análisis de la importancia clínica de estos cambios.

Según el investigador:

Tamaño de muestra en Brasil: 30

Propósito de la investigación:

Según el investigador:

Propósito primario:

Evaluar la evidencia terapéutica de una intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para la ansiedad, realizada online y en grupo para estudiantes universitarios.

Objetivo secundario:

- Desarrollar/adaptar una intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso;
- Aplicar la intervención en diferentes grupos. Explicar

- Analizar la tasa de cambio confiable de los cambios que ocurrieron entre las evaluaciones previas y posteriores a la intervención;
- Valorar la significación clínica de los cambios conseguidos tras la intervención grupal.

Evaluación de Riesgos y Beneficios:

Según el investigador:

Arañazos:

El riesgo previsto es mínimo. A lo sumo, se espera un poco de vergüenza al participar en una investigación relacionada con la salud mental en un entorno en el que estarán presentes sus compañeros. Si la vergüenza resulta ser un impedimento, el participante puede abandonar la investigación en cualquier momento sin costo alguno. En caso de fracaso de la intervención, el participante podrá acudir a la atención individualizada a cargo del Psicólogo que propone este estudio, o incluso, si lo prefiere, ser derivado para su atención en la red pública de salud mental, estando condicionado a la disponibilidad de la agenda de esos órganos.

Beneficios:

Se considera que los beneficios de la investigación se pueden dividir en directos e indirectos. Los derechos estarían relacionados con la oportunidad de someterse a una intervención psicológica realizada por un psicoterapeuta especialista en clínica analítica conductual. Se dará prioridad a la organización de condiciones seguras y confidenciales para el servicio y con garantías de seguimiento posterior, en caso de ser necesario. Las ganancias indirectas incluyen la posibilidad de probar la efectividad de una intervención basada en evidencia, que luego se puede ofrecer a toda la comunidad académica y la población en general.

Comentarios y Consideraciones sobre la Investigación:

La investigación es relevante para el tema estudiado.

Consideraciones sobre los Términos Obligatorios de Presentación:

Cumple parcialmente con la Resolución CNS N° 466 de 2012, Resolución CNS N° 510 de 2016 y Norma Operativa CNS N° 001 de 2013

Recomendaciones:

Recomendaciones para esta versión:

1. (Ítem 2 de la versión anterior) El riesgo no fue modificado de acuerdo con el cambio realizado en Plataforma Brasil en esta versión. Se sugiere modificar el riesgo según Plataforma Brasil y enviarlo como notificación.

Conclusiones o Pendientes y Listado de Insuficiencias:

Recomendaciones de la Opinión Incorporada N° 4.242.662 del 27 de agosto de 2020:

1. Metodología de revisión. En la metodología, informar cómo se reclutarán los participantes, cómo se entregará el ICF (si es en línea, poner el paso a paso y también adjuntar las pantallas), y cómo será cada intervención de acuerdo a cada grupo que el participante se involucrará.

CONTESTADAS Metodología modificada. Adjunto capturas de pantalla del archivo adjunto "Projeto_cep.pdf".

2. Presentar ICC a cada grupo de participantes, informando lo que el grupo hará en la investigación, cuáles son los riesgos/beneficios para cada grupo también.

ASISTIDO PARCIALMENTE. Como la intervención será la misma en los grupos, el TCLI es el mismo (solo comenzarán en fechas diferentes). El riesgo no se modificó de acuerdo con el cambio realizado en la Plataforma Brasil en esta versión. Se sugiere cambiar el riesgo de acuerdo con la Plataforma Brasil y enviarlo como una notificación.

3. En la partida de riesgo:

3.a. Existe la frase: " el participante puede recurrir al atendimento oferecido al acadêmico en la propia institución, representada por el Núcleo de Seguimiento Psicopedagógico y Atención al Estudiante - NUAPE, en la figura del Psicólogo, este ejecutante de la presente investigación, o incluso, si lo prefiere, ser derivado para su atención en la red de salud mental. "En este caso, dado que hay una referencia a NUAPE,

se debe adjuntar una carta de consentimiento de este sector para realizar esta investigación. La red no siempre está disponible para ayudar en ese momento.

3.b. También en este artículo, hay ". Si la vergüenza resulta ser un impedimento, el participante

Puede abandonar la encuesta en cualquier momento sin ningún cargo. "El hecho de que el participante pueda salir del

la búsqueda es derecho de lo mismo, no de minimización. Revisar las acciones de minimización de riesgos, considerando que la intervención se realizará en grupo, o incluso en una intervención individual.

CONTESTADAS Se ha eliminado la mención de NUAPE y se ha cambiado el texto.

4. De acuerdo con los cambios sugeridos en este dictamen, pueden existir nuevas recomendaciones en el próximo dictamen.

SIN NUEVAS RECOMENDACIONES

5. Horario de revisión.

CONTESTADAS

Consideraciones finales a criterio de la CEP:

En vista de lo anterior, el CEP-UTFPR, de conformidad con las atribuciones definidas en cumplimiento de la Resolución CNS N° 466 de 2012, Resolución CNS N° 510 de 2016 y Norma Operativa CNS N° 001 de 2013, expresa su aprobación del presente proyecto.

Recordamos a los investigadores que el Comité de Ética en Investigación (CEP) debe recibir informes anuales sobre el avance del estudio, así como en cualquier momento y a criterio del investigador en casos de relevancia, además de la presentación de informes de eventos adversos. para conocimiento de este Comité. También enfatizamos la necesidad de un informe completo al final del estudio. Cualquier modificación o enmienda al protocolo deberá ser presentada al CEP-UTFPR de manera clara y sucinta, identificando la parte del protocolo a modificar y sus justificaciones.

Este dictamen fue elaborado con base en los documentos que se relacionan a continuación:

Tipo de Documento	Archivo	Envío	Autor	Situación
Informaciones Básicas del Proyecto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1612524.pdf	01/09/2020 16:44:29		Aceptado
TCLI / Términos de Assentimiento / Justificación de Ausencia	TCLE.docx	01/09/2020 16:43:43	Giliane Aparecida Schmitz	Aceptado
Proyecto Detallado / Folleto Investigador	Projeto_cep.pdf	01/09/2020 16:42:40	Giliane Aparecida Schmitz	Aceptado
Otros	Termo_compromisso.pdf	15/08/2020 16:39:56	Giliane Aparecida Schmitz	Aceptado
Hoja de Rostro	FolhaDeRosto_.pdf	13/08/2020 15:45:06	Giliane Aparecida Schmitz	Aceptado
Otros	Instrumento5_Questionariosociodemografico.docx	13/08/2020 15:24:48	Giliane Aparecida Schmitz	Aceptado
Otros	Instrumento4_EscAnsHamilton.doc	13/08/2020	Giliane Aparecida	Aceptado

		15:23:44	Schmitz	
Otros	Instrumento2WhoqolBree f.pdf	13/08/2020	Giliane Aparecida	Aceptado
		15:23:23	Schmitz	
Otros	Instrumento3_Escala_Bec k_BAI.pdf	13/08/2020	Giliane Aparecida	Aceptado
		15:21:46	Schmitz	
Otros	Instrumento1_AAQIIBras il.docx	13/08/2020	Giliane Aparecida	Aceptado
		15:21:18	Schmitz	

Estado de opinión:

Aprobado

Requiere Avalúo CONEP:

No

CURITIBA, 17 de septiembre de 2020.

Firmado por: Frieda Saicla Barros (Coordinadora)