



## **Psychology based on evidence and panic disorder; analysis of a case study**

Authors: Jorge Alberto Velásques Castrillón  
Submitted: 7. January 2018  
Published: 10. January 2018  
Volume: 5  
Issue: 1  
Languages: Spanish, Castilian  
Keywords: panic disorder, evidence based psychology, Exposure Therapy, cognitive restructuring, single case study Psychology.  
DOI: 10.17160/josha.5.1.377

# JOSHA

[josha.org](http://josha.org)

**Journal of Science,  
Humanities and Arts**

JOSHA is a service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content

# Psicología basada en la evidencia y el trastorno de pánico; análisis de un estudio de caso<sup>1</sup>

## Psychology based on evidence and panic disorder; analysis of a case study

Jorge Alberto Velásquez Castrillón<sup>2</sup>

### Resumen

Este artículo se propone como objetivo, el análisis de caso de una paciente con Trastorno de pánico, con comorbilidad de trastorno depresivo recurrente. Para el tratamiento se hizo uso de terapias con evidencia empírica, En la fase de evaluación se utilizaron la escala de severidad de síntomas para el trastorno de pánico, el inventario de depresión de (Beck, 1979) y una entrevista clínica; además se proponen unos objetivos o blancos terapéuticos, y se procedió a la aplicación de la terapia cognitiva de pánico; la intervención se desarrolló durante 17 sesiones de tratamiento, en donde se utilizaron las técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación y exposición interoceptiva; al concluir con el tratamiento hubo una disminución significativa de los síntomas de pánico, ansiedad y depresión que ayudaron a mejorar las condiciones de vida de la consultante. Al comparar los resultados obtenidos durante el proceso terapéutico, se encontró congruencias con la evidencia disponible.

---

<sup>1</sup> Artículo de requisito para optar el título de Magister en Psicoterapia de la Universidad Pontificia Bolivariana.

<sup>2</sup> Filósofo, Psicólogo. Docente de cátedra del Programa de Psicología del Politécnico Gran Colombiano, Docente de tiempo completo del Programa de Psicología de la Universidad Católica Luis Amigó, Psicólogo clínico en consulta particular. Contacto: [jorc25@hotmail.com](mailto:jorc25@hotmail.com), para citar este artículo se

**Palabras Clave:** trastorno de pánico, psicología basada en la evidencia, terapia de exposición, reestructuración cognitiva, estudio de caso único.

### **Abstract**

This single case study aims to analyse the case of a patient suffering panic disorder, accompanied by a recurrent depressive disorder. As a treatment, therapies based on empirical evidence were used. During the evaluation phase, a symptoms severity scale for panic disorder, a depression inventory from Beck, 1979 and a clinical interview were used; additionally, therapeutic targets were proposed, and panic cognitive therapy was applied; the therapy was developed during 17 treatment sessions, where the techniques of psychoeducation, cognitive restructuring, relaxation and interceptive exposure were used; At the end of the treatment there was a significant decrease in the symptoms of panic, anxiety and depression that helped to improve the overall conditions of the patient. When comparing the results obtained after the treatment process, the results show congruencies with the available literature.

**Keywords:** Panic disorder, Evidence-based psychology, Exposure therapy, Cognitive restructuring, Single case study.

### **Introducción**

El trastorno de pánico, se refiere a ataques de temor inesperados y recurrentes, en donde emerge una oleada repentina de miedo o malestar intenso, sin una razón o motivo aparente, que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen acompañados de síntomas físicos y cognitivos, cambiando de manera desadaptativa el comportamiento; algunos de estos síntomas, según la American Psychiatric Association (APA, 2013), son:

“Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantamiento, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias o escalofríos o sofocaciones” (p.209).

Se estima que en la población mundial existe una prevalencia anual para el trastorno de pánico en Estados Unidos y en varios países europeos, alrededor 2-3% en los adultos y los adolescentes; las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los varones, en una proporción de aproximadamente de 2:1 (APA, 2013); la diferencia en ambos sexos se produce en la adolescencia, específicamente a los 14 años; en este punto, es importante anotar que “Los índices del trastorno de pánico muestran un aumento gradual durante la adolescencia, particularmente en las mujeres y posiblemente se da a raíz de la aparición de la pubertad, y alcanzan el máximo durante la edad adulta” (APA, 2013, p. 210).

En Colombia, según la información registrada en el último Estudio Nacional de Salud Mental, se considera que los trastornos de ansiedad son más sobresalientes que otros trastornos mentales; de hecho, el 19,3% de la población entre 18-65 años de edad reportó haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad, siendo más frecuentes entre las mujeres (21,8%). El Trastorno de pánico, que de ahora en adelante se identificará con la sigla (TP), tiene una prevalencia en la vida de 1,2%, por lo que se considera un problema de gran relevancia (Universidad CES-Secretaría de Salud de Medellín, 2012, p. 137). Además, se encuentra que, dentro de la ciudad, las comunas de Manrique, Aranjuez, Castilla, Doce de Octubre, Villa Hermosa, Buenos Aires, San Javier y Belén presentaron las proporciones del TP más altas (>1,03) en el último año; no se presentó alto riesgo en ninguno de los corregimientos ni en las comunas de Poblado, Guayabal, Laureles, Estadio y Robledo (Universidad CES-Secretaría de Salud de Medellín, 2012. n. 153).

De otro lado, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su versión quinta (5) categoriza el TP dentro de los trastornos de ansiedad, en donde se comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Por tanto, “El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” (APA, 2013, p. 209). En este sentido, continuando con la American Psychiatric Association (2013), se presenta la diferenciación entre el miedo y la ansiedad, relacionando el primero con los accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida; y la segunda, como aquella relacionada con la tensión muscular y la vigilancia, en relación con un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

Además de ello, el Informe de Salud Mental de Medellín, 2012 refiere que, la ansiedad involucra elementos fisiológicos y conductuales, pues en el elemento fisiológico se activa un estado crónico como consecuencia para enfrentarse al peligro en un momento que el sujeto se sienta amenazado, y en cuanto a la conducta aparece la estrategia de evitar las situaciones amenazantes

o potencialmente peligrosa sin que haya un estímulo que genera amenaza real (Universidad CES-Secretaría de Salud de Medellín, 2012).

Ahora bien, para la explicación etiológica de este trastorno se encuentran modelos como la teoría de diátesis-estrés, la cual menciona la existencia de tres factores o elementos básicos para la creación de una patología, el psicológico, el ambiental y el genético (Vásquez et al, 2010). Es decir el individuo psicológicamente cuenta con una vulnerabilidad latente que en el momento En la interacción con sucesos estresantes o negativos incrementan la probabilidad de aparición o de mantenimiento del trastorno, y los factores ambientales también cuentan con una influencia en la adquisición y mantenimiento de la patología a través del aprendizaje (Gantiva et al., 2010). Los

filogenética, afirmando así (Becerra et al., 2007) que la ansiedad es un sistema comportamental que presenta un origen evolutivo al igual que el de otros mamíferos y otros tipos de animales.

Desde el aspecto psicológico, Beck et al (2012 p. 25) presentan la ansiedad como resultado de cogniciones disfuncionales, “(...) el miedo y la ansiedad anormales se derivan de una asunción falsa que implica la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa”. Así las cosas, esas creencias disfuncionales, que mencionan Clark y Beck (2012) provocan un miedo, notable y excesivo, que no guarda ninguna coherencia con la realidad del sujeto. Otro elemento importante dentro de los componentes cognitivos de la ansiedad, y sobre todo en el TP, es el concepto de vulnerabilidad; término que según Beck, Emery y Greenberg (2012), hacen referencia a la percepción autorreferencial de daño que una persona presenta hacia peligros internos y externos, sobre los cuales percibe incapacidad de control o una insuficiente sensación de seguridad. En este punto, es necesario reconocer entonces que los síntomas cognitivos de la ansiedad, corresponderán a la presencia de miedo por perder el control o incapacidad por afrontarlo, pensamientos de vulnerabilidad por estar expuesto a un daño físico o morir, temor por la evaluación negativa por las personas que lo rodean, pensamientos, imágenes, o recuerdos que generan temor significativamente, despersonalización, limitada concentración, distracción y confusión, hipervigilancia hacia cualquier estímulo amenazante, dificultades en la memoria y dificultades en mantener una visión objetiva de la realidad, mas motivada por los sesgos (Clark & Beck, 2012).

Barlow y Beck (2012), realizan una distinción entre la emoción de miedo y ansiedad, refieren que la primera tiene como característica la especificidad y discreción, mientras que la ansiedad da cuenta de un aspecto más general y subjetivo. En este punto, aparecen autores que dan

diferentes versiones o posturas sobre la naturaleza de la ansiedad y del miedo, por ejemplo, Beck et al. (2012) presentan el miedo, como “naturaleza cognitiva”, y que centra su atención en los rasgos neurobiológicos y conductuales.

En este mismo panorama, Clark y Beck (2012), presentan los síntomas de la ansiedad como derivados de la naturaleza fisiológica, en tanto aparecen como determinantes los sistemas nerviosos simpático (SNS) y el parasimpático (SNP). Sobre esto, Bradley (2012) indica que, el SNS cuando se activa genera una respuesta fisiológica significativa cuando hay ansiedad, provocando hiperactivación en los vasos sanguíneos periféricos, fuerza en los músculos esqueléticos, aumento del ritmo cardíaco, contracción y expansión de los pulmones para tomar oxígeno, dilatación de pupilas, y suspensión de la actividad digestiva, además del aumento de secreción epinefrina y norepinefrina originada desde la médula adrenal. Lo anterior, también es asociado a síntomas como: temblores, sensación de ahogo y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular (Barlow, 2012).

Citando a Gantiva et al., (2010) indican que la ansiedad genera fuertes síntomas corporales de tensión, es decir que El SNP esta relacionado con la inmovilidad tónica de los músculos, el descenso de la presión arterial, que constituyen una estrategia de afrontamiento para la respuesta de conservación-retirada, además la constricción pupilar, la relajación de los músculos abdominales y la constricción de los pulmones (Bradley, 2000). En consecuencia, es probable que el SNP desempeñe un rol mayor del que se le ha atribuido previamente en la ansiedad (Clark & Beck, 2012).

Además de lo anterior, y en aras de entender más la naturaleza psicofisiológica de la ansiedad, se puede indicar que las personas con ansiedad crónica, presentan un nivel alto de activación

autónoma. Clark y Beck (2012) afirman la importancia que tiene de base el ritmo cardíaco elevado durante las crisis de angustia y en las fobias específicas. Dicha activación puede llevar a concluir al sujeto que puede encontrarse ante un estímulo más amenazante de lo que realmente es, por lo cual esto puede llevar a una malinterpretación de la amenaza (Clark & Beck, 2012).

Por otra parte, y en relación con el aspecto neurofisiológico de la ansiedad, se tiene como principal referente la amígdala, y su rol preponderante en lo emocional; presentando incluso esta glándula como el eje central del miedo; así lo refrendan Clark y Beck (2012), en donde destacan que la amígdala desempeña un papel fundamental en el proceso emocional y en la memoria, pues participa en la modulación emocional de la memoria, en los estímulos con significación afectiva y la valoración de señales relacionadas con peligro, además los estudios enfocados a demostrar el miedo auditivo condicionado, afirman que la amígdala está implicada sustancialmente como un sustrato neural para la adquisición de respuestas condicionadas de miedo. Por tanto la amígdala tiene una función fundamental en el miedo ya que es eje de la génesis del miedo y en la evaluación emocional de los estímulos.

Todo lo anterior, lleva a la necesidad de reflexionar en torno a la importancia de un cerebro emocional que permita identificar o delimitar, en los estímulos mentales, ya sean físicos o externos, el significado afectivo (diferenciando qué es y qué no es una amenaza). Para ello, y continuado con el rol de la amígdala en este proceso, Ledoux (2012), presenta dos vías para que dicha glándula procese estímulos, en este caso los propios del miedo. En la primera vía lleva la transmisión directa de un estímulo condicionado de miedo que se realiza a través del tálamo sensorial al núcleo lateral de la amígdala, a través del córtex, y en la segunda vía se ubica la transmisión de la información relacionada con el estímulo del miedo desde el tálamo sensorial, pasando por el córtex sensorial hasta el núcleo lateral generando un estímulo activador en todo los músculos y órganos del cuerpo.



Retomando ya el elemento genético, Clark y Beck (2012) afirman que existen significativas pruebas, aunque empíricas, que relacionan la ansiedad con la transmisión familiar, es decir que los comportamientos activados en situaciones de ansiedad tienen una larga distribución y continuidad filogenética, convirtiendo la ansiedad en un sistema comportamental evolutivo que puede ser transmitido entre las especies (Becerra et al., 2007) además Hettema, Neale y Kendler (2001) concluyen que la relación familiar para heredar los trastornos de angustia son las más transmitibles, pues las estimaciones de heredabilidad oscilaban entre el 30 y el 40%, quedando la mayor proporción predominante a factores ambientales individuales. Incluso a nivel sintomático, la heredabilidad se explica mediante el 27% de la variabilidad predisponiendo así a los individuos a la angustia general, y siendo los factores ambientales los que determinaban el desarrollo de la ansiedad específica o de los síntomas depresivos.

Sobre este tema, es importante acotar que Barlow (2012), presenta una posibilidad o argumento en el que se indica que la transmisión genética presenta diferencias para la ansiedad y para la angustia. De hecho, Kendler et al. (2012) Encontraron factores de riesgo genético diferentes para el trastorno depresivo mayor y para los trastornos de ansiedad. Asimismo, Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves (2012), descubrieron que una relación genética común para la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada con la especificidad de trastorno determinada por la exposición a diferentes acontecimientos vitales o que han generado un impacto traumático en la persona.

Otro elemento fundamental dentro el proceso de comprender la ansiedad, es categorizarla como una emoción displacentera (González, 2007) y que puede ayudar a generar en las personas una conducta desadaptativa que mantenga el trastorno, Chóliz (2005) presenta la emoción como una experiencia afectiva con dos componentes agradable o desagradable, que supone una cualidad

esencial y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo, Dichos sistemas de respuesta, aparecen con relativa frecuencia en la ansiedad, tal y como lo refieren Clark y Beck (2012), al indicar los siguientes síntomas afectivos: nervioso, tenso, embarullado; asustado, temeroso, aterrorizado; inquieto, asustadizo; impaciente, frustrado. Que se manifiestan cuando el individuo esta expuesto a la situación “temida”.

Otro aspecto importante a resaltar en este estudio, es la importancia de fundamentar los tratamientos psicológicos mediante la evidencia empírica investigativa, para esto la psicología basada en la evidencia ha surgido como un medio que permite recolectar evidencia empírica y datos relevantes acerca de la efectividad de las intervenciones y modelos psicológicos en los procesos terapéuticos. La APA (2013) define la psicología basada en la evidencia como la manera de integrar la mejor evidencia disponible en la experticia clínica, dirigida al ambiente de intervención del paciente con sus características significativas, su contexto cultura y preferencia. Es decir, establecer mediante la selección crítica de información investigativa, el método o tratamiento que demuestra mayor eficacia para su tratamiento, permitiendo con esto presentar decisiones más acertadas frente al motivo de consulta particular o clínica del paciente.

Pasando ahora a la intervención, se ha encontrado evidencia científica importante para el tratamiento de este trastorno, una de las intervenciones que ha demostrado efectividad es el protocolo de intervención de la terapia cognitiva para los trastornos de pánico (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000). Dicho protocolo de intervención, refiere cuatro componentes a tener en cuenta; en primer lugar, se encuentra la *psicoeducación* como el medio en el que el terapeuta brinda información al paciente con la intención de que comprenda sus determinados fenómenos psicológicos que padece (Moreno & Martin, 2007) es decir, esta información permite al paciente que comprenda sus problemas, haciendo énfasis en el origen de los mismos: en esta fase de la

intervención se explica cuáles son los procedimientos utilizados en el tratamiento y su efectividad, así mismo la probabilidad de cambio esperado. Desde este punto, Moreno y Martin (2007) afirman que en el caso del trastorno de pánico es importante que el paciente logre comprender la fisiología de la ansiedad y sus formas (ansiedad generalizada y crisis de ansiedad), cómo puede originarse y cuál es su función, cuáles son sus síntomas, y qué mecanismo la facilitan o inhiben, por qué se mantienen por conductas de evitación y escape, y explicar cuál es el papel de los pensamientos catastróficos (cogniciones disfuncionales).

Como segundo componente se encuentran las técnicas de control físico, más específicamente *la* respiración diafragmática y el entrenamiento en relación muscular, cuyo objetivo es disminuir el estado general de activación (Moreno & Martin, 2007); un tercer elemento es la reestructuración cognitiva, en donde se pretende identificar las distorsiones cognitivas que acompañan el trastorno de pánico, y reevaluarlas para contrastar el peligro real.

Otro componente, es la *exposición interoceptiva*, que consiste en buscar las sensaciones en lugar de tratarlas, evitarlas o reducirlas (Moreno & Martin, 2007), buscando así que revivan de nuevo los síntomas que ha presentado durante las crisis, con el objetivo de manejar, en el momento que aparecen, buscando la extinción de la falsa alarma o crisis de ansiedad (Moreno & Martin, 2007).y finalmente la exposición en vivo se utilizó para disminuir la evitación o la respuesta de miedo frente a volver a experimentar los síntomas en lugares públicos o cuando la consultante retome las actividades de la vida cotidiana. (Gómez et al., 2014)

Finalmente, y después de haberse realizado un acercamiento al TP, se propone como objetivo, en este artículo, el análisis de caso de una paciente con Trastorno de pánico, en donde se ha realizado la intervención desde la Terapia cognitiva comportamental, siguiendo los lineamientos propuestos en la literatura basada en la evidencia empírica.

## Método

### Identificación de la paciente

Gloria es una mujer de 42 años, caucásica, en unión libre, tiene un hijo de 16 años, vive con su compañero e hijo, y desde hace 16 años es profesora de básica primaria, pero desde hace unos seis años se encuentra vinculada al magisterio nacional de Colombia. En enero de 2016 la consultante inicia proceso psicológico en el área de salud mental de su IPS, porque comienza a presentar los ataques de pánico; desde los últimos años” he venido presentando crisis casi cada 15 días”, “me da mucho miedo volverme loca y he tenido que ir muchas veces a urgencias para que me traten”, y refiere que se viene sintiendo muy sola por parte del hijo, “mi hijo no me quiere”; durante la primera sesión de la intervención se realiza una categorización por cada área de los síntomas más significativos, en donde se logran identificar los siguientes: i) área emocional: tristeza, ansiedad, falta de interés en casi todas las actividades, irritabilidad; ii) área cognitiva: pensamientos negativos sobre ella misma, el futuro y las personas significativas, el saber que las personas más amadas la rechacen y la defrauden todo el tiempo; iii) área conductual: llanto, aislamiento social, ataques de pánico, sobresalir en el trabajo, ser muy buena docente; y iv) área fisiológica: insomnio de conciliación, cansancio, dolores musculares, pérdida del apetito, bruxismo, taquicardia, sudoración. Estos síntomas han aparecido desde enero del 2015.

Gloria ha presentado antecedentes emocionales, cognitivos y conductuales relacionados a su estado de ánimo; ya en el 2013 se encontraba en tratamiento farmacológico Escitalopram, desde psiquiatría, por depresión mayor, pero desde su adolescencia ya había presentado algunas

por su parte, no se ha encontrado que, asociado al componente mental, haya habido alguna patología significativa que afecte su salud, en un momento de la atención o algún antecedente médico familiar significativo. Durante la primera sesión, la consultante se observó poco empática y demandante frente a las dificultades de las autorizaciones de la IPS, por trámites demorados; además se presentó depresiva, ansiosa y anhedónica.

### *Historia del problema*

A finales del año 2014 Gloria decide volver a vincularse con su compañero afectivo, después de un periodo de separación, debido a las constantes infidelidades que presentó durante el tiempo de convivencia; aunque retoma esta relación motivada en volver a vivir con su hijo Juan José, para darle estabilidad afectiva y emocional, al momento de la convivencia observa un hijo con afecto plano frente a la relación con ella; con el compañero logra una vinculación “distante, fría y desconfiada”; sin embargo, decide retomar sus sentimientos para lograr mantener una estabilidad. En enero de 2015 comienza a manifestarse los síntomas de trastorno de pánico, por lo que decide visitar los servicios de urgencias y, con el paso de las semanas, las visitas, cada vez, son más constantes.

Los principales estresores actuales de la consultante son de carácter emocional y social, pues el sentirse rechazada y no amada por las figuras significativas detona en ella los síntomas de pánico, porque hace que no sienta que tenga “el control de las personas que ella ama”, esto lleva a que cada vez se incrementen los síntomas depresivos y ansiosos, y no logre encontrarle motivación a nada, además de temer salir en muchos momentos a realizar actividades sola, por miedo a que repita los ataques de pánico.

Gloria proviene de un hogar del norte de la ciudad de Medellín, en donde ocupa el lugar de hermana menor, de 3 hermanos; refiere que el matrimonio de los padres era bueno y se caracterizaba por un padre muy introvertido, amoroso y dedicado, sobre todo con ella, mientras que la madre, era muy celosa con el padre, fría, distante, desvalorizadora y comparativa entre Gloria y su hermana. La consultante refiere que siempre ha desarrollado un rol de hermana mayor, y ha intentado controlar y organizar la vida de sus dos hermanos y la madre.

La paciente refiere que su infancia ha transcurrido con mucha normalidad, pero a medida que avanzaba evolutivamente, fue sintiendo que su estado de ánimo variaba de intensidad, ya que surgían episodios de llanto, anhedonia, taquicardia, sudoración y contractura muscular; solo se ha vinculado con una sola persona, que es su actual compañero afectivo, con quien está desde que tiene 19 años. Recuerda que la madre siempre la comparó con su hermana, por lo que asumió, como estrategia, sobresalir en el ámbito escolar durante la época de colegio, mientras que actualmente, en su labor de docente, ha buscado ser reconocida por la motivación que siente por lograr que sus estudiantes la evalúen como una persona con pasión por lo que realiza.

En cuanto a la vinculación con pares, Gloria refiere que siempre se ha relacionado desde la desconfianza, en tanto se le dificulta “contarle a los demás los problemas”; en este sentido, siempre ha optado por tener una relación distante, fría y plana con sus compañeros de trabajo.

## *Evaluación*

En este artículo de caso único se ha tomado la metodología de tipo ABA. Virués & Moreno (2008) afirman que en este tipo de estudio se realiza primero una evaluación de la conducta del sujeto para establecer el diagnóstico, y se propone una línea de base con los resultados (A); posteriormente se aplica el tratamiento para intervenir en la condición psicopatológica hallada (B); y por último, se mide nuevamente la conducta y se compara con la línea de base (A).

En el proceso de evaluación se aplicaron, durante la etapa de pre tratamiento, dos instrumentos estandarizados y una entrevista clínica. Los test usados fueron el inventario de depresión de Beck, en su versión revisada y adaptada al español (Vázquez y Sanz, 1997); una escala de severidad del trastorno de pánico (PDDS) (Shear, et al. 1997); y la entrevista de evaluación del pánico (Botella y Ballester, 1997). A continuación, se presenta una breve descripción de cada instrumento.

Inventario de depresión de Beck. Estos inventarios fueron desarrollados para evaluar la gravedad de la depresión, tomando en cuenta la intensidad sintomática del paciente. En La versión adaptada al español de Vázquez y Sanz (1997), refieren que es una escala autoaplicada de 21 ítems que evalúan rangos de síntomas depresivos en los campos cognitiva, fisiológicos, vegetativos y emocionales. Cada pregunta presenta cuatro alternativas de respuestas ordenadas de menor a mayor que indican la severidad de los síntomas evaluados. El consultante debe escoger para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor califica su situación durante la última semana. Y la puntuación total se realiza sumando los valores de las frases seleccionadas

que van de 0 a 3; donde el rango de la puntuación obtenida se mide de 0 al 63 puntos. Y la puntuación que el consultante obtuvo se interpreta en los siguientes categorías: No depresión: 0-9 puntos; Depresión: leve 10-18 puntos; Depresión moderada: 19-29 puntos y Depresión grave: más de 30 puntos.

Según lo anterior, y teniendo en cuenta el caso puntual de análisis, Gloria obtuvo 19 puntos en este inventario, alcanzando con esto un puntaje que la sitúa en una depresión moderada. Y en lo referente a la confiabilidad del inventario, se encontró que presenta una “consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.76 – 0.95. Y la fiabilidad del test oscila alrededor de  $r = 0.80$ ” (Chacón, Muñoz, Rivas y Miranda, 2007, p. 34).

Escala de severidad para los trastornos de pánico: la escala PDSS está compuesta por un cuestionario de evaluación de siete ítems, que exploran las características clínicas del trastorno de pánico y sus síntomas, mediante una entrevista al paciente y a través de una escala simple, esta escala es de tipo liker de 5 grados, se responde la pregunta con rango de puntuación de 0 a 4 (en donde 0 es la mínima, y 4 es la máxima mostrado la severidad de los síntomas graves de ).

El puntaje obtenido de cada ítem se suman, y la puntuación total se encuentra en un rango de referencia entre 0 y 28 puntos; esto proporciona un perfil de la intensidad y de su presencia en el último mes. En lo referente a la fiabilidad de la prueba, se encontró que la consistencia interna (Alfa de Cronbach) para una muestra de 186 pacientes fue de 0.65; la fiabilidad entre los evaluadores entrenados para aplicar esta escala osciló entre 0.74 y 0.88 (Shear, et al., 1997). Finalmente, la puntuación de la consultante fue de 21 puntos, lo que se interpreta como síntomas graves y significativos para el Trastorno de pánico.



Entrevista clínica: se realizó una entrevista clínica semiestructurada, con los objetivos de identificar la problemática actual de la paciente, y recoger información para la comprensión del trastorno de pánico, y para el diseño del tratamiento. Botella y Ballester (1997), indican que es una entrevista clínica basada en el ADIS-R (Di Nardo y Barlow 1998), pero que incluye otras cuestiones relevantes; consta de 32 apartados en los que se combinan preguntas abiertas y cerradas con escalas tipo likert, y cuadros de registros; asimismo, recoge preguntas básicas sobre la historia del problema, mantenimiento, factores cognitivos y situaciones que influyen en la ansiedad, características de la ansiedad experimentada, afrontamiento del problema, evitación de actividades y grado de malestar.

### *Diagnóstico clínico*

Después de haber obtenido los resultados de los test psicológicos aplicados y de la entrevista, se encuentra como diagnóstico principal un Trastorno de pánico, con comorbilidad de Trastorno Depresivo Recurrente; además de dificultades en las relaciones interpersonales y malestar por el rechazo de las figuras significativas.

Este estudio de caso se realizó dentro de las consideraciones éticas descritas en la ley 1090 de 2006, y en la resolución 8340 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud y Protección social, en los cuales se indican los lineamientos a tener en cuenta en la investigación con seres humanos, además donde se refiere el uso del consentimiento informado, en el cual se explican los fines de la investigación a la consultante participante, además explicarle sobre la privacidad de la información y datos que ha brindando dentro de la intervención.

## Resultados

Después de haber analizado los diferentes elementos de su historia personal relevante y de los resultados arrojados en las pruebas de evaluación, podemos inferir que la consultante tuvo como precipitantes de su ataques de pánico la decisión de terminar su relación de pareja, por sentirse “rechazada, poco amada y engañada”; esto a su vez, la confrontó con la idea de no ser lo suficiente buena como madre, pues el hijo decide irse a vivir con el padre y no con ella; esto la llevó posteriormente a unirse con su compañero afectivo de nuevo, buscando estar más cerca del hijo y poder compartir con él, mediante el auto sacrificio de volver con una persona inadecuada y que le genera mucha desconfianza, pues este la hace sentirse mucho más vulnerable y sola.

Además de esto se puede constatar que la paciente, desde hace muchos años, ha venido presentando síntomas de un trastorno depresivo recurrente, que se ha manifestado en la activación de la triada cognitiva, en donde ella lograr referirse “yo no sirvo para nada, yo no soy buena como madre ni como esposa”, referido hacia el futuro “No creo que las cosas puedan cambiar”, “esto no mejorará nunca” y referido a los demás “Mi esposo a mi no me ama ”, “Mi hijo no va a dejar de verme como la madre” porque le genera una desesperanza saber que no será nunca amada y valorada como ella quisiera.

Los últimos precipitantes de Gloria, que han desarrollado los síntomas de pánico, significativamente clínicos, son: i) que el hijo no le diga que la ama, porque ella ha sido fría y porque no ha sido buena madre; ii) tener que estar en un matrimonio que no quiere para poder tener al hijo al lado y ofrecerle una familia a pesar de no confiar en Jorge; y iii) darle la oportunidad al compañero afectivo de volver a confiar en él, pero sabe en el fondo que la va a engañar. Como fortaleza, sobresale el hecho de que Gloria ha tenido muchos años de éxito en su vida profesional.

En su papel como profesora, sus estudiantes han mostrado un gran agrado por ella, y su labor es reconocida por sus colegas, pues siempre busca estar actualizándose en tecnología para ofrecerles a sus alumnos clases mucho más positivas y que lleven al conocimiento más profundo del saber mediante la práctica. Además, logró vincularse al magisterio, al pasar los exámenes y la entrevista, como siempre había querido, buscando así una estabilidad laboral y económica. Sobresale también la incondicionalidad con sus amigos más cercanos, buscando suplir sus necesidades, ser muy cercana en sus momentos de dificultad y acompañarlos en las diligencias que tienen.

### *Hipótesis Explicativa*

Gloria creció en una familia de un municipio al norte del área metropolitana; su padre fue su referente de afecto, ya que estaba al tanto de sus necesidades y era comprensivo con ella; mientras que su madre tuvo pautas de crianza fría, descalificadora y celosa de la relación de la consultante con el padre y con sus hermanos. Gloria ha construido una relación fría y distante, mostrándose como la persona encargada de tomar las decisiones cruciales de la casa.

Esta relación con la mayoría de los miembros de su familia, en especial con la madre, que constantemente la comparaba con la hermana, por no ser tan buena como ella, y el constatar que la madre centraba su amor en su hermana, generaron que la consultante construyera una visión negativa de ella, en donde siempre surgía el pensamiento de faltarle algo para ser completamente feliz; esto a su vez, generaba en ella frustración por no manejar la relación con la madre, a pesar de que hiciera todo por complacerla, llevándola incluso a generar un pensamiento de perder el control cada vez que se sentía rechazada.

Al encontrar que la madre no suplía sus necesidades afectivas, Gloria comenzó a construir una visión de los otros y del mundo como algo amenazante, generando una idea de inamabilidad que comenzó a llevarla a tomar una actitud plana y fuerte para que las personas no le pudieran hacer daño, por ser tan defectuosa y débil. Pero al mismo tiempo, con sus seres queridos más cercanos, en este caso su hijo y su esposo, la consultante comenzó a generar la actitud de apegarse a ellos, esperar demasiado amor, afecto y estabilidad, como una manera de compensar lo que la madre no le daba.

Así las cosas, Gloria comenzó a realizar el procesamiento de información de manera desadaptativa, en tanto construye unas estrategias compensatorias de sumisión y autoexigencia, frente a la labor como madre y docente, y donde emplea los siguientes supuestos, reglas y actitudes: *supuesto positivo*: si les doy todo a mis seres queridos, podrán amarme mucho y no me quedará sola; *supuesto negativo*: si no los complazco mucho, me voy a quedar sola; si no hago todo por ellos, no me van a amar; *regla*: “debo hacer lo que me pide, debo complacerlo”; y la *actitud*: “es horrible que no me quiera” (Ver figura 1 ).

Estas cogniciones la llevarán a desarrollar los síntomas del trastorno de pánico que se activan cada vez que piensa “No soy lo suficientemente buena (para ser amada por los demás) y me quedare sola”, y en las situaciones activantes aparecen pensamientos automáticos “Siempre me ha faltado algo”, “Yo he sufrido con el comportamientos del otro”, “Soy una tonta por esperar que todo cambiaría si regresaba con ellos”, “siento que me voy a morir de todo esto”, “me voy a volver loca”.

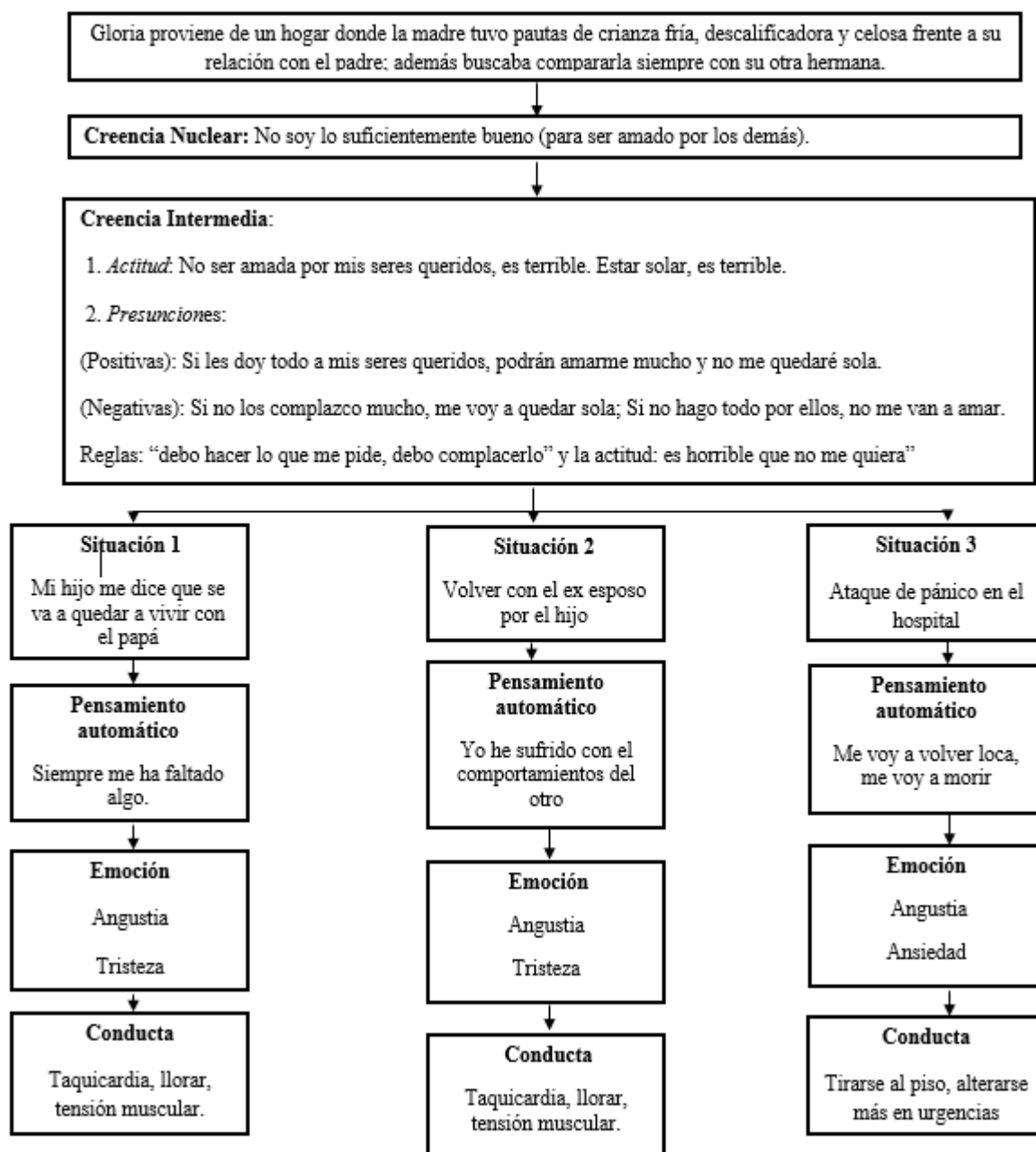


Figura 1. *Conceptualización cognitiva* (Adaptado de Beck, 2000, p. 177).

## Intervención

Después de haber identificado todos los elementos resultantes de las diferentes herramientas de evaluación y de la conceptualización del caso de la consultante, se ha aplicado en la intervención del trastorno de pánico una Terapia combinada desde la psicoterapia, tratamiento farmacológico, Manfro, Heldt, Cordioli y Otto (2008), la terapia cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2012), la terapia cognitiva para los trastornos de pánico (Barlow et al., 2000), y tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia (Moreno & Martin, 2007),

Estos tratamientos cuentan con un apoyo empírico sólido que demuestra su efectividad en la intervención del trastorno de pánico; así las cosas, en la Tabla 1 se observa la organización de las sesiones durante el proceso terapéutico, los objetivos planteados relacionados con la lista de problemas de la consultante, las estrategias de intervención, y las sesiones empleadas.

Tabla 1

### *Tratamiento propuesto para la intervención*

<b>Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estrategia de intervención</b>	<b>Sesión</b>
Baja comprensión del trastorno de pánico	Comprender la forma en que se producen y mantienen los síntomas del trastorno de pánico	Auto registros Aplicación de escala de síntomas de pánico Aplicación de BDI Información Verbal y escrita. Biblioterapia Psicoeducación	1-3
Poco control de los síntomas fisiológicos	Controlar los síntomas fisiológicos del trastorno de pánico.	Entrenamiento en relajación muscular. Entrenamiento en respiración diafragmática. Tratamiento farmacológico (Psiquiatría)	4-6
Estado de ánimo deprimido	Regular el estado de animo bien	Psicoeducación Diario de pensamientos Dialogo Socrático Reestructuración cognitiva	7 -10
pensamientos disfuncionales	Identificar los pensamientos activadores	Discusión de distorsiones cognitivas. Dialogo socrático Registro de pensamiento.	7-12
Temor a que vuelvan a repetir los	Reducir el temor y la angustia por que se repitan los síntomas	Exposición a las sensaciones Exposición a las situaciones que provocan sensaciones	12-17

En la fase inicial del tratamiento con la consultante, en las sesiones 1 al 3, la consultante contaba con una baja comprensión del trastorno de pánico, ya que se le dificultaba comprender de que se trataba y como se activaba en determinadas situaciones, en esta fase se le aplican los instrumentos de evaluación, en este caso el BDI, en donde puntuó para una depresión moderada; y en la escala de severidad para el trastorno de pánico se ubicó en síntomas moderados; los síntomas se activaban con mucha periodicidad lo que afectaba su condición laboral, por las constantes incapacidades que le generaba el pánico; pero mediante la psicoeducación logró comprender la relación existente entre los estados cognitivos y la manifestación de las emociones en determinadas situaciones.

Posteriormente a Gloria se le realiza el entrenamiento en relajación muscular y entrenamiento en respiración diafragmática Como mecanismo para facilitar el control sintomático y favorecer con esto a procesos adaptativos. Esto permitió modificar su estilo de procesamiento de la información. Otros de los problemas intervenidos durante el proceso terapéutico fueron el estado de ánimo depresivo y los pensamientos disfuncionales que derivaban los síntomas de pánico.

Para esto se empleó la técnica de reestructuración cognitiva, con la cual Gloria venía presentando simultáneamente con el trastorno de pánico, mediante la reestructuración cognitiva, Gloria logró comprender los pensamientos automáticos negativos que construyó sobre ella mismas como no ser digna de ser amada, esta creencia era un activador de los síntomas depresivos y del pánico, adicional a ello la consultante logró concientizarse que mediante la dependencia que generaba con sus seres queridos más cercanos, presentaba unas expectativas muy altas frente al afecto que le debían manifestar constantemente; simultáneamente a la

reestructuración cognitiva se seguía entrenando en técnicas de relajación, lo que ayudó a significativamente remisión de los síntomas del pánico e ir controlando su estado de ánimo.

Durante la fase intermedia, logra realizar actos sin un deseo de obtener algo a cambio, sino por la satisfacción de ofrecerle bienestar a sus seres queridos; pues ya sus síntomas depresivos no estaban ligados a la visión negativa que procesaba sobre ella misma y los otros, sino que fue entendiendo que los síntomas estaban ligados a la disfunción de los pensamientos.

Se trabajó posteriormente con la consultante el miedo a la reexperimentación sintomática espontánea mediante la exposición interoceptiva, en esta se trabajó en la activación corporal en un ambiente controlado. Más tarde se realizó una exposición en vivo donde se confrontó con lugares donde se activaron los síntomas de pánico, como mecanismo de disminución del fenómeno de condicionamiento.

En la etapa final del tratamiento, se le aplicó nuevamente a la paciente el Inventario de depresión de Beck, En esta nueva medición obtuvo una puntuación 16; es decir, Gloria pasó de tener una depresión moderada a una leve perturbación del estado de ánimo; y en la escala de severidad del trastorno de pánico obtuvo 5 puntos, Pasando de una categoría de síntomas del trastorno de pánico moderado a estados normales y adaptativos.

Durante el proceso Gloria logró establecer una adecuada empatía con el terapeuta, mostro consciente de las nuevas estrategias conductuales que logró adquirir. Derivado de esto, fue posible realizar un proceso de seguimiento donde se continuó con citas cada vez más distanciadas, hasta llegar a una por mes, para buscar prevenir recaídas, y posteriormente seguimiento telefónico para ofrecer reforzamiento positivo por si presenta algunas dificultades.

En el proceso se presentaron algunos obstáculos que debieron ser resueltos con respecto a la empatía, ya que hubo algunas dificultades con la paciente, pues al momento de la atención



la cual pertenece, pues llevaba mucho tiempo esperando la cita por psicología, lo que inicialmente fue una variable que generó dificultades en la primera sesión; al lograr hacerla entrar en razón sobre su demanda, la explicación del proceso de psicología y la competencia para resolverle las demandas administrativas, su actitud durante las otras dos sesiones de la fase inicial se modificaron notablemente. Además la IPS, en algunos momentos, no le asignaba la cita por psicología de manera continua, lo que generó en ella malestar y dejó de asistir por casi un mes al proceso. Esta dificultad volvió a activar en ella los síntomas del trastorno de pánico, ante eso se privilegió un contacto telefónico y una asignación de citas evitando así toda la espera administrativa.

## **Discusión**

Al evidenciar la reducción sintomática en la paciente, se encuentran resultados similares a los propuestos por el estudio que realizó Osma García-Palacios, y Botella (2014) que afirma que dentro de los tratamientos más eficaces para la intervención del trastorno de pánico el modelo cognitivo comportamental, y Manfro, Heldt, Cordioli & Otto (2008) afirman la efectividad del tratamiento cognitivo comportamental en la intervención de la reestructuración y modificación de creencia cuando el consultante interpretaba el peligro y la vulnerabilidad en el ambiente que lo rodea, esto se soporta en el resultado del postest de la escala de severidad de síntomas que se le aplicó a Gloria, en donde puntuó en 5, llegando al nivel de estados normales y adaptativos.

Para la reducción sintomática se presentó terapia medicamentosa combinada con terapia psicológica, esto permitió controlar los síntomas, esto demostró resultados adecuados, tal y como lo propusieron Manfro, Heldt, Cordioli y Otto (2008) afirman que la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico son muy efectivos para controlar y remitir los síntomas, y la pertinencia en la manera como complementa el proceso terapéutico del paciente; además, cómo

dentro de un rango de 20 sesiones y acompañamiento telefónico pueden ayudar a una mejor respuesta del tratamiento en la prevención de recaídas.

Gloria Mediante la psicoeducación logró aumentar el conocimiento acerca de la sintomatología típica del trastorno, y empleando las técnicas de exposición interoceptiva y exposición en vivo, relajación y reestructuración cognitiva se logró la reducción sintomática, tal y como lo propone Manfro et al. (2008) que presentan la pertinencia de la aplicación de diferentes técnicas conductuales y cognitivas, en este caso la psicoeducación, las técnicas de relajación, la reestructuración cognitiva y la exposición interoceptiva, como efectivas para disminución de síntomas del TP; esto también basado en los resultados arrojados por 76 pacientes con ataques de pánico, con y sin agorafobia, a quienes le aplicaron estas técnicas.

La consultante logró estabilizar su estado de ánimo mediante la reestructuración cognitiva y la refutación que esta le aportó a su creencia nuclear esto es coherente con en el estudio realizado Reinholt & Krogh (2014) quienes afirman la efectividad de la terapia cognitiva en pacientes con trastorno de ansiedad con comorbilidad con trastornos del estado de ánimo. Esto conllevó a un procesamiento de la información adaptativa, en donde logro utilizar estrategias de control de su creencia nuclear, y se observó que posterior al proceso terapéutico, la paciente logró construir respuestas más adaptativas frente a sus seres queridos, manifestando su malestar; colocando los límites a cada uno de ellos, sin pensar que no la amarían; manifestando un pensamiento mucho más flexible; modificando su conducta y resignificando sus emociones de manera más positiva.

Dentro de las limitaciones que se tiene en la construcción de este artículo se puede encontrar que al presentar este estudio una metodología de caso único, los resultados no deben generalizarse ni deben ser aplicados sin referirse a estudios con muestras más representativas y modelos más adecuados para la medición de la efectividad de las mismas.

## **Conclusiones**

La terapia cognitiva del pánico, propuesta por Barlow, evidencia su efectividad ante los síntomas del trastorno de pánico en la paciente; así mismo la reestructuración cognitiva ayudó a mejorar el procesamiento de información frente a determinadas situaciones que la consultante evaluaba de manera negativa, las cuales generaban malestar significativo y creaban la activación de síntomas; por último, la exposición interoceptiva ayudó a modificar las conductas desadaptativas que, con los ataques de pánico, la paciente evitaba realizar algunas cosas básicas de su vida cotidiana, por miedo a la aparición de los síntomas en cualquier lugar, generando además pensamiento de vulnerabilidad; esta terapia no solo ayudó a disminuir los síntomas, sino que a su vez generó la remisión de los síntomas del trastorno depresivo recurrente, mejorando la calidad de vida de la paciente de manera significativa.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, United States: American Psychiatric Publishing.
- Asmundson, G., Taylor, S., & A. J. Smits, J. (2014). Panic disorder and agoraphobia: an overview and commentary on dsm-5 changes. *Depression And Anxiety*, 31(6), 480-486.  
<http://dx.doi.org/10.1002/da.22277>
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., y Woods, S. W. (mayo, 2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal American Medical Association*, 283(19), 2529-36.
- Becerra, A., Madalena, A., Estanislau, C., Rodriguez, J., Dias, H., Bassi, A., Chagas, D. and Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1(39), pp.75-81.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. 1st ed. Grupo A - Artmed. P.396
- Belmonte Martínez, C. (2007). Emociones y Cerebro. *Revista De La Real Academia De Ciencia Exactas, Físicas Y Naturales*, 101(1), 59-68.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Martínez Roca. 1-15. Recuperado :  
<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/90/24/63/902463038130889136495082541503968533>
- Cano, W., Mae, C., Dongil, E. y Latorre, J. M. (septiembre-diciembre, 2011). El trastorno de

- Chacón, V., Muñoz, C. X., Rivas, J. C. y Miranda, C. A. (2007). Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(1), 31-40.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. (1ª. Ed.). Valencia. España. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A. and Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), pp.63-72.
- Gómez, L., Bernaldo, M., Labrador, F., Fernández, I., Estupiñá, F. and Blanco, C. (2014). Uso de técnicas de exposición en una clínica de psicología. *Universitas Psychologica*, 13(2).
- González, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General integral*, 23(1).
- Gorman J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M. & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, 157, 493-505.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., & Kaldö, V. et al. (2013). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(6), 457-467.  
<http://dx.doi.org/10.1111/acps.12079>
- Manfro, G., Heldt, E., Cordioli, A., & Otto, M. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Revista Brasileira Psiquiatria.*, 30, s81-s87.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462008000600005>
- Ministerio de Protección Social. (2003). Estudio nacional de la salud mental de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACI>

Minsalud.gov.co. (1993). Resolución Número 8430 DE 1993. [online] Available at:

[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf) [Accessed 9 Feb. 2017].

Moreno, P. y Martín, J. (2007). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia (1ª ed.). Bilbao, España: Desclee de Brouwer.

Norton, P. & Price, E. (2007). A Meta-Analytic Review of Adult Cognitive-Behavioral Treatment Outcome Across the Anxiety Disorders. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 195(6), 521-531. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.7014>

Osma, J., García-Palacios, A., y Botella, C. (2014). Personalidad y Trastorno de Pánico: Un estudio de revisión. *Anales de psicología*, 30(2).

<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.150741>

Palomares, E., Campos, P., Ostrosky, F., Tirado, E., y Mendieta, D. (noviembre-diciembre, 2010). Evaluación de funciones cognitivas: atención y memoria en pacientes con trastorno de pánico. *Salud Mental*, 33(6), 481-488.

Reinholt, N. & Krogh, J. (2014). Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Outcome Studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 171-184.

<http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2014.897367>

Sánchez-Meca, J., Marín-Martínez, F. y López-López, J. (2011). Meta-análisis e Intervención Psicosocial Basada en la Evidencia. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 95-107.

<http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a8>

Sanz, R., Miguel, J. J. y Casado, M. I. (2011). Sesgos de Memoria en los Trastornos de Ansiedad. *Clínica Y Salud*, 22(2), 187-197. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2011v22n2a7>

Secretariassenado.gov.co. (2006). Ley 1090 del 2006. [online] Available at:

[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1090\\_2006.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html) [Accessed 9 Feb. 2017].

Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S.

W., Gorman, J. M. & Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psychiatry*, 154(11), 1571-5.

Tolin, D., McKay, D., Forman, E., Klonsky, E., & Thombs, B. (2015). Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model. *Clin Psychol Sci Pract*, 22(4), 317-338.

<http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12122>

Torres, T., Aranzazú, J., Aranda, C. y Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8(1), 63-76.

Universidad CES-Secretaría de Salud de Medellín. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Recuperado de

<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>

Vásquez, C. y Sanz, J. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318

Vásquez, C., Herváz, G., Hernangómez, L. and Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, (1), pp.139-165.

Virués, J. & Moreno R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical

Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777.