



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Terapia Cognitivo-Conductual de una sesión para el
manejo de Ataque de Pánico en Usuarios de Urgencias
Médicas**

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Karla Paola Colin Mendiola

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

REVISORA: Mtra. Fatima Sagrario Espinoza Salgado

SINODALES: Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Dra. Angélica Juárez Loya

Mtra. Alejandra López Montoya



Ciudad de México, 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Mi gratitud a la **Universidad Nacional Autónoma de México**, donde crecí profesional y personalmente desde el bachillerato hasta la licenciatura.

A mi director, **Dr. Edgar Landa Ramírez**, por ser mi guía en el camino que quiero seguir como psicóloga, por su cariño y comprensión en este proceso. Mi total respeto y admiración por usted.

A mi revisora, **Mtra. Fatima Espinoza Salgado**, por apoyarme y guiarme en este trabajo, y por inspirarme en cada una de sus clases.

A mis sinodales, **Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Dra. Angélica Juárez Loya y Mtra. Alejandra López Montoya**, por sus comentarios valiosos que me permitieron mejorar y terminar este trabajo.

Al Team Pánico, **Dulce Monroy y Andrea Guerra**, por permitirme aprender de ustedes profesional y personalmente, grandes metas nos siguen esperando. También al equipo de **Psicología de Urgencias**, por hacer mi estancia maravillosa, ser mi espacio seguro y echarme porras todo el tiempo.

A mi madre, **Paula**, por su amor, paciencia, compañía y apoyo que me permitieron seguir avanzando a pesar de todo. A mi hermano, **Ángel**, por celebrar conmigo cada logro. A mi padre, **Jorge** y a mi abuela **Natividad**, sé que estarían orgullosos de mi por cumplir esta meta, un beso al cielo.

A mis amistades incondicionales que me acompañaron en cada fase de mi crecimiento profesional y personal, echándome porras y deseando que cumpliera cada meta. Gracias, **Melanine, Abigail, María Fernanda, Eleazar, Salma, Estefany, Alejandra, Evelyn, Diana, Nancy, Ximena**, por todo su amor y motivación.

A mis **pacientes**, por permitirme ser un faro de luz en un momento difícil en su vida.

¡Lo logramos!

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo 1. Ataque de Pánico en Urgencias Médicas	8
Método	19
Resultados	27
Discusión	44
Referencias	48
Anexos	57

Resumen

Uno de los problemas de salud mental más frecuentes por los cuales acuden pacientes al servicio de urgencias médicas es el ataque de pánico, que se caracteriza por la sintomatología de dolor torácico no cardíaco, es común que estos pacientes acudan a este servicio repetidamente antes de buscar un tratamiento psicológico. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención Cognitivo Conductual de una sesión sobre la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico en el servicio de urgencias médicas. Se utilizó un diseño de series de caso en el que participaron cinco pacientes que llegaron al servicio de urgencias de un Hospital General de la Ciudad de México. Se reportan mediciones pre-post intervención y seguimiento de un mes, en las cuales se identificó una disminución en la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico. Finalmente, los resultados apuntan que podría ser de utilidad implementar esta intervención ultra breve e intensiva en el contexto de urgencias médicas, sin embargo, se necesita mayor evidencia científica en esta área.

Palabras clave: ataque de pánico, terapia cognitivo-conductual, urgencias médicas.

Abstract

One of the most reported mental health problems for which patients comes to the emergency department is a panic attack, due to the symptom of non-cardiac chest pain, and it is common for these patients to come to the emergency department repeatedly before seeking psychological treatment. The aim of this study was to evaluate the effect of a one-session Cognitive Behavioral intervention on the frequency and intensity of panic attacks in the emergency medical department. A case series design was used involving five patients who came to the emergency department of a General Hospital in Mexico City for a panic attack. Pre-post intervention and one-month follow-up measurements are reported, in which a decrease in the frequency and intensity of panic attacks was identified. Finally, the results suggest that it could be useful to implement this ultra-brief and intensive intervention in the context of medical emergencies, however, more scientific evidence is needed in this area.

Key words: panic attack, cognitive-behavioral therapy, emergency medicine.

Introducción

En los principios establecidos en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) se definió a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Posteriormente, en la Declaración de Alma-ATA y Astaná (OMS, 1978 y 2018) se reafirma esta definición, y añade que es un derecho humano fundamental y resalta el papel tan importante de la atención primaria de la salud. Este concepto de salud ha sido dinámico y ligado con la situación de morbilidad y mortalidad del ser humano, por lo que es relevante retomar las transiciones epidemiológicas.

Las transiciones epidemiológicas se enfocan en el cambio de los patrones de salud y enfermedad del ser humano desde una perspectiva evolutiva, y en las interacciones entre estos y sus características demográficas, económicas y sociológicas (Armelagos et al., 2005; Omran, 1975). Para entender este modelo, partimos de una línea base, el paleolítico, donde se ubican a los recolectores-cazadores que, si bien estaban expuestos a patógenos infecciosos, por su pequeño tamaño poblacional no se propagaban. A partir de este momento se describen las tres transiciones epidemiológicas:

1) las poblaciones adoptaron la agricultura, incrementó la población, el sedentarismo, la desigualdad social y económica, y la domesticación de animales, aumentaron el riesgo de las enfermedades infecciosas como la peste, el sarampión, las paperas, la varicela y la viruela, donde la esperanza de vida era corta. Posteriormente, con la industrialización, hubo cambios ambientales y sociales dando como resultado el surgimiento de barrios marginales donde se propagaban fácilmente las infecciones, aquí se describe una mortalidad alta y variable, por tanto, una esperanza de vida baja de 20 a 40 años (Armelagos et al., 2005; Omran, 1975).

2) Como consecuencia de los programas de inmunización y prácticas terapéuticas para la erradicación y control de las infecciones hubo una reducción de la mortalidad infantil, por lo que incrementó la esperanza de vida de 30 a 50 años, y mayor número de personas con edades avanzadas, por tanto, las enfermedades crónicas y degenerativas toman lugar. Adicionalmente, gracias a la urbanización, resultaron marcadas desigualdades sociales, más la falta de infraestructura de salud pública, la población más pobre estaba expuesta a las enfermedades infecciosas, mientras que en la población de

clase media rica empezaron a surgir las enfermedades crónico degenerativas (Armelagos et al., 2005; Omran, 1975).

3) El cambio ecológico que pone a los humanos en contacto con patógenos hizo que resurgieran las enfermedades infecciosas, además de la resistencia a antibióticos a la par que se mantienen las enfermedades crónico-degenerativas, la esperanza de vida supera los 50 años. (Armelagos et al., 2005; Omran, 1975). Un ejemplo claro es lo que hemos vivido en los últimos años con la COVID-19, una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2 (OMS, 2020). Con respecto a las transiciones epidemiológicas, Santosa et al. (2014) describen en una revisión sistemática que estas se han presentado, pero no de manera homogénea entre países en términos de tiempo, ritmo y otros mecanismos, como los factores de riesgo, los cambios en el estilo de vida, la socioeconomía y factores como el cambio climático.

Lo anterior explica que, ante las enfermedades infecciosas, un modelo biomédico donde se consideraba a la salud como ausencia de enfermedad tenía sentido, pero al haber estos cambios en las transiciones, este modelo queda obsoleto. Si la enfermedad no era por causa biológica, estaba fuera del modelo biomédico. Se asume la enfermedad como desviaciones de la norma de variables biológicas, no toma en cuenta las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales por lo que resulta reduccionista y excluyente, considerando las enfermedades mentales como un mito (Engel, 1977). Debido a lo anterior se vuelve necesario hacer una nueva propuesta que ayude a identificar las nuevas realidades, es por eso que Engel (1977) construyó el modelo biopsicosocial para comprender los determinantes de una enfermedad, considerando los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad de las personas, toma en cuenta las condiciones de vida, misma que influye en la aparición de enfermedades, así como los factores psicológicos y sociales que determinan si una persona se percibe enferma o no, y resalta la relación médico-paciente.

A partir de lo que propuso Engel, se puede empezar a hablar de la psicología de la salud, por lo que años más tarde, la Asociación Americana de Psicología en 1978 crea la división 38, cuyo propósito es aumentar y mejorar la aplicación de conocimientos y principios psicológicos a todas las fases de investigación y la atención de la salud (Wallston, 1996). Por tanto, la psicología de la salud es definida como el conjunto de las

contribuciones educativas, científicas y profesionales en la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades (Matarazzo, 1980).

A lo largo de sus casi 50 años de existencia, la psicología de la salud ha hecho importantes aportaciones en distintas disciplinas médicas como en oncología (Teo et al., 2019), cuidados paliativos (Schweighoffer et al., 2022), cardiología (Ryan et al., 2022), cirugía (Storman et al., 2022), pediatría (Choi & Lee, 2022) y ginecología (Jiskoot et al., 2022). Así como para el manejo de síntomas en pacientes con obesidad (Cao et al., 2022), dolor crónico (Li et al., 2022), diabetes (Jenkinson et al., 2022), demencia (Domenicucci et al., 2022), entre otros.

Un área médica en donde la psicología de la salud ha tenido limitadas aportaciones es el área de urgencias, una posible explicación de lo anterior es el objetivo mismo de este servicio que es diagnosticar y dar tratamiento a enfermedades o lesiones imprevistas para salvaguardar la vida y función del paciente (Annals of Emergency Medicine, 2016), por lo que el modelo biomédico, sigue estando muy presente en la organización y forma de trabajo. A pesar de lo anterior, Landa-Ramírez & Murillo-Cruz (2019) rescatan la importancia del desarrollo de la psicología en esta área, tanto por congruencia teórica con la definición de salud de la OMS, como por los datos empíricos que indican el incremento de problemas de salud mental en urgencias médicas, concomitante y en algunos casos como principal motivo de consulta. Siguiendo la línea de abordar la necesidad psicológica en el área de urgencias, se sabe que en 2020 en Estados Unidos hubo un incremento en las visitas a los servicios de urgencias emergencias por problemas de salud mental en comparación con 2019, de las cuales, el 25% correspondieron a los Trastornos de Ansiedad (Holland et al., 2021; Stroever et al., 2021).

Dado lo anterior se vuelve relevante generar investigación en el área, ya que uno de los problemas reportados más importantes por los cuales un paciente acude al servicio de urgencias médicas es el ataque de pánico (Dark et al., 2017; Dyckman et al., 1999; Musey et al., 2018), la atención de este problema se vuelve necesario y este trabajo describe un abordaje breve en un contexto mexicano.

Capítulo 1. Ataque de Pánico en Urgencias Médicas

Un ataque de pánico es la aparición súbita (aunque en algunas ocasiones pueden ser provocados por situaciones particulares) de miedo o malestar intenso, que alcanza su máxima expresión en pocos minutos, y durante éste se presentan cuatro o más de los siguientes síntomas: 1) aceleración de la frecuencia cardíaca, 2) sudoración, 3) temblor o sacudidas, 4) sensación de dificultad para respirar o de asfixia, 5) sensación de ahogo, 6) dolor o molestias en el tórax, 7) náuseas o malestar abdominal, 8) sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, 9) escalofríos o sensación de calor, 10) parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo), 11) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo), 12) miedo a perder el control o de “volverse loco.”, y 13) miedo a morir (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2019).

El ataque de pánico es diferente al Trastorno de Pánico, en éste último la persona experimenta repetidos ataques de pánico acompañados de preocupación de que se presenten de nuevo los síntomas de pánico, y en ocasiones trata de evitar acudir a sitios en los que los ataques han ocurrido, y para su diagnóstico, los síntomas tiene que cumplir con una duración mínima de un mes, provocar discapacidad o malestar, y no deberse a consumo de sustancias, medicamentos u afectación médica (American Psychiatric Association, 2013). La prevalencia del ataque de pánico a lo largo de la vida es de 7.6%, a nivel mundial en los últimos 30 días es de 13.2%, de este porcentaje el 12.8% tiene Trastorno de Pánico, y se sabe que la proporción de personas que lo presentan disminuye con la edad, siendo el rango más prevalente de 30 a 39 años. Para México es de 7.8% el ataque de pánico, personas que tuvieron un solo ataque 28.8%, y referente al Trastorno de pánico, en los últimos 30 días es el 8.9% y en los últimos 12 meses 0.6% (de Jonge et al., 2016; Marques et al., 2011; Olaya et al., 2018).

En el ataque de pánico, la sensibilidad a la ansiedad toma un papel importante, dado que la persona desarrolla miedo a sus sensaciones corporales y se predispone a sentir miedo cuando las experimenta, aunado a una asociación inadecuada de que estas sensaciones son peligrosas (Craske y Barlow, 2007). Un estudio realizado por Bernstein et al. (2011) encontraron que esta sensibilidad a la ansiedad conformada principalmente

por preocupaciones físicas y psicológicas constituye un riesgo para presentar ataques de pánico.

La gravedad de los síntomas de pánico se ha asociado con problemas psicológicos, físicos e interpersonales. Se sabe que después de experimentar un ataque de pánico, una persona puede aprender a tener aún más miedo de las sensaciones corporales y desarrollar un mayor miedo a los desencadenantes externos, lo que hace que sea más probable que ocurran ataques de pánico adicionales (Pilecki et al., 2011). Las personas que sufren ataques de pánico son más propensas al abuso de sustancias, aumentar el riesgo de suicidio, pasar más tiempo en salas de urgencias emergencias en hospitales, dedican menos tiempo a actividades satisfactorias, tienden a depender financieramente de otros e incluso evitar situaciones o actividades como aquellas en las que se encontraba cuando ocurrió el ataque porque temen que esto desencadene otro ataque (American Psychological Association, 2008). Presentar ataques de pánico puede conducir a un trastorno de pánico y en algunos casos, a desarrollar agorafobia como respuesta a situaciones en donde la persona cree que podría ser difícil escapar o pedir ayuda, por ejemplo, utilizar el transporte público, estar en multitudes, estar fuera de casa solo además de experimentar constantemente preocupación por experimentar un ataque de pánico en estos contextos, por lo cual, evitan las situaciones o las experimentan bajo circunstancias específicas o estando acompañados. También, el ataque de pánico se puede presentar dentro de otras afecciones mentales, como el trastorno de estrés postraumático, diversos trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, del estado de ánimo como depresión mayor y trastorno bipolar, psicóticos, de la personalidad y por consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2019; Simon & Fischmann, 2005). A nivel físico, durante un ataque de pánico las personas experimentan sensaciones respiratorias aversivas, dado el aumento de dióxido de carbono, la respiración se vuelve más rápida y profunda provocando sensación de dificultad para respirar, de ahogo o asfixia, y dolor u opresión en el pecho, además es importante mencionar que en algunas enfermedades médicas se pueden presentar ataques de pánico, como en el hipertiroidismo, trastornos cardiovasculares, respiratorios y oncológicos (Craske & Barlow, 2007; Pilecki et al., 2011; Roy-Byrne et al., 2006; Simon & Fischmann, 2005).

El ataque de pánico, al provocar dolor torácico, tiene consecuencias a nivel social en cuanto a la restricción de las actividades diarias hasta el miedo a las consecuencias graves como la muerte o discapacidad. El dolor impacta en la forma en que se relacionan con los demás al sentirse irritables o enojados, teniendo un impacto tanto en las relaciones como en la vida laboral, sentirse abrumado por la carga de trabajo o luchar físicamente para trabajar (Webster et al., 2015). Debido a que los ataques de pánico se asocian con sintomatología de dolor torácico no cardíaco, es común que los pacientes inicialmente acudan al servicio de urgencias, la causa de este dolor en el 30% de estos pacientes es ansiedad o pánico, y éstos acuden repetidamente a este servicio antes de buscar un tratamiento psicológico (Dark et al., 2017; Dyckman et al., 1999; Musey et al., 2018).

Por esta razón, entre 2009 y 2011 se produjeron un total de 1, 247, 000 visitas al servicio de urgencias en Estados Unidos por ansiedad, lo que representa el 0,93 % de todas las visitas a este servicio, mientras que el 64% de las visitas relacionadas incluyeron servicios de diagnóstico o detección, 23% incluyeron procedimientos médicos, solo el 13% acudió con un especialista en salud mental y datos más recientes mencionan que en 2020 en este país hubo un incremento en las visitas a los servicios de emergencias urgencias por afecciones de salud mental en comparación con 2019, de las cuales, la segunda afectación más frecuente fue el Trastorno de Ansiedad no especificado (Dark et al., 2017; Holland et al., 2021; Stroever et al., 2021).

Con la información descrita anteriormente, resulta una necesidad implementar estrategias psicoterapéuticas basadas en evidencia para el manejo de los ataques de pánico en los servicios de urgencias, porque tiene un impacto en los servicios de salud al tener constantes visitas al servicio de urgencias de los pacientes, además de la presión que ejercen éstos sobre el sistema de atención médica. De acuerdo con Dark et al. (2017) los costos anuales de atención médica para los trastornos de ansiedad en Estados Unidos alcanzan los 42, 300 millones de dólares, mismos que podrían atenuarse con una atención oportuna y adecuada dentro del sistema de salud mental para las personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad, en este caso, personas con ataques de pánico.

De acuerdo con la Guía NICE (2011), si una persona se presenta en el servicio de urgencias con un ataque de pánico, se debe:

1. Preguntar si ya está recibiendo tratamiento para el trastorno de pánico

2. Realizar evaluaciones para excluir problemas físicos
3. No ingresa en una cama médica o psiquiátrica
4. Derivar a atención primaria
5. Recibir información escrita adecuada sobre los ataques de pánico y por qué se derivan a la atención primaria
6. Recibir información escrita adecuada sobre las fuentes de apoyo, incluidos los grupos voluntarios y de autoayuda locales y nacionales.

Hasta ahora, las opciones de tratamiento basadas en la evidencia (NICE, 2011) son la terapia psicológica, la medicación y la autoayuda. Dentro del tratamiento farmacológico se encuentran los antidepresivos, principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) dirigidos, por ejemplo, a controlar la aceleración de la frecuencia cardíaca, que es una respuesta fisiológica relevante en los ataques de pánico (Mueller et al., 2014).

En cuanto a las intervenciones psicológicas, se recomienda la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual se debe ofrecer en sesiones semanales de una a dos horas y debe completarse el tratamiento en un plazo máximo de cuatro meses. Otra opción es la TCC breve, la cual debe tener una duración de siete horas y estar diseñada con materiales estructurados de autoayuda (NICE, 2011).

Al respecto, se sabe que las intervenciones psicológicas breves de TCC en pacientes inicialmente atendidos en el departamento de urgencias por un ataque de pánico tienen una reducción significativa en el uso posterior de este servicio, así como en la gravedad y frecuencia de ataques de pánico, a continuación, se describen los principales estudios de una búsqueda en la literatura. Los resultados y las limitaciones de los estudios se describen a detalle en la Tabla 1.

Dyckman et al. (1999) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el efecto de dos intervenciones psicológicas breves para tratar el ataque de pánico sobre la utilización posterior de los servicios de urgencias. Utilizaron un diseño cuasi-experimental en el que participaron 354 pacientes y utilizaron como herramienta diagnóstica, el DSM-IV además de las tasas de visitas al servicio de urgencias, al servicio de psiquiatría y a cualquier otro servicio médico mediante los registros computarizados

de visitas. Se encontró que los participantes que recibieron atención cara a cara disminuyeron su utilización en los servicios de urgencias y en todos los grupos, aumentó la utilización del departamento de psiquiatría, lo que puede ser de utilidad al brindar una intervención psicológica breve e inmediata en el servicio de urgencias. Una de las limitaciones de este estudio es la no aleatorización de grupos.

Años más tarde, Pelland et al. (2011) realizaron un estudio para evaluar los efectos de dos intervenciones basadas en TCC y otra en tratamiento farmacológico (paroxetina) para pacientes con pánico en un servicio de urgencias. Utilizaron un diseño de cohorte cuasi-experimental en el que participaron 47 pacientes y como herramientas de evaluación, cuestionarios para reportar sintomatología ansiosa, de ataques de pánico, agorafobia y depresión (véase Tabla 1). Los resultados obtenidos fueron que ambas intervenciones fueron eficaces para reducir la gravedad y frecuencia de los ataques de pánico, así como síntomas depresivos. También encontraron que los participantes que recibieron farmacoterapia demostraron las mayores disminuciones en la frecuencia de los ataques de pánico en relación con las otras condiciones. Debido a los criterios de selección y al tamaño limitado de la muestra, no se pueden generalizar los hallazgos.

Posteriormente, Marchand et al. (2012) retomaron la propuesta de Pelland et al. (2011), evaluaron la eficacia de dos intervenciones breves basadas en terapia cognitivo-conductual (TCC) y un tratamiento farmacológico para tratar en comparación con la atención habitual de apoyo. Utilizaron un diseño cuasi-experimental con seguimiento de 12 meses en 71 pacientes con trastorno de pánico, y utilizaron instrumentos para evaluar sintomatología ansiosa, de ataques de pánico, agorafobia y depresión (véase Tabla 1). Como resultados, obtuvieron mayores mejoras en la gravedad de la EP en comparación con la atención habitual, además de no haber diferencias significativas entre las tres intervenciones. En las otras medidas, los pacientes mejoraron en todas las condiciones, y las ganancias terapéuticas se mantuvieron hasta un año después de la visita al servicio de urgencias. Este estudio puede verse limitado por el hecho de no ser un ensayo controlado aleatorizado porque los participantes no fueron asignados al azar a los distintos grupos.

Un estudio realizado por Lessard et al. (2012), evaluó la eficacia de dos intervenciones basadas en TCC vs. la atención habitual en un servicio de urgencias. Utilizaron un diseño cuasi-experimental y se contó con la participación de 58 pacientes

con trastorno de pánico. En la evaluación incluyeron el Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ), el Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ), la Escala de Pánico y Agorafobia (PAS), el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) y el Cuestionario de Ansiedad Cardíaca (CAQ). Los resultados mostraron que con la aplicación de ambas intervenciones hay mejoría en la gravedad del trastorno de pánico y frecuencia de los ataques de pánico, pero ninguna mostró superioridad en comparación con la otra. Una limitación de este estudio fue que la mayoría de las medidas de resultado fueron por autoinforme mediante cuestionarios.

Mientras que una revisión sistemática realizada por Bandelow et al. (2015) encontró que los resultados de la TCC se mantienen después de concluir el tratamiento, mientras que los que reciben medicamentos experimentan una recurrencia de los síntomas después de la medicación. Además arrojó que entre los tratamientos de psicoterapia utilizados para ataque de pánico, la meditación de atención plena produjo el tamaño de efecto más alto siendo más efectiva que los tratamientos conductuales individuales (TCC y exposición), y en caso de brindar TCC preferentemente en modalidad individual, ya que la TCC grupal no fue superior a las condiciones de placebo. Adicionalmente, una revisión sistemática con metaanálisis realizada por Papola et al. (2022) encontraron que la terapia conductual y la TCC son más eficaces que las terapias fisiológicas y la TCC de tercera ola.

Tabla 1.

Principales estudios reportados en la literatura de las intervenciones para pacientes con pánico en los servicios de urgencias.

Autor	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Dyckman et al. (1999)	Evaluar el efecto de dos intervenciones psicológicas breves en el departamento de urgencias sobre la utilización posterior de los servicios del departamento médico de urgencias	<p>Cuasi-experimental en tres grupos</p> <p>Grupo A: recibió la atención habitual en el servicio.</p> <p>Grupo B: recibió un folleto con información del trastorno de pánico, los síntomas y el tratamiento disponible en el departamento de psiquiatría.</p> <p>Grupo C: recibió una consulta inmediata de 20-30 minutos en la cual se le brindó al paciente un entrenamiento en respiración diafragmática o reenfoque atencional.</p>	<p>N= 354 pacientes con diagnóstico de ataque de pánico definitivo o probable.</p> <p>Mujeres (n= 248)</p> <p>Hombres (n= 106)</p> <p>Grupo A (n= 269)</p> <p>Grupo B (n= 53)</p> <p>Grupo C (n= 32)</p>	<p>DSM-IV para el diagnóstico de ataque de pánico</p> <p>Registros computarizados de visitas de los pacientes al servicio de urgencias, de psiquiatría y servicios médicos no psiquiátricos.</p>	<p>Las tasas de visitas iniciales fueron significativamente mayores en el grupo de contacto (grupo C) que en el grupo control (grupo A; 0.675; $p=0.0672$).</p> <p>El grupo C también tuvo más visitas al servicio de urgencias y a psiquiatría que el grupo del folleto (grupo B; 0.397; $p= 0.0017$).</p> <p>No hubo diferencias significativas en el número de visitas entre grupo A y B (1.673; $p=0.0417$).</p>	<p>Los pacientes no fueron seleccionados o emparejados por su tasa inicial de uso del servicio de urgencias por lo que no se puede determinar la fuerza de las intervenciones.</p>

Pelland et al. (2011)	Este estudio evaluó los efectos de dos intervenciones (TCC breve y fármacos) sobre la utilización posterior del departamento de urgencias, de psiquiatría y otros departamentos para pacientes con trastorno de pánico que se presentaron al servicio de urgencias con dolor torácico no cardíaco.	<p>Diseño experimental en tres grupos.</p> <p>Grupo A: tratamiento farmacológico, recibieron paroxetina prescrita por un médico de urgencias. La dosis inicial fue de 10 mg y se aumentó gradualmente a 40 mg en 4 semanas.</p> <p>Grupo B: intervención de TCC breve de siete sesiones de una hora cada dos semanas, incluyó psicoeducación sobre el dolor torácico, desmitificación de los síntomas de pánico y exposición interoceptiva e in vivo, y reestructuración cognitiva.</p> <p>Grupo C: atención habitual</p>	<p>N= 47 pacientes que cumplían con criterios para TP con o sin agorafobia.</p> <p>Grupo A (n= 13), intervención farmacológica</p> <p>Grupo B (n= 19) intervención TCC breve</p> <p>Grupo C (n= 15) atención habitual</p>	<p>Entrevista para los trastornos de Ansiedad (ADIS-IV; $\alpha=.68$)</p> <p>Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (ACQ; $\alpha=.48$)</p> <p>Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; $\alpha=.83$)</p> <p>Escala de Pánico y Agorafobia (PAS; $\alpha=.86$)</p> <p>Inventario de Depresión de Beck II (BDI; $\alpha=.89$)</p> <p>Cuestionario de Ansiedad Cardíaca (CAQ; $\alpha=.83$)</p>	Los efectos del tratamiento se evaluaron mediante un análisis por intención de tratar (ITT) y análisis de tratamiento (AT). Los pacientes que recibieron cualquier modalidad de tratamiento mostraron una reducción significativa en la gravedad del Trastorno del pánico ($F= 3.44$, $p= 0.012$) y en la frecuencia de los ataques de pánico ($F= 2.52$, $p= 0.048$).	<p>La tasa de deserción (tasa de abandono del 33 % antes del tratamiento y tasa de abandono del 17 % después del inicio del tratamiento).</p> <p>Los evaluadores no estuvieron cegados a la asignación al tratamiento de los participantes, lo que puede haber afectado la validez interna.</p>
-----------------------	--	---	---	---	--	---

Marchand et al. (2012)	<p>Evaluar la eficacia de dos intervenciones breves basadas TCC y un tratamiento farmacológico en comparación con la atención habitual en pacientes con trastorno de pánico con dolor torácico.</p>	<p>Estudio de seguimiento de 12 meses. Se utilizaron cuatro modalidades de tratamiento.</p> <p>Grupo A: siete sesiones de una hora con componentes de psicoeducación, desmitificación de síntomas de pánico, exposición in vivo y reestructuración cognitiva.</p> <p>Grupo B: una sesión de dos horas con componentes de psicoeducación, desmitificación de síntomas de pánico y reestructuración cognitiva.</p> <p>Grupo C: paroxetina, la dosis inicial fue de 10 mg y aumentó gradualmente a 40 mg y se mantuvo cuatro meses.</p>	<p>N= 71 pacientes que se presentaron en el servicio de urgencias con una queja principal de dolor en el pecho y fueron diagnosticados con trastorno de pánico.</p> <p>54% hombres y 46% mujeres</p> <p>Criterios de inclusión: mayores de 18 años, tener un diagnóstico primario de trastorno de pánico y tener un diagnóstico de dolor torácico muy poco probable que sea de origen cardíaco</p> <p>Criterios de exclusión:</p>	<p>ADIS-IV</p> <p>PAS</p> <p>ACQ</p> <p>ASI</p> <p>BSQ</p> <p>Inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberg (STAI; $\alpha=.89$)</p> <p>BDI-II</p> <p>Cuestionario del dolor de McGill (MPQ)</p> <p>Estudio de Resultados Médicos Encuesta de Salud de Forma Corta de 36 ítems (SF-36)</p>	<p>Para la gravedad del TP un efecto principal significativo de tiempo [F (1,67) =93,05, Pb.001] indicó que hubo mejoras después de los tratamientos y que éstos fueron más eficaces que los cuidados habituales de apoyo [t (67) =-2,98, p=0,004].</p> <p>Además, que no hay diferencias sistemáticas entre las condiciones de tratamiento [F (3,67) =2,21, p=0,095].</p>	<p>No se pueden generalizar los resultados dada la muestra realizada por conveniencia.</p>
------------------------	---	--	---	--	--	--

		Grupo D: atención habitual	psicoterapia actual o reciente (últimos 6 meses) y cualquier condición médica o psicológica que pudiera invalidar el procedimiento.			
Lessard et al. (2012)	Evaluar la eficacia de dos intervenciones breves de TCC para el tratamiento del Trastorno de Pánico en pacientes que acuden al servicio de urgencias con síntomas no relacionados con dolor torácico cardíaco.	Estudio cuasi-experimental que incluyó tres condiciones (cohortes) con seguimiento a tres y seis meses. Grupo A: una sesión para el manejo del pánico en la cual las estrategias terapéuticas fueron la psicoeducación sobre el dolor torácico, ataques de pánico, trastorno de pánico y agorafobia, factores que explican el desarrollo y mantenimiento del trastorno de pánico, desmitificación de los síntomas de pánico, reestructuración cognitiva	N= 58 pacientes con Trastorno de pánico Mujeres (n=27) Hombres (n=31) Grupo A (n= 24) Grupo B (n= 19) Grupo C (n= 15)	ADIS-IV Cuestionario de sensaciones corporales (BSQ) ACQ PAS ASI CAQ	Las pruebas de chi cuadrado mostraron que un mayor número de participantes en las dos intervenciones de psicoterapia breve ya no cumplían los criterios de EP después del tratamiento, en comparación con los de la condición de control de atención habitual $\chi^2(2, n = 58) = 5,95, p = .05$ (54,2% en la PMI de 1 sesión, 68,4% en la TCC de 7 sesiones, frente al 26,7% en la condición de atención habitual).	Los participantes no fueron asignados aleatoriamente, el orden de las tres cohortes de condiciones de intervención fue predeterminado al azar, un diseño elegido por razones logísticas y éticas.

y estrategias para afrontar el pánico.

Grupo B: siete sesiones con las estrategias terapéuticas de la sesión única añadiendo la exposición a las sensaciones corporales y exposición in vivo.

Grupo C: atención habitual

Las investigaciones han señalado que brindar atención psicológica, principalmente la psicoeducación con base en TCC, en urgencias médicas para tratar el ataque de pánico tienen excelentes resultados, ya que, al tratarse de un problema muy frecuente, existen varios estudios que han implementado intervenciones eficaces para reducir los síntomas de ataques de pánico y, por ende, la recurrencia de los usuarios a este servicio. Aunque dicha evidencia parecen indicar que son opciones interesantes en este contexto de urgencias, fueron probadas en contextos distintos de urgencias al de México, el cual es sobresaturado, por falta de hospitales, infraestructura hospitalaria insuficiente, procesos de atención deficientes o incompletos, y por personal sin preparaciones adecuadas, insuficientes o mal distribuidos, lo que conduce a otro problema a nivel institucional, retrasos en la evaluación y tratamiento de los pacientes (Polanco-González et al., 2013). La atención en países con bajos y medianos ingresos (México incluido), indican que un gran número de pacientes acudieron a los establecimientos de salud en busca de atención de urgencia, éstos generalmente eran jóvenes y no padecían enfermedades crónicas por lo que las intervenciones para disminuir la mortalidad y la morbilidad en entornos de urgencias podrían aumentar los años de vida de los pacientes (Obermeyer et al., 2015).

Además, resulta importante considerar que la mayoría de las investigaciones se han realizado en pacientes de otros contextos, sociales y culturales, por lo tanto, se desconoce la validez externa de estos tratamientos y es relevante hacer una adaptación cultural a éstos (Bernal et al., 2009). Por esta razón es necesario generar datos que nos indiquen cómo está evolucionando el usuario y usuaria que llega a urgencias médicas en México por un ataque de pánico, por lo que se requiere una intervención intensiva y breve que pueda beneficiar a las personas que acudan a este servicio buscando atender su sintomatología. El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de una intervención Cognitivo Conductual de una sesión sobre la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico dentro de urgencias médicas de un Hospital General de la Ciudad de México.

Método

Diseño de investigación

Se optó por utilizar el diseño de series de caso, que es un diseño de investigación observacional y descriptivo, frecuentemente se utiliza en los informes iniciales de un tratamiento innovador y consiste en un grupo de pacientes que tienen un diagnóstico similar a

los que les brinda la misma intervención durante un período de tiempo delimitado (El-Gilany, 2018; Kooistra et al., 2009).

Participantes

Cinco pacientes que llegaron al servicio de urgencias de un Hospital General de la Ciudad de México por ataque de pánico (véase tabla 2). Los participantes fueron seleccionados por conveniencia, debían cumplir con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Acudir al servicio de urgencias de un Hospital General de la Ciudad de México con síntomas asociados a un ataque de pánico.
- Cumplir con criterios diagnósticos de acuerdo con el DSM 5 American Psychiatric Association. (2013) para Ataque Pánico con o sin Agorafobia.
- Pasar por un examen médico para descartar las posibles causas físicas de los síntomas de pánico (electrocardiograma).
- Desear participar voluntariamente en el estudio

Criterios de exclusión:

- Causas físicas de los síntomas de pánico relacionadas con enfermedades cardiovasculares, hipertiroidismo, hipoglucemia, asma, síndrome del intestino irritable o una lesión traumática actual.
- Cumplir con criterios diagnósticos de un trastorno psiquiátrico.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no concluyan con las evaluaciones pre-post, sesión de intervención y evaluación de seguimiento de un mes.

Tabla 2.*Características sociodemográficas de los participantes*

Participante	Sexo	Edad	Residencia	Escolaridad	Ocupación	Religión	Estado civil
1	Mujer	36	Ciudad de México	Secundaria	Consultora de belleza	Wicca	Casada
2	Mujer	30	Ciudad de México	Universidad	Veterinaria	Ninguna	Soltera
3	Hombre	26	Estado de México	Preparatoria	Estudiante	Católica	Soltero
4	Mujer	53	Ciudad de México	Primaria	Ama de casa	Ninguna	Unión Libre
5	Mujer	29	Ciudad de México	Preparatoria	Niñera	Cristiana	Unión Libre

Instrumentos

Datos sociodemográficos.

Entrevista estructurada para recabar datos sociodemográficos de los pacientes como son: nombre, sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, último nivel de estudios completado, ocupación, ingreso mensual aproximado, religión, estado civil.

Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI, por sus siglas en inglés).

Se utilizó para evaluar los ataques de pánico, agorafobia, pensamientos suicidas y síntomas psicóticos. La MINI (versión en español 5.0.0) es una entrevista breve y estructurada para evaluar la presencia de trastornos del Eje I según los criterios del DSM-IV con opciones de respuesta de sí y no, con base en esto se determina si se cumple con los criterios de diagnóstico del trastorno. Cuenta con una validez ($k=0.36$ a 0.82 , sensibilidad= 0.46 a 0.94 ,

especificidad=0.72 a 0.97) y confiabilidad ($k= 0.79$ a 0.98) buena (Sheehan, 1998). Pese a que no hay una validación en México, se utilizará para fines clínicos.

Escala de gravedad del trastorno de pánico (PDSS, por sus siglas en inglés).

Evalúa la gravedad global del trastorno de pánico según los criterios del DSM-IV. Incluye la frecuencia de los ataques de pánico, el grado de malestar durante los ataques de pánico, preocupación por nuevos ataques, si han habido situaciones, lugares o actividades que haya evitado, y si éstos han interferido en sus actividades laborales, domésticas o sociales, todo en la última semana/mes. Está conformada por siete reactivos con respuestas tipo Likert de cero a cuatro (0= mínimo y 4= lo más grave). Cuenta con una consistencia interna moderada ($\alpha= 0.65$), validez convergente ($r= 0.55$, $p<.001$; Shear et al., 1997). Para su interpretación se establece una puntuación compuesta de la suma de los siete reactivos, entre más alto sea este valor, más grave es el trastorno, los puntajes pueden ir desde 0 a 28, teniendo los siguientes puntos de corte: Normal (0-1), límite con la enfermedad (2-3), ligeramente enfermo (4-8), moderadamente enfermo (9-12), muy enfermo (13-17) y gravedad (18-28). Se utilizará la adaptación española ya que no hay estudios con propiedades psicométricas en México. En dicha adaptación, se conservó el mismo número de reactivos y opciones de respuesta. Fue realizada por Santacana et al. (2014), con una alta consistencia interna ($\alpha= 0.85$), buena fiabilidad test-retest ($r=.77$, $p<.01$), validez convergente adecuada ($p=0.77$, $p<.01$) y sensibilidad al cambio ($t=8.25$, $p<.01$).

Índice de sensibilidad a la ansiedad 3 (ASI-3, por sus siglas en inglés).

Se trata de un autoinforme que evalúa el miedo a los síntomas de ansiedad y consta de tres subescalas: preocupaciones físicas, cognitivas y sociales. Compuesto por 18 reactivos (cada subescala conformada con seis ítems) con respuestas tipo Likert de cero a cuatro (0= muy poco a 4= muchísimo), con puntuaciones de 0 a 72. Los ítems se refieren a reacciones de miedo/ansiedad ante síntomas físicos (p.ej., “Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida”), síntomas cognitivos (p.ej., “Cuando tengo la sensación de que las cosas no son reales, me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a”), y síntomas observables socialmente (p.ej., “Pienso que me resultaría horrible si me desmayase en público”). Las subescalas de su versión original fueron probadas en población mexicana en el mismo estudio y cuentan con aceptable confiabilidad ($\alpha = .83$ preocupaciones físicas, $\alpha= .82$ preocupaciones cognitivas y $\alpha= .73$ preocupaciones sociales; Taylor et al., 2007).

Procedimientos

Este trabajo forma parte del protocolo de investigación titulado “Terapia Cognitivo-Conductual por videoconferencia para el Trastorno de Pánico en Emergencias: Estudio de línea base múltiple”, aceptado por el Comité de Ética e Investigación de un Hospital General de la Ciudad de México con número de registro 27-42-2022, de igual manera cuenta con un registro internacional en Registry of Efficacy and Effectiveness Studies con número #11821.1v2.

Organización

Se formó un equipo de trabajo conformado por una alumna de doctorado, una alumna de maestría y una alumna de licenciatura pertenecientes al Servicio de Psicología de Urgencias (SPU), en el cual se realizó el material de aplicación e intervención (diagramas de flujo para reclutar a los participantes y material para la psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva e *in vivo* y prevención de recaídas) que se utilizaron en el protocolo(<https://forms.gle/S6TiJGHwubCWUFhh7>) mediante la revisión de literatura así como adaptaciones de manuales para trabajar trastorno de pánico. Se tuvo una sesión de una o dos horas semanales de manera virtual para realizar dicho material completando un total de 250 horas de trabajo comprendidas en los meses de abril a septiembre del 2022.

Reclutamiento

Como previamente se menciona, los pacientes con trastorno de pánico suelen llegar al Servicio de Urgencias confundiendo la sintomatología de pánico con un posible padecimiento cardíaco. Se implementaron las siguientes estrategias de reclutamiento:

1. Se acordó con los médicos del Triage de un Hospital General, enviar al SPU a todos los pacientes que presentaron sintomatología de ataque de pánico, una vez descartada cualquier causa orgánica mediante un electrocardiograma.
2. Se proporcionó una libreta ubicada en el triage para que los médicos pudieran tomar los datos de contacto de los pacientes con sintomatología de pánico en caso de no encontrar al personal del SPU.
3. Se impartió un taller con un total de cuatro horas sobre el ataque y trastorno de pánico en Urgencias Médicas a los miembros del SPU con el fin de presentar el protocolo y explicar los pasos a seguir cuando refirieron pacientes con síntomas de pánico.

En cualquier opción de reclutamiento, se realizó el tamizaje al paciente aplicando un diagrama (*Anexo 1*) para tomar la decisión de a qué protocolo enviar al participante. Este diagrama de flujo está compuesto por los criterios diagnósticos de ataque de pánico y trastorno de pánico de acuerdo con la APA (2013), así como de los criterios de inclusión para este trabajo. Cuando el participante cumplía con los criterios de inclusión, se le invitaba a participar en el protocolo explicando que se trataba de un tratamiento de una sesión única compuesta de psicoeducación acerca del ataque de pánico y de reestructuración cognitiva con el propósito de lograr una mejoría en la frecuencia e intensidad de sus síntomas. Posteriormente se firmaba un consentimiento informado (*Anexo 2*) y se agendaba una sesión de evaluación.

Evaluación

La evaluación se realizó a más tardar una semana después del primer contacto con el participante, tenía una duración de 40 a 60 minutos, misma que fue realizada por una psicóloga miembro del equipo de trabajo distinta a la terapeuta para reducir sesgos. La batería de evaluación estuvo formada por los instrumentos antes mencionados y fue aplicada tanto de manera presencial como por vía remota. En esta sesión, la psicóloga responsable leía cada pregunta de los instrumentos, mostrando las opciones de respuesta con el apoyo visual de una presentación de power point. Al término de la evaluación, se contactó al participante para agendar la sesión de intervención.

Intervención

Para la intervención se utilizó una presentación y se le proporcionó a cada participante el cuadernillo de trabajo mencionados previamente en la organización y se realizó una semana después de la evaluación. Se le brindó a cada participante una única sesión de dos horas adaptada de las propuestas de intervención de Marchand (2012) y Craske y Barlow (2007) la cual incluía psicoeducación para comprender el Ataque de Pánico y reestructuración cognitiva (véase tabla 3). Adicionalmente, al final de la intervención, se le proporcionó a cada participante psicoeducación breve y resumida de estilo de vida saludable para afrontar el estrés que pudiera experimentar por los ataques de pánico. Esta psicoeducación incluía higiene de sueño, hábitos alimenticios, ejercicio, redes de apoyo e higiene laboral o académica.

Tabla 3.

Carta descriptiva de la intervención.

Objetivo	Técnicas	Descripción
Conocer qué son y cuáles son las causas de los ataques de pánico.	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">- Presentar al paciente un video titulado “Ataques de Pánico: Conoce Las Señales”. -Explicar qué es un ataque de pánico y cuáles son los síntomas -Explicar el ciclo del pánico, compuesto por síntomas físicos, pensamientos negativos y conductas de escape o evitación. -Explicar que el ciclo del pánico se rompe con la modificación de los pensamientos negativos acerca de las sensaciones corporales -Ejercicio 1: qué es el trastorno de pánico (si aplica) -Explicar qué es la agorafobia (si aplica) -Explicar qué causa el pánico, los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento -Ejercicio 2: identificar los factores personales que son predisponentes, precipitantes y de mantenimiento
Desmitificar los síntomas físicos de los ataques de pánico.	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">-Explicar las diferencias entre un ataque de pánico y un ataque cardíaco. -Explicar cuáles son los cambios que realiza el cuerpo, las sensaciones corporales que experimentan en un ataque de pánico y su propósito.

Modificar el pensamiento acerca de los ataques de pánico.

Reestructuración cognitiva

- Explicar que los ataques de pánico no son peligrosos mediante las funciones del sistema simpático y parasimpático

-Se realiza una actividad para romper los mitos del ataque de pánico mediante preguntas de verdadero o falso.

-Explicar qué es la ansiedad por el miedo y la relación entre los pensamientos y las emociones

-Ejercicio 3. Las nubes de los pensamientos catastróficos. Para identificar los pensamientos que tiene el participante al momento del ataque de pánico.

-Ejercicio 4: Relación entre situaciones pensamientos y emociones que ha experimentado el participante en un ataque de pánico.

-Explicar los errores de un pensamiento ansioso o lleno de miedo

-Ejercicio 5: Cambia tus probabilidades. Con un pensamiento catastrófico del ejercicio 3 se cuestiona dicho pensamiento para generar uno más realista.

-Explicar el error de pensamiento llamado “saltar a conclusiones” y los pasos a seguir para cambiarlo.

-Explicar el error de pensamiento de catastrofizar las cosas y los pasos a seguir para cambiarlo.

-Ejercicio 6: Cambia tu perspectiva (en caso de agorafobia) para modificar el pensamiento al momento de evitar una situación o actividad.

-Ejercicio 7: Las nubes de los pensamientos realistas. Que el participante construya pensamientos realistas con lo que aprendió de los ejercicios anteriores.

-Explicar qué hacer en caso de un ataque de pánico: aceptar las sensaciones, hablar de manera realista y permanecer en el lugar.

Evaluación post intervención

Se realizó una semana después de concluir la sesión de intervención, una psicóloga distinta a quien realizó la intervención, aplicó la misma batería de evaluación inicial en una sesión presencial o por videoconferencia.

Seguimiento

La evaluación de seguimiento la realizó una psicóloga del equipo un mes después de concluir la sesión de intervención. Se podía realizar de manera presencial o por videoconferencia.

Análisis

Se utilizó la estadística descriptiva para presentar las características de los participantes, además de un análisis de proceso pre-post de las variables de frecuencia e intensidad de ataques de pánico, de igual manera se hizo un registro cualitativo de pensamientos ante las sensaciones físicas de los mismos.

Resultados

Resultados cuantitativos

A continuación, se describen los resultados de manera individual.

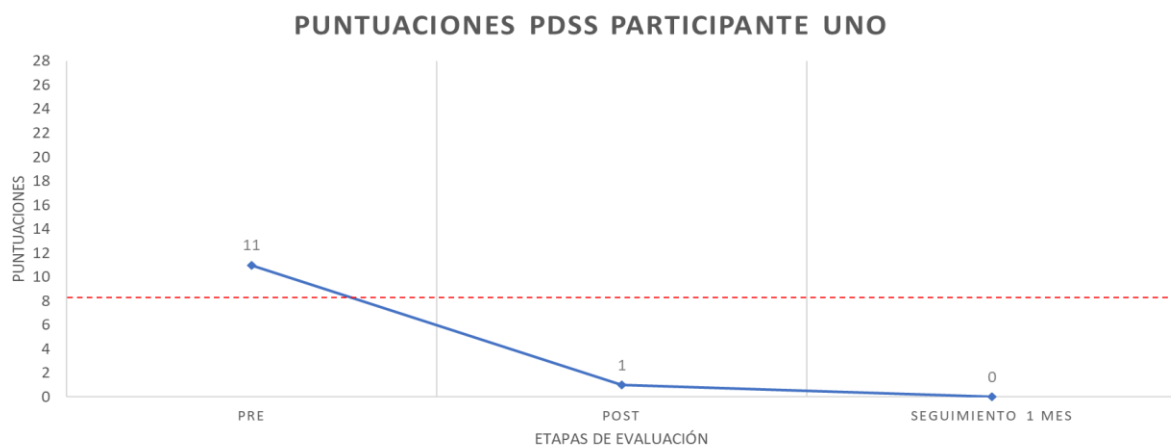
El participante uno, de acuerdo con la MINI, cumplía con los criterios E1b (¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?), E2 (¿Alguna vez estas

crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?) y E4 (más de cuatro síntomas de ataque de pánico) los cuales no son suficientes para hablar de un trastorno de pánico, por lo que se considera únicamente el ataque de pánico. Para la gravedad del ataque medido con el PDSS (véase Figura 1), en la evaluación inicial obtuvo un puntaje de once (moderadamente enfermo), posterior a la intervención, disminuyó a uno (normal) y cero (normal) después de un mes. En cuanto a la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico, se tomaron las preguntas uno (cuántos ataques de pánico o ataques con síntomas ha tenido en la última semana) y dos (si usted ha tenido algún ataque durante la última semana, ¿qué grado de malestar sintió durante los ataques?) del PDSS. Referente a la frecuencia en la evaluación inicial tuvo una puntuación de dos (moderado), posterior a la intervención y seguimiento a un mes cero (ningún ataque ni ataque de pánico con síntomas limitados). En cuanto a la intensidad, en la evaluación pre-intervención tuvo una puntuación de cuatro (malestar extremo durante los ataques), posterior a la intervención y seguimiento cero (ningún malestar; véase Figura 2).

Referente al miedo por los síntomas de ansiedad medido con el ASI-3 (Índice de Sensibilidad de la Ansiedad 3; véase Figura 3), en la evaluación inicial obtuvo una puntuación de 29, posterior a la evaluación de nueve y una de 12 en el seguimiento de un mes. En las subescalas, la que tuvo más puntaje al inicio fue la de síntomas físicos con 16, posterior a la evaluación disminuyó a seis y en el seguimiento ocho (véase Figura 4).

Figura 1.

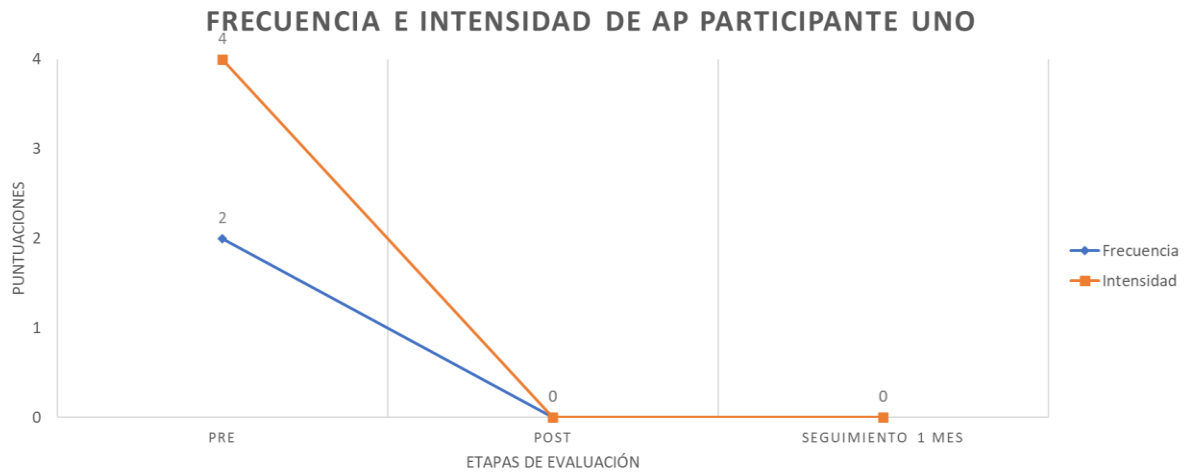
Resultados del participante uno de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS)



Nota. La línea puntuada refleja el punto de corte para considerar que existen síntomas leves.

Figura 2.

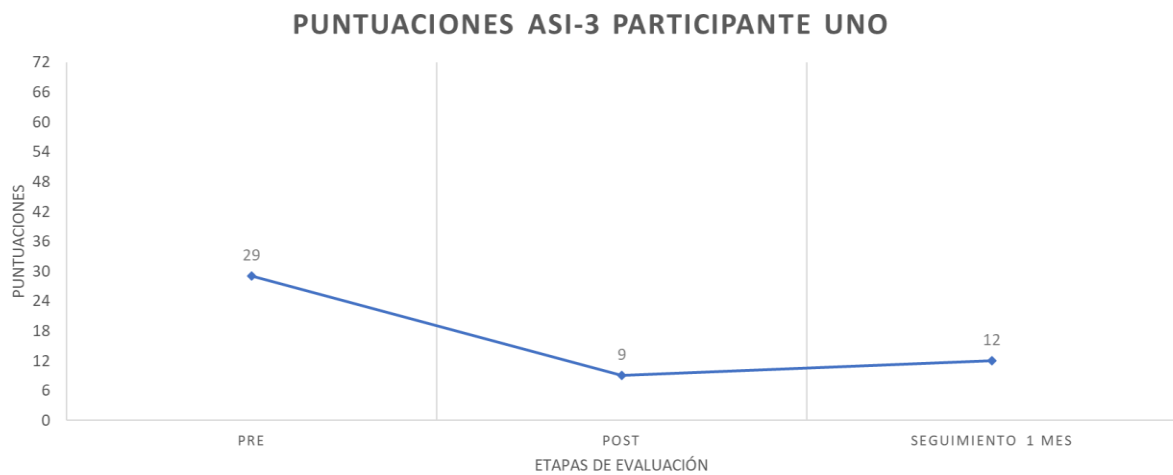
Resultados del participante uno de la Frecuencia e intensidad de ataques de pánico (AP).



Nota. La frecuencia es considerada es cuántos ataques de pánico ha tenido en la última semana y último mes en el caso del seguimiento. La intensidad es el grado de malestar que sintió durante los ataques.

Figura 3.

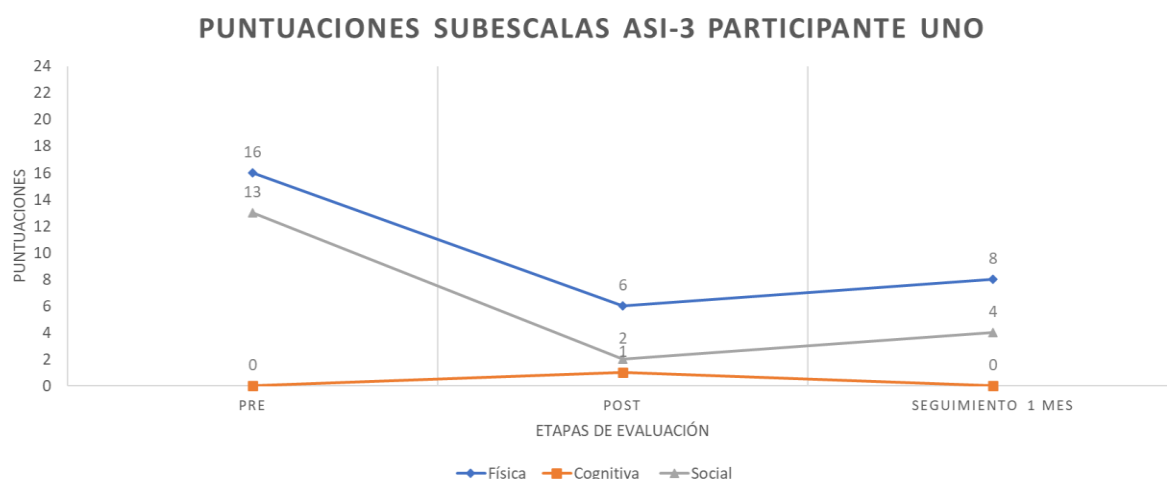
Resultados del participante uno del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad.

Figura 4.

Resultados del participante uno de las subescalas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad. Cada subescala está formada por seis ítems.

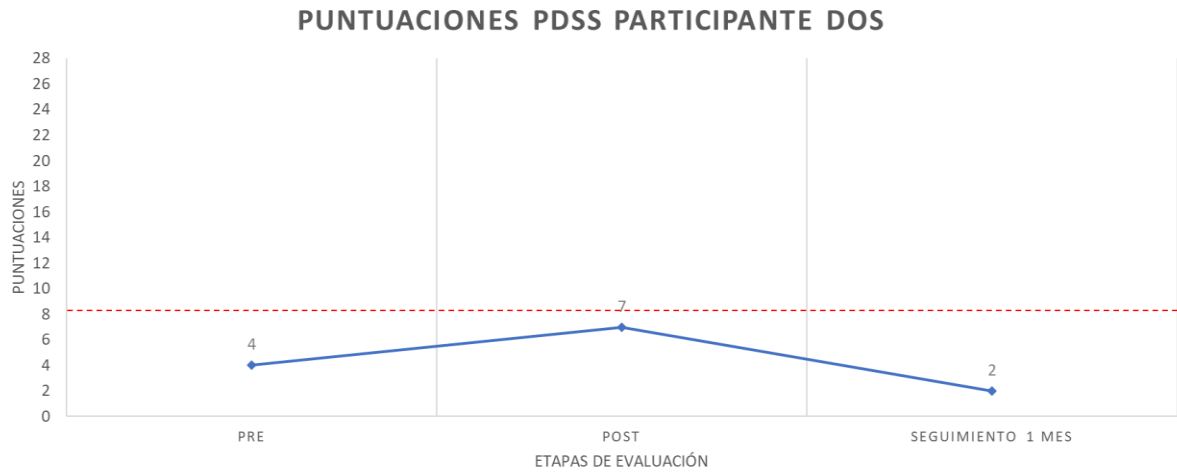
El participante dos, de acuerdo con la MINI, cumplía los criterios E1 a y b (¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataque de pánico en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?; ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?), E2 (¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?) y E4 (más de cuatro síntomas de ataque de pánico) mismos que no son suficientes para hablar de un trastorno de pánico, por lo que se considera únicamente ataque de pánico. Para la gravedad del ataque medido con el PDSS (véase Figura 5), en la evaluación inicial obtuvo una puntuación de cuatro (ligeramente enfermo), post intervención de siete (ligeramente enfermo) y en el seguimiento a un mes, disminuyó a dos (límite con la enfermedad). Referente a la frecuencia en la evaluación inicial y post intervención tuvo una puntuación de dos (moderado), en el seguimiento a un mes cero (ningún ataque ni ataque de pánico con síntomas limitados). En cuanto a la intensidad, en la evaluación pre y post intervención tuvo una puntuación de dos (malestar extremo durante los ataques), al seguimiento cero (ningún malestar; véase Figura 6).

Referente al miedo por los síntomas de ansiedad medido con el ASI-3 (véase Figura 7), en la evaluación inicial obtuvo una puntuación de 15, posterior a la evaluación de 18 y una de ocho en el seguimiento de un mes. En las subescalas, la que tuvo más puntaje al inicio fue la

de síntomas de ansiedad social con 10, posterior a la evaluación 12 y en el seguimiento cinco (véase Figura 8).

Figura 5.

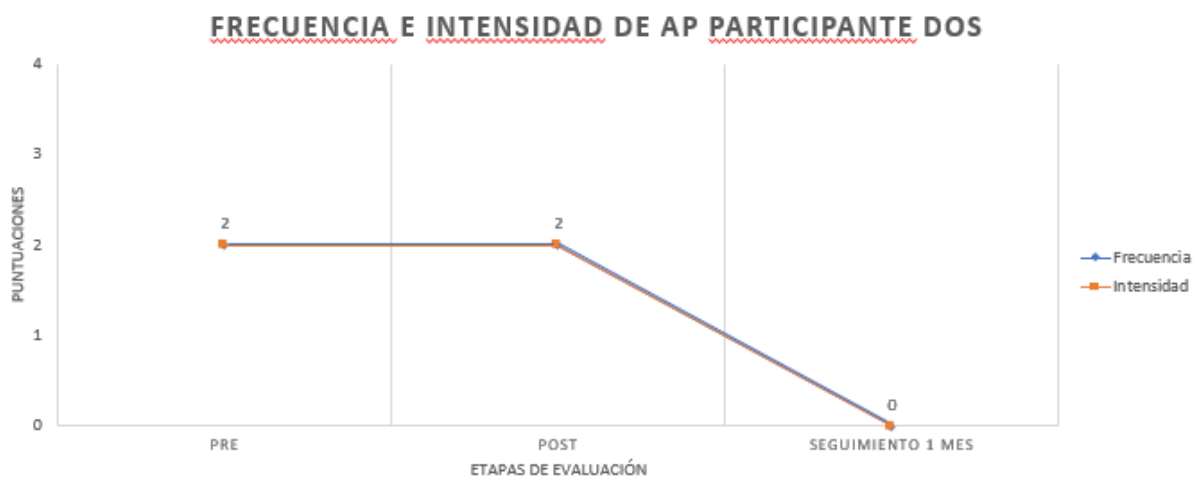
Resultados del participante dos de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (ASI-3)



Nota. La línea puntuada refleja el punto de corte para considerar que existen síntomas leves.

Figura 6.

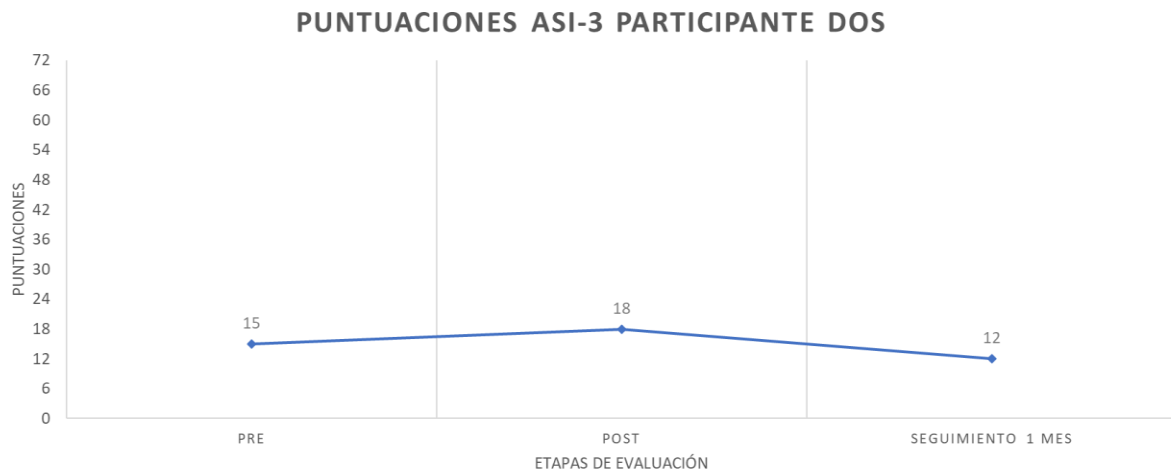
Resultados del participante dos de la Frecuencia e intensidad de ataques de pánico (AP).



Nota. Las puntuaciones de intensidad y frecuencia son las mismas. La frecuencia es considerada es cuántos ataques de pánico ha tenido en la última semana y último mes en el caso del seguimiento. La intensidad es el grado de malestar que sintió durante los ataques.

Figura 7.

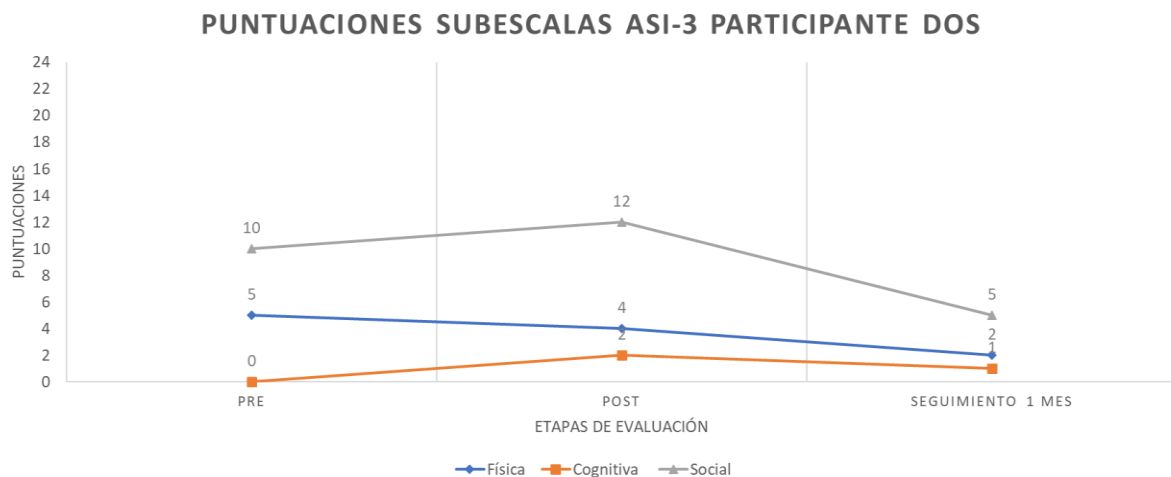
Resultados del participante dos del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad.

Figura 8.

Resultados del participante dos de las subescalas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad. Cada subescala está formada por seis ítems.

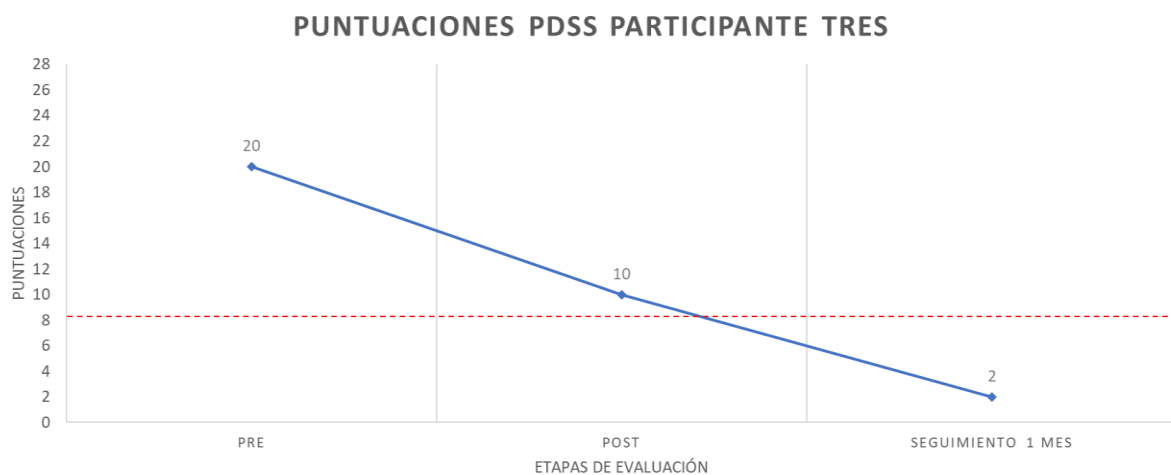
El participante 3, de acuerdo con la MINI, cumplía con los criterios E1 a y b, E2 y E4, los cuales no son suficientes para hablar de un trastorno de pánico, por lo que se considera únicamente de ataque de pánico. Para la gravedad del ataque medido con el PDSS (véase Figura 9), en la evaluación inicial se encontraba en 20 (grave), posterior a la intervención, disminuyó a 10 (moderadamente enfermo) y después de un mes a cuatro (límite con la enfermedad). Referente a la frecuencia en la evaluación inicial tuvo una puntuación de dos (moderado),

posterior a la intervención y seguimiento a un mes cero (ningún ataque ni ataque de pánico con síntomas limitados). En cuanto a la intensidad, en la evaluación pre-intervención tuvo una puntuación de tres (muy intenso), posterior a la intervención y seguimiento cero (ningún malestar; véase Figura 10).

Referente al miedo por los síntomas de ansiedad medido con el ASI-3 (véase Figura 11), en la evaluación inicial obtuvo una puntuación de 45, posterior a la evaluación de 47 y una de 58 en el seguimiento de un mes. En las subescalas, la que tuvo más puntaje al inicio fue la de síntomas de ansiedad social con 20, posterior a la evaluación disminuyó a 18 y en el seguimiento aumentó a 24 (véase Figura 12). Cabe mencionar que en las últimas dos evaluaciones ya cumplió con criterios para agorafobia, en este caso, se le propuso al participante recibir una sesión adicional para el manejo de la agorafobia, la cual rechazó por motivos personales, por lo que se le brindaron únicamente números de referencia para recibir de manera gratuita atención psicológica en otros servicios.

Figura 9.

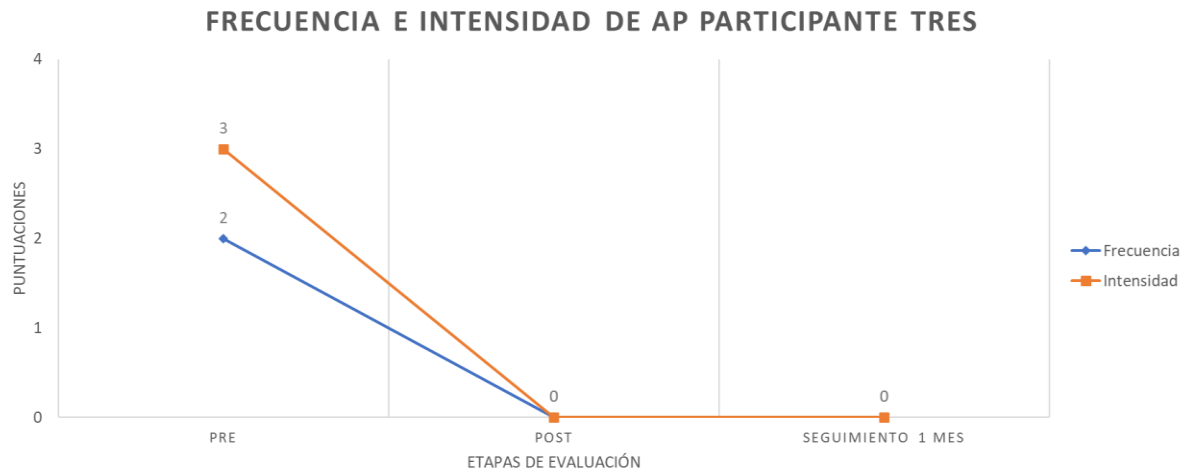
Resultados del participante tres de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS)



Nota. La línea punteada refleja el punto de corte para considerar que existen síntomas leves.

Figura 10.

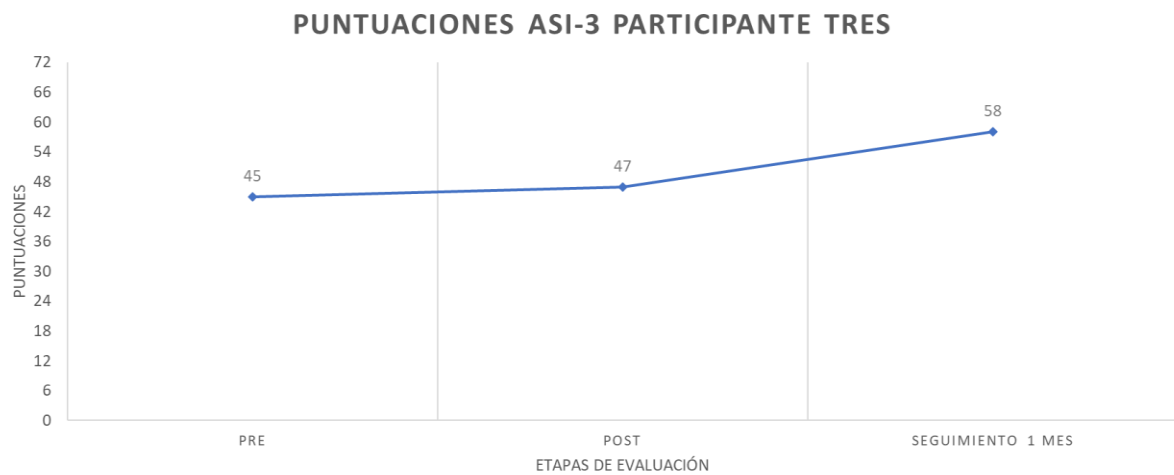
Resultados del participante tres de la Frecuencia e intensidad de ataques de pánico (AP).



Nota. La frecuencia es considerada es cuántos ataques de pánico ha tenido en la última semana y último mes en el caso del seguimiento. La intensidad es el grado de malestar que sintió durante los ataques.

Figura 11.

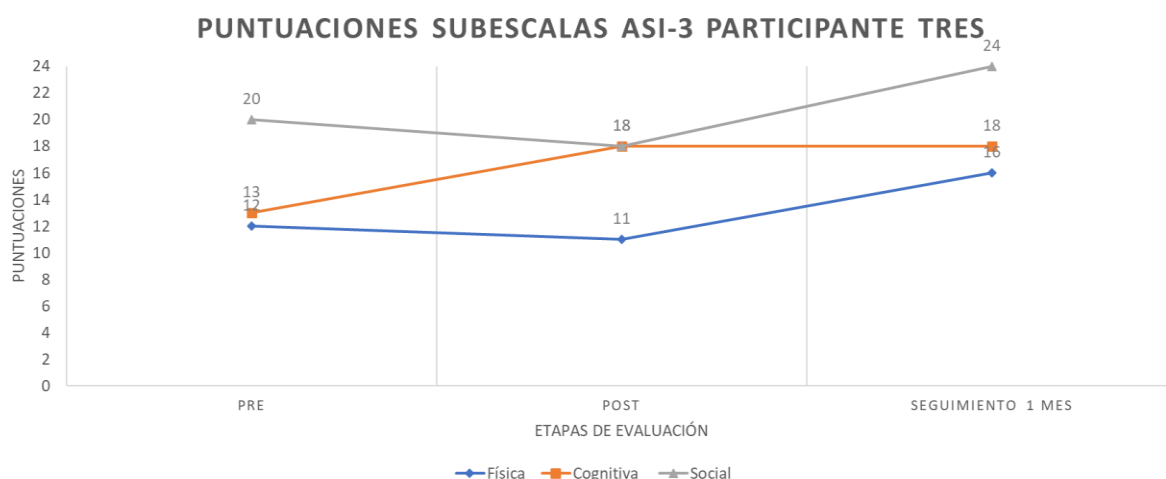
Resultados del participante tres del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad.

Figura 12.

Resultados del participante tres de las subescalas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



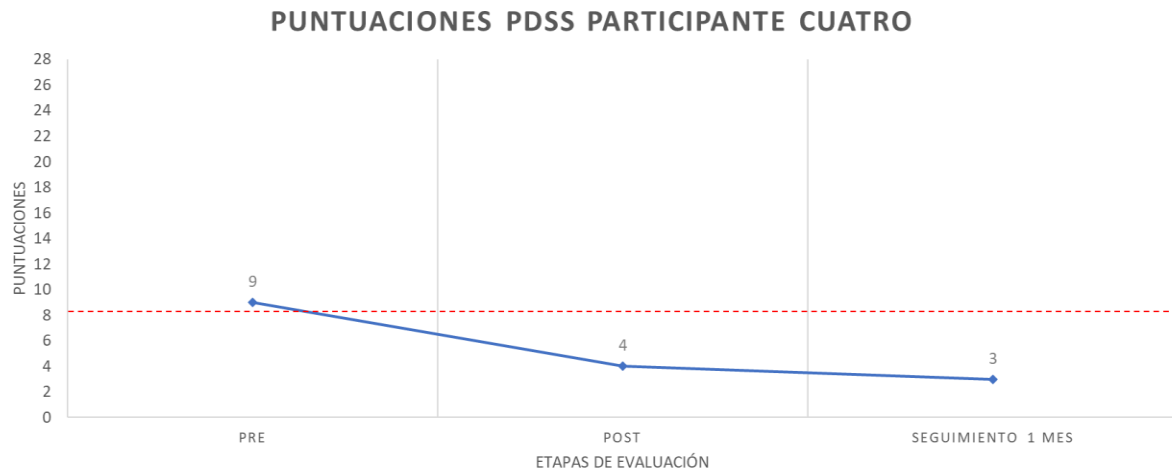
Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad. Cada subescala está formada por seis ítems.

El participante 4, de acuerdo con la MINI, cumplía con los criterios E1 a y b, E2 y E4 los cuales no son suficientes para un trastorno de pánico, por lo que se considera únicamente ataque de pánico y agorafobia el criterio F1. Para la gravedad del ataque medido con el PDSS (véase Figura 13), en la evaluación inicial se encontraba en 9 (moderadamente enfermo), posterior a la intervención, disminuyó a cuatro (ligeramente enfermo) y después de un mes a tres (límite con la enfermedad). Referente a la frecuencia en la evaluación inicial, post intervención y seguimiento, tuvo una puntuación de dos (moderado). En cuanto a la intensidad, en la evaluación pre-intervención tuvo una puntuación de dos (intenso, pero todavía soportable), posterior a la intervención y seguimiento uno (no muy intenso; véase Figura 14).

Referente al miedo por los síntomas de ansiedad medido con el ASI-3 (véase Figura 15), en la evaluación inicial obtuvo una puntuación de 45, posterior a la evaluación de 47 y una de 58 en el seguimiento de un mes. En las subescalas, la que tuvo más puntaje al inicio fue la de síntomas físicos con nueve, posterior a la evaluación disminuyó a cuatro y en el seguimiento tres (véase Figura 16). Es relevante mencionar, que, en la evaluación de seguimiento, el participante ya no cumplía con criterios de agorafobia.

Figura 13.

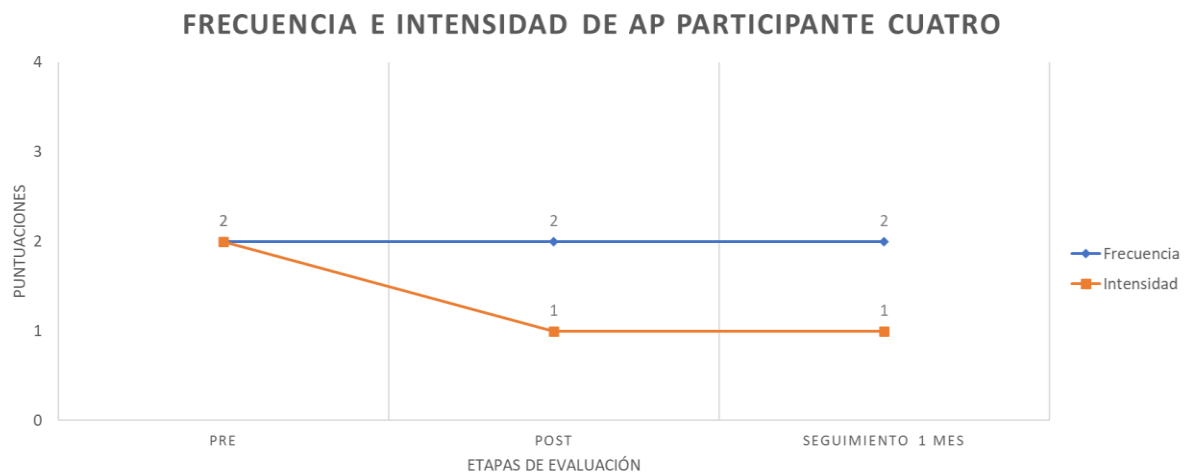
Resultados del participante cuatro de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS)



Nota. La línea puntuada refleja el punto de corte para considerar que existen síntomas leves.

Figura 14.

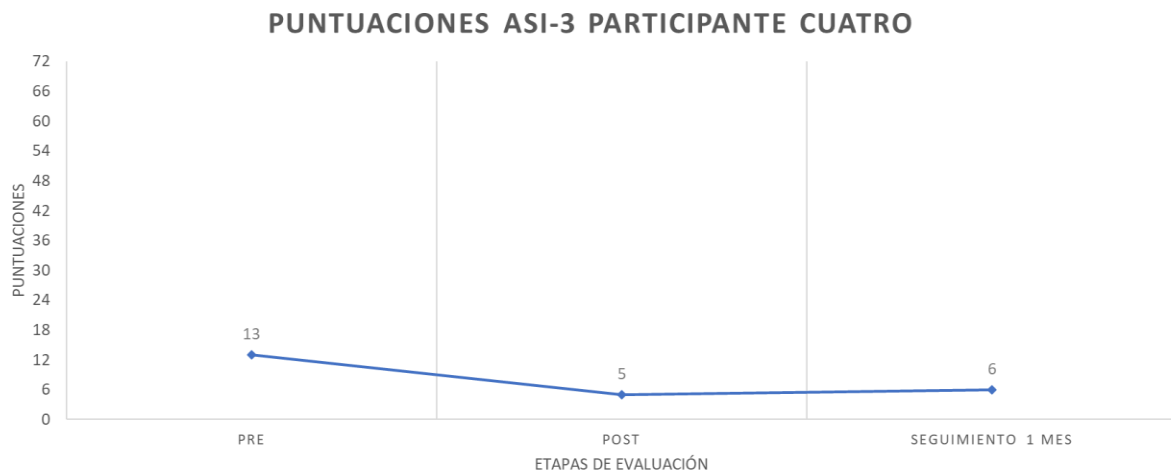
Resultados del participante cuatro de la Frecuencia e intensidad de ataques de pánico (AP).



Nota. La frecuencia es considerada es cuántos ataques de pánico ha tenido en la última semana y último mes en el caso del seguimiento. La intensidad es el grado de malestar que sintió durante los ataques.

Figura 15.

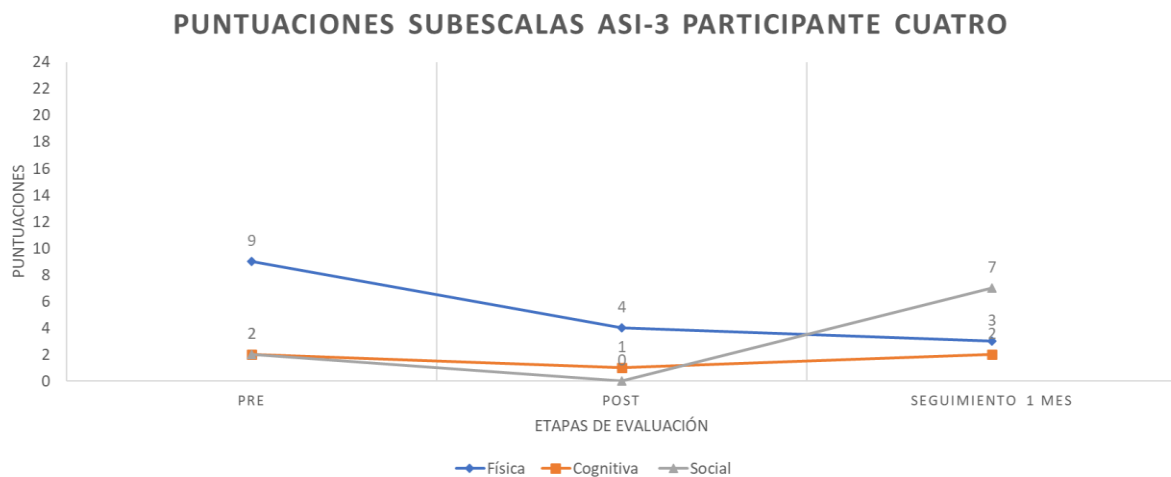
Resultados del participante cuatro del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad.

Figura 16.

Resultados del participante 4 de las subescalas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad. Cada subescala está formada por seis ítems.

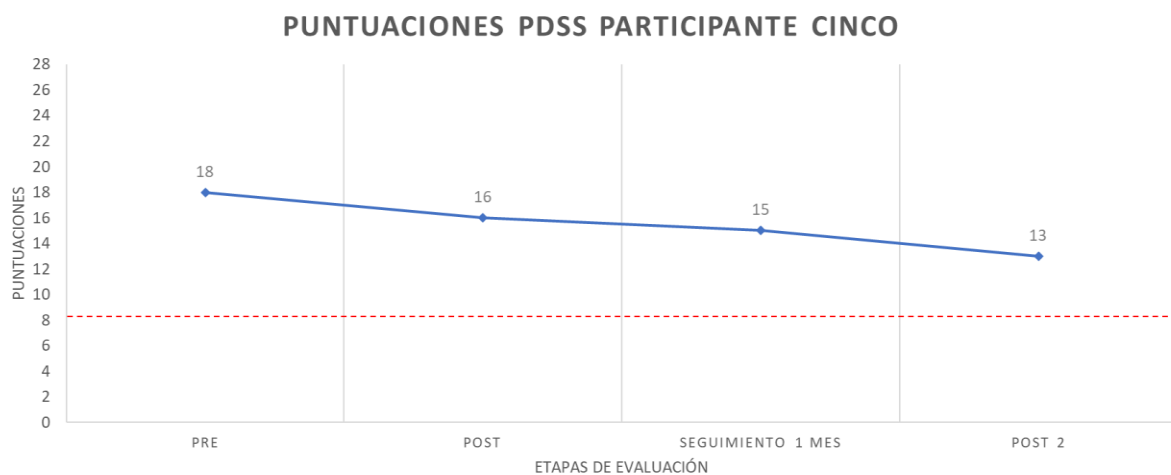
El participante cinco, de acuerdo con la MINI, cumplía con los criterios E1 a y b, E2 y E4, los cuales no son suficientes para hablar de un trastorno de pánico, por lo que se considera únicamente ataque de pánico y agorafobia el criterio F1. Para la gravedad del ataque medido con el PDSS (véase Figura 17), tanto en la evaluación inicial como en posterior a la intervención y en el seguimiento, se mantuvo con puntuaciones de 18, 16 y 15,

respectivamente, lo que la colocó en el nivel muy enfermo. Referente a la frecuencia en la evaluación inicial tuvo una puntuación de 1 (ligero), posterior a la intervención dos (moderado) y seguimiento a un mes uno (ligero). En cuanto a la intensidad, en la evaluación pre-intervención tuvo una puntuación de tres (muy intenso), posterior a la intervención y seguimiento dos (intenso, pero todavía soportable; véase Figura 18).

Referente al miedo por los síntomas de ansiedad medido con el ASI-3 (véase Figura 19), en la evaluación inicial obtuvo una puntuación de 44, posterior a la evaluación de 53 y una de 45 en el seguimiento de un mes. En las subescalas, la que tuvo más puntaje al inicio fue la de síntomas físicos con 20, posterior a la evaluación disminuyó a 15 y en el seguimiento aumentó a 17 (véase Figura 20). En este caso, al no notar una disminución de las puntuaciones del PDSS y al cumplir con criterios para trastorno de pánico en la última evaluación, se le propuso al participante dos sesiones adicionales para complementar el manejo del pánico con contenido de exposición interoceptiva e in vivo, misma que formaba parte del protocolo registrado. Posterior a las dos sesiones, se realizó una evaluación que la seguía colocando en el nivel muy enfermo (PDSS =13), aunque con una disminución del miedo a los síntomas de la ansiedad (ASI-3 =37). En cuanto a la frecuencia de los ataques de pánico se mantuvo con una puntuación de uno (ligero) y para la intensidad, también se mantuvo con una puntuación de dos (intenso, pero todavía soportable).

Figura 17.

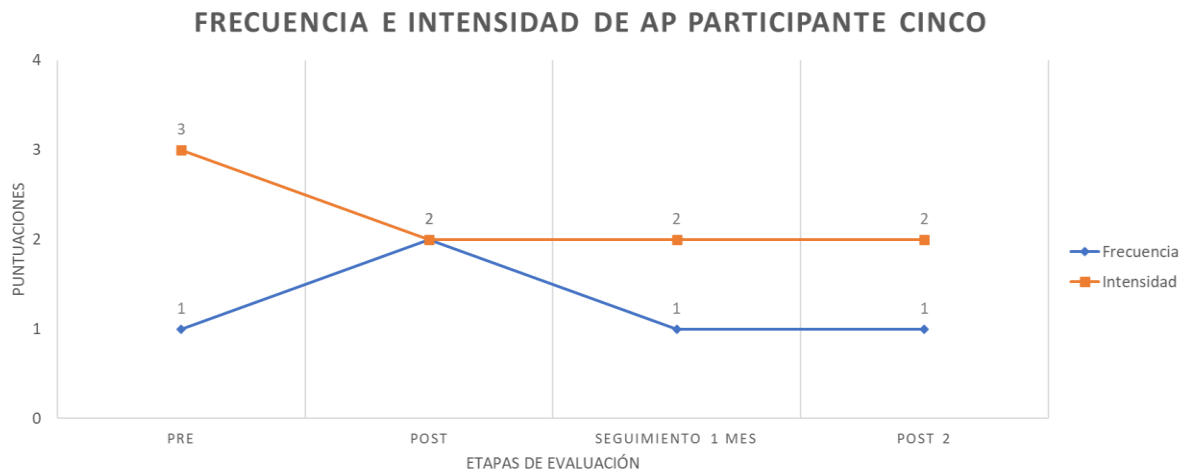
Resultados del participante cinco de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS)



Nota. La línea puntuada refleja el punto de corte para considerar que existen síntomas leves.

Figura 18.

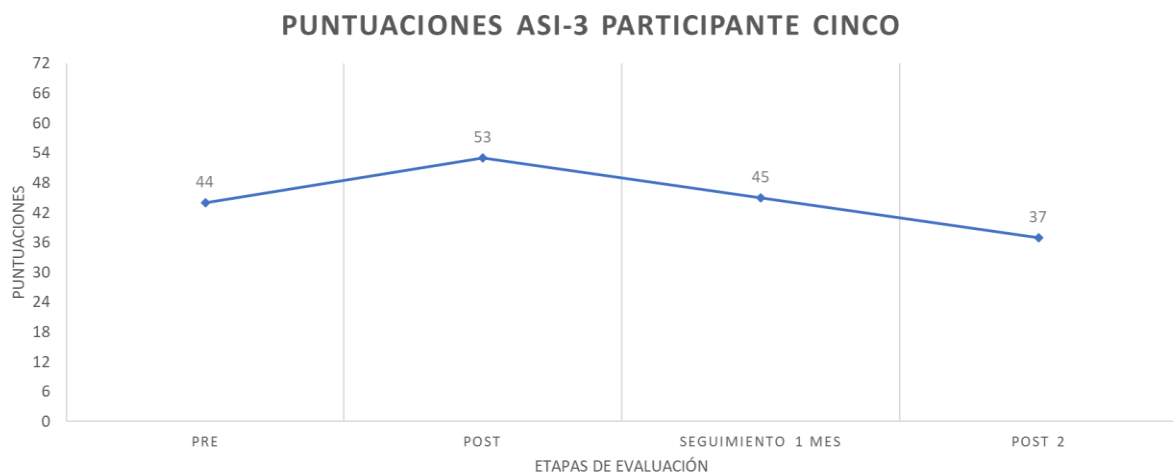
Resultados del participante cinco de la Frecuencia e intensidad de ataques de pánico (AP).



Nota. La frecuencia es considerada es cuántos ataques de pánico ha tenido en la última semana y último mes en el caso del seguimiento. La intensidad es el grado de malestar que sintió durante los ataques.

Figura 19.

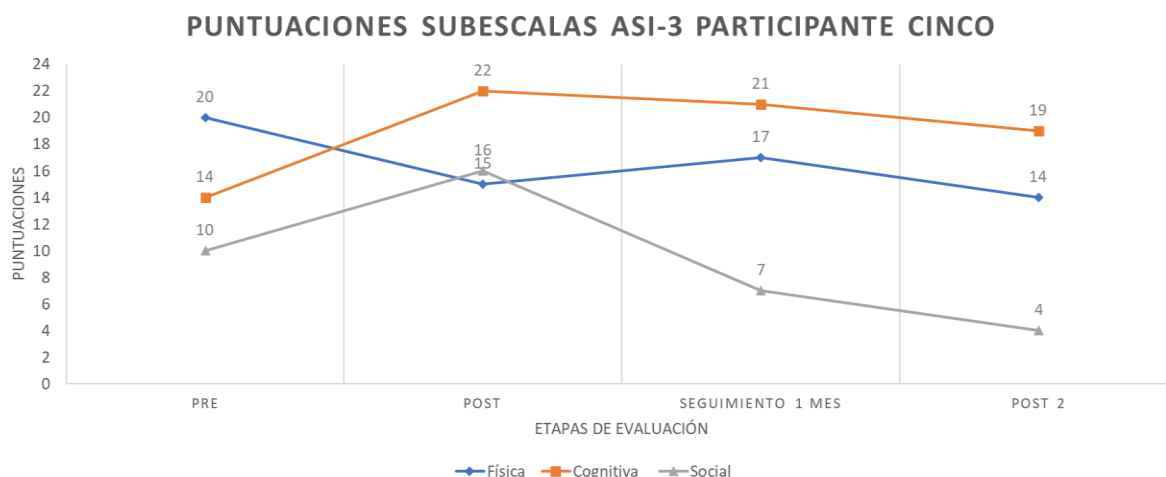
Resultados del participante cinco del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad.

Figura 20.

Resultados del participante cinco de las subescalas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad. Cada subescala está formada por seis ítems.

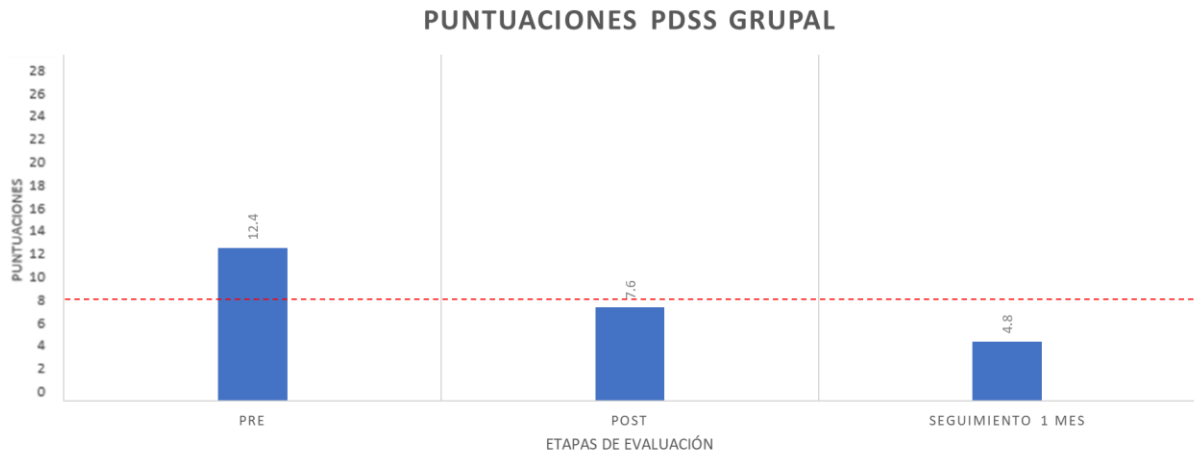
Ahora bien, se encontró que de manera grupal hubo una disminución post intervención así como en el seguimiento una disminución por debajo del punto de corte para la gravedad del ataque de pánico, medido con la Escala de Gravedad para el Trastorno de Pánico (véase Figura 21). El promedio grupal de la evaluación inicial fue de 12.4 (moderadamente enfermo; DE= 6.58) en la evaluación post intervención fue de 7.6 (ligeramente enfermo; DE= 5.77) y en el seguimiento de un mes 4.8 (ligeramente enfermo; DE= 5.89). Referente a la frecuencia (véase Figura 22), el promedio grupal de la evaluación inicial fue de 1.8 (moderado: DE= 0.44), en la evaluación post intervención fue de 1.2 (ligero; DE= 1.09) y en el seguimiento de un mes 0.6 (ningún ataque ni ataque de pánico con síntomas limitados; DE= 0.89). Para la intensidad, el promedio grupal de la evaluación inicial fue de 2.8 (muy intenso; DE= 0.83), en la evaluación post intervención fue de uno (no muy intenso; DE= 1) y en el seguimiento de un mes 0.6 (ningún malestar; DE= 0.89).

En cuanto al miedo a los síntomas de ansiedad, evaluados con el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (véase Figura 23) el promedio grupal de la evaluación inicial fue de 29.2 (DE= 15.27), en la evaluación post intervención 26.4 (DE=22.15) y en el seguimiento de 25.8 (DE=24), también hubo una reducción en las puntuaciones después de la intervención y posterior al seguimiento de un mes. En las subescalas (véase Figura 24), la que tuvo más

puntaje al inicio fue la de síntomas físicos con un promedio de 12.4 (DE= 5.85), posterior a la evaluación disminuyó a 7.6 (DE= 4.84) y en el seguimiento 4.8 (DE= 7.04).

Figura 21.

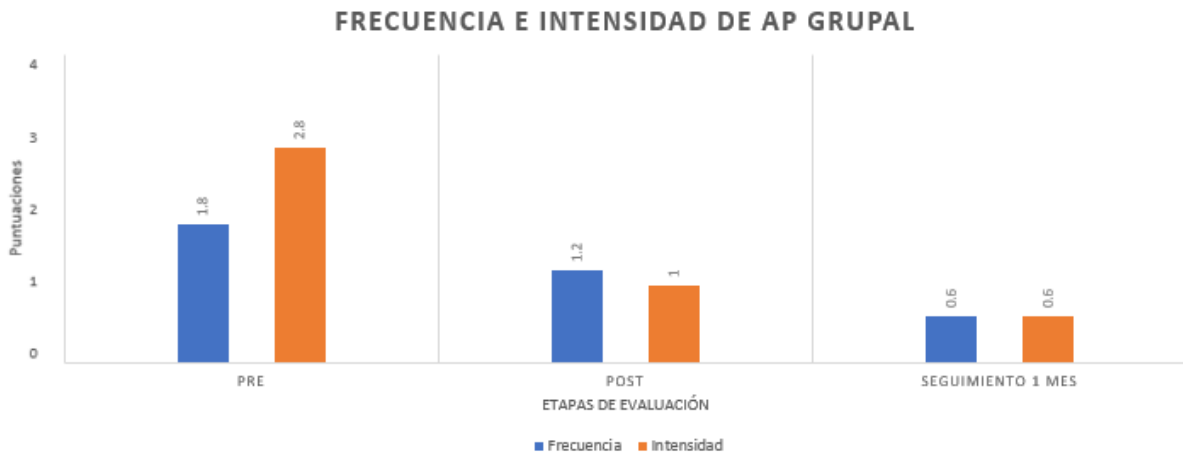
Resultados grupales de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS)



Nota. La línea puntuada refleja el punto de corte para considerar que existen síntomas leves.

Figura 22.

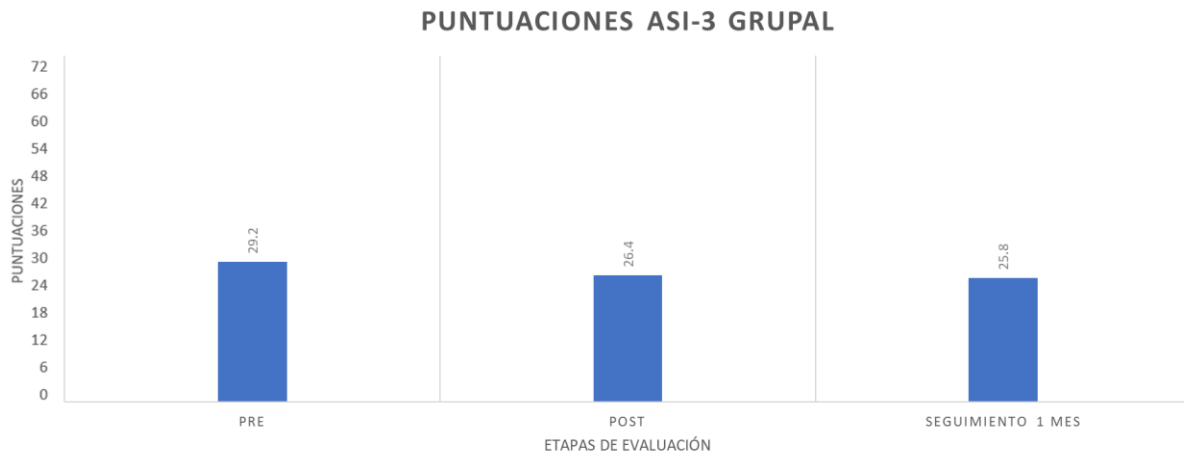
Resultados grupales de la Frecuencia e intensidad de ataques de pánico (AP).



Nota. La frecuencia es considerada es cuántos ataques de pánico ha tenido en la última semana y último mes en el caso del seguimiento. La intensidad es el grado de malestar que sintió durante los ataques.

Figura 23.

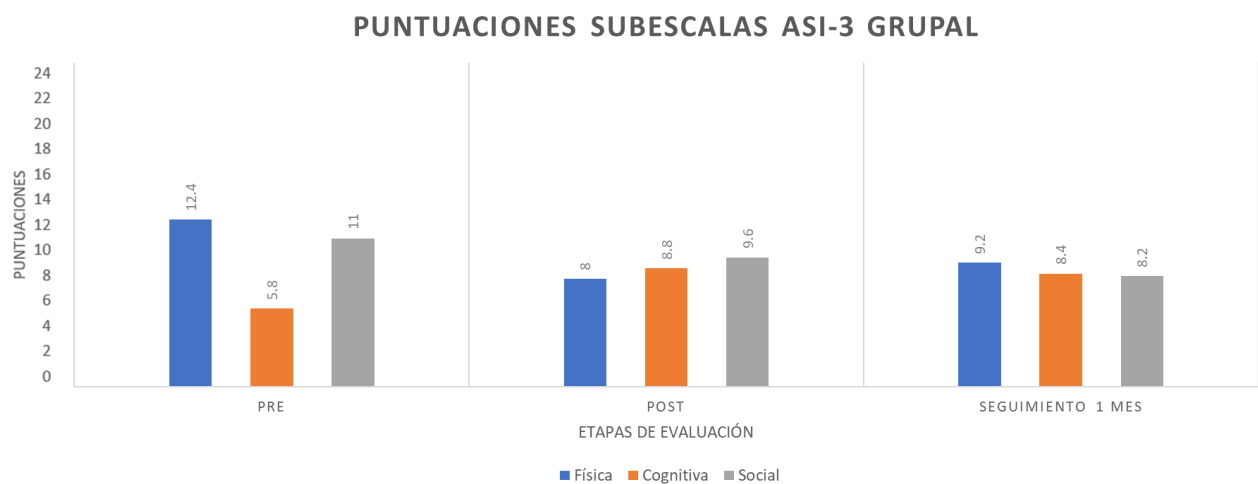
Resultados grupales del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad.

Figura 24.

Resultados grupales de las subescalas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3)



Nota. Este instrumento no cuenta con un punto corte, una mayor puntuación refleja una mayor sensibilidad a la ansiedad. Cada subescala está formada por seis ítems.

Resultados cualitativos

Se identificaron los pensamientos de los participantes al momento de tener un ataque de pánico, los cuales estaban relacionados con padecer alguna enfermedad, tener un ataque cardíaco y morir. Posterior al entrenamiento en reestructuración cognitiva y con el apoyo de la psicoeducación brindada acerca de la naturaleza de los ataques de pánico, se identificaron

pensamientos más realistas acerca de los ataques de pánico, enfocados a que estas sensaciones corporales no son peligrosas y tienen una duración limitada (véase Tabla 4).

Tabla 4.

Pensamientos de los participantes antes y después de la reestructuración cognitiva.

Participante	Pensamientos antes de la reestructuración cognitiva	Pensamientos después de la reestructuración cognitiva
1	Me va a dar un infarto Me voy a morir	No estoy enferma del corazón No es peligroso
2	Me voy a morir Me va a dar un infarto	Esto pasa rápido Es mi cuerpo queriéndome proteger
3	Tengo alguna enfermedad Me voy a morir	Falsa alarma No es peligroso
4	Tengo miedo de morir Qué va a hacer mi familia sin mi	No estoy enferma Va a pasar rápido, no dura mucho
5	Tengo miedo a morir Me voy a volver loca	Voy a estar bien Todo va a pasar pronto

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención Cognitivo Conductual de una sesión sobre la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico en cinco pacientes atendidos en urgencias médicas. Este abordaje se fundamentó en la necesidad de implementar estrategias psicoterapéuticas basadas en evidencia para el manejo de los ataques de pánico en los servicios de urgencias en México, tanto por las afectaciones que existen a nivel individual como las afectaciones al sector de salud por las visitas innecesarias a este servicio.

Con base en los resultados se puede decir que la intervención y en el seguimiento a un mes disminuyó en todos los participantes la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico, pasando de una frecuencia moderada, presentando uno o dos ataques de pánico completos o múltiples ataques con síntomas limitados (menos de 4 síntomas) en la última semana, a una frecuencia ligera ningún ataque completo y no más de un ataque con síntomas limitados por día, después de la intervención. La intensidad también disminuyó en todos los participantes, pasando de una intensidad muy intensa a una no muy intensa y finalmente a no presentar algún malestar. Estos hallazgos son similares a lo reportado en la literatura internacional. Por ejemplo, Marchand et al. (2012), en su estudio evaluó el efecto de una sesión de dos horas con componentes de psicoeducación, desmitificación de síntomas de pánico y reestructuración cognitiva, llegando a la conclusión de que hubo mejoras en la gravedad del trastorno de pánico así como en la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico con la intervención, además de ser más eficaz que la atención habitual en el servicio de urgencias, además se reportaron ganancias terapéuticas después de un año de seguimiento. De la misma manera, en el estudio realizado por Lessard et al. (2012), evaluó la eficacia de una intervención breve también de una sola sesión para el manejo del pánico, obtuvo como resultado mejoras en la gravedad del trastorno de pánico y frecuencia de ataques de pánico en comparación de la atención habitual que se brinda en el servicio de urgencias.

Es importante resaltar que estos estudios fueron realizados con pacientes con trastorno de pánico, a diferencia del presente estudio que abarca únicamente el ataque de pánico. Como se mencionó anteriormente, este estudio forma parte de un protocolo más amplio, el cual se centra en pacientes con trastorno de pánico. Al excluir a los pacientes que no cumplían con criterios de trastorno de pánico, por cuestiones clínicas y de ética, no se les podía negar a estos pacientes una atención especializada para el manejo de sus síntomas, por esta razón, se decidió

contemplar únicamente a pacientes con ataques de pánico. En esa misma línea, se esperaba que al brindar una intervención para el manejo de los síntomas de pánico en los participantes que acudieron al servicio de urgencias presentando por primera vez un ataque de pánico, se pudiera prevenir el desarrollo del trastorno de pánico.

En este estudio, de los cinco participantes, solo una desarrolló trastorno de pánico. Dicha participante se mantuvo constante en las puntuaciones de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico y en la evaluación de seguimiento a un mes, cumplió con los criterios de la Mini para trastorno de pánico. En este caso, mediante una sesión de entrevista, se encontró que la participante vivía violencia de pareja, además de indicadores de elevación de la hormona tiroidea en un estudio que se realizó posterior a la intervención, lo que podría estar mediando los síntomas de pánico. Se ha encontrado que la violencia de pareja está asociada con altas tasas de trastorno de ansiedad, entre ellos, el trastorno de pánico (Stewart et al., 2012). En cuanto a la hormona tiroidea, una revisión sistemática realizada por Fischer & Ehlert (2018) encontraron que existe una comorbilidad significativa entre la ansiedad y los trastornos tiroideos, al contraponerse síntomas como palpitaciones, dificultad para respirar y sudoración. Al final, se tomó la decisión de referir a la paciente con una terapeuta del Servicio de Psicología de Urgencias para una intervención enfocada en la problemática de su relación de pareja principalmente, y para que diera seguimiento sobre la posible enfermedad de la tiroides.

Respecto a la intervención breve e intensiva que fue adaptada de las propuestas de intervención de Marchand (2012) y Craske y Barlow (2007) conformadas con componentes terapéuticos de la Terapia Cognitivo Conductual, se ha encontrado en la literatura que esta terapia ha tenido resultados favorables para el manejo del trastorno de pánico a comparación de otras terapias, además de que las mejoras se mantienen después de concluir el tratamiento, lo que sugiere que en un entorno de urgencias médicas podría ser factible su implementación (Bandelow et al., 2015; Papola et al., 2022).

Los componentes terapéuticos que se utilizaron en esta intervención fueron la psicoeducación y la reestructuración cognitiva, que de acuerdo con una revisión sistemática y metaanálisis realizado por Pompoli et al. (2018), estos dos componentes como intervención para el trastorno de pánico conducen a mayores probabilidades de remisión. Se notó en los participantes que la cuestión cognitiva de interpretaciones irracionales o desadaptativas de las sensaciones corporales que experimentaban durante el ataque de pánico tenía mucha

importancia, por lo que dentro de la intervención el entrenamiento en reestructuración cognitiva, pudo ser factor importante para que los ataques de pánico se presentaran con menor intensidad. Un componente que puede ser útil para el manejo de los síntomas de otros trastornos de ansiedad es el reentrenamiento de la respiración, sin embargo, ha demostrado un tamaño del efecto pequeño e incluso considerarla como una conducta de seguridad que podría mantener los ataques de pánico (Pompoli et al., 2018), por lo que se decidió no considerarlo dentro de la intervención. Adicionalmente, con los resultados del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, hubo disminución en la subescala de síntomas físicos, la cual está asociada con un mayor riesgo para presentar ataques de pánico (Bernstein et al., 2011).

Dentro de las limitaciones de este estudio está el diseño utilizado, se sabe que las series de caso, al no contar con un grupo de comparación, no se pueden hacer inferencias que determinen si los resultados se atribuyen al efecto del tratamiento o a otra variable (El-Gilany, 2018; Kooistra et al., 2009), además de no poder generalizar los resultados obtenidos de esta intervención a otros casos de la misma índole, sin embargo, esto se debe a la evidencia existente en este momento en el contexto mexicano, para futuros estudios se sugiere utilizar diseños con mayor alcance para poder generalizar dichos resultados. Otra limitación es la posible presencia de variables extrañas, como la deseabilidad social (respuesta socialmente deseada) por parte de los participantes al ser evaluados con instrumentos de autorreporte, lo que podría impactar en los resultados de las evaluaciones (Perinelli & Gremigni, 2016).

A pesar de las limitaciones, existen bondades en este estudio. Se trata de una intervención adaptada al ataque de pánico, en la literatura internacional únicamente se han reportado intervenciones para el trastorno de pánico. Hasta el conocimiento de la autora, este es el primer estudio encaminado en un contexto mexicano en el cual se evaluó una intervención ultra breve para el manejo del ataque de pánico en pacientes dentro un ambiente clínico de urgencias. Lo anterior es especialmente importante, debido a las condiciones de los departamentos de urgencias médicas en México, en donde se ha reportado sobresaturación de pacientes, pocas camas, poco personal (Polanco-González et al., 2013). Quizás este tipo de intervenciones coadyuven en la saturación de pacientes atendidos en urgencias y probablemente esta intervención se haga extensiva a otro tipo de personal de salud que pueda contener estas respuestas.

En conclusión, el presente trabajo constituye un avance clínico de una intervención ultra breve e intensiva que mostró resultados favorables en los participantes, por lo que podría ser de utilidad implementarla en el contexto de urgencias médicas, sin embargo, se necesitan más investigaciones con mayor rigidez metodológica o distintos diseños que permitan generalizar los resultados hacia otras personas, y añadir más tiempo de seguimiento a los pacientes para asegurar el mantenimiento de las ganancias terapéuticas.

Referencias

- Annals of Emergency Medicine. (2016). Definition of Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142-143.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2008). Answers to Your Questions About Panic Disorder. <https://www.apa.org/topics/anxiety/panic-disorder>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61(4), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- 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>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368.
<https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Bernstein, A., Cárdenas, S. J., Coy, P. E. C., & Zvolensky, M. J. (2011). Test of a Factor Mixture-Based Taxonic-Dimensional Model of Anxiety Sensitivity and Panic Attack Vulnerability among University and Clinical Samples in Mexico City. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(4), 491-500.
<https://doi.org/10.1007/s10862-011-9235-8>

- Cao, B., Xu, J., Li, R., Teopiz, K. M., McIntyre, R. S., & Chen, H. (2022). Interventions targeting comorbid depression and overweight/obesity: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *314*, 222-232. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.027>
- Choi, M. H., & Lee, M. (2022). Psychosocial and psychological interventions' effectiveness among nurses in intensive care units caring for pediatric patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pediatrics*, *10*, 883230. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.883230>
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide. In *Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide*. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195311402.001.0001>
- 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*, *68*(3), 238–244. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600148>
- de Jonge, P., 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., de Girolamo, G., 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: Jonge et al. *Depression and Anxiety*, *33*(12), 1155–1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>
- Domenicucci, R., Ferrandes, F., Sarlo, M., Borella, E., & Belacchi, C. (2022). Efficacy of ICT-based interventions in improving psychological outcomes among older adults with MCI and dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, *82*, 101781. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101781>

- 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)
- El-Gilany, A., H. (2018). What is case report?. *Asploro Journal of Biomedical and Clinical Case Reports*, 1(1), 7-9.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-186. <https://doi.org/DOI: 10.1126/science.847460>
- Fischer, S., & Ehlert, U. (2018). Hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis functioning in anxiety disorders. A systematic review. *Depression and Anxiety*, 35(1), 98-110. <https://doi.org/10.1002/da.22692>
- Holland, K. M., Jones, C., Vivolo-Kantor, A. M., Idaikkadar, N., Zwald, M., Hoots, B., Yard, E., D’Inverno, A., Swedo, E., Chen, M. S., Petrosky, E., Board, A., Martinez, P., Stone, D. M., Law, R., Coletta, M. A., Adjemian, J., Thomas, C., Puddy, R. W., ... Houry, D. (2021). Trends in US Emergency Department Visits for Mental Health, Overdose, and Violence Outcomes Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 372. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4402>
- Jenkinson, E., Knoop, I., Hudson, J. L., Moss-Morris, R., & Hackett, R. A. (2022). The effectiveness of cognitive behavioural therapy and third-wave cognitive behavioural interventions on diabetes-related distress: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 39(11), e14948. <https://doi.org/10.1111/dme.14948>
- Jiskoot, G., van der Kooi, A.-L., Busschbach, J., Laven, J., & Beerthuisen, A. (2022). Cognitive behavioural therapy for depression in women with PCOS: Systematic review and meta-analysis. *Reproductive Biomedicine Online*, 45(3), 599-607. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.05.001>

- Kooistra, B., Dijkman, B., Einhorn, T. A., & Bhandari, M. (2009). How to Design a Good Case Series. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, *91*, 21-26. <https://doi.org/10.2106/JBJS.H.01573>
- Landa-Ramírez, E., & Murillo-Cruz, J. L. (2019). The need to introduce a Psychological Program into Emergency Medicine: Early experiences in the field. *Revista de Educación e Investigación En Emergencias*, *1*(3), 3262. <https://doi.org/10.24875/REIE.19000025>
- 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>
- Li, A. S.-W., Van Niekerk, L., Wong, A. L. Y., Matthewson, M., & Garry, M. (2022). Psychological management of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPSP): A systematic review. *Scandinavian Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2022-0049>
- 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>
- Marques, L., Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., & Hinton, D. (2011). Cross-cultural variations in the prevalence and presentation of anxiety disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*(2), 313–322. <https://doi.org/10.1586/ern.10.122>

- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Mueller, E. M., Panitz, C., Nestoriuc, Y., Stemmler, G., & Wacker, J. (2014). Panic Disorder and Serotonin Reuptake Inhibitors Predict Coupling of Cortical and Cardiac Activity. *Neuropsychopharmacology*, 39(2), 507-514. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.224>
- Musey, P. I., Lee, J. A., Hall, C. A., & Kline, J. A. (2018). Anxiety about anxiety: A survey of emergency department provider beliefs and practices regarding anxiety-associated low risk chest pain. *BMC Emergency Medicine*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0161-x>
- NICE. (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. *National Institute for Health and Clinical Excellence*, April 2007, 1–928. www.nice.org.uk/guidance/cg113
- Obermeyer, Z., Abujaber, S., Makar, M., Stoll, S., Kayden, S. R., Wallis, L. A., Reynolds, T. A., & on behalf of the Acute Care Development Consortium. (2015). Emergency care in 59 low- and middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(8), 577-586G. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.148338>
- Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 627–633. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.069>
- Omran, A. R. (1975). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change: *The Epidemiologic Transition*. *Milbank Quarterly*, 49(4), 509-538. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación internacional de enfermedades* (11th ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Declaración de Astaná. *Global Conference on Primary Health Care*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Coronavirus. https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., Pompoli, A., Pauley, D., Karyotaki, E., Sijbrandij, M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2022). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 221(3), 507–519. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.148>
- 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>

- Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of Social Desirability Scales in Clinical Psychology: A Systematic Review: Social Desirability Scales in Clinical Psychology. *Journal of Clinical Psychology, 72*(6), 534-551. <https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
- Pilecki, B., Arentoft, A., & McKay, D. (2011). An evidence-based causal model of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 381–388. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.10.013>
- Polanco-González, C., Castañón-González, J. A., Buhse, T., Samaniego-Mendoza, J. L., & Arreguín-Nava, R. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México.*, 149(4), 417–424.
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Imai, H., Tajika, A., & Salanti, G. (2018). Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *Psychological Medicine, 48*(12), 1945-1953. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003919>
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2006). Panic Disorder. *The Lancet, 368*, 1023–1032. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69418](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69418)
- Ryan, E. M., Creaven, A.-M., Ní Néill, E., & O’Súilleabháin, P. S. (2022). Anxiety following myocardial infarction: A systematic review of psychological interventions. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 41*(9), 599-610. <https://doi.org/10.1037/hea0001216>
- 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>

- Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U., & Byass, P. (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: A systematic review. *Global Health Action*, 7(1), 23574. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23574>
- Schweighoffer, R., Schumacher, A. M., Blaese, R., Walter, S., & Eckstein, S. (2022). A Systematic Review and Bayesian Network Meta-Analysis Investigating the Effectiveness of Psychological Short-Term Interventions in Inpatient Palliative Care Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7711. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137711>
- 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. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571-1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>
- Sheehan, D. V. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 12.
- Simon, N. M., & Fischmann, D. (2005). The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 8–15.
- Stewart, D. E., MacMillan, H., & Wathen, N. (2012). Intimate Partner Violence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(6).
- Storman, D., Świerz, M. J., Storman, M., Jasińska, K. W., Jemioło, P., & Bała, M. M. (2022). Psychological Interventions and Bariatric Surgery among People with Clinically Severe Obesity-A Systematic Review with Bayesian Meta-Analysis. *Nutrients*, 14(8), 1592. <https://doi.org/10.3390/nu14081592>
- Stroeber, S., Brett, C., Michael, K., & Petrini, J. (2021). Emergency department utilization for mental health conditions before and after the COVID-19 outbreak. *The American*

Journal of Emergency Medicine, 47, 164–168.

<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.03.084>

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R.,

Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., & Coles, M. (2007).

Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the

Anxiety Sensitivity Index—3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176–188.

<https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>

Teo, I., Krishnan, A., & Lee, G. L. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer

patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1394–1407.

<https://doi.org/10.1002/pon.5103>

Wallston, K. A. (1996). Healthy, Wealthy, and Weiss: A History of Division 38 (Health

Psychology). *American Psychological Association*.

<https://doi.org/10.1037/e588462012-001>

Webster, R., Thompson, A. R., & Norman, P. (2015). ‘Everything’s fine, so why does it

happen?’ A qualitative investigation of patients’ perceptions of noncardiac chest pain.

Journal of Clinical Nursing, 24(13–14), 1936–1945.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12841>

Anexos

Anexo 1. Diagrama de flujo de tamizaje para pacientes con síntomas de pánico



Nombre:

Edad:

Fecha:

PÁNICO EN EMERGENCIAS

¿Ha experimentado la aparición inesperada de ansiedad, angustia, incomodidad, inquietud o miedo que alcanza su máxima expresión en minutos?

SÍ

NO

FIN

¿Durante **este mismo episodio** presentó alguno de estos síntomas?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca. | <input type="checkbox"/> Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo. |
| <input type="checkbox"/> Sudoración. | <input type="checkbox"/> Escalofríos o sensación de calor. |
| <input type="checkbox"/> Temblor o sacudidas. | <input type="checkbox"/> Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo). |
| <input type="checkbox"/> Sensación de dificultad para respirar o de asfixia. | <input type="checkbox"/> Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo). |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo. | <input type="checkbox"/> Miedo a perder el control o de "volverse loco." |
| <input type="checkbox"/> Dolor o molestias en el tórax. | <input type="checkbox"/> Miedo a morir. |
| <input type="checkbox"/> Náuseas o malestar abdominal. | |

¿Tuvo 4 o más síntomas? (esto no se pregunta al paciente)

SÍ

NO

FIN

Al menos a uno de los ataques le ha seguido durante un mes (o más), uno o los dos hechos:

- Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, "volverse loco").

- Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

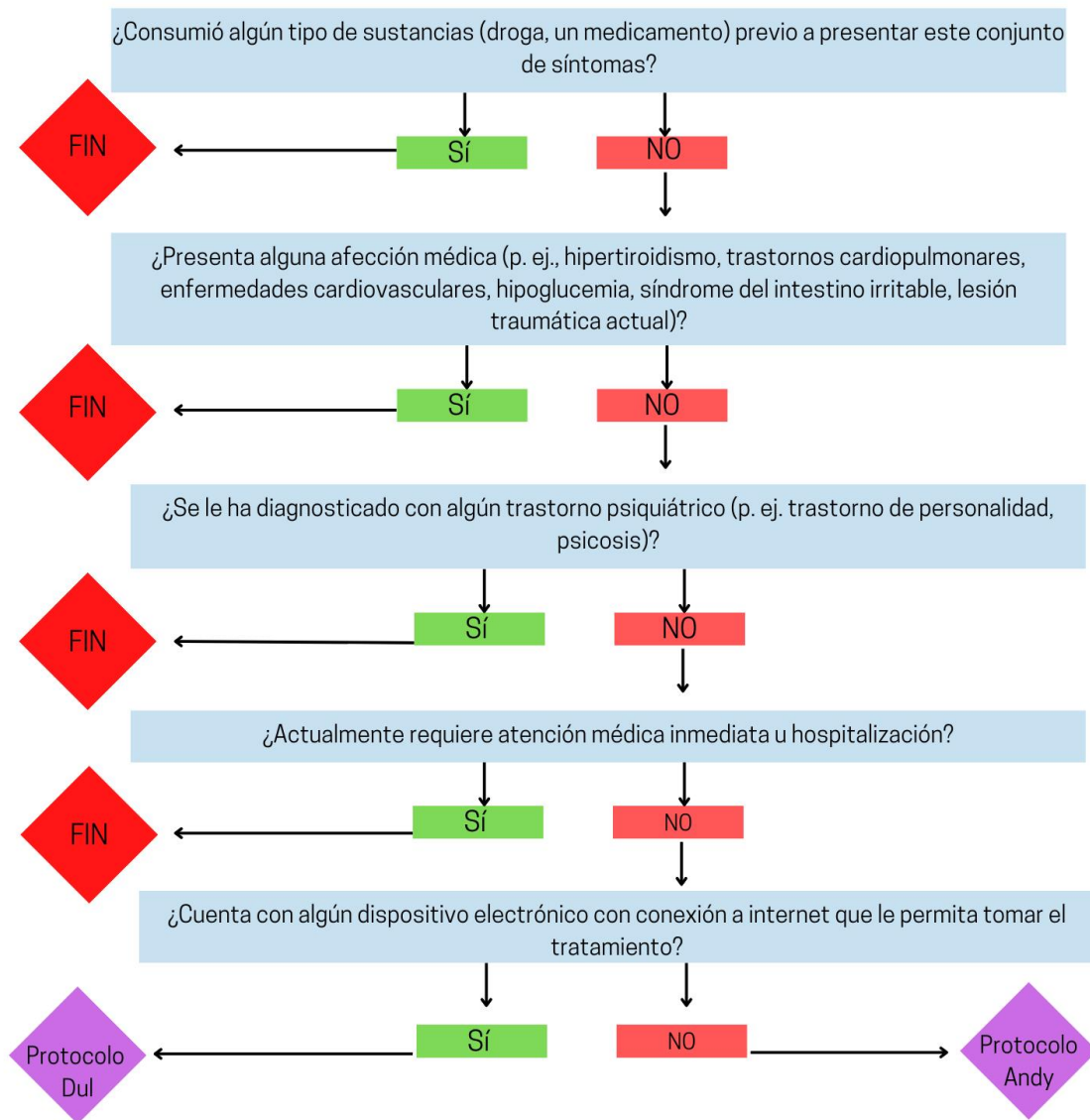
¿Esto lo ha presentado 2 o más veces en el último mes?

SÍ

NO

Protocolo A o D

Protocolo Karla



Formulario de consentimiento

Para el consentimiento de un paciente para la publicación de imágenes o información suyas en publicaciones de BMJ.

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente (si el paciente no firma este formulario): _____

Descripción de la fotografía, imagen, texto u otro material (**Material**) sobre el paciente. **Se debe adjuntar una copia del Material a este formulario:** _____

Título provisional del artículo en el que se incluirá el Material: _____

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ [NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE IMPRENTA] doy mi consentimiento para que el Material sobre mí/el paciente aparezca en una publicación de BMJ.

Confirmando que: (marque las casillas para confirmar)

- he visto la foto, imagen, texto u otro material sobre mí/el paciente
- he leído el artículo que se enviará a BMJ
- estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento.

Entiendo lo siguiente:

- (1) El Material se publicará sin mi nombre/el nombre del paciente, sin embargo, entiendo que no se puede garantizar el anonimato completo. Es posible que alguien, en algún lugar (por ejemplo, alguien que cuidó de mí/del paciente o un pariente) pueda reconocerme/reconocer al paciente.
- (2) El Material puede mostrar o incluir detalles de mi enfermedad o lesión/la enfermedad o lesión del paciente y cualquier pronóstico, tratamiento o cirugía que yo/el paciente haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.
- (3) El artículo se puede publicar en una revista que se distribuya en todo el mundo. Las publicaciones de BMJ van dirigidas principalmente a médicos y otros profesionales sanitarios, pero también pueden verlas muchas otras personas, como académicos, estudiantes y periodistas.
- (4) El artículo, incluido el Material, puede ser objeto de un comunicado de prensa y podría accederse a él a partir de enlaces en redes sociales y/o utilizarse en otras actividades promocionales. Una vez publicado, el artículo aparecerá en un sitio web de BMJ y también puede estar disponible en otros sitios web.
- (5) Antes de la publicación, se corregirá el estilo, la gramática y la coherencia del texto del artículo.
- (6) Yo/el paciente no recibiré/recibirá ningún beneficio económico derivado de la publicación del artículo.

- (7) El artículo también puede utilizarse en su totalidad o parcialmente en otras publicaciones y productos publicados por BMJ y/o por otros editores. Esto incluye la publicación en inglés y traducido, en formatos impreso y digital, y en cualquier otro formato que BMJ u otros editores puedan utilizar ahora o en el futuro. El artículo puede aparecer en ediciones locales de revistas u otras publicaciones, publicadas en el Reino Unido y en el extranjero.
- (8) Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero una vez entregado el artículo para publicación ("esté en prensa"), no será posible revocar el consentimiento.
- (9) Este formulario de consentimiento será retenido de forma segura y confidencial por BMJ de conformidad con la ley, pero no más tiempo del necesario.

Marque las casillas para confirmar lo siguiente:

- Doy mi consentimiento a BMJ para almacenar mi información de contacto (incluso fuera del EEE) con el único objetivo de contactar conmigo, si fuera necesario, en el futuro.
- Cuando este consentimiento se refiera a un artículo en *BMJ Case Reports*, he tenido/el paciente ha tenido la oportunidad de comentar el artículo y estoy satisfecho de que los comentarios, si los hubiera, se hayan reflejado en el artículo.

Firmado: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____ Dirección de correo electrónico: _____

N.º de teléfono: _____

Si firma en nombre del paciente, especifique el motivo por el que el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo (p. ej., el paciente ha fallecido, es menor de 18 años o tiene un deterioro cognitivo o intelectual).

_____ Fecha: _____

- Si firma en nombre de una familia u otro grupo, marque la casilla para confirmar que todos los miembros relevantes de la familia o grupo han sido informados.

Si el paciente es un niño de 7 años o más, también debe confirmar este consentimiento:

Firmado: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Información de la persona que ha explicado y administrado el formulario al paciente o a su representante (p. ej., el autor correspondiente u otra persona que tenga autoridad para obtener el consentimiento).

Firmado: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Cargo: _____ Dirección: _____

Centro: _____ _____

Dirección de correo electrónico: _____ N.º de teléfono: _____

Fecha: _____