



ISSN 2255-5609

Revista de Casos Clínicos en Salud Mental

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ATAQUES DE PÁNICO

Horacio Balam Alvarez Garcia
Arturo Heman Contreras
Instituto de Terapia Cognitivo Conductual

COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION IN A CASE OF PANIC ATTACKS

Horacio Balam Alvarez Garcia
Arturo Heman Contreras
Instituto de Terapia Cognitivo Conductual

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Horacio Balam Alvarez Garcia
Instituto de Terapia Cognitivo Conductual
Yosemite No 29. Colonia Nápoles. Ciudad de México.
Correo: hbgitcc@outlook.com.

Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico

Resumen

Los trastornos de ansiedad representan uno de los padecimientos clínicos más recurrentes a nivel mundial, dentro de la población mexicana se reportan las fobias específicas, el trastorno de estrés postraumático y los ataques de pánico como los padecimientos más frecuentes en dicha población.. Actualmente la Terapia Cognitivo Conductual cuenta con un nivel de evidencia suficiente para recomendarse como tratamiento psicológico de primera línea. Existen múltiples intervenciones dentro de los modelos cognitivos conductuales, a pesar de ellos los protocolos basados en exposición (desensibilización sistemática, terapia de exposición con prevención de respuesta, protocolo unificado de trastornos emocionales) son los que cuentan con mayor nivel de estudio de acuerdo a los criterios de la Asociación Americana de Psicología. Bajo este hecho, el presente caso muestra un tratamiento cognitivo conductual basado en el protocolo del Center for Stress and Anxiety Disorders en los Estados Unidos, de una mujer joven diagnosticada con ataques de pánico sin agorafobia, la cual presentaba la problemática durante seis meses sin tratamiento alguno. Se evaluó la eficacia del tratamiento y se propone sugerencias para las futuras adecuaciones para la población mexicana.

Palabras clave: Ataques de pánico. Terapia cognitivo conductual. Agorafobia.

Cognitive behavioral intervention in a case of panic attacks

Abstract

Anxiety disorders represent one of the most recurrent clinical conditions worldwide, within the Mexican population are reported specific phobias, post-traumatic stress disorders and panic attacks as the most frequent conditions in said population. Currently Behavioral Cognitive Therapy has a sufficient level of evidence to be recommended as a first-line psychological treatment. There are multiple interventions within cognitive behavioral models, despite which exposure-based protocols (systematic desensitization, exposure therapy with response prevention, unified protocol of emotional disorders) are those that have a higher level of study according to the criteria of the American Psychological Association. Under this fact, the present case shows a cognitive behavioral treatment based on the protocol of the Center for Stress and Anxiety Disorders in the United States, of a young woman diagnosed with panic attacks without agoraphobia, which presented the problem for six months without treatment any. The effectiveness of the treatment was evaluated and suggestions are proposed for future adaptations for the Mexican population

Keywords: panic attacks. Cognitive behavioral therapy. Agoraphobia.

Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos de ansiedad junto con la depresión, los trastornos psicológicos con mayor índice de prevalencia a nivel mundial. El impacto que generan en las personas que lo padecen se traduce en elevados costos para los gobiernos y el decremento en la calidad de vida de las personas que los padecen (Alonso, y otros, 2018). Se estima que a nivel mundial de prevalencia de trastornos de ansiedad es de 14% en la población durante un año (Wittchen, y otros, 2011).

En México los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de 14.3% dentro de trastornos mentales, siendo las áreas metropolitanas las que cuentan con un 3.4% de prevalencia (Medina-Mora, Borges, Lara, & Benjet, 2003). Dentro de los trastornos de ansiedad, la agorafobia tiene una prevalencia del 1% de la población con una edad de inicio promedio de 21 años, por su parte los ataques de pánico presentan una prevalencia asimilar del 1% y una edad de inicio de 31 años en población mexicana (Oficina de Información Científica y Tecnológica, 2018).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM V), los trastornos de ansiedad se dividen en: Ansiedad por separación, Mutismo Selectivo, Fobia específica, Ansiedad Social y Trastorno de pánico (APA, 2013). Cada una de estas categorías ha recibido especial atención por parte de psicólogos y psiquiatras y se han propuesto múltiples formas de tratamiento, siendo la terapia cognitivo-conductual la cuenta con mayor grado de eficacia (Carpenter, y otros, 2018).

Si bien existen múltiples categorías diagnósticas, los tratamientos han sido documentados desde los primeros trabajos de desensibilización sistemática (Wolpe, 1993), terapia cognitiva (Clark & Beck, 2012) y protocolos específicos de orientación cognitivo-conductual (Barlow, 2002, Chorpita, 2007, Craske & Barlow, 2018). Estos estudios han sido replicados en varias ocasiones por lo que la literatura en español es de fácil acceso (Pérez Alvarez, Fernandez Hermida, Fernandez Rodriguez, & Amigo Vazquez, 2003, Caballo, 2014).

Derivado de la investigación en la década de los 80, se conceptualizó que los ataques de pánico se presentan en personas que tienen un alto umbral de respuesta fisiológica denominado vulnerabilidad biológica, la cual, predispone a tener una respuesta de hipervigilancia ante los cambios corporales internos, haciendo que la persona reaccione con pensamientos específicos de pérdida de control y baja autopercepción de habilidades de solución; a este componente se le denomina vulnerabilidad psicológica (Clark D. , 1986, Barlow D. , Craske, Cerny, & Klosko, 1989).

Si bien las investigaciones actuales de los trastornos ansiosos apuntan que esta vulnerabilidad se presenta en cada una de las categorías (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow, 2010), en los ataques de pánico es donde mejor se ha documentado (Barlow, y otros, 1984, Barlow & Craske, 2006, Deacon & Kemp, 2015,

Welsh, 2019) y es a partir del análisis de los mismos como se ha estructurado una propuesta de intervención cognitivo-conductual en pacientes de habla hispana (Moreno, 2007, Monterde Serrano & Casado Morales, 2015).

El desarrollo de múltiples investigaciones y la falta de estudios en población mexicana fue lo que motivo el reporte en el presente artículo. Es importante mencionar que la finalidad de este estudio es ser una guía general de aplicación de tratamientos establecidos con base en investigación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción del caso

Z es una mujer de 31 residentes de la ciudad de México, es la mayor de un matrimonio con dos hijos. Tiene estudios a nivel superior en el área de psicología, actualmente se desempeña en el ramo de administración de empresas y desarrollo de logística de software. Vive en una zona clase media en el centro de la ciudad. Vive con su pareja y están próximos a contraer matrimonio.

Z refiere que ya había tomado un proceso terapéutico con anterioridad, que no tiene relación con la problemática actual. Además menciona que abandono al mismo debido a la falta de empatía de su anterior terapeuta, finalmente menciona que este proceso había tenía un tiempo aproximado de 1 año en los cuales no veía más avances. Debido a ello, Z abandono su tratamiento y no busco ayuda hasta que los problemas se exacerbaron hasta un punto en que no podía salir de su casa lo que le trajo problemas laborales culminando en la renuncia.

Motivo de consulta

Z busca ayuda ya que después de 6 meses de haber salido de su último empleo comenzó a tener ataques de pánico durante las entrevistas laborales para conseguir uno nuevo. El ultimo que reporta culmino en la intervención de personal médico de la empresa en la que se encontraba solicitando empleo.

Tras este episodio, Z se dirigió con un médico psiquiatra, quien le diagnostico Trastorno de Pánico sin agorafobia. A pesar de ello Z comento que no quiso seguir el tratamiento farmacológico, y se dirigió al Instituto de Terapia Cognitivo-Conductual

Descripción de la problemática.

Z, reporta que los primeros ataques que sufrió se dieron durante su último empleo en el cual debía de volar constantemente, en uno de los vuelo, Z reporta que comenzó a sentirse sofocada, al momento de entrar en la zona de abordaje, esta sensación comenzó a exacerbarse en el momento en que transitaba por el pasillo, reporta que además de la sensación de sofocación, tuvo sensaciones de palpitación en el pecho y sudoración, a la par de estas sensaciones recuerda que lo único que pensaba era en que podría desfallecer y que no podría seguir controlando. Al poco tiempo de eso comenzó a evitar

los vuelos poniendo diferentes pretextos, debido a ello, comenzó a tener problemas a nivel personal con los directivos que culminó en la finalización del contrato laboral.

Una vez que estableció una rutina en casa, Z menciona que intentó en múltiples ocasiones, conseguir un empleo dentro de su área, pero refiere que cuando comenzaba a realizar la búsqueda, los pensamientos sobre un posible ataque durante la entrevista le impedían continuar con la tarea. Cuando esto sucedía, se recriminaba por no poder controlar los ataques, lo que la hacían pensar que era una persona débil, culminando con estados emocionales de tristeza.

En los últimos 6 meses Z asistió a múltiples entrevistas de trabajo, en las cuales los ataques se presentaron en diferentes grados de severidad, siendo la última la más difícil de sobrellevar al grado de que tuvo que recibir apoyo médico por parte de la empresa. Este último hecho fue lo que la llevó a buscar ayuda profesional e iniciar un tratamiento.

Análisis Funcional del caso.

Derivado de la recopilación de datos obtenidos en la entrevista se realizó un análisis funcional de caso, para determinar los objetivos terapéuticos necesarios (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006). Ver tabla 1.

Tabla 1. Análisis Funcional de Z

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias	Estrategias de resolución a corto plazo	Estrategia de resolución a largo plazo
Viajes continuos de trabajo en avión	Malestar físico (nauseas, sofocación) durante los vuelos	Fisiológicas: sudoración, mareo, hiperventilación Taquicardia Conductuales: hipervigilancia de sus signos vitales. Cognitivos: imágenes de un ataque físico. Pensamientos de falta de control.	Evitar los vuelos poniendo múltiples excusas.	Evitar situaciones que le generen malestares físicos parecidos a los presentados por el vuelo.

A pesar de que Z buscaba evitar las situaciones que evocaran las sensaciones físicas de malestar, la evitación de estas situaciones refuerza los pensamientos de falta de control y se van perdiendo habilidades de regulación de las sensaciones corporales generando un condicionamiento respondiente ante las mismas.

Tras hacer el análisis funcional, se analizó la evaluación psiquiátrica previa donde se le diagnosticó con Ataques de Pánico sin agorafobia de acuerdo a los criterios del DSM V, con base en ello se hizo una revisión de la literatura para determinar la intervención más adecuada para las características clínicas presentadas.

EVALUACIÓN

Se utilizó un diseño de investigación de N=1, con medidas pre y post tratamiento (Castro, 1977), se utilizaron dos Inventarios auto-aplicables que evalúan los niveles de ansiedad de la persona y que cuentan con adaptaciones a la población mexicana.

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), instrumento Autoaplicable de 21 reactivos que mide los síntomas comunes de ansiedad. Las preguntas son contestadas en formato Likert, que va de un valor 0 a un valor 3, en el cual, a mayor puntaje total mayor nivel de severidad de síntomas. El inventario presenta una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0.84) y un alto coeficiente de confiabilidad en test-retest ($r=0.75$) en población mexicana (Galindo Vazquez, y otros, 2015).

- Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), instrumento autoaplicable de 40 reactivos que mide expresiones y síntomas de ansiedad en dos dimensiones, ansiedad-estado y ansiedad rasgo. Las preguntas se distribuyen en formato Likert con valores de 1 a 4 en intensidad percibida de ansiedad. En población mexicana se han obtenido un coeficiente de confiabilidad alto, en ansiedad estado y ansiedad rasgo (alpha de Cronbach de 0.83) (Rojas-Carrasco, 2010)

TRATAMIENTO

Para brindar una intervención con soporte empírico a Z, se hizo un revisión de la literatura y se determinó que el protocolo cognitivo-conductual denominado “Domina tu ansiedad y pánico” desarrollado en el Centro para el Estrés y Desordenes de Ansiedad (Barlow & Craske, 1989), fue la opción más adecuada para la problemática clínica de Z.

Este protocolo es una intervención estructurada dividida en 11 sesiones individuales de hora de duración, se trabaja una vez por semana. El eje temático de las sesiones se divide en 4. El primero se concentra en explicar la naturaleza de la ansiedad y los patrones de evitación; el segundo eje aborda los pensamientos y se enseñan técnicas de monitorización y reestructuración cognitiva, así, el tercer eje se centra en el reentrenamiento de la respiración y su papel en los ataques de pánico, es así, que el cuarto eje se enfoca en enseñar al paciente a identificar las señales internas, exponiéndolo para así habituarlo a ellos. Basados en estos ejes, la tabla 2 muestra el plan de tratamiento de Z.

Tabla 2. Tratamiento Cognitivo-Conductual en Ataques de pánico de Z

Sesión	Técnicas	Objetivo
1	<ul style="list-style-type: none"> •Psicoeducación •Autorregistro de pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> •Explicar la ansiedad. •Identificación de cogniciones
2	<ul style="list-style-type: none"> •Psicoeducación •Respiración diafragmática •Relajación muscular progresiva 	<ul style="list-style-type: none"> •Explicar los ataques de pánico •Reentrenamiento en respiración •Disminuir las señales internas
3	<ul style="list-style-type: none"> •Respiración diafragmática •Autorregistro de pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> •Reentrenamiento en respiración •Identificación de cogniciones
4	<ul style="list-style-type: none"> •Respiración diafragmática •Reestructuración Cognitiva •Psicoeducación 	<ul style="list-style-type: none"> •Reentrenamiento en respiración •Modificar cogniciones •Explicar el papel de la cognición

5	<ul style="list-style-type: none"> •Respiración diafragmática •Reestructuración Cognitiva •Exposición a situaciones temidas 	<ul style="list-style-type: none"> •Reentrenamiento en respiración •Modificar cogniciones •Habitación a sensaciones internas
6	<ul style="list-style-type: none"> •Respiración diafragmática •Exposición a sensaciones internas 	<ul style="list-style-type: none"> •Reentrenamiento en respiración •Habitación a sensaciones internas
7	<ul style="list-style-type: none"> •Respiración diafragmática •Exposición a sensaciones internas 	<ul style="list-style-type: none"> •Reentrenamiento en respiración •Habitación a sensaciones internas
8	<ul style="list-style-type: none"> •Respiración diafragmática •Exposición a sensaciones internas •Reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> •Reentrenamiento en respiración •Habitación a sensaciones internas •Modificar cogniciones
9	<ul style="list-style-type: none"> •Respiración diafragmática •Exposición a sensaciones internas •Autorregistro de pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> •Reentrenamiento en respiración •Habitación a sensaciones internas •Identificar cambios cognitivos
10	<ul style="list-style-type: none"> •Exposición a sensaciones internas •Reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> •Habitación a sensaciones internas •Modificar cogniciones
11	<ul style="list-style-type: none"> •Exposición a sensaciones internas en sesión •Autorregistro de pensamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Habitación a sensaciones internas •Identificar cambios cognitivos

Las aplicaciones de los inventarios se hicieron durante las sesiones de 1 y 11 antes de iniciar la sesión. Es importante mencionar que las sesiones 10 y 11 se realizaron cada 15 días, debido a un viaje que tuvo Z.

Objetivos de la intervención:

- Disminuir los síntomas fisiológicos (sudoración, taquicardia, hiperventilación) de ansiedad a un nivel adaptativo
- Aumentar conductas de afrontamiento (exposición a situaciones que temidas, manejo Síntomas fisiológicos)
- Disminuir las cogniciones disfuncionales derivadas de los episodios de ansiedad.

Si bien las técnicas anteriormente descritas son propuestas con base en el modelo teórico del protocolo, existieron metas que se propusieron a través de la alianza terapéutica con Z y que serían contingentes y que darían dimensión personal a sus avances en sesión.

Las metas del tratamiento fueron:

- 1.Presentarse a entrevistas de trabajo
- 2.Poder realizar vuelos nuevamente por motivos laborales o de placer.
- 3.Generar habilidades de control ante futuras situaciones estresantes

Descripción de técnicas utilizadas

Para el desarrollo de la presentes investigación se utilizaron técnicas con amplio grado de investigación a continuación se describe brevemente cada una de ellas.

- Psicoeducación. Este procedimiento tiene por objetivo el brindar información específica sobre la problemática con la finalidad de dar una dimensión objetiva de la misma al paciente. Para el caso de Z se le brindaron dos trípticos donde se describía la ansiedad y la naturales a de los ataques de pánico (Gavino, 1997).
- Autorregistro de pensamientos. Este procedimiento, ayuda al paciente a diferenciar pensamientos, emociones y conductas, brindado un esquema de la relación entre ellos y las situaciones en las que se desarrolla cada uno. En el caso de Z, se le

explico cómo realizar un formato de autorregistro en hojas blancas, dividiendo hora, día, y actividad que se realiza (Vazquez, 2003)

- Respiración diafragmática. Este procedimiento tiene por objetivo disminuir las respuestas fisiológicas de los estados de ansiedad, como lo es la hiperventilación y el aumento del ritmo cardiaco. En el caso de Z se le mostró la diferencia entre la respiración convencional y la diafragmática, haciendo énfasis en el aumento de la inhalación, la contención del mismo y la exhalación (Olivares Rodriguez & Mendez Carrillo, 2001)

- Relajación muscular progresiva. Este procedimiento se deriva de la propuesta original de Jacobson, el objetivo es disminuir la tensión muscular del paciente a través de la tensión y relajación de grupos específicos de extremidades, siendo principalmente los brazos, las piernas y la cara. En el caso de Z el ejercicio se llevó a cabo en la cara, lugar donde reporto mostraba mayor malestar clínico (Cautela & Groden, 1985)

- Reestructuración cognitiva. Este procedimiento se basa principalmente en el método de debate derivado de la terapia cognitiva de Beck, haciendo que el paciente analice la lógica de los pensamientos, su utilidad para la resolución de problemas y el papel general en la problemática (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005)

- Exposición interoceptiva. El objetivo de este procedimiento es generar una habituación a las sensaciones internas del paciente, las cuales han generado un condicionamiento que los pone en sobre alerta desencadenando el ataque. En el caso de Z, se trabajó la exposición en sesión, utilizando ejercicios de hiperventilación, mientras que en las tareas para casa se le pidió que fuera en lugares cerrados (Barlow & Craske, 1989).

Dentro del desarrollo del tratamiento Z se mostró colaborativa pero con bajas expectativas de la eficacia del tratamiento, en la tabla 3 se muestran algunos ejemplos de las modificaciones que se realizaron a las técnicas anteriormente descritas.

Tabla 3. Adaptación de las técnicas al caso Z

Técnica	Adaptación al caso	Ejemplo en sesión
Psicoeducación.	Se prepararon dos trípticos en los que se explicaba la ansiedad y los ataques de pánico, con esa información se hicieron una conexión con situaciones que la paciente daba en sesión sobre su vida cotidiana.	T: sabes, la ansiedad es una respuesta adaptativa. Z: ¿Cómo lo es? T: Te acuerdas la vez que me contaste que te iban a robar en la calle. Z: si T: recuerdas que me dijiste que el estar alerta a la persona te ayudo a ver qué tan amenazante se veía y si realmente te estaba siguiendo Z: sí lo recuerdo fue muy feo. T: así es, pero si no hubieras estado alerta a ese estímulo no hubieras reaccionado tan bien, como vez esa reacción te ayudo en esa situación, lo que pasa es que con tus ataques de pánico vienen por que esa respuesta de alerta la estas usando en situaciones poco funcionales.

Autorregistros	Se enseñó a Z a llevar un conteo de los tipos de pensamientos que tenía en el día, mostrando mayor énfasis en los momentos en los que se sentía atrapada.	<p>T: en esta hoja debes identificar lo primero que piensas en situaciones comunes.</p> <p>Z: ¿en cualquier momento?</p> <p>T: sí, pero te será más fácil en las que estas intentando evitar o que los que son lugares cerrados.</p> <p>Z: ¿cómo en las entrevistas de trabajo?</p> <p>t. exacto, o cuando sales a un centro comercial, en ese momento específico ¿Qué piensas acerca de ti?</p>
Respiración diafragmática	Se enseñó a Z a llevar una respiración con el diafragma ante la alteración de la frecuencia respiratoria, con el objetivo de controlar la hiperventilación.	<p>T: lo que debes realizar es un inhalación fuerte, lo más fuerte posible, debes sentir que tu estomago se infla hasta que sientas que no puedes meter más aire. Una vez que lo hagas, contaras hasta 5 en tu cabeza y exhalaras. Debes realizar este ejercicio 3 veces durante el la mañana, 3 veces durante la tarde, y 3 veces durante la noche, todos los días. Recuerda lo importante es practicar hasta lograrlo.</p>
Relajación muscular progresiva	Se enseñó a Z mantenerse en un estado de relajación una vez que se va a realizar una actividad que desencadena respuestas fisiológicas de ansiedad.	<p>T: bien Z, me decías que la tensión en el cuerpo la sientes principalmente en el pecho y la cara, ¿cierto?</p> <p>Z: así es, de la cara es principalmente la frente y la mandíbula.</p> <p>T: bien, lo primero que debes hacer es apretar la cara lo más fuerte posible, una vez que lo hagas, cuentas en tu mente hasta 3 y después dejas de apretar. ¿Listo?</p> <p>Z: listo, ¿Cuántas veces hago eso?</p> <p>T: debes realizar el ejercicio 9 veces durante el día.</p> <p>Z: ¿Cómo el de respiración?</p> <p>T: sí, de hecho puedes hacerlos en conjunto para aumentar la relajación.</p> <p>Z: me costara trabajo, las haré por separado, sino no haré una ni la otra</p>
Reestructuración cognitiva	A través de hojas de apoyo se enseñó a Z a buscar evidencia que esté en contra de los pensamientos sobre la falta de habilidad identificados en los autorregistros	<p>Z: de la hoja que eh estado haciendo siempre me digo que nunca podré controlar este problema, esta semana tuve dos ataques cuando iba a las entrevistas, y sí hice los ejercicios, pero no creo que algún día logre dejar de tenerlos.</p> <p>T: comprendo tu molestia, pero veamos, que fue lo que inicio todo el ataque</p> <p>Z: el ir a una entrevista de trabajo</p> <p>T: bien, ¿qué fue lo primero que pensaste?</p> <p>Z: ojalá que no pase otra vez.</p> <p>T: ¿qué sentiste? ¿Qué hiciste?</p> <p>Z: Miedo y me puse a hacer los ejercicios</p> <p>T: bien: ¿Cuándo sentiste ese miedo, que pensaste de ti?</p> <p>Z: que si pasaba no lo podría controlar.</p> <p>T: bien, y que hiciste nuevamente</p> <p>Z: seguí haciendo mis ejercicios hasta que me calme</p> <p>T: ¿Crees que si realmente no controlarlas este problema habrías realizado los ejercicios?</p> <p>Z: no lo se</p> <p>T: ¿Crees que una persona sin control se comportaría así?</p> <p>Z: no para nada</p> <p>t: ¿Eso en que te convierte?</p>

Exposición a situaciones temidas	Junto con Z se creó una jerarquía a situaciones temidas, siendo el estar en un elevador una de las más temidas. Por lo cual se revisó que se tuviera buen manejo de los ejercicios de relajación y se programó enfrentarse a esa situación en la semana	<p>T: bien, de acuerdo a la jerarquía que hicimos, el estar en un elevador es algo muy difícil para ti, ¿cierto?</p> <p>Z: si de hecho eso me impide ir a las entrevistas de trabajo.</p> <p>T: Bien, esta semana debemos de comenzar a cambiar eso.</p> <p>Z: pero ¿Cómo?</p> <p>T: Bien este fin de semana debes ir a un centro comercial, y subirte a un elevador, lo que debes hacer es acercarte poco a poco a uno.</p> <p>Z: pero si me siento ansiosa, ¿Qué hago?</p> <p>T: bien cada vez que te sientas así, debes hacer los ejercicios de relajación, hasta que disminuyan, no importa el número de veces que lo haga, tú debes avanzar hasta que estés tranquila.</p> <p>Z: así hasta que logre subirme, ¿cierto?</p> <p>T: así es,</p> <p>Z: ¿y si me tardo mucho?</p> <p>T: el tiempo no es importante, sino practicar para que lo logres y después lo hagas cuando vayas a las entrevistas de trabajo</p>
Exposición interoceptiva	Se trabajo con Z a identificar sus sensaciones ante estados de relajación, para así disminuir el impacto de las mismas en el inicio del ataque	<p>T: Bien, hoy en sesión trabajaremos con tu respiración, primero, realiza tus ejercicios de relajación.</p> <p>Z: ok (realiza los ejercicios)</p> <p>T: bien ya estamos relajados, ahora ponte de pie, y trotemos</p> <p>Z: OK</p> <p>T: bien, ahorita que estamos trotando, como te siente</p> <p>Z: siento como respiro mas rápido</p> <p>T: ahora vamos mas rápido</p> <p>Z: ok</p> <p>T: mas rápido</p> <p>Z: si</p> <p>T: mas</p> <p>Z: ya es lo más que puedo</p> <p>T: bien aguantemos 3 minutos mas</p> <p>Z: estoy cansada</p> <p>T: yo igual, ¿pero paso algo más?</p> <p>Z: no, sentí como subía, pero solo seguí sin pensar en qué pasaría.</p> <p>T: bien, ya hoy trabajamos con ese cambio, ahora, en esta semana, me comentaste que regresaras al Gimnasio, durante tu rutina, pide al instructor que te de 10 minutos donde corras o te agites para que sigas acostubrándote a tu respiración elevada.</p>

Nota: los ejemplos fueron tomados de las grabaciones de las sesiones con Z, estas grabaciones están bajo resguardo el autor, y se dejaron reproducir por parte de la paciente con fines académicos.

RESULTADOS

Se realizó la aplicación en la primera sesión y última sesión de los inventarios de ansiedad. Z obtuvo un puntaje inicial de 28 en el BAI, lo que la colocaba con un grado de ansiedad moderada. Por otra parte, en el puntaje de IDARE, Z obtuvo un puntaje total de 49, lo que la colocaba con un nivel de ansiedad medio. Al momento de finalizar el tratamiento los puntajes obtenidos fueron de 12 en el BAI y de 23 en el IDARE, colocándola con una ansiedad baja en el primero y muy baja en el segundo. Ver gráfico 1 y gráfico 2.

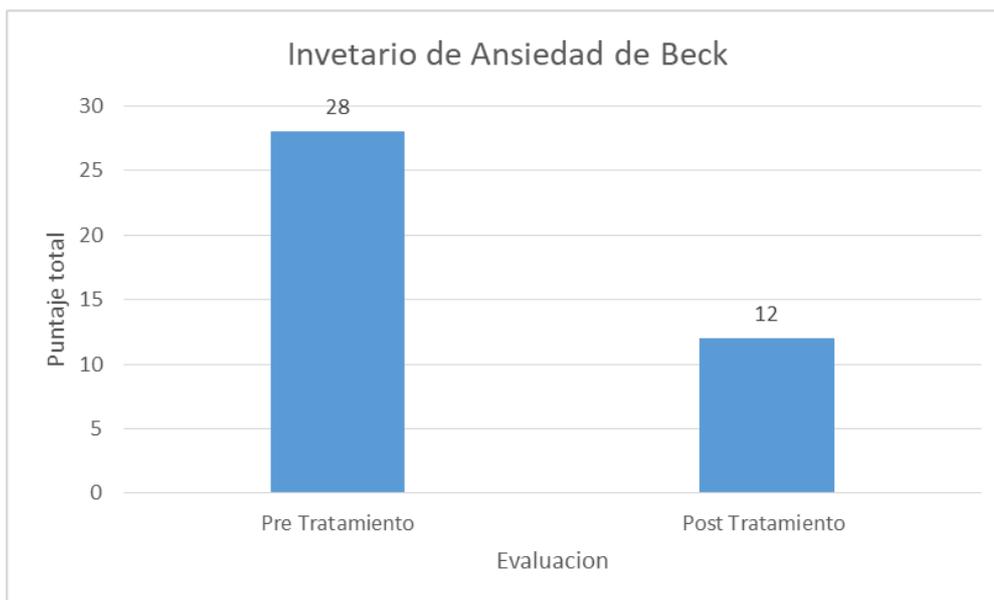


Gráfico 1. Las barras representan el decremento del nivel de ansiedad entre la primera sesión de tratamiento y la última. Pasando de un nivel de ansiedad moderado a un nivel de ansiedad bajo de acuerdo a los parámetros del inventario.

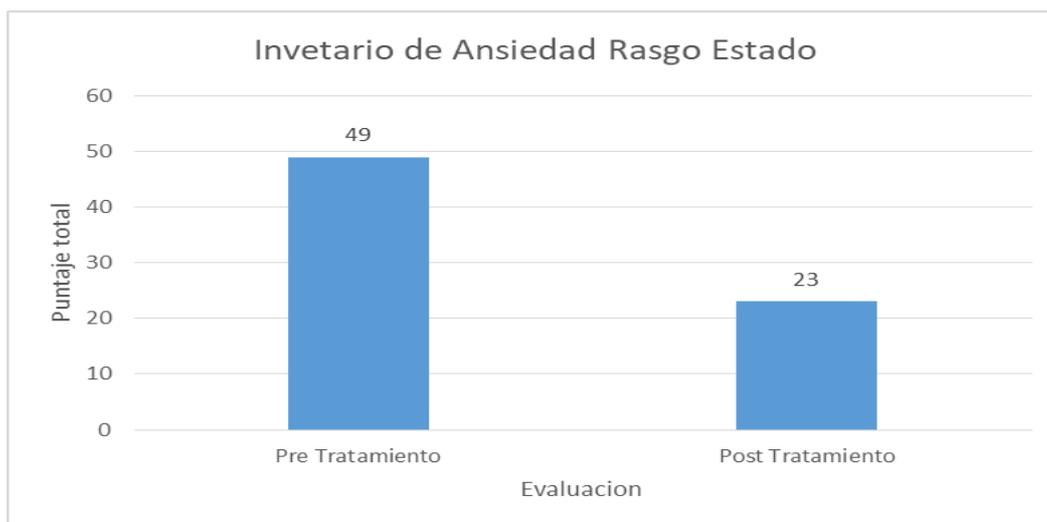


Gráfico 2. Las barras representan el decremento del nivel de ansiedad entre la primera y última sesión de tratamiento. Pasando de un nivel de ansiedad medio a un nivel de ansiedad muy baja de acuerdo a los parámetros del inventario.

Es importante mencionar que durante las sesiones 9, 10 y 11, Z menciono que asistió a diferentes entrevistas de trabajo y que había observado los avances en comparación con las anteriores, refirió que había podido acudir a dos en lugares encerrados y que en la última logro concluir con todo el procedimiento utilizando los ejercicios de respiración y relajación. Por otra parte menciona que durante ese mismo lapso de tiempo, realizo un viaje fuera del país con su pareja, lo que anteriormente le parecía algo imposible.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La presente investigación representa un primer acercamiento a la población mexicana de un protocolo estandarizado que ha demostrado eficacia y que sentó las bases para el tratamiento transdiagnóstica actuales. En la presente investigación se observa que los avances en sesión ayudaron a Z a retomar aspectos importantes en su vida y que debido a los malestares clínicos había abandonado.

Es importante mencionar, que la claridad con la que se trabajó en el presente estudio fue una pieza clave para el apego al tratamiento, ya que en todo momento se le explico a la paciente lo que se trabajaría y se alentó a dar replica al terapeuta si en algún momento no se estaba trabajando adecuadamente. Sin embargo Z se mostró en extremo preocupada al momento de llevar acabo los ejercidos de exposición debido a que se percibía como poco hábil y que eso podría empeorar las cosas.

Es así que este estudio ayuda a identificar como los protocolos establecidos pueden adaptarse a situaciones clínicas específicas que el terapeuta debe de valorar para lograr una implementación adecuada y que dé como resultado una mejoría clínicamente significativa. Esto se ve reflejado en la resolución de los objetivos terapéuticos que se propusieron con Z.

A pesar de los resultados alentadores, es importante mencionar que las limitaciones metodológicas del presente estudio no permiten concluir que los resultados sean dependientes del programa, esto debido a que no se contó con el control absoluto de las variables, no se utilizaron cuestionarios específicos para la evaluación de los ataques de pánico como lo marca la literatura y finalmente no se logró dar un seguimiento para constatar el mantenimiento de los resultados después de la sesión.

Finalmente, es importante mencionar que el presente estudio sirve como un primer acercamiento de protocolos establecidos previamente a la población mexicana, lo que permite a los especialistas en formación a tener acceso a dichos programas y poder tener una guía general de la forma en que se pueden adaptar estos protocolos a los consultorios particulares de cada uno de ellos.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterj, S. y Thornicroft, G. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*, 35(3): 195–208.
- APA, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.* New York: Guilford Press.
- Barlow, D., & Craske, M. (1989). *Mastery of your anxiety and panic.* Albany, NY: Graywind.
- Barlow, D., & Craske, M. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Patient workbook (4th ed.).* New York: Oxford University Press.
- Barlow, D., Cohen, A., Waddell, M., Vermilyea, B., Klosko, J., Blanchard, E., & Di Nardo, P. (1984). Panic and Generalized Anxiety Disorders: Nature and Treatment. *Behavior Therapy*, 431--449.
- Barlow, D., Craske, M.-G., Cerny, J., & Klosko, J. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 261-282.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la depresión.* Bilbao: Desclee de Brower S.A.
- Caballo, V. (2014). *Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos.* Madrid España: Siglo XXI.
- Carpenter, J., Andrews LA, Witcraft, S., Powers, M., Smits, J., & Hofmann, S. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*, 502-514.
- Castro, L. (1977). *Diseño experimental sin estadística. Usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta.* Mexico: Trillas.
- Cautela, J. & Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial.* Barcelona: Martinez Roca.
- Chorpita, B. (2007). *Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders.* New York: Guilford Press.
- Clark, D. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 461– 470.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad.* Bilbao, España: Desclee de Brouwe, S.A.,.
- Craske, M., & Barlow, D. (2018). Trastorno de pánico y agorafobia. En D. Barlow, *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso* (págs. 20-123). Ciudad de Mexico: El Manual Moderno.
- Deacon, B., & Kemp, J. (2015). *Cognitive-Behavioral Treatment of Panic Disorder: A Clinician's Guide to Theory and Practice (Practical Clinical Guidebooks).* United Kingdom: Routledge.
- Ellard, K., Fairholme, C., Boisseau, C., Farchione, T., & Barlow, D. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol

- Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 88–101.
- Galindo Vazquez, O., Rojas Castillo, E., Meneses Garcia, A., Aguilar Ponce, J., Alvarez Avitia, M., & Alvarado Aguilar, S. (2015). Propiedades psicomeétricas del inventarios de ansiedad de Beck (BAI) en paciente con cáncer. *Psicooncología*, 51-58.
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona. España: Martinez Roca.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., & Benjet, C. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 1-16.
- Monterde Serrano, N., & Casado Morales, M. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 1-17.
- Moreno, P. (2007). *Tratamiento psicológico del trastornos de pánico y la agorafobia*. Bilbao. España: Desclee de Brouwer.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Mexico: El manual moderno.
- Norton, J., Ancelin, M.-L., Sterwart, R., Berr, C., Ritchie, K., & Carriere, I. (2012). Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 276-85.
- Oficina de Información Científica y Tecnológica, P. I. (Enero de 2018). Salud mental en Mexico. *NOTA-INCyTU(007)*, págs. 1-6.
- Olivares Rodriguez, J., & Mendez Carrillo, F. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Perez Alvarez, M., Fernandez Hermida, J., Fernandez Rodriguez, C., & Amigo Vazquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I Adultos*. Madrid. España: Ediciones Pirámide.
- Rojas-Carrasco, K. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 491-496.
- Vazquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid. España: Síntesis.
- Welsh, E. (2019). *The Cognitive Behavioral Therapy Workbook for Panic Attacks*. San Antonio Texas: Althea Press .
- Wittchen, H., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 55-6792010. *Eur Neuropsychopharmacol*.
- Wolpe, J. (1993). *Practica de la terapia de conducta*. Mexico.: Trillas.