



Artículo

Terapia Cognitivo-Conductual por Videoconferencia Para el Trastorno de Pánico en un Médico Afectado por COVID-19: Seguimiento de un año

Edgar Landa-Ramírez^{1,2} , Brenda Anahí Barrera-Flores^{1,2} , Cristiny Hernández-de la Rosa¹ 
y Dulce María Monroy-Robles^{1,2} 

¹ Programa de Psicología Urgencias, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México

INFORMACIÓN

Recibido: Octubre 3, 2023
Aceptado: Diciembre 23, 2023

Palabras clave:

Videoconferencia
TCC
Trastorno de pánico
COVID-19
Personal sanitario
Estudio de caso

Keywords:

Videoconferencing-delivered
CBT
Panic Disorder
COVID-19
Healthcare worker
Case Study

RESUMEN

En este trabajo se describe la aplicación y los resultados a un año de la terapia cognitivo-conductual (TCC) por videoconferencia (VC) para tratar el trastorno de pánico (TP) con agorafobia en una residente de urgencias médicas de primera línea afectada por COVID-19. La terapia se aplicó en 19 sesiones, que se adaptaron a las vicisitudes a las que se enfrentó la residente durante la pandemia. Los datos muestran que este tratamiento ayudó a reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas de TP. Además, ayudó a disminuir o modificar los pensamientos catastróficos, las conductas de evitación y el uso innecesario de emergencias médicas. Los efectos descritos se mantuvieron durante las evaluaciones posteriores al tratamiento y los seguimientos a los tres, seis, nueve y doce meses. Se concluye que la TCC remota es una opción potencial para tratar el TP en trabajadores sanitarios de primera línea, aunque se necesita más investigación.

Videoconference Cognitive Behavior Therapy for Panic Disorder in a Physician Affected by COVID-19: A one-year-follow-up

ABSTRACT

Panic Disorder (PD) is a disrupting mental health problem among healthcare workers caring for Covid-infected patients. Videoconference Cognitive Behavioral Therapy (CBT) could be a clinical option for treating this problem. This paper describes the application of CBT by videoconference to treat PD with agoraphobia in a first-line medical emergency resident affected by COVID-19. A one-year follow-up-case report is reported. Therapy was applied in 19 sessions, which were adapted to the vicissitudes that the resident faced during the pandemic. Data shows that this treatment helped reduce the frequency and intensity of PD. Furthermore, it helped address and mitigate catastrophic thoughts, avoidance behaviors and unnecessary uses of medical emergency services. The described effects were maintained during the post-treatment evaluations and the follow-ups at three, six, nine and twelve months. We conclude that videoconference CBT is a potential option for treating PD in first-line healthcare workers, although further research is needed.

Cómo citar: Landa-Ramírez, E., Barrera-Flores, B. A., Hernández-de la Rosa, C., y Monroy-Robles, D. M. (2024). Terapia Cognitivo-Conductual por Videoconferencia para el Trastorno de Pánico en un médico afectado por COVID-19: seguimiento de un año. *Revista de Psicoterapia*, 35(127), 113-120.

<https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.38496>

Autor de correspondencia: Edgar Landa-Ramírez, edgarlandaramirez@comunidad.unam.mx

Introducción

Durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19, se presentaron diversas infecciones, secuelas físicas o muerte en los trabajadores sanitarios (TS) que atendían a pacientes con este padecimiento (Bandyopadhyay et al., 2020). Lo anterior, promovió que existiera un riesgo elevado de que los TS desarrollaran diversos problemas de salud mental como: estrés, ansiedad, depresión, insomnio, trauma secundario, consumo de sustancias, burnout y trastorno de pánico (Danet Danet, 2021; Vizheh et al., 2020). Los TS con problemas de salud mental, se encontraban en mayor riesgo de presentar incertidumbre, estrés, problemas laborales o familiares y diversas comorbilidades en su salud física y mental (Pollock et al., 2020).

Aquellos TS afectados específicamente por trastornos de ansiedad o por el trastorno de pánico (TP) tuvieron mayor probabilidad de presentar fatiga, mayor riesgo de usar innecesariamente los servicios de salud, presentaron ataques de pánico dentro de las áreas COVID-19, y reportaron miedo constante a infectarse o a estar dentro de las áreas de trabajo (Bandelow y Wedekind, 2022; Landa-Ramírez et al., 2021; Liu et al., 2023). Lo anterior es entendible, ya que el trastorno de pánico es un problema de ansiedad que debido a sus características, es muy común que la persona que lo padece confunda los síntomas con un ataque cardíaco, lo cual resulta en condiciones muy incapacitantes para el individuo y en usos innecesarios del servicio de emergencias ([SE]; Bhatia et al., 2020; Foldes-Busque et al., 2019).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (por sus siglas en inglés, NICE; 2011) el tratamiento del TP, se puede tratar a partir de la administración de psicoterapia (generalmente Terapia Cognitivo Conductual [TCC]) y farmacoterapia (generalmente Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina o Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y norepinefrina) o la combinación de ambos. En el caso de la TCC, se puede impartir de manera grupal o individual, in situ o remota, (generalmente por videoconferencia [VC]), sin que esto disminuya la efectividad de la misma (Efron y Wootton, 2021; Papola et al., 2023). Finalmente, como parte del abordaje del problema, se recomienda informar al paciente sobre las posibilidades de tratamiento para su padecimiento, teniendo en consideración los costos, efectos secundarios, condiciones médicas o psiquiátricas y de esta forma pueda estar en condiciones de elegir alguna opción de tratamiento (Bandelow et al., 2015).

Las recomendaciones existentes para el tratamiento del TP, constituyen una base necesaria para el abordaje del problema cuando se presenta en el personal de primera línea de COVID-19. Sin embargo, por las características de la pandemia, surgieron retos en la aplicación del tratamiento psicológico, por ejemplo ¿cómo disminuir el riesgo de contagio en las terapias presenciales? o ¿cómo adaptar y aplicar las intervenciones de manera remota o impartidas por internet a la población que lo necesitara? (Bandelow y Wedekind, 2022). Debido a lo anterior, surgió la necesidad de adaptar el tratamiento a los retos y condiciones que la pandemia trajo a los TS.

El reporte de casos clínicos, es una opción de abordaje que permite de manera descriptiva y clara, referir a detalle los esfuerzos de evaluación, adaptación y tratamiento de algún caso particular, generando así, datos preliminares que pueden ser de interés para la comunidad científica; en ese sentido, constituye una opción natural para generar esos primeros datos, que permitan en un futuro -si es necesario- realizar esfuerzos más robustos para corroborarlos (Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez, 2008). Debido a lo anterior, el presente escrito busca describir la aplicación por VC de la TCC para el TP y sus efectos durante un año de seguimiento, en una residente de emergencias médicas que estuvo en primera línea de atención y que fue afectada por el COVID-19.

Método

Participante

Paciente femenina de 29 años de edad (Ana, pseudónimo), residente del segundo año del servicio de Emergencias Médicas en un hospital general de la Ciudad de México, en el cual se atendieron pacientes con COVID-19. Ana, presentó COVID-19 leve a inicios de mayo de 2020, por su padecimiento fue enviada a recuperación durante quince días y se le dio tratamiento para el manejo de sus síntomas. En junio del 2020 como consecuencia del COVID-19, debutó con el diagnóstico de pericarditis leve (condición cardíaca) por el cual recibió una incapacidad y fue tratada con fármacos.

Derivado de su situación de salud, Ana comenzó con preocupaciones e hipervigilancia de sus condiciones físicas, lo cual se asoció con dos visitas al servicio de emergencias, ya que pensaba que estaba presentando un evento cardíaco. Le realizaron estudios metabólicos y pruebas del corazón (con electrocardiograma y monitor Holter), y aunque había alteraciones leves en el pericardio de la paciente, no explicaban los síntomas que la llevaban a emergencias; por lo que Ana tomó la decisión de buscar apoyo psicológico.

Evaluación e Instrumentos

Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada para identificar las principales respuestas comportamentales, cognitivas, emocionales y sensaciones corporales de Ana, así como, los estímulos y las consecuencias asociadas con el motivo de su consulta. De igual manera, se aplicaron un par de instrumentos como parte de la evaluación.

Lista de síntomas e intensidad de Ataque de Pánico: Se trata de una lista de chequeo de la presencia/ausencia de síntomas de ataque de pánico; así como, de la intensidad de los mismos (se utilizó una escala numérica que va de cero [ausencia de gravedad] a 10 [la peor gravedad posible]) basado en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Para considerar la presencia de TP, deben de estar presentes cuatro o más de los siguientes síntomas: 1) Palpitaciones, 2) sudoración, 3) temblores o sacudidas, 4) sensación de dificultad para respirar o de asfixia 5) Sensación

de ahogo 6) dolor o molestias en el tórax, 7) náuseas o malestar abdominal, 8) sensación de mareo, 9) escalofríos o sensación de calor, 10) parestias, 11) sensación de irrealidad, 12) miedo a perder el control y 13) miedo a morir. Los síntomas pueden estar o no acompañados de agorafobia, además de que se presenta una preocupación continua de que haya otros ataques de pánico o sus consecuencias, y cambios significativos en el funcionamiento diario que deterioran su calidad de vida. Se aplicó la lista de chequeo diariamente, durante la fase de evaluación inicial y tratamiento, dicha aplicación se realizaba por medio de archivos en formato de documento portátil (por sus siglas en inglés PDF) los cuales se compartían por correo electrónico o mensajería instantánea. De igual forma, se aplicó en las sesiones de seguimiento a uno, tres, seis, nueve y doce meses.

Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (por sus siglas en inglés PDSS-SR): se trata de una escala de autoinforme que mide la gravedad del trastorno en los últimos 30 días, consta de respuestas tipo Likert. En su versión original, cuenta con propiedades psicométricas adecuadas tanto en su validez convergente ($r=0.55$, $p<.001$) como en su fiabilidad ($\alpha=.65-.87$; Shear et al., 1997, 2001). Lo mismo ocurre en su adaptación a población hispanohablante, cuenta con propiedades psicométricas adecuadas tanto en su validez convergente ($r=0.77$, $p<.001$) como en su fiabilidad ($\alpha=.85$; Santacana et al., 2014). Se aplicó la escala por videoconferencia al inicio y fin del tratamiento, así como, en las sesiones de seguimiento. Se consideraron los siguientes rangos, para la interpretación de los puntajes: puntuación de 3 a 7 (límite de la enfermedad) de 8 a 10 (ligeramente enfermo) de 11 a 15 (moderadamente enfermo) y de 16 en adelante (marcadamente enfermo; Furukawa et al., 2009).

Autorreporte de comportamientos, pensamientos y uso de emergencias: se trata de un diario llenado por Ana, en donde registraba sus principales pensamientos, comportamientos (incluyendo los evitativos) y su uso del servicio de emergencias médicas cuando reportaba tener TP. Se recopilaban datos durante la evaluación, post tratamiento y en las sesiones de seguimiento. La aplicación se realizó por medio de archivos PDF, los cuales se compartieron por correo electrónico o mensajería instantánea.

Análisis de Caso

Con base en las evaluaciones aplicadas, se identificó en Ana el problema de TP con agorafobia; se identificaron dos situaciones que le provocaban mucho miedo: el uso del equipo de protección personal (EPP) y la idea de regresar a atender pacientes al área COVID-19. Ana presentaba ataques de pánico diarios, mismos en los que prevalecían las palpitaciones, temblores o sacudidas, dificultades para respirar, mareo y miedo a morir; en una intensidad muy elevada (8-10 de severidad). Aunado a lo anterior, Ana, tenía constantes preocupaciones de que el diagnóstico de la pericarditis, la llevara a presentar un evento cardíaco fatal o le trajera algún daño permanente; lo cual se asoció, con comportamientos de hipervigilancia de sus síntomas físicos y pensamientos catastróficos que

la hacían malinterpretar dichas sensaciones, que la hicieron cuestionarse constantemente si podría seguir haciendo sus actividades profesionales dentro del SE y de las áreas COVID-19. También presentaba comportamientos evitativos, conductas supersticiosas y de distracción, que afectaban sus actividades diarias y calidad de vida. Finalmente, se descartó que los síntomas se debieran a su condición médica (Se tuvieron reuniones con sus médicos para discutir el caso), al consumo de sustancias u otro problema de salud mental.

Tratamiento

Se le ofreció a Ana, un panorama de las guías clínicas basadas en la evidencia para el abordaje de TP (NICE, 2011). Debido a que dichas recomendaciones fueron realizadas previo a la pandemia, se complementaron las recomendaciones realizando una búsqueda en diversas bases de datos (Medline, PsychINFO, Cochrane Review, Web of Science, CINAHL y LILACS) para identificar los efectos del tratamiento administrado por videoconferencia (Efron y Wootton, 2021; Papola et al., 2023). Ante este panorama, la paciente deseó ser tratada únicamente con TCC por VC.

Las sesiones fueron impartidas por los primeros dos autores de este escrito, quienes forman parte del programa de psicología en emergencias dentro del hospital, y tienen 14 y tres años de experiencia respectivamente aplicando TCC en ámbitos hospitalarios. La intervención se impartió mayoritariamente durante el periodo de incapacidad de Ana, por lo cual se dio por videoconferencia, en un total de 19 sesiones (17 sesiones remotas y dos presenciales), dos veces por semana, en un rango de 60-90 minutos: A lo largo de la terapia se fomentó la presencia de factores interpersonales como alianza terapéutica, empatía y consenso en las metas entre Ana y los terapeutas (Norcross y Lambert, 2018).

Los componentes empleados en la intervención fueron: 1) La naturaleza del TP y la agorafobia, 2) Aprender a registrar el pánico y la ansiedad. 3) Ciclos negativos del pánico y la agorafobia. 4) Los ataques de pánico no son perjudiciales. 5) Establecer jerarquía de situaciones de agorafobia. 6) Habilidades de respiración. 7) Habilidades de pensamiento. 8) Afrontar situaciones de agorafobia. 9) Implicar a otras personas. 10) Afrontar los síntomas físicos. 11) Medicación. 12) Logros, mantenimiento y prevención de recaídas. Dichos componentes están ampliamente descritos en Craske y Barlow (2007).

Adaptaciones al Tratamiento

Las sesiones remotas, fueron adaptadas para darse por VC, se siguieron los principios de conocimiento, competencia, normas éticas, normas profesionales, seguridad, confidencialidad y normativas legales locales, recomendadas para la práctica de la telepsicología (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). Un punto importante fue desde el inicio establecer un plan por si la sesión se interrumpía (debido a fallas en la electricidad, la conexión a internet o con

las plataformas utilizadas) y se acordó que se contactaría a la paciente por otros medios (teléfono, mensajería instantánea o video-llamada por medio de otros programas). Otro aspecto, fue tener especial cuidado en la implementación remota de la exposición interoceptiva y los ejercicios de exposición en vivo, para trabajar su sintomatología de ansiedad y su agorafobia. Se le explicó a Ana la naturaleza de los ejercicios y las razones para realizarlos, se le comentó que la mayoría de las personas, toleran bastante bien los ejercicios; sin embargo, también se habló sobre las posibles molestias que podrían presentarse y se acordaron estrategias para el control de dichas molestias (se recalcó que generalmente son pasajeras, se dio la posibilidad de tomar pausas [un minuto o dos] entre cada ejercicio y dar un espacio para que expresara sus dudas o inquietudes sobre los ejercicios).

Aunado a los componentes anteriores, se realizaron algunas adaptaciones asociadas con las características del caso, por ejemplo: debido al alto nivel educativo de Ana, se le solicitó que buscara toda la información sobre COVID-19 en fuentes oficiales (por ejemplo: la Organización Mundial de la Salud y el Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) así como en artículos científicos que comenzaron a surgir durante los inicios de la pandemia. Se tomó esta decisión ya que en aquel momento de la pandemia, existía incertidumbre e información sin bases científica sobre

COVID-19, así se mantuvo a Ana informada de fuentes fidedignas para que tomara las decisiones pertinentes sobre su salud. Antes de su regreso al hospital, se entrenó a Ana, con técnicas imaginación, relajación y estímulos ambientales (sonidos de monitores médicos), para simular que se estaba poniendo su EPP para entrar a zonas de atención de COVID-19; de igual manera, cuando Ana regresó al hospital, se le dio acompañamiento presencial, mientras se ponía su EPP y estaba por entrar a la zona COVID-19.

Las sesiones se coordinaron para no empalmarse con las guardias médicas de la paciente, y ella firmó un consentimiento informado en donde autorizó la difusión de su caso. Finalmente, durante el tratamiento y los seguimientos, Ana enfrentó diversas situaciones estresantes como: complicación de su pericarditis, por la cual por recomendación del cardiólogo evitó actividades físicas moderadas durante una semana; contagio y muerte de diversos seres queridos por COVID-19; saturación de emergencias durante la segunda ola (invierno del 2020) y tercera ola (verano 2021) de COVID-19 en México; y situaciones de estrés por las dinámicas y demandas de su residencia médica que la llevaron a considerar abandonarla. Debido a lo anterior, se agregaron sesiones para brindarle contención emocional ante las situaciones estresantes antes mencionadas.

Tabla 1

Información de la Participante en la Evaluación, Post Tratamiento y Seguimiento

	Evaluación	Postratamiento	Seguimiento*			
			3	6	9	12
Síntomas e intensidad de Ataque de Pánico	RS ⁺ (4-6) Intensidad (8-10)	RS (0-5**) Intensidad (0-3)	RS (0-2) (0-1) (0-1) (0-2) Intensidad (Rango de 0-2 en todos los seguimientos)			
Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico	12	4	0	0	0	0
Pensamientos	¡Ay Dios, me voy a morir, aún no por favor! ¿Y si me da un ataque de pánico mientras tengo el equipo de protección en el área Covid-19?	Si llegara a tener un ataque sé que hacer. Saldré bien, no pasará nada y podré sobrevivir si pasa Ya tuve un ataque con sensaciones intensas y no perdí el control, estoy preparada	Retomó todas sus actividades			
Comportamientos	Movimientos reducidos (evitaba subir escaleras dejó el ejercicio), dependencia a terceras personas (especialmente a su pareja), actividades de distracción (conteos)	Regresó a realizar actividades físicas No reporta dependencia a más personas No reporta necesitar de actividades de distracción para el manejo de síntomas	Regresó a realizar actividades físicas No reporta dependencia a más personas			
Uso de emergencias	Dos veces y dos que estuvo a punto de ir pero se contuvo	No volvió a ir o pensar en usar urgencias médicas u otros servicio de salud por el trastorno de pánico	No reporta dependencia a más personas			

Nota. *=Meses; +=Rango de síntomas; **=La paciente presentó en tres ocasiones mayor número de síntomas (hasta 9 síntomas) cuando ocurrían eventos adversos como la infección y muerte de seres queridos o problemas en la residencia.

Resultados

Durante el periodo de evaluación, Ana cumplió con criterios del DSM-5 para TP, diariamente presentaba de cuatro a seis síntomas, los cuales catalogaba como muy intensos (rango de 8-10 de severidad). De igual forma, presentó un puntaje de 12 acorde con PDSS-SR (moderadamente enferma). Además, presentaba pensamientos catastróficos sobre la pericarditis y el no poder reintegrarse a áreas COVID-19. También, evitaba situaciones (subir escaleras, tomar café, actividad sexual con su pareja) que le desencadenaban sensaciones parecidas a los ataques de pánico. Durante esta etapa, Ana reportó asistir como paciente dos veces al área de emergencias y tener el deseo de asistir al menos un par más ya que pensaba que tenía un evento cardíaco y podía morir.

Durante el postramiento y seguimiento, Ana ya no cumplió con los criterios del DSM-5 para TP, se observó una disminución en el número de síntomas y su intensidad (mayoritariamente de cero a tres síntomas; 0-3 de severidad) reportó puntajes que no cumplían con TP o estaban en el límite en el PDSS-SR (rango de 0-4; [Furukawa et al., 2009](#)) dichos efectos se mantuvieron durante todo el año de seguimiento. También, durante el postramiento y seguimiento, Ana ya no reportó pensamientos catastróficos asociados con el TP, mencionó ya no recurrir a comportamientos evitativos y mencionó no tener ningún problema para reintegrarse a atender pacientes en el área COVID-19, lo cual le permitió finalizar su residencia médica. Finalmente, Ana mencionó que no volvió a usar el servicio emergencias médicas debido a un ataque de pánico (Véase [tabla 1](#)).

Discusión

La presente intervención dada por VC ayudó a disminuir la frecuencia, intensidad e impacto del TP en las actividades personales y profesionales de un TS durante la pandemia de COVID-19 y los efectos se mantuvieron en todas las evaluaciones realizadas durante el año de seguimiento. Los resultados reportados van en la misma línea de los efectos que han sido previamente descritos en intervenciones de pacientes con TP que llegan a urgencias médicas, lo cual permite agregar datos sobre la pertinencia de generar evaluaciones e intervenciones en los pacientes o TS que acuden a este servicio pensando que están experimentando un evento cardíaco que pone en riesgo su vida ([Lessard et al., 2012](#); [Marchand et al., 2012](#); [van Beek et al., 2013](#)). De igual manera, los datos reportados con Ana, son congruentes con aquellos reportados en pacientes con TP que recibieron TCC de manera remota o por internet, en donde se ha indicado que se tienen efectos favorables con magnitudes grandes de cambio ([Bandelow y Wedekind, 2022](#); [Efron y Wootton, 2021](#)). Finalmente, el mantenimiento a un año de los efectos reportados en Ana, son muy similares a los mencionados en investigaciones previas, en donde se ha descrito el mantenimiento de los efectos entre seis meses a un año después de la intervención ([Marchand et al., 2012](#); [van Dis et al., 2020](#)).

Lo anterior es destacable ya que Ana estuvo expuesta a diversos eventos estresantes debidos a la pandemia, su residencia médica y

la pérdida por COVID-19 de diversos seres queridos. Al igual que Ana, a nivel mundial una gran cantidad de TS estuvieron expuestos a diferentes estresores durante la pandemia, lo cual promovió variados problemas de salud mental como: consumo de sustancias, depresión, psicosis y diversos trastornos de ansiedad, incluyendo el TP ([Taquet et al., 2021](#)). Lo anterior es importante, ya que diversos TS en México, presentaron problemas de salud mental durante su rol de personal de primera línea ([Robles et al., 2021](#)) y además, varios de ellos fueron hospitalizados por COVID-19, lo cual incrementó su riesgo de presentar estos problemas de salud mental; aún dos años después de haber salido de la enfermedad ([Ley et al., 2023](#); [Taquet et al., 2022](#)).

Debido a lo anterior, este caso podría servir como precedente de la aplicación de la TCC por VC para abordar el TP de manera remota (coadyuvando así, en el abordaje de los problemas de salud mental) y se resalta los efectos benéficos que se matuvieron durante el año de seguimiento. De igual manera, la implementación de la terapia por VC mostró ser eficaz, conveniente y útil para el abordaje del caso; lo anterior, es importante para el personal de salud mental, ya que dar la terapia de esta manera, ayuda a disminuir los riesgos de contagios inherentes en las intervenciones cara a cara ([Gong et al., 2020](#)) por lo cual, los autores de este escrito creemos que este trabajo puede servir como orientación clínica para futuras intervenciones en contextos tan complejos como los que generó la pandemia de COVID-19.

A pesar de la conveniencia de la intervención, a través de las sesiones, hubo al menos dos situaciones retadoras que se deben de tomar en cuenta cuando se implementan este tipo de intervenciones: 1) en ocasiones la conexión de internet fallaba; y 2) la paciente mostró preocupaciones de realizar de manera remota las sesiones de exposición por miedo a perder el control. Desafortunadamente, las fallas en la conexión de internet, es un problema común en México (y probablemente en países en vías de desarrollo) por lo cual es recomendable realizar acciones para asegurarse que se cuenta con los equipos y condiciones necesarios para llevar a cabo la intervención remota; así como, para llegar a acuerdos de los planes que se van a seguir en caso de que se presente la falla de conexión ([Serrano-Juárez et al., 2023](#)). La preocupación de Ana, de perder el control durante las sesiones remotas de exposición interoceptiva y en vivo, son ideas frecuentes que se suelen presentar en los pacientes TP que reciben intervención por VC ([Lindner et al., 2014](#)) no obstante, se abordó la preocupación de Ana, explicándole el objetivo de realizar la exposición, dejando abierta la posibilidad de resolver dudas, ir subiendo paulatinamente la intensidad de los eventos a exponer, promoviendo pausas si lo consideraba necesario y acordando un plan de contacto por si la conexión de internet fallaba (situación que nunca ocurrió).

Debido a la naturaleza de los casos clínicos, se recomienda interpretar con cautela la información presentada, ya que lo que aquí se reporta, podría no ser generalizable a otros TS. Los datos de este caso clínico, no reportan los efectos más allá de un año de seguimiento, lo anterior es una limitante que han tenido en común

la mayoría de las investigaciones en el área (van Dis et al., 2020) por lo que no es viable describir cómo le fue a Ana, después de ese periodo. Recientemente, un estudio ha indicado que en un seguimiento a cinco años, las personas que recibieron la intervención de TCC presentaron mejores efectos benéficos en comparación de los participantes del grupo control; pero se presentó un incremento de síntomas de ansiedad y depresión, muy probablemente asociados con las vicisitudes que la pandemia pudo haber traído a la vida de las personas, es probable que lo anterior también pudo haber ocurrido en Ana (Lukaschek et al., 2023).

A pesar de las limitaciones del caso, los autores del escrito creemos que la información descrita puede ser de apoyo y utilidad clínica para el personal de salud mental y puede ayudar ejemplificar el proceso de adaptación y aplicación de la TCC por VC sobre el trastorno de pánico TP en la residente que padeció el problema en el contexto pandémico tan complejo que trajo la pandemia.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., y Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183-192. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>
- Bandelow, B., y Wedekind, D. (2022). Internet psychotherapeutic interventions for anxiety disorders a critical evaluation. *BMC Psychiatry*, 22(1), 441. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04002-1>
- Bandyopadhyay, S., Baticulon, R. E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D. K., Badereddin, Y., Kamath, A., Parepalli, S. A., Brown, G., Iharchane, S., Gandino, S., Markovic-Obiago, Z., Scott, S., Manirambona, E., Machhada, A., Aggarwal, A., Benazaize, L., Ibrahim, M., Kim, D., ... Khundkar, R. (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: A systematic review. *BMJ Global Health*, 5(12). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003097>
- Bhatia, M. S., Goyal, S., Singh, A., y Daral, A. (2020). COVID-19 pandemic-induced panic disorder. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 22(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.20102626>
- Craske, M., y Barlow, D. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: therapist guide*. Oxford University Press.
- Danet Danet, A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina Clinica (English Ed.)*, 156(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.11.003>
- Efron, G., y Wootton, B. M. (2021). Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102385. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102385>
- Foldes-Busque, G., Denis, I., Poitras, J., Fleet, R. P., Archambault, P., y Dionne, C. E. (2019). A closer look at the relationships between panic attacks, emergency department visits and non-cardiac chest pain. *Journal of Health Psychology*, 24(6), 717-725. <https://doi.org/10.1177/1359105316683785>
- Furukawa, T. A., Katherine Shear, M., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Woods, S. W., Money, R., Etschel, E., Engel, R. R., y Leucht, S. (2009). Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depression and Anxiety*, 26(10), 922-929. <https://doi.org/10.1002/da.20532>
- Gong, K., Xu, Z., Cai, Z., Chen, Y., y Wang, Z. (2020). Internet hospitals help prevent and control the epidemic of Covid-19 in China: multicenter user profiling study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e18908. <https://doi.org/10.2196/18908>
- Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) (2011). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/1-Guidance#stepped-care-for-people-with-panic-disorder> [Accessed 29 April 2021].
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- Landa-Ramírez, E. Sánchez-Cervantes, C.T., Sánchez-Román, S., Urdapilleta-Herrera, E.C., Basulto-Montero, J.L., y Ledesma-Torres, L. (2021). Clinical psychology during Covid-19: experiences from six-frontline hospitals in Mexico. *Revista de Psicoterapia*. 32(120), 143-155. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.588>
- Lessard, M.-J. J., Marchand, A., Pelland, M.-È. É., Belleville, G., Vadeboncoeur, A., Chauny, J.-M. M., Poitras, J., Dupuis, G., Fleet, R., Foldes-Busque, G., y Lavoie, K. L. (2012). Comparing two brief psychological interventions to usual care in panic disorder patients presenting to the emergency department with chest pain. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(2), 129-147. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000506>
- Ley, H., Skorniewska, Z., Harrison, P. J., y Taquet, M. (2023). Risks of neurological and psychiatric sequelae 2 years after hospitalisation or intensive care admission with COVID-19 compared to admissions for other causes. *Brain, Behavior, and Immunity*, 112, 85-95. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.05.014>

- Lindner, D., Lacefield, K., Tantleff Dunn, S., y Dunn, M. E. (2014). The use of videoconference in the treatment of panic disorder with agoraphobia in a housebound woman: a case study. *Clinical Case Studies*, 13(2), 146–166. <https://doi.org/10.1177/1534650113504292>
- Liu, Z., Zhang, H., Wang, N., Feng, Y., Liu, J., Wu, L., Liu, Z., Liu, X., Liang, L., Liu, J., Wu, Q., y Liu, C. (2023). Anxiety and insomnia mediate the association of fear of infection and fatigue: a cross-sectional survey of nurses deployed to a Covid-19 epicenter in China. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 2439–2448. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S421619>
- Lukaschek, K., Haas, C., Wannemüller, A., Brettschneider, C., Dreischulte, T., Margraf, J., Gensichen, J., y PARADIES study group (2023). CBT-Intervention for panic disorder in primary care: 5 years follow-up of a cRCT during the Covid-19 pandemic. *Plos One*, 18(6), e0287718. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287718>
- Marchand, A., Belleville, G., Fleet, R., Dupuis, G., Bacon, S. L., Poitras, J., Chauny, J.-M., Vadeboncoeur, A., y Lavoie, K. L. (2012). Treatment of panic in chest pain patients from emergency departments: efficacy of different interventions focusing on panic management. *General Hospital Psychiatry*, 34(6), 671–680. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.06.011>
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., Pompili, A., Pauley, D., Karyotaki, E., Sijbrandij, M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., y Barbui, C. (2023). CBT treatment delivery formats for panic disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 53(3), 614–624. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003683>
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C., y Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD013779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M. E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A., Rodríguez-Bores, L., Quijada-Gaytán, J. M., ... Reyes-Terán, G. (2021). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 43(5), 494–503. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>
- Santacana, M., Fullana, M. A., Bonillo, A., Morales, M., Montoro, M., Rosado, S., Guillamat, R., Vallès, V., Pérez, V., y Bulbena, A. (2014). Psychometric properties of the Spanish self-report version of the panic disorder severity scale. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1467-1472. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.04.007>
- Serrano-Juárez, C. A., Reyes-Méndez, C., Prieto-Corona, B., Seubert-Ravelo, A. N., Moreno-Villagómez, J., Cabañas-Tinajero, J. Á., Yáñez-Téllez, M. G., Quezada-Torres, R. A., Téllez-Rodríguez, M., Barrera-Rodríguez, B., Soto-Jiménez, M. P., González-Gutiérrez, F. A., y Castillo-Tejeda, E. (2023). A systematic review and a Latin American clinical model for teleneuropsychological assessment. *Archives of Clinical Neuropsychology : the Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 38(2), 283–300. <https://doi.org/10.1093/arclin/acac077>
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., Papp, L. A., Katherine Shear, M., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., Papp, L. A., Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., ... Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571–1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>
- Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Bilt, J., Houck, P., y Wang, T. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. *Journal of Psychiatric Research*, 35(5), 293-296. [https://doi.org/10.1016/s0022-3956\(01\)00028-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(01)00028-0)
- Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., y Harrison, P. J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet. Psychiatry*, 8(5), 416–427. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
- Taquet, M., Sillett, R., Zhu, L., Mendel, J., Camplisson, I., Dercon, Q., y Harrison, P. J. (2022). Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. *The Lancet. Psychiatry*, 9(10), 815–827. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00260-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00260-7)
- van Beek, M. H. C. T., Oude Voshaar, R. C., Beek, A. M., van Zijderveld, G. A., Visser, S., Speckens, A. E. M., Batelaan, N., y van Balkom, A. J. L. M. (2013). A brief cognitive-behavioral intervention for treating depression and panic disorder in patients with noncardiac chest pain: A 24-week randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 30(7), 670-678. <https://doi.org/10.1002/da.22106>

- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagedaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., y Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265–273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- Virúes-Ortega, J., y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712016010>
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S. M., Muhidin, S., Javanmard, Z., y Esmaili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 19(2), 1967-1978. <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9>