



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL BREVE E INTENSIVA EN PACIENTES CON  
TRASTORNO DE PÁNICO, USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
ANDREA GUERRA ANLÉN

TUTOR PRINCIPAL:  
DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ  
Hospital General Dr. Manuel Gea González/Facultad de Psicología, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ:  
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS  
*Facultad de Contaduría y Administración, UNAM*  
DRA. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN  
*Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*  
DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA  
*Facultad de Psicología, UNAM*  
DRA. AIMÉ EDITH MARTÍNEZ BASURTO  
*Facultad de Psicología, UNAM*

MÉXICO, CD. MX. 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.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	4
<b>Desarrollo</b> .....	12
<b>Identificación de los pacientes</b> .....	12
<b>Antecedentes clínicos y motivo de consulta</b> .....	13
<b>Estrategias de evaluación</b> .....	19
<b>Formulación clínica de los casos</b> .....	25
<b>Tratamiento</b> .....	39
<b>Factores relacionados con el terapeuta</b> .....	45
<b>Diseño de investigación</b> .....	48
<b>Análisis</b> .....	49
<b>Resultados</b> .....	50
<b>Discusión</b> .....	79
<b>Referencias</b> .....	90
<b>Anexos</b> .....	106

## **Resumen**

El objetivo del presente estudio fue generar datos que permitieran describir el efecto de una intervención cognitivo-conductual breve e intensiva en modalidad presencial para pacientes con trastorno de pánico (TP), usuarios de un servicio de urgencias médicas. Participaron cuatro pacientes y se optó por un diseño de serie de casos tomando como estructura, la Guía para Reporte de Casos Clínicos en Psicología Clínica Conductual de Virués-Ortega (2008) con un seguimiento a uno y tres meses. Para el análisis de datos, se optó por examinar los datos graficados a través de los distintos tiempos de medición con el fin de determinar si hubo cambios en los puntajes. Los resultados mostraron que todos los participantes tuvieron una reducción en la gravedad del TP, la sensibilidad a la ansiedad y la sintomatología de ansiedad generalizada y depresión. Esto indica que la intervención propuesta fue útil y viable para los pacientes dentro de un servicio de urgencias. Aún es necesaria la realización de diseños más robustos que respalden los datos obtenidos.

**Palabras Clave:** serie de casos, servicio de urgencias, TCC breve e intensiva, trastorno de pánico.

## **Abstract**

The aim of the present study was to generate data that described the effect of a brief and intensive face-to-face cognitive-behavioral therapy (CBT), for patients with panic disorder (PD), users of a medical emergency department. Four patients participated and the design chosen was a case study report based on the Virués-Ortega Clinical Case Report Guide (2008) with one- and three-months follow-up. For the data analysis, the data plotted was examined across the different measurement times to determine if there were changes in the scores. The results showed that all participants had a reduction in the PD severity, sensitivity to anxiety and symptoms of generalized anxiety and depression. This demonstrated that the proposed intervention was useful and feasible for patients within an emergency department. More robust designs are still needed to back up the data.

**Key words:** case reports, emergency department, brief and intensive CBT, panic disorder.

## Introducción

Los ataques de pánico (AP) son una sensación repentina de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y que se caracterizan por cumplir al menos cuatro de los siguientes síntomas: 1) palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca, 2) sudoración, 3) temblores o sacudidas, 4) sensación de dificultad para respirar o 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 (entumecimiento u hormigueo), 11) desrealización o despersonalización, 12) miedo a perder el control o volverse loco y 13) miedo a morir (American Psychiatric Association, 2014). Cuando se habla de trastorno de pánico (TP), se hace referencia a la aparición inesperada y recurrente de estos AP, que son seguidos de la preocupación por otros ataques y conductas de evitación en un lapso mínimo de un mes (American Psychiatric Association, 2014). En el 70% de los casos, los trastornos de pánico están acompañados de agorafobia (AG; Testa et al., 2013). Este concepto hace referencia a un miedo o ansiedad intensa ante la exposición real o anticipada a diversas situaciones, que lleva al escape o evitación de éstas (American Psychiatric Association, 2014).

De acuerdo con las Encuestas Mundiales de Salud Mental, la prevalencia global de AP a lo largo de la vida es del 13.2%, dentro de las cuales el 12.8% tiene TP (de Jonge et al., 2016). Los datos arrojan que del 1% al 5% de la población tiene TP a lo largo de su vida (Bandelow, 2015; de Jonge et al., 2016; NICE, 2011; Roy-Byrne et al., 2006). En el caso de México, la prevalencia a los 30 días del TP corresponde al 8.9%

con respecto a la población total (de Jonge et al., 2016). Entre el 17 y el 33% de la población latina ha sufrido ataques de pánico, a lo que ellos denominan “ataques de nervios” y aunque en la mayoría de los casos se cumplen con los criterios diagnósticos, es importante resaltar que, en otros casos son una forma cultural de expresar angustia (Marques et al., 2011). Del 0.6% al 1.0% de la población no institucionalizada que vive en áreas urbanas de México, de entre 18-65 años, ha presentado un trastorno de pánico a lo largo de su vida (Medina-Mora et al., 2005; Medina-Mora et al., 2007).

La etiología del trastorno de pánico suele asociarse con la interacción de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Los factores predisponentes hacen referencia a las características personales (biológicas y psicológicas) que hacen a la persona más propensa a desarrollar un problema (Craske y Barlow, 2007). Entre los factores biológicos se encuentran los genes, el temperamento y la sensibilidad a la ansiedad (Roy-Byrne et al., 2006). Mientras que entre los factores psicológicos se tiene la percepción de la ansiedad como nociva, la hipervigilancia, la tendencia a la evitación o la vivencia de un acontecimiento negativo en la infancia. Los factores precipitantes se refieren a los diversos eventos de la vida que pueden desencadenar los primeros ataques de pánico, como un estresor fisiológico, psicosocial o crónico. Por su parte, los factores de mantenimiento son aquellos que contribuyen a que se conserve el problema, como puede ser el caso del estrés continuo en la vida cotidiana, conductas de evitación, conductas de escape y los condicionamientos interoceptivos (Craske y Barlow, 2007; Roy-Byrne et al., 2006). De acuerdo con algunos estudios epidemiológicos las tasas de prevalencia para el TP son más altas en las personas perteneciente a grupos menores de 60 años, países de

ingresos altos, países de la región de las Américas, el Pacífico Occidental y Europa Occidental, el sexo femenino, situaciones laboral complejas, estar divorciado/separado/viudo, el nivel educativo más bajo y tener un ingreso familiar bajo. Cabe resaltar que ninguno de estos factores tiene una asociación directa con el trastorno de pánico (de Jonge et al., 2016; Olaya et al., 2018 ).

Como resultado de la sintomatología del TP, las personas que lo sufren pueden comenzar a presentar problemas en la calidad de vida relacionados con el desempeño laboral, la productividad (Roy-Byrne et al., 2006), las obligaciones familiares, relaciones con seres cercanos u otras actividades básicas de la vida cotidiana que las lleven a desanimarse y sentirse avergonzadas, pues se les complica hacer actividades cotidianas (Manfro et al., 2008). De igual forma, el TP tiene una alta comorbilidad con otros trastornos mentales (80.4%), particularmente con los trastornos de ansiedad (63,1%) y trastornos del estado de ánimo (53,7%; de Jonge et al., 2016). Además, tienen un mayor riesgo de padecer problemas médicos como migrañas, hipertensión, enfermedades cardíacas, síndrome del intestino irritable, úlceras, asma, enfermedad obstructiva crónica y trastorno vestibular (Barlow, 2002; Horenstein y Heimberg, 2020; Roy-Byrne et al., 2006), por lo que es común encontrar a estas personas en hospitales generales, en la consulta ambulatoria o en el servicio de urgencias (SU; Horenstein y Heimberg, 2020; Manfro et al., 2008, Nieto et al., 2017). Asimismo, se ha reportado que el dolor torácico es el segundo motivo de consulta más frecuente en los hospitales, particularmente en los SU. De estos pacientes, aproximadamente del 24-70% tienen TP (Marchand et al., 2012; Testa et al., 2013). Esta alta prevalencia entre el TP y el dolor torácico se asocia con la similitud de los síntomas cardiovasculares y la

interpretación de ellos como un posible un ataque cardíaco. A pesar de esta alta prevalencia, más del 85% al 90% de los casos no se detecta y no se diagnostica (Marchand et al., 2012; Roy-Byrne et al.,1999) y, cuando es diagnosticado, no se ofrecen los tratamientos adecuados de salud mental. Esta problemática aunada a la persistencia de los síntomas y a la tendencia de estos pacientes a centrar su atención en estos síntomas físicos los hace más propensos a buscar repetidamente ayuda en entornos médicos y a crear una sobresaturación en los SU (Horenstein y Heimberg, 2020; Marchand et al., 2012), además de que se contribuye al desarrollo de otras afecciones psiquiátricas y a la persistencia de las disfunciones sociales, laborales y personales (Lessard et al., 2012).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) existen distintas formas de abordar el TP: la psicoeducación, grupos de ayuda, la terapia psicológica con seguimiento (recomendable TCC), la medicación (se recomienda el uso de antidepresivos) y la auto ayuda. Al evaluar los diversos tratamientos, señalan que la psicoterapia es equivalente o incluso superior al tratamiento farmacológico, sin embargo, en un metaanálisis realizado por Bandelow et al (2015), se encontró que la mayoría de los fármacos psicofarmacológicos para los trastornos de ansiedad tienen tamaños de efecto más altos que las terapias psicológicas, obteniendo beneficios en un corto periodo de tiempo. No obstante, se observó que los síntomas volvieron a aparecer tras abandonar la medicación. Por su parte, con la TCC se mantuvieron los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento; lo que indica una gran ventaja en comparación con el uso de fármacos. Así mismo, los posibles efectos secundarios, las contraindicaciones e interacciones de los fármacos



pueden ser considerados como otra desventaja a evaluar. Cabe mencionar que en este mismo metaanálisis notaron mayores beneficios de la TCC individual en comparación con la grupal. El tratamiento que se recomienda puede variar dependiendo de las características y necesidades de cada persona y siempre se deberá considerar que será el paciente quien tome la decisión final sobre el tratamiento a seguir (Bandelow et al., 2015; NICE, 2011; Roy-Byrne et al., 2006).

En uno de los estudios de Pelland (2011), con pacientes del SU de distintos hospitales de Quebec que presentaban dolor en el tórax y con diagnóstico de TP, se encontró que la TCC breve y la intervención farmacológica disminuyeron la severidad del TP, la frecuencia de los AP y los síntomas depresivos, consiguiendo que estos resultados se mantuvieran al seguimiento de seis meses. Los datos coinciden con el estudio de Marchand (2012), en el cual se implementaron distintas intervenciones que mostraron que la TCC breve (siete sesiones), el manejo del pánico (una sesión) y la farmacoterapia tuvieron mejoras en la severidad del TP en comparación con la atención habitual de apoyo. No se observaron diferencias significativas entre estas tres intervenciones, logrando que los pacientes mejoraran sus condiciones y mantuvieran las ganancias terapéuticas al año de seguimiento

De acuerdo con la literatura, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la terapia más eficaz para tratar el TP con o sin AG, obteniendo una mejora clínica y estadísticamente significativa en cuanto a la calidad de vida, la remisión de síntomas y la disminución de la frecuencia de los AP, su duración, la sensibilidad a la ansiedad y las comorbilidades. La TCC estándar tiene una duración de ocho a 12 sesiones aproximadamente y en ella se aborda la psicoeducación, reestructuración cognitiva,

exposición interoceptiva e in vivo y la prevención de recaídas (Bouchard et al., 2020; Deacon y Abramowitz, 2006; Manfro et al., 2008; Varker et al., 2019). En algunas intervenciones, se emplean técnicas de relajación, sin embargo, se ha visto que esta estrategia sirve como una conducta de seguridad que propicia el mantenimiento del TP o que bien, cuenta con tamaños del efecto pequeños con respecto a la eficacia del tratamiento (Efron y Wootton, 2021 y Pompoli, 2018). Estudios recientes han comenzado a implementar la TCC breve e intensiva, la cual consiste en una intervención de dos a cinco sesiones, equivalentes a ocho/nueve horas totales de trabajo donde se abordan las mismas estrategias que en la TCC estándar, enfatizando la exposición asistida a estímulos interoceptivos y externos. Se ha visto que los resultados de TCC breve e intensiva, son comparables con la TCC estándar en cuestión de semanas o días (Deacon, 2007).

Se estima que, en México aproximadamente el 68% de los pacientes atendidos en los SU de hospitales de tercer nivel son enviados a su domicilio por sobresaturación del servicio, lo que conlleva a que un 15% de estos pacientes abandone el hospital sin haber sido evaluados (Polanco et al., 2013). Dicha sobresaturación parte de varias raíces, entre las cuales se encuentra la escasez de profesionales con formación especializada en los SU, especialmente en la región de América Latina y países de bajos recursos. Dichos profesionales carecen de una adecuada comunicación y supervisión (Obermeyer et al., 2015). Esta falta de formación puede estar relacionada con la incapacidad para diagnosticar correctamente los posibles casos de TP y/o con la falta de tratamientos de salud mental adecuados que se ofrecen a estos pacientes, provocando así su reincidencia en los SU y ocasionando a su vez, la sobresaturación

(Horenstein y Heimberg, 2020; Marchand et al., 2012). Esta situación genera insatisfacción y frustración tanto en los pacientes como en el personal de salud (Obermeyer, 2015). A esto se le suma que, la atención médica dirigida a la población que no cuenta con seguridad social o cobertura médica es cada día más frecuente, lo que intensifica este problema. Contemplando la calidad deficiente que se brinda en estos servicios (Polanco et al., 2013), se ve la oportunidad de mejorar la atención dentro de los mismos a través de intervenciones breves y sencillas que mejoren el flujo de pacientes y que posiblemente ayuden a reducir la insatisfacción, frustración y la posible mortalidad en los SU. En este sentido, es viable implementar las intervenciones breves y sencillas que han resultado eficaces en entornos de ingresos altos, adaptándolas en países de bajos ingresos y evaluando su eficacia (Obermeyer, 2015). Una estrategia de salud pública basada en la evidencia, es la réplica de tratamientos que han mostrado ser efectivos (van Bon-Martens, 2017). Por este motivo, se pretende replicar los tratamientos realizados en países desarrollados y generalmente en clínicas especializada para los trastornos de ansiedad (Clark et al., 1999; Deacon, 2007; Deacon y Abramowitz, 2006; Evans, Holt, y Oei, 1991), adaptándolo al contexto y población mexicana dentro de un SU de un Hospital General.

Dicho lo anterior, probablemente una forma en la cual se pueda ayudar a disminuir la saturación y mortalidad en los SU, sería a partir de la utilización de la TCC breve e intensiva para el TP. A pesar de que este tipo de intervenciones han mostrado ser efectivas en otros contextos, no tenemos datos específicos de cómo funcionaría en población mexicana con las características de los SU que se han descrito previamente. Por tal motivo, el presente estudio se pregunta ¿cuál será el efecto de implementar una

intervención cognitivo conductual breve e intensiva en modalidad presencial para pacientes con TP, usuarios de un SU? Es así que, el objetivo de este trabajo es generar -hasta conocimiento de la autora- los incipientes datos que permitan describir el efecto de una intervención cognitivo-conductual breve e intensiva en modalidad presencial para pacientes con TP, usuarios del servicio de urgencias médicas. En el siguiente estudio se reportará un diseño de serie de casos tomando como estructura, la Guía para Reporte de Casos Clínicos en Psicología Clínica Conductual de Virués-Ortega (2008) con un seguimiento a uno y tres meses.

Es importante señalar que este estudio forma parte de un proyecto más robusto para la intervención del TP en SU, validado por el comité de ética e investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González, con un ID de registro: 11821.1v2.

## Desarrollo

### Identificación de los pacientes

Participaron cuatro pacientes, residentes de la Ciudad de México, quienes acudieron al SU del Hospital General Dr. Manuel Gea González y que posteriormente se refirieron al SPU (Servicio de Psicología de Urgencias) por síntomas asociados al TP. Es importante recalcar que antes de haber sido referidas, se descartó cualquier tipo de afección médica que pudiera estar presente, así como el consumo de drogas. En su totalidad fueron dos mujeres y dos hombres, mayores de edad, con un diagnóstico de TP. La edad promedio fue de 40 años con un rango de edad entre 18 y 61 años. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de mayor relevancia.

Tabla 1. *Características de los participantes*

Identificador	Sexo	Edad	Escolaridad	Profesión	Diagnóstico	Estado civil
Caso uno	Mujer	39 años	Secundaria	Dedicada al hogar sin remuneración.	TP	18 años en unión libre y con dos hijas
Caso dos	Mujer	61 años	Secundaria	Dedicada al hogar sin remuneración. y secretaria	TP	Casada y con dos hijas
Caso tres	Hombre	42 años	Preparatoria	Vendedor en mostrador de tienda	TP	Unión libre con dos hijos
Caso cuatro	Hombre	18 años	Carrera técnica en informática	Secretario	TP	Soltero

## **Antecedentes clínicos y motivo de consulta**

### **Caso uno**

Por motivos de confidencialidad se identifica a la paciente como Caso uno, quien posee las siguientes características: mujer de 39 años, en unión libre, con procedencia y residencia actual en la Ciudad de México, con secundaria completa y actualmente dedicada al hogar sin remuneración.

La paciente fue referida al SPU ya que presentaba los siguientes síntomas: dolor en pies, manos, pecho, cabeza, taquicardia y ansiedad, sin ninguna etiología médica o por consumo de sustancias. Refiere que dos semanas previas se presentó en el mismo SU por los mismos síntomas, sin obtener ningún diagnóstico ni tratamiento.

Mencionó que, cuando presentaba los AP, sentía sudoración, ganas de correr y le surgía el miedo a morir y eso a su vez, le generaba más ansiedad. Indicó que en dos semanas había bajado dos kilos, pues no tenía apetito. Refirió disminución de energía, bajo estado de ánimo con “bajones” (sic. pac) recurrentes, llantos constantes y “desgano” (sic. pac) al levantarse. Señaló que, con el objetivo de quitar esta ansiedad, intentó en una ocasión tomar todas las pastillas que pudiese, sin embargo, no lo hizo (no recordó el tipo de pastillas). Cabe resaltar que, se indagó más en el tema y no fue un intento suicida, únicamente buscaba eliminar los síntomas. Indicó haber intentado hacer Yoga y salir a hacer ejercicio, no obstante, percibió que estas estrategias no le hacían efecto. Asimismo, refirió que comenzó a tomar valeriana (recetada por un médico general) para disminuir los síntomas de ansiedad. Comentó que, a pesar de tener diabetes, ella hacía ejercicio y comía saludable para mantenerse sana, por lo cual

no entendía por qué estaba presentando estos síntomas. Se intentó posteriormente indagar en temas de salud, sobre el diagnóstico de diabetes, sin embargo, la paciente no compartió esta información.

La paciente refirió que un día previo a esta sintomatología, se enteró de la infidelidad de su pareja, con quien llevaba 18 años de relación. Al momento de la primera consulta, la paciente no refiere redes de apoyo.

Finalmente, la paciente negó algún tipo de intervención psicológica previa, así como algún diagnóstico médico y/o psiquiátrico. La paciente refiere no haber tenido TP previamente en su vida.

Cabe mencionar que, para este caso, se trató de dar seguimiento a los tres meses, sin embargo, a pesar de que se enviaron repetidamente mensajes, no hubo respuesta por parte de la paciente.

## **Caso dos**

Por motivos de confidencialidad se identifica a la paciente como caso dos, quien posee las siguientes características: mujer de 61 años, casada, con procedencia y residencia actual en la Ciudad de México, con secundaria completa, actualmente dedicada al hogar sin remuneración y secretaria en un consultorio médico.

La paciente fue referida al SPU ya que desde hace un mes y medio comenzó a presentar: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor en el tórax, sensación de inestabilidad, sensación de calor, parestesias, despersonalización y miedo a morir. Señaló que la primera vez que tuvo estos síntomas acudió al SU, donde se le mencionó que no presentaba una etiología

médica. Sin embargo, ella comentó que, al seguir presentando los síntomas anteriormente descritos, decidió acudir con otros médicos generales y hacerse pruebas de laboratorio (en las cuales obtuvo resultados favorables de salud). A decir de la paciente, un médico general le recetó Sertralina ya que ella le mencionó que, a lo largo de todo el día se sentía nerviosa sin razón aparente. La paciente añadió que, se le prescribió ½ pastilla, con la indicación de aumentar a 1 pastilla entera por día en caso de que los síntomas persistieran (la paciente no recuerda la dosis exacta en miligramos). Sin embargo, indica que no vio ningún efecto con dicha pastilla. La consultante comentó que su jefa de trabajo la refirió al SU del Hospital General Dr. Manuel Gea González, donde los médicos le sugirieron dejar por completo la sertralina y al mismo tiempo, la refirieron al SPU.

Finalmente, la paciente negó algún tipo de intervención psicológica previa, así como algún diagnóstico médico y/o psiquiátrico. La paciente refiere no haber tenido TP previamente en su vida. Comentó que hace 10-15 años, se le diagnosticó con vértigo; sin embargo, no recibió ningún tratamiento; lo único que hacía era dormir del lado contrario a donde presentaba el malestar.

### **Caso tres**

Por motivos de confidencialidad se identifica al paciente como Caso tres, quien posee las siguientes características: hombre de 42 años, en unión libre, con procedencia y residencia actual en la Ciudad de México, con preparatoria completa y que actualmente trabaja como vendedor en un mostrador de tienda.



El paciente acude al SPU ya que desde hace un año comenzó a presentar: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de dificultad para respirar, dolor en el pecho, particularmente de lado izquierdo, náuseas, sensación de mareo o desmayo, escalofríos, hormigueo en el brazo izquierdo, miedo a perder el control y principalmente a morir. Refiere que la primera aparición de los síntomas fue mientras iba manejando y que las personas que lo auxiliaron lo llevaron a urgencias, sin embargo, después de hacer exámenes médicos (toma de muestra sanguínea y electrocardiograma), se descartó alguna afección médica.

El paciente indica que durante el último año ha acudido con diversos profesionales de la salud con el fin de verificar su estado de salud y encontrar un diagnóstico. Entre estos profesionales se encuentran: cardiólogo, urgenciólogos, internistas, psiquiatras, ortopedistas, fisioterapeutas, dermatólogos y endocrinólogos. Ortopedia le diagnosticó hace un año una lesión en el mango rotador del brazo izquierdo, sin embargo, los médicos indican que esta afección médica no tiene relación orgánica con la sintomatología del AP. Para la lesión, el paciente recibe tratamiento de fisioterapia. El paciente refiere que, al no tener un diagnóstico referente a la sintomatología ansiosa, tuvo sentimientos de tristeza e incertidumbre que provocaba que cada vez “se decayera más” (sic. pac). Por ello, decidió volver a acudir con el psiquiatra, quien le recetó una pastilla diaria de sertralina por los síntomas de ansiedad, después del desayuno; sin embargo, el paciente señala efectos secundarios como náuseas e irritación en el estómago después de tomarla durante una semana y media. Dada esta situación, el paciente prefiere no tomar las pastillas. Se le sugiere comentar con el médico la posibilidad de dejar la medicación, con el fin de eliminar dichos efectos

y probar la efectividad del tratamiento psicológico por sí solo. Al comentarlo con el médico, éste refiere que lo deja a consideración de la psicóloga y del paciente. El paciente toma la decisión de dejar el medicamento una semana antes de comenzar con la intervención psicológica.

El paciente negó algún tipo de intervención psicológica previa, así como algún diagnóstico médico y/o psiquiátrico. La paciente refiere no haber tenido TP previamente en su vida.

#### **Caso cuatro**

Por motivos de confidencialidad se identifica al paciente como caso cuatro, quien posee las siguientes características: hombre de 18 años, practicante de la religión Testigo de Jehová, soltero, con procedencia y residencia actual en la Ciudad de México, con carrera técnica en informática y que actualmente trabaja como secretario en un hospital.

El paciente acude al SPU ya que desde hace un mes comenzó a presentar: aceleración de frecuencia cardíaca, malestar en el pecho, sensación de adormecimiento en cabeza, mucho miedo, sensación de desmayo, malestar abdominal, temblores, sudor en manos, escalofríos, cansancio y miedo a perder el control y desrealización. Resalta que también ve luces (destellos) y eso le preocupa demasiado.

El paciente indica que durante este mes estuvo acudiendo a diversos especialistas como: médico familiar, cardiólogo, médico internista y médico urgenciólogo, quienes coincidieron en que no presentaba ninguna enfermedad. Sin

embargo, el médico general le recetó  $\frac{1}{4}$  de Sertralina dos veces al día (por la mañana y la noche) y se le indicó que cada semana aumentara la dosis hasta llegar a una tableta completa por día. Asimismo, se le recetó  $\frac{1}{4}$  de Alprazolam por la noche. El paciente no recuerda la dosis exacta en miligramos de los medicamentos. Por su parte, los médicos de urgencias lo refirieron SPU. Menciona que los medicamentos recetados por el médico general únicamente los tomó por una semana y que, antes de comenzar la psicoterapia decidió abandonarlos, pues prefiere no consumir fármacos. Esta decisión fue consensuada entre él y el médico.

El paciente negó algún tipo de intervención psicológica previa, así como algún diagnóstico médico y/o psiquiátrico. El paciente refiere no haber tenido TP previamente en su vida.

Cabe mencionar que todos los participantes aceptaron participar en dicha intervención de manera voluntaria. Para ello, firmaron un consentimiento informado por parte de la revista British Medical Journal (BMJ), en el cual, se busca respaldar la dimensión bioética (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia) de cada uno de los pacientes (Gagnier et al., 2013). Asimismo, previo a la intervención, se les pidió realizarse estudios médicos (electrocardiograma y toma de muestra sanguínea), para descartar cualquier etiología física o consumo de drogas.

## **Estrategias de evaluación**

Como previamente se menciona, los pacientes con trastorno de pánico suelen llegar al SU confundiendo la sintomatología ansiosa con un posible diagnóstico cardiaco. Por este motivo se acordó con los médicos del Triage del Hospital Dr. Manuel Gea González, enviar al SPU a todos los pacientes que presentaran sintomatología de TP, una vez descartada cualquier causa orgánica/adicciones. Cabe mencionar que el Triage es un servicio dentro de los hospitales, que permite identificar y priorizar la urgencia que cada paciente requiere, es decir, determinar la inmediatez de la atención (Tam et al., 2018). Asimismo, se llevó a cabo una reunión con los integrantes del SPU, con el fin de presentar el protocolo y explicar los pasos a seguir cuando se refieren a los pacientes con las características previamente mencionadas. En este sentido, cualquier integrante del SPU que hiciese la valoración inicial del paciente, pudo aplicar el diagrama de flujo (Anexo uno) para poder tomar la decisión de canalizarlo al protocolo y así, proseguir con una valoración más extensa. Cuando se cumplían los criterios de inclusión, se invitaba al paciente a formar parte del protocolo y se tomaban los datos de contacto para programar la sesión de evaluación. Una vez aceptada la invitación, se contactaba al paciente para programar la sesión de evaluación.

Con la participación de una alumna de doctorado, una alumna de maestría y una alumna de licenciatura (todas procedentes de la Facultad de Psicología de la UNAM y con residencia en el SPU se conformó un grupo de trabajo para abordar los casos de AP y TP, denominado como “Consejo de TP”. Dentro de este grupo de trabajo se realizó el material de aplicación e intervención (diagramas de flujo para reclutar a los

participantes y material para cada uno de los módulos de intervención) que se llevó a cabo en el protocolo. Se tuvo una sesión de dos horas diarias para realizar dicho material y llegar a acuerdos en cuanto a la integridad del protocolo; en el periodo de abril a septiembre del 2022.

Se contempló una sesión de evaluación pre tratamiento, tres sesiones de intervención, una sesión de evaluación post tratamiento, una sesión de retroalimentación y dos sesiones de seguimiento a un mes y tres meses. A partir de estas evaluaciones, se obtuvieron siete mediciones.

La sesión de evaluación tuvo una duración de 60-90 minutos aproximadamente, en la cual se aplicaron los instrumentos de línea base. Se le explicó al paciente la modalidad de intervención, el consentimiento informado y se le pidió que lo firmara en caso de estar de acuerdo. Posteriormente una de las integrantes del consejo de TP (elegida de manera aleatoria) hizo la aplicación de los instrumentos con el objetivo de reducir los sesgos. Una vez completados los instrumentos, se acordó con los pacientes el horario de las sesiones.

Para la realización de este trabajo, específicamente para la sección de evaluación, se utilizaron tanto la entrevista clínica psicológica, como la aplicación de diversos instrumentos de auto reporte y auto registro. A continuación, una descripción de los mismos:

*Diagrama de flujo para el TP:* se realizó un diagrama de flujo de manera expresa con el fin de determinar la inclusión o exclusión de los participantes, así como la canalización a los distintos tipos de intervención para el TP que se brindan dentro del SPU del Hospital General Dr. Manuel Gea González. En este formato se

evaluaron: ficha de identificación, criterios taxonómicos del DSM-V para los síntomas del TP, consumo de sustancias, afección médica actual, necesidad de hospitalización, diagnóstico psiquiátrico, el uso de dispositivos electrónicos con conexión a internet y la atención psicológica actual para los síntomas de TP (ver anexo uno).

*Entrevista semiestructurada de datos sociodemográficos e historia de TP.* Se realizó de manera expresa un formato de entrevista semiestructurada que evaluó: datos personales (nombre completo, edad, sexo, peso, estatura, fecha y lugar de nacimiento, residencia actual, nivel de estudios, ocupación, estado civil, entre otros) núcleo familiar, antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica y/o AP, antecedentes médicos y psicológicos patológicos, síntomas psicóticos, antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica, uso de sustancias y pensamientos suicidas. A continuación, el link de acceso: <https://forms.gle/nhj7xA836mj3WQMu5>

*Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI, por sus siglas en inglés).* Breve entrevista diagnóstica y estructurada para los trastornos psiquiátricos, que evalúa mediante respuestas dicotómicas (SÍ-NO) los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV para determinar la presencia de alguno de los trastornos. En el presente estudio únicamente se utilizó el módulo E) Trastorno de Angustia y el módulo F) Agorafobia. El MINI muestra una adecuada confiabilidad ( $k = .76$ ), de acuerdo con estudios que evalúan la concordancia entre este instrumento y La Entrevista Clínica Estructurada para Pacientes (SCID) con respecto al TP (Sheehan et al., 1998). Para esta investigación se utilizó una versión más detallada: la versión MINI Plus en español 5.0.0 de, que incluye la evaluación de una etiología orgánica o por consumo de sustancias.

*Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (ESGPANIC)*. Escala autoaplicable que evalúa la gravedad de los síntomas del TP y los síntomas asociados, a través de siete dimensiones: 1) frecuencia de los ataques de pánico, 2) angustia durante los ataques de pánico, 3) ansiedad anticipatoria, 4) miedo agorafóbico y evitación, 5) miedo interoceptivo y evitación, 6) deterioro en el funcionamiento laboral, y 7) deterioro en el funcionamiento social. La gravedad de cada dimensión se califica de cero (ninguna) a cuatro (muy grave) y se realiza una puntuación compuesta promediando las puntuaciones de todas las dimensiones. Las calificaciones más altas representan un mayor grado de gravedad de los síntomas. El punto de corte equivale a  $\geq 8$ , lo cual indica que la afectación es significativa. La versión original muestra una consistencia interna moderada ( $\alpha=.65$ ; Shear et al., 1997). La adaptación cultural de habla hispana que se utilizó para este estudio presenta una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0.85$ ; Santacana et al., 2014).

*Índice de sensibilidad a la ansiedad 3 (ASI-3, por sus siglas en inglés)*. Es un instrumento autoaplicado que evalúa tres dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: 1) preocupaciones físicas (PF), 2) preocupaciones cognitivas (PC) y 3) preocupaciones sociales (PS). Cuenta con 18 reactivos de tipo Likert que oscilan de cero (muy poco) a cuatro (muchísimo). Mientras más alta sea la calificación, más alta la intensidad de los síntomas (Taylor et al., 2007). De acuerdo con la validación en muestra española, la valoración de la gravedad total se califica de la siguiente manera: ausencia de síntomas de ansiedad (0-24), presencia de síntomas de ansiedad (25-72) (Quero et al., 2020). La versión original del ASI-3 fue respaldada por los análisis factoriales confirmatorios de seis muestras en distintos países, una de ellas probada en población mexicana, la cual

muestra una adecuada confiabilidad ( $\alpha=.83$  PF,  $\alpha=.82$  PC y  $\alpha=.73$  PS); Taylor et al., 2007).

La mayoría de los estudios en el área evalúan el TP de manera paralela el TAG y la depresión, ya que, como previamente se explica, existe una gran comorbilidad entre el TP y los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Deacon, 2007; Deacon y Abramowitz, 2006; Marchand, 2012). Por tal motivo, es que en el presente estudio se pretende evaluar dichas variables.

*Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés).* Se trata de una escala unidimensional y autoadministrada basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV que evalúa los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Cuenta con siete reactivos de tipo Likert que oscilan de nada (cero) a todos los días (tres), indicando la frecuencia de dichos síntomas. La suma de estos valores nos da una puntuación total que se clasifica en: mínima (cero a cuatro), leve (cinco a nueve), moderada (10-14) y grave (15-20). El punto de corte de esta escala equivale a  $\geq 10$ , que indica la presencia de ansiedad generalizada. La versión original cuenta con una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0.92$ ; Spitzer et al., 2006). La adaptación cultural al español que se utilizará para este estudio presenta una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0.96$ ; García-Campayo et al., 2010).

*Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés).* Es un cuestionario autoadministrado basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV que evalúa la sintomatología depresiva. Consta de nueve reactivos, con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert (cero=ningún día a tres=todos los días) que contemplan la frecuencia de dichos síntomas. A partir de la suma de estos valores, se asigna una



puntuación total que determina la gravedad de la depresión, que se clasifica en: leve (cinco a nueve), moderada (10-15), moderadamente grave (16-19) y grave (20-27). El punto de corte de esta escala equivale a  $\geq 10$  que equivale a que la persona cuenta con depresión. La versión original de este cuestionario tiene una consistencia interna de 0.89, una sensibilidad del 95% y una especificidad de un 95% (Kroenke et al., 2001). En cuanto a la versión en español, se observa una consistencia interna de 0.8 a 0.89 en diversos estudios en población mexicana; Arrieta et al., 2017; Huerta et al., 2017; Familiar et al., 2015).

*Cuestionario de validez social.* Cuestionario exprofeso aplicable una vez terminada la intervención, que evalúa en una escala del cero al cuatro (cero= nada, 1= poco, 2=algo, 3=bastante y 4=totalmente) el tratamiento (contenido, duración, número de sesiones, ejercicios, entre otros), la actitud de la terapeuta y las evaluadoras y el grado de satisfacción con respecto a los resultados obtenido post tratamiento. Este cuestionario también incluye un espacio comentarios y/o sugerencias a través de preguntas abiertas. A continuación, el link de acceso:

<https://forms.gle/nhj7xA836mj3WQMu5>

*Lista de verificación de la intervención.* Con el fin de verificar que la intervención se haya realizado como previamente se estipuló, se elaboró una lista de cotejo por sesión basándose en los procedimientos previamente acordados para cada una de las sesiones (Leford y Gast, 2014). Dicha lista se realizó de manera exprofesa. Del número total de sesiones grabadas, se escuchó el 20% de ellas y se verificó que cumplieran con los puntos señalados en la lista de cotejo mediante respuestas dicotómicas (SÍ-NO)

(Borrelli, 2011). A continuación, el link de acceso:

<https://forms.gle/nhj7xA836mj3WQMu5>

## **Formulación clínica de los casos**

Se entiende como formulación clínica de casos a la integración de información de un paciente (a través de entrevistas e instrumentos), que puede realizarse previamente y durante el tratamiento. Es una manera sistémica de toma de decisiones clínicas para la intervención (Virués-Ortega, 2005). A pesar de que existen diversos modelos para realizar una formulación clínica de la conducta, en la actualidad no se han establecido reglas específicas para llevar a cabo esta evaluación hipotética que explique la causalidad de determinados problemas. Tampoco se ha planteado que un modelo sea más recomendable que otro. Inclusive, varios investigadores han señalado la falta de revisiones sistemáticas sobre la formulación de casos y la constante revisión del tema (Hanley et al., 2003; Beavers et al., 2013; Tiger et al., 2021).

Un tipo de formulación de casos es el análisis funcional, el cual hace referencia al conjunto de hipótesis (de acuerdo con las distintas corrientes psicoterapéuticas de formación) a partir de las cuales, se construyen cadenas de variables que operan como causas, detonadores o mantenedores de los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de las personas (Nezu et al., 2006). El análisis funcional implica un proceso estructurado de formulación de casos, lo cual tiene diversas fortalezas: 1) reducción de sesgo clínico, 2) organización de información e 3)

identificación de la relación entre variables que contribuyen a que se desencadene y/o mantenga el problema (Virués-Ortega, 2005).

De acuerdo con la literatura, uno de los modelos centrados en la TCC que se enfoca en la intervención de los 11 problemas psicológicos más comunes, entre ellos el TP y agorafobia, es el modelo de formulación de casos de Nezu et al. (2006), denominado como Mapa Clínico de Patogénesis (MCP). Por esta razón y teniendo como objetivo describir y comprender el problema de los pacientes con mayor detalle y haciendo énfasis en las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de la sintomatología, es que se optó por utilizar el modelo de formulación de casos de Nezu et al. (2006).

Un MCP está conformado por cinco elementos: 1) variables distales, 2) variables de antecedentes, 3) variables orgánicas, 4) variables de respuesta y 5) consecuencias. Las variables distales hacen referencia a los factores que se han presentado a lo largo de la historia o vida del paciente, que pueden fungir como precursores de la sintomatología. Las variables de antecedentes son aquellos elementos relacionados con el paciente (conducta, cognición, afecto, biología y elementos sociales) y con el ambiente, que pueden funcionar como desencadenantes del problema. Las variables orgánicas están relacionadas con el paciente y suelen tener una función mediadora o moderadora ante el problema en cuestión. La función mediadora explica el porqué de la manifestación de una respuesta específica ante la presencia de una variable de antecedentes. Por su parte, la función moderadora explica la influencia en la solidez o dirección entre la variable de antecedente y de

respuesta. Las variables de respuesta hacen alusión tanto a la sintomatología como a ciertas variables o metas instrumentales que se asocian a los resultados finales que se esperan conseguir al finalizar el tratamiento. Finalmente, las variables de consecuencia son aquellas que se presentan como resultado a las variables de respuesta, provocando que la respuesta aumente o disminuya en un futuro (Nezu et al., 2006).

### **Caso uno**

En la Figura 1 se muestra la información agrupada del Caso uno y cómo se interrelaciona entre sí. A continuación, se describe esta misma información con mayor detalle.

Entre las variables distales, la paciente reporta que su padre solía ser una persona con rasgos ansiosos, por lo cual ella pudo haber heredado o aprendido estas mismas características. Añade que, en el 2020 se le diagnosticó con cáncer de mamá a una de sus hijas. Comenta que nunca les comentó el diagnóstico a sus seres cercanos, por lo cual ella tuvo que ser muy fuerte para atravesarlo por sí misma y sin ayuda, considerando que contaba con bajos recursos económicos para solventar los gastos de los hospitales y traslados. Aunado a ello, refiere que, desde que su mamá envejeció ha tenido que “estar al tanto de ella en todo momento” (sic. pac), lo cual también suele ser un conflicto constante con sus hermanos, pues ellos no se responsabilizaban del cuidado de la madre. Todo ello en conjunto, pudo haber fungido como un cúmulo de estrés que propicio la aparición de ciertas variables organísmicas representadas a través de síntomas depresivos (graves), ansiosos (moderados) (evaluados a través del PHQ-9, GAD-7 y ESPAGNIC) y de TP con agorafobia (de acuerdo con el DSM-V).

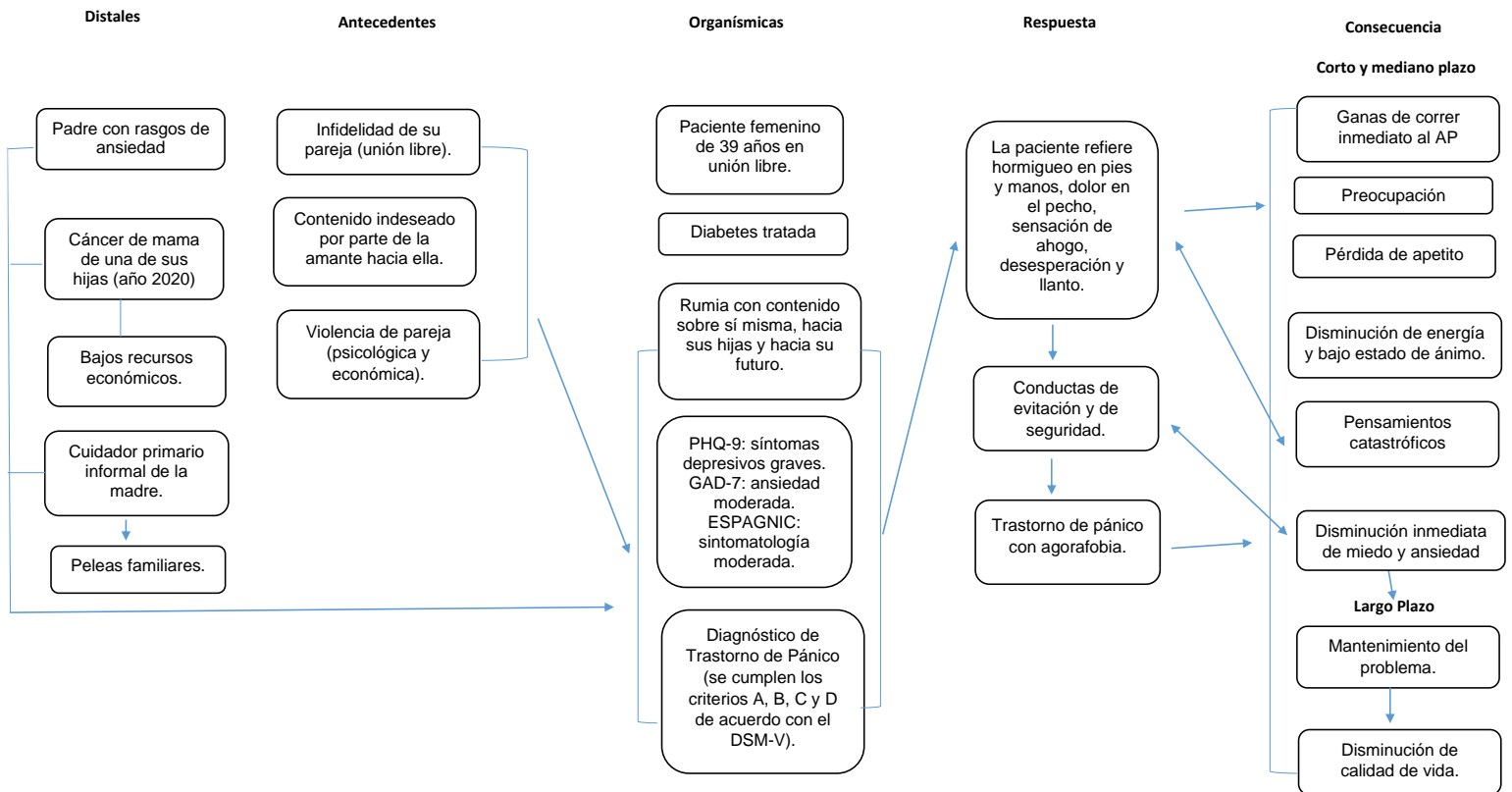
Al indagar sobre los antecedentes inmediatos del primer AP, la paciente refirió que se enteró de la infidelidad de su pareja, con quien llevaba 18 años de relación. La consultante identificó que uno de los principales detonadores de los AP, era recordar episodios sobre la infidelidad, como el contenido sexual (imágenes y videos) que recibió en varias ocasiones por parte de la amante. Cabe resaltar que este contenido enviado a través de redes sociales (Facebook y WhatsApp) era indeseado y no había consentimiento por parte de la pareja de la paciente. Otro de los detonadores principales era la violencia psicológica (comentarios ofensivos y devaluantes) y económica (omisión de responsabilidad económica) por parte de la pareja. Este tipo de violencia contribuía a que la paciente tuviera pensamientos negativos sobre sí misma (“soy una basura” sic. pac) y ocasionaba rumia sobre la preocupación por la manutención de sus hijas y el posible desalojo del cuarto donde vivían (“¿qué haré con mis hijas si nos sacan?” sic.pac).

Es posible que estas situaciones hayan generado una respuesta fisiológica (hormigueo en pies y manos, dolor en el pecho, sensación de ahogo, desesperación y llanto) contribuyendo a la aparición de los AP y el desarrollo del TP acompañado de conductas de evitación (no salir de casa, no llevar a sus hijas a la escuela, no revisar el celular, evitar a su madre porque le producía estrés y evitar estar con gente) y conductas de seguridad (tomar agua, ir al baño y encerrarse).

Como consecuencia a los AP, la paciente reportó miedo a morir, cansancio, preocupación por los AP, pérdida de apetito, disminución de energía y bajo estado de ánimo. Asimismo, comenzaron a aparecer pensamientos catastróficos referentes al AP (“¿Y si me da otro AP? ¿Y si no me puedo controlar?” “¿Y si muero?”) que pudieron

estar fungiendo como mantenedores del problema, ya que sostenían la implementación de conductas de evitación y de seguridad. Todo ello en conjunto puede afectar la calidad de vida de la paciente.

Figura 1. Mapa Clínico de Patogénesis del Caso uno.



## Caso dos

En la Figura 2 se muestra la información agrupada del Caso dos y cómo se interrelaciona entre sí. A continuación, se describe esta misma información con mayor detalle.

Entre las variables distales, la paciente señaló que, fue criada por una madre soltera a cargo de nueve hijos, quien les enseñó a ser fuertes. Por tal motivo señala, que siempre ha tendido a buscar “hacer todo bien” (sic. pac) y que eso a su vez la convirtió en una persona con rasgos de ansiedad. Añade que hace 10-15 años se le diagnosticó con vértigo, sin embargo, no recibió ningún tratamiento y paulatinamente desapareció. En el 2017 se le diagnosticó a su hija con esquizofrenia tras debutar con una crisis psicótica en la cual intentó atentar contra su vida con un cuchillo de la cocina de su casa. La paciente refiere temor ante la posibilidad de que este suceso se repita, como consecuencia de una inadecuada adherencia al tratamiento. Remarca la posibilidad de que su abuela también haya tenido la misma enfermedad. En 2020 su hermana falleció por derrame cerebral de manera inesperada y la paciente fue quien cumplió el rol de cuidadora y mediadora en la familia; recalca que no tuvo el tiempo para procesar dicha situación. En noviembre del 2021 su hija se divorció y se fue a vivir con ella y su esposo (junto con sus nietas). En mayo de 2022 su esposo tuvo herpes zoster y tuvo que estar al cuidado de él, a pesar de que la relación con su esposo no es placentera y dice estar con él por conformidad. Todas estas vivencias, pudieron haber operado como precursores de las variables orgánicas que se presentan a través de la sintomatología ansiosa (severa) y depresiva (leve) evaluada a través del GAD-7, PHQ-9, ESPAGNIC y del DSM-V.

Al indagar en los antecedentes de los AP se observa un cúmulo de estrés asociado a: 1) el cuidado de su hija con esquizofrenia por temor de que vuelva a tener otro brote psicótico (por la falta de adherencia al tratamiento) donde atente con su vida o la de su familia. El riesgo de vida que corren sus seres queridos ante esta posible situación, ocasiona una gran preocupación en la paciente, lo cual se traduce en síntomas de AP. 2) La paciente refiere estrés por atender a todos en casa (esposo, hija, nietas) y por cumplir con las tareas domésticas en tiempo y forma. Todas las tareas que implican el cuidado del hogar en un tiempo determinado, sugieren la constante activación del sistema nervioso y la dificultad para entrar en un estado de relajación, lo que se refleja a través de síntomas de ansiedad. 3) La paciente identifica que después de convivir de manera negativa y cercana con su esposo, suelen aparecer los AP y esto lo atribuye a que estando con él se siente “presionada, sofocada y sin libertad” (sic. pac). Cabe señalar que no se encontró una causa específica que ocasione los AP, por lo cual los antecedentes, deben ser consideradas como posibles detonadores del TP.

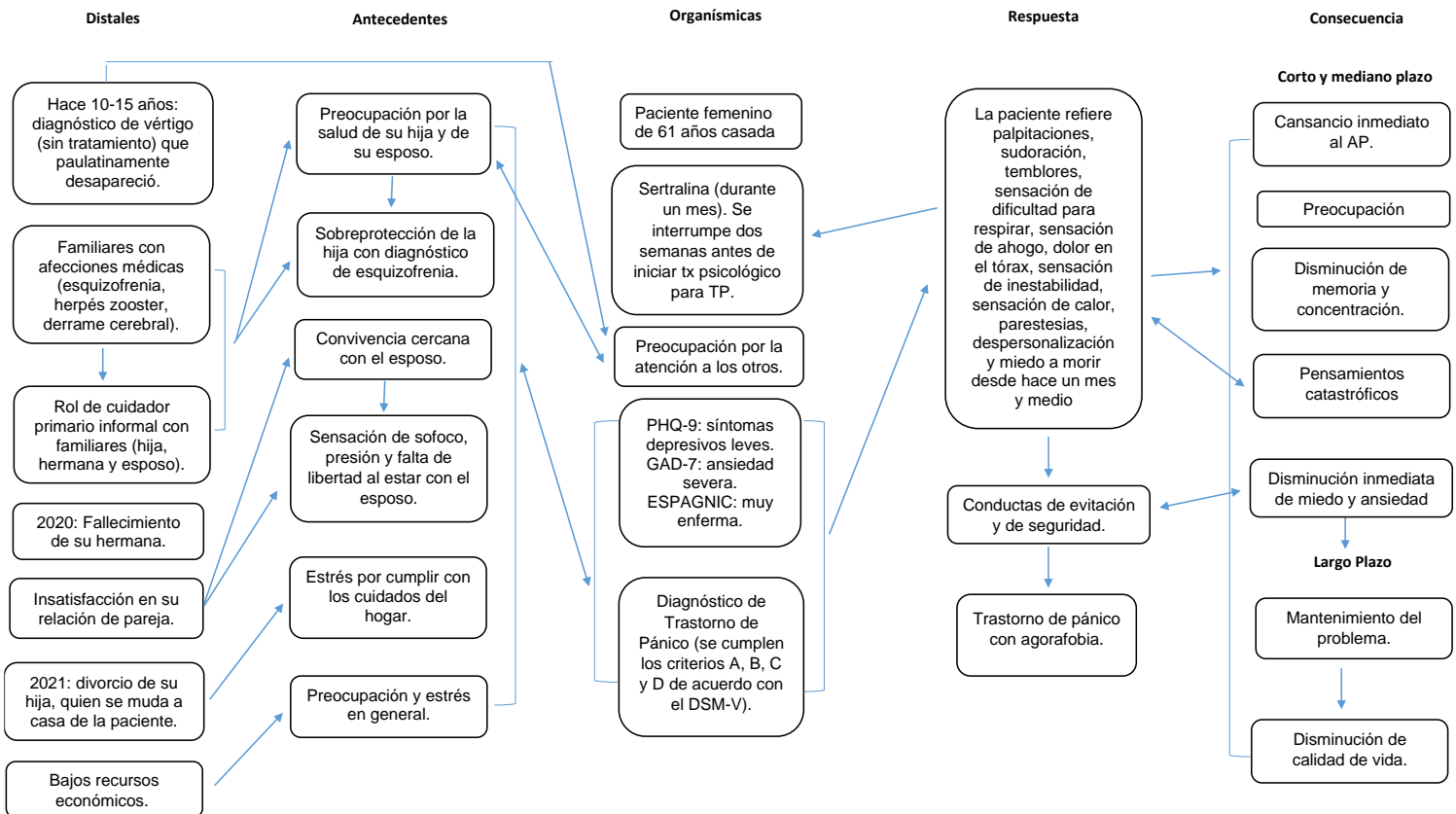
Como respuesta a las problemáticas previamente mencionadas, la paciente desarrolló TP con agorafobia en donde se observan más de cuatro AP por mes, acompañado de miedo (a salir a la calle, a los temblores, a estar sola), conductas de evitación (dejar de consumir café, chile o cigarro) y de seguridad (estar acompañada).

Como consecuencia inmediata a los AP, la paciente señaló cansancio, facilidad de llanto y disminución de memoria/ concentración en actividades cotidianas (que antes solía hacer con facilidad) y pensamientos catastróficos (“¿y si me da de nuevo?” (sic. pac)). Añade que cuando evita ciertas situaciones o realiza conductas de seguridad,



suele disminuir inmediatamente su miedo y ansiedad, lo cual, a largo plazo puede contribuir al mantenimiento del problema y, por lo tanto, a la disminución de su calidad de vida.

Figura 2. Mapa Clínico de Patogénesis del Caso dos.



### Caso tres

En la Figura 3 se muestra la información agrupada del Caso tres y cómo se interrelaciona entre sí. A continuación, se describe esta misma información con mayor detalle.

Entre las variables distales, el paciente únicamente reporta que su padre era muy exigente con él, lo cual le generaba mucho estrés. Dado este estilo de crianza, el

paciente señala rasgos perfeccionistas, y de autoexigencia. Añade que su padre solía ser una persona con rasgos ansiosos, por lo que él pudo haber heredado estas características, las cuales se pueden ver reflejadas a través de las variables organísmicas, como los son: la mayor sensibilidad a los estímulos internos (reacciones fisiológicas) y externos y, ser más propenso a presentar síntomas depresivos (graves), ansiosos (severos) y desarrollar TP con agorafobia (de acuerdo con criterios del DMS-V).

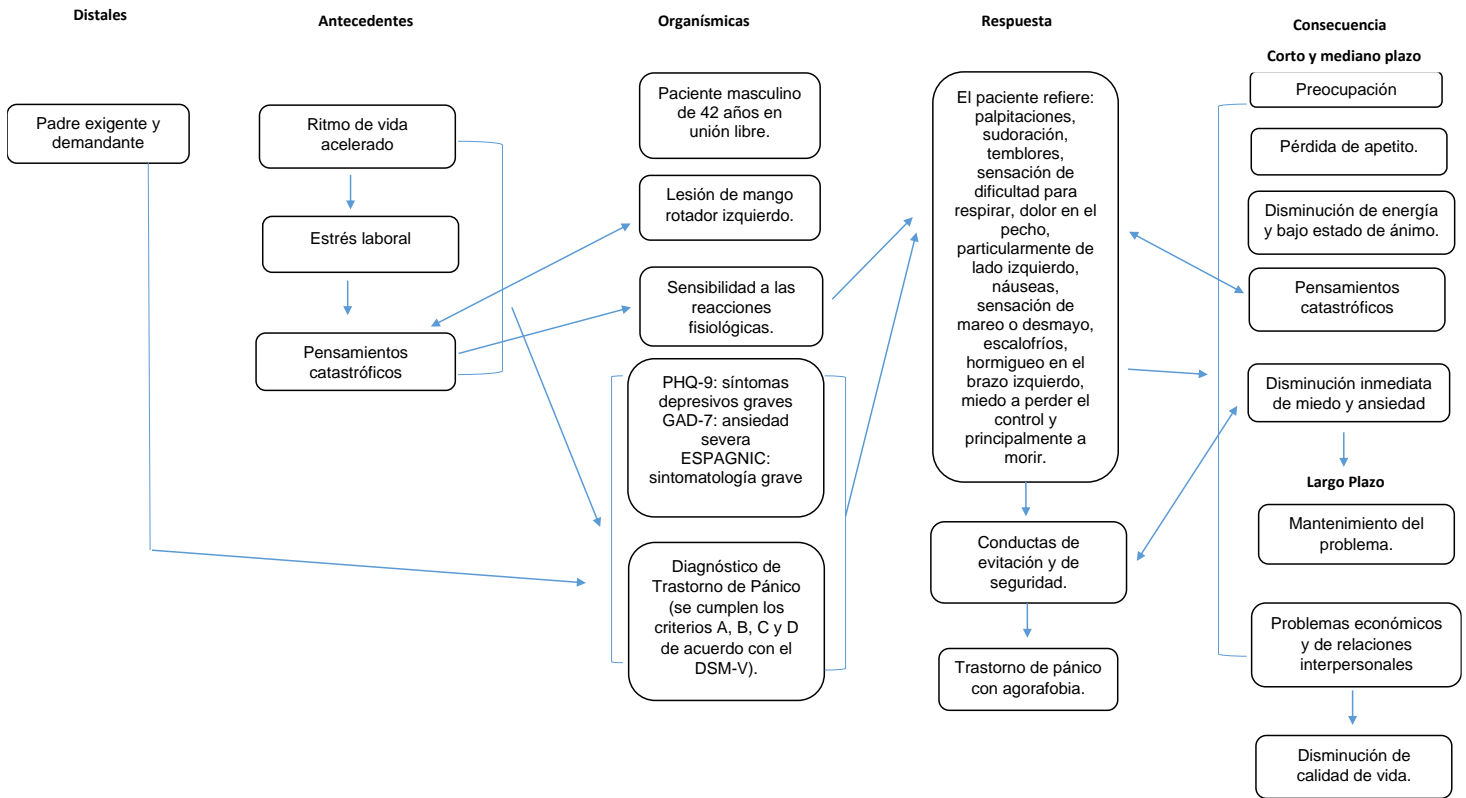
Al indagar sobre los antecedentes inmediatos a los primeros AP, el paciente no logra identificar una situación en particular que lo haya podido detonar. Señala que “llegó de forma inesperada, en un día común y corriente mientras manejaba” (sic. pac), únicamente indica que suele llevar un ritmo de vida acelerado y con constante estrés en el trabajo. En este sentido, hace referencia a que no tiene tiempo de ocio y/o de relajación y que su trabajo demanda mucho tiempo, pero que la remuneración económica suele ser baja. A lo largo de las sesiones, el paciente identifica que los disparadores de los AP son los pensamientos catastróficos relacionados con la sensibilidad a las reacciones fisiológicas mismas de la ansiedad. Presenta pensamientos como “si salgo me dará un infarto y no habrá quién me auxilie y me quedará ahí” (sic. pac), “no me quiero quedar solo en casa, porque no habrá quien me pueda ayudar” (sic. pac), “si hay mucha gente, me faltará el aire” (sic. pac) o “¿y si me desconecto y despierto y ya no soy el mismo?”. Sin embargo, es posible que estos pensamientos catastróficos que el paciente identifica, en realidad, sean parte de las consecuencias a corto y mediano plazo, los cuales funcionan como retroalimentadores y mantenedores de los AP. Asimismo, se observa que su lesión en el mago rotador

izquierdo, le genera ansiedad y contribuye a la aparición de pensamientos catastróficos. Los médicos le señalaron que los síntomas de ansiedad no tienen relación con dicha lesión, sin embargo, el paciente refiere cierto grado de desconfianza ante tal explicación.

Como respuesta a estos antecedentes, es factible suponer que el paciente haya desarrollado TP con agorafobia. En este sentido, comenzaba a tener conductas de evitación (dejó de manejar, renunció a su trabajo, evitaba lugares saturados, dejó de salir de casa, no acudía a reuniones con compañeros y dejó de comer alimentos como café, grasas) y de seguridad (estar acompañado de su esposa, tomar agua, llevar su celular consigo y estar en lugares que le den tranquilidad como los hospitales).

Como consecuencia inmediata a los AP refiere disminución de energía, bajo estado de ánimo, pérdida de apetito y aumento de pensamientos catastróficos (miedo a morir y volverse loco). Comenta que al evitar ciertas situaciones se reducen sus niveles de ansiedad, sin embargo, este puede ser un factor de mantenimiento del problema. Como consecuencia a largo plazo de la renuncia de su trabajo, se pueden presentar problemas económicos y de relaciones interpersonales, lo que, a su vez, perjudica en su calidad de vida (“ya no disfruto nada, ni las cosas que antes me gustaban como correr, jugar básquetbol o hacer ejercicio” (sic. pac)).

Figura 3. Mapa Clínico de Patogénesis del Caso tres.



### Caso cuatro

En la Figura 4 se muestra la información agrupada del Caso cuatro y cómo se interrelaciona entre sí. A continuación, se describe esta misma información con mayor detalle.

Al preguntar sobre la historia de vida y crianza, el paciente refiere que siempre fue una persona alegre y activa (característica que cambió a partir de los AP) y que su familia siempre ha representado un gran apoyo para él. Al indagar sobre las variables distales, el consultante remarca que su familia practica la religión denominada “Testigos de Jehová”. Al ahondar en el tema, señala que, a pesar de formar parte de esta religión, él no sigue todas las normas establecidas, tal como lo hacen los demás

miembros de su familia, lo que cual le ha traído ciertas problemáticas emocionales (las cuales se describirán más adelante). Por otro lado, agrega que el diagnóstico de epilepsia de su padre ha sido un parteaguas en su vida, ya que a partir de este momento comenzó a asociar cualquier sintomatología física con el posible desarrollo de esta enfermedad. Esta situación puede explicar la presencia de las variables orgánicas como: mayor sensibilidad a los estímulos internos (reacciones fisiológicas) y externos, ansiedad (moderada), incredulidad ante el diagnóstico de los médicos (los médicos le explican que el tipo de epilepsia que presenta su padre no es hereditario, sin embargo, el paciente no confía en ellos), síntomas depresivos (moderados), y el desarrollo de TP con agorafobia (de acuerdo con criterios del DMS-V).

Al indagar sobre los antecedentes, el paciente menciona que, un día previo a presentar su primer AP, terminó la relación de noviazgo con su expareja, ya que hubo infidelidades por parte de ambos (mensajes comprometedores y encuentros íntimos). El consultante indica que siente temor por encontrarse con la familia de su pareja (quienes viven cerca de su lugar de trabajo) ya que el padre de ella fue quien descubrió algunos indicios de la infidelidad por parte de él (chupetones en el cuello). Añade que, sus amigos decidieron romper con su amistad y lo comenzaron a molestar por redes sociales como consecuencia de las infidelidades cometidas por él. Señala que la situación no lo deja vivir en paz y le genera sentimientos de soledad y culpa. Por otro lado, comenta que durante toda su relación acumuló mucho estrés ya que debía mantener su relación es secreto, pues su expareja no practicaba la misma religión que él (lo cual está prohibido en los Testigos de Jehová). Indica que le causaba mucho

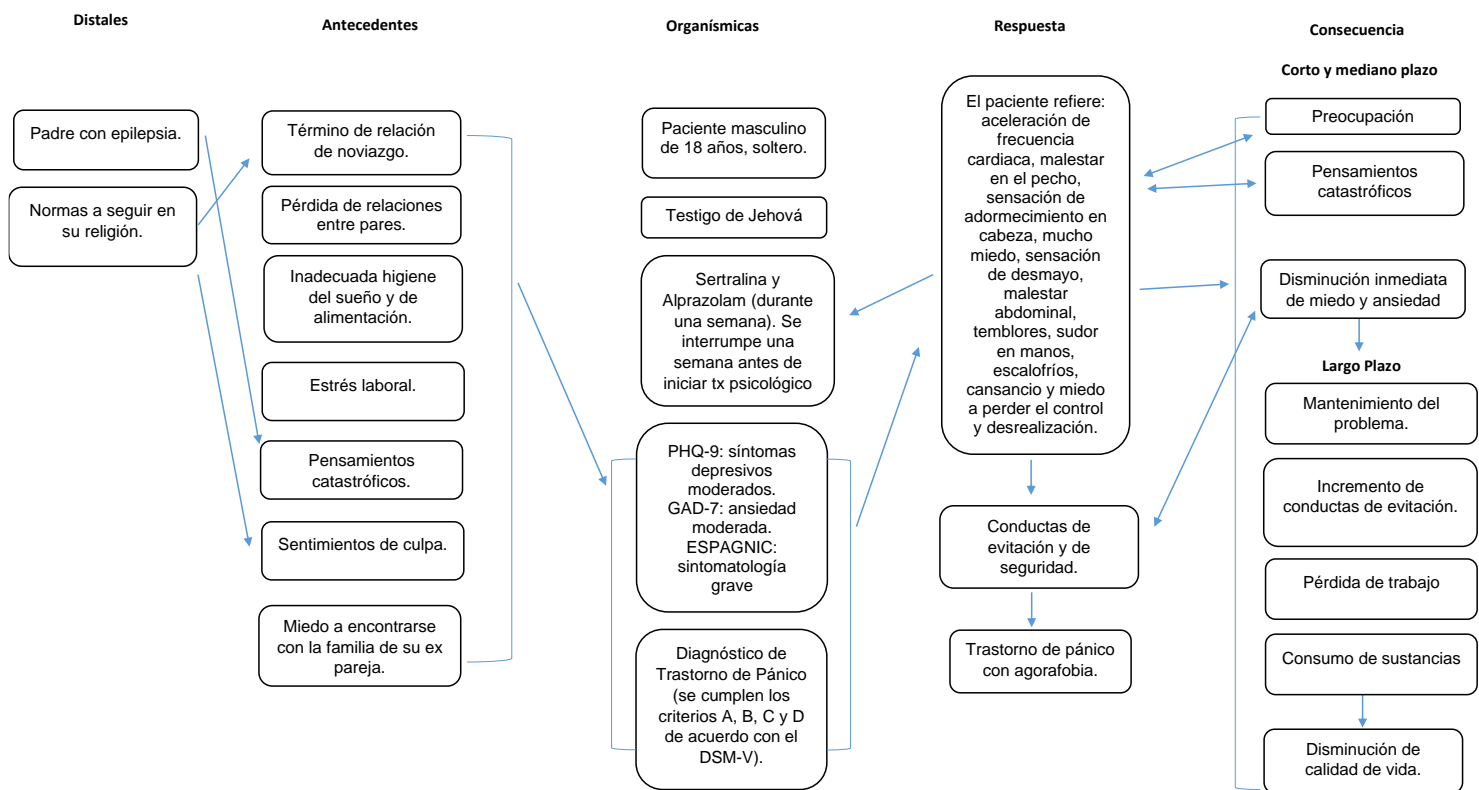
“conflicto, preocupación y culpa” (sic. pac) mentirle a su familia y estar en una relación a escondidas. Añade que a partir de la ruptura con su ex pareja, comenzó a tomar alcohol y a fumar para “sentirme contento” (sic. pac). Afirma que su consumo consistía en tomar ron, vino o jerez por 20 segundos, una vez al día, de lunes a viernes, antes de comenzar su día. Como consecuencia de esta conducta, el paciente refiere ardor en el estómago, por lo que decide interrumpir el consumo de alcohol al cabo de dos semanas aproximadamente. El consumo de cigarro era ocasional, sin embargo, también decide interrumpirlo porque solía presentar mareo y náuseas después de consumirlo. Cabe mencionar que el consumo de sustancias como alcohol y cigarro están prohibidas en la religión que el paciente practica, lo cual también le generaba sentimiento de culpa. El paciente añade que, no cumplía con una adecuada higiene de sueño, ya que solía desvelarse frecuentemente y que, en ocasiones no dormía en toda la noche y al día siguiente iba al trabajo. De igual forma comenta que su trabajo había sido una fuente de estrés los últimos días ya que algunos de sus compañeros se habían ausentado y él debía suplir las tareas de todos.

Como respuesta a las situaciones y preocupaciones previamente mencionadas, el paciente comienza a presentar sintomatología asociada al TP (taquicardia, malestar en el pecho, sensación de adormecimiento en cabeza, mucho miedo, etc), acompañada de conductas de evitación (no asistir al trabajo, quedarse en casa) y de seguridad (estar acompañado, caminar más lento, acercarse a los profesionales de la salud).

Como consecuencia de esta sintomatología, el paciente presenta pensamientos catastróficos acompañados de preocupación (por el posible diagnóstico de epilepsia).

Al realizar las conductas de evitación y seguridad el paciente logra disminuir la ansiedad de manera inmediata, sin embargo, a largo plazo, estas conductas pueden mantener el problema y provocar un aumento en la evitación de actividades y como resultado de ello, puede perder el trabajo, acudir a drogas y disminuir la calidad de vida.

Figura 4. Mapa Clínico de Patogénesis del Caso cuatro.



## Tratamiento

Bandelow (2015) evaluó distintos tipos de psicoterapia considerando la eficacia pre y post tratamiento, encontrando los siguientes tamaños del efecto (TE): terapias de atención plena (1.56), relajación (1.36), TCC/exposición individual (1.30), TCC grupal (1.22), terapia psicodinámica (1.17), terapias por internet (1.11), reprocesamiento de desensibilización por movimiento ocular (1.03) y terapia interpersonal (0.78). Estos datos señalan un TE mayor en las terapias de atención plena, de relajación y TCC (individual y grupal). En cuanto a las nuevas intervenciones remotas, Efron y Wootton (2021) muestra que la TCC presencial y en modalidad remota tienen resultados similares en cuanto a la eficacia pre y post tratamiento, con un TE grande ( $g = 0.02$ ). Con respecto al tratamiento farmacológico, Bandelow (2015) encontró que los medicamentos ( $d = 2.02$ ) cuentan con un TE mayor que la psicoterapia ( $d = 1.22$ ) y que, la combinación de ambos cuenta con un TE de 2.12. Sin embargo, recalca que esta información puede presentar ciertos sesgos, por lo cual, la decisión entre tomar psicoterapia o fármacos dependerá del paciente, pues además existen efectos secundarios y contraindicaciones. Este último dato concuerda con las guías clínicas para abordar el TP, las cuales agregan que, los resultados en la psicoterapia suelen permanecer a lo largo del tiempo, mientras que, al suspender los fármacos, los síntomas pueden volver a presentarse (NICE, 2011). En este estudio se optó por la TCC individual y presencial, ya que hasta el momento ha sido una de las terapias más estudiadas (Pompoli et al., 2016) y sustentadas por guías clínicas para los trastornos de ansiedad (NICE, 2011; Roy-Byrne et al., 2006), sin embargo, varios estudios también coinciden en que es necesario hacer más estudios respecto a la eficacia de



esta terapia específicamente para TP (Carepenter et al., 2018; Pompoli et al., 2016), además de que en México y en SU -hasta los conocimientos de la autora- aún no hay mucha evidencia al respecto, por lo cual su estudio en este contexto es de suma relevancia. Por otra parte, este tipo de terapia también ofrece la ventaja de realizarse en modalidad breve e intensiva, lo cual es pertinente para el tipo de departamento (SU) donde se realizó el estudio. Como se menciona previamente en el escrito, la sobresaturación en los hospitales impide que aproximadamente un 15% de los pacientes sean valorados, trayendo consigo consecuencias como la frustración e insatisfacción en los pacientes y, la aparición repetida de los mismos usuarios. Por este motivo, un tratamiento con un número mínimo de sesiones en un periodo corto y que integre todos los elementos necesarios, ayudaría a que un mayor número de consultantes reciba la atención y no se presenten de manera repetida en el servicio. Esto a su vez, contribuiría a reducir el flujo de pacientes en los SU y por consiguiente mejorar la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud (Polanco et al., 2013).

Hasta el momento, existen pocos estudios referentes a las intervenciones breves e intensivas de tipo cognitivo conductual para el TP que contengan todos los componentes de una sesión estándar: 1) educación, 2) reestructuración cognitiva, 3) exposición interoceptiva asistida por el terapeuta, y 4) exposición in vivo supervisada por el terapeuta (Deacon, 2007). Se conocen intervenciones individuales y grupales de dos a cuatro sesiones con dichos componentes en clínicas de primer nivel en donde atienden a pacientes con ansiedad. Sin embargo, a pesar de obtener mejoras clínicamente significativas con mantenimiento de resultados a lo largo de los años,

suelen implementar estrategias como la relajación y la meditación (Evans & Oei, 1991; Lim et al., 2018); estrategias que fueron reportadas años más tarde con un pequeño TE (Efron & Wootton, 2021; Pompoli et. al, 2018). Por este motivo, en este estudio se pretende eliminar dichas estrategias y centrarse únicamente en los componentes de una sesión estándar para TCC en corto tiempo. En este sentido, uno de los tratamientos probados en países desarrollados en SU, consiste en una intervención TCC de siete sesiones que contiene todos los componentes de una sesión estándar previamente descritos (Marchand et al., 2012). A su vez, existe otro tratamiento breve e intensivo de dos días, igualmente probado en países desarrollados en clínicas de primer nivel, donde también se usan los componentes de una sesión estándar (Deacon et al., 2007). Contemplando los dos estudios previamente mencionados, es que se eligió hacer una combinación los mismos, adaptados en un contexto de SU de un Hospital General.

Para este estudio, se optó por una intervención modular, en la cual se integraron los componentes de mayor significancia, revisados en la literatura para el manejo del TP con o sin agorafobia. Se realizaron tres sesiones de intervención, cada una con una duración de 120 minutos aproximadamente, las cuales se programaron semanalmente durante el periodo de agosto a diciembre del 2022. Se implementaron tres sesiones únicamente, ya que se ha visto en estudios previos, que las intervenciones breves que cuentan con todos los elementos del abordaje del TP son comparables en cuanto a la eficacia con otros tratamientos de mayor duración (12 sesiones) (Deacon, 2007). Aunado a ello, gracias a esta modalidad es posible que se obtengan beneficios paralelos como 1) la reducción de flujo de personas en los SU, 2) la oportunidad de

recibir tratamiento para un mayor número de personas y 3) mayor probabilidad de finalizar el tratamiento (Polanco et al., 2013). Al ser una intervención modular, una vez que los participantes completaban las actividades estipuladas para cada módulo, se podía pasar al siguiente. La intervención se diseñó de tal forma que se pudiera aplicar un módulo por sesión, siempre considerando que sería individualizado y personalizado, es decir, cada sesión se adaptaría a las necesidades de cada consultante. Se establecieron criterios de cambio para el pase entre módulos: en el primero se consideró el 80% de respuestas correctas a través del juego de Kahoot<sup>3</sup> (preguntas dicotómicas de verdadero o falso) como dominio del tema y para los demás módulos se consideró el cumplimiento de los ejercicios realizados tanto en sesión como en casa (tarea),

Cabe resaltar que, en caso de requerir más sesiones, éstas les fueron proporcionadas. Las intervenciones fueron una adaptación de los modelos propuestos por Marchand et al. (2012) y Craske y Barlow (2007) y se revisaron los siguientes componentes: psicoeducación (módulo 1: Comprender el Trastorno de Pánico), reestructuración cognitiva (módulo 2: Cambiar mis pensamientos), exposición interoceptiva e in vivo (módulo 3: Enfrentar lo temido) y prevención de recaídas (módulo 4: mantenimiento de logros) (Tabla 2).

Una semana después de haber concluido el plan de intervención, una de las psicólogas del consejo de TP (elegida aleatoriamente), se encargó de aplicar los instrumentos designados para la evaluación post tratamiento. El mismo procedimiento se siguió para realizar las evaluaciones de seguimiento de un mes y tres meses.

La sesión de retroalimentación se llevó a cabo una semana después de haber realizado la evaluación post tratamiento y tuvo una duración de 15 minutos aproximadamente. En ella, se le mostró al participante los resultados obtenidos después de la intervención en comparación con su condición antes de comenzar con la terapia psicológica.

Tabla 2. Módulos de intervención

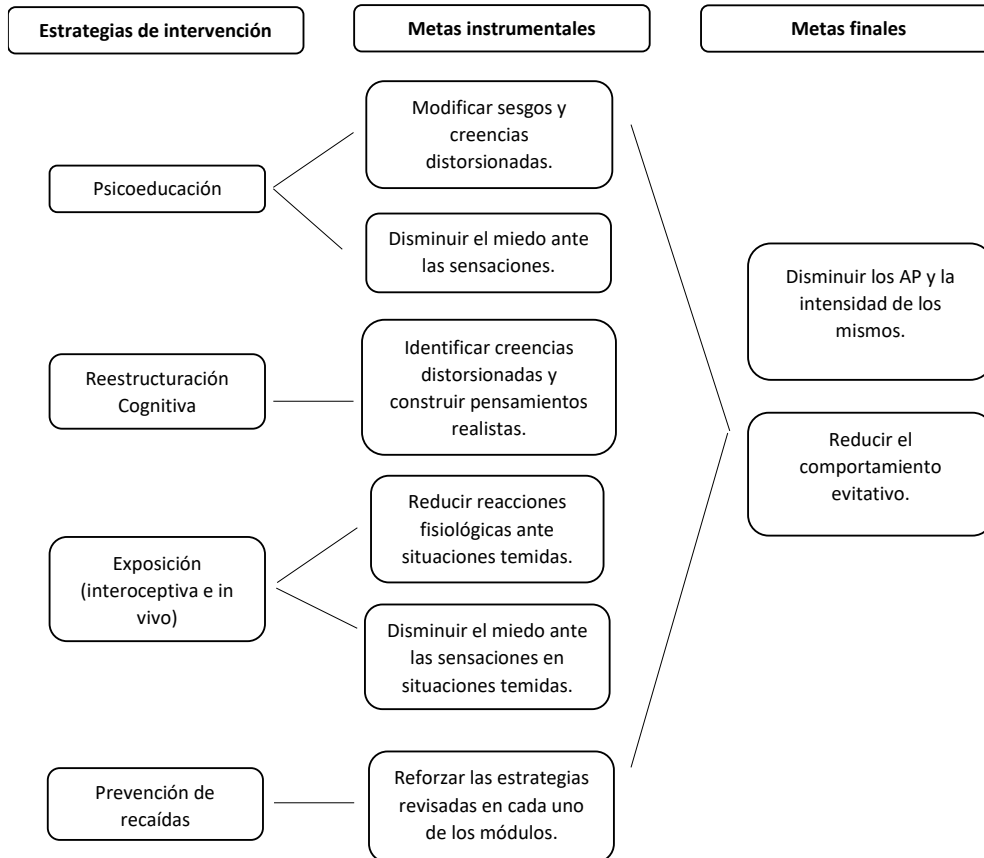
Sesión	Módulos	Estrategias	Abordaje
1	Comprender el Trastorno de Pánico.  Cambiar mis pensamientos	Psicoeducación (Evaluar con el dominio del 80% por medio de preguntas en un Kahoot <sup>3</sup> ).  Psicoeducación Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer qué son y cuáles son las causas de los ataques de pánico, el trastorno de pánico y la agorafobia.</li> <li>• Desmitificar los síntomas físicos de los ataques de pánico.</li> <li>• Creencias realistas vs creencias disfuncionales o catastróficas.</li> <li>• Evaluar la gravedad o el peligro de las sensaciones corporales.</li> <li>• Modelo ABC.</li> </ul>
2	Enfrentar lo temido	Exposición interoceptiva Reestructuración cognitiva  Exposición in vivo Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jerarquizar las actividades de exposición interoceptiva a realizar y ponerlas en práctica, mientras se lleva a cabo un autorregistro.</li> <li>• Analizar la creencia anterior vs creencia realista acerca de la gravedad o el peligro de las sensaciones corporales.</li> <li>• Jerarquizar las actividades de exposición interoceptiva a realizar y ponerlas en práctica, mientras se lleva a cabo un autorregistro</li> <li>• Analizar la creencia anterior vs creencia realista acerca de la gravedad o el peligro de las sensaciones corporales.</li> </ul>
3	Mantenimiento de logros	Psicoeducación Prevención de recaídas Resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitos sobre la recuperación.</li> <li>• Factores que contribuyen a una recaída.</li> <li>• Qué hacer en caso de presentarse un AP o una situación de riesgo.</li> <li>• Estilo de vida saludable</li> </ul>

<sup>3</sup> Kahoot: herramienta para profesores y estudiantes que permite evaluar de manera didáctica a través de preguntas, el conocimiento sobre diversos temas, por medio de dispositivos móviles u ordenadores.

En la figura 5 se muestra el Mapa de Alcance de Metas, el cual fue realizado a partir de la propuesta de Nezu et al. (2006). En dicho mapa se observan las estrategias de intervención y las metas instrumentales propuestas para cada una estas las

estrategias. A partir de ello, se busca conseguir las metas u objetivos finales del tratamiento.

Figura 5: Mapa de alcance de metas general



## **Factores relacionados con el terapeuta**

Con el objetivo de garantizar que las intervenciones clínicas realizadas en este trabajo hayan sido confiables y válidas, se utilizaron distintas prácticas, entre las cuales se encuentran: 1) cuestionario de validez social, 2) evaluaciones de seguimiento realizadas por psicólogas distintas a quien dirigió la intervención, 3) grabación por audio de las sesiones y lista de cotejo de las mismas, 4) material de trabajo estándar para todos los pacientes, 5) prueba piloto de la intervención, entre otras descritas a continuación (Bellg et al., 2004; Borrelli, 2011; O'Shea et al., 2016).

Todas las intervenciones fueron proporcionadas por el equipo previamente capacitado para abordar el TP. Se tuvieron sesiones semanales para abordar temas relacionados con la creación de material y planificación del tratamiento, las intervenciones semanales, las evaluaciones y la integridad del mismo.

Es importante resaltar que antes de correr dicho estudio, se realizó un estudio piloto para asegurar que la información fuera adecuada y comprensible y, que se contara con los materiales y/o herramientas necesarias (manual, computadora para ver los videos, consultorio, entre otros). El estudio piloto se realizó con un sujeto y únicamente fue necesario hacer cambios en el cuadernillo de trabajo; específicamente borrar ejercicios repetitivos y replantear las instrucciones de algunos ejercicios con la finalidad de que fueran comprensibles para el público.

Para integrar la adherencia terapéutica, se buscó implementar las propuestas descritas por Norcross y Wampold (2011) y, Norcross y Lambert (2018) que hablan sobre los factores interpersonales que un terapeuta debe promover, como, por ejemplo: la empatía, alianza terapéutica, establecimiento de metas, la escucha activa, evitar el

juicio, entre otras. Para evaluar dicha adherencia, se tomó en cuenta la asistencia a las sesiones. En este sentido, todos los participantes acudieron a las sesiones programadas en el horario establecido. Aunado a ello, se evaluó el cumplimiento de las tareas asignadas, las cuales fueron completadas por la mayoría de los participantes y entregadas al iniciar la sesión. Por otra parte, se realizó un cuestionario ex profeso denominado como “Cuestionario de validez social”, para conocer la opinión de los participantes con respecto a la relación terapéutica, el tratamiento (contenido, número de sesiones, duración) y los resultados obtenidos al finalizar la intervención. La totalidad de los participantes expresaron estar “muy satisfechos” con las tres esferas previamente descritas. Aunado a ello, todos coincidieron en que les hubiera gustado tener más sesiones, pero que, comprendían que había más personas que necesitaban la atención (sic. pac).

Con el fin de cotejar que los participantes hubieran comprendido la información brindada, se realizó una actividad de comprensión. A través de la plataforma de Kahoot se realizaron 10 preguntas dicotómicas relacionadas con los temas explicados previamente. Se consideró el 80% de respuestas correctas como dominio del tema para poder avanzar al siguiente módulo.

A todos los participantes se les brindó el mismo número de sesiones (tres) y, dichas sesiones se llevaron a cabo en el mismo consultorio en un horario de ocho de la mañana a dos de la tarde.

Con el objetivo de preservar la integridad del tratamiento se creó una presentación de Power Point, a través de la cual, se mostraba el contenido de manera visual. De esta forma, siempre se seguía el mismo orden y se brindaba la misma

información. Asimismo, en todas las sesiones se trabajó de la mano del manual o cuadernillo “Una Falsa Alarma”, creado por el Consejo de TP. Con ayuda del mismo, los participantes pudieron completar las actividades preestablecidas para casa sesión. A continuación, el link de acceso al manual y la presentación de Power Point, mencionadas previamente: <https://forms.gle/nhj7xA836mj3WQMu5>. Con el mismo objetivo de cuidar la integridad del tratamiento, se creó una lista de cotejo con acciones específicas que el terapeuta debía seguir para cada sesión (link de acceso: <https://forms.gle/nhj7xA836mj3WQMu5>). Para ello, se grabaron en audio las sesiones (con consentimiento de los pacientes). De un total de 10 sesiones grabadas, se eligió de forma aleatoria un 20% de ellas (2 sesiones completas). Las integrantes del Consejo de TP, se encargaron de escuchar y corroborar con la lista de cotejo que la sesión se hubiera realizado como previamente se estipuló. De ambas sesiones se obtuvo una concordancia del 89.2%. Este dato valida la integridad del tratamiento en el presente trabajo (Borrelli, 2011).



## **Diseño de investigación**

Tomando en consideración cuestiones logísticas y que, además, –hasta conocimiento de la autora- existen pocos estudios que hablen de intervenciones presenciales en modalidad breve e intensiva y llevados a cabo en SU en países hispanohablantes y en vías de desarrollo (Deacon y Abramowitz, 2006; Marchand et al., 2012), es que se optó por un diseño de serie de casos con seguimiento a uno y tres meses (Agha y Rosin, 2010; Albrecht et al., 2005). En estudios previos se resaltaba la propuesta de realizar intervenciones breves e intensivas en diferentes contextos (rurales), por su adecuada efectividad (Deacon y Abramowitz, 2006). En este sentido, se buscó la generación de conocimiento con respecto a esta modalidad y a esta corriente (TCC) en el contexto mexicano.

Los diseños de series de casos son una narración minuciosa y descriptiva que reporta casos (dos a 10 aproximadamente) con alguna característica en común. Esto se realiza a partir de observaciones generalmente en un ámbito de atención médica, en el cual suelen hablar de enfermedades nuevas, raras o poco frecuentes; diagnósticos únicos; o tratamientos nuevos o poco estudiados (Abu Kasim et al., 2009; Vera-Carrasco, 2019). En el presente trabajo se eligió un tratamiento poco estudiado para pacientes con TP. Se ha visto que este tipo de diseño son el parteaguas para la futura realización de estudios más robustos que impacten en la práctica clínica y la creación de investigaciones. De este modo, los diseños de series de casos contribuyen al planteamiento de nuevas preguntas de investigación e hipótesis (Agha y Rosin, 2010 y Albrecht et al., 2005).

Como se menciona con anterioridad, en el presente estudio se utilizó la Guía para Reporte de Casos Clínicos en Psicología Clínica Conductual, la cual brindó estructura sobre los componentes clave que se deben integrar en este tipo de diseños (Virués-Ortega, 2008).

## **Análisis**

Para el análisis de datos, se optó por examinar los datos graficados a través de los distintos tiempos de medición (pre evaluación, post tratamiento y el seguimiento a uno y tres meses.), con el fin de determinar si hubo cambios en los puntajes del ESPAGNIC, ASI-3, GAD-7 y PHQ-9. Cabe mencionar que, para el ESPAGNIC, también se analizaron los puntajes sesión por sesión (Kazdin, 2011 y 2021).

Para graficar los resultados, se utilizó el programa de Excel y se implementaron las recomendaciones de Dixon et al. (2009), entre las cuales se encuentran: colocar un título principal a la figura, agregar un título al eje de las abscisas y las ordenadas, diferenciar los momentos de evaluación, dibujar las líneas punteadas para representar el punto de corte, entre otras características de formato.

## Resultados

En la figura 6, 7, 8 y 9 se muestran los puntajes individuales obtenidos del pre tratamiento, durante cada una de las sesiones y post- tratamiento (incluyendo el seguimiento a uno y tres meses) del ESPAGNIC. En la figura 10 aparecen los puntajes grupales. Para dicho instrumento, se ubicó el punto de corte como ocho y el máximo puntaje a obtener fue de 28.

En la figura 6 se pueden visualizar los datos del participante identificado como Caso uno. Previo al tratamiento, el consultante obtuvo un puntaje (11) por encima del punto de corte, lo cual indica la presencia de un TP (moderado). El paciente inició el tratamiento con un puntaje (19) mayor al iniciar, indicando un puntaje grave. En la sesión dos y tres, los puntajes (12, moderado; 1, normal) disminuyeron respectivamente. La puntuación post tratamiento (3) y de seguimiento a un mes (8), muestran una disminución de síntomas en comparación con la evaluación inicial y, un aumento con respecto al puntaje de la sesión tres. De igual forma, se observa un aumento en esta sintomatología entre estas dos mediciones.

Figura 6: Resultados de la gravedad del TP del Caso uno.

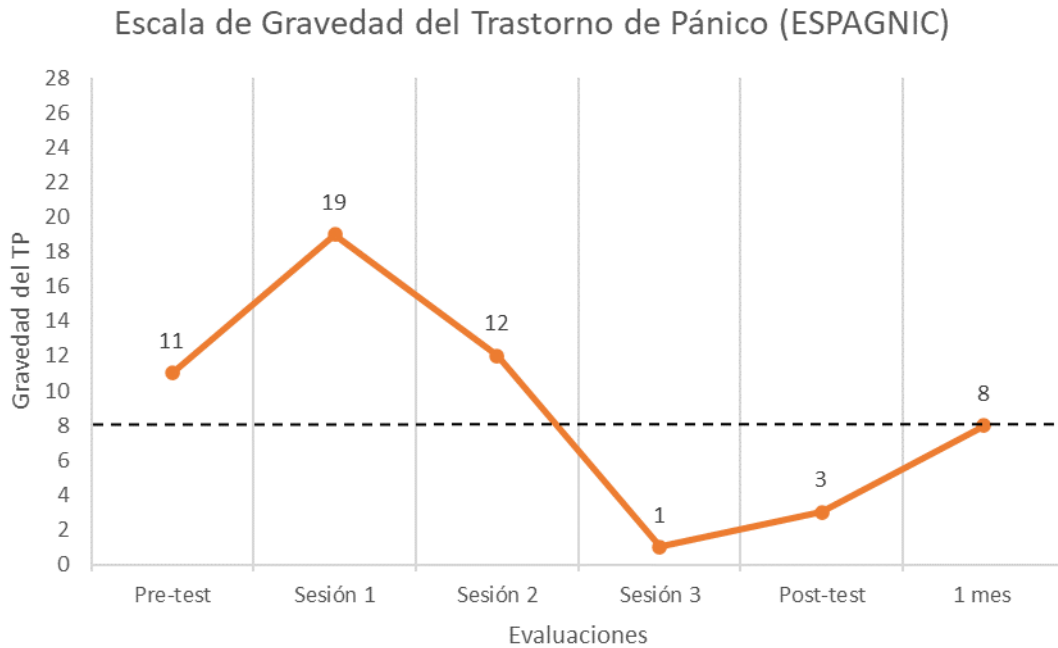


Figura 6: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 7 se pueden ver los datos del participante identificado como Caso dos. En la evaluación pre tratamiento, el puntaje (16) del paciente reporta la presencia de TP (muy enfermo). Durante la intervención, los puntajes (15, 8, 11) respectivamente, disminuyeron con respecto a la evaluación inicial, sin embargo, se observa un incremento en la severidad de TP en la sesión tres, en comparación con la sesión dos, sin que se reportara algún evento angustiante que lo pudiera atribuir. En la evaluación post tratamiento, el puntaje (1) continuó disminuyendo, señalando la ausencia de esta sintomatología. La severidad de los síntomas (4,3) respectivamente, se mantuvo leve en los seguimientos y por debajo del punto del punto de corte, aunque se observa un ligero incremento con respecto al post tratamiento.

Figura 7: Resultados de la gravedad del TP del Caso dos.

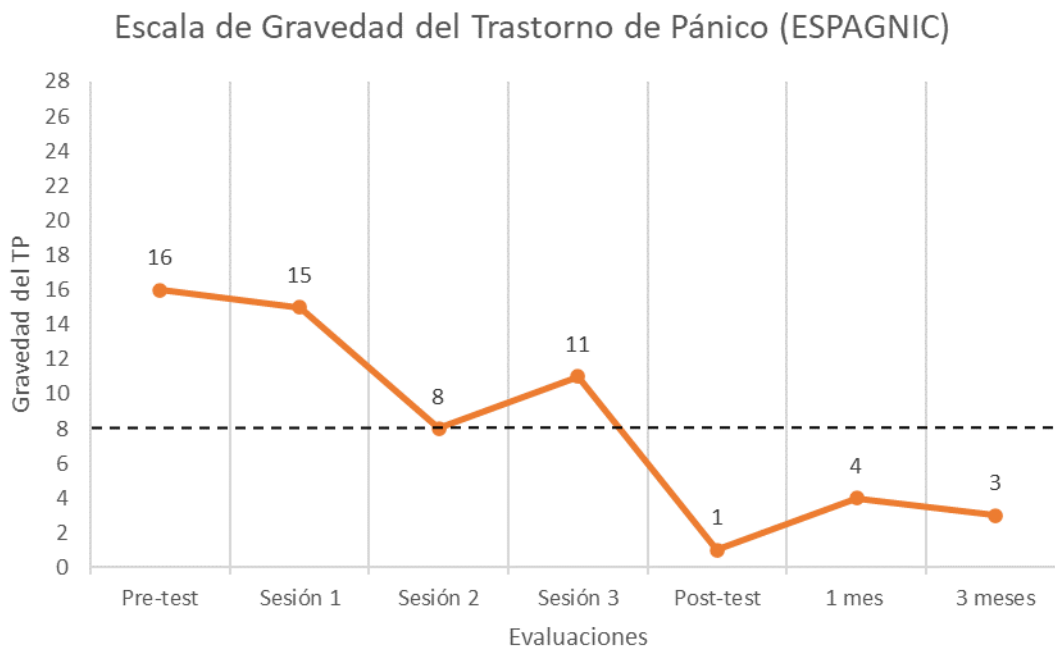


Figura 7: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 8 se pueden ver los datos del participante identificado como Caso tres. Antes de iniciar el tratamiento, el consultante puntuó (25) con sintomatología grave relacionada con el TP. En las sesiones de intervención los puntajes (23, 14, 15) disminuyeron con respecto a la primera evaluación. En el post tratamiento, la puntuación (13) continuó disminuyendo y en el seguimiento, la severidad del TP (12), además de reducirse, se mantuvo igual, aunque por encima del punto de corte.

Figura 8: Resultados de la gravedad del TP del Caso tres.

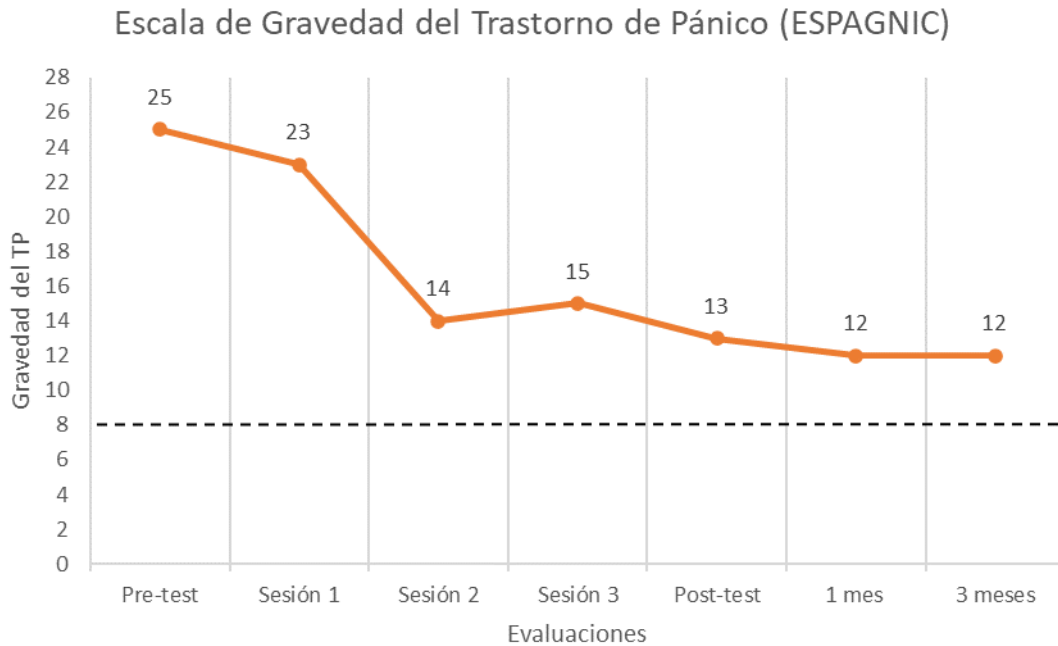


Figura 8: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 9 se aprecian los datos del participante identificado como Caso cuatro. Antes de dar inicio al tratamiento, dicho participante tuvo una puntuación (20) que reflejó la presencia de TP con severidad grave. Las sesiones de intervención (17, 7, 16) respectivamente, indicaron una disminución en la severidad de los síntomas. Se observa que en la sesión dos hubo una reducción significativamente observable y que, ésta incrementó en la sesión tres. En cuanto a la puntuación post tratamiento (13), se ve una disminución de en la severidad de los síntomas, mientras que en el seguimiento a un mes esta puntuación (16) vuelve a incrementar y a los tres meses la puntuación (8) de nuevo disminuye. Cabe recalcar que todas las puntuaciones posteriores a la primera evaluación, se mantuvieron por debajo de esta misma.

Figura 9: Resultados de la gravedad del TP del Caso cuatro.

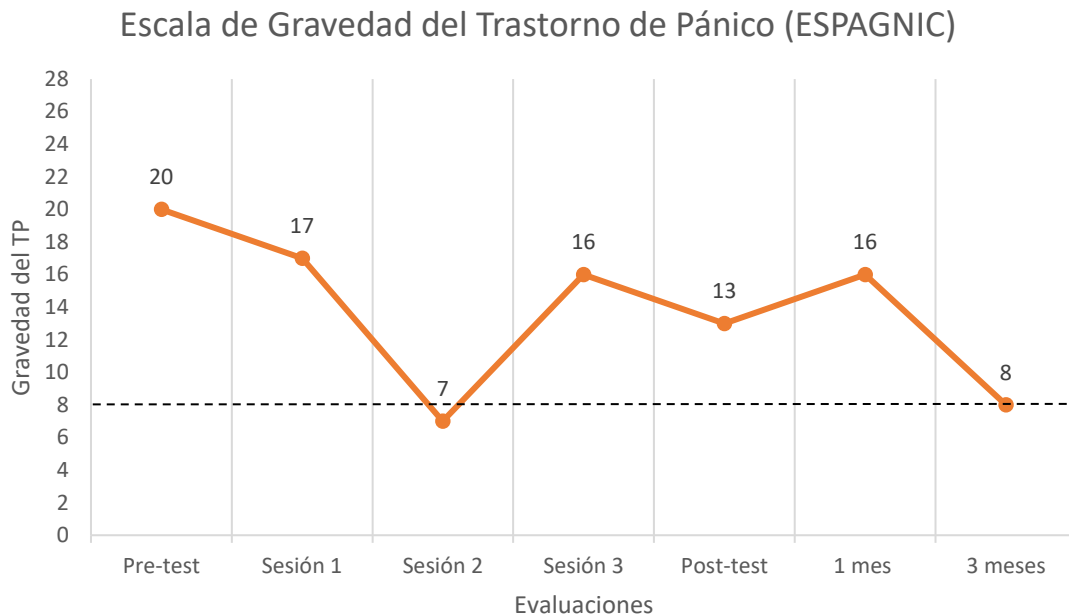


Figura 9: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la Figura 10 aparecen los datos generales de todos los participantes. Para obtener dichos números, se obtuvo el promedio de los puntajes de todos los sujetos en cada momento de evaluación. Se puede observar que la puntuación pre-test (18), se coloca por encima del punto de corte, indicando la presencia del TP (grave). Posteriormente, la puntuación post tratamiento (7.5) disminuye por debajo del punto de corte (límite con la enfermedad), sin embargo, ésta aumenta (10, ligeramente enfermo) un mes después de haber finalizado la intervención y volvió a reducirse a los tres meses de seguimiento (7.6, límite con la enfermedad). Cabe mencionar que todas las puntuaciones posteriores a la primera evaluación, se mantuvieron por debajo de esta misma, colocándose por debajo del punto de corte. En el pre-test tuvo ( $x=18$ ,

desviación estándar (DE)=4.95), en el post-test ( $x=7.5$ ,  $DE=4.95$ ), al mes de la intervención ( $x=10$ ,  $DE=4.95$ ) y a los tres meses ( $x=7.6$ ,  $DE=4.95$ ).

Figura 10: Resultados generales de la gravedad del TP.

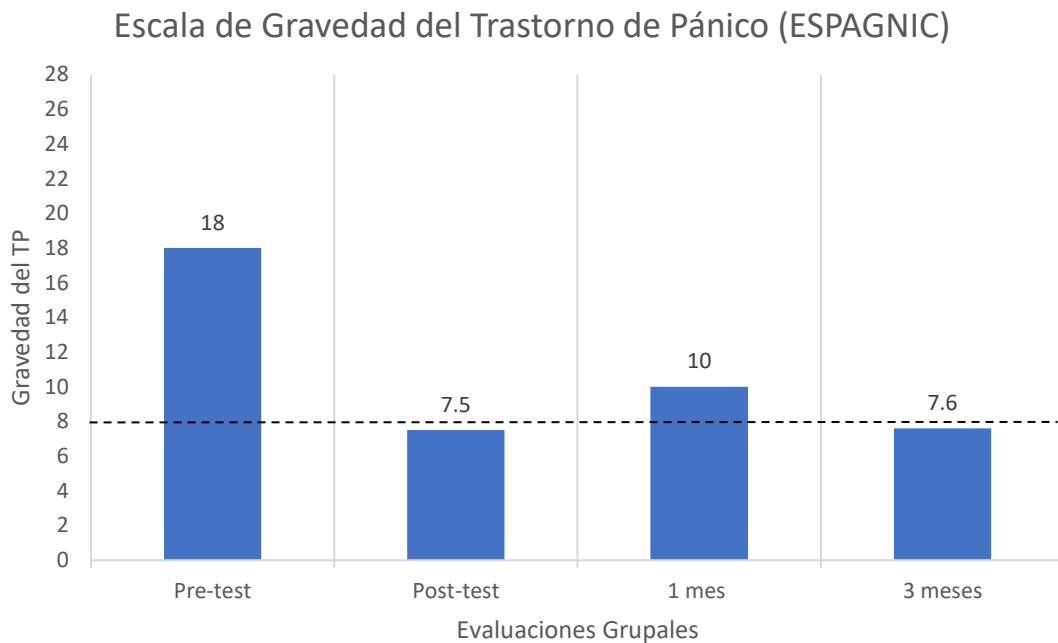


Figura 10: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 11, 12, 13 y 14 se muestran los puntajes individuales obtenidos del pre tratamiento y post- tratamiento (incluyendo el seguimiento a uno y tres meses) del ASI-3. En la figura 15 aparecen los puntajes grupales. Para dicho instrumento, mientras mayor fue el puntaje, mayor fue la sensibilidad a la ansiedad; se consideró como presencia de sensibilidad un puntaje  $\geq 25$  y el máximo puntaje a obtener fue de 72.



En la figura 11 se pueden ver los datos del participante identificado como Caso uno. El puntaje (32) antes de iniciar el tratamiento se sitúa por encima del punto de corte, lo que indica la presencia de síntomas de ansiedad (físicos, cognitivos y sociales). Una vez finalizado el tratamiento, los puntajes (20,7) muestran un menor grado de sensibilidad a la ansiedad, colocándose por debajo del punto de corte.

Figura 11: Resultados de la sensibilidad a la ansiedad del Caso uno.

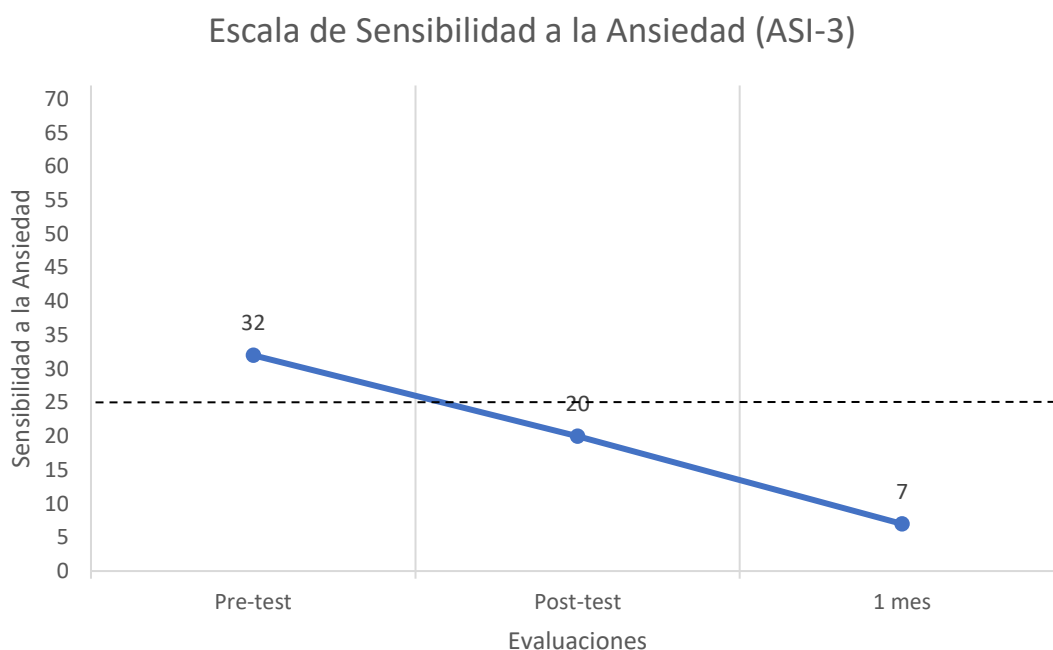


Figura 11: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 12 se pueden ver los datos del participante identificado como Caso dos. El puntaje (44) antes de iniciar con la intervención está por encima del punto de corte, lo que indica la presencia de síntomas de ansiedad (físicos, cognitivos y sociales). Los puntajes de post-tratamiento y de seguimiento (6,12,11) muestran un menor grado de sensibilidad a la ansiedad, colocándose por debajo del punto de corte.

Sin embargo, se ve un ligero aumento en los valores al comparar la puntuación post-tratamiento con las de seguimiento a uno y tres meses.

Figura 12: Resultados de la sensibilidad a la ansiedad del Caso dos.

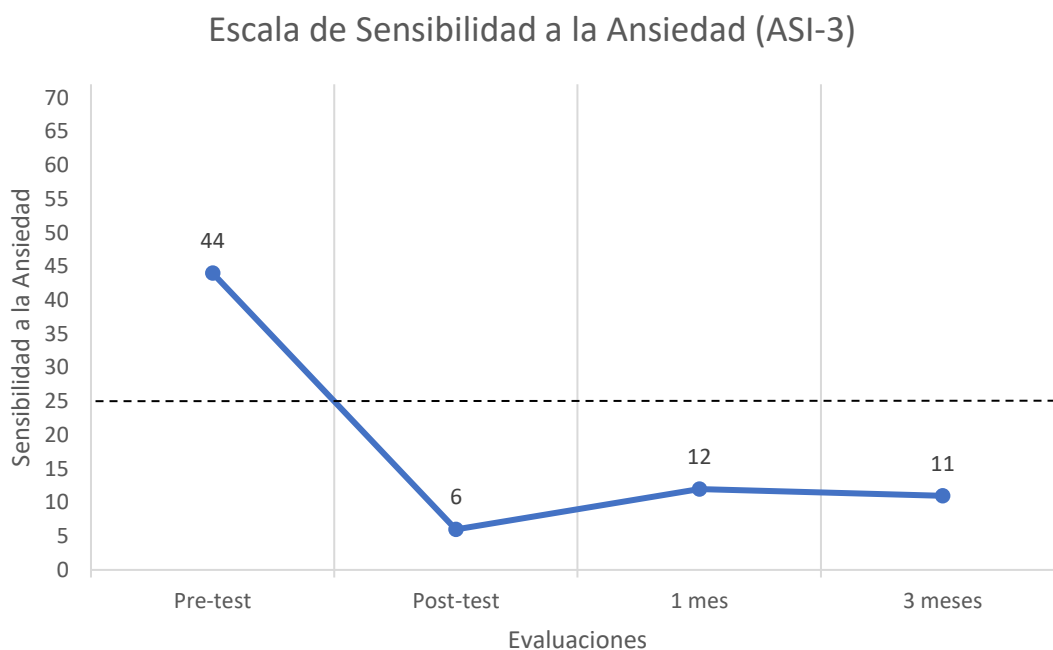


Figura 12: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 13 se pueden ver los datos del participante identificado como Caso tres. El puntaje (33) previo a la intervención está por encima del punto de corte, lo que indica la presencia de síntomas de ansiedad (físicos, cognitivos y sociales). Los puntajes de post-tratamiento y de seguimiento (16,5,18) muestran un menor grado de sensibilidad a la ansiedad, colocándose por debajo del punto de corte. Sin embargo, se ve un ligero aumento en los valores al comparar la puntuación de un mes de seguimiento con la de tres meses.

Figura 13: Resultados de la sensibilidad a la ansiedad del Caso tres.

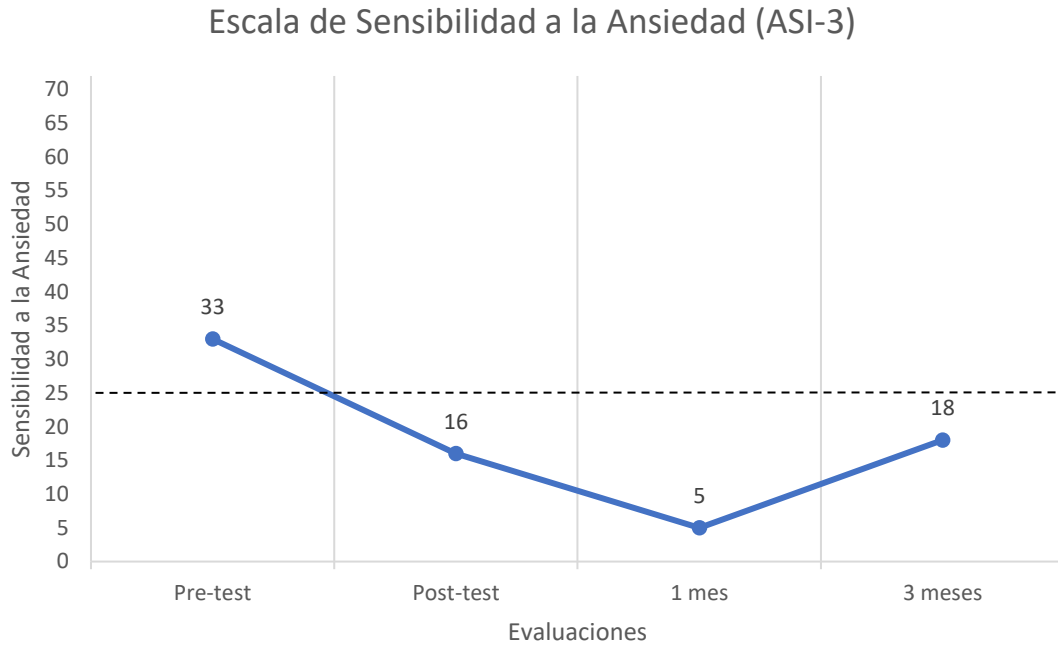


Figura 13: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 14 se observan los datos del participante identificado como Caso cuatro. El puntaje (52) previo al tratamiento, se sitúa por encima del punto de corte, lo que indica la presencia de síntomas de ansiedad (físicos, cognitivos y sociales). El puntaje posterior al tratamiento disminuyó (32) mostrando menor sensibilidad a la ansiedad, mientras que en los seguimientos hubo un incremento en las puntuaciones (42 y 52 respectivamente).

Figura 14: Resultados de la sensibilidad a la ansiedad del Caso cuatro.

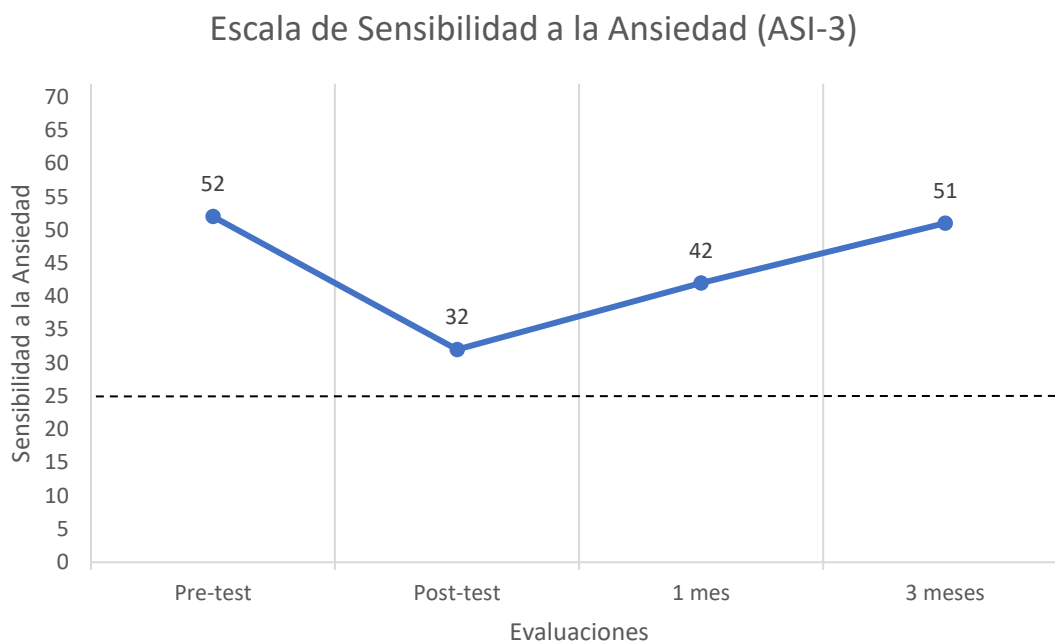


Figura 14: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la Figura 15 aparecen los datos generales de todos los participantes. Para obtener dichos números, se obtuvo el promedio de los puntajes de todos los participantes en cada momento de evaluación. Se puede observar que la puntuación pre-test (40.25), se coloca por encima del punto de corte, indicando la presencia de síntomas de ansiedad. Posteriormente, la puntuación post-test y a un mes de seguimiento (18.5,16.5) se redujo por debajo del punto de corte, señalando la ausencia de síntomas de ansiedad. A los tres meses hubo un aumento en la puntuación (26.6), ligeramente por encima del punto de corte. Todas las puntuaciones posteriores al

tratamiento y de seguimiento disminuyeron a comparación de la evaluación previa al tratamiento. En el pre-test tuvo ( $x=40.2$ ,  $DE=10.75$ ), en el post-test ( $x=18.5$ ,  $DE=10.75$ ), al mes de la intervención ( $x=16.5$ ,  $DE=10.75$ ) y a los tres meses ( $x=26.6$ ,  $DE=10.75$ ).

Figura 15: Resultados generales de la sensibilidad a la ansiedad.

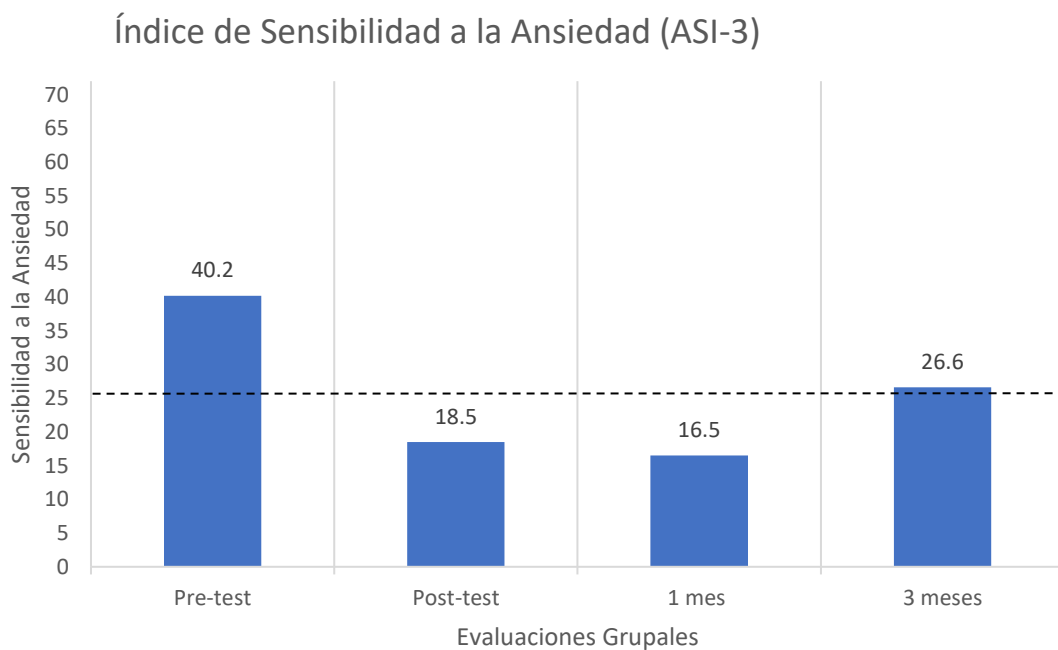


Figura 15: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 16, 17, 18 y 19 se muestran los puntajes obtenidos del pre tratamiento y post- tratamiento (incluyendo el seguimiento a uno y tres meses) del GAD-7. Para dicho instrumento, se ubicó el punto de corte de 10 y el máximo puntaje a obtener fue de 21.

En la figura 16 se muestran los datos del participante identificado como caso uno. El análisis visual, indica que el participante presentaba sintomatología ansiosa (moderada) antes de comenzar con la intervención, ya que el puntaje (13), se encontraba por encima del punto de corte (10). Posterior al tratamiento, el puntaje (9) disminuyó, colocándose por debajo del punto de corte, lo cual indicó que la sintomatología ansiosa tuvo un decremento; resultado (1) que continuó decreciendo un mes después de haber concluido con la intervención.

Figura 16: Resultados de sintomatología ansiosa del Caso uno.

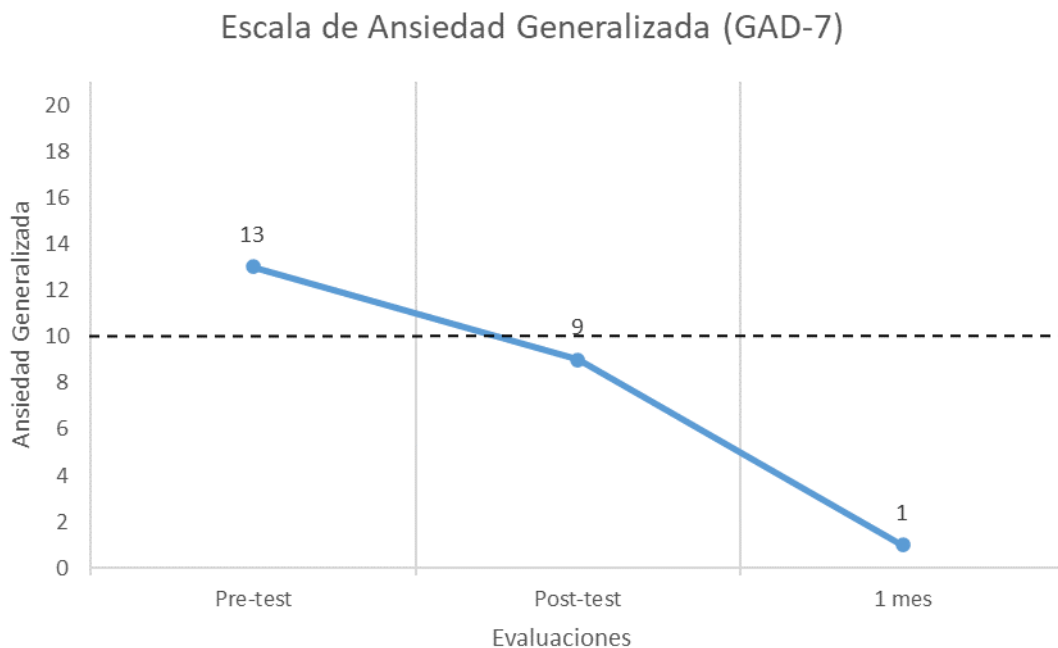


Figura 16: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 17 se muestran los puntajes del participante identificado como Caso dos. El análisis visual indica la presencia de sintomatología ansiosa (grave) antes de iniciar con la intervención, con un puntaje (17) que salía dentro de lo esperado de

acuerdo con el punto de corte. Después de la intervención, la sintomatología se redujo (moderada) con un puntaje (7) por debajo del punto de corte. Un mes después de haber finalizado el tratamiento, el puntaje (10) señaló que hubo un incremento de ansiedad (moderado) en comparación con el puntaje post test y un decremento, en comparación con el puntaje pre test. Tres meses finalizada la intervención, el puntaje (1) señaló la ausencia de la sintomatología ansiosa.

Figura 17: Resultados de sintomatología ansiosa del Caso dos.

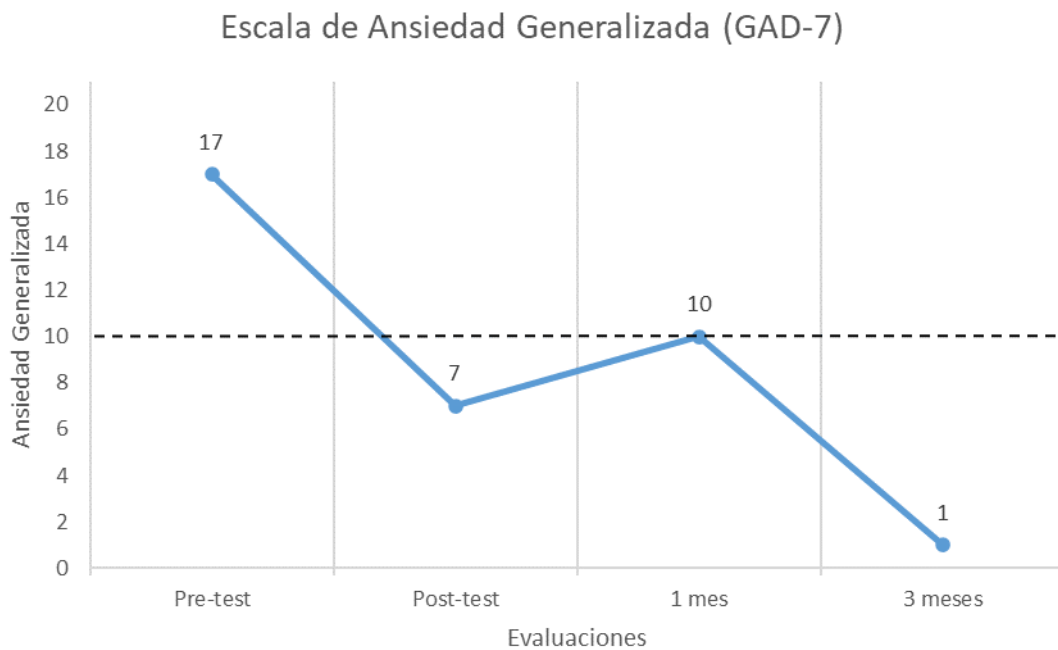


Figura 17: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 18 se observan los datos del participante identificado como Caso tres. El análisis visual muestra que antes de dar inicio con la intervención, el paciente presentó sintomatología ansiosa (grave) con un puntaje (20) por encima del punto de

corte. Una vez finalizado el tratamiento, el paciente presentó una disminución en su sintomatología (leve) con un puntaje (8) por debajo del punto de corte. Un mes posterior a la intervención, el puntaje (12) incrementó en comparación con la última medición y disminuyó, en comparación con la medida pre tratamiento, lo cual indicó que el paciente presentaba sintomatología moderada. El mismo movimiento en las medidas se observó en el puntaje (11) a los tres meses de seguimiento.

Figura 18: Resultados de sintomatología ansiosa del Caso tres.

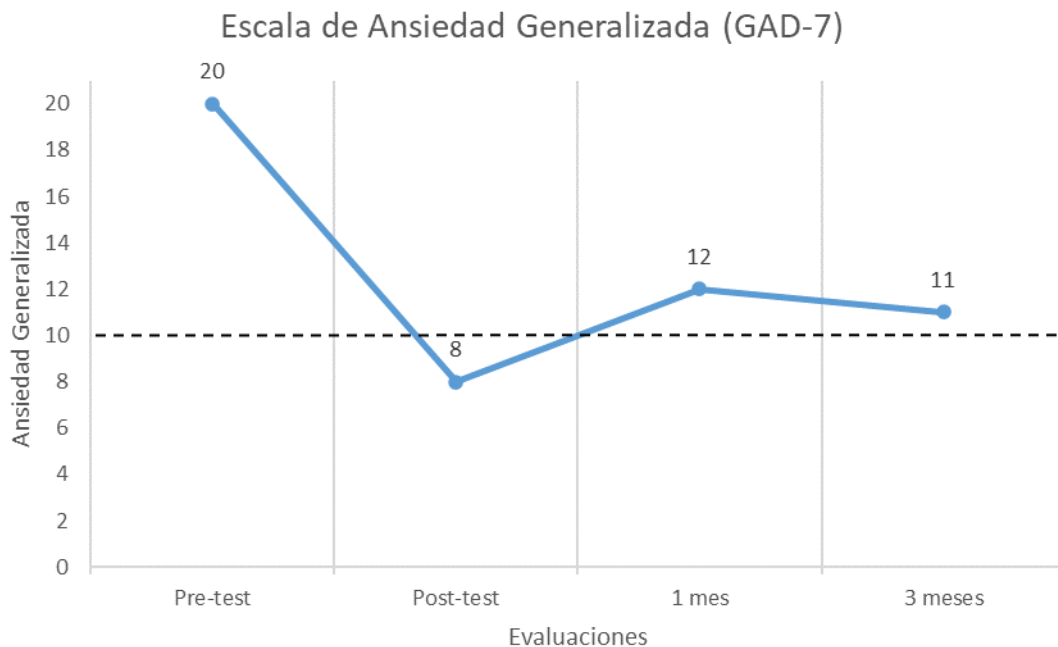


Figura 18: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 19 se observan los datos del participante identificado como Caso cuatro. A través del análisis visual se muestra que el pre-test, el paciente puntuó (12) con sintomatología ansiosa (moderada), colocándose ligeramente por encima del punto de corte. Terminado el tratamiento, la puntuación ansiosa (10, moderada) disminuyó,



sin embargo, un mes posterior a la intervención esta puntuación (13) volvió a incrementar, indicando aún la presencia de la sintomatología (moderada) y a los tres meses volvió a disminuir (6, leve) colocándose por debajo del punto de corte.

Figura 19: Resultados de sintomatología ansiosa del Caso cuatro.

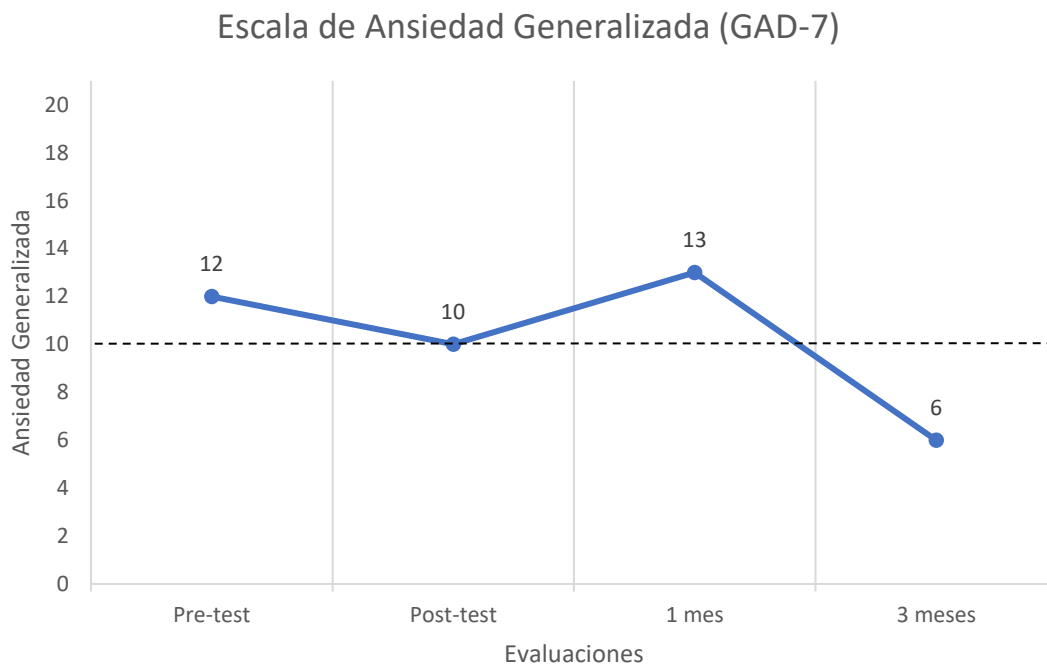


Figura 19: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la Figura 20 aparecen los datos generales de todos los participantes. Para ello, se obtuvo el promedio de los puntajes de todos los participantes en cada momento de evaluación. Se puede observar que la puntuación pre-test (15.5), se coloca por encima del punto de corte, indicando la presencia de ansiedad. Las puntuaciones post-test y de seguimiento (8.5, 9 y 6) se redujeron por debajo del punto de corte, señalando

la reducción de la sintomatología ansiosa. En el pre-test tuvo ( $x=15.5$ ,  $DE=4.05$ ), en el post-test ( $x=8.5$ ,  $DE=4.05$ ), al mes de la intervención ( $x=9$ ,  $DE=4.05$ ) y a los tres meses ( $x=6$ ,  $DE=4.05$ ).

Figura 20: Resultados generales de la sensibilidad a la ansiedad.

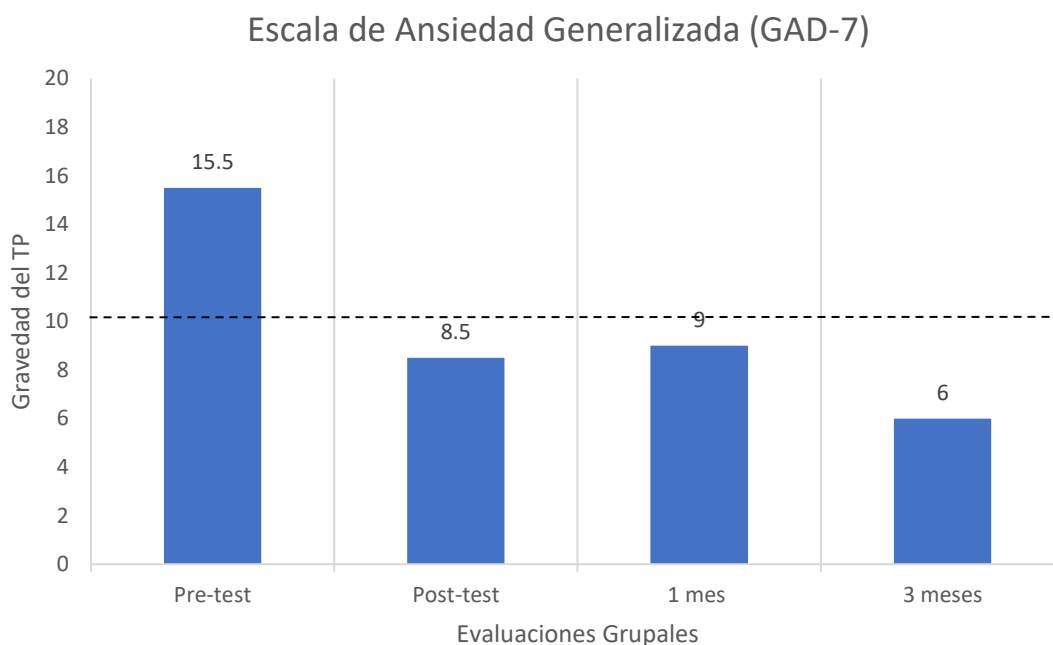


Figura 20: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 21, 22, 23 y 24 se muestran los puntajes obtenidos del pre tratamiento y post- tratamiento (incluyendo el seguimiento a uno y tres meses) del PHQ9. Para dicho instrumento, se ubicó el punto de corte como 10 y el máximo puntaje a obtener fue de 27.

En la figura 21 se observan los datos del participante identificado como Caso uno. El análisis visual, señala sintomatología depresiva (grave) antes de comenzar con la intervención, ya que el puntaje (16), se encontraba por encima del punto de corte (10). Una vez que se implementó el tratamiento, el puntaje (10) se ubicó en el mismo rango que el punto de corte, indicando que la sintomatología depresiva disminuyó (moderada). Un mes después de haber terminado con la intervención, los datos (1) arrojaron la ausencia de sintomatología depresiva.

Figura 21: Resultados de sintomatología depresiva del Caso uno.

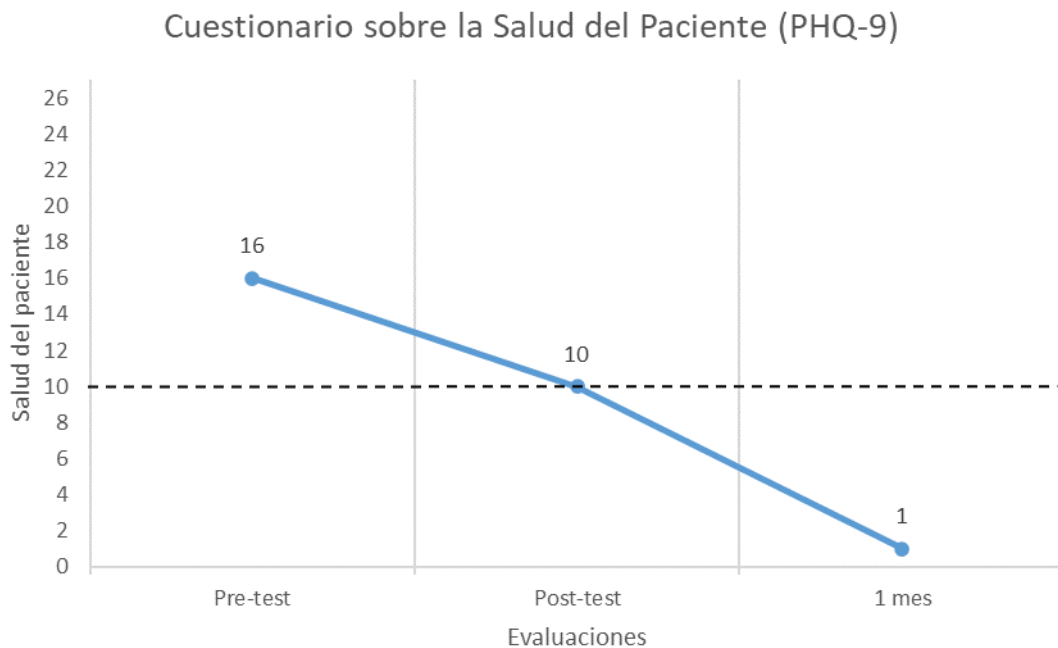


Figura 21: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 22 se visualizan los datos del participante identificado como Caso dos. De acuerdo con el análisis visual, la puntuación pre tratamiento (9), mostró sintomatología depresiva leve. Una vez concluida la intervención, los puntajes post

tratamiento y de seguimiento (1, 2, 0) disminuyeron respectivamente, en comparación con la evaluación inicial; mostrando así, una ausencia de síntomas depresivos.

Figura 22: Resultados de sintomatología depresiva del Caso dos.

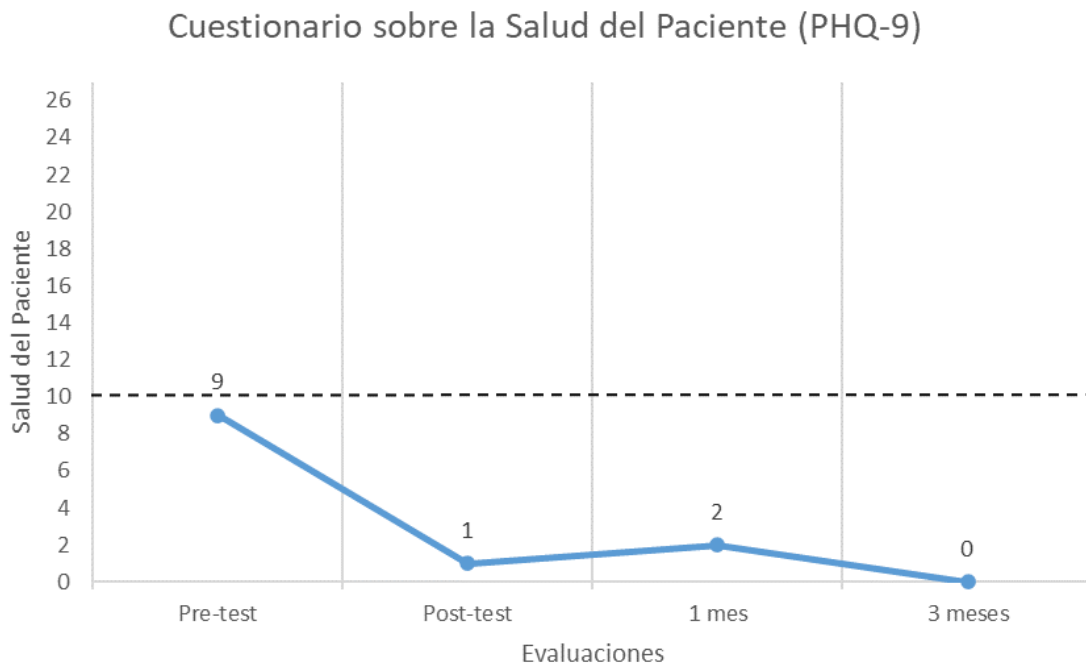


Figura 22: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 23 se observan los datos del participante identificado como Caso tres. El puntaje (24) pre tratamiento, indica la presencia de síntomas depresivos (graves). Dichos puntajes (10, 11, 11) disminuyen respectivamente, una vez concluida la intervención, mostrando que la sintomatología depresiva se mantuvo moderada.

Figura 23: Resultados de sintomatología depresiva del Caso tres.

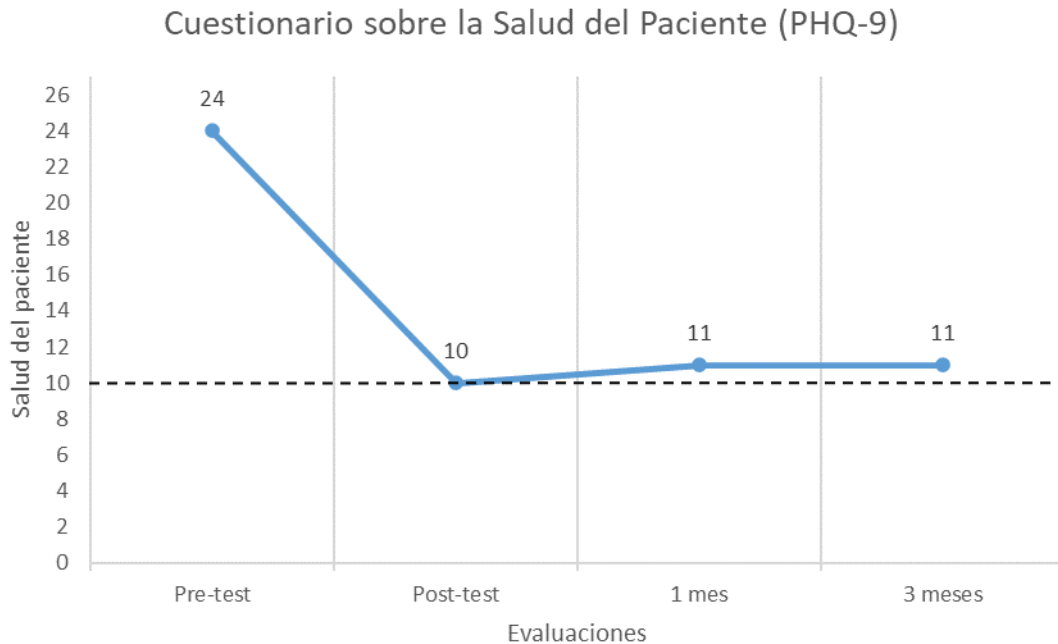


Figura 23: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 24 se observan los datos del participante identificado como Caso cuatro. Antes de comenzar con la intervención, la puntuación (13) del consultante, señaló la presencia de sintomatología depresiva (moderada). La puntuación post test y de seguimiento a un mes (19, 19), aumentó y se mantuvo constante, El paciente refirió durante la evaluación post test que, esa semana implicó mucho estrés laboral por la carga de trabajo y falta de apoyo de sus compañeros. En la sesión de seguimiento a un mes, comentó que un día antes se le dio aviso de su posible recesión de labores (debido al ausentismo constante en el trabajo por los síntomas relacionados con los AP), lo cual le provocó sentimientos de desesperanza, tristeza y ansiedad. Estos

factores pudieron haber influido en el aumento de las puntuaciones al haber concluido con el tratamiento. A los tres meses presentó una disminución en la puntuación (12, moderada) colocándose ligeramente por encima del punto de corte. En esta sesión comentó que recuperó su puesto de trabajo y dejó de ausentarse al mismo.

Figura 24: Resultados de sintomatología depresiva del Caso cuatro.

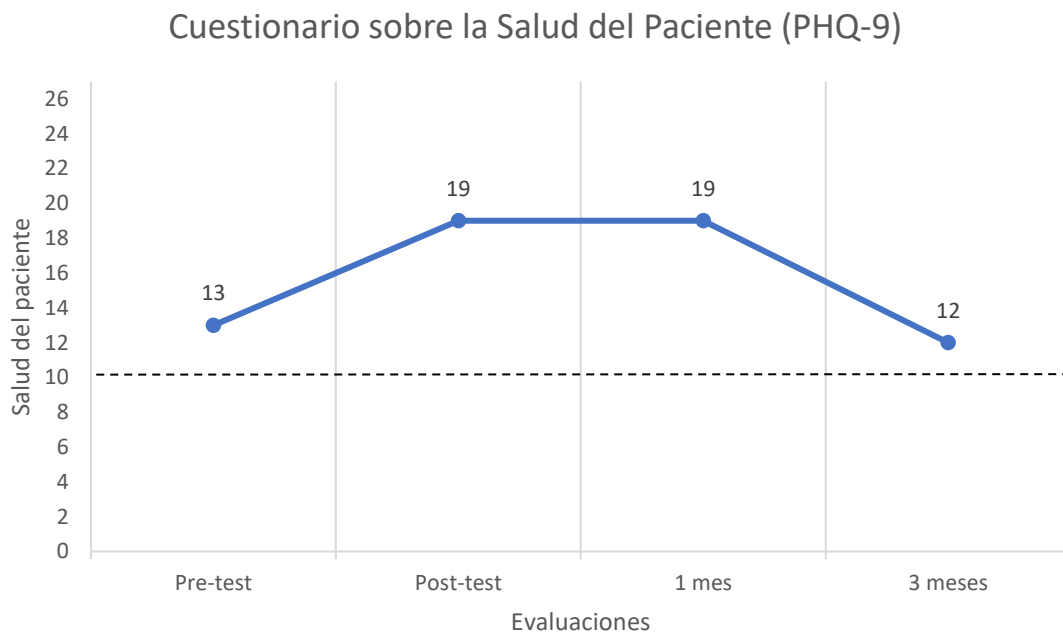


Figura 24: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la Figura 25 aparecen los datos generales de todos los participantes. Se obtuvo el promedio de los puntajes de todos los participantes en cada momento de evaluación. Se puede observar que la puntuación pre-test (15.5), se coloca por encima del punto de corte, indicando la presencia de síntomas depresivos. Las puntuaciones post-test y de seguimiento (10, 8.25 y 7.6) se redujeron por debajo del punto de corte,

señalando la reducción de la sintomatología depresiva. En el pre-test tuvo ( $x=15.5$ ,  $DE=3.59$ ), en el post-test ( $x=10$ ,  $DE=3.59$ ), al mes de la intervención ( $x=8.25$ ,  $DE=3.59$ ) y a los tres meses ( $x=7.6$ ,  $DE=3.59$ ).

Figura 25: Resultados generales de la sensibilidad a la ansiedad.

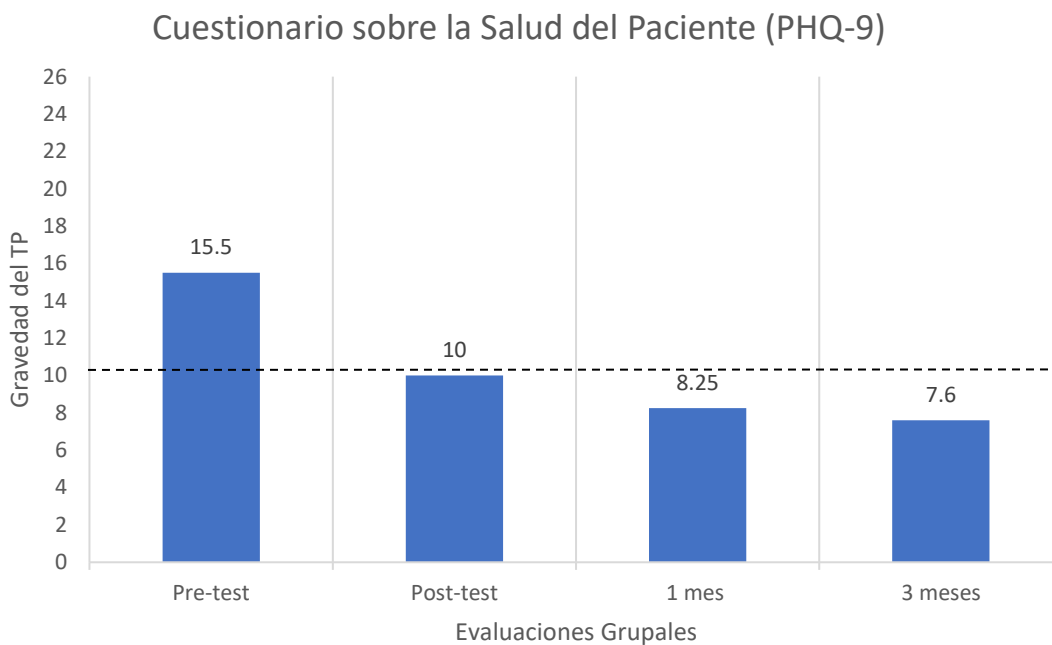


Figura 25: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las distintas fases del estudio. En el eje de las ordenadas se observa el puntaje obtenido. Con la línea punteada horizontal se indica el punto de corte propuesto por el mismo instrumento.

En la figura 26, 27 y 28 se muestran los puntajes grupales obtenidos post-tratamiento del Cuestionario de validez social. Se aplicó este instrumento para identificar el impacto de la intervención en los pacientes. Para dicho instrumento, se utilizó una escala Likert donde cero= nada, 1= poco, 2=algo, 3=bastante y 4=totalmente. Cabe mencionar que se seleccionaron las preguntas que mayor

relevancia tenían para este trabajo, ya que las demás preguntas forman parte de un estudio más extenso (ID de registro: 11821.1v2).

En la Figura 26, aparecen los datos generales de todos los participantes. Se puede observar que la totalidad de ellos, considera que el tratamiento es adecuado para tratar los síntomas de TP.

Figura 26. Resultados grupales de cuestionario de validez social.

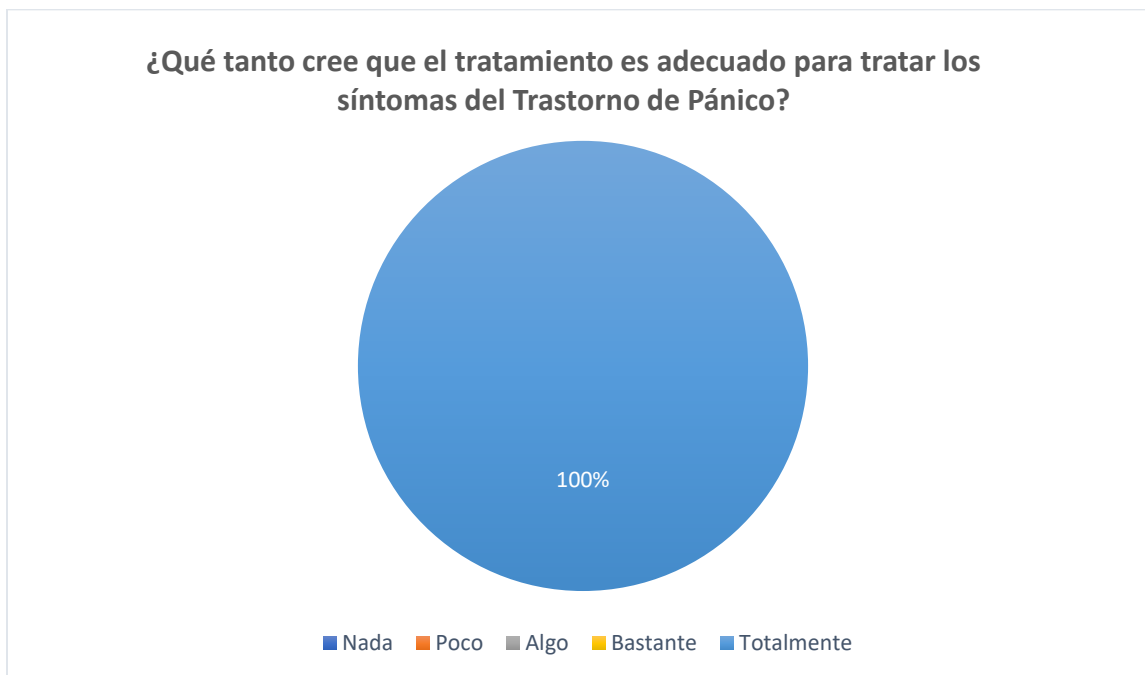


Figura 26: En la parte inferior de la figura se muestran las opciones de respuesta y en el gráfico se observan las respuestas de los participantes con el respectivo porcentaje.

En la Figura 27 aparecen los datos generales de todos los participantes. Se puede observar que el 75%, opina que no hubiera podido lidiar con los síntomas si no hubiera recibido el tratamiento, mientras el 25% considera que hubiera podido lidiar “poco” con ellos.



Figura 27. Resultados grupales de cuestionario de validez social.

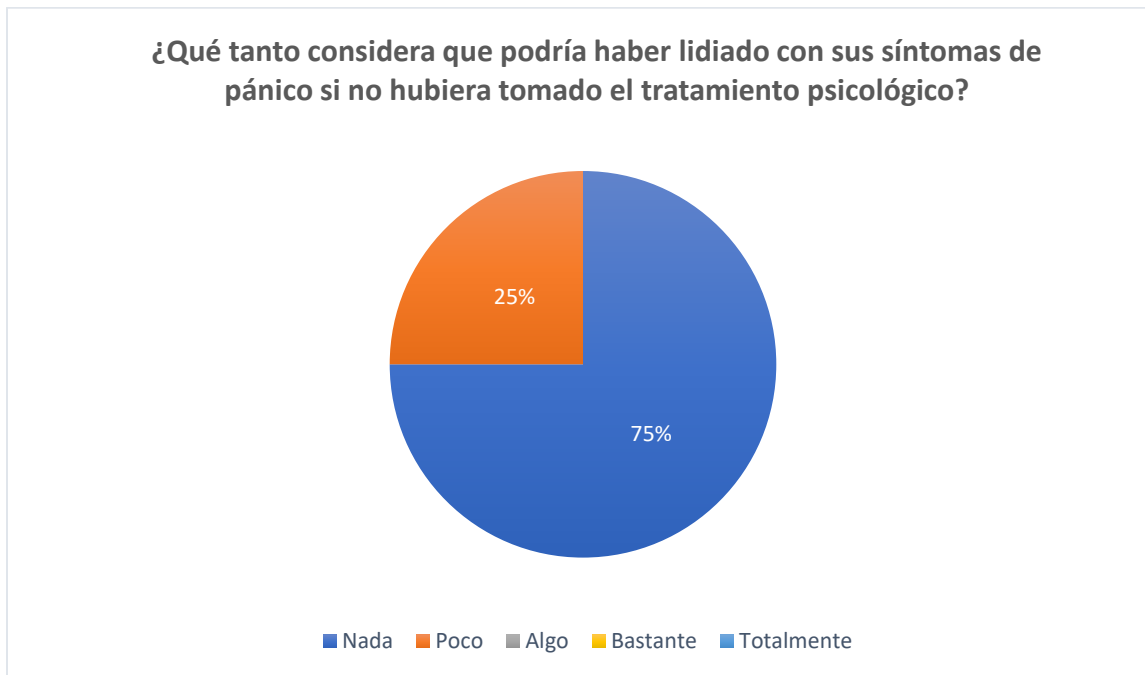


Figura 27: En la parte inferior de la figura se muestran las opciones de respuesta y en el gráfico se observan las respuestas de los participantes con el respectivo porcentaje.

En la Figura 28 aparecen los datos generales de todos los participantes. Se puede apreciar que el 75%, cree que el haber recibido la intervención tuvo totalmente un impacto favorable a nivel personal, social y de salud, mientras que el 25% considera el recibir esta intervención tuvo bastante impacto en las tres esferas de su vida.

Figura 28. Resultados grupales de cuestionario de validez social.

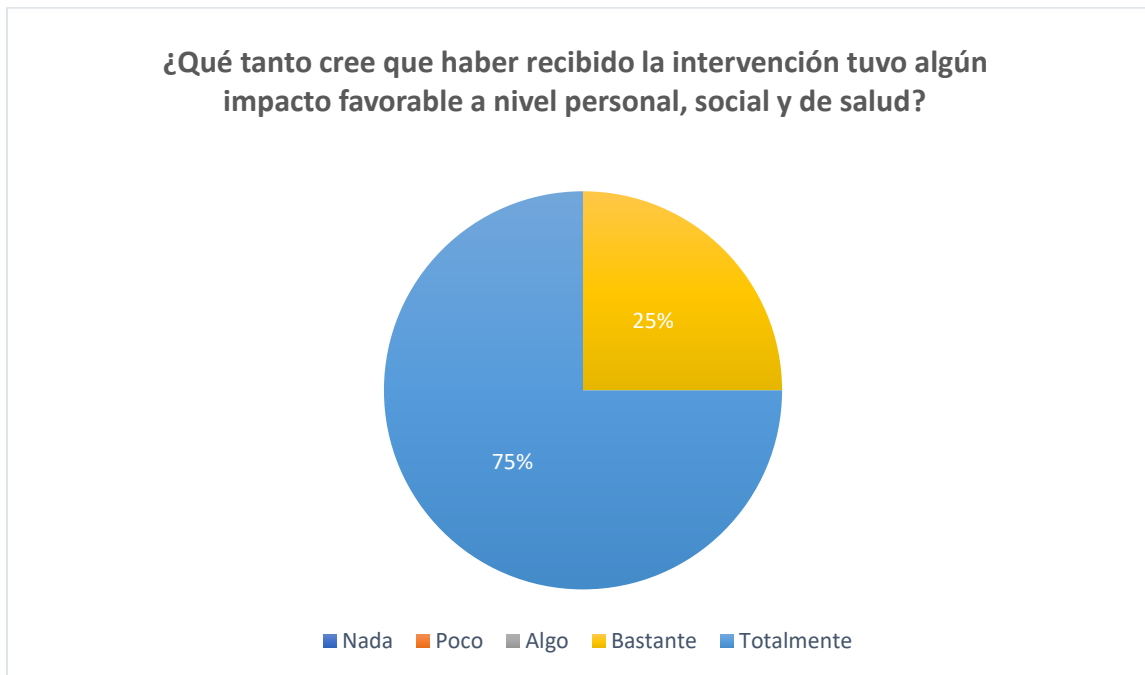


Figura 28: En la parte inferior de la figura se muestran las opciones de respuesta y en el gráfico se observan las respuestas de los participantes con el respectivo porcentaje.

En la figura 29, 30 31 y 32 se muestran los puntajes grupales obtenidos post-tratamiento del Cuestionario de validez social. Para dicho instrumento, se utilizó una escala Likert donde cero= muy insatisfecho, 1= insatisfecho, 2= ni satisfecho ni insatisfecho, 3= satisfecho y 4= muy satisfecho.

En la Figura 29 aparecen los datos generales de todos los participantes. Se puede observar que el 75%, se sintió muy satisfecho con el contenido del tratamiento, mientras el 25% se sintió satisfecho.

Figura 29. Resultados grupales de cuestionario de validez social.

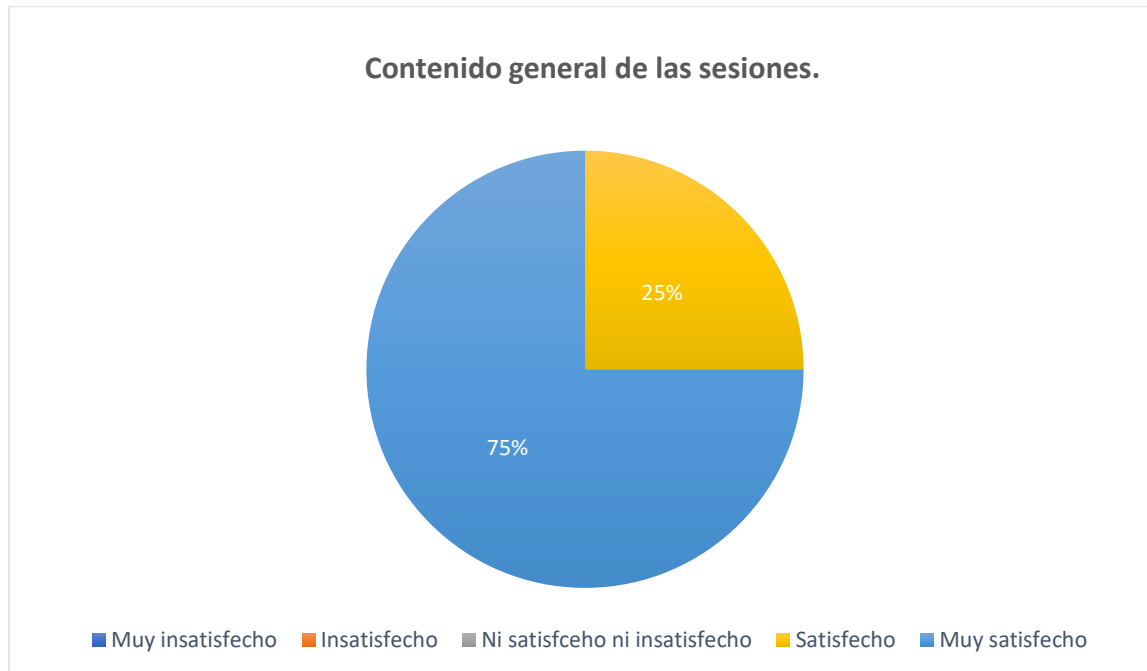


Figura 29: En la parte inferior de la figura se muestran las opciones de respuesta y en el gráfico se observan las respuestas de los participantes con el respectivo porcentaje.

En la Figura 30 aparecen los datos generales de todos los participantes. Se puede observar que el 100% de ellos se sintió muy satisfecho con la frecuencia de las sesiones.

Figura 30. Resultados grupales de cuestionario de validez social.

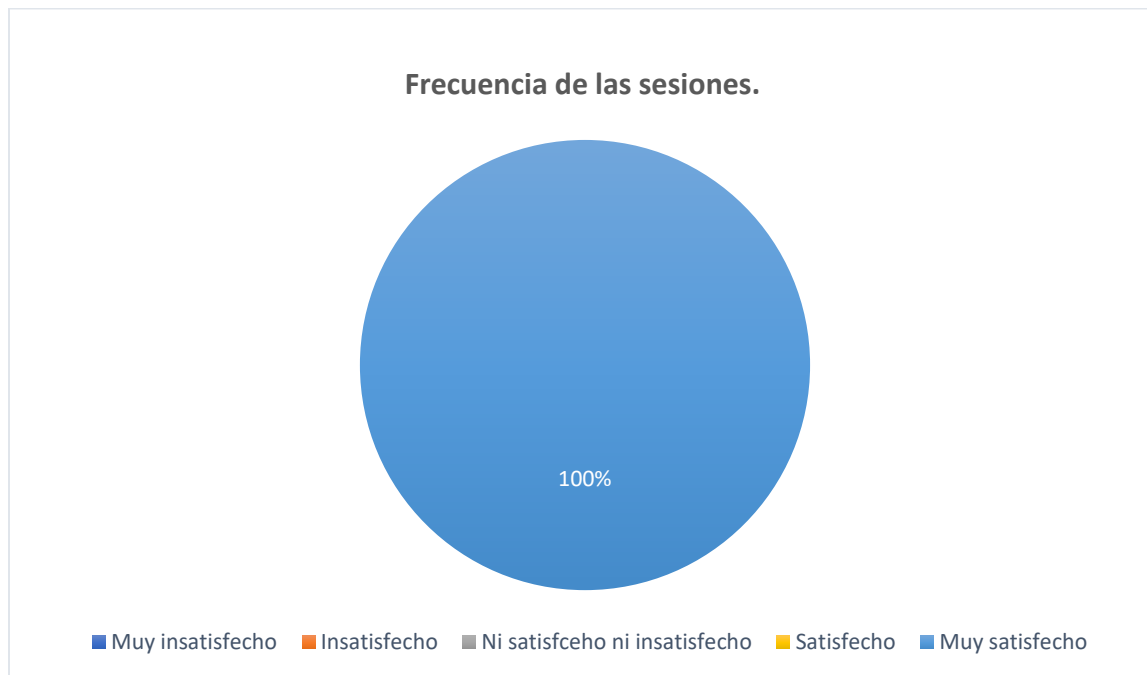


Figura 30: En la parte inferior de la figura se muestran las opciones de respuesta y en el gráfico se observan las respuestas de los participantes con el respectivo porcentaje.

En la Figura 31 aparecen los datos generales de todos los participantes. Se puede observar que el 75%, se sintió muy satisfecho con la duración de cada sesión, mientras el 25% se sintió satisfecho.

Figura 31. Resultados grupales de cuestionario de validez social.

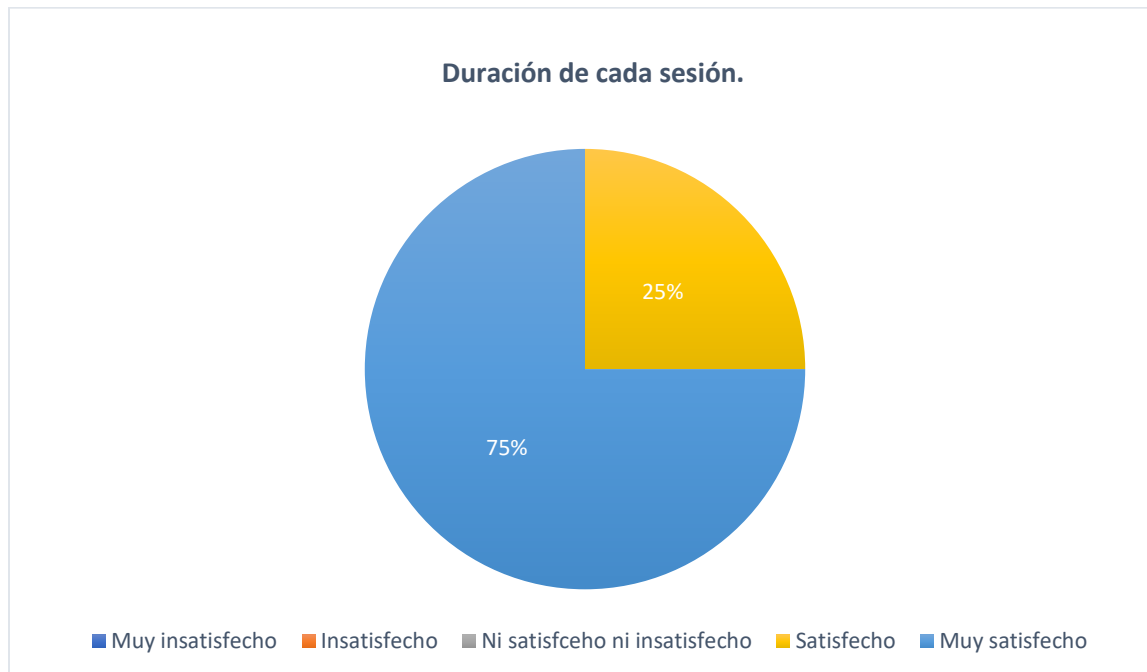


Figura 31: En la parte inferior de la figura se muestran las opciones de respuesta y en el gráfico se observan las respuestas de los participantes con el respectivo porcentaje.

En la Figura 32 aparecen los datos generales de todos los participantes. Se puede observar que el 75%, se sintió muy satisfecho con la duración total del tratamiento (número de sesiones), mientras el 25% se sintió satisfecho.

Figura 32. Resultados grupales de cuestionario de validez social.

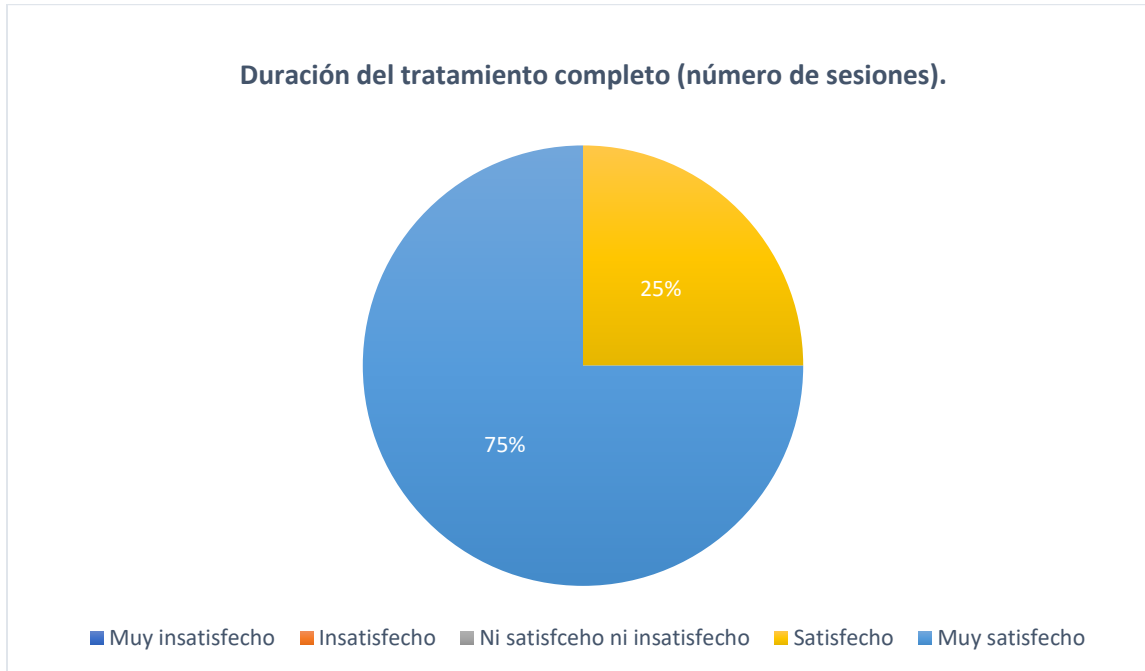


Figura 32: En la parte inferior de la figura se muestran las opciones de respuesta y en el gráfico se observan las respuestas de los participantes con el respectivo porcentaje.

En la Tabla 3 se muestran las preguntas abiertas correspondientes al Cuestionario de validez social. Se puede observar que la totalidad de los participantes cree haber tenido cambios a lo largo de su tratamiento. Dos de los cuatro participantes mencionan que hubieran extendido/alargado la duración total del tratamiento, mientras que la otra mitad no hubiera cambiado algo al respecto de la intervención. Por último, todos los participantes recomendarían una intervención breve e intensiva para el manejo del TP.

Tabla 3. Preguntas abiertas del Cuestionario de validez social.

---

**¿Considera que tuvo cambios a lo largo del tratamiento? En caso de que sí, ¿cuáles?**

---

Sí, me di seguridad, disfrutar más la vida, y saber que yo puedo

Si. El perder miedo en mi día a día, retomar mis actividades, recuperar mi vida.

Si. Ya puedo andar solo, puedo estar en lugares cerrados y concurridos, enfrentarme a cosas que temía, como tomar café.

Si. Pude continuar con mi vida

---

**¿Cambiaría algo de las sesiones de tratamiento? En caso de que sí, ¿qué sería?**

---

Alargar duración del tratamiento

Extender número de sesiones

No

No

---

**¿Recomendaría usted este tratamiento psicológico a otras personas? ¿Por qué?**

---

Sí, porque no hay necesidad de tomar pastillas para estar bien y nos ayudan a conocernos y vencer lo desconocido enseñándonos de una forma muy bonita.

Si. Porque pude recuperar mi vida, que sepan que no pasa nada y que pueden seguir con su vida normal es todo un alivio.

Si. Porque es un tratamiento que abarca todo lo que vive la persona, pone muchos ejemplos de pensamientos, emociones, y cambios que puedes tener. Te anima a enfrentar cosas que temes.

Si, porque te ayuda a mejorar y entender lo que te sucede.

---

## Discusión

El objetivo de este trabajo fue generar datos que permitan describir el efecto de una intervención cognitivo-conductual breve e intensiva en modalidad presencial para pacientes con TP, usuarios del servicio de urgencias médicas. De acuerdo con los resultados, es factible mencionar que la intervención tuvo un efecto positivo, ya que se logró reducir, tanto la gravedad del TP como la sensibilidad a la ansiedad. Asimismo, se observó un impacto positivo en los síntomas de ansiedad generalizada y depresión, además de que los logros se mantuvieron a través del tiempo (uno y tres meses de seguimiento).

Los resultados generales posteriores a la intervención muestran una reducción de la gravedad del TP, logrando mantener los resultados después de uno y tres meses de haber finalizado el tratamiento. Estos datos coinciden con lo encontrado en publicaciones internacionales sobre TCC breve (dos a siete sesiones) para TP (Deacon y Abramowitz, 2006; Deacon, 2007; Lessard et al, 2012; Marchand et al., 2012; Pelland et al., 2011).

En el presente trabajo, los pacientes reportan que, aunque la frecuencia de los AP disminuyó, no hubo remisión de los mismos. Añaden que hubo una reducción en la intensidad de los síntomas en los AP presentes y que incluso duraban menos tiempo. En los trabajos revisados, se vio que la mayoría de los participantes habían tenido una remisión de los síntomas tanto en el post tratamiento, como en los seguimientos, lo cual difiere ligeramente de lo reportado en este estudio. Este suceso puede deberse a diversos factores como:1) la ausencia de fármacos al tomar el tratamiento, a diferencia



de otros estudios donde sí consumían el medicamento (Deacon & Abramowitz, 2006; Deacon, 2007) y 2) el nivel socioeconómico y académico de los participantes (Deacon & Abramowitz, 2006; Deacon, 2007; Lessard, 2012; Marchand et al., 2012). Este segundo punto puede influir, ya que la curva de aprendizaje puede tomar más tiempo en personas con escolaridad básica. Por el contrario, quienes tienen estudios superiores y trabajos con altas responsabilidades, suelen tener una curva de aprendizaje menor, por lo que sus abstracciones son más rápidas. Al analizar los datos de manera individual se observa que la puntuación de dos de los participantes, a pesar de disminuir, no se colocó por debajo del punto de corte. Ambos participantes coinciden en características como: el sexo masculino y la elevada puntuación del ESPAGNIC antes del tratamiento. No obstante, la literatura señala que el sexo y la severidad de los síntomas no interfieren con la eficacia del tratamiento (Aaronson et al., 2008; Porter y Chambless, 2015). Por otro lado, un factor que se ha reportado muestra una interferencia con respecto a la eficacia del tratamiento, es la expectativa que se tiene al cambio antes de comenzar con la intervención (Porter & Chambless, 2015). Desde el punto de vista clínico, estos dos participantes resaltaron esta característica, además de que dudaban del papel del psicólogo (como profesión) y de que dicho problema fuera psicológico en vez de fisiológico. De igual forma, ambos sujetos se percibían con una mala salud, lo cual, de acuerdo con diversos estudios también es un factor que predice la disminución de la mejora en el tratamiento (Porter & Chambless, 2015). Dada esta lógica, es factible suponer que estos participantes no hayan disminuido sus puntajes por debajo del punto de corte a comparación de los otros dos. Clínicamente es

importante señalar que al finalizar la intervención y observar cambios, ambos participantes verbalizaron su asombro y agradecimiento.

Los datos sugieren que la sensibilidad a la ansiedad también se redujo y los resultados se mantuvieron uno y tres meses posteriores a la intervención, coincidiendo con lo encontrado en la literatura (Deacon & Abramowitz, 2006; Deacon, 2007; Lessard et al., 2012; Marchand et al., 2012; Morissette et al., 2005; Pelland et al., 2011). Deacon y Abramowitz (2006), señalan que el cambio de interpretaciones catastróficas después de los ejercicios de exposición, influye positivamente en la disminución de la sensibilidad a la ansiedad. En este estudio, la mayoría de los participantes verbalizaron que los ejercicios de exposición interoceptiva respaldados con la información brindada a través de la psicoeducación, fue lo que propició la mejoría relacionada con la sensibilidad a la ansiedad. A pesar de que en este estudio no se hizo mayor énfasis en una sola herramienta, los pacientes reportaron mayor cambio con estas dos estrategias (psicoeducación y exposición), lo que coincide con las investigaciones que reportan que enfatizar la exposición dentro de la terapia es altamente efectivo, ya que propicia la habituación de las sensaciones y esto a su vez, disminuye la sensibilidad a la ansiedad (Deacon, 2007; Morissette et al., 2005; Ost, 1998); mientras que incluir estrategias de relajación (Efron & Wootton, 2021) o reestructuración cognitiva, no contribuye en gran medida a la eficacia del tratamiento (Morissette, 2005; Ost, 1998).

Los resultados obtenidos con respecto a la gravedad del TP y a la sensibilidad a la ansiedad, pueden deberse a la eficacia que este tipo de terapias ha demostrado, gracias a su sustento empírico a través de los años y a diversas investigaciones por

médicos, psicólogos e investigadores alrededor de todo el mundo, coincidiendo (a pesar de las distintas perspectivas teóricas) en elementos como la psicoeducación, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva e in vivo (Craske & Barlow, 2007; Beck, 1998; Clark et al., 1985; Ost, 1988).

A pesar de la eficacia que tengan estos tratamientos, es importante hacer adaptaciones de acuerdo con el contexto y las características de los pacientes, ya que de lo contrario esta eficacia puede verse mermada (Escoffery et al., 2019; Movsisyan et al., 2021). En este sentido, es necesario especificar que el tipo de población en estudios internacionales de intervenciones breves para TP, contaba con un nivel socioeconómico y educativo alto, contrario a los participantes de este estudio (Deacon & Abramowitz, 2006; Marchand et al., 2012; Pelland et al., 2011). Diversos estudios señalan que en este tipo de situaciones debe considerarse el realizar adaptaciones contextuales y culturales, en lugar de desarrollar nuevas intervenciones que generen mayores costos y tiempo de trabajo (Escoffery et al., 2019 & Movsisyan et al., 2021). Con base en esta información, se hicieron las adaptaciones necesarias de acuerdo con las características de los participantes mexicanos, entre las cuales se encuentran: 1) lenguaje sencillo que facilitara la comprensión, 2) apoyo visual a través de videos y presentaciones de Power Point, 3) apoyo escrito por medio del cuadernillo de trabajo “Una Falsa Alarma” y 4) ejemplos relacionados con valores y metáforas del contexto mexicano. Realizando estas adecuaciones, se pudo observar que, a pesar de esta diferencia entre las características de los participantes de los distintos estudios, se obtuvieron resultados similares en cuanto a la reducción de la gravedad del TP y la

sensibilidad a la ansiedad, lo cual indica que este tratamiento es factible para ambos tipos de población independientemente de sus características culturales, educativas y/o socioeconómicas (Craske y Barlow, 2007; Deacon & Abramowitz, 2006; Marchand et al., 2012; Pelland et al., 2011).

De acuerdo con la literatura, se afirma que existe una alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad con trastornos depresivos (Thibaut, 2017); así como una alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad entre sí, especialmente entre TAG y TP (Showraki et al., 2020). Esto mismo se observó en los participantes de este estudio, pues la mayoría de ellos presentaban puntajes por encima del corte en las evaluaciones de GAD-7 y PHQ-9 previas al tratamiento. La investigación señala que el TP no puede aislarse en todos los casos como una entidad independiente que surge por sí solo, ya que en muchas ocasiones puede ser un TAG no tratado y que ha escalado con el tiempo. La depresión en presencia de la ansiedad, también puede ser considerada como una extensión, complicación o consecuencia de los trastornos de ansiedad no tratados (Fichter et al., 2010; Showraki et al., 2020). En los participantes se vio este fenómeno, pues al indagar, la mayoría comentaba que se encontraban sin ánimos como consecuencia del TP. Referían que el hecho de no contar con la misma funcionalidad que antes, traía consigo sentimientos de tristeza, angustia e impotencia, acompañados de pensamiento catastróficos como “mi vida ya nunca será como antes” (sic. pac), lo cual potenciaba estas emociones. Los estudios señalan que los tratamientos para abordar el TP son igualmente efectivos aun cuando existen comorbilidades. Inclusive, señalan que los resultados también se pueden ver reflejados

en las comorbilidades, logrando reducir dichas sintomatologías (Barlow, 2002; Craske & Barlow, 2007; Ost, 1998). Es importante resaltar que, cuando existan puntuaciones altas en distintos trastornos (depresión y ansiedad en este caso), es recomendable conocer el motivo de consulta de los pacientes, así como la gravedad de cada uno de ellos para determinar cuál abordar en un inicio (Craske & Barlow, 2007).

Existe evidencia preliminar que indica que, tratar de intervenir simultáneamente en todas las afectaciones o comorbilidades es más contraproducente que centrarse únicamente en la intervención específica para el TP (Craske et al., 2005). En este sentido, los manuales sugieren abordar el padecimiento que presente mayor gravedad y en caso de que haya varios que presenten la misma gravedad, se podrá trabajar con el abordaje de TP (Craske & Barlow, 2007). En este estudio, se siguió dicha lógica y se observó que al tratar el TP, los síntomas de depresión y ansiedad generalizada disminuyeron significativamente, lo cual coincide con lo expresado previamente en la literatura. A través del análisis clínico se vio que, cuando los pacientes lograban completar ciertas tareas o se exponían por voluntad propia a lo temido, esto aumentaba su sensación de logro, su motivación y su esperanza al cambio, lo cual los conducía a un aumento de sensaciones placenteras que a su vez reforzaban los pensamientos realistas y optimistas.

A pesar de los esfuerzos por cuidar este trabajo, se deben de tomar en cuenta sus siguientes limitaciones: la primera es el tipo de diseño empleado. Los diseños de serie de casos son considerados como los estudios con el menor nivel de evidencia para establecer causalidad (Albrecht et al., 2005; Romaní, 2010). Al tener una función

descriptiva y exploratoria, no es factible obtener una asociación de causa y efecto. Asimismo, al no ser un diseño controlado, limita esta asociación, haciendo más probable que el dato de interés pueda ser resultado del azar o de una coincidencia (Grimes & Schulz, 2002; Sayre et al., 2017 & Terrasa et al., 2007). Por tal motivo se sugiere que en investigaciones futuras se indaguen los datos de causalidad por medio de estudios más robustos, como los estudios aleatorizados o los diseños experimentales de caso único, los cuales ayudarían a disminuir los sesgos y factores de confusión (Agha & Rosin, 2010; Kazdin, 2021).

La segunda debilidad con respecto a este diseño, es el número de participantes y su impacto en la generalización. Este tipo de estudios tiende a caracterizarse por la falta de generalización, ya que los participantes provienen de muestras no aleatorizadas (Grimes & Schulz, 2002; Romani, 2010; Terrasa et al., 2007). En este sentido, los hallazgos no puedan generalizarse si no cuentan con una muestra representativa y en el caso del presente trabajo, la *n* fue de cuatro. Además, las series de casos no generan los suficientes datos para obtener números de prevalencia, incidencia, tasas o proporciones, debido a lo anterior, los datos deben de ser tomados con cautela (Albrecht et al., 2005; Donis, 2013; Sayre et al., 2017).

La tercera limitación hace referencia a los autoreportes y su posible sesgo de deseabilidad social. Varios estudios muestran que los auto reportes presentan una fuente de error principal: la deseabilidad social (DS) de los participantes. Se ha visto que los sujetos suelen ofrecer respuestas socialmente deseables con el fin de agradar, mantener una adecuada interacción social, ser aprobados, no lastimar a los demás, auto beneficiarse o beneficiar a otros. Inclusive, se ha observado que a pesar de que

sea una evaluación a terceros, la DS también esté presente (del Valle y Zamora, 2021; Enríquez y Domínguez, 2010; Van de Mortel, 2008), lo cual es posible que ocurra en el presente trabajo (particularmente en el cuestionario de validez social).

Desafortunadamente, esta conducta suele distorsionar los resultados, aumentando la posibilidad de llegar a conclusiones erróneas y datos pocos confiables. Dada esta situación, se plantea para futuras investigaciones, la aplicación de escalas de DS que ayuden a evidenciar la contaminación de esta variable (Konstabel et al., 2006), como en el caso de Van de Mortel (2008), que encontró que en más de la mitad de los estudios analizados donde se aplicaron este tipo de escalas, la DS había influenciado los resultados.

Retomando el cuestionario de validez social previamente mencionado, se observó que una de las sugerencias expresadas por los participantes fue aumentar la duración total de la intervención, es decir, el número total de sesiones; esto con el objetivo de abordar otros temas personales. En este sentido, se les explicó que el SU es un servicio altamente demandado, por lo cual esta atención estaba destinada únicamente al abordaje del TP ya que lo que se buscaba era agilizar la atención para que todos los pacientes que busquen y/o necesiten la ayuda, tengan la oportunidad de recibir tratamiento. También se les recalcó que estarían recibiendo seguimientos de evaluación y que, en caso de ser necesario, podían tener una sesión extra. Al recibir estas explicaciones, los pacientes afirmaban verbalmente su comprensión. No obstante, se reconoce que, la intervención se podría complementar con un mayor número de sesiones para brindar estrategias (solución de problemas, toma de decisiones, reestructuración cognitiva, etc) para las diversas problemáticas que

presenta cada paciente. Aunado a ello, se sugiere la referencia con otro psicoterapeuta para abordarlo de manera más particular y ahondar en las problemáticas que pudieran estar originando el TP, así como la comorbilidad con otros padecimientos.

Considerando la importancia de tratar la alta comorbilidad de los padecimientos, es viable considerar otras maneras de abordarlo que sean eficientes. Es así que surgen las intervenciones transdiagnósticas, las cuales pretenden abordar simultáneamente los síntomas de las diversas condiciones (Steele et al., 2018). A través de diversos estudios que comparan la eficacia entre aplicar un Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) y un tratamiento específico (TE) para los distintos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, se encontró que ambos tratamientos fueron superiores que el grupo control en lista de espera, mostrando un decremento en los síntomas y la gravedad clínica al finalizar el tratamiento y en los seguimientos (Barlow et al., 2017; Reinholt y Krogh, 2014; Reinholt et al., 2021 y Steele et al., 2018). También se observó que en ambos tratamientos hubo resultados favorables relacionados con la calidad de vida del paciente, la satisfacción del cliente y las tasas de deserción, respuesta, remisión y deterioro (Barlow et al., 2017 y Reinholt et al., 2021). Una posible explicación ante la similitud de estas intervenciones es que las técnicas empleadas suelen ser las mismas o muy similares, como es el caso de las estrategias cognitivas de reestructuración o ejercicios de exposición (Steele et al., 2018). A pesar de que aún existe poca evidencia de estos tratamientos en comparación con aquellos basados en evidencia, se han encontrado diversas ventajas en el PU, entre las cuales se encuentran: 1) menor tiempo de la



intervención, 2) incremento de la pericia en el tema por parte del terapeuta, 3) reducción de tiempo de espera, 4) un solo entrenamiento en un manual, en vez de diversos manuales para cada diagnóstico y 5) reducción en los costos de capacitación y supervisión (Arnfred et al., 2017 y Steele et al., 2018). Estas bondades en conjunto con la eficacia que hasta el momento han mostrado estas intervenciones, sugiere que podría resultar más eficiente aplicar este tipo de intervenciones para prevenir el desgaste general del personal y del paciente y, reducir los tiempos de intervención, especialmente en consultas ambulatorias (Barlow et al., 2017), por lo que sería recomendable realizar futuras investigaciones que hablen al respecto.

A pesar de las limitaciones descritas, este estudio también presenta diversas fortalezas. Una de las virtudes fue que los participantes completaban una muestra heterogénea en cuanto a la edad, sexo y las problemáticas personales que atravesaban en su vida (además del TP) y a pesar de ello, en la mayoría se observó un efecto favorable después de la intervención. Esto puede indicar la neutralidad en el contenido del tratamiento y la posibilidad de ser aplicado en pacientes con TP independientemente de sus características personales (Kazdin, 2011; Kazdin, 2021). En segundo lugar, se hicieron los mejores esfuerzos para la aplicación de manuales, incluyendo material visual y escrito (Cuadernillo y Presentación de Power Point) adaptado para la población en cuestión. Con ello, se buscó aumentar la probabilidad de que las intervenciones fueran homogéneas y asegurar una mayor integridad del tratamiento entre los participantes (Bellg et al., 2004; Borrelli, 2011; O'Shea et al., 2016). Asimismo, esta claridad de lo que se realizó sesión por sesión con apoyo del material, propicia que esta intervención sea susceptible a ser replicada (Kazdin, 2011).

Por otro lado, tanto las intervenciones como las evaluaciones fueron llevadas a cabo por profesionales calificados quienes recibían supervisión clínica, lo cual constituye a una mayor fidelidad y validez del estudio (Bellg et al., 2004; Borrelli, 2011; O'Shea et al., 2016). Por otra parte, quienes realizaron las evaluaciones fueron personas distintas a quien dio la intervención, lo que sirvió para disminuir en la medida de lo posible sesgos en la obtención e interpretación de los datos. Otra fortaleza fue que se utilizaron instrumentos altamente validados y confiables para todas las evaluaciones (Bellg et al., 2004; Borrelli, 2011; O'Shea et al., 2016). Como penúltima fortaleza, ninguno de los participantes estaba tomando algún tipo de fármaco durante el tratamiento, lo cual es beneficioso para asegurar la validez interna del tratamiento y evitar que este factor pudiera interferir en la efectividad del tratamiento (Borrelli, 2011; Kazdin, 2011). Una última virtud es que actualmente este estudio forma parte de un proyecto más robusto para la intervención del TP en SU en población hispanohablante validado por el comité de ética e investigación. Esto garantiza la calidad de la investigación, pues asegura la implementación de los principios éticos básicos universalmente conocidos (autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia) (Lloret, 2019).

Finalmente, el presente trabajo refleja un antecedente descriptivo y exploratorio que mostró tener efecto para la disminución de la sintomatología del TP, particularmente en la gravedad del trastorno, la sensibilidad a la ansiedad y la sintomatología de ansiedad generalizada y depresión. La TCC breve e intensiva parece ser efectiva al intervenir con pacientes con TP usuarios de un SU en México. A pesar de dichos resultados, aún hacen falta más estudios tanto nacionales como

internacionales, con diseños más robustos que brinden mayor claridad respecto a lo encontrado hasta el momento.

## Referencias

- Aaronson, C. J., Shear, M. K., Goetz, R. R., Allen, L. B., Barlow, D. H., White, K. S., Ray, S., Money, R., Saksa, J. R., Woods, S. W., & Gorman, J. M. (2008). Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 418–424. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0312>
- Abu Kasim, N., Abdullah, B., & Manikam, J. (2009). The current status of the case report: Terminal or viable?. *Biomedical Imaging and Intervention Journal*, 5(1), e4. <https://doi.org/10.2349/bijj.5.1.e4>
- Agha R, Rosin RD. (2010), Time for a new approach to case reports. *Int J Surg Case Rep* <https://doi:10.1016/j.ijscr.2010.04.001>
- Albrecht, J., Meves, A., & Bigby, M. (2005). Case reports and case series from *Lancet* had significant impact on medical literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(12), 1227–1232. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.04.003>
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing.
- Arnfred, S. M., Aharoni, R., Hvenegaard, M., Poulsen, S., Bach, B., Arendt, M., Rosenberg, N. K., & Reinholt, N. (2017). Transdiagnostic group CBT vs. standard group CBT for depression, social anxiety disorder and agoraphobia/panic disorder: Study protocol for a pragmatic, multicenter non-inferiority randomized

controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1175-0>

Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., Rodriguez-Gutierrez, E. G., Mukherjee, J., Palazuelos, D., y Franke, M. F. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1076–1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>

Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., 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>

Bandelow, B., y Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed). Guilford Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical

- Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Beavers, G. A., Iwata, B. A., & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 1–21. <https://doi.org/10.1002/jaba.30>
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives* (pp. 91–109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bellg, A. J., Borrelli, B., Resnick, B., Hecht, J., Minicucci, D. S., Ory, M., Ogedegbe, G., Orwig, D., Ernst, D., Czajkowski, S., & Treatment Fidelity Workgroup of the NIH Behavior Change Consortium (2004). Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(5), 443–451.  
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.5.443>
- Borrelli B. (2011). The Assessment, Monitoring, and Enhancement of Treatment Fidelity In Public Health Clinical Trials. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(s1), S52–S63. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00233.x>
- Bouchard, S., Allard, M., Robillard, G., Dumoulin, S., Guitard, T., Loranger, C., Green-Demers, I., Marchand, A., Renaud, P., Cournoyer, L.-G., y Corno, G. (2020). Videoconferencing Psychotherapy for Panic Disorder and Agoraphobia: Outcome and Treatment Processes from a Non-randomized Non-inferiority Trial. *Frontiers in Psychology*, 11, 2164 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02164>

- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety, 35*(6), 502–514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., y Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 583–589. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.4.583>
- Clark, D., Salkovskis, P. M., & Chalkley, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 16*, 23–30.
- Cognitive Craske, M. G., Lang, A. J., Aikins, D., & Mystkowski, J. L. (2005). *Cognitive behavioral therapy for nocturnal panic. Behavior Therapy, 36*(1), 43–54. doi:10.1016/s0005-7894(05)80053-x
- Craske, M. G., y 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>
- 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: *Depression and Anxiety, 33*(12), 1155-1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>

- Deacon, B. (2007). Two-Day, Intensive Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder: A Case Study. *Behavior Modification*, 31(5), 595-615. <https://doi.org/10.1177/0145445507300873>
- Deacon, B., y Abramowitz, J. (2006). A pilot study of two-day cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 807-817. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.008>
- del Valle, M y Zamora, E (2021) El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en Psicología. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. *Alternativas en Psicología*; 47; 22-35
- Dixon, M., Jackson, J., Small, S., Horner-King, M., Lik, N., Garcia, Y., y Rosales, R. (2009). Creating single-subject design graphs in Microsoft Excel 2007. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(2), 277–293. <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-277>
- Donis, J. H., (2013). Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos. *Avances en Biomedicina*, 2(2), 76-99.
- Efron, G., y Wootton, B. M. (2021). Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102385. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102385>
- Enríquez Jiménez, F. J., & Domínguez Espinosa, A. D. (2010). Influencia de la Deseabilidad Social (DS) en Reportes de Capacitación. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 69-79.
- Escoffery, C., Lebow-Skelley, E., Udelson, H., Böing, E. A., Wood, R., Fernandez, M. E., & Mullen, P. D. (2019). A scoping study of frameworks for adapting public health

- evidence-based interventions. *Translational Behavioral Medicine*, 9(1), 1–10.  
<https://doi.org/10.1093/tbm/ibx067>
- Evans, L., Holt, C., y Oei, T. P. (1991). Long term follow-up of agoraphobics treated by brief intensive group cognitive behavioural therapy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25(3), 343–349.  
<https://doi.org/10.3109/00048679109062635>
- Familiar, I., Ortiz-Panoso, E., Hall, B., Vieitez, I., Romieu, I., Lopez-Ridaura, R., y Lajous, M. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women: Factor Structure PHQ-9 in Mexican Women. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 74–82.  
<https://doi.org/10.1002/mpr.1461>
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Fischer, U. C., & Kohlboeck, G. (2010). Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 75–85.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01512.x>
- Gagnier J; Kienle G; Altman D; Moher, D; Sox, H; Riley, D. (2013) The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *BMJ Case Reports* 3. <https://doi:10.1136/bcr-2013-201554>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., y Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>



- Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (2002). *Descriptive studies: what they can and cannot do. The Lancet*, 359(9301), 145–149. [https://doi:10.1016/s0140-6736\(02\)07373-7](https://doi:10.1016/s0140-6736(02)07373-7)
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., y McCord, B. E. (2003). *Functional analysis of problem behavior: a review. Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147–185. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-147>
- Horenstein, A., y Heimberg, R. G. (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 81, 101894. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101894>
- Huerta, J. A. L., Romo, R. A. G., y Tayabas, J. M. T. (2017). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoI BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(44), 105–115. <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>
- Kazdin, A. (2011) *Single-case research designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. 2. New York: Oxford University Press
- Kazdin, A. E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(1), 56–85. doi:10.1002/jeab.638
- Konstabel, K., Aavik, T., & Allik, J. (2006). Social desirability and consensual validity of personality traits. *European Journal of Personality*, 20(7), 549–566. <https://doi.org/10.1002/per.593>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Ledford, J y Gast, D (2014) Measuring procedural fidelity in behavioural research, *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 24:3-4, 332-348, <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.861352>
- Lessard, M.-J., Marchand, A., Pelland, M.-È., Belleville, G., Vadeboncoeur, A., Chauny, J.-M., Poitras, J., Dupuis, G., Fleet, R., Foldes-Busque, G., y 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>
- Lim, J. A., Lee, Y. I., Jang, J. H., y Choi, S. H. (2018). Investigating effective treatment factors in brief cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Medicine*, 97(38), e12422. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012422>
- Lloret, A. (2019). Funcionamiento de los CEIm, fortalezas y debilidades. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 12(1), 1-3.
- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., y Otto, M. W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(suppl 2), s81-s87. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600005>
- Manolov, R., Gast, D. L., Perdices, M., & Evans, J. J. (2014). Single-case experimental designs: reflections on conduct and analysis. *Neuropsychological rehabilitation*, 24(3-4), 634–660. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.903199>
- Marchand, A., Belleville, G., Fleet, R., Dupuis, G., Bacon, S. L., Poitras, J., Chauny, J.-M., Vadeboncoeur, A., y 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., y 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>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., y Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025841>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., y Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773–1783. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005672>
- Morissette, S. B., Spiegel, D. A., & Heinrichs, N. (2005). Sensation-Focused Intensive Treatment for panic disorder with moderate to severe agoraphobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 17–29. doi:10.1016/s1077-7229(05)80036-7
- Movsisyan, A., Arnold, L., Copeland, L., Evans, R., Littlecott, H., Moore, G., O'Cathain, A., Pfadenhauer, L., Segrott, J., & Rehfues, E. (2021). Adapting evidence-informed population health interventions for new contexts: a scoping review of current practice. *Health research policy and systems*, 19(1), 13.  
<https://doi.org/10.1186/s12961-020-00668-9>

- Nezu, A; Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductual: un enfoque basado en problemas. Ciudad de México: *Manual Moderno*.
- 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](http://www.nice.org.uk/guidance/cg113)
- Nieto, R., Iribarne, C., Droguett, M., Brucher, R., Fuentes, C., y Oliva, P. (2017). Urgencias psiquiátricas en el hospital general. *Revista Médica Clínica Las Condesa*, 28(6), 914-922. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.004>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Obermeyer, Z., Abujaber, S., Makar, M., Stoll, S., Kayden, S. R., Wallis, L. A., Reynolds, T. A., y 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., y 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>

- O'Shea, O., McCormack, R., Bradley, J. M., & O'Neill, B. (2016). Fidelity Review: A scoping review of the methods used to evaluate treatment fidelity in behavioural change interventions. *Physical Therapy Reviews*, 21 (3-6), 207-214.  
<https://doi.org/10.1080/10833196.2016.1261237>
- Ost, L. G. (1998). Applied relaxation, description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research & Therapy*, 25, 397–410.
- Pelland, M. È., Marchand, A., Lessard, M. J., Belleville, G., Chauny, J. M., Vadeboncoeur, A., Poitras, J., Foldes-Busque, G., Bacon, S. L., y 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>
- Polanco-González, C., Castañón-González, J. A., Buhse, T., Samaniego-Mendoza, J. L., Arreguín-Nava, R., y Villanueva-Martínez, S. (2013). Índice De Saturación Modificado En El Servicio De Urgencias Médicas. *Gaceta Medica de Mexico*, 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>
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD011004. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>

- Porter, E., & Chambless, D. L. (2015). A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 42, 179–192.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.004>
- Quero, S; Díaz, A; López, A; Bretón, J; Serrano, B; García-Palacios, A; Botella, C. (2020). Prácticas de PS1034 Evaluación e intervención clínica . *Publicacions de la Universitat Jaume I*. <http://dx.doi.org/10.6035/Sapientia167>
- Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 171–184.  
<https://doi.org/10.1080/16506073.2014.897367>
- Reinholt, N., Hvenegaard, M., Christensen, A. B., Eskildsen, A., Hjorthøj, C., Poulsen, S., Arendt, M. B., Rosenberg, N. K., Gryesten, J. R., Aharoni, R. N., Alrø, A. J., Christensen, C. W., & Arnfred, S. M. (2022). Transdiagnostic versus Diagnosis-Specific Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders and Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(1), 36–49. <https://doi.org/10.1159/000516380>
- Romaní F., (2010). Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 15(1), 46-51.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., y Stein, M. B. (2006). Panic disorder. *Lancet* (London, England), 368(9540), 1023–1032. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69418-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69418-)

- Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., ... Sherbourne, C. D. (1999). Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 492–499. <https://doi.org/10.4088/JCP.v60n0713>
- Santacana, M., Fullana, M. A., Bonillo, A., Morales, M., Montoro, M., Rosado, S., Guillamat, R., Vallès, V., Pérez, V., y 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>
- Sayre, J. W., Toklu, H. Z., Ye, F., Mazza, J., & Yale, S. (2017). Case Reports, Case Series - From Clinical Practice to Evidence-Based Medicine in Graduate Medical Education. *Cureus*, 9(8), e1546. <https://doi.org/10.7759/cureus.1546>
- 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., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G. C. (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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(SUPPL. 20), 22–33.
- Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. (2020). *Generalized Anxiety Disorder: Revisited. Psychiatric Quarterly*. doi:10.1007/s11126-020-09747-0 Spitzer, R. L.,

- Kroenke, K., Williams, J. B., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211–216. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.005>
- Tam, H. L., Chung, S. F., & Lou, C. K. (2018). A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emergency Medicine*, 18(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>
- 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., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., y Cardenas, S. J. (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>
- Terrasa, S., Caccavo, T., Ferraris, J., Fescina, T., Fuertes, E., Marquevich, J., Peresson, J., & Sand, R. (2007). Guía para la lectura crítica de una serie de casos. *Evidencia, Actualización en la práctica Ambulatoria*, 10(1). <https://doi.org/10.51987/evidencia.v10i1.5682>
- Testa, A., Giannuzzi, R., Sollazzo, F., Petrongolo, L., Bernardini, L., y Dain, S. (2013). Psychiatric emergencies (part II): psychiatric disorders coexisting with organic



- diseases. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17 Suppl 1, 65–85.
- Thibaut F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 87–88. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut>
- Tiger, J. H., & Effertz, H. M. (2021). On the validity of data produced by isolated and synthesized contingencies during the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 54(3), 853–876. <https://doi.org/10.1002/jaba.792>
- Van Bon-Martens, M., Van de Goor, I., y Van Oers, H. (2017). Concept mapping as a method to enhance evidence-based public health. *Evaluation and Program Planning*, 60, 213–228. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.08.014>
- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40-48.
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., y Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621-635. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>
- Vera-Carrasco, O. (2019). Guía práctica para escribir y publicar casos clínicos. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 60(2), 65-70. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762019000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762019000200011&lng=es&tlng=es).

Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.

Virués-Ortega, J., y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712016010>

Wolfe, K., Barton, E. E., y Meadan, H. (2019). Systematic Protocols for the Visual Analysis of Single-Case Research Data. *Behavior Analysis in Practice*, 12(2), 491–502. <https://doi.org/10.1007/s40617-019-00336-7>

## Anexos

### Anexo uno



Nombre:

Edad:

Fecha:

### PÁNICO EN EMERGENCIAS

