

Theoretical and Review Articles // Artículos teóricos y de revisión

Lilia Montalvo Ocampo 7-23 Acomodación familiar: una revisión sistemática
Blanca Estela Barcelata Eguiarte [Family Accommodation: A systematic review.]
Rebeca Robles García

Research Articles // Artículos de investigación

Renata Cristina Gomes 27-35 The Effect of Establishing Symbolic Coordination
Marlon Alexandre de Oliveira Relations on the Emission of Helping Responses
Julio C. de Rose

Forough Jafari 37-51 Enhancing the Sense of Coherence and Social
Seyedehdorsa Siadati Acceptance in Married Female Students with
Fredrike Bannink Education-Family Conflict: A Positive-Cognitive
Behavioral Group Therapy Approach.

Dulce María Monroy Robles 53-76 Terapia Cognitivo Conductual presencial y remota
Andrea Guerra Anlén para adultos con pánico en Servicios de Emergencias:
Karla Paola Colin Mendiola tres estudios de caso. [Face-to-face and remote
Edgar Landa Ramírez Cognitive Behavioral Therapy for adults with panic
in Emergency Services: Study of three cases.]

Ângela Leite 77-97 Portuguese Version of the Watching TV Series Motives
Beatriz Belezavaz Questionnaire: What Does this Have to Do with
Loneliness? A Bidirectional Relationship.

Flavia Arrigoni 99-107 Transdiagnostic Unified Protocol for Women
José I. Navarro Guzmán with Breast Cancer: A Preliminary Study.

Jennifer Kramer 109-120 The Relationship Between Cognitive and Behavioral
Sara Pieters Measures of Executive Function in the Context of
Tara Smits Elementary School.
Renée L. Roelofs
Jos I. M. Egger

Elenice S. Hanna 121-137 Computer-Assisted or Instructor-Led Reading
Raquel Maria de Melo Instructions of Portuguese Words with
Alessandra Rocha de Albuquerque Orthography Difficulties.
Júlio C. de Rose
Deisy das Graças de Souza

Notes and Editorial Information // Avisos e información editorial

Editorial Office 141-142 Normas de publicación-Instructions to Authors.
Editorial Office 143 Cobertura e indexación de IJP&PT. [IJP&PT
Abstracting and Indexing.]

ISSN 1577-7057

© 2024 Asociación de Análisis del Comportamiento, Madrid, España
Printed in Spain

IJP&PT

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL THERAPY

EDITOR

Francisco Javier Molina Cobos
Universidad de Almería, España

REVIEWING EDITORS

Mónica Hernández López
Universidad de Jaén
España

Francisco Ruiz Jiménez
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia

ASSOCIATE EDITORS

Dermot Barnes-Holmes
Ulster University
UK

J. Francisco Morales
UNED-Madrid
España

Mauricio Papini
Christian Texas University
USA

Miguel Ángel Vallejo Pareja
UNED-Madrid
España

Kelly Wilson
University of Mississippi
USA

ASSISTANT EDITORS

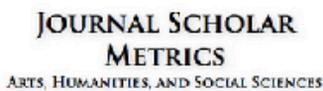
Francisco Cabello Luque
Adolfo J. Cangas Díaz

Universidad de Murcia, España
Universidad de Almería, España

THE STATEMENTS, OPINIONS, AND RESULTS OF STUDIES PUBLISHED IN IJP&PT ARE THOSE OF THE AUTHORS AND DO NOT REFLECT THE POLICY OR POSITION OF THE EDITOR, THE EDITORIAL TEAM, THE IJP&PT EDITORIAL BOARD, OR THE AAC; AS TO ITS ACCURACY OR RELIABILITY, NO OTHER GUARANTEE CAN BE OFFERED THAN THAT PROVIDED BY THE AUTHORS THEMSELVES.

LAS DECLARACIONES, OPINIONES Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS EN IJP&PT PERTENECEN EN EXCLUSIVA A LOS AUTORES, Y NO REFLEJAN LA POLÍTICA O POSICIÓN DEL EDITOR, DEL EQUIPO EDITORIAL, NI DEL CONSEJO EDITORIAL DE IJP&PT, NI DE LA AAC; EN CUANTO A SU EXACTITUD O FIABILIDAD, NO PUEDE OFRECERSE NINGUNA OTRA GARANTÍA QUE NO SEA LA APORTADA POR LOS PROPIOS AUTORES.

IJP&PT IS INCLUDED IN THE FOLLOWING INDEXING AND DOCUMENTATION CENTERS:



University Grants Commission
Bahadur Shah Zafar Marg, New Delhi-110002
Website: www.ugc.ac.in



Terapia Cognitivo Conductual presencial y remota para adultos con pánico en Servicios de Emergencia: tres estudios de caso

Dulce María Monroy Robles, Andrea Guerra Anlén, Karla Paola Colin Mendiola, Edgar Landa Ramírez*

Universidad Nacional Autónoma de México,
Hospital General Dr. Manuel Gea González, México

ABSTRACT

Face-to-face and remote Cognitive Behavioral Therapy for adults with panic in Emergency Services: study of three cases. Most patients with panic attacks or panic disorder who seek emergency department care go unnoticed and do not receive appropriate treatment. Although first-line psychological treatments exist for these patients, they may be insensitive and inaccessible to their characteristics. The aim of this study was to describe three different brief protocols based on Cognitive Behavioral Therapy that were adapted for face-to-face or videoconferencing application for patients with panic attacks or panic disorder seeking care in emergency department. Three cases of adult patients, two diagnosed with panic disorder and one with panic attacks, are presented to show the implementation and outcomes of the protocols on diagnostic severity, anxiety sensitivity, quality of life, health services utilization, and patient satisfaction with the protocols. As well as the use of a panic screening diagram designed for the initial evaluation of these patients. After one to seven sessions, a decrease in panic disorder severity or frequency of panic attacks, and anxiety sensitivity was observed. Quality of life improved, patients stopped using emergency department and showed satisfaction with the intervention they received. Brief interventions based on Cognitive Behavioral Therapy, both face-to-face and remote, can be implemented in emergency department to overcome some barriers to mental health access and fit the diverse care possibilities of panic patients instrument in the field of acceptance and commitment therapy and other third generation interventions.

Key words: cognitive behavioral therapy, panic disorder, panic attack, videoconferencing, emergency services.

How to cite this paper: Monroy-Robles D, Guerra-Anlén A, Colin-Mendiola K & Landa-Ramírez E (2024). Terapia Cognitivo Conductual presencial y remota para adultos con pánico en Servicios de Emergencias: tres estudios de caso. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 24, 1, 53-76.

Novedad y relevancia

What is already known about the topic?

- Patients with panic disorder tend to present more frequently than patients with other anxiety disorders to emergency services.
- A large percentage of patients with panic disorder or panic attacks who arrive at emergency services are not correctly identified as such. not receiving adequate treatment.
- Cognitive Behavioral Therapy is recommended as a standard psychotherapeutic intervention for panic disorders.

What this paper adds?

- It shows that the availability in emergency services of brief treatment protocols for patients with panic attacks or panic disorder based on cognitive behavioral therapy can help overcome barriers in accessing psychological care for this type of patients.
- It shows that the use of a screening diagram that encompasses both the initial evaluation and a guide for assignment to a treatment protocol, facilitates evaluation and intervention for this type of patients.

Los ataques de pánico (AP) son oleadas inesperadas de miedo que alcanzan su pico máximo en minutos y conllevan un conjunto de manifestaciones físicas (palpitaciones, dificultad para respirar, dolor en el pecho) y pensamientos catastróficos (perder el

* *Correspondencia:* Edgar Landa-Ramírez. Hospital General Dr. Manuel Gea González, Calzada de Tlalpan 4800, Colonia Tlalpan Centro I, Belisario Domínguez Sección 16, Ciudad de México, México 14080. Email: edgarlandaramirez@comunidad.unam.mx *Agradecimientos:* este artículo está basado en la investigación doctoral de la primera autora que recibió una beca doctoral (#770935) del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT)

control, miedo a volverse loco e incluso a morir). Para que exista trastorno de pánico (TP) deben presentarse las condiciones previamente descritas, además de preocupaciones recurrentes por la presentación de otros AP o sus posibles consecuencias, y/o cambios desadaptativos en el funcionamiento diario (*American Psychiatric Association*, 2013). La prevalencia mundial estimada del trastorno de pánico es de 1% y de los ataques de pánico es del 4%, ambos a 12 meses. En México la prevalencia es del 0,7% y del 2,6%, respectivamente (de Jonge *et alii*, 2016). Recientes estudios mencionan que a consecuencia de la pandemia por COVID-19, en México y diversas partes del mundo, se reportó un aumento de hasta 25% en la utilización de los Servicios de Emergencias (SE) por manifestaciones de ansiedad y AP (Landa Ramírez, Sánchez Cervantes, Sánchez Román, Urdapilleta Herrera, Basulto Montero & Ledesma Torres, 2021; Saucedo Uribe *et alii*, 2022; Stroeveer, Michael & Petrini, 2021).

Lo anterior no es sorprendente, debido a que los pacientes con AP suelen confundir sus síntomas con las manifestaciones de un ataque cardíaco (principalmente, el dolor torácico) que los lleva a usar los SE (Musey & Kline, 2017). No obstante, hasta un 80% no presenta una emergencia cardiopulmonar (Musey & Kline, 2017) y el 58% en realidad tiene AP (Foldes Busque, Denis, Poitras, Fleet, Archambault & Dionne, 2019; Musey, Lee, Hall & Kline, 2018) con el potencial de cumplir criterios diagnósticos para TP. Sin embargo, en más del 94% de los casos los médicos no identifican el pánico y envían a los pacientes a sus hogares sin recibir ningún tratamiento (Foldes Busque *et alii*, 2011). Se ha descrito que de cuatro a diez meses después de que los pacientes acuden a los servicios médicos, el 85% sigue teniendo TP (Horenstein & Heimberg, 2020) y continúan buscando atención en los SE (Webster, Norman, Goodacre & Thompson, 2012), al grado de ser etiquetados como usuarios frecuentes, pues en promedio realizan cuatro o más visitas en un periodo de 12 meses (Minassian, Vilke & Wilson, 2013).

No identificar ni tratar el pánico afecta el bienestar de los pacientes y tiene implicaciones negativas para los SE. De acuerdo con Webster *et alii* (2012) los pacientes con pánico experimentan: preocupación, miedo a morir, ánimo deprimido, estrés mental, problemas de sueño; y afectaciones a nivel social, laboral y funcionamiento cotidiano. A esto se suman los malestares propios de acudir a SE en busca de atención, como pasar por extensas y costosas evaluaciones (Musey *et alii*, 2018), estar expuestos a una baja precisión en las decisiones clínicas, menor satisfacción con la atención o sentirse estigmatizados por el personal sanitario (Musey *et alii*, 2018; Wise-Harris, Pauly, Kahan, Tan de Bibiana, Hwang & Stergiopoulos, 2017).

En cuanto a las implicaciones negativas para los SE, éstas se asocian con la repetida y elevada utilización de los pacientes con TP (Horenstein & Heimberg, 2020; Minassian *et alii*, 2013). Dichas situaciones contribuyen a la sobresaturación de los SE, fenómeno que conduce a que aumenten: los tiempos de espera, los pacientes que se van sin ser vistos, las quejas, la mortalidad, la morbilidad, las hospitalizaciones y los costos de la atención médica; así como a la disminución de la calidad del tratamiento, y la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios (Lindner & Woitok, 2020).

La guía clínica del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2011), así como una revisión sistemática reciente han recomendado la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como primera línea de tratamiento del TP (Papola *et alii*, 2022), e inclusive se ha reportado que los efectos se mantienen sin importar la modalidad de administración (incluyendo la videoconferencia: Berryhill *et alii*, 2018; Efron & Wootton, 2021; Papola *et alii*, 2023). Dentro de los SE de Canadá y Estados Unidos, se han probado intervenciones breves (una a siete sesiones) cara a cara, basadas en la

TCC para el TP o AP en pacientes adultos (Dyckman, Rosenbaum, Hartmeyer & Walter, 1999; Marchand *et alii*, 2012). Los resultados descritos tanto en la modalidad presencial como remota refieren reducciones significativas en: la gravedad del TP, la frecuencia de los AP, el miedo a las sensaciones físicas y la agorafobia (Bouchard *et alii*, 2020; Lessard *et alii*, 2012). Así como, aumento en el nivel de funcionamiento y de la calidad de vida (Bouchard *et alii*, 2020; Marchand *et alii*, 2012; Matsumoto, Hamatani, Nagai, Sutoh, Nakagawa & Shimizu, 2020).

A pesar de que las buenas prácticas sugieren la elección de las intervenciones basadas en evidencia, el proceso de aplicación suele ser un tanto más complejo, ya que implica su adaptación a las condiciones institucionales y culturales del lugar donde se está interviniendo para poder mantener sus efectos (Soto, Smith, Griner, Domenech Rodríguez & Bernal, 2018). Lo anterior es muy importante, ya que, en su gran mayoría los servicios de salud (incluidos los SE) en México y otros países de ingresos bajos a medios suelen tener condiciones institucionales muy distintas a las de los países desarrollados en donde generalmente son evaluadas las intervenciones (Bouchard *et alii*, 2020; Dyckman *et alii*, 1999; Lessard *et alii*, 2012; Marchand *et alii*, 2012; Matsumoto *et alii*, 2020). Al respecto, los SE en México se caracterizan por tener recursos (camas, medicamentos, instalaciones) y profesionales sanitarios (incluyendo profesionales de la salud mental) limitados; así como sobresaturación de pacientes (Hernández, Alcántara & Contreras, 2015; Obermeyer *et alii*, 2015). Aunado a lo anterior, los pacientes atendidos en los SE suelen vivir inmersos en el rezago educativo, la pobreza y carencias de acceso a servicios de salud, lo cual se convierte tanto en una barrera como en un reto para la atención de su salud mental (Andrade *et alii*, 2014).

De manera reciente, en diversos países en vías de desarrollo se han realizado esfuerzos por adaptar procesos para la atención de la salud mental dentro del primer nivel, acorde con las condiciones institucionales y culturales de la población (Keynejad, Dua, Barbu & Thornicroft, 2017; Miguel Esponda, Bohm-Levine, Rodríguez Cuevas, Cohen & Kakuma, 2020). Inclusive, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, se han adaptado procesos dentro de los SE para poder cubrir las diversas necesidades de salud mental que enfrentan, como: el consumo excesivo de alcohol (Biroscak, Pantalón, Dziura, Hersey & Vaca, 2019; Bruguera *et alii*, 2018; Cherpitel, Moskalewicz, Swiatkiewicz, Ye & Bond, 2009), identificación y atención de la depresión en los pacientes hospitalizados (Grupp-Phelan *et alii*, 2019) y pacientes con intento suicida (Miller *et alii*, 2017).

Con base en lo anterior, también resulta necesaria la adaptación de los tratamientos para AP y TP a las características de los SE y aspectos culturales de los pacientes, así como a sus posibilidades de recibir la atención psicológica. Actualmente, el abordaje del pánico se caracteriza porque el personal sanitario no identifica los síntomas de pánico; y los pacientes, son canalizados a centros de salud en donde suelen enfrentar largos periodos de espera (Esponda, Hartman, Qureshi, Sadler, Cohen & Kakuma 2020) o simplemente, son enviados a sus hogares sin ningún tratamiento (Foldes-Busque *et alii*, 2011). El objetivo de este artículo es describir tres protocolos de atención breves basados en la TCC que fueron adaptados para su aplicación presencial o remota, considerando incluir elementos culturalmente sensibles (metáforas, dichos populares, lenguaje culturalmente apropiado) a los contenidos y un diagrama de tamizaje, con la finalidad de abordar las necesidades de atención de los pacientes con AP o TP que acuden a un SE de un hospital general en México. Al respecto, se presentan tres casos de personas con diagnóstico de AP o TP para mostrar la implementación y los resultados obtenidos en la gravedad del

diagnóstico, la sensibilidad a la ansiedad, la calidad de vida, la utilización de servicios de salud y la satisfacción de los pacientes con los protocolos.

MÉTODO

Presentación de casos

Los casos son tres pacientes adultos, dos con diagnóstico de TP con agorafobia y uno con AP. Todos se presentaron al SE para ser evaluados dadas sus molestias físicas. Todos pasaron por una evaluación clínica y exámenes médicos (por ejemplo, electrocardiograma, placa de tórax o prueba capilar de azúcar), y al tener un adecuado estado de salud fueron referidos a los psicólogos que laboran en dicho servicio. Los pacientes fueron reclutados entre junio y septiembre de 2022. El paciente del caso uno forma parte de otro proyecto de investigación diseñado para probar la efectividad de la TCC por VC en pacientes con TP, con o sin agorafobia, que acuden a SE (en *Registry of Efficacy and Effectiveness Studies*, Registry ID: 11821.1v2).

Caso 1

Hombre de 28 años, en unión libre, educación secundaria, chófer, originario y residente de la Ciudad de México. Se presentó al SE con palpitaciones, falta de aire, visión borrosa, sudoración y miedo a tener un ataque cardíaco y morir. Los médicos lo encontraron en condiciones de salud normales y lo refirieron a los psicólogos del área. Comenzó con AP y agorafobia a los 25 años, y en el último mes había tenido repetidos AP, lo que aumentó su preocupación y lo llevó al SE. El paciente reconoció como posibles factores precipitantes la muerte de su mamá por cáncer tras un largo tratamiento. Hasta el momento no había recibido el diagnóstico ni tratamiento de TP. En su valoración psicológica inicial cumplió con criterios diagnósticos para TP con agorafobia. Durante el último año, había vivido con la preocupación de tener AP y con miedo significativo a ciertas situaciones. Por ejemplo, en su trabajo sentía ansiedad de manejar largas distancias o nuevas rutas, ya que temía que le diera un AP y ocurriera algo catastrófico como un ataque cardíaco o incluso la muerte. Pensaba que nadie lo ayudaría y que sí moría, su familia no se enteraría. Mostraba mayor miedo a las palpitaciones irregulares de su corazón y al dolor de pecho, le preocupaba tener un ataque cardíaco, así que solía escapar de los síntomas comiendo dulces. Como parte de la agorafobia, evitaba situaciones sociales como fiestas o ir al cine, lo que lo alejó de su familia. Antes de acudir al SE, consultó a un cardiólogo que le realizó un electrocardiograma (ECG) y le indicó que los resultados no reflejaban alguna patología, pero el paciente seguía temiendo que pudiera estar enfermo. Este paciente prefirió la atención por VC dado que sus horarios laborales eran muy variables y además vivía lejos del hospital. En la ESPAGNIC obtuvo una puntuación que corresponde a “ligeramente enfermo” (puntuación= 8, ver apartado de Instrumentos), y reportó preocupaciones por síntomas físicos de acuerdo con el ASI-3 (puntuación= 10, ver apartado de Instrumentos). En la entrevista de utilización de los servicios de salud, refirió haber consultado al médico familiar, cardiólogo y SE por los síntomas de AP en los últimos 12 meses. En general, reportó una buena calidad de vida en el WHOQOL-BREF (puntuación= 100, ver apartado de *Instrumentos*).

Caso 2

Mujer de 26 años, soltera, con estudios técnicos, terapeuta respiratoria, originaria y residente de la ciudad de México. Se presentó al SE con taquicardia, mareo, temblores, dificultad para respirar, miedo a volverse loca, entumecimiento y desrealización. Los médicos le realizaron un ECG, un perfil hormonal y un perfil tiroideo en los que obtuvo resultados normales, por lo que fue referida a los psicólogos del área. Comenzó con AP a los 23 años y, un año después, desarrolló agorafobia. Durante el último año, a partir de la evaluación inicial, había experimentado frecuentes AP, así como preocupación y miedo de las consecuencias. La paciente identificó como posibles factores precipitantes su gran carga laboral, presiones económicas y miedos relacionados con la pandemia por COVID-19, aunado a que se reconoció como ansiosa y tendiente a sobrepensar. Hasta el momento no había recibido el diagnóstico ni tratamiento de TP. En su valoración psicológica inicial cumplió con criterios diagnósticos para TP con agorafobia. Reportó mayor miedo a los síntomas de opresión en el pecho y latidos irregulares de su corazón, al pensar que pudiera estar gravemente enferma. Asimismo, su falta de descanso, los constantes pensamientos catastróficos y el estrés le ocasionaban AP recurrentes. Como parte de su agorafobia, evitaba salir con su hija, tomar café o alcohol, y deseaba no presentarse a su trabajo. La paciente prefirió la atención presencial debido a razones de privacidad, la creencia de que la atención en persona era más efectiva y por practicidad, ya que trabajaba en el mismo hospital donde se encontraba el SE al que asistió. En la ESPAGNIC obtuvo una puntuación que corresponde a “muy enfermo” (puntuación= 17, ver apartado de Instrumentos). Mostró mayores preocupaciones por los síntomas físicos según el ASI-3 (puntuación= 43, ver apartado de *Instrumentos*). En la entrevista de utilización, mencionó haber consultado a un médico urgenciólogo, enfermero y dermatólogo durante los últimos 12 meses debido a taquicardia, dolor de garganta y manchas en la piel, respectivamente. En cuanto a su calidad de vida, se consideró “regular” de acuerdo con el WHOQOL-BREF (puntuación= 80, ver apartado de Instrumentos), principalmente su energía y concentración estaban afectadas.

Caso 3

Mujer de 30 años, soltera, con estudios universitarios, veterinaria, originaria y residente de la ciudad de México. Se presentó al SE con palpitaciones, temblor, dificultad para respirar, sensación de ahogo, mareo, calor y entumecimiento; además de experimentar un miedo intenso hacia estas sensaciones inesperadas. Los médicos le realizaron un ECG que resultó normal, no encontraron nada clínicamente significativo, por lo que la refirieron a los psicólogos del área. Se trató del primer AP que había experimentado en su vida. Hasta el momento de la evaluación inicial, no mostraba preocupación por otros AP, ni afectaciones en su funcionamiento cotidiano, social o laboral. Sin embargo, refirió tener pensamientos catastróficos relacionados con la posibilidad de morir o sufrir un ataque cardíaco. La paciente identificó como posible factor precipitante problemas con su pareja actual. No tenía ningún antecedente de tratamiento psicológico. En su valoración psicológica inicial, cumplió con criterios diagnósticos de AP. Cuando experimentó el AP, refirió estar trabajando y un gato la mordió, lo que inició la oleada de síntomas. Su respuesta inmediata fue sentarse en el suelo y tener pensamientos como “me voy a morir” y “me va a dar un infarto”. También se sintió triste al mostrar vulnerabilidad en su trabajo, temiendo que sus compañeros pensarán que no era una buena veterinaria, y

no quería que esta situación se repitiera. En la ESPAGNIC, obtuvo una puntuación que corresponde a “ligeramente enfermo” (puntuación= 4, ver apartado de *Instrumentos*). Según el ASI-3, mostró poca preocupación por síntomas físicos y bastantes preocupaciones sociales, relacionadas con experimentar ansiedad en público (puntuación= 15, ver apartado de *Instrumentos*). En la entrevista de utilización, mencionó haber acudido a un médico familiar por COVID-19 y al SE por los síntomas de AP en los últimos 12 meses. En general, reportó una buena calidad de vida en el WHOQOL-BREF (puntuación= 88, ver apartado de *Instrumentos*).

Instrumentos

Formulario de datos sociodemográficos. Entrevista semiestructurada expresamente elaborada para recoger información sobre la edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, antecedentes clínicos y de atención psicológica o psiquiátrica. En el caso correspondiente, indagar si el participante cuenta con un dispositivo para conectarse por VC y sobre sus habilidades para el uso de tecnologías.

Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI, Sheehan et alii, 1998). Evalúa los trastornos más comunes en entornos clínicos de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), a partir de varias preguntas precisas que requieren respuestas de sí o no se determina si la persona cumple o no con los criterios diagnósticos de determinados trastornos. Se utilizaron los apartados de trastorno de pánico y agorafobia. Estudios describen que la MINI tiene una validez ($k= 0,36$ a $0,82$) y confiabilidad ($k= 0,76$ a $0,93$) aceptablemente altas (Lecrubier et alii, 1997).

Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (ESPAGNIC, Shear et alii, 1997). Evalúa la gravedad de los síntomas del TP con o sin agorafobia, a partir de siete reactivos que se califican en una escala de cero a cuatro (0= nada a 4= más grave). Se utilizó su adaptación para población de habla hispana que cuenta con una consistencia interna grande ($\alpha=0,85$; Santacana et alii, 2014). Se retomó la guía de Furukawa et alii (2009) para hacer una interpretación más precisa de las puntuaciones obtenidas (0-1= normal, 2-3= límite con la enfermedad, 4-8= ligeramente enfermo, 9-12= moderadamente enfermo, 13-17= muy enfermo y 18-22= grave).

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad 3 (ASI-3, Peterson & Reiss, 1992). Evalúa las tres principales dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad o miedo a las sensaciones (preocupaciones físicas, cognitivas y sociales), a partir de 18 reactivos que se califican mediante una escala de cero a cuatro (0= muy poco a 4= muchísimo), las calificaciones más altas reflejan una mayor intensidad de los síntomas. Se utilizó la validación hecha en población mexicana (Taylor et alii, 2007) que cuenta con aceptable confiabilidad ($\alpha=.83$ preocupaciones físicas, $\alpha=.82$ preocupaciones cognitivas y $\alpha=.73$ preocupaciones sociales).

Entrevista semiestructurada de la utilización de los servicios de salud. Evalúa la utilización de los servicios de salud en períodos retrospectivos de tres meses, a partir de seis preguntas que requieren respuestas de sí o no y de preguntas abiertas que requieren describir el uso de los servicios de salud (consultas con médicos generales, especialistas y profesionales de la salud mental). El formato no cuenta con propiedades psicométricas, se adaptó a propósito del estudio con base en un formato empleado en otros trabajos que han tenido una finalidad similar (Roberge et alii, 2005).

Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1998). Evalúa calidad de vida a partir de 26 reactivos distribuidos en cuatro dominios diferentes (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente) que se califican de acuerdo con escalas de uno a cinco (1= muy mala/muy insatisfecho/nada/nunca a 5= muy buena/muy satisfecho/totalmente/siempre). Las puntuaciones más altas reflejan una mayor calidad de vida, la mayor puntuación posible es 130. Se utilizó su versión en español que cuenta con una consistencia interna alta ($\alpha=.89$; Huerta, Romo & Tabayas, 2017).

Cuestionario de validez social. Se trata de un cuestionario expresamente elaborado para conocer la percepción de los pacientes sobre las características y efectos del protocolo de atención para AP o TP que recibieron. Consta de 10 preguntas, algunas se califican de acuerdo con escalas tipo likert, por ejemplo: “¿Qué tanto cree que el tratamiento

es adecuado para tratar los síntomas del Trastorno de Pánico?” (nada, poco, algo, bastante, totalmente); “¿Qué tan satisfecho está de las siguientes características de las sesiones (duración, frecuencia, contenido)?” (muy insatisfecho, insatisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, satisfecho, muy satisfecho) y otras son abiertas “¿Considera que tuvo cambios a lo largo del tratamiento? En caso de que sí, ¿cuáles?”. No cuenta con propiedades psicométricas.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO

Descripción general del tratamiento

Los protocolos aquí descritos retoman estrategias de la TCC y se basan en manuales de tratamiento para el TP (Craske & Barlow, 2006; Letarte, Marchand & Seidah, 2019), guías para la aplicación de la telepsicología (*Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists*, 2013), las características de los SE (Obermeyer *et alii*, 2015) y elementos culturalmente sensibles (metáforas, dichos populares, lenguaje culturalmente apropiado) descritos en la literatura (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995). Cada módulo contiene por lo menos una metáfora, por ejemplo en el módulo 1 la “metáfora de la mochila y las piedras”. Los dichos populares se incluyen específicamente en el módulo 3. El lenguaje culturalmente apropiado se retoma en todo el contenido, tanto del cuadernillo de trabajo como de la presentación de apoyo elaborados para cada protocolo de atención. Así como en las intervenciones de las terapeutas, quienes usaron palabras sencillas para la psicoeducación y al dar ejemplos significativos de la vida cotidiana de los pacientes. Se describe un protocolo para AP y dos para el TP, dado que la prevalencia del TP en los SE es mayor (Horenstein & Heimberg, 2020). Los dos protocolos para TP constan de tres módulos en los que se emplean diferentes estrategias de la TCC: 1) Comprender (psicoeducación y reestructuración cognitiva), 2) Cambiar (exposición interoceptiva e in vivo) y 3) Mantener los logros (plan de acción y solución de problemas). El protocolo de AP sólo consta del módulo Comprender (ver tabla 1), en tanto que, en la literatura especializada, estrategias como la psicoeducación y la reestructuración cognitiva se han utilizado para el abordaje del AP en SE (Dyckman *et alii*, 1999) y otros contextos (Torner, 2019). Estas estrategias se han relacionado con una mayor remisión de los síntomas del TP (Pompoli, Furukawa, Efthimiou, Imai, Tajika & Salanti, 2018). El objetivo de estos protocolos fue brindar atención psicológica

Tabla 1. Protocolos breves de TCC para pacientes con ataques de pánico o trastorno de pánico que acuden a SE.

Características	1. TCC breve para TP	2. TCC breve e intensiva para TP	3. Manejo de AP
Modalidad	Videoconferencia	Presencial	Presencial
Número sesiones	7	3 sesiones	1 sesión
Frecuencia	Semanal	Semanal	Única
Duración sesión	60-90 minutos	120 minutos	120 minutos
Módulos y estrategias	I. Comprender (sesiones 1 y 2) Psicoeducación Reestructuración cognitiva II. Cambiar (sesiones 3 a 6) Exposición interoceptiva Exposición in vivo III. Mantener logros (sesión 7)	I. Comprender (sesión 1) Psicoeducación Reestructuración cognitiva II. Cambiar (sesión 2) Exposición interoceptiva Exposición in vivo III. Mantener logros (sesión 3)	I. Comprender (sesión 1) Psicoeducación Reestructuración cognitiva
Quién proporcionó	Psicoterapeuta capacitada en TCC, estudiante posgrado	Psicoterapeuta capacitada en TCC, estudiante posgrado	Psicoterapeuta capacitada en TCC, estudiante pregrado
Escenario	Sala de reunión Zoom	Consultorio SE	Consultorio SE
Materiales	Presentación, formularios evaluación, cuadernillo de trabajo digital, dispositivo electrónico con conexión a internet	Presentación, formularios evaluación, cuadernillo de trabajo impreso, computadora	Presentación, formularios evaluación, cuadernillo de trabajo impreso, computadora

Notas: AP= Ataque de pánico; SE: Servicio. De Emergencia; TCC= Terapia Cognitiva Conductual; TP= Trastorno de pánico.

a los pacientes con TP o AP para reducir la intensidad y frecuencia de sus síntomas y, a partir de esto, aumentar su calidad de vida y disminuir su utilización de los SE.

Los protocolos fueron breves (de una a siete sesiones, con una duración de 60 a 120 minutos cada una), lo que es de gran importancia dado el contexto del SE que se caracteriza por lograr resultados óptimos en poco tiempo (Kuriyama, Urushidani & Nakayama, 2017). Se consideró tener al menos dos modalidades de atención, presencial y por videoconferencia (VC), para los pacientes con TP; la VC para aquellos con poco tiempo para tomar las sesiones debido a sus amplios horarios de trabajo o vivir en otra ciudad; la presencial para quienes cuentan con habilidades insuficientes para el uso de la tecnología o tienen poca privacidad en casa. Cabe mencionar que antes de implementar alguno de los protocolos, los pacientes pasaron por una revisión médica (por ejemplo, electrocardiograma, placa de tórax, prueba capilar de azúcar o laboratorios) en el SE para descartar que sus síntomas no se explicaran mejor por una enfermedad física. Hecho esto, firmaron un consentimiento informado para participar en alguno de los protocolos de atención.

Módulo 1: Comprender

Los principales objetivos de este módulo fueron: 1) psicoeducar a los pacientes sobre AP y TP con o sin agorafobia, 2) desmitificar los síntomas de los AP, identificar y comenzar a cambiar los pensamientos distorsionados, y 3) explicar los objetivos del tratamiento. Las terapeutas usaron diversos recursos visuales (por ejemplo, un diagrama sobre el ciclo del pánico) y multimedia (por ejemplo, un vídeo que explica los síntomas del AP, TP y agorafobia; y su relación con buscar atención en SE) para psicoeducar a los pacientes sobre las características y causas del AP, TP y agorafobia con la finalidad de aumentar su comprensión y recuerdo de la información, así como para complementar la atención presencial y adaptar las estrategias de la TCC para su administración por VC (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani & Riva, 2003; Houts, Doak, Doak & Loscalzo, 2006). Como parte de la psicoeducación, fue clave profundizar en las causas de dichos problemas psicológicos, dado que los pacientes suelen llegar al SE creyendo que su malestar es físico e incluso grave, se enfatizó que son formas de ansiedad ampliamente tratables con TCC que brinda nuevas habilidades de afrontamiento relacionadas con pensar y comportarse diferente ante los AP, y en el caso de los pacientes con TP (con o sin agorafobia) también ayuda a disminuir la preocupación y a recobrar el funcionamiento.

Asimismo, se retomó el papel de los factores precipitantes (estrés relacionado con eventos vitales) y de mantenimiento (pensamientos distorsionados; conductas de evitación, escape y seguridad) de AP, TP y agorafobia con la finalidad de comenzar el cambio de pensamientos y conductas necesario para afrontar los síntomas. Para hacer más significativa la información (Bernal *et alii*, 1995), las terapeutas usaron la “metáfora de la mochila y las piedras”, donde la mochila representó la historia de vida de los pacientes, y las piedras simbolizaron los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Pidieron a los pacientes imaginar que tienen una mochila desde su nacimiento con algunas piedras (factores predisponentes biológicos) y a lo largo de su vida pueden ir adquiriendo otras (factores predisponentes psicológicos, precipitantes), la presencia de estas piedras no garantiza la aparición de AP o TP, pero cuando se combinan creencias distorsionadas sobre síntomas físicos con un evento vital estresante puede surgir el primer AP. No obstante, les explicaron que pueden modificar algunas piedras (factores predisponentes psicológicos y de mantenimiento), es decir, los pensamientos distorsionados

sobre los síntomas de AP o las conductas de evitación. Esta información sirvió como base para un ejercicio en el que los pacientes identificaron los factores relacionados con sus propios AP o TP, para esto analizaron los eventos previos y desencadenantes de su primer AP, así como los pensamientos y conductas que los estaban manteniendo.

Otro aspecto importante de este módulo fue apoyar a los pacientes a romper los mitos sobre las sensaciones de AP y conocer su verdadera naturaleza. Las terapeutas explicaron a los pacientes la respuesta de alarma o bien de lucha-huída por medio de la “metáfora del coche” en la que relacionaron la función del acelerador y del freno con la actividad del sistema simpático y parasimpático, respectivamente. Enfatizaron que estos dos sistemas se activan coordinadamente en un intento de preparar al cuerpo para huir o luchar, el sistema simpático “acelera” las respuestas de activación (por ejemplo, palpitaciones, sudoración, temblores, mareos, cambios en la respiración, es decir, los síntomas típicos de los AP) y el sistema parasimpático las “frena” llevando al cuerpo nuevamente al estado de equilibrio (es decir, desacelerar la activación del sistema simpático). A partir de esto, las terapeutas explicaron a los pacientes que los AP equivalen a un mecanismo automático de supervivencia y no son dañinos, aunque puedan resultar incómodos. Dicha metáfora se creó con base en retomar aspectos de la vida cotidiana (Bernal *et alii*, 1995), como lo es manejar un auto, ya sea que los pacientes supieran manejar o bien hubieran visto a alguien hacerlo. Asimismo, se usó una imagen sobre el sistema nervioso para facilitar la comprensión y el recuerdo de los pacientes (Houts *et alii*, 2006).

Como parte de romper los mitos sobre las sensaciones de los AP, se abordó con especial atención la diferencia entre un ataque cardíaco y un AP. Los pacientes que acuden a SE generalmente tienen temores infundados de sufrir un ataque cardíaco y generan pensamientos como “me va a dar un ataque cardíaco” o “me voy a morir”, en algunos casos incluso después de recibir los resultados de un electrocardiograma y explicaciones médicas sobre su buena salud actual. Por ello fue importante analizar la relación existente entre los pensamientos, las emociones y las conductas, y apoyarles a cuestionar la probabilidad real de que ocurrieran los escenarios catastróficos o negativos anticipados.

Otro recurso para desmitificar los síntomas de AP y además corroborar la comprensión de los pacientes acerca de la información fue realizar un ejercicio en la plataforma web *Kahoot!* (<https://create.kahoot.it/>). El ejercicio consistió en presentarles 10 preguntas relacionadas con las supuestas consecuencias de las sensaciones de un AP, por ejemplo: “¿Si siento el corazón acelerado o palpitante significa que me va a dar un ataque cardíaco?” o “¿La desorientación o desconexión de la realidad significa volverse loco o perder el control?”, ellos tenían que responder con verdadero o falso dentro de un límite de tiempo de 10 segundos. La plataforma les proporcionó retroalimentación inmediata sobre la precisión de sus respuestas y en caso de responder incorrectamente las terapeutas les brindaron mayor psicoeducación. El uso de este contenido multimedia sirvió para adaptar las estrategias de intervención de la TCC para su aplicación por VC y para enriquecer la atención presencial (Castelnuovo *et alii*, 2003).

Asimismo, se realizaron ejercicios de reestructuración cognitiva con la finalidad de apoyar a los pacientes a reemplazar sus pensamientos catastróficos por pensamientos realistas como un aspecto clave para romper el ciclo del pánico. Las terapeutas comenzaron por explicarles los errores de pensamiento más comunes en pacientes con AP, como la catastrofización y las conclusiones precipitadas, así como los pasos para cambiarlos. Nuevamente recurrieron a usar metáforas e imágenes para facilitar la comprensión (Houts

et alii, 2006) de aspectos clave del comportamiento, por ejemplo, emplearon la imagen de un paisaje opaco y lleno de nubes para representar una mente llena de pensamientos angustiantes y catastróficos; y un paisaje colorido y lleno de nubes con pensamientos realistas generados por el paciente.

Módulo 2: Cambiar

Los principales objetivos de este módulo fueron 1) apoyar a los pacientes a permanecer en las sensaciones de AP sin caer en ansiedad a partir de ejercicios de exposición interoceptiva, 2) reforzar la habilidad de generar pensamientos realistas, y 3) en el caso de los pacientes con agorafobia, realizar ejercicios de exposición para afrontar las situaciones o actividades que suelen evitar. Al respecto del primer objetivo, se realizaron ejercicios de exposición interoceptiva para que los pacientes con TP experimentaran de forma propositiva sensaciones similares a las de un AP, esto con la finalidad de que se familiarizaran con ellas y comenzaran a perderles el miedo (Craske & Barlow, 2006). Aunado a que cada ejercicio fue una oportunidad para que los pacientes transformaran sus pensamientos catastróficos en pensamientos realistas, por ejemplo, se realizó un ejercicio de subir y bajar alternadamente las rodillas a la altura de las caderas durante un minuto, lo que generalmente produjo palpitaciones, este simple hecho generó en los pacientes pensamientos como “me va a dar un ataque cardíaco” o “algo malo está a punto de suceder”. Las terapeutas ayudaron a los pacientes a cuestionar la veracidad de sus pensamientos y a generar pensamientos realistas como “las palpitaciones son pasajeras e inofensivas, mi corazón es saludable”. Esto fue posible gracias a la psicoeducación previa sobre las diferencias entre un ataque cardíaco y un AP.

Antes de comenzar la práctica de los ejercicios de exposición interoceptiva fue importante hacer una breve preparación a los pacientes, pues podrían estar ansiosos al experimentar sensaciones que generalmente temen. Como parte de la preparación fue de utilidad que las terapeutas mencionaran que la mayoría de los pacientes toleran bien los ejercicios; la posibilidad de tomar pausas entre ejercicio y ejercicio, y de comunicar cualquier malestar intenso; explicar el para qué realizar los ejercicios y resolver cualquier duda. Además, en el caso del paciente que eligió el protocolo por VC, la terapeuta le preguntó dónde se encontraba y si había alguien cerca, anticipando un plan en caso de crisis (Bouchard *et alii*, 2020). Al momento de realizar los ejercicios, las terapeutas preguntaron a los pacientes su percepción de la intensidad, nivel de miedo y similitud de las sensaciones producidas en comparación con un AP real, para ello les mostraron la imagen de un termómetro de colores (verde, amarillo, naranja y rojo) a modo de escala visual análoga de cero a 10; todos estos elementos se conjuntaron para facilitar la comprensión de los pacientes (Houts *et alii*, 2006).

En cuanto a los pacientes con TP y agorafobia también se trabajó en una jerarquía de situaciones agorafóbicas y en los pasos de exposición gradual. Algunas situaciones fueron muy identificables para los pacientes, por ejemplo, salir solo de casa. No obstante, para facilitar la toma de consciencia se usó una lista de posibles situaciones agorafóbicas e información sobre los factores moderadores del nivel de ansiedad, como: estar solo o acompañado, la hora del día, y el estar cerca o lejos de casa o bien de la salida en algún lugar público. Otro recurso fue la imagen de una montaña con peldaños (que representaban los pasos graduales) y una bandera en la cima (que representaba el lograr afrontar la situación o actividad temida), lo que permitió a los pacientes visualizar el afrontamiento como un proceso (Houts *et alii*, 2006). En el protocolo para TP presencial, cuando fue

posible hacer exposición in vivo se realizó en las instalaciones del SE, por ejemplo: subir y bajar escaleras. En el protocolo para TP por VC, sólo se trabajó en establecer los acercamientos graduales y el paciente los puso en práctica entre una sesión y otra.

Este módulo se caracterizó por ser muy práctico, al llevar a los pacientes a confrontarse con algo a lo que temen (sensaciones, actividades o situaciones), mientras se mantenían con pensamientos realistas. Algo que facilitó las sesiones fue apoyarlos con recursos visuales como el termómetro o la pirámide. Así como las tareas para casa que principalmente consistieron en practicar diariamente los ejercicios de exposición interoceptiva hasta dejar de tener miedo a las sensaciones, aspecto clave para la mejoría del TP. Otro recurso fue la “metáfora del cafecito” para cambiar su percepción sobre la incomodidad, en la cual habrá factores que podrán controlar (por ejemplo, sus pensamientos durante un AP) y otros que no (por ejemplo, el momento en que le suceda un AP). La metáfora consiste en que los pacientes se imaginen que cuando tienen un AP, le abren la puerta a las sensaciones y se toman un cafecito con ellas, en lugar de resistirse a experimentarlas, o bien, no abrirlas la puerta y permanecer alerta por si vuelven a intentar entrar. Es decir, aunque las sensaciones de AP sean “invitadas incómodas” su papel será el de un gran anfitrión que está receptivo, genera pensamientos realistas y tiene en cuenta que son inofensivas y pasajeras, por lo tanto, no hay porque sufrir mientras se quedan.

Módulo 3: Mantener logros

Los principales objetivos de este módulo fueron 1) concienciar a los pacientes de los cambios que han obtenido durante el tratamiento, 2) desarrollar un plan para mantener los cambios logrados, y 3) aprender cómo llevar un estilo de vida saludable que les permita tener un adecuado regulamiento del estrés y la ansiedad. Este módulo inició con una autoevaluación de cuatro preguntas sobre: 1) la frecuencia e intensidad de los AP, 2) la frecuencia de pensamientos negativos, 3) el grado de miedo a las sensaciones de pánico, y 4) en el caso de los pacientes con agorafobia, si hubo reducción de la evitación a situaciones temidas. Con base en las respuestas de los pacientes, las terapeutas brindaron retroalimentación y reconocimiento positivo por los cambios alcanzados. Asimismo, fue clave normalizar las posibles recaídas, para esto las terapeutas emplearon la “Metáfora de la montaña rusa” en la que asociaron el camino del bienestar con la trayectoria de una montaña rusa, el cual no sólo es lineal, ascendente o en picada. Esto permitió a los pacientes reflexionar que no es posible estar permanentemente en bienestar, pero tampoco en malestar.

Una vez concluido el tratamiento, algo que podría desestabilizar a los pacientes son “los momentos de alto riesgo”, es decir, aquellos eventos de la vida asociados con un intenso nivel de estrés (por ejemplo, preocupaciones económicas o una gran carga laboral). Dado que el estrés afecta el sistema nervioso, los pacientes pueden llegar a experimentar tensión y síntomas físicos que los lleven a pensar de forma catastrófica e incluso volver a un SE. Por ello, fue importante realizar dos acciones: 1) reafirmar a los pacientes que durante un AP su vida no está en riesgo y no representa una emergencia médica, por lo mismo, no era necesario que volvieran al SE, y 2) apoyarlos a visualizar un conjunto de pasos que podrían llevar a cabo para manejar los futuros eventos estresantes. Esto se complementó con información sobre pasos clave de qué hacer en caso de un AP: aceptar las sensaciones, hablar de manera realista y permanecer en el lugar, mismos que fueron practicados en sesiones pasadas.

Otro aspecto importante de este módulo fue apoyar a los pacientes a reanudar sus planes a largo plazo (por ejemplo, tener unas vacaciones familiares, iniciar la vida laboral o hacer un viaje largo en carretera), para lo cual se retomó la imagen de la montaña estableciendo la analogía de los peldaños con pasos a seguir, y la bandera de la cima con lograr el plan. Como parte del ejercicio, las terapeutas normalizaron la posibilidad de tener contratiempos en el camino y recurrieron a algunos dichos populares de la cultura mexicana para trabajar en dicho aspecto, por ejemplo: “lo que no te mata, te hace más fuerte”, que hace alusión a afrontar la adversidad y salir fortalecido de ella, o “la práctica hace al maestro”, que significa que se requiere realizar varias veces una acción para adquirir una habilidad. El uso de estos dichos permitió transmitir información relevante para el mantenimiento de los logros, crear expectativas positivas y añadir un elemento culturalmente sensible para los pacientes (Bernal *et alii*, 1995; Hinton & Patel, 2017).

Finalmente, terapeuta y paciente revisaron información sobre cómo llevar un estilo de vida saludable, y su importancia como parte de la prevención de recaídas y de establecer las condiciones adecuadas para promover su salud mental (Firth *et alii*, 2020). Hablaron sobre acciones clave a poner en práctica para: tener un apropiado descanso, llevar una alimentación saludable, realizar ejercicio, contar con una red de apoyo, y tener balance en la vida laboral o académica. Toda esta información fue presentada por medio de infografías con la intención de aumentar la comprensión, atención y adherencia de los pacientes (Houts *et alii*, 2006). Asimismo, se revisó otra infografía dirigida a familiares y amigos con información sobre cómo ayudar a una persona con AP, ya que muchas veces los síntomas de los pacientes con pánico son incomprensidos por las personas que los rodean o bien, éstas contribuyen a reforzar la percepción de gravedad y de acudir a SE.

Intervención

En cuanto al protocolo de atención por VC para el TP, se utilizaron diversas tecnologías, como el celular, para hacer evaluaciones y mensajería instantánea, con el fin de coordinar las diferentes sesiones (Bouchard *et alii*, 2020). La elección de la plataforma para VC se basó en la accesibilidad y disponibilidad para el paciente; antes de comenzar la intervención se evaluaron sus habilidades en el manejo de la tecnología requerida (plataforma Zoom y el dispositivo electrónico; Fernández Álvarez & Fernández Álvarez, 2021).

Se cuidó la confidencialidad de las sesiones al tomar medidas como una sala de espera virtual, envío directo del enlace de acceso al paciente vía mensajería instantánea, solicitando no compartirlo con terceros, y recomendación de usar audífonos. Se cuidó el entorno terapéutico al pedir al paciente tomar las sesiones en un lugar tranquilo y sin interrupciones; no responder mensajes, correos o llamadas durante las sesiones y mantener la cámara encendida para fomentar la interacción con la terapeuta (Markowitz *et alii*, 2021). Otra consideración relevante fue establecer un plan de contingencia en caso de interrupciones abruptas por cuestiones técnicas (Bouchard *et alii*, 2020), acordando con el paciente contactar a través de mensajería instantánea o llamada para reprogramar la sesión, o esperar a que se resolvieran los problemas técnicos.

Al igual que en los protocolos presenciales, durante las sesiones se empleó una presentación con información clave y ejercicios como un recurso visual. De acuerdo a las directrices de la *Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for*

Psychologists (2013), para las evaluaciones los instrumentos se utilizaron en formularios electrónicos y se aplicaron de forma remota en sesiones sincrónicas por llamada o VC. Además, se consideró tener un encuentro presencial con el paciente para la evaluación de tamizaje y la firma del consentimiento informado.

Procedimiento

En todos los protocolos se empleó el mismo procedimiento de reclutamiento y evaluación, la implementación fue de acuerdo con el número de sesiones. Como parte del reclutamiento el equipo de trabajo realizó dos acciones clave: 1) presentar los protocolos de atención a los médicos del SE; incluyendo una descripción de los síntomas de AP y TP, así como las implicaciones para el SE de la alta utilización de estos pacientes; y les solicitaron su colaboración para referirles a pacientes con síntomas de pánico y no de una enfermedad física, y 2) montar guardias en diversos horarios al menos tres días de la semana para abarcar el mayor horario del SE que funciona las 24 horas, esto con la finalidad de estar disponibles para evaluar a los posibles pacientes.

Una vez que los pacientes fueron canalizados, una psicóloga los evaluó con el diagrama de tamizaje de pánico que el equipo de trabajo había diseñado en base en los criterios diagnósticos del DSM 5 y de las modalidades de tratamiento disponibles (ver figura 1). El tamizaje sirvió para evaluar si los pacientes tenían AP o TP, así como para decidir el protocolo de atención más conveniente para su caso. Cuando los pacientes aceptaron tomar un protocolo de atención, firmaron el consentimiento informado y continuaron con su evaluación inicial.

Tres terapeutas capacitadas en TCC y con conocimientos del uso de la VC, implementaron el protocolo correspondiente conforme los pacientes fueron derivados y evaluados. Los protocolos presenciales se llevaron a cabo en el área de Psicología del SE, mientras que el protocolo por VC se realizó a través de la plataforma *Zoom* (el paciente en casa y las terapeutas en el hospital o en un espacio externo al hospital con las condiciones necesarias para garantizar la confidencialidad de la sesión). En todos los protocolos, se empleó una presentación con información psicoeducativa, un vídeo, ejercicios e infografías. Asimismo, los pacientes recibieron un cuadernillo de trabajo conformado por diversos ejercicios a realizar durante las sesiones e información relacionada con el contenido de cada módulo. Una semana después de finalizar el tratamiento, una psicóloga distinta a la terapeuta realizó la evaluación post-tratamiento, y los seguimientos a uno, tres y seis meses. Estas evaluaciones se realizaron de forma remota por VC o llamada telefónica, según fuera más conveniente para cada paciente.

RESULTADOS

Se describen en este apartado el curso del tratamiento, los resultados para cada uno de los casos. Las puntuaciones obtenidas en los instrumentos por los pacientes pueden verse en la tabla 2.

Curso del tratamiento y resultados del caso 1. Este paciente recibió el protocolo de TCC breve para TP por VC, durante las sesiones se benefició de la psicoeducación sobre el TP y la agorafobia, al saber que hay más personas con AP que acuden a SE y que su vida no estaba en riesgo, lo que le dio tranquilidad. Con respecto a la reestructuración cognitiva, este paciente reconoció que solía sacar conclusiones catastróficas sobre sus síntomas y durante la sesión dos pudo generar pensamientos más realistas al pasar de

Evaluación de tamizaje del pánico en emergencias

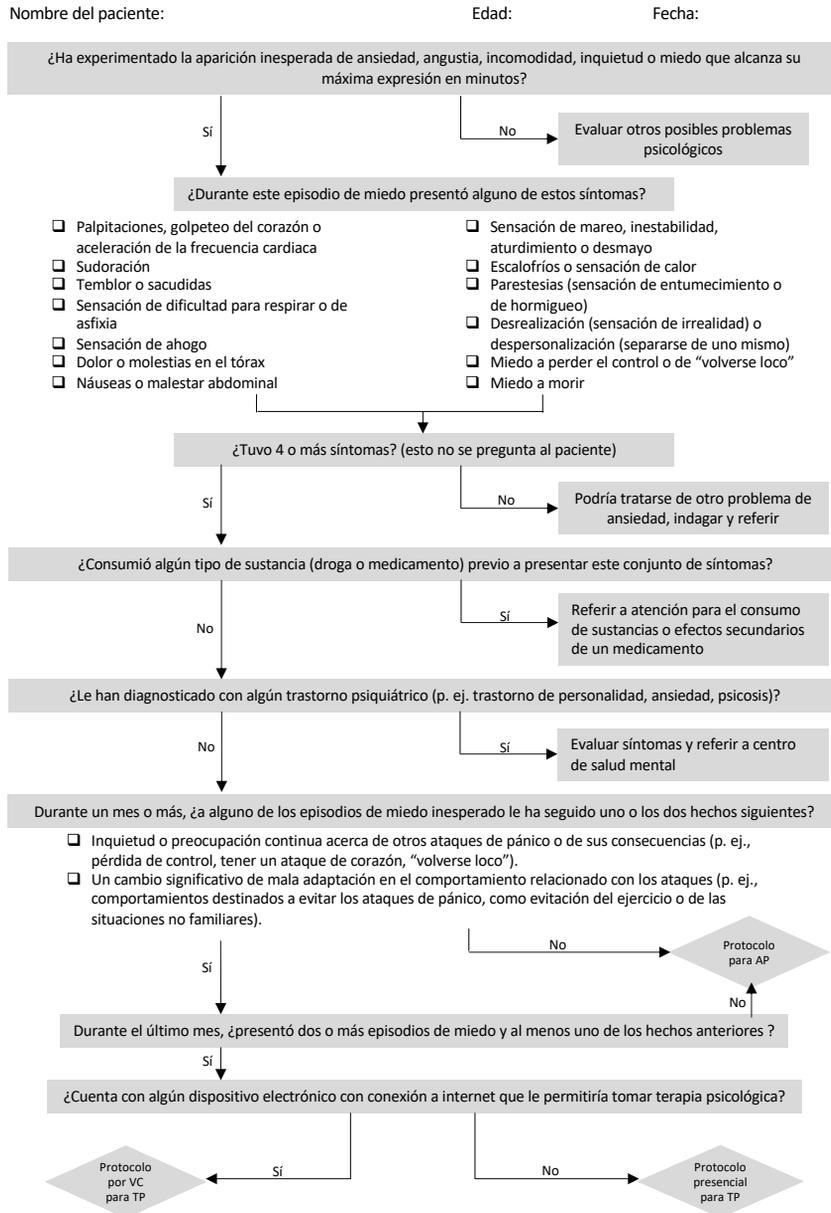


Figura 1. Diagrama de tamizaje del pánico en emergencias.

Tabla 2. Evaluación de los pacientes en cinco momentos

	TCC breve por VC para TP					TCC breve, intensiva y presencial para TP					Manejo de AP de forma presencial				
	Caso 1					Caso 2					Caso 3				
	Pre	Post	S1	S2	S3	Pre	Post	S1	S2	S3	Pre	Post	S1	S2	S3
ESPAGNIC	8	0	12	4	5	17	12	15	10	7	4	7	2	0	0
ASI-3 total	10	6	19	14	7	43	27	27	20	12	15	18	8	9	9
BREF	100	106	114	95	101	80	87	87	80	89	88	94	81	108	108

Notas: Pre= pretest; Post= posttest; S1= seguimiento a un mes; S2= seguimiento a tres meses; S3= seguimiento a 6 meses.

“me va a dar un ataque cardíaco” a “no estoy enfermo del corazón, estas sensaciones (palpitaciones y dolor de pecho) no son para alarmarse”. Durante el módulo tres, al realizar la exposición interoceptiva el paciente comprobó que las sensaciones de AP eran inofensivas y pasajeras. Se ocuparon dos sesiones para realizar los 12 ejercicios, el paciente pudo hacerlos todos y mantenerse en control. Como parte de la exposición a las situaciones que evitaba se abordó el conducir, dado que era parte de su trabajo como chofer y aunque no había dejado de hacerlo lo experimentaba con mucha ansiedad. Para la sesión seis logró tomar nuevas rutas en carretera, aunque estuvieran lejos o fueran poco concurridas, esto sin recurrir a comer dulces para sentirse tranquilo. De igual forma, comenzó a retomar las reuniones familiares e incluso salir de la ciudad con su familia. Al finalizar el tratamiento, los síntomas de TP disminuyeron totalmente de acuerdo con la ESPAGNIC (puntuación= 0, “normal”), al igual que la sensibilidad a la ansiedad de acuerdo con el ASI-3 (puntuación= 6), no había utilizado ningún servicio de salud y su calidad de vida aumentó (puntuación= 106). En cuanto a su percepción sobre el tratamiento, se mostró muy satisfecho con la duración, contenido, materiales de trabajo y modalidad. Refirió que la VC le permitió ajustar sus horarios para acceder a la atención. Consideró que el tratamiento le sirvió para generar pensamientos realistas, conocer la verdadera naturaleza de los AP y en caso de tener alguno saber cómo afrontarlo. Asimismo, mencionó que sí recomendaría el tratamiento, porque le ayudó a retomar su vida y disminuir su preocupación por otros AP, así como la frecuencia e intensidad de estos.

Curso del tratamiento y resultados del caso 2. Esta paciente recibió el protocolo de TCC breve e intensiva para TP de forma presencial, en el transcurso de las sesiones, la paciente aprendió cómo manejar las sensaciones relacionadas a los AP. Desde la primera sesión, refirió entender mucho más el TP y la agorafobia, logrando generar pensamientos realistas acerca de los síntomas. Los ejercicios de exposición interoceptiva fueron un reto para esta paciente; mostró inquietud y llanto en algunos de ellos, especialmente en el que consistía en imaginar el peor AP. Sin embargo, fue capaz de terminar todos los ejercicios y controlar su reacción a las sensaciones. La paciente mostró un gran esfuerzo por aplicar las estrategias vistas en sesión para el manejo de los AP, pero tuvo algunos intentos fallidos al bloquearse y no saber qué hacer. No obstante, desde la primera sesión les perdió el miedo al comprender la naturaleza de las sensaciones de AP. En la última sesión, tenía más clara la importancia de cambiar los pensamientos catastróficos por pensamientos realistas. Además, logró vencer sus conductas de evitación y se expuso a tomar café y a salir sola con su hija. Para esta paciente, la información sobre estilo de vida saludable resultó clave, ya que requería una modificación importante de sus hábitos de sueño, ejercicio y trabajo. En respuesta, comenzó a ir al gimnasio, a dormir más temprano y a disminuir sus días laborales. Al finalizar el tratamiento, los síntomas de TP disminuyeron significativamente de acuerdo con la ESPAGNIC (puntuación= 12, “moderadamente enfermo”). Su sensibilidad a la ansiedad, según el ASI-3 también disminuyó (puntuación= 27). No había utilizado ningún servicio de salud y su calidad

de vida mejoró (puntuación= 87). En cuanto a su percepción sobre el tratamiento, se mostró muy satisfecha con la duración, contenido y materiales de trabajo. Por otro lado, la modalidad presencial le resultó muy accesible y le brindó privacidad. Consideró que el tratamiento le sirvió para dejar de sobrepensar; aprender a ver los AP como algo natural sin evitarlos, disminuir su frecuencia y preocupación por los mismos. Además, mencionó que aprendió a darse un descanso y a no personalizar. La paciente manifestó que recomendaría el tratamiento, ya que le permitió un cambio radical al desmitificar los síntomas de AP, especialmente la frecuencia cardíaca, y darse cuenta de que no estaba perdiendo la cordura, como llegó a pensar en algún momento.

Curso del tratamiento y resultados del caso 3. Esta paciente recibió el protocolo breve de manejo de AP de forma presencial, durante su sesión de tratamiento comprendió a partir de la psicoeducación brindada las reacciones fisiológicas que experimentaba durante el AP y el porqué de esas sensaciones. Como parte de la reestructuración cognitiva, pudo generar pensamientos realistas que podrían serle de utilidad en caso de volver a experimentar un AP; por ejemplo “todo va a estar bien”, “esto pasa rápido” y “es mi cuerpo queriéndome proteger”. Al concluir la sesión, la paciente mencionó sentirse más segura de regresar a su trabajo, ya que ahora sabía qué hacer en caso de un AP y sus preocupaciones acerca de las percepciones de sus compañeros sobre ella también se habían disipado. En la evaluación post-tratamiento, según la ESPAGNIC manifestó una ligera preocupación por tener otros AP, evitar lugares y actividades por miedo a tener un AP (puntuación= 7, “ligeramente enfermo”). En el ASI-3, mostró poca preocupación por síntomas físicos, pero sus preocupaciones sociales aumentaron (puntuación= 18). Su calidad de vida mejoró de acuerdo con el WHOQOL-BREF (puntuación= 94). Cabe mencionar que, con posterioridad a la intervención, inició un proceso psicoterapéutico debido a que recientemente había finalizado una relación de pareja y se sentía deprimida y ansiosa por ello. En cuanto a su percepción sobre el tratamiento, se mostró muy satisfecha con la duración y los materiales de trabajo, así como con el contenido y la modalidad presencial. Consideró que el tratamiento le sirvió para sentirse más relajada, y consciente de lo que podría experimentar durante un AP y de cómo manejarlo. La paciente manifestó que recomendaría el tratamiento para la mayoría de las personas con AP.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue describir tres protocolos breves basados en la TCC para el tratamiento del TP o AP que fueron adaptados para su implementación de forma presencial o por VC, a través de tres casos presentando resultados en cuanto a la gravedad del diagnóstico, la sensibilidad a la ansiedad, la calidad de vida y la utilización de servicios de salud, así como la satisfacción de los pacientes con los protocolos.

El propósito fundamental de esta adaptación, por un lado, radicó en ampliar las posibilidades de acceso a la atención de aquellos pacientes con TP o AP que acuden a los SE buscando ayuda, así como diseñar tratamientos con elementos culturalmente sensibles (metáforas, dichos populares y lenguaje culturalmente apropiado). Nuestros resultados junto a los de otros estudios anteriores, señalan que las intervenciones presenciales o remotas basadas en la TCC pueden conducir a una disminución de la gravedad del TP, de la frecuencia de los AP, la sensibilidad a la ansiedad, y la utilización de los servicios de salud tal como señalaron Poirier-Bison *et alii* (2013). De igual forma, resultan en mejorías en la calidad de vida y son bien aceptadas por los pacientes en el sentido que

manifestaron Lessard *et alii* (2012) y Matsumoto *et alii* (2018). En este estudio pudimos observar que los beneficios terapéuticos se mantuvieron hasta seis meses después del tratamiento, habiendo señalado otros estudios el mantenimiento hasta por un año en pacientes con TP (Marchand *et alii*, 2012).

En cuanto al caso de la paciente con AP, el efecto del tratamiento sobre la frecuencia e intensidad de los AP no se reflejó en el post test, e incluso la paciente mostró algunos síntomas de TP (preocupación por otros AP y evitación). Por un lado, es posible que la psicoeducación y la reestructuración cognitiva por sí solas no hayan sido suficientes para abordar los síntomas de AP. Se sugiere considerar la adición de un componente conductual al protocolo de tratamiento del AP, como es la exposición interoceptiva. Esta estrategia ha demostrado ser eficaz cuando se combina con psicoeducación, reestructuración cognitiva y atención cara a cara (Pompoli *et alii*, 2018). Esto podría implicar más sesiones de tratamiento y la recomendación a los pacientes de practicar ejercicios de exposición interoceptiva en su casa.

Asimismo, la atención temprana de personas con AP es crucial, ya que los pacientes con AP tienen un alto riesgo de desarrollar TP en un periodo de uno o dos años después de su primera visita a SE, especialmente si presentan factores de riesgo como sensibilidad a la ansiedad y estrés relacionado con acontecimientos vitales, ya que estos factores predicen de manera significativa la incidencia de TP (Foldes-Busque, Lafontaine, Turcotte & Denis, 2021). En este sentido, al momento de recibir la intervención, la paciente experimentó problemas personales (problemas de pareja) que pudieron generarle estrés, sumado a que sus puntuaciones de sensibilidad a la ansiedad no disminuyeron en la evaluación post tratamiento. No obstante, a los tres y seis meses de seguimiento la paciente ya no presentó ningún AP, preocupación o conductas de evitación, y la sensibilidad a las sensaciones también disminuyó, en comparación con la evaluación pre y post.

Adicionalmente, en cuanto a la satisfacción de los pacientes con la intervención, nuestros resultados coinciden con estudios que han implementado la TCC por VC (p.e., Matsumoto *et alii*, 2018) con la mayoría de los pacientes mostrándose satisfechos con el tratamiento remoto. No fue posible comparar nuestros hallazgos con estudios en modalidad presencial, pues no se encontraron datos al respecto. Se tiene la hipótesis de que parte de esta satisfacción, en el caso de los pacientes con TP, también se relaciona con la posibilidad de elegir la modalidad del tratamiento (presencial o por VC), pues basaron su elección en sus posibilidades de tiempo, distancia, privacidad, practicidad y creencias sobre la efectividad de la modalidad.

Los resultados descritos se obtuvieron mediante tratamientos breves (de una a siete sesiones), que son comparables con otros protocolos más largos (de 12 a 16 sesiones) que han sido estudiados para pacientes con TP en clínicas de salud mental pero no en SE (p.e., Bouchard *et alii*, 2004, 2020; Efron & Wootton, 2021). La diferencia en la duración de los tratamientos puede atribuirse al contexto de atención, en SE se busca optimizar el uso de los recursos (Kuriyama *et alii*, 2017), y los tratamientos breves pueden contribuir a este propósito. Por otro lado, se ha informado que los pacientes con TP que buscan atención en SE reportan menos síntomas de pánico y de cogniciones agorafóbicas en comparación con aquellos que acuden a clínicas psiquiátricas (Belleville, Foldes-Busque & Marchand, 2010). En nuestro estudio los pacientes oscilaron entre ligeramente enfermos y muy enfermos, y se observaron mejoras en la reducción de los síntomas de AP o TP. Sin embargo, también se observaron fluctuaciones en el primer mes de seguimiento. Sería importante continuar estudiando el efecto de las intervenciones

breves en pacientes con TP o AP que busquen atención en SE, desde casos con síntomas leves hasta aquellos gravemente enfermos.

En el SE fueron viables los procesos de identificación y la evaluación de los pacientes con AP o TP, así como la implementación de las intervenciones adaptadas. Lo que se corresponde con otros estudios de adaptación de los procesos de atención para otros problemas psicológicos prevalentes en los SE (consumo excesivo de alcohol, depresión e intento suicida; p.e., Bruguera *et alii*, 2018; Grupp-Phelan *et alii*, 2019; Miller *et alii*, 2017). La implementación efectiva de los protocolos implicó un aspecto crucial: la identificación de pacientes con TP y AP en el SE. En este sentido, resultó de gran utilidad el diagrama de tamizaje que se diseñó para evaluar y guiar la asignación de los pacientes referidos a uno de los tres protocolos. Dado el gran interés por identificar a los pacientes con AP y TP en los SE, se han realizado otros intentos de generar herramientas breves de evaluación para pacientes adultos con dichos padecimientos que acuden a SE (Sung *et alii*, 2018). Esta etapa de identificación y evaluación fue posible gracias a la colaboración activa del personal médico, quienes constituyen el primer punto de contacto con los pacientes en el entorno del SE. Esto realza la importancia del trabajo multidisciplinario en el ámbito hospitalario, donde se enfrentan demandas no sólo atención física, sino también de salud mental (Barrat *et alii*, 2016). Así como los esfuerzos en educar al personal médico de los SE sobre AP, TP y otros problemas psicológicos presentes en dicho servicio (Valdes, Salani, King & de Oliveira, 2021).

La aplicación de las estrategias de la TCC para el TP y AP fue viable tanto en modalidad presencial como a través de VC. Esto se vio sustancialmente favorecido por el material psicoeducativo y de trabajo desarrollado para todos los pacientes, el cual se utilizó durante las sesiones (incluyendo una presentación visual con imágenes, diagramas e infografías, vídeos y un manual de trabajo en formato digital o impreso), y para las tareas a realizar entre sesión y sesión (manual de trabajo). Además, los elementos culturalmente sensibles como las metáforas, los dichos populares y el lenguaje culturalmente apropiado en los ejercicios diseñados facilitaron la comprensión de los pacientes (Bernal *et alii*, 1995; Hinton & Patel, 2017; Houts *et alii*, 2006). Estas adaptaciones están respaldadas por investigaciones previas que han abordado el pánico tanto con intervenciones presenciales como a través de VC, las cuales han incluido adaptaciones de manuales de trabajo (Marchand *et alii*, 2012), y la creación de materiales visuales como folletos (Bouchard *et alii*, 2000) y presentaciones para sesiones remotas o para asignar tareas (Matsumoto *et alii*, 2018). Sin embargo, es importante destacar que, hasta el conocimiento de los autores, ningún estudio ha reportado la consideración de algún elemento culturalmente sensible (metáforas, refranes, dichos populares, contenido basado en valores, costumbres o tradiciones), los cuales pueden aumentar la eficacia y validez de la intervenciones presenciales o remotas (Hall, Ibaraki, Huang, Marti & Stice, 2016; Spanhel, Balci, Baumeister, Bengel & Sander, 2020).

Como limitaciones del estudio cabe citar, en primer lugar, el número limitado de participantes no permite generalizar nuestros hallazgos y aconseja delimitar el alcance del estudio al de un estudio exploratorio que necesita ser confirmado por estudios con diseños más robustos, como estudios cuasiexperimentales o ensayos controlados aleatorizados, tales como los utilizados por Marchand *et alii* (2012) y Stubbings, Rees, Roberts & Kane (2013). Segundo, algunos de los instrumentos utilizados no han sido validados para población mexicana, lo que podría afectar a la validez de nuestros resultados; no obstante que los resultados hayan sido consistentes en cuanto a la disminución de los síntomas de pánico, entre los instrumentos no validados y el instrumento validado. Por otro

lado, todas las evaluaciones fueron administradas por una psicóloga y no se observaron problemas en la comprensión del lenguaje por los pacientes (no obstante, de acuerdo al estado de conocimientos sobre este tópico de actuación clínica, sería una importante contribución que futuros estudios se centrasen en la validación de los instrumentos).

En tercer lugar, cabe también señalar que no se exploró la posibilidad de brindar atención remota a pacientes con AP. Sin embargo, la modalidad presencial y la brevedad de la intervención descrita ofrecen la posibilidad de brindar la atención el mismo día en que los pacientes son derivados para atención psicológica. Al respecto, es relevante señalar que estos pacientes también buscan atención en el SE (Valdes *et alii*, 2021) y recientemente se ha observado un aumento en los casos (Stroeve *et alii*, 2021), por lo que sería de gran valor contar con diversas modalidades de tratamiento. Se sugiere que los protocolos se mantengan breves y se basen en estrategias de la TCC, como psicoeducación, reestructuración cognitiva e incluso exposición interoceptiva. Además, se recomienda el uso de tecnologías como VC, llamadas telefónicas, intervenciones en internet o una combinación, según las características de los pacientes. Cuarto, aunque el objetivo de este estudio no fue capacitar al personal médico del SE en la identificación del TP y AP, es un aspecto relevante por considerar. Se observó que varios de los casos referidos por los médicos no cumplían con los criterios para AP o TP, lo que conduce a evaluaciones repetidas para los pacientes y un aumento en los costos para los SE (Valdes *et alii*, 2021). Es posible que nuestras estrategias de capacitación hayan sido insuficientes, y que factores como la rotación constante de los médicos residentes no favorecieran. Considerar realizar programas de capacitación para los médicos del SE, sobre los síntomas de AP y TP, y del uso de herramientas de evaluación, podría ser una estrategia más efectiva para mejorar la identificación y el acceso de los pacientes al tratamiento psicológico.

Este estudio también cuenta con fortalezas. En primer lugar, se utilizaron protocolos adaptados a SE y a las características culturales de los pacientes (Bernal *et alii*, 1995; Hinton & Patel, 2017). Además, los protocolos fueron implementados por psicólogas clínicas capacitadas en TCC y con conocimientos en el uso de la telepsicología; así mismo se evaluaron las habilidades del paciente en el uso de las tecnologías necesarias para recibir el tratamiento (*Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists*, 2013). Segundo, la disponibilidad de dos modalidades de tratamiento para el TP permitió a los pacientes elegir la opción más adecuada, según factores como el tiempo, las habilidades en el uso de tecnologías y la privacidad. En un reciente estudio se ha recomendado que, así como la atención presencial, la telepsicología forme parte de los sistemas de salud para favorecer el tratamiento de los pacientes con problemas de salud mental (Alqahtani *et alii*, 2021). En tercer lugar, el diseño de un diagrama de tamizaje que abarca tanto la evaluación inicial como una guía para la asignación a un protocolo de tratamiento, facilitó los siguientes pasos en la evaluación e intervención de los pacientes, contribuyendo a los esfuerzos en el área para identificar y proporcionar el tratamiento adecuado a las personas con AP o TP (Sung *et alii*, 2018). Cuarto, cada protocolo fue administrado por una terapeuta diferente a la que realizó las evaluaciones de los participantes, lo que ayudó a reducir posibles sesgos en la evaluación. Finalmente, el uso de diversas tecnologías, como VC y llamadas telefónicas, tanto en los protocolos presenciales como en el remoto, brindó flexibilidad a los pacientes y amplió las oportunidades para completar las evaluaciones de seguimiento, lo que implica conciencia de las diferentes posibilidades de los pacientes en el uso de las telecomunicaciones (*Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists*, 2013).

Las intervenciones breves basadas en la TCC, adaptadas para su aplicación presencial y por VC en SE, parecen tener un efecto en la disminución de los síntomas de TP y AP, mejoría de la calidad de vida y reducción de la utilización de los SE. Se sugieren estudios más robustos para corroborar estos efectos.

REFERENCIAS

- Alqahtani MMJ, Alkhamees HA, Alkhalaf AM, Alarjan SS, Alzahrani HS, AlSaad GF, Alhrbi FH, Wahass SH, Khayat AH & Alqahtani KMM (2021). Toward establishing telepsychology guideline. Turning the challenges of COVID-19 into opportunity. *Ethics, Medicine and Public Health*, 16, 1006-12. Doi: 10.1016/j.jemep.2020.100612
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Philadelphia, PA: American Psychiatric Publishing.
- Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Hinkov HR, Hu C, Huang Y, Hwang I, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Matschinger H, O'Neill, S, Posada-Villa J, Sagar R, Sampson NA, Sasu C, Stein DJ, Takeshima T, Viana MC, Xavier M & Kessler RC (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44, 1303-1317. Doi: 10.1017/S0033291713001943
- Barratt H, Rojas-García A, Clarke K, Moore A, Whittington C, Stockton S, Thomas J, Pilling S & Raine R (2016). Epidemiology of mental health attendances at emergency departments: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11, 1-14. Doi: 10.1371/journal.pone.0154449
- Belleville G, Foldes-Busque G & Marchand A (2010). Characteristics of panic disorder patients consulting an emergency department with noncardiac chest pain. *Primary Psychiatry*, 17, 35-42.
- Bernal G, Bonilla J & Bellido C (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 67-82. Doi: 10.1007/BF01447045
- Berryhill MB, Halli-Tierney A, Culmer N, Williams N, Betancourt A, King M & Ruggles H (2018). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: A systematic review. *Family Practice*, 36, 53-63. Doi: 10.1093/fampra/cmz072
- Birosca B, Pantalon MV, Dziura JD, Hersey DP, & Vaca FE (2019). Use of non-face-to-face modalities for emergency department screening, brief intervention, and referral to treatment (ED-SBIRT) for high-risk alcohol use: A scoping review. *Substance Abuse*, 40, 20-32. Doi: 10.1080/08897077.2018.1550465
- Bouchard S, Payeur R, Rivard V, Allard M, Paquin B, Renaud P, & Goyer L (2000). Cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 999-1007. Doi: 10.1089/109493100452264
- Bouchard S, Allard M, Robillard G, Dumoulin S, Guitard T, Loranger C, Green-Demers I, Marchand A, Renaud P, Cournoyer LG & 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. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.02164
- Bouchard S, Paquin B, Payeur R, Allard M, Rivard V, Fournier T, Renaud P & Lapierre J (2004). Delivering Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference. *Telemedicine journal and e-health*, 10, 13-25. Doi: 10.1089/153056204773644535
- Bruguera P, Barrio P, Oliveras C, Braddick F, Gavotti C, Bruguera C, López-Pelayo H, Miquel L, Segura L, Colom J, Ortega L, Vieta E & Gual A (2018). Effectiveness of a Specialized Brief Intervention for At-risk Drinkers in an Emergency Department: Short-term Results of a Randomized Controlled Trial. *Society Academic Emergency Medicine*, 25, 517-525. Doi: 10.1111/acem.13384
- Castellnuovo G, Gaggioli A, Mantovani F & Riva G (2003). From psychotherapy to e-therapy: The integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 6, 375-382. Doi:10.1089/109493103322278754
- Cherpitel CJ, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G, Ye Y & Bond J (2009). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in a Polish emergency department: three-month outcomes of a randomized, controlled clinical trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 982-990. Doi: 10.15288/jsad.2009.70.982

- Craske MG & Barlow DH (2006). *Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide*. In *Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide* (4th. Ed.). Albany, NY: Graywind Publications.
- de Jonge P, Roest AM, Lim CCW, Florescu SE, Bromet E, Stein D, Harris M, Nakov V, Caldas-de-Almeida JM, Levinson D, Al-Hamzawi AO, Haro JM, Viana Mc, Borges G, O'Neill S, de Girolamo G, Demyttenaere K, Gureje O, Iwata N, Lee S, Hu C, Karam A, Moskalewicz J, Kovess-Masfety V, Navarro-Mateu F, Browne MO, Piazza M, Posada-Villa J, Torres Y, ten Have ML, Kessler RC & Scott KM (2016). Cross-national Epidemiology of Panic Disorder and Panic Attacks in the World Mental Health Surveys. *Depression and Anxiety*, 36, 1155-1177. Doi: 10.1002/da.22572
- Dyckman JM, Rosenbaum RL, Hartmeyer RJ & Walter RJ (1999). Effects of Psychological Intervention on Panic Attack Patients in the Emergency Department. *Psychosomatics*, 40, 422-427.
- Efron G & Wootton BM (2021). Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102385. Doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102385
- Esponda GM, Hartman S, Qureshi O, Sadler E, Cohen A & Kakuma R (2020). Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *The Lancet. Psychiatry*, 7, 78-92. Doi: 10.1016/S2215-0366(19)30125-7
- Fernández-Álvarez J & Fernández-Álvarez H (2021). Videoconferencing Psychotherapy During the Pandemic: Exceptional Times with Enduring Effects? *Frontiers in Psychology*, 12, 589536. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.589536
- Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Hoare E, Gilbody S, Torous J, Teasdale SB, Jackson SE, Smith L, Eaton M, Jacka FN, Veronese N, Marx W, Ashdown-Franks G, Siskind D, Sarris J, Rosenbaum S, Carvalho AF & Stubbs B (2020). A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19, 360-380. Doi: 10.1002/wps.20773
- Foldes-Busque G, Denis I, Poitras J, Fleet RP, Archambault P & Dionne CE (2019). A closer look at the relationships between panic attacks, emergency department visits and non-cardiac chest pain. *Journal of Health Psychology*, 24, 717-725. Doi: 10.1177/1359105316683785
- Foldes-Busque G, Lafontaine MF, Turcotte & Denis I (2021). Are Patients at Risk for Developing Panic Disorder After an Emergency Department Visit With Noncardiac Chest Pain? *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63, 23-31. Doi: 10.1016/j.jaclp.2021.07.011
- Foldes-Busque G, Marchand A, Chauny JM, Poitras J, Diodati J, Denis I, Lessard MJ, Pelland MÈ & Fleet R (2011). Unexplained chest pain in the ED: Could it be panic? *American Journal of Emergency Medicine*, 29, 743-751. Doi: 10.1016/j.ajem.2010.02.021
- Furukawa TA, Katherine Shear M, Barlow DH, Gorman JM, Woods SW, Money R, Etschel E, Engel RR & Leucht S (2009). Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depress Anxiety*, 26, 922-929. Doi: 10.1002/da.20532.
- Grupp-Phelan J, Stevens J, Boyd S, Cohen DM, Ammerman RT, Liddy-Hicks S, Heck K, Marcus SC, Stone L, Campo JV & Bridge JA (2019). Effect of a Motivational Interviewing-Based Intervention on Initiation of Mental Health Treatment and Mental Health After an Emergency Department Visit Among Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 2. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17941
- Hall GCN, Ibaraki AY, Huang ER, Marti CN & Stice E (2016). A Meta-Analysis of Cultural Adaptations of Psychological Interventions. *Behavior Therapy*, 47, 993-1014. Doi: 10.1016/j.beth.2016.09.005
- Hernández TF, Alcántara BA & Contreras CH (2015). Niveles de evaluación de la calidad. In AHC Colón (Ed.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (pp. 47-58). Secretaría de Salud. Descargado de: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_12experiencia.pdf
- Hinton DE & Patel A (2017). Cultural Adaptations of Cognitive Behavioral Therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40, 701-714. Doi: 10.1016/j.psc.2017.08.006
- Horenstein A & Heimberg RG (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 81, 101894. Doi: 10.1016/j.cpr.2020.101894
- Houts PS, Doak CC, Doak LG & Loscalzo MJ (2006). The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*, 61, 173-90. Doi: 10.1016/j.pec.2005.05.004
- Huerta JAL, Romo RAG & Tayabas JMT (2017). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO Qol BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista Iberoamericana de*

- Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 2, 105-115. Doi:10.21865/RIDEP44.2.09
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist Journal*, 68, 791-800. Doi:10.1037/a0035001
- Keynejad RC, Dua T, Barbui C & Thornicroft G (2017). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: A systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evidence Based Mental Health*, 21, 30-34. Doi:10.1136/eb-2017-102750
- Kuriyama A, Urushidani S & Nakayama T (2017). Five-level emergency triage systems: Variation in assessment of validity. *Emergency Medicine Journal*, 34, 703-710. Doi: 10.1136/emmermed-2016-206295
- Landa-Ramírez E, Sánchez-Cervantes CT, Sánchez-Román S, Urdapilleta-Herrera E, Basulto-Montero JL & Ledesma-Torres L (2021). Clinical psychology during the COVID-19 pandemic: Experiences from six frontline hospitals in Mexico (Psicología clínica durante COVID-19: Experiencias de seis hospitales de primera línea en México). *Revista de Psicoterapia*, 32, 143-155. Doi: 10.33898/rdp.v32i120.588
- Leclercq Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, Janavs J & Dunbar GC (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview. A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231. Doi: 10.1016/S0924-9338(97)83296-8
- Lessard MJ, Marchand A, Pelland, MÉ, Belleville G, Vadeboncoeur A, Chauny JM, Poitras J, Dupuis G, Fleet R, Foldes-Busque G & Lavoie KL (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, 129-147. Doi: 10.1017/S1352465811000506
- Letarte A, Marchand A & Seidah A (2019). *Miedo de tener miedo: Ansiedad, pánico, agorafobia*. Océano.
- Lindner G & Woitok BK (2020). Emergency department overcrowding. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 133, 229-233. Doi:10.1007/s00508-019-01596-7
- Marchand A, Belleville G, Fleet R, Dupuis G, Bacon SL, Poitras J, Chauny JM, Vadeboncoeur A & Lavoie KL (2012). Treatment of panic in chest pain patients from emergency departments: efficacy of different interventions focusing on panic management. *General Hospital Psychiatry*, 34, 671-680. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.06.011
- Markowitz JC, Milrod B, Heckman TG, Bergman M, Amsalem D, Zalman H, Ballas T & Neria Y (2021). Psychotherapy at a Distance. *American Journal of Psychiatry*, 178, 240-246. Doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20050557
- Matsumoto K, Hamatani S, Nagai K, Sutoh C, Nakagawa A & Shimizu E (2020). Long-Term effectiveness and cost-effectiveness of videoconference-delivered cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder, panic disorder, and social anxiety disorder in Japan: One-year follow-up of a single-arm trial. *JMIR Mental Health*, 7, 1-14. Doi: 10.2196/17157
- Matsumoto K, Sutoh C, Asano K, Seki Y, Urao Y, Yokoo M, Takanashi R, Yoshida T, Tanaka M, Noguchi R, Nagata S, Oshiro K, Numata N, Hirose M, Yoshimura K, Nagai K, Sato Y, Kishimoto T, Nakagawa A & Shimizu E (2018). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy with Real-Time Therapist Support via Videoconference for Patients With Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, and Social Anxiety Disorder: Pilot Single-Arm Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20, e12091. Doi: 10.2196/12091
- Miguel-Esponda G, Bohm-Levine N, Rodríguez-Cuevas FG, Cohen A & Kakuma R (2020). Implementation process and outcomes of a mental health programme integrated in primary care clinics in rural Mexico: a mixed-methods study. *International Journal of Mental Health Systems*, 14. Doi: 10.1186/s13033-020-00346-x
- Miller IW, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, Manton AP, Espinola JA, Jones R, Hasegawa K & Boudreaux ED (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*, 74, 563-570. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0678
- Minassian A, Vilke GM & Wilson MP (2013). Frequent Emergency Department Visits are More Prevalent in Psychiatric, Alcohol Abuse, and Dual Diagnosis Conditions than in Chronic Viral Illnesses Such as Hepatitis and Human Immunodeficiency Virus. *The Journal of Emergency Medicine*, 45, 520-525. Doi: 10.1016/j.jemermed.2013.05.007
- Musey PI & Kline JA (2017). Emergency Department Cardiopulmonary Evaluation of Low-Risk Chest Pain Patients with Self-Reported Stress and Anxiety. *Journal of Emergency Medicine*, 52, 273-279. Doi: 10.1016/j.jemermed.2016.11.022
- Musey PI, Lee JA, Hall CA & Kline JA (2018). Anxiety about anxiety: A survey of emergency department provider beliefs and practices regarding anxiety-associated low risk chest pain. *BMC Emergency Medicine*, 18, 1-7. Doi: 10.1186/s12873-018-0161-x

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. *National Institute for Health and Clinical Excellence, April 2007*, 1-928. Descargado de: www.nice.org.uk/guidance/cg113
- Obermeyer Z, Abujaber S, Makar M, Stoll S, Kayden SR, Wallis LA & Reynolds TA (2015). Emergency care in 59 low-and middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 577-586G. Doi: 10.2471/blt.14.148338
- Papola D, Ostuzzi G, Tedeschi F, Gastaldon C, Purgato M, Del Giovane C, Pompoli A, Pauley D, Karyotaki E, Sijbrandij M, Furukawa TA, Cuijpers P & Barbui C (2022). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 221, 507-519. Doi: 10.1192/bjp.2021.148
- Papola D, Ostuzzi G, Tedeschi F, Gastaldon C, Purgato M, Del Giovane C, Pompoli A, Pauley D, Karyotaki E, Sijbrandij M, Furukawa TA, Cuijpers P & Barbui C (2023). CBT treatment delivery formats for panic disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 53, 614-624. Doi: 10.1017/S0033291722003683
- Peterson RA & Reiss S (1992). *Anxiety Sensitivity Index revised manual*. Worthington, OH: IDS Publishing.
- Poirier-Bisson J, Marchand A, Pelland ME, Lessard MJ, Dupuis G, Fleet R & Roberge P (2013). Incremental Cost-effectiveness of Pharmacotherapy and Two Brief Cognitive-Behavioral Therapies Compared with Usual Care for Panic Disorder and Noncardiac Chest Pain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 753-759. Doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a2127d
- Pompoli A, Furukawa TA, 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, 1945-1953. Doi: 10.1017/S0033291717003919
- Roberge P, Marchand A, Reinharz D, Cloutier K, Mainguy N, Miller JM, Bégin J & Turcotte J (2005). Healthcare utilization following cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 79-88. Doi: 10.1080/16506070510008443
- Santacana M, Fullana MA, Bonillo A, Morales M, Montoro M, Rosado S, Guillamat R, Vallès V, Pérez V & Bulbena A (2014). Psychometric properties of the Spanish self-report version of the Panic Disorder Severity Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1467-1472. Doi: 10.1016/j.comppsy.2014.04.007
- Saucedo-Urbe E, Treviño-Lozano J, González-Mallozzi PJ, Enríquez-Navarro MK, de la Cruz-de la Cruz C, Rangel-Gómez AN, Carranza-Navarro F, Pardiñaz-García DD & Fuentes-Garza JM (2022). Anxiety in Mexican adults throughout the COVID-19 pandemic: A cross sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 201-207. Doi: 10.1016/j.apnu.2022.08.005
- Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, Gorman JM & Papp LA (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575. Doi: 10.1176/ajp.154.11.1571.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R & Dunbar GC (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, 22-57.
- Soto A, Smith TB, Griner D, Domenech Rodríguez M & Bernal G (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1907-1923. Doi: 10.1002/jclp.22679
- Spanhel K, Balci S, Baumeister H, Bengel J & Sander LB (2020). Cultural adaptation of Internet- And mobile-based interventions for mental disorders: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 9, 1-7. Doi: 10.1186/s13643-020-01438-y
- Stroevers S, Brett C, Michael K & Petrini J (2021). Emergency department utilization for mental health conditions before and after the COVID-19 outbreak. *The American Journal of Emergency Medicine*, 47, 164-168. Doi: 10.1016/j.ajem.2021.03.084
- Stubbings DR, Rees CS, Roberts LD & Kane RT (2013). Comparing In-Person to Videoconference-Based Cognitive Behavioral Therapy for Mood and Anxiety Disorders: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e258. Doi: 10.2196/jmir.2564
- Sung SC, Rush AJ, Earnest A, Lim LEC, Pek MPP, Choi JMF, Ng MPK & Ong MEH (2018). A Brief Interview to Detect Panic Attacks and Panic Disorder in Emergency Department Patients with Cardiopulmonary Complaints. *Journal of Psychiatric Practice*, 24, 32-44. Doi: 10.1097/PRA.0000000000000283

- Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, Abramowitz JS, Holaway RM, Sandin B, Stewart SH, Coles M, Eng W, Daly ES, Arrindell WA, Bouvard M & Cardenas SJ (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19, 176-188. Doi: 10.1037/1040-3590.19.2.176
- Tornero JLV (2019). Effectiveness of mental footnotes in the cognitive therapy for panic attack: Two case-studies. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22, 123-127. Doi: 10.4081/ripp-po.2019.337
- Valdes B, Salani D, King B & De Oliveira GC (2021). Recognition and Treatment of Psychiatric Emergencies for Health Care Providers in the Emergency Department: Panic Attack, Panic Disorder, and Adverse Drug Reactions. *Journal of Emergency Nursing*, 47, 459-468. Doi: 10.1016/j.jen.2021.01.00
- Webster R, Norman P, Goodacre S & Thompson A (2012). The prevalence and correlates of psychological outcomes in patients with acute non-cardiac chest pain: a systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 29, 267-273. Doi: 10.1136/emered-2011-200526
- WHOQOL Group (1998). WHO Quality of Life Scale (WHOQOL). *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Wise-Harris D, Pauly D, Kahan D, Tan de Bibiana J, Hwang SW, & Stergiopoulos V (2017). Hospital was the only Option: Experiences of Frequent Emergency Department Users in Mental Health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 405-412. Doi: 10.1007/s10488-016-0728-3

Recibido, 6 noviembre, 2023
Aceptación final, 25 enero, 2024