



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Intervención cognitivo conductual para ataque de pánico en una  
residente de urgencias médicas afectada por COVID-19**

**T E S I S**

Que para obtener el título de

**Licenciada en Psicología**

**P R E S E N T A**

Brenda Anahí Barrera Flores

**MIEMBROS DEL COMITÉ**

**Director:** Dr. Edgar Landa Ramírez

**Revisora:** Dra. María Santos Becerril Pérez

**Sinodales:** Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa

Dra. Claudia Ivethe Jaen Cortés

Dra. Claudia Margarita Rafful Loera



Ciudad Universitaria, CD.MX, 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

He cumplido una meta más y quisiera agradecer a mis seres queridos que estuvieron a mi lado haciéndome sentir querida y apoyada, sin duda forman parte importante de mi crecimiento personal, académico y profesional. En especial, quiero agradecer a mis padres y hermanos, por confiar siempre en mí, por motivarme a hacer lo que realmente me hace feliz, por su amor y apoyo incondicional. A mi hija, por la paciencia y amor con la que me recibe día con día y por regalarme los detalles más hermosos, los cuales me motivan a seguir forjando nuestro futuro. A Antonio Alegría, por recordarme en cada momento difícil que siempre hay tiempo para una sonrisa. Gracias familia por acompañarme en cada paso que doy y por enseñarme a dar siempre lo mejor de mí.

Asimismo, quiero agradecerle al Dr. Edgar Landa, por hacerme parte de esta hermosa experiencia llena de aprendizaje y reflexión. Es un honor haber trabajado con usted y ser aprendiz de sus conocimientos y amor por la investigación. Gracias por enseñarnos la responsabilidad y la constancia con respecto a nuestro trabajo y labor como psicólogos, pero también, por recordarnos con el ejemplo que el trato digno y humano que tenemos hacia nuestros pacientes, es el reflejo del cariño que tenemos por nuestra profesión. De igual manera, quiero agradecer a todo el servicio de Psicología de Urgencias, por sus consejos, la disponibilidad de apoyar a cada integrante y por enseñarme lo bello del ambiente hospitalario. No solo me llevo conocimientos sino también, bellas amistades, Ximena Ortega, Ixchel Calixto, Viridiana Eslava, Macarena Canseco, Alma Guerrero, Lesly Díaz y Carlos Zepeda gracias por las risas, los buenos momentos y por enseñarme las distintas formas de querer y ser querida. A Nadia Vieyra por ser un ejemplo a seguir, poniendo en alto no solo al servicio sino también, a la mujer en la investigación. Gracias a todos, los llevaré siempre en mi corazón.

A la Dra. María Santos Becerril Pérez, a la Dra. Claudia Iveth Jaen Cortés, a la Dra. Claudia Margarita Rafful Loera y al Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa por sus conocimientos, consejos y apoyo durante este proceso.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que me permitió disfrutar de las enseñanzas de grandes académicos y de la compañía de buenos amigos con un gran corazón, que me brindaron su apoyo, cariño y rezos por mi bienestar y el de mi familia.

Finalmente, pero no menos importante a mi paciente, porque gracias a tu valentía, dedicación y amor por tu profesión es que fue posible este trabajo. Trabajo en conjunto (y me incluyo) que nos permitió crecer, aprender y enfrentar las adversidades. Gracias por confiar en mí y compartir tus logros. Siempre serás mi paciente número uno.

**¡Por mi raza hablara el espíritu!**

# ÍNDICE

<b>Agradecimientos</b> .....	2
<b>Resumen</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	5
<b>Estudio de Caso</b> .....	33
<b>Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia</b> .....	33
<b>Estrategias de evaluación</b> .....	35
<b>Formulación clínica del caso</b> .....	38
<b>Tratamientos y Elección del tratamiento</b> .....	42
<b>Factores relacionados con el o la terapeuta</b> .....	52
<b>Diseño del estudio</b> .....	52
<b>Análisis de datos</b> .....	53
<b>Resultados</b> .....	54
<b>Discusión</b> .....	60
<b>Referencias</b> .....	65
<b>Anexo</b> .....	83

## Resumen

Debido al Covid-19 el personal de salud de primera línea es vulnerable a desarrollar diversas afecciones psicológicas. El ataque de pánico es uno de los padecimientos que clínicamente se reporta en esta población. El tratamiento cognitivo conductual (TCC) ha demostrado ser la primera línea psicológica para el abordaje y tratamiento del trastorno de pánico, por ello, en el presente escrito, se describe la implementación y adaptación de una intervención TCC remota para evaluar sus efectos sobre los ataques de pánico. Se trata de un caso clínico en el que participó una residente de urgencias médicas afectada por el Covid-19 y que desarrolló pericarditis asociada a la enfermedad. Se reportan los niveles de frecuencia, intensidad y uso del servicio de urgencias durante línea base, intervención, seguimiento a un mes y a tres meses. Los resultados indican que hubo una disminución entre las fases de las variables previamente descritas en cuanto la intensidad y frecuencia de los ataques de pánico. El tamaño del efecto de la intervención (índices de no sobreposición de todos los pares, NAP por sus siglas en inglés) en la paciente fue positivo y moderado ( $NAP= 0.83$ ; Intervalo de Confianza  $0.379 < >0.942$ ) lo que demuestra una mejoría estadística en estos resultados. Finalmente, los resultados apuntan a que la intervención fue útil y viable para la paciente, se discuten las bondades y limitaciones de este reporte de caso.

Palabras clave: ataque de pánico, personal de salud, Covid-19, terapia cognitivo-conductual

## Abstract

Due to Covid-19 frontline healthcare workers are vulnerable to developing various psychological conditions. Panic attack is one of the conditions clinically reported in this population. Cognitive behavioral therapy (CBT) has been shown to be the first psychological line for the approach and treatment of panic disorder, thus, in the present writing, we describe the implementation and adaptation of a remote CBT intervention to evaluate its effects on panic attacks. This is a case report involving a female emergency medical resident affected by Covid-19 who developed pericarditis associated with the disease. Levels of frequency, intensity and ED use during baseline, intervention, one-month and three-month follow-up are reported. The results indicate that there was a decrease between phases of the previously described variables in the intensity and frequency of panic attacks. The effect size of the intervention (non-overlapping all-pairs index, NAP) on the patient was positive and moderate ( $NAP= 0.83$ ; Confidence Interval  $0.379 < >0.942$ ) demonstrating a statistical improvement in these outcomes. Finally, the results suggest that the intervention was useful and feasible for the patient, and the benefits and limitations of this case report are discussed.

Keywords: panic attack, health personnel, Covid-19, cognitive-behavioral therapy.

## Introducción

Wolfe et al. (2007), afirmaron que la principal causa de morbilidad y mortalidad en las personas se debe a las enfermedades infecciosas originadas por microorganismos patógenos transmitidos de manera directa o indirecta (p.ej. zoonosis, es decir de un animal al hombre) ejerciendo importantes influencias en los genomas. Además, plantean que para sostener enfermedades en masa se requiere de al menos varios cientos de miles de personas, y teniendo en cuenta los escasos de población en sus inicios de la humanidad, resaltan que las enfermedades contaban con diferentes características que les permitían persistir en poblaciones pequeñas (Wolfe et al., 2007).

Omran (1971) propuso el primer modelo teórico sobre las transiciones epidemiológicas, en el que describe la evolución de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico-degenerativas, pasando así padecimientos inducidos por patógenos a enfermedades provocadas por el mismo hombre. Posteriormente, Armelagos et al. (2005), propusieron desde una perspectiva antropológica un análisis sobre la influencia de la distribución desigual de los recursos económicos y clases sociales en la evolución del hombre. Con base en esta propuesta, se proponen tres etapas: la primera, caracterizada por la producción primaria de alimento por medio de la agricultura, lo cual tuvo una influencia en la nutrición, el desarrollo de los primeros asentamientos humanos y el inicio de la domesticación de animales, formando así, la primera transición epidemiológica de enfermedades infecciosas de origen animal en humanos transmitidos por la convivencia cercana y constante con los mismos. Durante esta etapa, incrementa la densidad de la población, la esperanza de vida se incrementa hasta los 40 años de edad y se da el inicio de la estratificación social, fomentando la desigualdad social y económica en la población (Armelagos et al., 2005; Omran, 1971; Wolfe et al., 2007).

La segunda etapa, se caracteriza por el declive de las enfermedades infecciosas por patógenos de origen animal y el surgimiento de las enfermedades crónicas-degenerativas, lo anterior fomentó el aumento en la esperanza de vida de las personas de entre 30 a 50 años de edad, gracias a los avances culturales y tecnológicos. En esta etapa se incrementaron el proceso gradual de la urbanización, la desigualdad social y la falta de infraestructura sanitaria, dando lugar nuevamente a la exposición de la población a enfermedades infecciosas de origen animal con mayor capacidad de infectar y durabilidad en los humanos. Finalmente, una tercera etapa,

que presenta avances tecnológicos, mejoras sanitarias y un aumento gradual en la esperanza de vida de las personas a más de 50 años de edad, viajes relacionados al comercio, cambios microbianos exclusivos en humanos, el consumo excesivo de alimentos que favoreció el mantenimiento de las enfermedades crónicas y el resurgimiento de las enfermedades infecto-contagiosas multirresistentes a los antibióticos causado por un mal uso de los medicamentos en las personas, animales y en la agricultura. Sumado a una reducción en la exposición a microorganismos patógenos durante el desarrollo prenatal e infantil, que resultó en una insuficiencia inmune-reguladora en la población más joven, por lo que las enfermedades infecciosas podrían regresar al haber nuevos reservorios humanos disponibles y volver con más fuerza (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014; OMS, 2016; Zuckerman et al., 2014). De este modo, se enfatiza la importancia de estudiar las relaciones históricas y evolutivas entre humanos, animales y patógenos para comprender los patrones actuales de la salud humana (Zuckerman et al., 2014).

Con base en este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1964, p. 1) y establece desde 1978 en su declaración de Alma Ata que la salud, es un derecho humano fundamental necesario para el desarrollo económico y social de la población en general (OMS, 1978).

De lo anteriormente expuesto surge la necesidad de hacer cambios en la forma de abordar los fenómenos de salud-enfermedad, pues el modelo tradicional biomédico (el cual tenía pertinencia en un contexto de enfermedades infecciosas, no así en el contexto de enfermedades crónicas) presentaba deficiencias para las tareas científicas y sociales al ser un modelo reduccionista físicista basado en el dualismo mente-cuerpo (en donde solo se enfocaban en lo orgánico), limitando la definición de enfermedad a términos somáticos y como desviación biológica; exclusionista al simpatizar con el método hipotético deductivo como única forma de obtener conocimientos científicos y excluir las variables social, psicológica y cultural de las personas. En consecuencia, Engel (1997) elaboró el modelo biopsicosocial, caracterizado por buscar un abordaje más integral de los determinantes de la salud considerando aspectos biológicos, sociales y psicológicos de las personas; pues supone que son aspectos que influyen en el proceso de salud – enfermedad, favoreciendo la comunicación entre médico- paciente,

integrando la colaboración de otras disciplinas para dar respuesta a las interrogantes no abordadas por las ciencias médicas al no ser de aspectos biológicos y, aumentando la elaboración de tratamientos para la enfermedad con la capacidad de influir y modificar el comportamiento del paciente para restaurar y mantener la salud del mismo mediante los conocimientos y habilidades psicológicas.

Debido a lo anterior, la psicología comienza a tener un papel relevante en el estudio y abordaje de la salud de los individuos. Por consiguiente, sectores de salud interesados en el área, fundan en 1978 la división 38 de la Asociación Americana de Psicología a la “Psicología de la Salud”, la cual se define como:

...conjunto de aspectos educativos, científicos y contribuciones profesionales de la disciplina psicológica para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada (Matarazzo, 1980, p.815).

Es así que a partir de la creación de la División 38, se sientan las bases que favorecieron el surgimiento de revistas científicas como *Health Psychology* en 1982, especializada en publicar estudios originales, revisiones concisas y autorizadas, descripciones bien documentadas sobre intervenciones clínicas, organizativas y educativas en el sistema de salud y análisis psicológicos de cuestiones de política sanitaria (Stone, 1982).

Recientemente, existe evidencia que respalda las aportaciones de la psicología de la salud particularmente en enfermedades crónicas-degenerativas, como: en pacientes y sobrevivientes de cáncer (Lang-Rollin y Berberich, 2018), dolor crónico, diabetes, obesidad (Weisberg et al., 2014), manejo de los padecimientos en áreas oncológicas, infectología, endocrinología y cardiología (Magidson & Weisberg, 2014). No obstante, también ha hecho aportaciones para enfermedades infecciosas, primordialmente en: evaluación de la calidad de vida en personas con Virus de Inmunodeficiencia Adquirida [VIH] (Fuster-RuizdeApodaca et al., 2019) e intervenciones psicológicas para los trastornos mentales más comunes en esta población (Chibanda et al., 2015), estudiar las secuelas físicas y psicosociales entre los pacientes sobrevivientes al virus de Ébola (James et al., 2019), en el impacto psicológico de la pandemia de

H1N1 en el personal hospitalario y respuestas psicológicas negativas en población general (Lau et al., 2010; Matsuishi et al., 2012), el impacto psicológico tras el brote del Síndrome respiratorio agudo grave (SARS por sus siglas en inglés) (Maunder et al., 2003) y estrés y angustia en sobrevivientes al SARS (Lee et al., 2007).

Lo anterior, brinda una base para la psicología en el área de la salud para entender el papel tan importante que tiene a la hora de trabajar cuando se abordan dimensiones psicológicas en momentos de epidemias. Dentro de este marco, tras los primeros casos de neumonía atípica de etiología desconocida a finales de diciembre de 2019 en Wuhan, China, se identificó un nuevo coronavirus denominado por primera vez por la Organización Mundial de la Salud como coronavirus 2019 (2019-nCoV), posteriormente, se renombra como coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés) y a la enfermedad causada por dicho coronavirus, COVID-19 (OMS, 2020; Sohrabi et al., 2020). Con respecto a este nuevo coronavirus, se realizó un análisis filogenético del genoma del virus, dando como resultado que pertenece a la familia de los Beta coronavirus asociados con enfermedades respiratorias graves, tales como el SARS-CoV y el MERS-CoV (Lu et al., 2020; Wu et al., 2020; Zhou et al., 2020). Asimismo, la evidencia refiere una similitud del 96% al virus encontrado en murciélagos llamado BatCoV RaTG1 (Zhou et al., 2020). Lo que se relaciona con lo mencionado por Wolfe et al. (2007) con respecto a las enfermedades infecciosas de origen animal, sus transiciones epidemiológicas y el alto riesgo de contagio que tienen las personas ante tales enfermedades (Andersen et al., 2020; Chauhan, 2020; Harapan et al., 2020; Zhou et al., 2020).

Aunado a la situación, se estima que, al 9 de agosto de 2021, a nivel mundial se han reportado 202, 608, 306 casos confirmados, de los cuales 461, 377 son casos nuevos y 4, 293, 591 defunciones por COVID-19, de las cuales 8, 170 son nuevos. Dentro de este marco, la OMS (2020) clasifica la distribución de casos por regiones, siendo América Latina con mayor concentración 78, 718, 104 casos confirmados (Secretaría de Salud, 2021; OMS, 2021), las poblaciones más vulnerables son: las personas de mayor edad, personas embarazadas y/o con enfermedades previas como cáncer, diabetes y/o hipertensión (Coronavirus Gobierno, 2020).

Por otra parte, en México al momento de escribir, al 9 de agosto del 2021 se han reportado hasta el momento 2, 971, 817 casos confirmados acumulados, de los cuales 83.06 % fueron tratados de manera ambulatoria y 16.94 % terminaron siendo hospitalizados; 475, 319

casos sospechosos acumulados y 244, 420 defunciones por COVID-19. La distribución por sexo en los casos confirmados, existe un predominio 50 % en hombres y 49 % en mujeres. De las cinco entidades con mayor número de casos acumulados distribuidos por residencia son: Ciudad de México (CDMX), Estado de México, Guanajuato, Nuevo León y Jalapa; siendo la residencia con mayor número de casos acumulados la CDMX, que cuenta con 815, 833 casos y un total de 46, 344 defunciones positivas a COVID-19 (COVID-19 México, 2021; Secretaría de Salud, 2021).

En cuanto a los principales signos y síntomas de la enfermedad por COVID-19 son: tos, fiebre y dolor de cabeza; algunas veces acompañado de dolor muscular o en articulaciones, ojos rojos, diarrea y alteraciones en el olfato, cambio en el gusto, dolor neuropático e insuficiencia respiratoria aguda grave que resulta en el desarrollo de Síndrome de Dificulta Respiratoria Aguda (SDRA). En ese mismo contexto, las afectaciones físicas por parte de la enfermedad es que 40 % de los casos desarrollan fibrosis pulmonar causado por el SDRA (Vasarmidi et al., 2020). En los casos más graves, el paciente desarrolla complicaciones como: daño renal agudo, neumonía (Coronavirus Gobierno, 2020; Kann y Benzing, 2020; ÍDEM; Torales et al., 2020), daño en el Sistema Nervioso Central (SNC) (Correia et al., 2020) con manifestaciones neurológicas como: mareo, estado mental alterado, accidente cerebrovascular, ataxia y convulsiones; al igual que se ha observado lesiones musculares (Mao et al., 2020). Asimismo, la enfermedad por COVID-19, está asociada con una variedad de mediadores proinflamatorios que conllevan una gran importancia en los roles de las patologías cardíacas y complicación arrítmica que aumenta el riesgo de mortalidad (Kochi et al., 2020); inclusive, de los pacientes recuperados y que son dados de alta hospitalaria, más de un tercio desarrollan anomalías que requieren de seguimiento para determinar si el daño es o no irreversible (Kochi et al., 2020).

Por otra parte, tras el brote de la enfermedad, han surgido afectaciones en la población general a nivel social derivados de las numerosas medidas de control y prevención implementadas por los gobiernos de distintos países, tales como el distanciamiento social y la cuarentena, pese a que su principal funcionalidad es salvaguardar la vida de las personas, estas acciones han tenido un impacto negativo en la población aumentando la tasa de desempleo tras el cierre de negocios, escuelas, reducir el uso de transporte público, el aumento en el consumo de alcohol, tabaco (Shigemura et al., 2020), estigma (Liu et al., 2020), xenofobia, suicidio,

discriminación (Mukhtar, 2020); desarrollando problemas de estrés, miedo, negación, insomnio, ira y casos de violencia (Kang et al., 2020). En ese mismo contexto, el gobierno de la Ciudad de México dio a conocer datos estadísticos sobre la violencia contra la mujer durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19, reportando un aproximado de 1, 460 mujeres atendidas, 330 llamadas por día al 911 por mujeres que solicitan apoyo y se han abierto 8 mil 334 carpetas de investigación por violencia familiar de enero al mes de mayo (Gobierno de la Ciudad de México, 2020). Lo que genera el surgimiento y/o aumento de sintomatología ansiosa, depresiva y como en casos anteriores a enfermedades infecciosas, el desarrollo de estrés postraumático (Liu et al., 2020);

Este contexto pone grandes retos a la psicología para adaptar todo su conocimiento encaminado en la evaluación, intervención, rehabilitación y seguimiento, que permita brindar apoyo indispensable a las poblaciones afectadas por la pandemia. Es importante mencionar que una de estas poblaciones particularmente vulnerable la denominada de primera línea hospitalaria, la cual está encargada del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes más graves de Covid-19 (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020; Torales et al., 2020). Tras la emergencia sanitaria, el trabajador de salud se ve expuesto a cargas excesivas de trabajo y en ocasiones hasta con jornadas dobles, frustración al no haber un tratamiento certero para la enfermedad ni vacunas para prevenirlo y con un alto riesgo de contagio (Kang et al., 2020; Spoorthy et al., 2020; Xiao et al., 2020).

Se estima que el 3.8 % de los contagios en personal médico es causado por la atención de pacientes infectados y no contar con el equipo de protección personal (EPP) necesario (Liu et al., 2020) Asimismo, la Secretaria de Salud refiere que para el 2 de agosto de 2021 se ha dado un total de 251 mil 237 casos confirmados acumulados en personal de salud, entre los cuales 39.2% corresponde al personal de enfermería, 25.7% médicos y 32.4% a otros trabajadores de salud; 3 mil 362 casos activos con su distribución por sexo del 38 % en mujeres y 62 % en hombres con una edad media de 37 años. Por otra parte, el número total de fallecimientos por la enfermedad es de 4 mil 127 defunciones, 68 % en hombres y 32 % en mujeres, con una edad media de 56 años; siendo la CDMX con mayores defunciones. De los decesos confirmados por la enfermedad se encontró que 48.3% pertenecía al personal médico, 18. 4% a enfermería y 33 % a otros trabajadores de salud (secretaria de Salud, 2021).

De acuerdo con lo previamente descrito, es entendible que el personal médico padezca de afecciones físicas como un mayor desgaste, mayor probabilidad de desarrollar problemas de sueño, agotamiento, dolor muscular, enfermedades cutáneas por el contacto constante con desinfectantes de la piel, una mala alimentación, y deshidratación por el uso prolongado del EPP (Long et al., 2020; Mukhtar, 2020; Xiao et al., 2020). En el ámbito social se observa un problema de adaptación en la manera de atender al paciente en las nuevas condiciones y protocolos, un aumento en el consumo de alcohol, tabaco, falta de apoyo social, problemas de estigma y discriminación (Shigemura et al., 2020; Spoorthy et al., 2020). Otra de las afecciones es la salud mental, diversos estudios sugieren que el personal sanitario que trabaja en el Departamento de Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos y salas de aislamiento tiene un incremento en el estrés laboral, negación, ira, miedo a morir, preocupación por sus seres queridos y mayor riesgo de desarrollar efectos psiquiátricos adversos que varían desde depresión, ansiedad, somatización y ataque de pánico (Ho et al., 2020; Kang et al., 2020; Lai et al., 2020; Liu et al., 2020; Mukhtar et al., 2020; Spoorthy et al., 2020; Torales et al., 2020); afectando su atención y la habilidad para tomar decisiones con respecto al tratamiento y cuidado del paciente.

Uno de los efectos psiquiátricos adversos que desarrolla el personal de salud, son los ataques de pánico (PA por sus siglas en inglés), los cuales se refieren a la repentina oleada de miedo o malestar intenso que puede alcanzar su máxima expresión en minutos, acompañado de varios síntomas físicos y cognitivos (4 o más de los síntomas) que a continuación se enumeran: 1) aceleración en frecuencia cardíaca, 2) sudoración, 3) temblor /sacudidas, 4) sensación de dificultad respiratoria, 5) sensación de ahogo, 6) dolor o molestias en el tórax, 7) náuseas o malestar abdominal, 8) sensación de mareo, 9) escalofríos o sensación de calor, 10) parestesias (hormigueos), 11) desrealización (sensación de irrealidad), 12) miedo a perder el control y 13) miedo a morir (*American Psychiatric Association, 2013*). Los ataques de pánico son comunes en un 13.2 % a nivel mundial (Jonge et al., 2016), sin embargo, no todas las personas que los experimentan ocasionalmente desarrollan trastorno de Pánico (PD por sus siglas en inglés). Para ser diagnosticado con el trastorno, deberá cumplir con los siguientes criterios (*American Psychiatric Association, 2013*): A) ataques de pánico imprevistos recurrentes con 4 o más de los síntomas; B) presentar después de los ataques: 1) inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (pérdida de control, tener un ataque de corazón) y

2) una mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (comportamientos evitativos); C) la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una situación o afección médica y D) la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Se estima que los trastornos de ansiedad, incluido el ataque de pánico, afectan aproximadamente a 15.7 millones de personas cada año y a 30 millones de personas en algún momento de su vida, con costos anuales en atención médica de aproximadamente 42.3 millones (Dark et al., 2017). Estudios realizados en los Estados Unidos con respecto al número de visitas al servicio de urgencias asociadas con trastorno de ansiedad generalizada y ataque de pánico principalmente, refieren que, en los años 2009 y 2011, el número de visitas a urgencias fue de 1.2 millones y mayormente por mujeres (62%) (Dark et al., 2017; Marco et al., 2019). Por otra parte, estudios realizados en países de ingresos altos, medios y medios bajos en todo el mundo, con el objetivo de presentar datos representativos sobre la epidemiología transnacional del trastorno de pánico y los ataques de pánico de acuerdo con las definiciones del DSM-5, estiman que en México el 7.8 % de las personas padecen de ataques de pánico de por vida y 6.8 % los padece sin ser diagnosticado con trastorno de pánico de por vida (Jonge et al., 2016).

Recientemente, por la emergencia sanitaria debido al COVID-19, entre el 25 de mayo al 11 de junio de 2020, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha atendido aproximadamente mil 379 llamadas para la atención en salud mental de los derechohabientes y trabajadores del personal de salud. Los principales motivos de las llamadas son: ansiedad, trastorno del sueño, miedo, estrés, irritabilidad, tristeza, depresión, ideación suicida, adicciones, entre otros; la necesidad de atención psicológica se clasificó como leve en 39 % de los casos, 57 % moderada y 3 % como severa (Gobierno de México, 2020).

Al respecto, el ataque de pánico durante la pandemia, existen estudios con opiniones de expertos que reportan: las consecuencias psicológicas del COVID-19 y la predisposición del surgimiento o agravamiento de los ataques de pánico y trastorno de pánico, dado el predominio de la sintomatología respiratoria asociadas a la enfermedad (Javelot et al., 2020); las consideraciones clínicas para la mayoría de los trastornos mentales físicos y las anomalías de autorregulación entre las personas que padecen de ataques de pánico (Perna y Cardirola, 2020); el aumento de los ataques de pánico entre el personal de enfermería del National Health Service del Reino Unido (Lusher et al., 2020); y dos revisiones narrativas, la primera sobre el impacto de los

dispositivos de protección respiratoria en la respiración y las implicaciones de la vulnerabilidad al pánico durante la pandemia (Perna et al., 2020) y la segunda, los riesgos de trastorno de pánico como consecuencias del SARS-CoV-2 (Javelot y Weiner, 2020).

Asimismo, se han reportado estudios empíricos que describen tanto la frecuencia como el abordaje del problema; es así que Islam et al. (2020), realizaron una investigación con la finalidad de destacar las estimaciones del pánico y la ansiedad entre individuos de la población general en Bangladesh. Se realizó un estudio transversal por medio de una encuesta en línea en donde participaron mil 311 personas de entre 13 y 63 años de edad, se utilizaron dos escalas: Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS) y la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Los resultados obtenidos fueron las estimaciones de ataque de pánico y ansiedad generalizada de 79.6% y 37.3 % respectivamente, con un predominio en personas mayores de 30 años de edad, tener estudios superiores (nivel licenciatura), estar casado y con familia. En cuanto a las limitaciones de este estudio, se emplearon medidas transversales y de autoinforme por lo que los sesgos de muestreo pueden haber influido (Tabla 1).

Además de los estudios analíticos-observacionales, se han descrito estudios que reportan el efecto de la intervención farmacológica para el ataque de pánico. Al respecto, Yoshimura et al. (2020) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar el efecto del medicamento Vortioxetina (modulador de serotonina) en el abordaje del trastorno de pánico; se trató de un reporte de caso donde solo participó una paciente de 62 años de edad del departamento de Psiquiatría del Hospital de Salud Ocupacional y Ambiental de Japón: con leves cambios de humor y disminución de la motivación tras una lesión cerebral traumática después de un accidente de tráfico. Cuando ocurrió el brote de COVID-19, desarrolló preocupaciones con respecto a la enfermedad y se quejaba de múltiples episodios de ataques de pánico, además de que su sintomatología depresiva empeoró. Inicialmente se trató con 200 mg al día de Carbamazepina y se aumentó a 600mg al día, hubo mejoras, pero el problema persistió con baja motivación por lo que se realizó el cambio a Vortioxetina (200mg al día). Como resultados, la inclusión de la Vortioxetina en el tratamiento se observaron mejoras en los síntomas de depresión y con los ataques de pánico relacionados al COVID-19. Los autores refieren que, las limitaciones del estudio fue que se emplearon medidas transversales y de autoinforme por lo que los sesgos de muestreo pueden haber influido en las estimaciones.

Tabla 1 Artículos presentados en la revisión empírica sobre la frecuencia y abordaje de los ataques de pánico

Autores	Objetivos	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Islam <i>et al.</i> (2020)	Evaluar el pánico y la ansiedad entre individuos de la población en Bangladesh	Estudio transversal por medio de una encuesta en línea.	n= 1311 individuos de la población en general en Bangladesh hombres n= 792 (60.4 %) mujeres n= 519 (39.6 %) Educación Secundaria n= 18 (1.4 %) Intermedio n= 178 (13.6 %) Bachiller n=899 (68.6 %) Educación superior n=216 (16.5 %) Estado civil Soltero n= 1116 (85.1 %) Casado n=195 (14.9 %) Tipo de familia Nuclear n=1044 (79.6 %)	Encuesta semiestructurada de autoinforme  PDSS ( $\alpha= .80$ )  GAD-7 ( $\alpha=.88$ )	Estimaciones de pánico y ansiedad generalizada de 79.6 % y 37.3 % respectivamente. Factores que influyeron para ataque de pánico: mayores de 30 años, tener una educación superior, estar casada y contar con una familia. Factores que influyeron para ansiedad generalizada: mujeres menores a 30 años, educación superior, estar casada y no tener un trabajo gubernamental.	Se emplearon medidas transversales y de autoinforme por lo que los sesgos de muestreo pueden haber influenciado en las estimaciones de ataque de pánico y ansiedad generalizada.

---

			Conjunta n=267 (20.4 %)			
Yoshimura et al. (2020)	Evaluar el efecto del medicamento Vortioxetina (modulador de serotonina) en el abordaje del trastorno de pánico	reporte de caso	Un solo participó una paciente de 62 años de edad del departamento de Psiquiatría del Hospital de Salud Ocupacional y Ambiental de Japón, con leves cambios de humor y disminución de la motivación tras una lesión cerebral traumática después de un accidente de tráfico	se trató con 200 mg al día de Carbamazepina y se aumentó a 600mg	la inclusión de la Vortioxetina en el tratamiento se observaron mejoras en los síntomas de depresión y con los ataques de pánico relacionados al COVID-19	se emplearon medidas transversales y de autoinforme por lo que los sesgos de muestreo pueden haber influido en las estimaciones.
Bouchard et al. (2020)	Documentar el impacto de la psicoterapia por videoconferencia en el tratamiento para el trastorno de pánico, así como su influencia en la alianza terapéutica y la motivación de los pacientes.	ensayo clínico de no inferioridad sobre la psicoterapia por videoconferencia	N= 71 pacientes adultos canadienses Videoconferencia (n=40) Cara a cara (n=31)	PAS (Bandew, 1995; $\alpha=.88$ ) MI (Chambless et al., 1985; $\alpha=.94$ ) BSQ (Chambless et al., 1984; $\alpha=.87$ ) BDI (Beck 1996; $\alpha=.92$ )	La psicoterapia por videoconferencia es viable para el abordaje del trastorno de pánico con o sin agorafobia; además, demostró no ser menos eficiente que la terapia estándar de TCC (cara a cara).	Los participantes no fueron asignados al azar a ambas condiciones, los participantes sabían que iban a recibir videoconferencias lo que pudo influir en la aceptación del tratamiento.

---

---

ACQ (Chambless et al., 1984; $\alpha=.80$ )	Los resultados se mantuvieron durante y después del seguimiento.
WAI (Horrathan y Greenberg 1989; $\alpha= .90, .90, .92$ )	
AIPAS (Marmar et al 1986)	
Escala de Motivación del cliente para la Terapia (Pellertier et al., 1997) ( $\alpha=.70$ )	

---

Nota: PAS: Escala de Pánico y Agorafobia; MI: Inventario de movilidad cuando esta solo; BSQ: Cuestionario de Sensaciones Corporales; BDI: Inventario de Depresión de Beck; ACQ: Cuestionario de Cogniciones de Agorafobia; WAI: Inventario de Alianza de Trabajo; AIPAS: Escala de Alianza de Psicoterapia de California; PDSS: Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico; GAD-7: Trastorno de Ansiedad Generalizada;  $\alpha$ : coeficiente de consistencia interna o Alfa de Cronbach; TCC: terapia cognitivo conductual.

Asimismo, se describen estudios que reportan el impacto de la psicoterapia por videoconferencia para el trastorno de ataque de pánico. Bouchard et al. (2020) realizaron un estudio que tuvo como objetivo documentar el impacto de la psicoterapia por videoconferencia en el tratamiento para el trastorno de pánico, así como su influencia en la alianza terapéutica y la motivación de los pacientes; se trató de un ensayo clínico de no inferioridad sobre la psicoterapia por videoconferencia donde participaron 71 pacientes adultos canadienses divididos en dos grupos con videoconferencia de sitios remotos (n=40) y locales cara a cara (n=31). El tratamiento consistió en 12 sesiones semanales de 60 minutos de terapia cognitivo conductual con evaluaciones en las sesiones uno (inicio), cinco (a mediados) y 12 (postratamiento) para abordar la gravedad del trastorno (evitación agorafóbica, miedo a las sensaciones corporales y el estado de ánimo deprimido) y documentar los predictores del tratamiento influenciados por la videoconferencia (alianza terapéutica y la motivación). Como resultados, el trastorno de pánico con o sin agorafobia, miedo a las sensaciones y con estado de ánimo deprimido presentaron mejoras significativas y las ganancias se mantuvieron durante el seguimiento, además no se encontraron diferencias significativas entre la terapia cognitivo-conductual estándar cara a cara y la psicoterapia por videoconferencia, lo que las pruebas de inferioridad confirmaron que la videoconferencia no es menos efectiva y que la alianza terapéutica no se ve afectada por esta modalidad. Los autores mencionan que las limitaciones del estudio fueron que los participantes no fueron asignados al azar a ambas condiciones, los participantes sabían que iban a recibir videoconferencias lo que pudo influir en la aceptación del tratamiento.

Como se puede notar, el ataque de pánico es un problema frecuente y que durante la pandemia se ha incrementado su incidencia, sin embargo, las opciones para tratarlo parecen ser todavía limitadas en este contexto. A pesar de la restricción, existe evidencia previa que ha evaluado el abordaje de los ataques de pánico.

Existen estudios empíricos sobre los efectos de los tratamientos farmacológicos y su combinación con terapia cognitivo conductual en pacientes con ataque de pánico en el ámbito hospitalario. Al respecto, Dyckman et al. (1999) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el efecto de dos intervenciones breves psicológicas sobre la utilización posterior del departamento de emergencias, áreas psiquiátricas y no psiquiátricas; se trató de un estudio cuasiexperimental con tres grupos, se utilizaron folletos que describen la naturaleza del trastorno

de pánico, sus síntomas y su tratamiento, además se llevaron a cabo los registros sobre el número de visitas al departamento de urgencias, al departamento de Psiquiatría y a los departamentos no psiquiátricos donde participaron 348 pacientes adultos del servicio de urgencias divididos en tres grupos: A (control, atención habitual), B (atención habitual + folleto sobre trastorno de pánico, síntomas y tratamiento) y C (atención habitual + folleto + contacto con médico psiquiátrico). Los resultados obtenidos fueron la disminución significativa del 60% del grupo C en el uso de los servicios de urgencias después de la visita inicial, aunque en los tres grupos tuvieron un aumento de visitas al departamento de Psiquiatría. Entre los pacientes del folleto y grupos de contacto que cumplió con la derivación al departamento de psiquiatría, la razón de tasas fue significativa, mostrando que la reducción en el uso del departamento de emergencias para el grupo de contacto es mayor en comparación con el grupo de folletos. Los autores refieren como limitaciones: que debido a que es un estudio cuasiexperimental, los pacientes no fueron seleccionados ni emparejados por su tasa inicial del uso del departamento de emergencias, por lo tanto, la disminución en el uso del departamento de emergencias no puede ser atribuido equívocamente a la intervención (Tabla 2).

Por otra parte, Pelland et al. (2011) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar los efectos de dos intervenciones, la primera farmacológica y la segunda psicológica en el servicio de urgencias; se trató de un estudio cuasiexperimental donde participaron 47 pacientes que acudieron al servicio de urgencias por dolor torácico no cardíaco en la provincia de Quebec; se utilizaron las escalas de: Programa de Entrevista para los Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV), Cuestionario de Cogniciones de Agorafobia (ACQ), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI), Escala de Pánico y Agorafobia (PAS) y Cuestionario de Ansiedad Cardíaca (CAQ). Los resultados obtenidos fueron que los pacientes que recibieron cualquiera de los dos tratamientos, demostraron reducciones significativas en la gravedad del trastorno de pánico, frecuencia de ataque de pánico y síntomas depresivos, con mantenimiento en las mejoras a tres y seis meses de seguimiento. Lo que sugiere que las intervenciones validadas empíricamente para el trastorno de pánico en un entorno de urgencias pueden ser factible. Los autores mencionan que como limitaciones presentaron: los hallazgos de este estudio deben interpretarse con algunas limitaciones. Primero, puede ser difícil generalizar resultados a todos los pacientes con trastorno de pánico debido a los criterios de selección (pacientes con dolor de torácico no cardíaco (NCCP por sus siglas en inglés) que acuden al servicio de urgencias) y

debido al tamaño de la muestra limitado. En segundo lugar, la tasa de deserción en el estudio es considerable (33% antes del tratamiento y 17% después de iniciar el tratamiento), que puede explicarse por el método de reclutamiento de participantes y, en tercer lugar, debido a dificultades logísticas, los evaluadores no estuvieron cegados a la asignación del tratamiento de los participantes, que puede haber afectado la validez interna.

Asimismo, Marchand et al. (2012) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar la eficacia de dos intervenciones breves basadas en TCC (de 7 sesiones de una hora) y un tratamiento farmacológico con paroxetina, en comparación con la atención habitual (TAU) en el servicio de urgencias para el abordaje del trastorno de pánico; se trató de un estudio de parcela dividida así como comparaciones planificadas para examinar las diferencias con seguimiento de 12 semanas donde participaron 71 pacientes de la provincia de Quebec (Canadá); se utilizaron las escalas de: Pauta de Entrevista para los Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV), Cuestionario de Cogniciones de Agorafobia (ACQ), Índice de Sensibilidad de la Ansiedad (ASI), Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ), Inventario del Estado de ansiedad de Spielberger (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ). Los resultados obtenidos para la gravedad del trastorno de pánico según el ADIS y las subescalas de ataque de pánico y de agorafobia, indicaron que en las cuatro condiciones los participantes mejoraron después del tratamiento y sin diferencias significativas entre las condiciones, lo que significa que los tratamientos son más efectivos que la atención habitual en la severidad del trastorno de pánico, además de que las ganancias se mantuvieron por un año. Los autores mencionan que como limitaciones presentaron: el tamaño de la muestra pudo estar muy limitado al no ser un ensayo controlado aleatorizado, por lo que los pacientes no se asignaron de manera aleatoria. Lo que además no permite generalizar los resultados y los evaluadores no fueron cegados al tratamiento asignado de los pacientes, por lo que pudo influir en la validez interna.

Tabla 2 Artículos de la revisión empírica sobre la relación de la psicoterapia Cognitivo Conductual y el abordaje de los ataques de pánico.

<b>Autores</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Limitaciones</b>
Dyckman <i>et al.</i> , (1999)	Evalúo el efecto de dos intervenciones breves psicológicas sobre la utilización posterior del departamento de emergencias, psiquiátricas y no psiquiátricas.	Estudio cuasiexperimental en 3 grupos	N= 348 pacientes adultos del servicio de urgencias Grupo A n=269 Grupo B n=53 Grupo C n= 32  Hombres (n=106) Mujeres (n= 248)	Folleto sobre trastorno de pánico, síntomas y tratamiento  Registro del número de visitas al departamento de urgencias  Registro del número de visitas al departamento de Psiquiatria Registro del número de visitas a los departamentos no psiquiátricos	Disminución significativa del 60% (p= 0,0017) del grupo C del uso de los servicios de urgencias después de la visita inicial, aunque en los tres grupos tuvieron un aumento de visitas al departamento de Psiquiatria. Entre los pacientes B y C que cumplió con la derivación al departamento de psiquiatria, la tasa de cumplimiento fue significativa Grupo B (64%) Grupo C (65.6%) mostrando que la reducción en el uso del departamento de emergencias para el grupo de contacto es mayor en comparación con el grupo de folletos.	Debido a que es un estudio cuasiexperimental, los pacientes no fueron seleccionados ni emparejados por su tasa inicial del uso del departamento de emergencias, por lo tanto, la disminución en el uso del departamento de emergencias no puede ser atribuido equívocamente a la intervención.
Pelland <i>et al.</i> (2011)	Evaluar los efectos de dos intervenciones:	Estudio cuasiexperimental	N= 47 pacientes del servicio de urgencias en la provincia de Quebec: Hospital Sacré-Coeur	ADIS-IV (confiabilidad test-retest .68)	El efecto del tratamiento se evaluó mediante pruebas de	Los hallazgos de este estudio deben interpretarse con

farmacológica y psicológica en pacientes que acuden al servicio de urgencias por NCCP	mental en tres grupos	de Montreal, el Instituto del Corazón de Montreal y el Hôtel-Dieu de Levis Hospital.	ACQ BDI-II; $\alpha=.89$ Tres grupos: 1) Terapia cognitivo-conductual breve (7 sesiones de una hora cada dos semanas). Educación sobre el dolor de pecho, naturaleza y desarrollo del trastorno de pánico, síntomas y miedos asociados, exposición a los síntomas de pánico, exposición in vivo a situaciones de agorafobia y reestructuración cognitiva. (n=19) 2) Farmacológica (paroxetina por seis meses) se inició con 10mg y se aumentó a 40mg (n=13) 3) TAU (n=15)	intención de tratar análisis (ITT) y análisis de tratamiento (AT). Los pacientes que recibieron cualquiera de los dos tratamientos, demostraron reducciones significativas en la gravedad del trastorno de pánico (p=0.012), frecuencia de ataque de pánico (p=0.048) y síntomas depresivos (p=0.027) con mantenimiento en las mejoras a 3 y 6 meses de seguimiento. Los hallazgos sugieren que las intervenciones validadas empíricamente para el trastorno de pánico en un entorno de urgencias pueden ser factible y eficaz.	algunas limitaciones. Primero, puede ser difícil generalizar resultados a todos los pacientes con trastorno de pánico debido a los criterios de selección (pacientes con NCCP que acuden al servicio de urgencias) y debido al tamaño de la muestra limitado. En segundo lugar, la tasa de deserción en el estudio es considerable (33% antes del tratamiento y 17% después de iniciar el tratamiento), puede explicarse por el método de reclutamiento de participantes. En tercer lugar, debido a dificultades logísticas, los evaluadores no estuvieron cegados a la asignación del tratamiento de los participantes, que puede haber afectado la validez interna.	
Marchand <i>et al.</i> (2012)	Evaluar la eficacia de dos intervenciones breves basadas en TCC y un	Estudio de seguimiento de 12 semanas	N= 71 pacientes de la provincia de Quebec: Hospital Sacre-Coeur de Montreal, el Instituto del Corazón de Montreal y el Hotel-Dieu de Levis	ADIS-IV (confiabilidad test-retest .68) ACQ	Para la gravedad del trastorno de pánico según ADIS-IV, un efecto principal de tiempo significativo	Los hallazgos pueden deberse al tamaño pequeño de la muestra. Puede estar limitado al no ser un ensayo

<p>tratamiento farmacológico con paroxetina, en comparación con la atención habitual, para personas con trastorno de pánico principalmente con síntoma de NCCP</p>	<p>Criterios de Inclusión: ser mayores de 18 años, diagnóstico primario de trastorno de pánico y como segundo dolor torácico no cardiaco.</p>	<p>ASI BSQ STAI BDI-II (<math>\alpha=.89</math>) MPQ</p>	<p>pb=.001) que indica que hubo una mejoría después de los tratamientos.  En la interacción condición tiempo, fue estadísticamente significativo (<math>p=.017</math>) lo que significa que los tratamientos más efectivos que TAU y que las ganancias clínicas se mantuvieron por un año.</p>	<p>controlado aleatorizado, por lo que los pacientes no se asignaron de manera aleatoria.  La muestra fue de conveniencia, lo que puede reducir los resultados.  Los evaluadores no fueron cegados al tratamiento asignado de los participantes, lo que puede influir en la validez interna.  No se tiene actualmente datos sobre el servicio de salud en los cuatro grupos, por lo que no sabemos el costo-beneficio de cada uno.</p>
<p>Poireir-Bisson <i>et al.</i> (2013)  Evaluar las ICER de tres modalidades de tratamiento: MP, TCC breve y Farmacológico o en comparación a TAU; así</p>	<p>Diseño de cohorte  N=69 pacientes adultos con NCCP en Quebec: Hospital Sacre-Coeur de Montreal, el Instituto del Corazón de Montreal y el Hotel-Dieu de Levis  Mujeres (n=31) Hombres (n=38)  Criterios de inclusión mayor a 18 años de edad, diagnóstico</p>	<p>ADIS-IV</p>	<p>El ICER reveló que la condición de MP parecía ser la más rentable (\$124.05 CI, 54.63Y314.57), seguido del fármaco (\$213.90 (CI, 133.51Y394.94) y finalmente por CBT (\$309.31 (CI, 151.27Y548.28).</p>	<p>El tamaño de la muestra relativamente pequeño.  La dificultad para reclutar a los participantes con NCCP y trastorno de pánico se debe a que las personas se resisten a las explicaciones psicológicas y su</p>

<p>como explorar el número de visitas al servicio de urgencias y al servicio de psiquiatría después del tratamiento.</p>	<p>primario de trastorno de pánico, seguido de NCCP</p> <p>Criterios de exclusión: haber recibido tratamiento psicológico en los últimos 6 meses, tomar nuevo medicamento, abuso de sustancias y déficit cognitivo</p> <p>Grupos:  MP; n=24; de sesión única de 2 horas; consiste en psicoeducación para desmitificar síntomas, sobre el desarrollo y mantenimiento del trastorno de pánico y NCCP y brindar estrategias MP+ manual de información.</p> <p>TCC breve n=19; siete sesiones de 1 hora que consiste en psicoeducación sobre el trastorno de pánico y sus síntomas, exposición y reestructuración cognitiva + manual de información).</p> <p>Fármaco n=11; paroxetina con dosis inicial de 10 mg y aumenta a 40mg que se mantuvo por 6 meses)</p> <p>TAU n=15</p>	<p>Los costos directos e indirectos disminuyeron significativamente en los pacientes que recibieron tratamiento especializado en trastorno de pánico en el periodo de seguimiento a tres meses en comparación de TAU</p>	<p>atención a los síntomas físicos.</p>
<p>Reid <i>et al.</i> (2005) Controlar el dolor a niveles Reporte de caso</p>	<p>N= 1</p>	<p>ADIS- R</p>	<p>Se observo un progreso notable en la Dificultad en el paciente de distinguir</p>

	aceptables, mejorar su capacidad de funcionalidad y reducir su ansiedad y los ataques de pánicos		Hombre de 64 años del programa de rehabilitación cardíaca (CR) Padecimientos: diabetes tipo II, glaucoma y con antecedentes complicados de infarto de miocardio y cirugía cardíaca. Plan de Tratamiento: aumentar su capacidad funcional mediante ejercicio e interacción social, introducción de cogniciones positivas con respecto a su capacidad, registro de creencias sobre su enfermedad, su frecuencia e intensidad de los ataques de pánico, técnicas de respiración y relajación, descripción de los factores fisiológicos que contribuyen al pánico e identificar los ataques de pánico de dolor de pecho coronario.	BAI SUD	sesión 9, casi sin ansiedad y puntuaciones bajas en SUD debido a episodios menores de dolor esternal controlados con medicación. La participación de enfoques multidisciplinares de CR, utilizando enfoques cognitivos conductuales, han demostrado tener éxito en el manejo del dolor, el aumento en la funcionalidad y la reducción de la ansiedad. Además de ser eficaz en el manejo de enfermedades físicas.	entre el dolor relacionado con la cirugía de corazón o si este era causado por la ansiedad
Lessard <i>et al.</i> (2012)	Evaluar la eficacia de dos intervenciones breves de TCC en pacientes con trastorno de pánico que se presentaron al servicio de urgencias con NCCP	Estudio cuasiexperimental con seguimiento a 3 y 6 meses	N=58 pacientes de tres hospitales de Quebec, Canadá con trastorno de pánico y con diagnóstico de NCCP Mujeres (n= 27)  Criterios de inclusión: se presentaban al servicio de urgencias por dolor en el pecho que se determinó no cardíaco, tener como diagnóstico principal trastorno de pánico	ADIS-IV BSQ ACQ PAS ASI CAQ	Se observó una reducción significativa en la gravedad del trastorno de pánico después de las intervenciones en comparación de TAU. La duración media de la EP fue de 5.05 años (DE =	No fue un ensayo controlado aleatorio tradicional en donde los participantes no fueron asignados al azar a las condiciones. La mayoría de las medidas de resultado fueron autoinformadas por pacientes por lo que podría ser que n fue lo

---

con o sin agorafobia, puntuación mínima de 4 en la entrevista ADIS-IV, tener más de 18 años de edad, hablar francés

Criterios de exclusión: tener otro trastorno que trastorno de pánico, contar con alguna condición clínica que propiciara el pánico, haber recibido TCC en los últimos 6 meses o con tratamiento farmacológico

PMI (n=24) de una sesión con duración de 2 horas con las siguientes estrategias: información y educación sobre el dolor torácico, ataques de pánico, trastorno de pánico y agorafobia, así como factores que los desarrollan y mantienen, desmitificación de los síntomas de pánico, reestructuración cognitiva y estrategias de afrontamiento + manual Dolor y ansiedad no cardíacos en el pecho.

Intervención TCC (n=19) de 7 sesiones de 1 hora de manera individual con las mismas estrategias

6.65) y la frecuencia media de ataques de pánico por mes fue de 4.76 ( $DE = 2,57$ ). Se encontró que la EP interfiere moderadamente a severamente con el funcionamiento diario, con una puntuación media de gravedad en el ADIS-IV de 5.40 ( $DE = 0.92$ ). Se diagnosticaron trastornos de ansiedad comórbidos en el 67% de los participantes, la mayoría siendo frecuentes trastorno de ansiedad generalizada (26%), fobia específica (17%) y fobia social (14%). Se diagnosticó trastorno depresivo mayor comórbido en el 19% de los casos. a gravedad de la EP según ADIS-IV, hubo una interacción significativa Grupo x

suficientemente sensible para detectar los cambios de población.

			<p>terapéuticas utilizadas en PM + exposición in vivo a síntomas de pánico y a situaciones de agorafobia + manual Dolor y ansiedad no cardiacos en el pecho con actividades específicas al terminar cada sesión.</p> <p>TAU (n=15) explicación por parte de un médico sobre el dolor en pecho de origen no cardiaco y la posibilidad de ser referido para tratamiento adicional.</p>		<p>Tiempo (<math>F(4, 110) = 2.74, p = .03, \eta^2 = 0.07</math>), además de una reducción general de los síntomas, con análisis post-hoc que indican que la gravedad de la EP (ADIS-IV) disminuyó significativamente en ambas condiciones de intervención relativas a la condición de TAU. Por lo que parece que las intervenciones basadas en TCC tanto breves como de una sola sesión son eficaces en el área de urgencias</p>	
Van Beek <i>et al.</i> (2013)	Examinar la eficacia de la TCC breve para reducir la sintomatología ansiosa-depresiva en comparación con TAU	Ensayo controlado aleatorizado de 24 semanas	<p>N= 115 pacientes adultos de la unidad de urgencias cardiacas con NCCP</p> <p>TCC (n=60)</p> <p>TAU (n=53)</p>	<p>CGI-S</p> <p>HDRS (<math>\alpha = .92</math>)</p> <p>HADS (<math>\alpha = 0.92</math> y <math>\alpha = 0.95</math> respectivamente)</p> <p>STAI (<math>\alpha = 0.89</math>)</p> <p>FQ</p>	<p>La TCC mostró ser superior a TAU después de 24 semanas en la reducción de la gravedad de la enfermedad evaluada con CGI (<math>P &lt; .001</math>)</p>	<p>Se utilizó la Escala de Evaluación de Gravedad de la Enfermedad a pesar de que se cuestionan sus propiedades psicométricas. Se debió de estratificar por tipo de paciente. No se evaluó frecuencia ni severidad del dolor torácico. Se mezclaron los pacientes con</p>

						depresión y ansiedad, por lo que ni es posible demostrar la eficacia de TCC por grupos separados.
Roberge <i>et al.</i> (2018)	Examinar la eficacia de una TCC grupal transdiagnóstica para un programa de trastornos de ansiedad y como complemento al TAU para reducir los síntomas de ansiedad, ataque de pánico con o sin agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada, en la atención primaria de salud mental.	Ensayo controlado aleatorio pragmático multicéntrico con seguimiento o a 4, 8 y 12 meses.	Reclutados de tres regiones de la provincia de Quebec, Canadá: El centro de servicios sociales y de salud integral para la ciudad de Quebec y áreas adyacentes (CUISSS de la Capitale-Nationale) El centro de servicios sociales y de la salud para la región de Laval (CISSS de Laval) El centro de servicios sociales y de la salud para la región de Estrie (CISSS de Estrie-Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke)  Grupos:  a) TCCt + TAU (12 semanas, 2 horas grupales siguiendo un protocolo de tratamiento de manual; comprende de 4 componentes: educación y autocontrol, reestructuración cognitiva específica, prevención de	ADIS-5 HPQ BAI SPIN PSWQ PDSS-SR MIA PHQ-9 Índice de gravedad del insomnio ED-5D Cuestionario de autocontrol de salud mental Encuesta de apoyo social de MOS	Proporcionará datos importantes a pacientes, médicos, administradores de atención médica para informar la implementación de servicios óptimos de salud con relevancia clínica. La TCCt es una intervención prometedora para los tratamientos psicológicos basados en evidencia para pacientes con trastornos de ansiedad mixtos	No fue factible estimar el tamaño de la muestra requerido para un modelo de regresión mixto, ya que las directrices actuales son generalizables a datos particulares. El cegamiento de los participantes y terapeutas no fue posible en el ensayo. Las herramientas de evaluación presentan limitaciones para la evaluación transdiagnóstica de múltiples trastornos de ansiedad.

			exposición y respuesta sucesiva, y reestructuración cognitiva generalizada.	Cuestionario de diagnóstico de trastorno de ansiedad: semanal		
			b) TAU (para trastornos de ansiedad)	Cuestionario de credibilidad / expectativa		
			Criterios de inclusión: Cumplir con los criterios del DSM-V para trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social y/o generalizada	WAI		
Roberge <i>et al.</i> (2020)	Evaluarla efectividad de la combinación de la TCCt con TAU en comparación con únicamente TAU para el tratamiento de trastornos de ansiedad en la atención de la salud mental basada en la comunidad.	Ensayo aleatorizado multicéntrico	N= 231 participantes de entre 18 y 65 años de edad que cumplían con los criterios del DSM-V para trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico con o sin agorafobia, fluido en francés hablado y escrito Criterios de exclusión: pacientes con intención suicida, psicosis, trastorno bipolar, consulta psiquiatra en el último año Grupos: a) TCCt + TA (n= 117) 12 sesiones de 2 horas; se brindó material de psicoeducación sobre la naturaleza de la ansiedad y los componentes de	BAI ADIS-V	El diagnóstico principal más común fue trastorno de ansiedad generalizada (52.8%), seguido de trastorno de ansiedad social (29.4%), trastorno de pánico (14.3%) y agorafobia (3.5%). Efectos mixtos, los modelos de regresión mostraron una mejora superior en el postratamiento para los participantes en TCCt + TAU, en comparación con TAU, para BAI [ $p < 0,001$ ; sin	La aleatorización apareció exitosa para equilibrar las condiciones en la mayoría de los datos sociodemográficos, referencias de utilización clínica y de los servicios de salud, pero no así para el trastorno de ansiedad. Se optimizó la retención de prueba con estrategias tales como la recopilación mínima de datos para el riesgo de abandono, pero solo fue parcialmente exitoso. El cegamiento de los participantes no fue posible y esto puede

<p>tratamiento, formularios de monitoreo y ejercicios semanales; incluido cuatro componentes para terapeutas: educación y autocontrol, reestructuración cognitiva específicas y exposición sucesiva)</p> <p>TAU (n= 114) sin restricciones</p>	<p>ajustar media haber introducido un sesgo de rendimiento.</p> <p>postratamiento <math>d</math> de Cohen = 0.76] y ADIS-5 [ <math>p &lt; 0.001</math>; 3.27 (2.19) <i>contra</i> 4.93 (2.00), <math>D</math> de Cohen = 0.79]. por lo que se sugiere que la adición del grupo TCCt a la TAU puede reducir los síntomas de gravedad en pacientes con trastornos de ansiedad.</p>
--	--

Nota: ICER: proporciones incrementales de costo-efectividad; Grupo A: control + atención habitual; Grupo B: atención habitual + folleto sobre trastorno de pánico, síntomas y tratamiento; Grupo C: atención habitual + folleto + contacto con médico psiquiátrico; p: significancia estadística; CR: rehabilitación cardiaca; TCCt: terapia cognitivo conductual de grupo transdiagnostica; TAU: tratamiento habitual; PMI: intervención centrada en manejo del pánico; NCCP: dolor de torácico no cardiaco; TCC: terapia cognitivo conductual; ADIS-IV: Programa de entrevistas para el trastorno de ansiedad para el DSM-IV; ACQ: Cuestionario de Cogniciones de Agorafobia; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PAS: Escala de Pánico y Agorafobia; CAQ: Cuestionario de Ansiedad Cardiaca; BSQ: Cuestionario de Sensaciones Corporales; STAI: Inventario del Estado de ansiedad de Spielberger;  $\alpha$ : alfa de Cronbach; MPQ: Cuestionario de Dolor de McGill; BAI: Inventario de Beck; SUD: Diario de autocontrol con el uso de subescalas de unidades objetivas de malestar; PMI: Intervención para el manejo del pánico; ACQ: Cuestionario de cogniciones agorafobias; CGI-S: Escala de Evaluación de Gravedad de la Enfermedad; HDRS: Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton; HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; STAI: Inventario del Estado de Ansiedad; FQ: Cuestionario de miedo; HPQ: Cuestionario de salud y desempeño laboral de la Organización Mundial de la Salud; SPIN: Inventario de fobia social; PSWQ: Cuestionario de preocupaciones de Penn State; PDSS-RS: Escala de gravedad del trastorno de pánico; MIA: Inventario de movilidad para la agorafobia; PHQ-9: Cuestionario de salud del paciente; ED-5D: Escala de discapacidad de Sheehan EuroQol; WAI: Inventario de la alianza de trabajo

Finalmente, Poireir-Bisson et al. (2013) realizaron un estudio con los objetivos de evaluar las proporciones incrementales de costo-efectividad (ICER) de tres modalidades de tratamiento así como explorar el número de visitas al servicio de urgencias y al servicio de psiquiatría después del tratamiento; la primera modalidad fue una intervención psicoeducativa basada en los principios de la TCC centrada en el manejo del pánico (MP) de una sesión única de dos horas, la segunda modalidad de tratamiento fue TCC breve de siete sesiones de una hora y la tercera modalidad de tratamiento fue farmacológico (paroxetina 40 mg) prescrito por un médico de urgencias, en comparación con la TAU; se trató de un estudio con diseño de cohorte donde participaron 69 pacientes adultos con dolor torácico no cardíaco (NCCP) de Quebec, Canadá, se utilizó ADIS-IV. Los resultados fueron que el ICER reveló que la condición de MP parecía ser la más económica, seguido del fármaco y finalmente por TCC. Las intervenciones de TCC y la farmacológica se asociaron con una mayor mejoría clínica en comparación con la TAU en la posprueba, por lo que las condiciones anteriores puede ser una opción de tratamiento prometedora para implementarse en el servicio de urgencias. Los autores refieren que como limitaciones presentaron: dificultad para reclutar a los pacientes con NCCP y trastorno de pánico, por lo que la muestra es relativamente pequeña, además de que las personas no aceptan explicaciones psicológicas para abordar los síntomas físicos.

Por otra parte, se han descrito estudios que destacan los efectos de las intervenciones psicoterapéuticas de TCC para el abordaje del tratamiento de los ataques de pánico. Aunado a esto, Reid et al. (2005) describieron el uso de intervenciones psicosociales como la TCC para el tratamiento del trastorno de pánico después de un injerto de derivación de arteria coronaria; se trató de un reporte de caso con un solo participante, hombre de 64 años de edad referido del programa de rehabilitación cardíaca (CR) por aparición reciente de ataques de ansiedad y pánico tras tener complicaciones posquirúrgicas, se utilizaron las siguientes escalas: ADIS-R, BAI y Diario de autocontrol con el uso de subescalas de unidades objetivas de malestar (SUD). En los resultados obtenidos se observó un progreso notable en la sesión nueve donde casi no se presentaba ansiedad y puntuaciones bajas en SUD, debido a episodios menores de dolor esternal que fueron controlados con medicación. La participación de enfoques multidisciplinarios de CR, utilizando enfoques cognitivos conductuales ha demostrado tener éxito en el manejo del dolor, el incremento de la funcionalidad y la reducción de la ansiedad; además de ser eficaz en el manejo de enfermedades físicas. Los autores refieren como limitaciones: dificultad en el paciente de

distinguir entre el dolor relacionado con la cirugía de corazón o si este era causado por la ansiedad.

Asimismo, Lessard et al. (2012) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar la eficacia de dos intervenciones breves de TCC que incluyo tres condiciones, la primera es una PMI, la segunda en una TCC de siete sesiones y la tercera en TAU, para el tratamiento del trastorno de pánico en pacientes que acuden al servicio de urgencias con enfermedades de dolor torácico no cardiaco; se trató de un estudio cuasiexperimental con seguimiento a tres y seis meses donde participaron 58 pacientes de tres hospitales de Quebec, con trastorno que acudieron al servicio de urgencias por dolor torácico no cardiaco y tenían como diagnostico trastorno de pánico; se utilizaron las escalas de: ADIS-IV, Cuestionarios de autoinforme de sensaciones corporales, Cuestionario de cogniciones agorafobias (ACQ), Escala de pánico y agorafobia (PAS), Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) y Cuestionario de ansiedad cardíaca (CAQ). Los resultados obtenidos fueron que se observó una reducción significativa en la gravedad del trastorno después de ambas intervenciones en comparación a TAU, por lo que parece ser que las intervenciones basadas en TCC tanto breves como de una sola sesión son eficaz en el área de urgencias. Los autores mencionan que como limitaciones presentaron: No fue un ensayo controlado aleatorio tradicional en donde los participantes no fueron asignados al azar a las condiciones. La mayoría de las medidas fueron auto informadas por pacientes por lo que podría ser que no fue lo suficientemente sensible para detectar los cambios de población.

En ese mismo contexto, Van Beek et al. (2013) realizaron un estudio que tuvo por objetivo examinar la eficacia de la TCC breve para reducir la sintomatología ansiosa-depresiva en comparación con TAU; se trató de un ensayo controlado aleatorizado de 24 semanas donde participaron 115 pacientes adultos de la unidad de urgencias cardiacas con NCCP, se utilizaron las siguientes escalas: Escala de Evaluación de Gravedad de la Enfermedad (CGI-S), Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (HDRS), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), Inventario del Estado de Ansiedad (STAI) y el Cuestionario de miedo (FQ). Los resultados fueron que la TCC mostró ser superior a TAU después de 24 semanas en la reducción de la gravedad de la enfermedad evaluada con el Inventario Clínico Global (CGI), lo que demuestra que la TCC breve reduce significativamente síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con dolor torácico no cardíaco que son diagnosticados con pánico y / o trastornos

depresivos. Los autores mencionan que como limitaciones se presentaron: que se utilizó la Escala de Evaluación de Gravedad de la Enfermedad a pesar de que se cuestionan sus propiedades psicométricas, no se evaluó frecuencia ni severidad del dolor torácico y se mezclaron los pacientes con depresión y ansiedad, por lo que ni es posible demostrar la eficacia de TCC.

De igual manera, Roberge et al. (2018) realizaron un estudio que tuvo por objetivo examinar la eficacia de una TCCt grupal para un programa de trastornos de ansiedad y como complemento a TAU para reducir los síntomas de ataques de pánico con o sin agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada en la atención primaria de salud mental; se trató de un ensayo controlado aleatorio pragmático multicéntrico con seguimiento a 4, 8 y 12 meses donde participaron dos grupos de trabajo, el primero de TCCt más TAU y segundo, TAU ambos de la provincia de Quebec; se utilizaron las escalas de: ADIS-V, Cuestionario de salud y desempeño laboral de la Organización Mundial de la Salud (HPQ), BAI, Inventario de fobia social (SPIN), Cuestionario de preocupaciones de Penn State (PSWQ), Escala de gravedad del trastorno de pánico (PDSS-SR), Inventario de movilidad para la agorafobia (MIA), Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9), Índice de gravedad del insomnio, Escala de discapacidad de Sheehan, EuroQol (ED-5D), Cuestionario de autocontrol de salud mental, Encuesta de apoyo social de MOS, Cuestionario de diagnóstico de trastorno de ansiedad: semanal, Cuestionario de credibilidad / expectativa e Inventario de la alianza de trabajo (WAI). Los resultados del estudio proporcionarían datos importantes a pacientes, médicos, administradores de atención médica para informar la implementación de servicios óptimos de salud con relevancia clínica. La TCCt es una intervención prometedora para los tratamientos psicológicos basados en evidencia para pacientes con trastornos de ansiedad tales como trastorno de pánico, ansiedad generalizada y ansiedad social. Los autores mencionan que como limitaciones se presentaron: no fue factible estimar el tamaño de la muestra requerido para un modelo de regresión mixto, ya que las directrices actuales son generalizables a datos particulares, el cegamiento de los participantes y terapeutas no fue posible en el ensayo, las herramientas de evaluación presentan limitaciones para la evaluación transdiagnóstica de múltiples trastornos de ansiedad.

Finalmente, Roberge et al. (2020) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar la efectividad de la combinación de la TCCt con TAU en comparación con únicamente TAU para el tratamiento de trastornos de ansiedad en la atención de la salud mental; se trató de un ensayo

aleatorizado multicéntrico donde participaron 231 pacientes de entre 18 y 65 años de edad que cumplían con los criterios del DSM-V para trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y trastorno de pánico con o sin agorafobia; se utilizaron las escalas de: BAI y ADIS-V. Entre los resultados que se obtuvieron fue que el trastorno de pánico entra en la categoría de ser uno de los más comunes en ser atendido, en un 14.3%. Los modelos de regresión mostraron una mejora superior en el postratamiento para los participantes en TCCT +TAU, en comparación con TAU, por lo que se sugiere que la adición del grupo TCCT a la TAU puede reducir los síntomas de gravedad en pacientes con trastornos de ansiedad. Los autores refieren que como limitaciones se presentaron: la aleatorización apareció exitoso para equilibrar las condiciones en la mayoría de los datos sociodemográficos, referencias de utilización clínica y de los servicios de salud, pero no así para el trastorno de ansiedad. Se optimizó la retención de prueba con estrategias tales como la recopilación mínima de datos para el riesgo de abandono, pero solo fue parcialmente exitoso. El cegamiento de los participantes no fue posible y esto puede haber introducido un sesgo de rendimiento.

Los estudios hasta ahora presentados, parecen indicar que la TCC es una de las opciones más estudiadas y que ha dado mejores efectos que otras psicoterapias para el abordaje de los ataques de pánico, ya que podría ayudar a mejorar la intensidad y frecuencia de los síntomas, además de disminuir el uso innecesario del servicio de urgencias, y aunque existen algunas limitaciones metodológicas en los estudios, esta terapia constituye una adecuada aproximación clínica para el problema (Pompoli et al., 2016). Debido a lo anterior, en el presente escrito se describe la adaptación y abordaje desde la TCC para una residente de urgencias médicas con ataque de pánico que fue afectada por el COVID-19 y desarrolló pericarditis asociada a la enfermedad. Para la descripción de este caso se siguieron los criterios de reporte de caso descritos por Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez., (2008).

## **Estudio de Caso**

### **Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia**

Por motivos de confidencialidad se identifica a la paciente con el sobrenombre de Ana, con las siguientes características: paciente femenina, actualmente residente del segundo año del servicio de Urgencias Médicas del hospital “Dr. Manuel Gea González”, la cual semanas previas,

enfermó de Covid-19 “leve” (principales síntomas, tos seca, dolor de cabeza, alteraciones en gusto, pirosis y conjuntivitis) no requirió de oxígeno ni estar hospitalizada, este padecimiento fue tratado con paracetamol 500mg cada 8hrs y fue mandada a cuarentena. Como consecuencia del Covid-19, desarrolló pericarditis leve la cual es una inflamación e irritación de la delgada membrana similar a un saco que rodea al corazón (pericardio), causada por una infección viral o un infarto. Los síntomas más comunes son dolor agudo y punzante en el pecho, que puede trasladarse hacia el hombro izquierdo y el cuello; la mayoría de los casos son leves y generalmente mejoran sin la necesidad de tratamiento, sin embargo, para los casos más graves puede incluir antiinflamatorios y con menor frecuencia, cirugía (Imazio et al., 2015); la paciente acudió al servicio de urgencias para realizarse las siguientes pruebas metabólicas y endocrinas para establecer un diagnóstico: el día 01 de junio de 2020 se realizó un ecocardiograma transtorácico, los resultados obtenidos fueron datos compatibles con pericarditis, disfunción diastólica leve, insuficiencia pulmonar ligera, insuficiencia tricúspide ligera que es el cierre incorrecto de las válvulas cardiacas, baja probabilidad de hipertensión arterial pulmonar; seguido de un electrocardiograma Holter de 34 hrs. En el estudio no se registraron pausas significativas ni episodios de fibrilación auricular, episodios de aumento de la frecuencia cardiaca correspondiente a taquicardia sinusal con aumento y decremento gradual, sin extrasístoles supraventriculares ni ventriculares, sin arritmias al momento del estudio.

Es importante mencionar que Ana usó el servicio de urgencias (5 y 30 de junio) al confundir sus síntomas con un ataque al corazón antes y durante el tratamiento psicológico. Desde el 3 y 4 de junio comenzó con preocupaciones por su frecuencia cardiaca de 156 pulsaciones por minuto (pm), con palpitaciones, mareo, sensación de estar agitada y disnea, sin embargo, no hizo uso del servicio de urgencias. El 05 de junio de 2020, asistió al servicio de urgencias por elevación de la frecuencia cardiaca sin que algo lo justificara (156pm), donde describió presentar mareo, palpitaciones, disnea y sensación de estar agitada; ese mismo día se realizó nuevamente estudios (ecocardiograma) por estar preocupada por su salud por los síntomas que había estado presentando. El cardiólogo en ese momento le receta tomar los siguientes medicamentos: Ibuprofeno, Aspirina e Ivabradina (5 mg por la mañana, 500 mg y 2.5 mg por las noches).

Posteriormente, el 10 de junio de 2020 presentó nuevamente un ataque de pánico en el servicio de urgencias, con elevación de la frecuencia cardiaca sin un motivo aparente (180pm) y finalmente el 30 de junio estuvo en el servicio de urgencias al estar ansiosa tras recibir un mensaje de no poder prolongar su incapacidad por más tiempo y tener que volver lo antes posible a la residencia en urgencias, describió presentar elevación de la frecuencia cardiaca, sensación de miedo, palpitaciones, agitación y dolor en tórax.

El 24 de junio fue suspendido el tratamiento farmacológico por órdenes del cardiólogo. Posteriormente, Ana cambió de cardiólogo (ya que percibía que no mostraba mucho interés en su caso), el nuevo cardiólogo mandó estudios (ecocardiograma transtorácico bidimensional) en los cuales se confirmó que el pericardio seguía inflamado, por lo cual inició tratamiento con ibuprofeno (750 mg c/8hrs), aspirina (500 mg c/12hrs) y colchicina (2.5 mg por tres meses) al mes, se redujo la dosis del medicamento a ibuprofeno (500 mg c/8hrs), aspirina (250 mg c/12hrs) y colchicina (2.5 mg por tres meses).

La paciente se comunicó por vía *WhatsApp* con el Dr. Edgar Landa, adscrito del servicio de “Psicología Urgencias Gea González” al estar preocupada por su salud, mencionó que había presentado ataques de pánico los cuales la llevaron al servicio de urgencias en algunas ocasiones pensando que tenía un ataque cardiaco, en dicho servicio (visita del 10 de junio) le recomendaron comenzar tratamiento psicológico para problemas de ansiedad. El Dr. Landa y la autora de este escrito, iniciaron las evaluaciones, análisis e intervención con la paciente. Como primer paso se firmó una hoja del consentimiento informado con criterios del *BMJ Case Report* (BMJ Case Reports., 2020) donde se especificó la confidencialidad de sus datos, la posibilidad de reportar los mismos en documentos científicos salvaguardando su confidencialidad, la posibilidad de abandonar la intervención si lo deseaba sin represalias ni cambio en la atención prestada.

### **Estrategias de evaluación**

Para evaluar el caso, se utilizaron tanto la entrevista clínica semiestructurada psicológica, como la aplicación de instrumentos con propiedades psicométricas; a continuación, se describen los mismos:

***Datos sociodemográficos:*** Es una entrevista de tipo estructurada, la cual está compuesta por preguntas ex professo relacionadas con los datos personales de la paciente, tales como: nombre, edad, sexo, religión, ocupación, estado civil, lugar de nacimiento y lugar de residencia (Anexo 1).

***Entrevista clínica, basada en EORC:*** se realizó una entrevista clínica en donde basados en el modelo estímulo, organismo, respuesta y consecuencia (EORC), se identificaron las principales respuestas instrumentales, cognitivas, emocionales, fisiológicas, los antecedentes, las consecuencias y las condiciones orgánicas. Este modelo se describe a partir de cuatro componentes: el primer componente se caracteriza por identificar las respuestas instrumentales, cognitivas, emocionales y fisiológicas del comportamiento de interés (R) del paciente en términos observables y medibles; segundo, los antecedentes o estímulos discriminativos (E) que precede y promueven la aparición del comportamiento de interés; el tercer componente es la consecuencia (C), que es un estímulo que sigue la conducta, puede ser positivo que aumenta la frecuencia, duración e intensidad del comportamiento mientras que el negativo, disminuye su aparición y por último, la variable organismo, que representa las características biológicas, de personalidad y culturales, propias del paciente (Külz, 2014; Yoman, 2008).

***Autoreporte del uso del servicio de urgencias médicas:*** Se trata del Autoreporte de Ana con respecto al uso del servicio de urgencias médicas pensando en que tenía un ataque cardíaco. Se recopilaron datos antes, durante y después del tratamiento, al igual que al mes y tres meses en sus sesiones de seguimiento, todas las evaluaciones se realizaron por vía remota.

***Escala de gravedad del Trastorno de Pánico Auto aplicada (PDSS-SR):*** Elaborada por Shear et al. (1997), es una escala de autoinforme o aplicada por los médicos tratantes que mide la gravedad del Trastorno de Pánico, consta de siete reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de cero a cuatro; el rango de puntuación es de cero a 28, con un punto de corte de ocho para determinar a pacientes con síntomas leves (Shear et al., 2001); con una confiabilidad entre evaluadores de .87 en la versión española. En 2014 fue estandarizada en pacientes que cumplían los criterios del DSM-IV para trastorno de pánico y cuenta con propiedades psicométricas similares a las versiones anteriores del PDSS-SR y puede convertirse en un instrumento útil para evaluar los síntomas de pánico en entornos clínicos y de investigación en países de habla hispana; con un alfa de Cronbach de (.85), la fiabilidad de test-retest fue de

(.77; Santacana et al., 2014). Se aplicó la encuesta al inicio del tratamiento y al final del tratamiento, así como en las sesiones de seguimiento a uno y tres meses.

***Lista de síntomas de Ataque de Pánico, con criterios basados en el DSM-V:*** De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de American Psychiatric Association (APA, 2013) para que se considere como ataque de pánico, debe presentar cuatro o más de trece síntomas, los cuales deben llegar al máximo en el plazo de unos 10 minutos. Los síntomas a identificar son: elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aire, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, parestesias (hormigueos en las extremidades), sensación de irrealidad, miedo a perder el control y miedo a morir. Se creó una lista de cotejo en donde se registraba si se presentaba alguno de estos síntomas con variables dicotómicas como respuesta (sí, lo presenta o no, no lo presenta).

Diversos estudios en el área constantemente, evalúan dos variables como forma de control, en la evolución de los pacientes, debido a lo anterior, se complementaron las evaluaciones con dos instrumentos más para descartar trastorno de ansiedad generalizada:

***Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7):*** Elaborada por Spitzer et al. (2006), es un instrumento de autoinforme que originalmente se desarrolló para medir síntomas cognitivos y emocionales del trastorno de ansiedad generalizada, presentes durante las dos últimas semanas previa a la evaluación. Es una escala con siete reactivos de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Se realizó la estandarización de esta prueba en pacientes de centros de atención primaria estadounidenses. Sus puntos de corte son: cinco (leve), 10 (moderada y 15 (grave) con puntuaciones totales de cero a 21 y una confiabilidad de  $r=.83$ . Para la versión en español, fue estandarizada en hispanos en los Estados Unidos por Mills et al. (2014), es una escala de autoinforme con siete reactivos tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, que van de cero a tres puntos, se conservan los reactivos y las escalas reportadas por el original. Esta escala mide sintomatología relacionada con el trastorno de ansiedad generalizada durante las dos últimas semanas antes de la evaluación; sus puntos de corte son con una confiabilidad de  $r=.83$ . En caso de que la suma de los puntos sea mayor a 10, esta medición sugiere la presencia de la respectiva sintomatología. Se acordó aplicar la escala una vez por semana hasta terminar el tratamiento, así como en las sesiones de seguimiento a uno y tres meses.

***El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9):*** Elaborada por Kroenke et al. (2001) es una escala de autoinforme que mide la presencia y gravedad del trastorno depresivo mayor en las dos últimas semanas antes de la evaluación; es altamente utilizada y consta de nueve reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que va de cero (para nada) a tres (casi todos los días); el rango de puntuación es de cero a 27 que sugiere diferentes niveles de síntomas depresivos: mínima/sin depresión (cero a cuatro), leve (cinco a nueve), moderada (10-14) o moderadamente grave (15-19) y grave (20-27). En el caso de México, fue estandarizada en población de la zona rural de Chiapas por Arrieta et al. (2017); es una escala de autoinforme que consta de nueve reactivos con opciones de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, se conservan los reactivos y las escalas reportadas por el original. Se obtuvo un coeficiente alfa del Cronbach de 0.81. Se acordó aplicar la escala una vez por semana hasta terminar el tratamiento, así como en las sesiones de seguimiento a uno y tres meses.

### **Formulación clínica del caso**

Se realizó la evaluación taxonómica, DSM-V y criterios del instrumento PDSS-SR, además de descartar que los síntomas se debieran a su condición médica, se observó que taxonómicamente la sintomatología descrita por Ana correspondía a un trastorno de pánico con Agorafobia. Presentaba la aparición súbita de miedo intenso que alcanzaba su nivel máximo en cuestión de minutos sin importar la actividad o contexto donde se encontrara, durante estos minutos se producían cuatro o más de los síntomas: 1) aceleración en frecuencia cardiaca, 2) sudoración, 3) temblor /sacudidas, 4) sensación de dificultad respiratoria, 5) sensación de ahogo, 6) dolor o molestias en el tórax, 7) náuseas o malestar abdominal, 8) sensación de mareo, 9) escalofríos o sensación de calor, 10) parestesias (hormigueos), 11) desrealización (sensación de irrealidad), 12) miedo a perder el control y 13) miedo a morir (*American Psychiatric Association, 2013*). Asimismo, presentaba preocupación continua por ataques futuros y sus posibles consecuencias; además, se identificaron dos situaciones de agorafobia en Ana: 1) entrar a urgencias respiratorias (área Covid) donde se atendían a pacientes con diagnóstico de Covid-19 y 2) presentar un ataque de pánico en área Covid con el EPP puesto y no obtener la ayuda necesaria (*American Psychiatric Association, 2013*).

Se realizó un análisis funcional para identificar de manera muy particular en Ana qué es lo que le estaba pasando; con base en el análisis funcional que se hizo basado en el modelo estímulo, organismo, respuesta, consecuencia (EORC) se encontró que existía una respuesta fisiológica inusual de manera cardiaca asociada a la pericarditis leve, la cual Ana lo interpretaba cognitivamente como amenaza; entre las respuestas fisiológicas que presentaba fueron: aceleración de la frecuencia cardiaca (180 pulsaciones por minuto, probablemente por una medición inexacta del oxímetro), sensación de piquetes en el pecho, mareo, agitación, disnea, temblores, escalofríos, sudoración, opresión en el pecho, sensación de perder el control y miedo a morir; lo que provocaba emociones como miedo, ansiedad y ganas de llorar. Estos síntomas y emociones se presentaban más cuando tenía cogniciones sobre el fin de su incapacidad y su regreso a la residencia a urgencias con la consecuente acción de tener que entrar a áreas Covid-19 “¿y si me da un ataque de pánico en el área Covid?” “y si me vuelvo a infectar”. Lo anterior se complicaba más y le causaba mayor temor debido a que percibía falta de apoyo por parte de su equipo de trabajo en donde le solicitaban regresar al servicio de urgencias y se cuestionaba si valía la pena intentar volver a la residencia.

De lo anteriormente expuesto, se identificaron varios pensamientos negativos, que se clasificaron en tres categorías: 1) pensamientos negativos asociados a respuestas fisiológicas y de salud “sentía que mi frecuencia cardiaca era elevada y yo solo pensaba ¡Dios mío! tengo una taquicardia supraventricular” [que la podría llevar a un ataque cardiaco o un accidente cerebrovascular]”, “tal vez mi corazón no está sano y por eso siento los piquetes en el pecho”, “al volver al hospital tendré que tratar con pacientes de urgencias y me volveré a infectar”; 2) Pensamientos negativos asociados al miedo en su desempeño laboral “que tal sí me da un ataque mientras estoy atendiendo a mi paciente y le causo un daño”, “quizás estando en urgencias ya no sean tan funcional como antes” tal vez volver al hospital a trabajar no vale la pena”; y finalmente, 3) Enojo ante el apoyo recibido “tendré un ataque y nadie estará conmigo”, “ellos piensan [sus residentes de mayor jerarquía] que yo estoy mintiendo para conseguir las incapacidades, pero qué necesidad tengo de pasar por los ataques”, “no me siento segura al estar sola” (Tabla 3).

Tabla 3 Pensamiento negativos asociados a respuestas cognitivas en Ana

<b>Respuestas cognitivas negativas</b>	
Asociados con respuestas fisiológicas y de salud:	<p><i>“sentía que mi frecuencia cardiaca era elevada y yo solo pensaba ¡Dios mío! tengo una taquicardia supraventricular”, “tal vez mi corazón no está sano y por eso siento los piquetes en el pecho”, “cada que tengo un ataque me siento mareada y siento piquetes en el pecho”, “¿y sí tengo que ir de nuevo al hospital porque no estoy sana?”, “pensaba en que los síntomas iban a aumentar y perderé el control mientras tenía un ataque”, ¡Ay Diosito, me voy a morir, aún no por favor!”</i></p>
Asociados con miedo en su desempeño laboral:	<p><i>“¿Y sí me da un ataque de pánico mientras tengo el equipo de protección? No estoy lista para volver”, en el hospital con mis pacientes porque estaré más enfocada en que sí me da un ataque”, tal vez volver al hospital no vale la pena”; “quizás estando en urgencias ya no sean tan funcional como antes”, “que tal sí me da un ataque mientras estoy atendiendo a mi paciente y le causo un daño”, “tal vez no volveré a ser médico de urgencias”</i></p>
Asociados con enojo ante el apoyo recibido:	<p><i>“tendré un ataque y nadie estará conmigo”, “no me siento segura al estar sola” “porque me está pasando esto a mí, quisiera volver a estar con mi familia”, ellos piensan que yo estoy mintiendo para conseguir las incapacidades, pero qué necesidad tengo de pasar por los ataques”, “¿y si me dan estando con más personas?”</i></p> <p><i>“viajaré sola de madrugada en autobús y no sé si me den un ataque”, “tal vez me den estando sola”, “no estoy loca”, “no me estoy haciendo la víctima”</i></p>

Aunado a esto, la paciente aplicaba estrategias desadaptativas de evitación y distracción con la finalidad de evitar sentir, provocar y/o exacerbar los síntomas estando sola o en compañía de alguien más, conductas que pueden ser de utilidad a corto plazo, pero no así a largo plazo, por ejemplo: evitar sonidos fuertes de la televisión y ladridos, tener poca movilidad, jugar con texturas y juegos de mesa, colorear y evitar hablar sobre los ataques de pánico o iniciar cualquier conversación, además, se observó que utilizaba la meditación como método para tratar de desaparecer los síntomas lo más pronto posible en lugar de mantener la calma y afrontar de manera asertiva los eventos, sin embargo, al no tener la respuesta deseada los síntomas en lugar

de disminuir, se exacerbaban, perpetuando así el ciclo negativo de los ataques de pánico. Aunado a esto, recurría constantemente a conductas de seguridad para tratar de mantenerse tranquila como permanecer cerca de su hermano, estar en contacto constante con su pareja, tener el oxímetro cerca además de música relajante para poder conciliar el sueño.

Estas respuestas estaban antecedidas por estímulos internos y externos. Entre los estímulos internos se encontraron preocupación constante de estar sola y presentar un ataque de pánico sin que nadie estuviera con ella para auxiliarla o estar con más personas y las asustara cuando ella presentaba un ataque y eso pudiera asustarla más, percibir poco apoyo por parte de sus residentes de mayor jerarquía y adscritos, el temor por volver a laborar en urgencias dentro de áreas Covid-19 y el temor constante por su salud y la probabilidad de reinfección, y que le hacía cuestionarse si volver a la residencia valía la pena o no; mientras que en los estímulos externos se encontró que los estresores del ambiente, además del evento mismo del estrés de la pandemia son: regresar a trabajar en el hospital, entrar al área Covid-19, preocupación por la salud de su familia, el fallecimiento de un familiar a causa del Covid-19, no poder ver a su pareja por la pandemia, percepción de apoyo disminuido por parte de colegas, amigos y familiares, y no estar segura de permanecer en la residencia en Urgencias Médicas.

Esto a su vez generó consecuencias a corto plazo como la provocación de ataques de pánico, exacerbación de los síntomas, ansiedad, miedo, dejar de realizar algunas actividades, evitar ciertos alimentos y buscar no estar sola; mientras que a un mediano y largo plazo desarrollaría mayor inseguridad en cuanto a sus habilidades como médico y como persona, favoreciendo su aislamiento y la probabilidad de abandonar la residencia, además de afectar su calidad de vida. Todo esto estaba enmarcado en un contexto orgánico en el que Ana se encontraba de incapacidad y en tratamiento con el servicio de cardiología por la cuestión de la pericarditis leve como probable consecuencia del Covid-19 y hospedándose en la casa de uno de sus hermanos en Querétaro.

## **Tratamientos y Elección del tratamiento**

Con base en las guías clínicas y recomendaciones de revisiones sistemáticas, el abordaje del tratamiento de ataque de pánico, debería combinar tanto lo farmacológico como lo psicológico (Bandelow et al., 2015). No obstante, desde el modelo de práctica basada en la evidencia, además de la recomendación del nivel de evidencia, es igualmente importante el deseo del paciente, por lo que se conjugó todo esto para comentarle a la paciente lo que recomiendan las guías clínicas y preguntar qué es lo que deseaba; a lo que explícitamente mencionó no desear tomar fármacos, hubo dos principales razones: 1) posibles efectos secundarios y 2) lo que otros podrían pensar de ella ante el uso de medicamento psiquiátrico (se trabajó con esta idea a lo largo de las sesiones). Debido a las características del caso, el pronóstico de la paciente era bueno, con el solo uso de la psicoterapia, por tal razón, respetando el deseo de la paciente, se acordó trabajar de esta manera.

Con base en la literatura, la psicoterapia de elección es la TCC debido a que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad como el ataque de pánico con o sin agorafobia, incluso en 40% de los casos que concluyeron con éxito su tratamiento, prevalecen las ganancias de la intervención de uno a dos años después (Addis et al., 2006; Cuijpers et al., 2016; Kaczurkin & Foa, 2015). De manera general, el tratamiento se basa en abordar las vulnerabilidades neurobiológicas y psicológicas generalizadas, explicadas en el modelo de Barlow (2002), donde explica que, sumado a las experiencias del paciente, estas vulnerabilidades son activadas por eventos estresantes de la vida de las personas, lo que crea en ellas falsas alarmas a través de la asociación de sensaciones somáticas (señales interoceptivas, por ejemplo aceleración de la frecuencia cardiaca), y dejando en la persona una alarma aprendida que desarrolla una vulnerabilidad psicológica específica, las sensaciones físicas inexplicables son peligrosas, expresadas a través de la aprensión ansiosa centrada en sensaciones somáticas. Por lo que se emplean diversas formas de TCC para hacer cambios significativos en la persona como mejorar sus habilidades para afrontar el estrés, mejorar su calidad de vida, disminuir el número de recurrencias al servicio de urgencias por ataque de pánico y reducir costos anuales de atención médica para trastornos de ansiedad (Dark et al., 2020).

Para este trabajo en particular se decidió trabajar con el modelo de Craske y Barlow (2007) Dominio de su ansiedad y pánico: Guía del terapeuta (4ed.) y el libro de trabajo para el

paciente, debido a que ha mostrado ser efectivo en evidencia clínica, como contar con algunas mejoras en esta nueva edición como: mayor entendimiento de la patología, tanto psicológica como física, logrando nuevas intervenciones dirigidas con mayor precisión e incorporando el tratamiento para la conducta de agorafobia, se consideraron las diferencias interpersonales de cada paciente por lo que se modificó la estructura del libro para tener un mayor entendimiento de la información así como tiempo de procesamiento, se hizo un hincapié en la adquisición de habilidades de pensamiento para ayudar al paciente en avanzar y enfrentar su miedo y ansiedad, se aplicó la terapia de exposición a señales temidas para aprender a tolerar su temor y ansiedad en lugar de buscar su desaparición inmediata y finalmente se menciona un capítulo sobre medicamentos y sus interacciones con la TCC. Sin embargo, aunque se implementó como base para el abordaje de este tratamiento, se hicieron las adecuaciones necesarias para las condiciones particulares de la pandemia por Covid-19.

### **Aplicación del tratamiento**

Con base en lo anterior, el primer paso que se hizo para la intervención de Ana, fue realizar algunas adecuaciones debido a las siguientes razones: ella estaba de incapacidad, no se encontraba en la Ciudad de México sino en Querétaro en la casa de su hermano y por el riesgo de contagio por Covid-19; por tales razones se optó por tomar medidas de bioseguridad y llevar a cabo la intervención por vía remota considerando las pautas sugeridas para la práctica de la telepsicología, la cual es definida por Grupo de Trabajo Conjunto para el desarrollo de directrices de telepsicología para psicólogos, (2013) como la prestación de servicios psicológicos utilizando tecnologías de telecomunicaciones, tales como teléfonos, dispositivos móviles, videoconferencias interactivas, correo electrónico, chat, mensajes de texto e internet. Estas tecnologías pueden aumentar y facilitar la entrega de servicios psicológicos tradicionales que se brindan de manera presencial por ejemplo materiales psicoeducativos publicados en línea después de cada sesión o como servicios independientes siguiendo las directrices establecidas para la práctica de telepsicología, las cuales se describen a continuación (*Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists., 2013*): Directriz 1: Competencia del psicólogo, evaluar continuamente sus competencias para una práctica competente ; Directriz 2: Asegurar que éticas y estándares profesionales de atención y práctica se cumplan desde el inicio y durante

la prestación de servicios de telepsicología; Directriz 3: Obtener y documentar el consentimiento informado que aborda la descripción completa y clara de los servicios de telepsicología, así como compartir las políticas y procedimientos que se llevarán a cabo utilizando la tecnología de telecomunicaciones necesaria; Directriz 4: Proteger y mantener la confidencialidad de los datos e información de los pacientes e informar a ellos de los riesgos de pérdida de confidencialidad inherente al uso de las tecnologías de telecomunicaciones; Directriz 5: Tomar las medidas necesarias de seguridad para garantizar la protección de los datos e información relacionada a los pacientes; Directriz 6: Se eliminan la información y datos del paciente de manera responsable que facilite la protección contra personas no autorizadas; Directriz 7: Considerar los problemas que pueden surgir al brindar los servicios de telepsicología a través de la tecnología de telecomunicaciones para mantener la integridad de la aplicación de las pruebas y el proceso de evaluación; Directriz 8: Mantenerse familiarizado y cumplir con todas las leyes de regulación relevantes cuando se prestan los servicios de telepsicología a pacientes en jurisdicciones y fronteras internacionales.

Una siguiente adecuación fue llevar a cabo una terapia breve de TCC por vía remota a través de la plataforma de *Zoom*, se impartió en horas y días acordados con la paciente para no interponerse en sus actividades académicas y laborales del hospital, además de esto, por la necesidad de Ana de adquirir y desarrollar las habilidades cognitivas y de respiración para entrar a área Covid-19, se acordó tener dos sesiones por semana. Asimismo, se adaptó el contenido de las sesiones, en parte porque a diferencia de la mayoría de la población en México, Ana cuenta con una educación de posgrado y especializada en temas de la salud; sin embargo, el contar con ese conocimiento le causaba un gran estrés en ella debido a la incertidumbre sobre las posibles consecuencias de la enfermedad por Covid-19, por lo que algunas de las técnicas de la TCC se adaptaron lo más similar posible al contexto de la pandemia y a las medidas sanitarias implementadas en el hospital y a nivel mundial. Es importante mencionar que para la cuestión orgánica en Ana, se decidió trabajar de manera estrecha con el servicio de cardiología para llevar un seguimiento en ella y agregar los componentes necesarios para cubrir las necesidades extras, tales como la focalización de su atención a las sensaciones fisiológicas, más específico a los latidos de su corazón, el consumo de bebidas estimulantes (por ejemplo: bebidas energizantes, café, bebidas alcohólicas, etc.) el uso de su equipo de protección personal y audios de sonidos hospitalarios para su entrenamiento en las exposiciones in vivo. Además, se requirió una sesión

extra para aplicar la técnica de balance decisional, enfocado a que Ana discerniera si abandonaba o no la residencia en urgencias médicas. Finalmente, se agregaron dos sesiones extras para trabajar las cogniciones de Ana con respecto al fallecimiento del doctor adscrito del servicio de urgencias médicas a causa del Covid-19 (Tabla 4).

Cabe resaltar que se encontraron estudios realizados en personal de salud en México durante la pandemia por covid-19 tales como problemas de salud mental entre los trabajadores de salud involucrados en el brote de COVID-19 (De Leon et al., 2021), identificación de factores de riesgo en problemas de salud mental autoinformados en psiquiatras en México (Fresan et al., 2021), estado de bienestar y síntomas de estrés postraumático en trabajadores de salud que asisten a sesiones de mindfulness durante la etapa inicial de la epidemia de COVID-19 en México (Real-Ramírez et al., 2020) y una evaluación cualitativa de videos psicoeducativos para trabajadores de la salud de primera línea de COVID-19 en México (García et al., 2020); sin embargo no se encontró previamente ni un solo caso en donde se reportara la aplicación de la TCC como tratamiento para el abordaje de los ataques de pánico en personal de salud de primera línea durante la pandemia por covid-19, por lo cual se tuvo que adaptar durante un periodo de 3 meses la intervención en línea a través de la plataforma de *Zoom* en los días y horas acordadas con la paciente para que no se interpusieran con sus guardias o actividades en el hospital, ya que posteriormente regreso al hospital y a sus actividades académicas y también debido a las circunstancias actuales que trae consigo la pandemia en el área de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y a nivel mundial.

*Tabla 4 Descripción de las adecuaciones de la TCC en el contexto de la pandemia por Covid-19*

<b>Elementos</b>	<b>Resultados de las adaptaciones</b>
Intervención de TCC por vía remota	Se llevó a cabo la intervención de TCC usando tecnología de telecomunicaciones a través de la plataforma de Zoom. Debido a las medidas sanitarias implementadas a nivel mundial para combatir la pandemia.
Terapia breve	Debido a la necesidad de Ana de adquirir las habilidades cognitivas y de respiración para afrontar situaciones estresantes como entrar a área Covid-19, se acordó llevar a cabo dos veces por semana en horas y días acordadas con Ana para no

---

	interponerse en sus actividades académicas y laborales en el hospital.
Nivel educativo de la paciente	Se realizaron adecuaciones al contenido de las sesiones debido a la educación en Ana con respecto a temas relacionados con la salud
Contexto Covid-19	Se adaptó la información brindada durante la intervención relacionada a la enfermedad por Covid-19, de acuerdo con las preocupaciones de Ana en el momento, así como también el contexto en el que se desarrollaron las actividades, p. ej. buscar artículos relacionados con la reinfección por Covid-19, portar el equipo de protección personal (EPP) durante algunas de las técnicas de relajación y simular estar en el hospital.
Componentes para necesidades extras	<p>Sesión 2. Técnica de relajación progresiva (Jakobson, 1929): se utilizó para la actividad de exposición in vivo enfocada en la percepción de las palpitaciones y sensaciones en el pecho, debido a que a Ana le causaba temor enfocar su atención a las sensaciones en el pecho y corazón.</p> <p>Sesión 3. Contención emocional y técnica de solución de problemas a través de un balance decisional: se brindaron dos sesiones en el día ya que tuvo un ataque de pánico que la llevó al servicio de urgencias médicas preocupada por su salud y confundirlo con arritmias supraventriculares, tras recibir un mensaje de no poder prolongar los días de incapacidad.</p> <p>Sesión 4. Técnica de relajación de respiración diafragmática: se utilizó para la actividad de exposición in vivo agregando sonidos de monitores y equipo hospitalario en general, debido al nivel de ansiedad que le provocaba a Ana escucharlos en las guardias en el área de COVID-19 y le desencadenaron un ataque de pánico.</p> <p>Sesiones 6 al 9. Lista de ejercicios para provocar síntomas similares a los de un ataque de pánico: se adecuaron para trabajar las actividades de exposición practicando los ejercicios de la lista en situaciones lo más parecidas al contexto dentro de sus guardias en el área Covid-19, dado el nivel de ansiedad que le generaba entrar al lugar por temor a tener un ataque de pánico dentro del hospital, frente a sus compañeros y pacientes. Se usaron</p>

---

---

goggles, mascarilla, ropa extra para simular su equipo de protección personal (EPP).

Sesiones 10 al 12. Exposición in vivo frente a los síntomas durante una actividad: se agregaron el consumo de algunas bebidas estimulantes a las que Ana estaba evitando por temor a que le desencadenaran un ataque de pánico (café, chocolate, refresco) así como actividades físicas (caminar del hospital a su casa, subir escaleras, trotar) como parte de su entrenamiento de exposición.

Sesión 14. Se suspendieron las actividades de exposición in vivo físicas: se suspendieron por cuestiones de salud y ordenes de su cardiólogo hasta nuevo aviso, por lo que se considera trabajar más cuestiones cognitivas.

Sesiones 17 y 18. Sesiones para trabajar técnicas cognitivas para modificar el pensamiento: debido al fallecimiento de un ser querido a causa del COVID-19, Ana presentaba pensamientos catastróficos por su condición física (inflamación del corazón) y el temor de no recuperarse nunca.

Sesión 19. Psicoeducación sobre el impacto de la ansiedad en las emociones en Ana: la sesión final se trataba de abordar los síntomas de abstinencia al concluir con el tratamiento farmacológico, sin embargo, en el caso de Ana, a petición de ella, no se llevó un trabajo en conjunto con psiquiatría, por lo que se le explicó que los síntomas no se presentarían en ella, pero posiblemente podría aumentar su ansiedad cuando se terminara la intervención de TCC, tal y como sucede con los síntomas de abstinencia.

---

Esta aplicación del tratamiento consta de 19 sesiones de intervención, con los siguientes componentes: 1) psicoeducación, diseñada para abordar los temas sobre la naturaleza del trastorno de pánico con o sin agorafobia, qué son y como identificar a los ataques de pánico, como llevar un registro diario de los ataques de pánico, brindar información acerca de las repercusiones emocionales de los ataques en las personas, así como identificar las conductas de evitación y/o señales de seguridad que se puedan estar empleando, además, de identificar las

situaciones estresantes en Ana, brindar información acerca del uso correcto de las técnicas de respiración y las diferentes técnicas de relajación como una forma asertiva de afrontar los ataques y finalmente, el uso de medicamentos como complemento para el tratamiento de los ataques de pánico; 2) conductual, se enfocó en romper con el condicionamiento de las conductas de evitación y distracción identificadas en la paciente, practicar las habilidades cognitivas y de respiración en Ana durante las exposiciones in vivo a los síntomas fisiológicos, así como en situaciones de agorafobia a través de las listas de ejercicios y actividades que evocan los síntomas similares a los de un ataque de pánico, trabajar en la elaboración de sus exposiciones in vivo a futuro; 3) cognitivo, se enfocó en identificar distorsiones cognitivas acerca de la ansiedad, el peligro de los síntomas fisiológicos y sus posibles consecuencias relacionados con los ataques de pánico, se trabajó técnicas para modificar el pensamiento en Ana a pensamientos más útiles, además se incluyeron dos sesiones más de trabajo cognitivo para abordar cogniciones catastróficas relacionadas con la muerte y cuestiones de salud, debido al fallecimiento del doctor adscrito al servicio de urgencias. Posterior a la intervención, se llevaron a cabo dos sesiones más para los seguimientos al mes y a los tres meses, en las cuales se aplicaron los instrumentos PDSS-SR, PHQ-9 y GAD-7 (Tabla 5).

La duración de las sesiones fueron de aproximadamente 60 minutos cada una, a excepción de las sesiones cinco, seis, 11, 12 y 14 en las que se practicó las exposiciones in vivo con una duración total de la sesión de 90 minutos, debido a que se brindó tiempo suficiente para que Ana se recuperara y se estabilizara fisiológicamente después de las actividades físicas. Aunado a esto, se llevaron a cabo registros diarios de la sintomatología en Ana y evaluaciones semanales de las escalas de GAD-7 y PHQ-9. Las fechas y horas establecidas para las sesiones eran acordadas de acuerdo con los tiempos de Ana, con la finalidad de que no se interpusieran con las actividades académicas y laborales del hospital.

*Tabla 5 Descripción detallada de las sesiones de la intervención*

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Tareas fuera de sesión</b>
1	Brindar información sobre la naturaleza del trastorno de pánico, cómo identificar los ataques de pánico, cómo registrarlos, explicar los ciclos	Psicoeducación a través de la presentación en diapositivas sobre el trastorno de pánico con o sin agorafobia, los	PA-SR (Barlow y Craske, 2007)

	negativos y como repercuten en el estado de ánimo, el uso de medicamentos como complemento para el tratamiento para ataque de pánico.	ataques de pánico, factores asociados, como registrarlos y su tratamiento (APA,2013)	
2	Identificar conductas de evitación, señales de seguridad, situaciones estresantes, entrenamiento en respiración diafragmática, técnicas de relajación y poner en perspectiva los pensamientos	Psicoeducación a través de la presentación de diapositivas sobre establecer jerarquías de agorafobia y formas asertivas de afrontamiento, Moldeamiento de técnicas de respiración diafragmática lentas y técnica de relajación progresiva (Jakobson, 1929); sobre emociones, ciclos negativos y cómo romper con el condicionamiento.	SR-RA (Barlow y Craske, 2007)  Escalas de Autorregistro semanal: PHQ-9 GAD-7
3	Entrenamiento en habilidades respiratorias y cognitivas Identificar pensamientos negativos y su respectivo registro. Contención emocional Técnica de solución de problemas	Presentación en diapositivas sobre cómo realizar adecuadamente la técnica de respiración diafragmática lenta. Autoregistro de Cambio de Perspectiva Autoregistro de Cambio de Probabilidad (Barlow y Craske, 2007)	PS-SR SR-PC PA-SR SR-RA (Barlow y Craske, 2007)
4	Moldeamiento en habilidades respiratorias y cognitivas en entornos que distraen como técnicas de afrontamiento. Identificar los pasos para un pensamiento realista Identificar situaciones estresantes y establecer una jerarquía de situaciones de agorafobia para preparar las exposiciones futuras	balance decisional Modelado de técnica de respiración diafragmática y presentación del video Ambiente del Hospital (Recursos para videos, 2018) Psicoeducación a través de la presentación en diapositivas sobre los pasos para un pensamiento realista Autoregistro de situaciones de Agorafobia (Barlow y Craske, 2007) Lista de situaciones o pensamientos de agorafobia	PHQ-9 GAD-7 Practicar la respiración en entornos que distraen
5	Lidiar con las conductas evitativas Practicar las habilidades de respiración y la exposición in vivo frente a los síntomas. Brindar información sobre como identificar los síntomas físicos y como registrarlos para ir reemplazando las	Dialogo socrático Psicoeducación a través de la presentación en diapositivas de la lista de los ejercicios a realizar para simular los síntomas de un ataque de pánico.	Practicar las exposiciones in vivo de los síntomas enfrentados Con sus respectivos registros

	ideas erróneas con pensamientos realistas e interrumpir el condicionamiento	Lista de Síntomas Autoregistro de Evaluación de Síntomas (Barlow y Craske, 2007) Autoregistro de Síntomas Enfrentados (Barlow y Craske, 2007)	
6	Practicar las exposiciones in vivo frente a los síntomas en contexto Covid-19.	Dialogo socrático	PHQ-9 GAD-7
7	Identificar conductas evitativas o de seguridad, miedos, pensamientos negativos	Modelamiento de lista de ejercicios de síntomas Lista de ejercicios	PA-SR (Barlow y Craske, 2007) Practicar cambio de probabilidad Practicar exposición in vivo frente a situaciones de agorafobia
8	Identificar síntomas que la ponen nerviosa.	Lista de jerarquías de agorafobia	
9	Identificar distorsiones cognitivas y cambiarlos por pensamientos más funcionales.	Autorregistro de Enfrentando Síntomas Reestructuración cognitiva	PHQ-9 GAD-7
	Identificar y afrontar conductas evitativas	Autorregistro de actividades enfrentadas	
	Ajustar habilidades respiratorias y cognitivas a otros contextos		
10	Preparar futuras exposiciones Moldeamiento de la exposición in vivo frente a los síntomas durante una actividad	Consumo de café, chocolate	PHQ-9 GAD-7
11	Enfrentar síntomas físicos durante actividades cotidianas Reestructuración cognitiva con pensamientos más realistas	Realizar actividades aeróbicas	PA-SR (Barlow y Craske, 2007) SR-PC (Barlow y Craske, 2007)
12	Interrumpir el condicionamiento Identificar que los síntomas no son peligrosos. Practicar exposiciones in vivo en situaciones de agorafobia	Levantar objetos pesados Autorregistro de Evaluando los síntomas	Practicar la lista de Actividades
	Identificar y afrontar conductas evitativas.	Autorregistro de Frente a actividades	PHQ-9 GAD-7
	Incluir síntomas temidos en contextos temidos Establecer metas y objetivos nuevos	Lista de Actividades	
	Brindar información sobre como registrar las exposiciones in vivo		

---

Ajustar habilidades

13	Moldeamiento de las exposiciones in vivo en situaciones de agorafobia y síntomas enfrentados	Dialogo socrático Lista de jerarquías de agorafobia	PA-SR (Barlow y Craske, 2007)
14	Identificar conductas evitativas o de seguridad	Autorregistro de situaciones y síntomas enfrentados Autorregistro de Cambio de probabilidad	PHQ-9 GAD-7
15	Reestructuración cognitiva con pensamientos más funcionales Ajustar habilidades cognitivas y respiratorias a nuevos contextos Identificar situaciones de agorafobia Como diseñar sus próximas exposiciones	Consumo de café, chocolate, refrescos Actividad aeróbica Simulación del EPP Lista de jerarquía de actividades de agorafobia frente a los síntomas	Practicar Autorregistro de cambio de probabilidad Practicar exposición in vivo de las actividades
16	Ajuste de las exposiciones in vivo Identificar y afrontar las conductas evitativas o de seguridad Identificar síntomas que se vuelven tolerables	Autorregistro de actividades y síntomas enfrentados	PHQ-9 GAD-7
17	Brindar información sobre la conexión entre pensamientos y estado de ánimo, como identificar pensamientos dañinos y útiles, los pensamientos dañinos no son precisos, completos y equilibrados	Psicoeducación a través de la presentación en diapositivas sobre el vínculo entre los pensamientos y el estado de ánimo: una actividad encadenada (Miranda et al. (2008)	Listado de hábitos comunes de pensamientos dañinos (Miranda et al., (2008) Practicar el SÍ, PERO
		Técnica SÍ, PERO.  Listado de Hábitos comunes de pensamiento nocivo (Miranda et al. (2008)	
18			PHQ-9 GAD-7
19	Sesión final: brindar información sobre síntomas de abstinencia, hablar de sus logros y de cómo seguir manteniéndolos, además de cómo prevenir recaídas	Autorregistro de Evaluar el progreso Psicoeducación a través de la presentación en diapositivas sobre el análisis semanal según las escalas de GAD-7, PA-SR y PHQ-9. Autorregistro de Practicando un plan y Metas a largo plazo	

---

20	Seguimiento a un mes Ajustar habilidades cognitivas y respiratorias de ser necesario Observar el mantenimiento de los logros e identificar posibles recaídas	Instrumento (Shear et al. (1997)). PHQ-9 GAD-7	PDSS-SR
21	Seguimiento a tres meses Ajustar habilidades cognitivas y respiratorias, así como la aplicación de los instrumentos correspondientes.	Instrumento (Shear et al. 1997). PHQ-9 GAD-7	PDSS-SR

Nota: PDSS-SR: Escala de gravedad del Trastorno de Pánico Auto aplicada PHQ-9: El Cuestionario de Salud del Paciente; GAD-7: Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada; PA-SR: autorregistro de ataques de pánico; SR-RA: autorregistro de habilidad respiratoria; PS-SR: autorregistro de cambio de perspectiva; SR-PC: autorregistro de cambio de probabilidad;

### **Factores relacionados con el o la terapeuta**

La intervención fue proporcionada por la alumna Brenda Anahí Barrera Flores del servicio de Psicología de Urgencias, formada en la facultad de Psicología de la UNAM, que recibió capacitación sobre psicología de la salud, manejo de los pacientes en Urgencias, evaluación a cuidadores e intervención en crisis. A su vez, recibió supervisión del Dr. adscrito responsable de su formación en el programa de Psicología de Urgencias del Hospital Dr. Manuel Gea González, para reducir el impacto de los sesgos en la toma de decisiones para la intervención.

Para mejorar la adherencia terapéutica se consideraron las propuestas de Norcross y Wampold (2011) sobre los factores interpersonales que debe fomentar un terapeuta, como: alianza terapéutica, empatía, consenso en las metas y consideraciones positivas por el paciente.

### **Diseño del estudio**

Se realizó un estudio de caso clínico de tipo A-B con seguimiento a un mes y tres meses. Este diseño, nos permitió estudiar el efecto del tratamiento en la conducta del paciente incluso después de terminar el tratamiento. Durante la primera fase (A) se hizo una línea base de la

frecuencia de ataques de pánico, así como los repotes de síntomas que la paciente presentó. Durante la fase (B) se dio la intervención y se mantuvieron las evaluaciones semanales.

Es importante mencionar que se optó por este diseño debido a la conveniencia clínica, ya que permite un enfoque alternativo para avanzar en el campo de investigación, permite investigaciones científicas rigurosas y con tratamientos particulares para cada individuo para posteriormente desarrollar modelos más robustos, además de evaluar los efectos a corto plazo, lo que lo vuelve flexible y una excelente opción para este tipo de estudios exploratorios (Kratochwill et al., 2010)

### **Análisis de datos**

Para análisis de datos se recurrió al análisis visual y estadísticos de los datos, a continuación, se hace la descripción de los mismos.

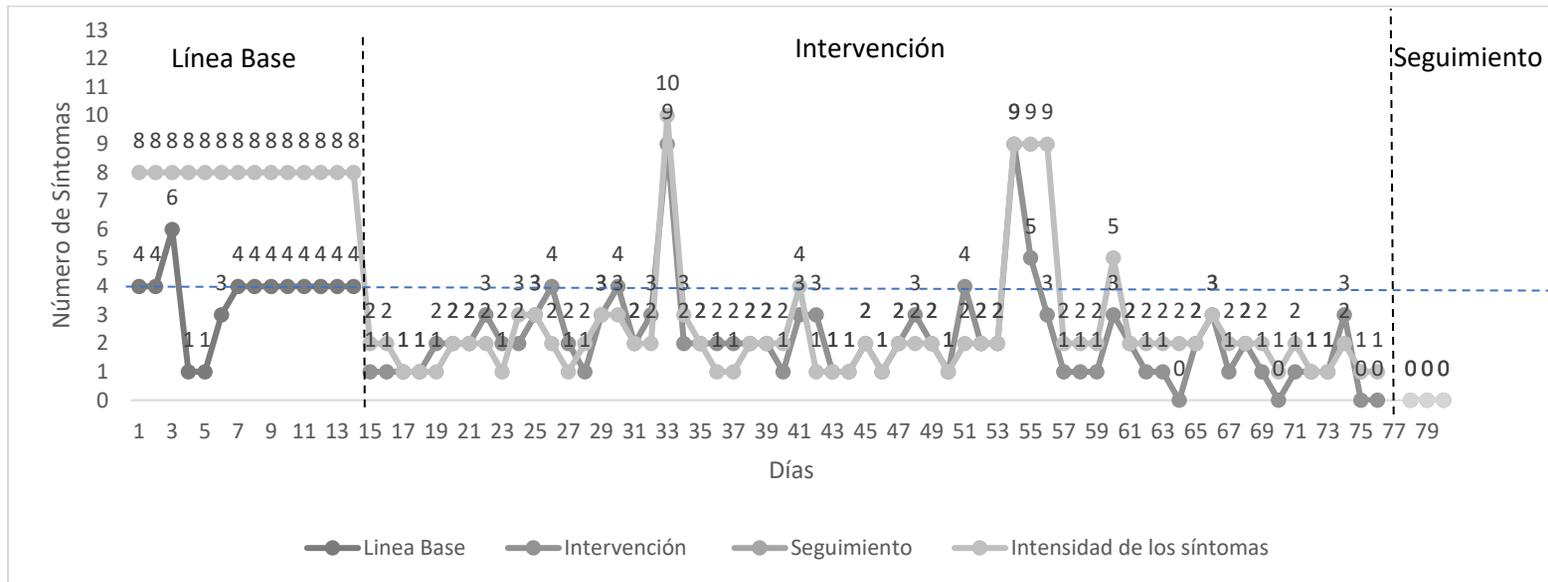
*Análisis visual de datos:* Se trata de un método dominante para evaluar las intervenciones con base en presentaciones gráficas de los datos en cada una de las fases (AB). Usualmente, involucra la comparación entre los niveles (promedio y mediana) y tendencias de línea de cada uno de los datos entre la fase A y B (Kazdin, 2021; Krasny-Pacini y Evans, 2018). En el caso de este estudio, lo que se esperaba encontrar era una disminución en la frecuencia de la presencia de los síntomas. A pesar de su utilidad, diversos autores han documentado los posibles sesgos de confiabilidad a la hora de interpretar únicamente con este medio los datos (kazdin, 2021; Kratochwill et al., 2010). Debido a lo anterior, se decidió complementar el análisis visual con el análisis estadístico.

*Análisis estadístico:* Sirve como complemento para el análisis visual de datos, ya que la confiabilidad puede llevar a interpretaciones distintas entre jueces. Además, el análisis estadístico es capaz de identificar tendencias en los datos que no son visibles a simple vista. Se decidió utilizar los índices de no sobreposición de todos los pares (por sus siglas en inglés NAP), acompañados de sus intervalos de confianza (nivel del 90 %). La interpretación de los efectos se hizo de la siguiente manera: efecto débil (0- 0.65), efecto medio (0.66-0.92) y efecto fuerte (0.93- 1.0; Parker y Vannest, 2009). Finalmente, se utilizó el programa de *Calculator de Single Case Research* para correr el análisis de los datos (Vannest et al., 2016).

## Resultados

En la Figura 1 se muestran los datos de los síntomas e intensidad de los ataques de pánico en Ana durante las dos fases (AB). El análisis de datos visuales muestra que el promedio en general de la intensidad de los ataques fue de 8 en un rango de cero a 10 siendo este último como la sensación más intensa y en el número de síntomas presentados en Ana era de 4, a excepción de una elevación de 6, a causa de que presentó un ataque de pánico y una baja a 1, debido a que se identificaron conductas evitativas en la paciente con la finalidad de evitar sentir y/o provocar alteraciones fisiológicas, tales como tener poca movilidad al grado de permanecer sentada en el sofá de la sala, evitando los sonidos fuertes de la televisión o permaneciendo en su cuarto para evitar los sonidos fuertes del exterior, evitar iniciar conversaciones con los demás para no hablar sobre los ataques de pánico o expresar lo que sentía y con ello, evitar el llanto, eliminó el consumo de cafeína a pesar de ser algo que disfrutaba y serle de utilidad para recuperarse de las guardias en el hospital, evitar tomar refrescos aunque no era constante su consumo, era consciente de que evitaba tomarlos por ser una bebida azucarada y podría sobre activarla, evitaba ver películas de terror aunque es un género que disfrutaba de verlo, al igual que los partidos de fútbol, ya que la euforia podría causarle un ataque de pánico. Conductas que eran de gran utilidad a corto plazo, pero una vez volviendo de su incapacidad y con las actividades en el hospital, se vería limitada en continuar con sus actividades diarias, por lo que Ana consideraba la posibilidad de abandonar la residencia en urgencias médicas por la dinámica con la que se trabaja como jornadas largas, exceso de trabajo y estrés constante.

Figura 1 Sintomatología para Ataque de Pánico según el DSM-V



Durante la fase B, se observó una disminución con respecto al número de síntomas e intensidad de los ataques presentados por Ana, esto se debe a que, al inicio de la intervención, mantenía conductas evitativas como las previamente mencionadas y señales de seguridad, tales como: buscar a su novio o a su roomie , requerir de audios de relajación para conciliar el sueño y cambiar constantemente de actividades para mantenerse ocupada y evitar los síntomas; sin embargo, sus intentos por evitar provocar los síntomas eran en vano pues se seguían presentando de manera frecuente aunque su intensidad y número de síntomas presentados se mantenían al límite para cumplir con los criterios para ataque de pánico, con excepción de la sesión cinco, cuando se observa un primer pico en la Figura 1, donde la intensidad y sintomatología se elevaron a 10 y con un puntaje de nueve de 13 síntomas, esto es explicado por sucesos externos vividos por la paciente, tales como el inicio de los ejercicios de exposición in vivo frente a los síntomas relacionados con los ataques de pánico, en donde se le pidió a Ana exponerse de manera sucesiva a ejercicios físicos y situaciones de agorafobia de la lista que se le otorgó. Asimismo, la paciente tuvo una clase sobre arritmias cardíacas, situación que le generó demasiada ansiedad debido a que lo asociaba a su diagnóstico de pericarditis leve, aunado a esto, Ana mencionaba que todo el mes en sus clases del hospital se tratarían sobre patologías cardíacas por lo que se encontraba muy ansiosa y con su atención muy focalizada a cambios fisiológicos, más específicamente del corazón.

En ese mismo contexto, recibe la noticia de que el padre de una de sus compañeras y amiga del hospital, es internado en el hospital en estado delicado por enfermar de Covid-19, y Ana formaba parte de sus redes de apoyo; el segundo pico en la Figura 1, se debe al fallecimiento de un médico adscrito del servicio de urgencias médicas, el cual falleció a causa del Covid-19, suceso que afectó al servicio de urgencias por ser un doctor muy querido por los residentes y compañeros de trabajo. Posteriormente, Ana tenía una entrevista muy importante para entrar al protocolo de investigación para su tesis, la cual la tenía muy ansiosa debido a que era un protocolo difícil de entrar, aunado a que la paciente había estado teniendo jornadas dobles y largas en el hospital, por lo que su descanso, alimentación e hidratación no se encontraban en las mejores condiciones y se encontraba muy susceptible a los sonidos fuertes, por lo que cuando intento descansar para su entrevista, la alarma del teléfono la hizo despertar de manera sorpresiva lo que provocó la elevación de la frecuencia cardíaca, sumado a los pensamientos negativos que presentó en ese momento “¿por qué se está aumentando la frecuencia? no lo voy a lograr”, “no

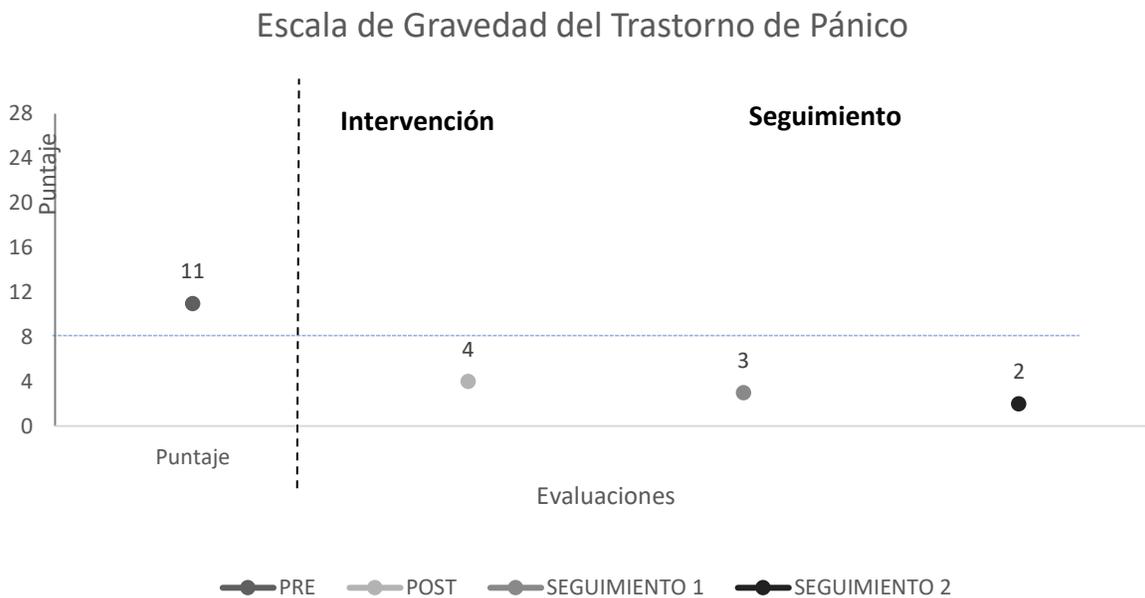
*se quita, ahí viene más voy a tener que salir corriendo*”, “*no voy a llegar al hospital*”, “*tal vez muera aquí*”, fue que se cumplió el ciclo negativo de los ataques de pánico, dado como resultado la aparición de dos ataques de pánico en el mismo día con una intensidad de 9 para ambos ataques y con una puntuación de los síntomas de nueve de 13 síntomas y el segundo ataque con cinco de 13 síntomas. Aunado a esto, durante la intervención Ana presenció eventos que estaban fuera de su alcance como el fallecimiento de su abuela materna y su tío a causa del Covid-19 y la situación de su madre por la misma enfermedad. Sin embargo, pese a los eventos vividos, se observó una baja tendencia en el número de los síntomas, así como a la intensidad de los mismos, al grado de que las puntuaciones bajan a cero, con una media y mediana de 3.64 y 4.00 en la fase A y 2.00 y 2.00 en la fase B. Se complementó el análisis visual con el análisis estadístico NAP, en dónde se observa que tuvo un efecto positivo moderado que se asocian con la intervención y no a eventos azarosos (NAP= 0.83; IC 0.379< >0.942).

Además de esto, en la Figura 2 se observan los datos de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS-SR) en Ana. En el análisis visual de los datos se muestra que durante la fase A presentó los siguientes síntomas: frecuencia cardíaca elevada, sudoración, temblores, malestar en tórax, mareo, miedo a perder el control y miedo a morir, y menciona la presencia de uno o dos ataques de pánico completos con un malestar moderado, pero soportable, lo que la ha mantenido ansiosa de manera frecuente por el temor de presentar nuevamente los ataques de pánico, ha identificado conductas y situaciones que evita por miedo a desencadenar un ataque interfiriendo de manera ligera sus actividades diarias tanto personales como académicas, por lo que obtuvo un puntaje total de 11 de 28 en la presencia de sintomatología de ataques de pánico, lo que se clasifica como presencia de sintomatología leve; sin embargo, durante la fase B se observó una tendencia a la mejora en Ana y por ende una reducción en los puntajes obtenidos, puntuando un total de cuatro de 28 en la presencia de sintomatología, con presencia de los siguientes síntomas: temblores, malestar en tórax y mareo con un malestar moderado pero que ya no repercute en sus actividades diarias y disminuyendo su ansiedad por la aparición de nuevos ataques. Posteriormente para los seguimientos al mes, Ana presentó malestar en el tórax y mareo, con una puntuación de tres de 28 en la presencia de sintomatología de ataques de pánico, sin presencia de malestar y sin verse afectadas sus actividades; y para su seguimiento a tres meses sin síntomas, sin preocupación por presentar ataques futuros y sin verse afectadas sus actividades,

con una puntuación de dos de 28 en la presencia de sintomatología debido a las restricciones a actividades físicas vigorosas por recomendación de su cardiólogo.

Para los datos del uso del servicio de urgencias médicas se tiene el Autoreporte de la paciente, en donde reporta haber usado en dos ocasiones el servicio, durante la fase de línea base debido a la elevación de su frecuencia cardiaca sin que algo lo justificara (156 pm), en donde describe presentar mareo, palpitaciones, disnea y sensación de estar agitada, por lo que se realizó un ecocardiograma. Posteriormente, durante la fase de intervención a causa de la elevación de su frecuencia cardiaca y describe presentar sensación de miedo, palpitaciones, agitación y dolor en tórax por lo que nuevamente se realiza estudios. No obstante, no vuelve hacer uso del servicio de urgencias posterior al tratamiento.

Figura 2 Datos de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS-SR).



Se evaluó constantemente ansiedad y depresión como medida de control durante todo el estudio, sin embargo, los puntajes siempre se mantuvieron bajos. Cabe mencionar que la obtención de datos para la línea base no fue posible medirlos sino hasta iniciando el tratamiento y se establecieron las evaluaciones de dichas escalas una vez por semana. El síntoma que prevalece según la escala PHQ-9 con una puntuación de 1 de 27 (depresión nula), es dificultad para dormir, en cuanto a la escala GAD-7 con una puntuación de 6 (presencia de sintomatología ansiosa leve)

como la más alta, los principales síntomas referidos se encontraron sentirse nerviosa, preocuparse por muchas cosas y sentir miedo como si algo malo fuera a pasar. Posteriormente se observó una disminución significativa en los niveles de ansiedad, al grado de puntuar en ambas escalas uno, en las cuales reporta sentirse ansiosa por los resultados de estudios futuros con respecto a su pericarditis, además de que en el servicio de urgencias se ha incrementado el número de pacientes y las jornadas dobles, lo que también explica por qué reporta sentirse cansada, sin embargo, para su siguiente evaluación las puntuaciones de Ana fueron de cero en ambas escalas.

Finalmente, en medidas de Autoreporte la paciente reportó lo siguiente: la intervención ayudó a no abandonar la residencia en urgencias médicas, aunque no era el objetivo del tratamiento, sin embargo, permitió seguir desarrollando las habilidades necesarias para un buen desempeño en la práctica dentro de urgencias así como también en el trabajo colaborativo, se expuso a situaciones que anteriormente le generaban un mayor estrés como entrar a área Covid-19, tener guardias largas en la misma área, usar el equipo de protección personal sin temor a presentar un ataque de pánico, presentar un ataque de pánico estando en el hospital en presencia de pacientes y compañeros de trabajo, recibir la notificación de la muerte del doctor adscrito al servicio de urgencias estando en área Covid-19 y con el EPP puesto, atender a pacientes graves y liderar a su equipo de urgencias, participar en talleres académicos, impartiendo clases sobre patologías cardiacas sin molestia alguna, expresar sus necesidades con su equipo de trabajo y amigos mejorando así la dinámica dentro y fuera del hospital, capacidad para expresar sus emociones sin temor a que le provoquen un ataque de pánico; a nivel personal: mayor confianza en su persona, ser capaz de identificar síntomas y situaciones que la ponen ansiosa y aplicar sus habilidades cognitivas y de respiración para afrontar las adversidades y no emplear estrategias evitativas, de distracción o seguridad, identificar pensamientos negativos y cambiarlos por pensamientos más precisos, completos y funcionales, abrirse a nuevas experiencias como viajes en moto, tomar bebidas energizantes, disfrutar de volver a tomar café sin la preocupación de que pudiera acelerarla, disfrutar e incluso buscar tiempo para ella sola para ir de compras, relajarse o salir a comer, dormir sin la necesidad de usar los audios de relajación para descansar o conciliar el sueño, ver noticias y artículos relacionados con el Covid-19, viajar en transporte público, caminar del hospital a su casa, establecer conversaciones que antes no tenía por miedo a desbordar sintomatología.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue implementar una adaptación de una intervención cognitivo conductual para evaluar sus efectos sobre los ataques de pánico en una residente de urgencias médicas afectada por el Covid-19 y que desarrolló pericarditis asociada a la enfermedad. Con base en los resultados se puede decir que la intervención tuvo un efecto positivo moderado en la paciente, disminuyendo la frecuencia e intensidad de los síntomas de los ataques de pánico. Los hallazgos encontrados en el estudio, son muy similares a lo que previamente se ha reportado en la literatura internacional, pacientes que reciben la terapia cognitivo conductual como tratamiento para el abordaje de los ataques de pánico e incluso dentro del servicio de urgencias, demostraron una reducción significativa en la gravedad de los síntomas (Cuijpers et al., 2016; Pelland et al., 2011), además de que se ha reportado que las ganancias psicoterapéuticas se mantienen a un año de la intervención (Marchand et al., 2012). La TCC ha presentado datos de ser un apoyo empírico para el abordaje y tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia (Ep et al., 2020; Pompoli et al., 2016), lo que sugiere que las intervenciones validadas empíricamente para el trastorno de pánico e incluso en un entorno de urgencias pueden ser factibles. En este caso en particular, es muy probable que los ataques de pánico estaban muy asociados a la autopercepción cognitiva con respecto a la sintomatología que presentaba la paciente (derivado de un problema de pericarditis leve), la autopercepción de apoyo disminuido por parte de sus redes de apoyo debido a la distancia en la que se encontraban su familia y algunos amigos como medida de protección de salud (Shigemura et al., 2020), la preocupación por la salud de sus seres queridos enfermos de covid-19 y el fallecimiento de algunos de ellos, el aumento en las cargas excesivas de trabajo, no contar con el equipo necesario y el temor por el alto riesgo de contagio (Kang et al., 2020; Spoorthy et al., 2020; Xiao et al., 2020). De ahí que la paciente estuviera en duda de sí permanecer o no en la residencia, pese a que ya llevaba un año en ella y que por Autoreporte mencionaba que antes de sus ataques de pánico no estaba interesada en dejarla.

De los resultados obtenidos en el análisis visual de los datos de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico, se observó que durante la fase A se emplearon una gran cantidad de conductas evitativas que eran funcionales a corto plazo, pero muy disfuncionales en calidad de vida, esto se ha reportado previamente y la terapia ha demostrado mitigar este tipo de afecciones

y ayudar a mejorar calidad de vida (Dark et al., 2017; Ho et al., 2020; Kang et al., 2020; Kisely et al., 2020; Valdes et al., 2021)

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio con respecto al uso del servicio de urgencias médicas por ataque de pánico, son similares a los previamente reportados en la literatura internacional, en los que refieren que la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por ataque de pánico, es por confundir su sintomatología de dolor torácico con la presencia de un ataque cardíaco, este problema es mayormente presentado en mujeres jóvenes que en hombres (Dark et al., 2017; Valdes et al., 2021). Sin embargo, diversos estudios en el área han demostrado que las intervenciones psicoterapéuticas con enfoque cognitivo conductual, han ayudado en la reducción significativa en la gravedad del trastorno de pánico, en la frecuencia de los ataques de pánico y en la disminución de los servicios de urgencias, con mantenimiento en las mejoras a uno o dos años de seguimiento (Dyckman et al., 1999; Marchand et al., 2012; Pelland et al., 2011). Tal es el caso de Ana, la cual hizo uso del servicio de urgencias solo dos veces, una durante la fase A la cual acudió por la elevación de la frecuencia cardíaca sin algo que lo provocara previamente y la segunda vez en la fase B del estudio, en el que nuevamente tuvo elevación de la frecuencia cardíaca a causa de la presencia de sintomatología física y la presencia de distorsiones cognitivas asociadas a esta sintomatología. Posterior al tratamiento, Ana no ha tenido que hacer uso de los servicios de urgencias hasta los tres meses.

En cuanto al Autoreporte de calidad de vida de Ana, se pudo observar un cambio en las cogniciones y conductas que la paciente desempeñaba. Acorde a los resultados obtenidos puede apreciarse cómo al inicio de la intervención, presentaba pensamientos catastróficos con respecto a su salud y sintomatología asociada a la pericarditis y los ataques de pánico, además de estrategias de afrontamiento desadaptativas como la evitación, distracción y señales de seguridad, posteriormente fue posible observar que se generaron pensamientos alternativos más funcionales que favorecían el desarrollo de estrategias de afrontamiento como el cambio de perspectiva y probabilidad de los eventos catastróficos, aunado a la solución de problemas y la comunicación asertiva resalta que ya no estaban los comportamientos evitativos. Estudios previos han reportado las mejorías en el personal médico tras recibir apoyo psicológico, tales como: reducción en la sintomatología ansiosa y depresiva, disminuir el agotamiento y en áreas como: laborales,

familiares y de pareja (Kisely et al., 2020; Locke et al., 2015; Pompoli et al., 2016 Valdes et al., 2021).

No obstante, como parte de las acciones que la alumna encargada de la intervención tuvo para su autocuidado en cuestión de salud mental y físicas, se siguieron algunas de las recomendaciones establecidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS como: delimitar el tiempo que se dedica a buscar, ver o escuchar las noticias con respecto al covid-19, mantener una buena alimentación, cuidar las horas de sueño, hacer ejercicio por lo menos una vez por día, leer literatura de gusto propio y escuchar música, mantener una comunicación cercana con familia y amigos, platicar con compañeros del servicio para la retroalimentación del caso, así como con profesionales de la salud para ser orientada en cuestiones de salud mental y estrategias para el manejo del estrés (Facultad de Psicología., 2020; Gómez., 2020; Organización Mundial de la Salud., 2020; Díaz., 2020).

Cabe mencionar que, si bien la intervención fue adaptada en su contenido y modalidad de la misma de acuerdo a las características y necesidades específicas de la paciente, también se debió por las circunstancias actuales a causa de la pandemia por Covid-19. No obstante, los resultados obtenidos del estudio, son similares a los reportados en la literatura internacional con respecto a las intervenciones que se realizan a través de medios electrónicos y en contraste con las que son otorgadas cara a cara, en los cuales sugieren que tanto la modalidad en línea puede tener similares resultados que la TCC cara a cara para reducir y abordar la sintomatología de los trastornos de pánico con o sin agorafobia (Ep et al., 2020; P et al., 2018). Sin embargo, estudios en los que se mencionan que los pacientes que tienen contacto directo con su terapeuta, tienden a tener mejores resultados en las intervenciones incluso en la disminución en el uso del servicio de urgencias (Dyckman et al., 1999). Por lo que cabe destacar que en esta intervención algunos de los beneficios de la modalidad en la que se empleó es que tiene mayor flexibilidad a las actividades y horarios tanto de pacientes como del terapeuta, cuenta con mayor accesibilidad de la atención psicológica como de los materiales extras sin importar la distancia de ambos participantes, además de que la paciente tenía contacto en todo momento con la alumna a cargo de su caso, como también verla dos veces por semana sin la necesidad de romper con las medidas de sanidad implementadas por la OMS. No obstante, los ejercicios de exposición sucesiva a los síntomas relacionados a los ataques de pánico, así como las situaciones de

agorafobia, fue todo un reto debido a que la señal de internet en ocasiones no era estable y existía la posibilidad de perder comunicación con la paciente, sin embargo, estudios previos han reportado sobre las mismas limitaciones al emplear intervenciones por vía remota (*Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013*) se trató de mantener siempre la comunicación con Ana a través de mensajes o llamadas al celular.

A pesar de los cuidados puestos en esta intervención, existen algunas limitaciones necesarias a nombrar: 1) Se trata de un solo caso clínico, por lo que no se puede aseverar que los resultados obtenidos de la intervención se puedan generalizar a todos los casos de la misma índole, ya que este caso en particular se trataba de una paciente con trastorno de pánico limítrofe debido a la afección médica cardíaca derivada del Covid-19 (Kazdin, 2021), aunque en todo momento se trató de tener control de ciertas variables, ciertamente es imposible. 2) Por lo que ciertas variables extrañas pueden estar influyendo en el desarrollo de la intervención, tales como: tener buena conexión a internet, contar con un espacio libre para realizar las actividades de exposición a los síntomas, entre otras (*Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013*). Cabe mencionar, que este estudio 4) No pudo recopilar al menos cinco puntos de datos por fase para analizar datos de la paciente como lo sugiere Kratoch-Will et al. (2010), debido a la carga excesiva de trabajo en la paciente dentro y fuera del hospital, además de que se encontraba limitada en tiempo.

A pesar de las limitaciones previamente descritas, existen fortalezas en este estudio, las cuales se describen a continuación: 1) Se trata de una intervención adaptada e implementada en un contexto Covid-19 en personal médico de primera línea que presentaba ataques de pánico, concomitante a una afectación médica (pericarditis) a causa de la enfermedad por Covid-19 y que esta problemática estaba afectando su vida profesional como personal; hasta el conocimiento de la autora, este es un primer esfuerzo desde esta perspectiva psicológica para abordar los ataques de pánico derivados de un problema médico a causa del covid-19, ya que los reportes publicados van más enfocados a tratamientos farmacológicos (Yoshimura et al., 2020), medir la eficacia de la TCC para la disminución del estrés en personal de salud (Weiner et al., 2020), brindar capacitación, supervisión clínica y servicios de TCC en tiempos de crisis (Cromarty et al., 2020). 2) Debido al hueco previamente descrito, el presente escrito puede dejar una base para futuros estudios en personas con situaciones similares durante esta pandemia por Covid-19, esta

es muy relevante ya que, aunque este caso clínico por su naturaleza se encuentra en los niveles más bajo de evidencia (nivel 4 de acuerdo con Oxford; Manterola et al., 2014), genera datos que permiten avanzar en el abordaje exitoso del problema, por lo cual, sin duda, constituye una aportación en el área. 3) La implementación de la terapia por vía remota, permitió generar datos que permiten sugerir que la efectividad de la terapia es buena (como lo es en su modalidad cara a cara; Axelsson et al., 2020) pero con la ventaja de la disminución del riesgo de contagio de Covid-19. 4) La implementación de esta terapia, ayudó a la paciente en su toma de decisiones para no abandonar la residencia en urgencias médicas y favoreció en la mejoría en cuanto a su calidad de vida, este es un efecto concomitante, que ayuda tanto a la paciente como al sector salud, ya que los reportes indican los grandes costos profesionales y monetarios cuando un personal de urgencias en formación abandona su especialidad (Lu et al., 2019).

En conclusión, el presente trabajo constituye un antecedente clínico que mostró tener un efecto positivo para disminuir los ataques de pánico, así como la intensidad de la sintomatología, siendo viable y flexible a las necesidades particulares de la paciente, así como adaptable a las nuevas circunstancias debido a la actual pandemia por Covid-19. Si bien existen ciertas variables que pueden interferir en el estudio, alentar este tipo de modalidad, permitiría un mayor beneficio en ampliar el acceso a las personas y más específicamente al personal de salud de primera línea para recibir apoyo psicológico usando las tecnologías de telecomunicaciones. Se recomienda hacer investigaciones futuras en la misma área que permitan hacer investigaciones más robustas.

## Referencias

- Addis, M. E., Hatgis, C., Cardemil, E., Jacob, K., Krasnow, A. D., & Mansfield, A. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting: 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 377-385. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.377>
- American Psychiatric Association. (2013). (DSM-5. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de *American Psychiatric Association* | Editorial Médica Panamericana, 2013)
- Andersen, K. G., Rambaut, A., Lipkin, W. I., Holmes, E. C., & Garry, R. F. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine*, 26(4), 450-452. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine (1982)*, 61(4), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Björkander, D., Hedman-Lagerlöf, M., & Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Effect of Internet vs Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Health Anxiety: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 915-924. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0940>
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183-192. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The Nature and treatment of anxiety and panic* / David H. Barlow. —2nd ed.

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, 283(19), 2529-2536. <https://doi.org/10.1001/jama.283.19.2529>

BMJ Case Reports., 2020. Patient consent <https://s16086.pcdn.co/wp-content/uploads/2017/12/Patient Consent Form Spanish.pdf>

Bouchard, S., Allard, M., Robillard, G., Dumoulin, S., Guitard, T., Loranger, C., Green-Demers, I., Marchand, A., Renaud, P., Cournoyer, L.-G., & Corno, G. (2020). Videoconferencing Psychotherapy for Panic Disorder and Agoraphobia: Outcome and Treatment Processes from a Non-randomized Non-inferiority Trial. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02164>

Chauhan, S. (2020). Comprehensive review of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Biomedical Journal*, 43(4), 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.05.023>

Chibanda, D., Cowan, F. M., Healy, J. L., Abas, M., & Lund, C. (2015). Psychological interventions for Common Mental Disorders for People Living with HIV in Low- and Middle-Income Countries: Systematic review. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 20(7), 830-839. <https://doi.org/10.1111/tmi.12500>

Coronavirus Gobernación. (2020). Personas con discapacidad. Recuperado en <https://coronavirus.gob.mx/informacion-accesible/>

Correia, A. O., Feitosa, P. W. G., Moreira, J. L. de S., Nogueira, S. Á. R., Fonseca, R. B., & Nobre, M. E. P. (2020). Neurological manifestations of COVID-19 and other coronaviruses: A systematic review. *Neurology, Psychiatry, and Brain Research*, 37, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.05.008>

COVID-19 México. (2021). COVID - 19 Tablero México. Recuperado 9 de noviembre de 2020, de <https://datos.covid-19.conacyt.mx/index.php>

- Craske, M., y Barlow, D. (2007) *Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide—Oxford Clinical Psychology*.  
<https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780195311402.001.0001/med-9780195311402>
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 79-89.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Dark, T., Flynn, H. A., Rust, G., Kinsell, H., & Harman, J. S. (2017). Epidemiology of Emergency Department Visits for Anxiety in the United States: 2009-2011. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 68(3), 238-244. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600148>
- De Leon, E., Durand-Arias, S., Morales-Chainé, S., Astudillo-García, C., Medina-Mora, M., Becerra, C., Escamilla, Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., Gonzá, H., N-Velá, E., Fresá, A., Rodríguez-Bores, L., Quijada-Gaytá, J.-M., Zabicky, G., Tejadilla-Orozco, D., Lez-Olvera, J.-J., Reyes-Terá, G., & Ascencio Huertas, L. (2021). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-20201346>
- Díaz, A. (2020) Cuidado del cuerpo y la salud mental en el marco de la pandemia del COVID-19. *Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud*. Recuperado en <https://www.paho.org/sites/default/files/cuidado-cuerpo-pandemia-covid19.pdf>

- Dyckman, J. M., Rosenbaum, R. L., Hartmeyer, R. J., & Walter, L. J. (1999). Effects of psychological intervention on panic attack patients in the emergency department. *Psychosomatics*, 40(5), 422-427. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71207-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71207-7)
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Ep, S., J, L., El, U., & Jm, N. (2020). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 49(4). <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1628808>
- Facultad de Psicología (2020). Recomendaciones psicológicas para afrontar la pandemia. Universidad de Buenos Aires. <http://www.codajic.org/node/4345>
- Fresan, A., Guizar, D., Yoldi, M., García, R., Tovilla-Zárate, C.-A., Heinze, G., & Medina-Mora, M. (2021). Identifying Risk Factors for Self-reported Mental Health Problems in Psychiatry Trainees and Psychiatrists in Mexico. *Academic Psychiatry*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s40596-021-01506-y>
- Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Laguía, A., Safreed-Harmon, K., Lazarus, J. V., Cenoz, S., & Del Amo, J. (2019). Assessing quality of life in people with HIV in Spain: Psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1208-8>
- García, R., Palacios, M., Rangel, N., Real, T., Becerra, B., Fresan, A., Vega, H., Rodríguez, E., Durand-Arias, S., & De Leon, E. (2020). A qualitative assessment of psycho-educational videos for frontline COVID-19 healthcare workers in Mexico. *Salud mental*, 43, 311-318. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.042>
- Gobierno de la Ciudad de México, (2020). PRESENTA GOBIERNO DE LA CIUDAD DATOS DE ATENCIONES A LA VIOLENCIA CONTRAS LAS MUJERES DURANTE LA

EMERGENCIA SANITARIA. *Secretaria de las Mujeres de la Ciudad de México*. Recuperado 9 de noviembre de 2020, de <https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/presenta-gob-cdmx-datos-de-atenciones-la-violencia-durante-emergencia-sanitaria>

Gobierno de México (2020). Por la emergencia sanitaria COVID-19, el IMSS ha atendido mil 379 llamadas para la atención en salud mental / *Sitio Web «Acercando el IMSS al Ciudadano»*. Recuperado 24 de noviembre de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/394>

Gómez, X. (2020) Manual digital: Cuidando mi salud mental durante el COVID-19, vol. 1 Asociación Mexicana de Psicología Hospitalaria. <https://comepsi.mx/biblioteca-virtual/188-cuidando-mi-salud-mental-durante-el-covid-19>

Harapan, H., Itoh, N., Yufika, A., Winardi, W., Keam, S., Te, H., Megawati, D., Hayati, Z., Wagner, A. L., & Mudatsir, M. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *Journal of Infection and Public Health*, 13(5), 667-673. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.019>

Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49(3), 155-160.

Imazio, M., Gaita, F., & LeWinter, M. (2015). Evaluation and Treatment of Pericarditis: A Systematic Review. *JAMA*, 314(14), 1498-1506. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.12763>

Islam, M. S., Ferdous, M. Z., & Potenza, M. N. (2020). Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 276, 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.049>

Javelot, H., Weiner, L., Hingray, C., Freire, R. C., & Nardi, A. E. (2020). COVID-19 and its psychological consequences: Beware of the respiratory subtype of panic disorder. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 282, 103530. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2020.103530>

- Javelot, H., & Weiner, L. (2020). Panic and pandemic: Narrative review of the literature on the links and risks of panic disorder as a consequence of the SARS-CoV-2 pandemic. *L'Encephale*.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.08.001>
- James, P. B., Wardle, J., Steel, A., & Adams, J. (2019). Post-Ebola psychosocial experiences and coping mechanisms among Ebola survivors: A systematic review. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 24(6), 671-691. <https://doi.org/10.1111/tmi.13226>
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68, 791– 800.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- Jonge, P. de, Roest, A. M., Lim, C. C. W., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Harris, M., Nakov, V., Caldas-de-Almeida, J. M., Levinson, D., Al-Hamzawi, A. O., Haro, J. M., Viana, M. C., Borges, G., O'Neill, S., Girolamo, G. de, Demyttenaere, K., Gureje, O., Iwata, N., ... Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1155-1177.  
<https://doi.org/10.1002/da.22572>
- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337-346.
- Kann, M., & Benzing, T. (2020). COVID-19 aus Sicht des Nephrologen. *Dtsch Med Wochenschr*, 1068-1073.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet. Psychiatry*, 7(3), e14.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)

- Kazdin, A. E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *115*(1), 56-85.  
<https://doi.org/10.1002/jeab.638>
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: Rapid review and meta-analysis. *BMJ*, *369*, m1642.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
- Kochi, A. N., Tagliari, A. P., Forleo, G. B., Fassini, G. M., & Tondo, C. (2020). Cardiac and arrhythmic complications in patients with COVID-19. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, *31*(5), 1003-1008. <https://doi.org/10.1111/jce.14479>
- Krasny-Pacini, A., & Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: A practical guide. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *61*(3), 164-179. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.12.002>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). Single-case designs technical documentation. What Works Clearinghouse. [http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc\\_scd.pdf](http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc_scd.pdf)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Külz, A. (2014). Functional Analysis in Behaviour Therapy. *Verhaltenstherapie*, *24*.  
<https://doi.org/10.1159/000365649>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, *3*(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13-22.

Lau, J. T. F., Griffiths, S., Choi, K. C., & Tsui, H. Y. (2010). Avoidance behaviors and negative psychological responses in the general population in the initial stage of the H1N1 pandemic in Hong Kong. *BMC Infectious Diseases*, 10, 139. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-139>

Lee, A. M., Wong, J. G. W. S., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C.-M., Wong, P.-C., Tsang, K. W. T., & Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 52(4), 233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>

Lessard, M.-J., Marchand, A., Pelland, M.-È., Belleville, G., Vadeboncoeur, A., Chauny, J.-M., Poitras, J., Dupuis, G., Fleet, R., Foldes-Busque, G., & Lavoie, K. L. (2012). Comparing two brief psychological interventions to usual care in panic disorder patients presenting to the emergency department with chest pain. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(2), 129-147. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000506>

Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. de M., Lima, I. de A. A. S., Nunes, J. V. A. de O., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>

Liu, C.-Y., Yang, Y.-Z., Zhang, X.-M., Xu, X., Dou, Q.-L., Zhang, W.-W., & Cheng, A. S. K. (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiology and Infection*, 148, e98. <https://doi.org/10.1017/S0950268820001107>

Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, 91(9), 617-624.

- Long, H., Zhao, H., Chen, A., Yao, Z., Cheng, B., & Lu, Q. (2020). Protecting medical staff from skin injury/disease caused by personal protective equipment during epidemic period of COVID-19: Experience from China. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 34(5), 919-921. <https://doi.org/10.1111/jdv.16388>
- Lu, D. W., Hartman, N. D., Druck, J., Mitzman, J., & Strout, T. D. (2019). Why Residents Quit: National Rates of and Reasons for Attrition Among Emergency Medicine Physicians in Training. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 351-356. <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.11.40449>
- Lu, H., Stratton, C. W., & Tang, Y.-W. (2020). Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 401-402. <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>
- Lusher, J., Murrell, A., Mafuva, C., & Awire, E. (2020). Covid-19 pandemic and the surge of panic attacks among NHS nursing staff: An ethnographical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2790-2791. <https://doi.org/10.1111/jan.14508>
- Magidson, J. F., & Weisberg, R. B. (2014). Implementing cognitive behavioral therapy in specialty medical settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 367-371. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.08.003>
- Manterola, C., Asenjo-Lobos, C., & Otzen, T. (2014). Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Revista chilena de infectología*, 31(6), 705-718. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>
- Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., Wang, D., Miao, X., Li, Y., & Hu, B. (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*, 77(6), 683-690. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>

Marchand, A., Belleville, G., Fleet, R., Dupuis, G., Bacon, S. L., Poitras, J., Chauny, J.-M., Vadeboncoeur, A., & Lavoie, K. L. (2012). Treatment of panic in chest pain patients from emergency departments: Efficacy of different interventions focusing on panic management. *General Hospital Psychiatry, 34*(6), 671-680. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.06.011>

Marco, C. A., Anderson, J., McMurray, M., Lovell, M., Naqvi, J., & Seitz, N. (2019). Generalized anxiety disorder among emergency department patients. *The American Journal of Emergency Medicine, 37*(4), 766-767. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.08.020>

Marchand, A., Belleville, G., Fleet, R., Dupuis, G., Bacon, S. L., Poitras, J., Chauny, J.-M., Vadeboncoeur, A., & Lavoie, K. L. (2012). Treatment of panic in chest pain patients from emergency departments: Efficacy of different interventions focusing on panic management. *General Hospital Psychiatry, 34*(6), 671-680. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.06.011>

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist, 35*(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.35.9.807>

Matsuishi, K., Kawazoe, A., Imai, H., Ito, A., Mouri, K., Kitamura, N., Miyake, K., Mino, K., Isobe, M., Takamiya, S., Hitokoto, H., & Mita, T. (2012). Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66*(4), 353-360. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02336.x>

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact

of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 168(10), 1245-1251.

Mills, S. D., Fox, R. S., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Champagne, B. R., & Sadler, G. R. (2014). The psychometric properties of the generalized anxiety disorder-7 scale in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 20(3), 463-468. <https://doi.org/10.1037/a0036523>

Mukhtar, S. (2020). Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 512-516. <https://doi.org/10.1177/0020764020925835>

Norcross, J. & Wampold, B. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 98-102.

Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538. <https://doi.org/10.2307/3349375>

Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. *Alma-Ata*, USSR, 6-12

Organización Mundial de la Salud. (2014). Antimicrobial Resistance Global Report on Surveillance. *WHO; World Health Organization*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748\\_eng.pdf;jsessionid=8EFFFF3861D41A974D10C16602034DA9?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748_eng.pdf;jsessionid=8EFFFF3861D41A974D10C16602034DA9?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitution of WHO: principles. *WHO; World Health Organization*. Recuperado de <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Coronavirus. *WHO; World Health Organization*.

Recuperado en <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidar nuestra salud mental. *WHO; World Health*

*Organization*. Recuperado en [https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwr56IBhAvEiwA1fuqGgIboxTqBQorV-qgDsFA9wje5\\_X2bgzFOXxhoEOZrUZM\\_t7aIk7o4RoC1pAQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwr56IBhAvEiwA1fuqGgIboxTqBQorV-qgDsFA9wje5_X2bgzFOXxhoEOZrUZM_t7aIk7o4RoC1pAQAvD_BwE)

[health?gclid=CjwKCAjwr56IBhAvEiwA1fuqGgIboxTqBQorV-qgDsFA9wje5\\_X2bgzFOXxhoEOZrUZM\\_t7aIk7o4RoC1pAQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwr56IBhAvEiwA1fuqGgIboxTqBQorV-qgDsFA9wje5_X2bgzFOXxhoEOZrUZM_t7aIk7o4RoC1pAQAvD_BwE)

Organización Mundial de la Salud. (2016). Enfermedades infecciosas endémicas: Los próximos 15 años. *WHO; World Health Organization*. Recuperado 2 de noviembre de 2020, de

<http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2016/Endemic-infectious-diseases-next-15-years/es/>

Organización Mundial de la Salud. (). Enfermedades infecciosas. *WHO; World Health Organization*.

Recuperado de [https://www.who.int/topics/infectious\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/infectious_diseases/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2021). Panel de control de coronavirus (COVID-19). *WHO;*

*World Health Organization*. Recuperado de <https://covid19.who.int/table>

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357–367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>.

Pelland, M.-È., Marchand, A., Lessard, M.-J., Belleville, G., Chauny, J.-M., Vadeboncoeur, A., Poitras, J., Foldes-Busque, G., Bacon, S. L., & Lavoie, K. L. (2011). Efficacy of 2 interventions for panic disorder in patients presenting to the ED with chest pain. *The American Journal of Emergency Medicine*, 29(9), 1051-1061. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.06.027>

Perna, G., & Caldirola, D. (2020). COVID-19 and panic disorder: Clinical considerations for the most physical of mental disorders. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*.

<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1235>

- Perna, G., Cuniberti, F., Daccò, S., Nobile, M., & Caldirola, D. (2020). Impact of respiratory protective devices on respiration: Implications for panic vulnerability during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders, 277*, 772-778. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.015>
- Poirier-Bisson, J., Marchand, A., Pelland, M.-E., Lessard, M.-J., Dupuis, G., Fleet, R., & Roberge, P. (2013). Incremental cost-effectiveness of pharmacotherapy and two brief cognitive-behavioral therapies compared with usual care for panic disorder and noncardiac chest pain. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(9), 753-759. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a2127d>
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, CD011004. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>
- Poirier-Bisson, J., Marchand, A., Pelland, M.-E., Lessard, M.-J., Dupuis, G., Fleet, R., & Roberge, P. (2013). Incremental cost-effectiveness of pharmacotherapy and two brief cognitive-behavioral therapies compared with usual care for panic disorder and noncardiac chest pain. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(9), 753-759. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a2127d>
- Real-Ramírez, J., Bello, L., García, R., Martínez, M., Adame Rivas, K., Balderas-Pliego, M., García-Alfaro, C., Pérez-Cabañas, E., Sierra-Medina, S., Romero-González, M., & Alcocer-Castillejos, N. (2020). Well-being status and post-traumatic stress symptoms in health workers attending mindfulness sessions during the early stage of the COVID-19 epidemic in Mexico. *Salud Mental, 43*, 303-310. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.041>
- Reid, T., Denieffe, S., Denny, M., & McKenna, J. (2005). Psychosocial interventions for panic disorder after coronary artery bypass graft: A case study. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN, 24*(4), 165-170. <https://doi.org/10.1097/00003465-200507000-00004>

- Roberge, P., Provencher, M. D., Gaboury, I., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Benoît, A., Carrier, N., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., & Norton, P. J. (2020). Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: A pragmatic randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004316>
- Roberge, P., Provencher, M. D., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Gaboury, I., Benoit, A., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., & Norton, P. J. (2018). A pragmatic randomized controlled trial of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders in primary care: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 18(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1898-1>
- Santacana, M., Fullana, M. A., Bonillo, A., Morales, M., Montoro, M., Rosado, S., Guillamat, R., Vallès, V., Pérez, V., & Bulbena, A. (2014). Psychometric properties of the Spanish self-report version of the panic disorder severity scale. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1467-1472. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.04.007>
- Secretaria de Gobierno de la Ciudad de México (2020). PRESENTA GOBIERNO DE LA CIUDAD DATOS DE ATENCIONES A LA VIOLENCIA CONTRAS LAS MUJERES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA. *Secretaria de las Mujeres de la Ciudad de México*. Recuperado 9 de noviembre de 2020, de <https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/presenta-gob-cdmx-datos-de-atenciones-la-violencia-durante-emergencia-sanitaria>
- Secretaria de Salud (2021). Informes sobre el personal de Salud COVID19 en México 2021 con corte al 2 de agosto de 2021. Recuperado en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/659764/PERSONALDESALUD\\_02.08.21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/659764/PERSONALDESALUD_02.08.21.pdf)
- Secretaria de la Salud. (2020). Informe Técnico: Información internacional y nacional sobre nuevo coronavirus con corte al 6 de agosto de 2021. Recuperado en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/660466/Comunicado\\_Tecnico\\_Diario\\_COVID-19\\_2021.08.08.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/660466/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.08.08.pdf)

- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *The American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571-1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>
- Shear, M. Katherine, Paola Rucci, Jenna Williams, Ellen Frank, Victoria Grochocinski, Joni Vanderbilt, Patricia Houck y Tracey Wang. 2001. «Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension». *Journal of Psychiatry Research* 35: 293-296.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281-282.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery (London, England)*, 76, 71-76.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034>
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*; 166 (10): 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102119.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Stone, G. C. (1982). Health Psychology, a new journal for a new field. *Health Psychology*, 1(1), 1-6.  
<https://doi.org/10.1037/h0090245>

- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- van Beek, M. H. C. T., Oude Voshaar, R. C., Beek, A. M., van Zijderveld, G. A., Visser, S., Speckens, A. E. M., Batelaan, N., & van Balkom, A. J. L. M. (2013). A brief cognitive-behavioral intervention for treating depression and panic disorder in patients with noncardiac chest pain: A 24-week randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 30(7), 670-678. <https://doi.org/10.1002/da.22106>
- Vannest, KJ, Parker, RI, Gonen, O., y Adıgüzel, T. (2016). Investigación de caso único: calculadoras basadas en web para análisis SCR. (Versión 2.0) [Aplicación basada en web]. College Station, TX: Universidad de Texas A&M. Consultado el miércoles 28 de julio de 2021. Disponible en <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/nap>
- Vasarmidi, E., Tsitoura, E., Spandidos, D. A., Tzanakis, N., & Antoniou, K. M. (2020). Pulmonary fibrosis in the aftermath of the COVID-19 era (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 20(3), 2557-2560. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8980>
- Weber, D. J., Rutala, W. A., Fischer, W. A., Kanamori, H., & Sickbert-Bennett, E. E. (2016). Emerging infectious diseases: Focus on infection control issues for novel coronaviruses (severe acute respiratory syndrome-CoV and Middle East Respiratory Syndrome-CoV), hemorrhagic fever viruses (Lassa and Ebola), and highly pathogenic avian influenza viruses, A(H5N1) and A(H7N9). *American Journal of Infection Control*, 44(5 Suppl), e91-e100. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.11.018>
- Weiner, L., Berna, F., Nourry, N., Severac, F., Vidailhet, P., & Mengin, A. C. (2020). Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: The REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 870. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04772-7>

- Weisberg, R. B., & Magidson, J. F. (2014). Integrating cognitive behavioral therapy into primary care settings. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*(3), 247-251.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.04.002>
- Wolfe, N. D., Dunavan, C. P., & Diamond, J. (2007). Origins of major human infectious diseases. *Nature, 447*(7142), 279-283. <https://doi.org/10.1038/nature05775>
- Woon, L. S.-C., Mansor, N. S., Mohamad, M. A., Teoh, S. H., & Leong Bin Abdullah, M. F. I. (2021). Quality of Life and Its Predictive Factors Among Healthcare Workers After the End of a Movement Lockdown: The Salient Roles of COVID-19 Stressors, Psychological Experience, and Social Support. *Frontiers in Psychology, 12*, 652326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652326>
- Wu, F., Zhao, S., Yu, B., Chen, Y.-M., Wang, W., Song, Z.-G., Hu, Y., Tao, Z.-W., Tian, J.-H., Pei, Y.-Y., Yuan, M.-L., Zhang, Y.-L., Dai, F.-H., Liu, Y., Wang, Q.-M., Zheng, J.-J., Xu, L., Holmes, E. C., & Zhang, Y.-Z. (2020). A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature, 579*(7798), 265-269. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research, 26*, e923549. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Yoman, J. (2008). A Primer on Functional Analysis. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 325-340.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.01.002>
- Yoshimura, R., Okamoto, N., Konishi, Y., & Ikenouchi, A. (2020). Panic Disorder Induced by the Coronavirus Disease Pandemic in a Patient with Organic Mood Disorder Successfully Treated with Vortioxetine. *Case Reports in Psychiatry, 2020*, 8870014. <https://doi.org/10.1155/2020/8870014>
- Zhou, P., Yang, X.-L., Wang, X.-G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., Si, H.-R., Zhu, Y., Li, B., Huang, C.-L., Chen, H.-D., Chen, J., Luo, Y., Guo, H., Jiang, R.-D., Liu, M.-Q., Chen, Y., Shen, X.-R.,

Wang, X., ... Shi, Z.-L. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270-273. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>

Zuckerman, M. K., Harper, K. N., Barrett, R., & Armelagos, G. J. (2014). The evolution of disease: Anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Global Health Action*, 7. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23303>

## Anexo

Anexo 1. Entrevista tipo estructurada para la obtención de los datos sociodemográficos del paciente



### Datos del paciente usuario del área de Urgencias

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de término:	Folio:
Psicólogo que evalúa:			
Psicólogo responsable:			

		Expediente:	
Nombre:		Edad:	Sexo:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Lugar de residencia:	
Escolaridad:	Ocupación:	Nivel socioeconómico:	
Teléfono:		Religión:	
Motivo de consulta:			