



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

“Intervención en Crisis en Episodios de Pánico”

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO

QUE PARA TENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

GUADALUPE CONDE QUIROZ

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA

COMITÉ: MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA  
MTRO. RICARDO VICTORICO RÍOS HERNÁNDEZ  
MTRA. ALBA ESPERANZA GARCÍA LÓPEZ  
LIC. MARÍA FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE



México D.F. Abril de 2009

---



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

## Agradecimientos.

*Este logro fue la culminación del esfuerzo de muchas personas a las que no me queda más que decir GRACIAS.*

*Les agradezco a ustedes mis papis, el haberme dado la vida, el que me hayan enseñado a distinguir entre el bien y el mal, el haberme dado los valores y conocimientos necesarios para enfrentarme a la vida, el darme su apoyo y su consejo en los momentos en que los necesite, pero sobre todo agradezco el infinito amor con que lo hicieron.*

*A mis tíos por amarme de una manera incondicional, sobre todo a ti Tilla por cuidarme, por alimentarme siempre con tu mejor sonrisa, por ser una segunda madre para mí, por enseñarme lo importante que es la unidad familiar pero sobre todo por ser el pilar de esta familia.*

*Flor, Vicky, gracias por apoyarme siempre que lo necesite, gracias por ser mis hermanas más que mis primas, agradezco a la vida que Robert se integrará a nuestra familia formando una parte fundamental en ella convirtiéndose en un hermano más. Gracias a ti Angie por compartir y ser mi cómplice en cada una de mis locuras, aunque no siempre resultarán bien, gracias por enseñarme que además de ser una gran prima, eres una gran amiga.*

*Quiero agradecer a ustedes "miguis" por ser parte de esta locura llamada Licenciatura, pues sin ustedes no habría podido disfrutarlo y divertirme tanto, ni mucho menos pertenecer a las cuatro fantásticas*

*Gracias a ti Eury por mostrarme que la tranquilidad, la sensatez, y la diversión pueden estar en una misma persona, gracias por las interminables noches de plática y trabajo, por todo el apoyo incondicional en los momentos difíciles, sin ti hubiera perdido muchos documentos, pero sobre todo una grandiosa amistad.*

*Kary, te convertiste en una gran amiga sin que me diera cuenta, lograste que entendiera que la diversión y el estudio no van separados, que la integridad y la honestidad en una persona no son fáciles de encontrar, pero tú tienes ambas, espero que esta amistad siga creciendo y que no me niegues como tu amiga una tercera vez.*

---

---

*Mil gracias Iris por demostrarme que una primera impresión no sirve de nada, y que para ser amiga de una persona tienes que conocer sus sentimientos, anhelos y sueños, pues de lo contrario podría perderme de una gran amistad como la tuya y una sobrina como Astrid.*

*Quiero agradecer también a mis mejores y más grandes amores: Mis hermanos*

*A ti hermana te agradezco infinitamente el ser mi mayor ejemplo, mi mejor amiga, mi fortaleza cuando siento que no puedo más, mi refugio cuando tengo miedo, mi brújula cuando me siento pérdida, mi consejera cuando no se qué hacer, mi hombro cuando necesito llorar, no imagino mi vida sin ti, y sin todo lo que me has enseñado, eres la persona más persistente que conozco, eres simplemente grandiosa, la mejor hermana que Dios me pudo dar, te quiero mucho!!! Solo me resta decirte una vez más GRACIAS.*

*A ti hermanito tengo que darte las gracias por ser mi mejor y más grande amigo, mi cómplice, la persona a la que le puedo confiar absolutamente todo sin miedo a decepcionar o a ser juzgada, eres el más grande regalo que Dios me ha dado. Estoy infinitamente orgullosa de ti y de todo lo que has logrado. Mil gracias por todos tus consejos, me han ayudado a salir de muchos líos. Sólo quiero decirte que Te quiero!!*

*Alberto, mil gracias por unirte a este trío definitivamente nos faltaba un cuarto, eres un hermano más al que quiero y respeto profundamente, gracias por tus cuidados y consejos, gracias por mostrarme que mientras se lucha por un sueño este puede convertirse en realidad.*

*Betito eres el más grande sueño con el cual nuestra familia pudo ser bendecida, y nunca dejare de dar gracias por que seas parte de nuestras vidas. Te amo!!!!*

*Y por último pero no menos importante quiero agradecer a Dios por haber estado junto a mí durante toda mi vida, por haberme cuidado y guiado en los momentos difíciles pero sobretodo por haberme puesto en el camino a personas que me han amado infinitamente y a las que yo he amado también.*

*Gracias a todos por haber estado conmigo en los momentos más felices de mi vida, pero doy aún más gracias por haber estado en los más tristes y difíciles. Los amo a todos y a cada uno de ustedes MUCHAS GRACIAS.*

---

## Contenido

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	6
1.1 Definición de Crisis .....	6
1.2 Antecedentes Históricos de la Intervención en Crisis .....	7
1.3 Influencias Teóricas.....	8
1.4 Teoría de la Crisis.....	9
1.5 Fases y Estados: Del Impacto a la Resolución.....	10
1.6 Crisis Vitales Durante el Desarrollo.....	12
1.7 Hipótesis del Desarrollo.....	13
1.8 Principios Clínicos .....	15
1.9 Intervención de Primer Orden.....	17
1.10 Intervención de Segundo Orden .....	19
Funcionamiento CASIC previo a la Crisis .....	21
CAPÍTULO II: ATAQUES DE PÁNICO.....	23
2.1 Antecedentes Históricos .....	23
2.2 Ansiedad Y Ataques de Pánico .....	24
2.3 ¿Que es un Ataque de Pánico y sus Características?.....	25
2.4 ¿Cuándo se Comienza?.....	28
2.5 Desarrollo de los Ataques .....	29
2.6 Causas de los Ataques de Pánico.....	31
a) Causas Psicológicas .....	32
b) Causas Biológicas.....	34
2.7 Agentes Provocadores de los ataques de pánico.....	39
CAPÍTULO III: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.....	41
3.1 Antecedentes Históricos .....	42
3.2 Influencias Psicológicas.....	44
3.3 Principales Conceptos Teóricos.....	44
3.4 El ABC de la TRE.....	46
3.5 Alteraciones Psicológicas.....	48
3.6 Salud Psicológica .....	50
3.7 Adquisición y Perpetuación de la Alteración Psicológica.....	53
3.8 La Teoría del Cambio Terapéutico .....	54
3.9 Induciendo a los Clientes a la TRE.....	57
3.10 Valoración de los Problemas de los Clientes .....	58
3.11 Estrategias de Tratamiento en la TRE.....	60
3.12 Principales Técnicas de Tratamiento en la TRE .....	62
CAPÍTULO IV: Terapia Racional Emotiva en Episodios de Pánico .....	67
CONCLUSIÓN.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	77

## RESUMEN

El presente trabajo es una investigación acerca del origen, las causas y el impacto que sufren las personas que experimentan los episodios de pánico.

El objetivo es exponer qué son, las causas de estos, pero sobre todo concientizar el por qué de la importancia de la atención a personas que presentan estos episodios, así como la frecuencia en qué estos suceden en la población en general.

Se buscarán alternativas viables para que el paciente recupere el equilibrio que presentaba antes de la crisis, y se presentará un breve ejemplo de una intervención en crisis durante un episodio de pánico.

## INTRODUCCIÓN

Los episodios de pánico se presentan inesperadamente, se dice que aparentemente sin causa alguna y frecuentemente causan incapacidad para racionalizar las ideas que en ese momento se presentan, las personas sienten que mueren por la angustia que experimentan durante el ataque de pánico y poco a poco esta angustia logra aislarlos de su entorno.

Una vez que una persona sufre un ataque de pánico, por ejemplo mientras maneja un vehículo, hace compras en un lugar donde hay muchas personas o se encuentra dentro de un ascensor, pueden crearse miedos irracionales llamados fobias, relacionará estas situaciones, y comenzará a tratar de evitarlas. Con el tiempo, la necesidad de evitar esas situaciones y el grado de ansiedad por miedo a otro ataque puede llegar al punto en que esa persona que sufre trastorno causado por pánico no podrá volver a manejar un vehículo, ni siquiera dar un paso fuera de su casa. Cuando llega a este punto, se dice que la persona sufre trastorno causado por pánico o ataque de pánico con agorafobia. Es así como el ataque de pánico puede tener un serio impacto en la vida diaria de una persona, tanto como cualquier otra enfermedad seria, a menos que la persona reciba tratamiento efectivo.

Los ataques de pánico no duran mucho tiempo, pero sus sensaciones y síntomas, que han sido descritos por quienes lo padecen, son tan terribles que parecen durar una eternidad, y provocan que la persona deje de realizar sus actividades cotidianas por miedo a que en cualquier momento se presente otro episodio.

Por lo tanto, es de suma importancia encontrar un tratamiento adecuado para los ataques de pánico, para lograr recobrar la homeostasis perdida durante el episodio y regresar al equilibrio en el que se encontraba antes de él.

Existen diversas formas psicológicas de abordar esta situación, sin embargo se llega a la conclusión de que al ser ideas irracionales las que se presentan en dichos episodios, la Terapia Racional Emotiva es la más acertada para éstos, pues al ser una terapia cognitiva ayuda a entrenar al paciente, detectando sus pensamientos irracionales, reemplazándolos o modificándolos pues no resultan útiles para mejorar su calidad de vida. Al cambiarlos por ideas racionales generar una alternativa para reducirlos o ayudarlos en un posible futuro ataque.

Recordando que la Intervención en crisis siempre se basará en la Solución de Problemas, y que puede ayudarse de diversas técnicas tales como la Terapia Racional Emotiva y la Relajación.

En la actualidad se ha observado que la ansiedad se ha convertido en un problema de salud muy común debido a los grandes cambios sociales y ambientales, en México así como en otras partes del mundo, también se lo podemos atribuir a la inseguridad con la que se vive diariamente, lo cual provoca distintas respuestas en los seres humanos tal es el caso de los ataques de pánico.

Se debe entender que la ansiedad es un fenómeno normal que, en un grado moderado, desempeña una importante función para estimular al individuo y así mantener un nivel adecuado de trabajo y conducta, pero cuando esta ansiedad se vuelve excesiva (patológica) puede poner en riesgo el bienestar y eficacia personal.

De esta ansiedad patológica se desprenden los ataques de pánico, los cuales lamentablemente muchas veces son mal diagnosticados debido a la poca información que se tiene con respecto a este tema, haciendo que la vida del paciente vaya deteriorándose y orillándolo muchas veces a realizar acciones equivocadas como las mencionadas anteriormente.

Los ataques de pánico se han identificado en todo el mundo, se han llevado a cabo numerosos estudios para estimar el número de personas que lo padecen, y los resultados ponen que entre el 1% y el 2% de la población los padece de manera regular (Inghom, 1998).

En todo el mundo los médicos mencionan que los trastornos de pánico constituyen un importante problema de salud. Así por ejemplo, en el Reino Unido más de 20 millones de personas han padecido como mínimo un ataque de pánico en su vida y en Australia la cifra es de casi nueve millones (Inghom, 1998).

Específicamente en la Ciudad de México, estos episodios tienen una prevalencia en la vida de 1.1% en los hombres y 2.5 en las mujeres, presentándose con mayor frecuencia en las edades entre los 25 y 34 años, siendo más frecuente en hombres solteros y mujeres casadas (Caraveo et al., 1999).



Lamentablemente el estudio de este problema, no ha sido estudiado mucho en México, haciendo muy difícil su diagnóstico pues muchos de los que lo padecen acuden a médicos y estos al no tener la información suficiente no logran ayudarlos por completo.

Por lo anterior el presente trabajo tiene como fin dar a conocer de manera general las crisis de pánico, lo que las provoca, pero lo más importante es crear soluciones o alternativas para quienes sufren estos ataques y lograr que estas sean lo más efectivas posibles.

## **CAPÍTULO I: INTERVENCIÓN EN CRISIS**

Sin duda alguna la intervención en crisis no es algo que se practique desde hace poco tiempo, y se utiliza en diversas problemáticas pero en la actualidad se ha incrementado considerablemente su uso debido a la demanda que se presenta además de que debido a estos mismos problemas, la población necesita de una terapia de intervención rápida, donde los tratamientos no sean prolongados ni muy costosos, además de que su aspecto preventivo también atrae a muchos terapeutas.

Pero lo importante o lo que hace tan atractiva a la intervención en crisis es que ésta está dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los afectos (estigmas emocionales, daños físicos) se aminore y la probabilidad de crecimiento se incremente.

### ***1.1 Definición de Crisis***

Cuando mencionamos la palabra crisis podemos pensar en un desequilibrio, en un problema pero qué es lo que realmente significa, pues bien la palabra Crisis proviene del vocablo chino Lí Kan que significa antes de la consumación y por separado significan peligro y oportunidad es decir; ir del caos al orden (Larousse, 1997).

La crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del sujeto para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Sabemos que la crisis origina temor en las personas que la sufren, pues el desequilibrio que experimentan logra bloquear todas las herramientas con las que el individuo cuenta para enfrentarse a esta situación, lo que impide que el individuo logre resolverla.

## 1.2 Antecedentes *Históricos* de la Intervención en Crisis

El origen de la moderna intervención en crisis sucedió tras el incendio del centro nocturno Coconut Grove en Boston. El informe clínico acerca de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para las teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que, el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida. Lindemann quien mostró los primeros trabajos acerca de este tema llegó a creer que el clero y otros asistentes comunitarios podrían tener un papel determinante en la ayuda a la gente afligida durante el proceso de duelo, de modo que se previnieran dificultades psicológicas posteriores. Este concepto fue explotado más ampliamente con el establecimiento del Centro de Ayuda en Relaciones Humanas de Wellestey (Boston), uno de los primeros centros comunitarios de salud mental notable por su concentración en la terapia breve en el entorno de la psiquiatría preventiva (Slaikeu, 1996).

A partir de los principios dados por Lindemann, Gerald Caplan (1964), fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos. Estableció el asunto de modo muy breve “un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis (Slaikeu, 1996).

Si una investigación de pacientes psiquiátricos adultos concluyera que las crisis o transiciones tratadas en forma deficiente conducen a desorganizaciones y enfermedades mentales subsecuentes, entonces la prevención debería contemplarse por transiciones del desarrollo en la infancia y la adultez temprana. La teoría de la crisis de Caplan, en consecuencia, se incluyó en la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson (1963), en la que los seres humanos fueron concebidos como susceptibles de crecer o desarrollarse a lo largo de una serie de ocho transiciones claves. El interés de Caplan fue cómo la gente trataba las diversas transiciones de una etapa a otra. Pronto identificó la importancia de los recursos personales y sociales en al determinación de si las crisis del desarrollo resultarían en un mejoramiento o empeoramiento.

La psiquiatría de Caplan, y su enfoque sobre la intervención temprana para procurar el crecimiento positivo y aminorar el riesgo de un deterioro psicológico, lo condujeron a un énfasis de la consulta en salud mental, se hizo

muy importante prevenir y adiestrar a diversos practicantes comunitarios para la ayudar a niños y adultos jóvenes a manejar este tipo de desorganización.

### **1.3 Influencias Teóricas.**

Moos (1976), identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis. La primera es la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. La idea de Darwin de la supervivencia del más apto, analiza la lucha por la existencia entre los organismos vivos, en relación con su medio. Las ideas de Darwin condujeron al desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio (Moos, 1976 citado en Slaikeu, 1996).

Una segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano. Las preguntas básicas conciernen a la motivación y el impulso. La idea de Freud es que la motivación es un intento por reducir la tensión, fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, fue desafiada mas tarde por teóricos como Carl Rogers (1961), y Abraham Maslow (1954), quienes hicieron énfasis en la realización y el crecimiento positivos del hombre.- ambos se enfocaron en la tendencia de los seres humanos hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes (Slaikeu, 1996).

La premisa de la autorrealización del hombre es congruente también con el énfasis de Buhler (1962) y otros en que la conducta humana es intencional, y está constantemente dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas. Este último concepto es un punto esencial de las teorías en las que se considera a las crisis como momentos en que los propósitos se ven obstaculizados o súbitamente parecen inalcanzables (Slaikeu, 1996).

El enfoque de Erikson (1963) del ciclo vital del desarrollo proporcionó una tercera influencia capital para la teoría de la crisis. La visión de Erikson en cuanto a ocho etapas, cada una de las cuales presenta un nuevo reto, transición o crisis proporcionó una alternativa para la teoría psicoanalítica primitiva, que sugiere que la vida se basaba esencialmente en los sucesos de la infancia y la niñez muy temprana. La teoría de las etapas de Erikson suponía que, con cada transición, el desarrollo subsecuente estaba "en la línea", por así decirlo (Slaikeu, 1996).

Una cuarta influencia sobre la teoría de la crisis surgió de datos empíricos sobre cómo los humanos lidian con el estrés vital extremo. Los estudios en este ámbito incluyen luchar con traumas de los campos de concentración, la muerte repentina del cónyuge o parientes, cirugía mayor, la lenta agonía de un niño y los desastres. Al generalizar este concepto para incluir el impacto de una serie de sucesos de menor importancia, Colmes y sus colaboradores demostraron cierta relación entre el estrés asociado con sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad (Holmes y Masuda, 1973 en Slaikeu, 1996).

El interés renovado en la intervención en crisis fue catalizado por la sugestividad del concepto de crisis. El dolor emocional y el sufrimiento están limitados en tiempo y puede, potencialmente, haber resultados positivos o negativos a largo plazo.

Baldwin (1979), sugiere que el modelo de intervención en crisis, en virtud de su carácter interdisciplinario fuerte tanto en la teoría como en la práctica, puede conducir a una influencia unificadora entre los profesionales de la salud. Estas ideas son congruentes con el creciente énfasis en la interconexión del cuidado de la salud mental y física en el tratamiento integral de la persona.

### ***1.4 Teoría de la Crisis***

Desde un punto de vista teórico, si el estado de crisis no se distingue de los que no lo son, el concepto íntegro carece de sentido. Desde un punto de ventaja práctica, es importante entender cuándo una persona está en crisis y cuándo no, para proporcionarle la ayuda apropiada.

Una crisis como ya se mencionó es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. El énfasis de Caplan (1964) es sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o el salir adelante durante el estado de crisis. Taplin (1971) subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su "mapa cognoscitivo" para manejar situaciones nuevas y dramáticas (Slaikeu, 1996).

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de su vida a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis esta limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de "otros significantes).

### ***1.5 Fases y Estados: Del Impacto a la Resolución***

El estado de crisis ha sido considerado como progresar a través de una serie de etapas relativamente bien definidas. Caplan (1964) describe el inicio de las crisis como sigue:

1.- Hay una evaluación inicial de tensión en el impacto de un suceso externo, que inicia a su vez la habituales "respuestas para solucionar problemas".

2.- La falta de éxito en estas respuestas para la solución de problemas, más el impacto continuado del suceso estimulante, fomenta el incremento de la tensión, los sentimientos de trastorno y la ineficiencia.

3.- En tanto la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la solución de problemas. En este punto, la crisis puede desviarse por cualquiera de las siguientes opciones: reducción en la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o la renunciación a propósitos fijos que resultan inasequibles.

4.- Sin embargo, si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta un punto límite que da lugar a una desorganización emocional grave.

Como proceso, la terapia en crisis comprende experiencias facilitadoras que incluyen: reflexión sobre el suceso y su significado para la persona en crisis, la expresión de sentimientos, el mantener un grado mínimo de bienestar físico durante la crisis, además de realizar adaptaciones interpersonales y de

conducta apropiadas a la situación. Podemos referirnos a todo esto como translaborar la crisis. Baldwin (1979) lo resume de esta manera:

1.- Definir Problemas, tratar con los sentimientos, tomar decisiones o aprender nuevas formas de solucionar los problemas o nuevas conductas de enfrentamiento;

2.- Identificar y resolver por lo menos parcialmente conflictos subyacentes representados o reactivados por la crisis;

3.- Definir y movilizar recursos individuales externos e internos, hacia la solución de la crisis; y

4.- Reducir afecciones desagradables o incómodas relacionadas con la crisis.

El propósito de la terapia en crisis incluye la integración del suceso dentro de la trama en la vida del individuo, simplemente significa que la crisis se resuelva, el suceso y sus consecuencias deben finalmente tomar sus lugares a la par de otros sucesos vitales y determinantes en la vida de la persona, para formar parte de una experiencia evolutiva. Horowitz (1976) menciona que lo contrario de esta integración es dividirla artificialmente, obstruirla fuera de la conciencia, haciéndole como si nada hubiera pasado o de algún modo negar su existencia. Mientras que la negación o el bloque son con frecuencia parte de reacciones tempranas a un suceso de crisis (Slaikeu, 1996).

Existen muchos factores o recursos que hacen que el individuo tenga herramientas para superar o no estos episodios de crisis, así como determina la manera de abordarlos.

Los recursos materiales significativos durante una crisis incluyen el dinero (disponibilidad lo mismo que cantidad), comida, vivienda y transporte. Un déficit en cualquiera de estas áreas tiene el potencial para cambiar moderadamente un suceso tensionante en una crisis. Los procedimientos de intervención en crisis deben contribuir por consiguiente a valorar el alcance que la carencia de recursos puede tener para agudizar la situación y el punto hacia el cual los esfuerzos deben ser dirigidos para recibir ayuda de urgencia (monetaria o de otra), que puede facilitar otros esfuerzos positivos (psicológicos) para el enfrentamiento, pues sería de poca ayuda sugerirle al

paciente algo que este fuera del alcance de sus posibilidades económicas o de cualquier tipo.

Se considera que los recursos personales del individuo componen el segundo factor principal para determinar la intensidad y el curso último de cualquier crisis. La fuerza del yo, la historia previa de enfrentamientos situaciones tensionantes, la existencia de cualquier problema de la personalidad no resuelto y el bienestar físico, toman todos parte al determinar si un suceso particular conducirá a una crisis. Millar e Iscoe (1963) describen la crisis como el momento en que un suceso remueve “problemas del pasado” o conflictos de la personalidad no resueltos, de tal manera que sobreviene la desorganización (Slaikau, 1996), así que como psicólogos tenemos que tomar todas las herramientas y recursos necesarios ya sean económicos o personales con las que cuente el sujeto para lograr su estabilidad en el momento de la crisis.

### ***1.6 Crisis Vitales Durante el Desarrollo.***

Quizá el aspecto más llamativo de la teoría de la crisis es la idea de que ésta puede conducir a un crecimiento personal (Creer, 1980). Esta perspectiva eleva a la crisis de un plano de desesperación, negativismo, peligroso y desorganización, a uno más positivo; el sufrimiento puede estimular también el desarrollo personal y la madurez (Slaikau, 1996).

Erikson (1963) fue el primero en formalizar la idea de que la personalidad continúa su desarrollo en el curso de la vida. En tanto que Freud sugirió que la personalidad se estructura de modo determinante durante los primeros años de la infancia, Erikson considera la personalidad como algo que se desarrolla durante el ciclo completo de la vida, claro está, con cambios radicales, en tanto es una función de la manera en que un individuo aborda cada etapa del desarrollo. Él sugirió que el desarrollo psicosocial sigue una trayectoria de ocho etapas cada una de las cuales posee un potencial de crisis. Dependiendo de cómo se resuelven los conflictos para el desarrollo en cada nivel, el crecimiento de una persona podría detenerse en uno o progresar hacia el inmediatamente superior (Slaikau, 1996).

Una revisión de la investigación de la psicología del desarrollo, indica que el énfasis originalmente se hizo en los extremos del desarrollo – niñez y vejez – y sólo más recientemente en la edad adulta y media (Neugarten, 1979). Esto



coincide con la sugerencia de Erikson (1978) en cuanto a que ahora se está en el comienzo del siglo del adulto.

### ***1.7 Hipótesis del Desarrollo***

Las hipótesis principales detrás de un planteamiento del desarrollo en las crisis vitales incluyen lo siguiente:

1.- La vida, desde el nacimiento hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y cambios continuos. El cambio que caracteriza el estado de crisis es único porque es extremista, no por el cambio en sí mismo.

2.- El desarrollo puede considerarse como una serie de transiciones (algunos le llaman etapas), cada una caracterizada por ciertas tareas o preocupaciones. Los teóricos de las etapas sostienen que el individuo debe resolver las tareas de una de ellas para que en la siguiente etapa éstas no provoquen un estancamiento, y se pase a la siguiente sin ningún problema, es decir que si por algún motivo no se resuelven los problemas de alguna de estas etapas es muy probable que no pueda pasar a la que sigue o que presente crisis que no se vería de haber resuelto dichos problemas.

3.- Las transiciones del desarrollo de la edad adulta son cualitativamente diferentes de las que se dan en la niñez y adolescencia. En tanto que la crisis de madurez de un ejecutivo cuarentón puede parecer como una segunda niñez, o tomar la forma de una crisis de identidad en un adolescente, es una simplificación exagerada considerar esto únicamente en términos de los elementos de estas etapas primarias, puesto que la crisis del adulto se identifica sólo por las preocupaciones o actividades de la etapa respectiva.

4.- Como Gilligan (1979) y Bell (1977) han sugerido, los elementos de desarrollo normativo aplicables a varones de raza blanca, pueden ser muy inapropiados para las mujeres y minorías étnicas.

5.- Aunque cada etapa es única, los asuntos importantes de los días juveniles son por lo general repasados o reelaborados durante todo el ciclo vital (Neugarten, 1979).

6.- Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el entorno de la historia personal de un individuo, ya sea para ayudarlo a salir de la crisis o para entender el porqué de ésta.

7.- Una crisis es la versión extrema de una transición. Éstas son puntos decisivos o regiones límite entre dos periodos de mayor estabilidad. (Levinson y colaboradores, 1976). Estas transiciones del desarrollo pueden transcurrir fácilmente o involucrar trastornos considerables. Las crisis para el desarrollo son desorganizaciones que preceden al crecimiento y de hecho, lo hacen posible (Danish y D´Augelli, 1980; Riegel, 1975 citado en Slaikeu, 1996).

Hay una gran cantidad de hipótesis para indicar cuándo una transición puede convertirse en crisis. Esto incluye:

a) Una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo, se perturba o dificulta. Danish y D´Augelli (1980) sugieren que la transición de una etapa del desarrollo a otra puede ser frustrada por la falta de habilidad, conocimiento o la incapacidad para correr riesgos.

b) Otras maneras de entender cómo una transición puede convertirse en crisis, es pensar en términos de la sobrecarga de exigencias. Estas exigencias pueden ser de cualquier tipo, familiares, sociales o personales, el punto es que cuando la persona siente que no cumple con las expectativas que la sociedad ha impuesto puede caer en una crisis.

c) Danish y D´Augelli (1980) mencionan que una transición puede convertirse en crisis si un individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes (Slaikeu, 1996).

d) Por último, un individuo podría experimentar una de las transiciones del desarrollo como una crisis, si se percibe a sí mismo como fuera de base, de acuerdo con las expectativas de la sociedad para un grupo particular de edad, es decir; que a lo largo del desarrollo las personas se preocupan por ser aceptados por el grupo al que pertenecen y cuando esto no sucede se dan las crisis.

Para apreciar completamente el papel de las expectativas y tiempo para cualquier individuo en particular, es importante comprender muy bien que el tiempo tiene aspectos biológicos, sociales y psicológicos, y que cada uno de los mismos ha sido sometido a cambios significativos en la sucesión de distintas generaciones.

No todas las crisis se relacionan de modo directo con el proceso natural de maduración; muchas por completo son imprevisibles. La pérdida de toda una familia por un accidente, la enfermedad de un hijo; sucesos como estos son a los que se les denomina crisis circunstanciales. La característica sobresaliente de estas crisis es que el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de la vida en que éste se halla. Las crisis circunstanciales pueden afectar, de modo virtual, a cualquiera, en cualquier momento (Slaikeu, 1996).

Las características principales de las crisis circunstanciales son:

1.- *Aparición repentina*. Las crisis circunstanciales pueden atacar todas al mismo tiempo, desde ninguna parte.

2.- *Imprevisión*. En tanto que los individuos y familias pueden anticipar algunas transiciones de la vida, y, de ese modo, prevenir una crisis, pocos son los que están preparados para una crisis circunstancial o que creen que ésta les pueda ocurrir.

3.- *Calidad de urgencia*. Como resultado de que las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico y psicológico, con frecuencia comienzan como urgencias que requieren de inmediata acción.

4.- *Impacto potencial sobre comunidades enteras*. Algunas de estas crisis afectan a un gran número de personas de modo simultáneo y se requiere de intervención en grandes grupos de personas en un periodo relativamente corto de tiempo.

5.- *Peligro y Oportunidad*. En tanto que el peligro puede ser la primera distinción de las crisis, se debe recordar la desorganización que sobreviene y que debe surgir con el tiempo una forma de reorganización.

### **1.8 Principios Clínicos**

La terapia breve de tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis. Se sugiere que el proceso de ayuda debería llevarse tanto tiempo como el que toma a la mayoría de las personas recuperar el equilibrio después de un incidente de crisis (Caplan 1996).

Según la ley de Hansel: la efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de su proximidad tanto al tiempo como al lugar del incidente de crisis (McGee, 1974). Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo tanto para el paciente como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. La hipótesis es que, si un paciente tiene que esperar horas, días o semana para recibir ayuda, el factor de peligro en la crisis puede aumentar y redundar en la pérdida de una vida (Slaikeu, 1996).

Por otra parte McGee (1974) sugiere que en una intervención de orientación en crisis, la relación entre el consejero y el usuario no es social ni antisocial, lo que permite al terapeuta ser objetivo y visualizar el problema que la persona que llama tiene, en términos de su comportamiento y la relación con su entorno social. Con una relación que no es de carácter social, el consejero puede relacionarse emocionalmente con el usuario y al mismo tiempo hacer que la persona revise críticamente su propio comportamiento y haga los cambios que considere necesarios con las herramientas que el individuo tenga para superar la crisis (McGee, 1974).

La meta de la intervención en crisis es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis. Algunos definen esto como restauración del equilibrio, mientras que otros se enfocan en la reorientación de la capacidad del individuo para enfrentar la situación.

Con la intervención en crisis la persona aprende nuevos caminos para salir adelante. El paciente debe terminar por conceptualizar la vida de un modo diferente que antes que la crisis ocurriera y puede ser capaz de proyectar direcciones nuevas por completo para el futuro.

Es importante valorar la fortaleza y la debilidad de los diversos sistemas que se encuentran implicados en la crisis. Las fuerzas y los recursos sociales pueden utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la aflicción de la crisis.

En este modelo se plantean dos niveles de intervención: intervención de primer orden y de segundo orden. La intervención de primer orden es definida como una ayuda inmediata que dura de minutos a horas y de modo usual lleva sólo una sesión. Los Primeros Auxilios Psicológicos pretenden de manera primordial proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Aún más esto puede y debería

ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad primero, en el momento y lugar en que aquella surge. Se puede instruir a los hijos o estudiantes, del mismo modo que ahora sabe dar primeros auxilios físicos en situaciones de urgencia.

A su vez, la intervención de segunda orden, también llamada terapia multimodal, tiene un objetivo más amplio, la resolución psicológica de la crisis. En otras palabras, esta intervención de segundo orden se centra en que la persona enfrente el suceso crítico, lo integre a la estructura de su vida y se restablezca la disposición para enfrentar el futuro. Esta intervención tiene como objetivo ayudar al paciente a sobrevivir a la experiencia de crisis, identificar y expresar los sentimientos producto de la situación de crisis, obtener dominio cognoscitivo sobre ella y desarrollar un rango de adaptaciones conductuales e interpersonales necesarias para la misma. Esta intervención está basada en la terapia multimodal de Lazarus, por lo tanto incluye las cinco modalidades presentes en el modelo de este autor: conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva (Slaikeu, 1996).

### ***1.9 Intervención de Primer Orden***

La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es restablecer el enfrentamiento inmediato. El objetivo primario es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema, en la práctica se buscan tres objetivos particulares:

- a) *Proporcionar apoyo*: Significa permitir que la persona hable para compartir la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse. También se busca reforzar la seguridad en la persona, que sólo está consciente de su propia debilidad durante la crisis.
  
- b) *Reducir la mortalidad*: Se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante las crisis; es necesario entonces, tomar medidas para hacer mínimas las probabilidades destructivas y desactivar la situación crítica. Esto puede implicar el deshacerse de las armas, arreglar el contacto sostenido de un amigo de confianza por algunas horas, conversar con la persona que pasa por una situación

tensionante o, en algunos casos, iniciar el traslado a la hospitalización de urgencias.

- c) *Proporcionar enlace con fuentes de asistencia:* Antes que tratar de resolver el problema completo de manera inmediata, el asistente fija con precisión las necesidades fundamentales y entonces realiza una remisión adecuada a algún otro asistente o agencia. Algunas veces esta remisión individual es de tipo breve (terapia para crisis). Otras veces, la misma será para asistencia legal o auxilio de parte de una agencia del Ministerio Público o Procuraduría. En cualquier caso, la línea de fondo en los Primeros Auxilios Psicológicos es proporcionar un enlace apropiado, de manera que la persona pueda comenzar a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis.

El modelo básico de resolución de problemas que plantea Slaikeu (1996) consta de cinco pasos, que se detallan a continuación:

1.- *Realización del contacto psicológico:* Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. A sí mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que paso (los hechos) y la reacción de la persona ante el acontecimiento (sentimientos), establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia (señales no verbales) (Slaikeu, 1996).

Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico, el primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad; el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

2.- *Analizar las dimensiones del problema:* La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis (como la muerte de un ser querido, el desempleo, heridas corporales o la separación del cónyuge). La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuando, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia; por ejemplo: las

necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana, después de haberse fugado de la casa (Slaikeu, 1996).

*3.- Sondear las posibles soluciones:* Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular (Slaikeu, 1996).

*4.- Asistir en la ejecución de pasos concretos:* Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis (Slaikeu, 1996).

*5.- Seguimientos para verificar el progreso.* Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo (Slaikeu, 1996).

Recordemos que la meta de la Intervención de Primer orden es el restablecimiento de la capacidad de enfrentamiento inmediato anterior a la crisis, mediante la técnica de Solución de Problemas, peor esta puede auxiliarse de cualquier técnica que lo ayude a este restablecimiento.

### ***1.10 Intervención de Segundo Orden***

Se define como la traslaboración del incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro. La terapia multimodal evalúa cada caso en sus cinco áreas y sus relaciones mutuas. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre ellas y de su secuencia de funcionamiento o activación se buscará una estratégica de tratamiento adecuado.

Para el uso de este tipo de terapia, se sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas del pensar concretas y habituales, o sea, son producto de "distorsiones cognitivas". Estas, a su vez, derivan a creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en las etapas anteriores (generalmente infantil) de vida, apareciendo de manera inconsciente sin que la persona se percate del rol que esta asumiendo (Slaikeu, 1996).

El sistema multimodal trata de evaluar la "personalidad total" del cliente cubriendo su perfil C.A.S.I.C (C: Cognición, A: Afecto, S: base Somática, I: Interpersonal y Co: Conducta). Parte de la concepción de que los seres humanos tienen imágenes y pensamientos (cognición), afectos, sensaciones sobre una base somática y conductas en contextos interpersonales. Cada caso puede ser evaluado en las anteriores dimensiones y las interacciones que se producen entre ellas

### *Los 5 subsistemas de la persona: El Perfil CASIC*

**Conductual:** Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión. Habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

**Afectiva:** Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc; adecuación, distorsión o negación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresa o se ocultan los sentimientos?

**Somática:** Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

**Interpersonal:** Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas



interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; Habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)

**Cognoscitiva:** Manera de dormir y sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionada acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Recuerdos, ideas e imágenes incomoda recurrentes.

### ***Funcionamiento CASIC previo a la Crisis***

Una breve historia acerca del desarrollo es necesaria, a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que sigue a un incidente precipitante particular, lo mismo si es un golpe severo aislado, como la pérdida de un ser querido o una relativamente menor es la gota que derrama el vaso después de una acumulación de tensiones (Slaikeu, 1996).

La valoración de funcionamiento CASIC de la persona, inmediatamente anterior a la crisis incluye el énfasis en lo siguiente:

- 1.- Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas
- 2.- Los recursos personales y sociales más patentes
- 3.- Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC
- 4.- Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran reactivarse por el incidente
- 5.- Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida
- 6.- La etapa del desarrollo previa a la crisis

7.- Excedentes y carencias en cualquiera de las áreas de funcionamiento CASIC

8.- Metas y estructuras vitales para lograr objetivos

9.- Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los suprasistemas familia, grupos sociales, la comunidad, la sociedad, instituciones

10.- Otras tensiones anteriores al incidente

Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y expectativas futuras. Estos supuestos personales permanecen "inactivos o dormidos" a lo largo del tiempo en la memoria, y ante determinadas situaciones desencadenantes (por ejemplo una enfermedad física, un acontecimiento importante en la vida personal) se "activan o despiertan" y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas.

Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes conscientes y preconscientes) que aparecen en las situaciones donde hay una intensa alteración emocional (como ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de conducta. A estas cogniciones se les denominan "pensamientos automáticos"(Slaikeu, 1996).

En cuanto al funcionamiento del CASIC durante la crisis se debe mencionar que el principal objetivo es determinar (evaluar) el impacto del incidente precipitante en las cinco áreas del funcionamiento del individuo; la conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva.

Se considera que la Intervención en crisis ayuda a restablecer el equilibrio de los diferentes subsistemas del individuo en diversas ocasiones tal es el caso de los ataques de pánico, los cuales se describirán, en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO II: ATAQUES DE PÁNICO.**

Todos hemos sentido ansiedad alguna vez en nuestras vidas. Es una reacción normal ante ciertas circunstancias que pueden representar un peligro para nosotros, y nuestro sistema de supervivencia está tratando de protegernos. Por ejemplo, la ansiedad nos es muy útil cuando vamos caminando por la noche en un vecindario peligroso, para estar más alertas, o bien cuando tenemos un examen importante y nos motivamos a estudiar bien.

Sin embargo también hay muchas ocasiones en que una persona siente una ansiedad demasiado intensa, que en lugar de ayudarle a sobrevivir le está afectando e impidiendo funcionar en su vida correctamente y en algunas ocasiones se presentan episodios de pánico intenso, sin ninguna razón aparente y en lugares o situaciones totalmente inesperados. El sistema de alarma del organismo se activa y la persona comienza a sentir un intenso miedo y una sensación de que va a morir, y al mismo tiempo tiene reacciones físicas como taquicardia, dificultad para respirar, mareo, sudoración de las manos y hormigueo en brazos y piernas. A lo largo de este capítulo abordaremos las principales características de los ataques de pánico, así como sus antecedentes históricos, y las causas conocidas que diferentes autores manejan para explicarlos.

### ***2.1 Antecedentes Históricos***

A pesar de que entre el público en general parece existir una falta de conocimientos sobre los ataques de pánico, este trastorno se conoce aproximadamente desde hace al menos 90 años. A principios del siglo cuando alguien acudía a un doctor con un ataque de pánico seguramente éste le diagnosticaría una neurastenia, una neurosis de ansiedad o un síndrome de Da Costa. Pero no fue hasta 1980 cuando los trastornos de pánico se identificaron como una alteración diferente de la ansiedad en general (Ingham, 1998).

Ya en el siglo XVIII, el escocés William Cullen comenzó a utilizar el término de neurosis para referirse "a un conjunto de perturbaciones de los sentimientos y de los movimientos, sin fiebre y sin lesión orgánica localizada demostrable, sino ligada a una afección más general del sistema nervioso". Este concepto

fue, en aquella época, polémico y luego de más de dos siglos sigue siendo motivo de múltiples discusiones (Bograizian, 2001).

Pinel, Cullen, Charcot, Raymond, P. Janet, S. Freud, entre otros, fueron solo algunos de los destacados especialistas que investigaron y publicaron diferentes teorías etiopatogénicas y descripciones fenomenológicas de los trastornos neuróticos, contribuyendo, entre otros, a un mayor conocimiento de estos cuadros (Bograizian, 2001).

A través de las últimas décadas, la sintomatología que hoy se incluye en los ataques de pánico fue recibiendo diversas denominaciones por distintos autores ("Corazón de soldado", "disonía neurovegetativa", "neuroticismo", "síndrome del corazón hiperkinético", "corazón irritable", etc.)

En Estados Unidos, con el surgimiento del DSM – III (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) en 1980, comenzó un desmembramiento del concepto de neurosis en diversos trastornos de dicha clasificación.

A pesar de que en el Manual Norteamericano ya se acepta y generaliza popularmente el Panic Disorder, éste es traducido popularmente como Trastorno de Angustia (equivalente al actualmente aceptado por todos: Trastorno de Pánico).

## ***2.2 Ansiedad Y Ataques de Pánico***

La ansiedad es un estado de aprehensión vaga e inespecífica. Puede ser una respuesta de adaptación a determinadas situaciones o puede ser causada por la frustración que acompaña las expectativas, ya sean profesionales, personales, afectivas u otras (Bauer, 2001).

No toda la ansiedad es patológica. Hay estados pasajeros de ansiedad que son comunes en la rutina de las personas. La ansiedad es parte de todo ser humano, como un sentimiento de sobreaviso, de sobrevivencia, frente a situaciones difíciles de cada día (Bauer, 2001).

Lo principal es la sensación de peligro inminente. Hay una aprehensión, sin que exista necesariamente algo concreto para justificar este sentimiento. Normalmente la persona parece estar más conectada, se asusta, actúa. Se vuelve más sensible a las percepciones a su alrededor, está preocupada, y

tiene una atención más difusa, pierde la capacidad de concentrarse (Bauer, 2001).

A medida que las manifestaciones de la ansiedad se van acumulando y/o agravando, en términos de aquello que va provocando ansiedad (sentimiento de desprotección, de no pertenecer a un grupo, de perfeccionismo, etcétera), este cuadro de desorden de ansiedad puede evolucionar hacia un cuadro de ataque de pánico, agorafobia (miedo a lugares llenos), fobia social, etcétera. Esto no quiere decir que necesariamente vaya a evolucionar, puede evolucionar, lo que es diferente.

Es decir, el ataque de pánico es un desorden que tiene una base ansiosa. Proviene de un desorden de ansiedad, la persona sufre de ansiedad. No es por naturaleza deprimida; está agotada, a veces se deprime por agotamiento, debido al estrés persistente, al derramamiento de aminas presoras (adrenalina – noradrenalina) (Bauer, 2001).

### ***2.3 ¿Que es un Ataque de Pánico y sus Características?***

Como ya se mencionó la ansiedad es un estado de aprehensión inespecífica. El pánico es un cuadro de ansiedad episódica, intensa y de corta duración, con muchas manifestaciones somáticas. Es frecuente que la persona que lo sufre desarrolle miedo a que aparezcan de repente estas manifestaciones intensas e imprevisibles. Este miedo puede provocar que la persona evite estar sola, estar en medio de multitudes, en lugares cerrados o donde es difícil salir rápido, lejos de hospitales, por el miedo a que estos episodios ocurran en cualquier momento y esto propicia que poco a poco la persona vaya perdiendo su ritmo de vida (Bauer, 2001).

Esto es diferente a los cuadros de fobias circunscritas a situaciones específicas. En esos casos la persona tiende a evitar esos estímulos, además de que la persona tiene conciencia de que el miedo es absurdo y desproporcional, pero no lo controla. Sabe exactamente cuándo aparece ese miedo, en el caso de los ataques de pánico no existe un detonante específico o por lo menos uno que la persona reconozca claramente (Bauer, 2001).

El hecho de no saber cuándo se presenta otro ataque añade un nuevo temor al que se siente con respecto a los ataques de pánico. La persona tiene los nervios a flor de piel y se angustia pensando dónde lo padecerá la próxima

vez, por lo cual es fácil que suponga que lo padecerá en el mismo lugar o situación en que experimento el anterior.

Un ataque de pánico es una respuesta agravada frente al miedo. La adrenalina química que se produce normalmente cuando necesitamos acción – huir del peligro, luchar o incluso enfadarse – se produce en exceso, y el resultado es un conjunto de sensaciones desagradables acompañado de una fuerte angustia (Trickett, 2002).

La primera crisis a menudo es espontánea, aunque en ocasiones sigue a estados de excitación, ejercicio físico, actividad sexual o tras sucesos con una repercusión emocional, la crisis puede durar entre 10 y 20 minutos y raramente más de una hora (Stein y Hollander, 2004).

El carácter “inesperado” o “espontáneo” de muchos ataques de pánico hace que la persona con este trastorno no sepa bien a qué atribuir el inicio de los ataques, además la percepción subjetiva de no poder ejercer ningún control sobre el problema o sobre la propia reacción somática es tal que conduce en numerosas ocasiones a una verdadera indefensión aprendida que puede constituir un importante obstáculo para el tratamiento de este trastorno (Caballo, Buela y Carrobbles, 1995).

De acuerdo al DSM – IV, el ataque de pánico se caracteriza por un periodo inicial de miedo e incomodidad intensos, y cuando cuatro o más de los siguientes síntomas aparecen abruptamente y alcanzan una intensidad máxima en los siguientes diez minutos:

- Palpitaciones, el corazón que late con un ritmo acelerado;
- Sudoración;
- Temblores;
- Sensación de respiración corta y acelerada;
- Sensación de desmayo
- Dolor en el pecho o incomodidad;
- Náusea o malestar intestinal;
- Sensación de mareo, inestabilidad, desmayo;
- Sensación de irrealidad o despersonalización (sentirse separado – desconectado de sí mismo);
- Miedo de perder el control o volverse loco;
- Miedo de morir
- Parestesias (sensaciones de hormigueo);

- Frío, enfriamiento o rubores.

Es muy probable que no se experimenten todos los síntomas al mismo tiempo o en el mismo ataque de pánico. Por lo general, las personas afectadas suelen mencionar alrededor de siete síntomas diferentes. (Ingham, 1998)

Para diagnosticar un ataque de pánico, la coexistencia de varias de estas sensaciones corporales deben acompañarse de cogniciones o pensamientos negativos, tales como:

- “Me voy a desmayar”
- “Me estoy ahogando”
- “Me muero ya mismo”
- “Me estoy infartando”
- “Voy a tener un derrame o trombosis cerebral”
- “Me estoy volviendo loco”
- “Voy a perder el control”
- “Voy a quedar paralizado por el miedo”

Cabe mencionar que las sensaciones corporales pánicas y cogniciones negativas suelen coexistir y/o retroalimentarse (Bograizian, 2001).

A pesar de que son espeluznantes, ninguno de estos pensamientos o sentimientos se hacen realidad. No hay pruebas de que nadie haya fallecido de un ataque de pánico o de que se haya vuelto loco por su causa. Y tampoco nadie ha perdido completamente el control de sí mismo. (Ingham, 1998)

Es importante no confundir un ataque de pánico con un desorden de pánico, pues para tener el segundo es porque:

- 1.- Hay ataques de pánico recurrentes.
- 2.- por lo menos uno de los ataques es seguido de otro dentro de un mes, con una de las características siguientes:

- Preocupación persistente de tener otro ataque;
- Preocupación por las consecuencias de un ataque: miedo de perder el control, tener un ataque al corazón, volverse loco;
- Un cambio significativo de comportamiento que esta relacionado con los ataques.

Existe una combinación de síntomas que es muy frecuente y merece la pena mencionarse: palpitaciones, sudores profusos, falta de aliento y miedo a morir. Es una combinación importante de síntomas porque las personas que la presentan tienden a pensar que son víctimas de un ataque al corazón. Es habitual que estas personas se dirijan a un hospital rápidamente, temiendo lo peor y, una vez allí, los médicos comprueban que su corazón está en perfectas condiciones y que solo son síntomas psicológicos (Ingham, 1998).

Las personas piensan que han sentido algo muy real y aterrador y, sin una explicación adecuada, pueden seguir albergando el temor de que no se les ha dicho la verdad o de la quizá la próxima vez padecerán un verdadero ataque al corazón.

El desorden de pánico no está causado por el abuso de drogas (alcohol, cigarro, etcétera), por medicamentos o por cualquier otro desorden mental como sería la psicosis, el desorden post- traumático, la depresión.

Lo que debe quedar claro es que se puede haber tenido episodios o crisis de pánico y no tener el síndrome o desorden de pánico, si no se llena con los síntomas antes citados.

#### ***2.4 ¿Cuándo se Comienza?***

Muchas personas padecen su primer ataque de pánico cuando son adolescentes o se encuentran en la década de los veinte años. Aparentemente es muy raro que se presenten después de los cuarenta años, a pesar de que algunas personas pueden continuar experimentándolos después de esta edad. Un estudio sobre niños que habían solicitado ayuda psiquiátrica por problemas específicos puso de manifiesto que un número considerable de estos niños (un 26%) también eran víctimas de ataques de pánico. Los más pequeños solo tenían 4 años. Así pues, aunque los ataques de pánico suelen iniciarse entre los 15 y los 40 años de edad, incluso los niños muy pequeños pueden padecerlos (Ingham, 1998).

Desde un punto de vista de las diferencias entre sexos, algunos estudios clínicos de las personas afectadas parecen sugerir que son el doble de frecuentes en las mujeres que en los hombres, a pesar de que algún estudio ha identificado una incidencia mayor para los varones. Existen numerosos factores



que parecen desempeñar un papel pro lo que respecta a cuándo se desencadenan, por qué razón y a quién afectan (Ingham, 1998).

El primer ataque de muchas personas tiende a seguir un mismo patrón. Una persona está haciendo algo tan habitual como leer, conducir, mirar televisión o comer, cuando de repente antes de que sepa lo que le está ocurriendo, se encuentra en pleno ataque de pánico (Ingham, 1998).

Algunas personas padecen su primer ataque mientras duermen y se despiertan bruscamente en medio de una conmoción aunque no a causa de un mal sueño. En lugar de ello han estado durmiendo tranquilamente cuando, de repente, son víctimas del ataque de pánico. Esto puede ser muy desconcertante (Ingham, 1998).

La mayoría de las personas padecen de su primer ataque espontáneamente, en apariencia sin previo aviso; pero algunas lo padecen durante un momento especialmente estresante en su vida, tal como cuando están a punto de hablar en público, de examinarse o de asistir a una importante reunión en la cual han de tomar parte activa (Ingham, 1998).

Sin que importe dónde o cuándo se inician, se observa una gran similitud de los síntomas entre todas las víctimas.

### ***2.5 Desarrollo de los Ataques***

La mayor parte de los ataques de pánico duran entre 5 y 20 minutos, a pesar de que algunos episodios pueden durar sólo unos segundos. Algunas personas mencionan que los ataques de pánico se han prolongado por espacio de una hora, aunque esto es muy raro. Otras víctimas de un ataque de pánico experimentan varios ataques sucesivos o pueden confundir la ansiedad o agitación con el ataque inicial. Sin embargo, cuanto más prolongados son, más probable es que se sienta enfermo y agotado tras la resolución del ataque (Ingham, 1998).

Por otra parte, el número de ataques y su frecuencia es muy variable de una persona a otra. Muchas personas experimentan uno o dos ataques en su vida, mientras que otras padecen un ataque a la semana o incluso a diario (Bograizian, 2001).

El patrón de los ataques de pánico no es en absoluto regular; en realidad una de sus características es su irregularidad. No es como un dolor de muelas, que se hace más agudo cuando se come helado. La frecuencia con la que los ataques de pánico afectan a sus víctimas depende de la ansiedad de éstas, pero es conveniente anotar la frecuencia con que se sufren, el momento del día, el lugar dónde sobreviene y lo que se está haciendo. Tal vez se dé cuenta de que padece muchos menos ataques de los que había imaginado (Ingham, 1998).

Los ataques de pánico pueden ser situacionales, espontáneos o inducidos por sustancias. Los espontáneos aparecen sin una causa externa inmediatamente previa consciente; ante determinadas situaciones u objetos fobígenos, los ataques pánicos serán situacionales, tomando un rol importante la ansiedad anticipatorio en circunstancias que no se puede evitar afrontar o en las que el sujeto se encuentra inesperadamente. Esto sucede muchas veces dentro de un trastorno de ansiedad generalizada o ante ciertas fobias específicas (Bograizian, 2001).

WILSON R. Reid describe dos etapas en el desarrollo de los ataques de pánico:

- En la primera etapa - ansiedad anticipatoria - existe una comunicación inconsciente entre la mente y el cuerpo. La mente considera que se aproxima una situación temida y estimula un proceso de pensamiento cuando recuerda una situación pasada difícil. En ese momento la mente crea una imagen que indica al cuerpo a que responda ahora como si se estuvieran produciendo dificultades pasadas. Con esta información sobre crisis pasadas, la mente comienza a cuestionarse su capacidad para hacer frente a la crisis y se pregunta sobre su capacidad para hacer frente a la crisis. Estas preguntas instruyen al cuerpo para prepararse contra cualquiera de las peores consecuencias posibles. La mente evoca imágenes en las que el sujeto no ha podido controlar el episodio anteriormente y se envía un mensaje de protección al cuerpo (Wilson, 2001)
- En la segunda etapa - el ataque de pánico - estos mensajes entre mente y cuerpo ya no son silenciosos, pero sus efectos son los mismos. Esto provoca sensaciones físicas que el cuerpo genera (como las taquicardias). El individuo afectado tiene miedo de los síntomas percibidos e inconscientemente emite instrucciones al cuerpo para protegerse, con las cuales el cuerpo comienza a "cambiar su química"

con el fin de protegerse de la emergencia. Sin embargo, como no se trata de una verdadera crisis física, no se puede utilizar correctamente la estrategia del organismo, preparado para la alerta, de una manera eficaz. Como consecuencia, se produce un aumento de los síntomas físicos que a su vez crea el ciclo auto-reforzado de percepciones de amenaza y reacciones corporales que se sufren durante el ataque de pánico (Wilson, 2001).

Hay que tener presente que a veces los ataques de pánico pueden ser inducidos por sustancias estimulantes (cocaína, cafeína, anfetaminas, etc.), las que, al producir taquicardia, aceleración, sudoración, etc., desencadenan un efecto "dominó" de pensamientos catastróficos (pánicos) (Bograizian, 2001).

Después de haber superado el ataque, vuelve a pensar en él. Recuerda dónde se encontraba y lo que estaba haciendo. Poco importa dónde se encontrara cuando ocurrió y qué estuviera haciendo; a partir de ahora lo asociará con el sufrimiento de un ataque. Puesto que no puede explicarse la razón de que haya ocurrido, hace dos cosas lo primero, asociar el lugar o la situación con el hecho de haber sufrido un ataque; lo segundo sentir más miedo.

## ***2.6 Causas de los Ataques de Pánico.***

Numerosos estudiosos se han ocupado en los últimos años de los tipos de problemas que conducen al pánico y son muchas las clasificaciones diagnósticas de las que se dispone, pero todas reflejan la perspectiva teórica que adopta el investigador (Nardone, 2004).

Actualmente no existe una teoría que con exactitud nos muestre la causa real de un ataque de pánico, sin embargo han surgido diversas explicaciones para estos pero en general todas entran en dos grandes rubros, por un lado se encuentran las explicaciones psicológicas y por otro las biológicas.

Aunque debe haber una integración de los enfoques biológicos y psicológicos, pues si esto no se realiza, la conclusión estará dada de una manera parcial y no en un cuadro completo, por lo cual las teorías que se presentan a continuación no son excluyentes unas de las otras, sino que representan fragmentos que forman parte de un gran rompecabezas (Ros y Lupresti, 1999).

### a) Causas Psicológicas

Quizá el interés por los ataques de pánico desde un punto de vista psicológico se desarrolló a partir del interés de Freud y los psicoanalistas por la neurastenia. A pesar de que tiene un nombre diferente, probablemente la neurastenia era lo mismo que el trastorno de pánico. Hoy en día los investigadores continúan examinando las causas subyacentes de los trastornos desde un punto de vista psicológico, y, mediante, diversas terapias, se han obtenido buenos resultados sin tener que recurrir a la medicación. Debido a que algunos individuos que sufren de ataques han respondido a este tipo de tratamiento, los factores psicológicos han de tener cierta responsabilidad en la razón de que los ataques de pánico se inicien por primera vez (Ingham, 1998).

Algunos de los factores que se han considerado son:

#### *Personalidad.*

Es razonable suponer que exista un tipo de personalidad predispuesta a sufrir ataques de pánico. Si fuera así, ello explicaría el hecho de que algunas personas padezcan ataques de pánico y otras no. Un grupo de investigadores italianos que han estudiado las personalidades ansiosas parecen confirmarlo. Estos investigadores sugieren que los sentimientos de ansiedad de estos individuos podrían conducirlos a la aparición final de los ataques de pánico en algún momento posterior de su vida (Ingham, 1998).

Otros investigadores han observado que los individuos que experimentan estos ataques tienen tendencia a compartir determinadas características. A menudo son excesivamente críticos, se desaprueban a sí mismos y esperan demasiado de ellos. En su vida existen demasiados "debería" y "debo".

Atribuir los éxitos a otras personas al mismo tiempo que uno sólo se atribuye los fracasos también parece ser una característica de las personas que sufren ataques de pánico, al igual que culparse a sí mismas cuando las cosas van mal. No obstante, a pesar de que son introspectivas, también con demasiada facilidad se involucran en los problemas de los demás y responden inmediatamente a sus necesidades y deseos. Les resulta difícil expresar sus propias necesidades, de modo que se preocupan por los problemas de los demás y ocultan sus propias tribulaciones en lo más recóndito de su alma tratando de pasarlas por alto o de negarlas (Ingham, 1998).

*Miedos infantiles.*

Las teorías psicodinámicas sugieren que, si una situación amenazadora tiene el suficiente impacto en un niño, más tarde pueden activarse una serie de sentimientos y pensamientos desagradables cuando el niño convertido en adulto se encuentra en una situación que le recuerda la espantosa escena original. No es necesario que sea un hecho que haya ocurrido en la vida real; incluso puede ser parte de una fantasía. La desaprobación, las amenazas físicas y una estimulación abrumadora pueden ser percibidas por un niño como situaciones potencialmente peligrosas (Ingham, 1998).

Otra situación increíblemente aterradora para un niño es el miedo a la separación de la figura materna. Inicialmente esta ansiedad de separación puede ponerse de manifiesto en sí misma como una fobia. En los años posteriores, los sentimientos de ansiedad pueden reavivarse cuando esta persona se encuentra en una situación que le recuerda, quizá subconscientemente la misma amenaza. Los ataques de pánico en ocasiones empiezan a aparecer después de una pérdida real o de la amenaza de la pérdida de una persona importante o de un sistema de apoyo. Quizá es el reflejo de los miedos tempranos no resueltos, pero, aunque en algunos estudios de investigación se han sugerido estas relaciones, no está claro si los ataques de pánico están siempre relacionados o no con una ansiedad temprana de separación.

Exista o no un vínculo con la ansiedad de separación de la infancia, la pérdida de relaciones importantes o de otros tipos de apoyo parece predisponer a algunas personas vulnerables a los ataques de pánico (Ingham, 1998).

*Cambios o acontecimientos de la vida.*

Los estudios de investigación realizados en el campo del estrés y el tratamiento de éste muestran que el estrés puede ser causado, no solo por acontecimientos desagradables de la vida, tales como perder el trabajo o sufrir un duelo, sino también por los hechos agradables. Casarse, iniciar un nuevo trabajo o disfrutar de unas vacaciones son fuentes potenciales de estrés, aun cuando pueda decirse que son positivos y agradables (Ingham, 1998).

Teniendo esto en cuenta, se observa que algunas personas experimentan sus primeros ataques de pánico después de que les han ocurrido acontecimientos importantes. Los investigadores ya han identificado la pérdida de apoyo como un elemento que puede provocar el inicio de los ataques de pánico. Una mudanza, las deudas, un divorcio y otras preocupaciones importantes de la vida también pueden ser responsables, en especial si además se experimenta un nivel elevado de ansiedad del cual no se es consciente.

#### *Capacidad de resolución de problemas*

Quizá es mejor decir que los acontecimientos y cambios importantes de la vida no son en sí mismos los que provocan el inicio de los ataques de pánico: en realidad es la forma en que se reacciona a ellos. Si se carece de habilidad para resolver problemas, es mucho más difícil afrontar los altibajos de la vida, y esto a su vez genera una mayor cantidad de estrés, preocupación y ansiedad: una combinación explosiva para fomentar los ataques de pánico. La preocupación constante por un problema sin que uno sea capaz de hallar una solución constituye la forma perfecta de mantener un nivel muy elevado de ansiedad. La preocupación solo es buena si conduce a la resolución de un problema, es decir, si lleva a emprender una acción positiva, tomando las medidas apropiadas o solicitando ayuda, o si uno está dispuesto a aceptar la situación tal como es (Ingham, 1998).

#### *Ansiedad de fondo*

Las personas que presentan ataques de pánico tienen tendencia a presentar un nivel de ansiedad mayor de lo normal incluso cuando descansan. Los sentimientos de ansiedad, con independencia de su origen, empiezan a preparar al organismo para producir la misma respuesta una y otra vez, con el dedo en el gatillo, listo para disparar en la mínima provocación. Todo el sistema nervioso está excitado y es notablemente sensible. Al estar en un estado de excitación, los umbrales de reacción son mucho menores, de modo que incluso en una situación agradable es muy fácil que nuestro organismo se sobrecargue y sufra un ataque de pánico.

### **b) Causas Biológicas.**

Ingham (1998) menciona que se han investigado exhaustivamente las posibles causas biológicas de los ataques de pánico y el trastorno de pánico y,

como consecuencia, se han puesto de manifiesto varios indicios. Sin embargo, no se han identificado una única causa, y las causas encontradas podrían ser consecuencia de la ansiedad y no la causa de los ataques de pánico.

Menciona también que algunos investigadores sugieren que, puesto que los ataques de pánico responden a la medicación, la causa subyacente ha de ser biológica, a continuación se presentarán algunos de los hallazgos que los investigadores de este tema han dado a conocer (Ingham, 1998).

### *Amígdala*

La estimulación eléctrica de la amígdala juega un papel central en la génesis del miedo y de la ansiedad.

Esta estimulación conduce a un estado de ansiedad y miedo, en contraparte las lesiones de esta área producen pacificación, reducen la agresividad y el miedo ante situaciones amenazantes.

La información sensorial llega al tálamo y se distribuye hacia la corteza cerebral que interpreta tal información y la organiza, luego la pasa a la amígdala para que dé la respuesta emocional pertinente. Esto ocurre en situaciones de normalidad emocional, sin embargo cuando la situación es amenazante y urgente, puede que el tálamo en vez de enviar la información a la corteza, la transmita directamente a la amígdala para ahorrar tiempo y poder dar la respuesta emocional urgente. Sin embargo, al no pasar la información por la corteza, la información que recibe la amígdala es una representación muy cruda del estímulo. Por lo cual, la respuesta que se da puede ser inapropiada y sin control (Ros y Lupresti, 1999).

### *Herencia*

El trastorno del pánico tiene tendencia a ser familiar, debido a esta relación los investigadores hoy en día examinan si existe una debilidad que se transmite genéticamente. Los estudios recientes han identificado que podría existir esta relación, pero todos coinciden en afirmar que sus hallazgos no son de ninguna manera concluyentes (Ingham, 1998).

Hasta que se disponga de un mayor número de pruebas irrefutables, se ha de considerar igualmente posible que la preponderancia de los episodios de pánico dentro de una familia se deba a la educación y a la conducta

aprendida. E, incluso si llega a demostrarse una causa genética, hay que tener presente que, aunque se podría estar programado genéticamente al nacer, lo importante es cómo se escoge adaptar y modificar esta programación.

*Disfunción cerebral orgánica.*

Los datos estadísticos sobre el número de personas que experimentan ataques de pánico o que son agarofóbicos y presentan una disfunción cerebral orgánica (DCO) son muy variables. Un grupo de investigadores en Edimburgo considera que la DCO podría afectar a una tercera parte de los agarofóbicos, mientras que los datos procedentes de Estados Unidos menciona un porcentaje del 67%, lo que es una cifra extremadamente elevada (Ingham, 1998).

Los niños nacen con una serie de reflejos primitivos. A medida que maduran, los reflejos se modifican. Sin embargo, algunos individuos mantienen estas respuestas que deberían haber desaparecido en los primeros años de vida. Una característica de la DCO es la incapacidad de compensación, al igual que la lateralidad cruzada. Esto significa que en lugar de ser personas diestras (es decir, de utilizar predominantemente la mano y el pie derechos), una persona con una lateralidad cruzada puede ser diestra, pero usar predominantemente su pie izquierdo o utilizar predominantemente su ojo izquierdo y su pie derecho. Esto puede manifestarse como una coordinación física deficiente. Además las dificultades visuales también constituyen una característica de la DCO, no porque estos individuos sean miopes, sino porque presentan una mala coordinación de los músculos de los ojos o la incapacidad para hacer caso omiso del movimiento percibido en el ángulo del campo visual.

El efecto de experimentar estas dificultades ejerce toda vía mayor presión en el sistema nervioso central, lo que lo hace más vulnerable al estrés.

Puesto que algunos de los síntomas de la DCO son hereditarios, podría explicar la razón de que otros investigadores sugieren que la vulnerabilidad a los episodios de pánico se trasmite genéticamente.

*Prolapso de la válvula mitral.*

Durante la década de los 80 se puso de manifiesto que entre las personas con un trastorno de pánico existía una mayor incidencia del prolapso de la



válvula mitral. La válvula mitral es una válvula del corazón que debe cerrarse una vez que la sangre ha sido bombeada a través de ella. En el prolapso de la válvula mitral, la válvula se desplaza sobre sí misma al igual que un paraguas que se abre al revés. Mediante el estetoscopio, este problema se ausculta en forma de un soplo, y, aunque puede parecer preocupante, es un proceso benigno (Ingham, 1998).

A pesar de los numerosos estudios de investigación sobre el tema, nadie ha podido explicar la relación existente entre el prolapso de la válvula mitral y los ataques de pánico. No se conoce todavía si un nivel elevado de ansiedad provoca el prolapso o si el prolapso provoca los ataques de pánico a través de la mala interpretación del soplo cardíaco.

#### *Sistema nervioso central*

Como ya se ha mencionado, el inicio de los ataques tiene tendencia a ocurrir entre los 15 y los 40 años de edad, aunque la mayor parte de las víctimas se encuentran en la década de los 20. Por esta razón, se ha sugerido que podría ser consecuencia de una anomalía del sistema nervioso central, ya que el sistema noradrenérgico que produce la noradrenalina, podría no ser completamente maduro hasta la adolescencia y es probable que se vuelva menos eficiente a medida que aumente la edad. (Ingham, 1998)

Esta anomalía bioquímica podría ser la causante de los ataques de pánico, pero, una vez más, hasta la fecha la investigación no ha sido totalmente concluyente, pues lo que los investigadores perciben como una anomalía podría ser normal si la persona presenta un nivel elevado de ansiedad por dificultades experimentadas en el pasado y no resueltas por problemas presentes.

#### *Teoría del locus ceruleus.*

El locus ceruleus es un área del cerebro que desempeña un papel muy importante en la transmisión a otras partes del cuerpo de los mensajes de preparación durante la respuesta de lucha o huida. La teoría sugiere que el locus ceruleus puede ser excesivamente activo en los individuos con un trastorno de pánico (Ingham, 1998).

Es posible que exista una razón biológica para que este centro se active a la mínima provocación, o podría ser que el locus ceruleus esté sobre

estimulando por otros sistemas biológicos. Si un individuo presenta un estado de excitación debido a las tensiones y al estrés, ¿podría este estado intensificar la actividad del locus ceruleus? (Ingham, 1998).

Según esta teoría los episodios de pánico estarían provocados por una excesiva liberación de noradrenalina en las células del locus ceruleus, lo cual es apoyado por los estudios de Redmond (1981) quien descubrió que la estimulación eléctrica en esta parte del cerebro provoca una importante respuesta de angustia y temor, mientras que su ablación los hace menos susceptibles a estas respuestas (Stein y Hollander, 2004).

Sin embargo la, la buspirona, que también incrementa la frecuencia del disparo del locus ceruleus, es un ansiolítico y no desencadena crisis de pánico. No existe un patrón constante de incremento de las descargas del locus ceruleus asociados a la angustia de animales. El locus ceruleus puede participar en la respuesta de alerta y frente a estímulos nuevos más que en la ansiedad (Hollander y Simeon, 2004).

### *Sensibilidad al dióxido de carbono*

Ingham (1998) menciona que hace poco tiempo, un investigador observó que los pacientes con trastorno de pánico a los que visitaba tenían tendencias a mostrarse relativamente inactivos durante meses u posiblemente años enteros; en especial los agarofóbicos, que pueden permanecer confinados en sus casas. Esta investigación sugirió que esta inactividad tiene el efecto de disminuir el umbral al dióxido de carbono. Nuestro cuerpo necesita una cierta cantidad de dióxido de carbono para un funcionamiento adecuado. Si disminuye por debajo de determinado nivel, el cuerpo reacciona de una forma similar a un ataque de pánico.

Otro investigador norteamericano que recientemente llevó a cabo estudios sobre hiperventilación, mantuvo a un grupo de pacientes en una habitación con un 5% de dióxido de carbono en un intento de impedir la disminución de los niveles de dióxido de carbono mientras los pacientes hiperventilaban. Para su sorpresa, descubrieron el efecto contrario a lo esperado. Después de esta observación descubrió que, si administraba a los pacientes dos inhalaciones con un 35% de dióxido de carbono, era suficiente para inducirles un ataque.

A partir de este experimento, este investigador sugirió que las personas que padecen ataques de pánico son sensibles al dióxido de carbono quizá debido a una alarma hipersensible a la asfixia (es decir, si la persona siente que se está asfixiando cuando inspira el dióxido de carbono que acaba de espirar). Este investigador sugiere que si en el aire ambiental existe una cantidad excesiva de dióxido de carbono, las personas sufren ataques de pánico creen que se están asfixiando y, por esta razón, sufren un ataque cuando perciben esta amenaza, esta podría ser la razón de que las víctimas de un ataque de pánico puedan padecerlo en habitaciones atestadas de gente o en lugares con una ventilación inadecuada.

Por otro lado, se ha demostrado que la hiperventilación voluntaria de aire normal reproduce las crisis de angustia en un 30 a 50% de los pacientes con trastorno de pánico, lo cual sugeriría que la disminución en la presión parcial de dióxido de carbono puede tener un papel relevante en la fisiopatología en los episodios de pánico (Ros y Lupresti, 1999).

### ***2.7 Agentes Provocadores de los ataques de pánico.***

Cada individuo tiene sus propios desencadenantes de los ataques de pánico, cosas que hacen estallar aunque no siempre se sea consciente de ello. Es útil examinar la lista de posibles agentes provocadores, pues se podrían no conocer:

- **CAFÉ:** Más de dos tazas de café al día pueden provocar un ataque en algunas personas. Una serie de estudios han confirmado que la gente que experimenta ataques de pánico es más sensible a los efectos provocadores de ansiedad de la cafeína. Sin ninguna duda, es un estimulante poderoso. Bastan dos tazas y media de café al día para multiplicar pro dos la cantidad de adrenalina en el torrente circulatorio.
- **ALCOHOL:** Entre los individuos alcohólicos se ha identificado un elevado índice de trastornos de pánico, y los grandes bebedores que se han iniciado en el hábito de beber antes de los veinte años parecen tener mayor riesgo de desarrollar un trastorno de pánico que otras personas. Hasta la fecha, no se ha dilucidado si el alcohol hace que los individuos sean más vulnerables a los trastornos de pánico o si las víctimas de un trastorno de pánico beben porque sienten miedo.

- **DROGAS:** Se ha observado que la cocaína, la marihuana, el LSD, etc. pueden desencadenar ataques de pánico.
- **TABAQUISMO:** Mucha gente dice que fuma para tranquilizarse, pero la nicotina en realidad aumenta la producción de adrenalina. En realidad, los nervios que dicen sentir pueden deberse al síndrome de abstinencia provocado por la adicción a la nicotina. Los grandes fumadores pueden aumentar su producción de adrenalina entre un 27% y un 70%. Si está intentando dejar de fumar, éste podría ser un argumento muy poderoso para ayudarlo a abandonar el hábito. Indudablemente el tabaquismo parece exacerbar los ataques de pánico, y en el mejor de los casos evidentemente no es nada útil. Pues no hay que olvidar que el objetivo es disminuir la cantidad de adrenalina en la sangre, no aumentarla.
- **MEDICACIONES PARA RESFRIADOS:** Muchas de ellas contienen cafeína, que, como se sabe, tiene un efecto estimulante sobre la producción de adrenalina.
- **REGÍMENES HIPOCALÓRICOS O SALTARSE LAS COMIDAS:** Si el cuerpo necesita energía adicional, el hígado libera glucosa de sus depósitos directamente al torrente circulatorio. Tal vez sea éste el motivo de que un régimen de pocas calorías pueda provocar mayor ansiedad y nerviosismo. A su vez, se podría malinterpretar esta sensación como el inicio de otro ataque de pánico.
- **SUEÑO DE MALA CALIDAD O INSUFICIENTE:** Si el sueño es de mala calidad o no duerme el número suficiente de horas, puede sentirse nervioso y, una vez más, esta sensación puede malinterpretarse como el inicio de un ataque. No dormir lo suficiente provoca una tensión extraordinario en el cuerpo, y este estrés puede desencadenar la liberación de la adrenalina.
- **EJERCICIO Y RELAJACIÓN:** El ejercicio disminuye el nivel de dióxido de carbono en sangre, que ya puede estar muy bajo por la hiperventilación o el estrés. Como se ha mencionado, un nivel bajo de dióxido de carbono puede provocar síntomas de pánico. Sin embargo, también la relajación puede provocar un ataque de pánico al eliminar las barreras que impidan percibir el efecto de un mayor nivel de adrenalina, o al brindarle la oportunidad de concentrarse en sus sensaciones corporales.

- LA RISA: Una respiración rápida puede tener el mismo efecto que la hiperventilación.
- LUZ FLUORESCENTE: La adrenalina agudiza todos los sentidos, de modo que la luz fluorescente podría someter a nuestro sistema a una tensión excesiva que se interpretaría como estrés.

Conocer los posibles efectos de estos agentes puede ser muy útil, pues la persona puede vigilar la cantidad de consumo de alcohol, café, tabaco por ejemplo.

El hecho es que los ataques de pánico no dejan a la persona desenvolverse con normalidad en el medio que se rodea llenándola así de ideas irracionales antes, durante y después del ataque de pánico, lo cual hace pensar que lo mejor para combatir estos ataques es la Terapia Racional Emotiva la cual ayudara a disipar estas ideas y logrará así el equilibrio que el individuo tenía antes de esta situación.

## CAPÍTULO III: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La terapia racional emotiva se deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales del pensamiento. Los patrones de pensamiento que típicamente se manifiestan por sí mismos en cadenas de verbalizaciones preconscientes implícitas, surgen de suposiciones que comprenden el sistema de creencias básico del individuo (Rimm, 1984).

Lo que lleva a pensar que los ataques de pánico pueden tratarse con esta Terapia al ser estos un conjunto de pensamientos irracionales que están provocando que el individuo pierda poco a poco su calidad de vida.

### *3.1 Antecedentes Históricos*

Los primeros orígenes de la psicoterapia cognitiva se remontan a la filosofía estoica y el budismo. La máxima de Epicteto: "los hombres no se perturban por las cosas sino por la opinión que tienen de éstas", recoge uno de los primeros modelos cognitivos del hombre que han sido planteados. Asimismo, el budismo concibe a la realidad como construida por el pensamiento y las valoraciones como generadoras de pasiones que pueden generar sufrimiento (Ellis, 1989).

Sin embargo, los orígenes psicológicos de la psicoterapia cognitiva se ubican en los antecedentes que plantearon distintas escuelas psicológicas y su evolución a través del tiempo. Dentro del psicoanálisis, Lungwitz (1926) propone un modelo de terapia muy parecido a la terapia cognitiva actual, y K. Horney (1950) desarrolla una teoría de las actitudes neuróticas que habla sobre la "tiranía de los deberías".

Desde la psicología individual, Alfred Adler desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Este autor es para muchos el fundador de las terapias cognitivas, pues plantea que el niño adquiere "esquemas perceptivos" en su etapa infantil preverbal, los cuales guían la dirección de su conducta en su vida posterior de modo inconsciente. La terapia implicaría hacer consciente esos esquemas y manejar sus aspectos disfuncionales.

No obstante, los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis y Aaron Beck. Ambos se formaron en el psicoanálisis, pero abandonaron esta

escuela al observar que tanto la investigación de determinados procesos psicológicos como la práctica psicoterapéutica difícilmente se correspondían a los postulados del modelo.

Albert Ellis fue modificando gradualmente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica hasta llegar a su propio modelo. Con estas modificaciones observó que aumentaba el porcentaje de éxito en su tratamiento y en 1958 publicó su famoso Modelo ABC para la terapia, en el cual afirma que los trastornos emocionales (C) no derivan directamente de los acontecimientos vitales de la vida actual o los acontecimientos pasados (A), sino se generan a partir de determinadas creencias irracionales o exigencias (B) que el propio sujeto ha adquirido y en las que se "autoadoctrina" constantemente (Ellis, 1989).

Además, Ellis incorpora en su Terapia Racional Emotiva (TRE) algunos elementos de la terapia de modificación de la conducta al proponer métodos activos para modificar tales exigencias o creencias irracionales.

Por otro lado, Aaron Beck parte de su trabajo sobre la depresión y observa que en éste y otros trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conductas. El concepto de estructura cognitiva recibe en su teoría el nombre de "esquema cognitivo" o "supuesto personal" y equivale al concepto de las creencias irracionales desde el enfoque de Ellis (Ellis, 1989).

Beck plantea que las estructuras cognitivas son adquiridas en etapas tempranas de la vida y permanecen en un nivel no consciente hasta que posteriormente se activan por diversos eventos, generando determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos, que suelen ser distorsionadas (distorsiones cognitivas) y generar problemas emocionales, conductuales y de relación (Ellis, 1989).

La Terapia Cognitiva propuesta por Beck busca generar la identificación del sujeto de sus distorsiones cognitivas, de los supuestos personales que la sustentan y de los efectos que generan en su vida. Asimismo, busca desarrollar en el sujeto un aprendizaje para la modificación de estas interpretaciones.

### ***3.2 Influencias Psicológicas***

En la creación de la RET tuvieron influencia un gran número de psicólogos. Ellis tuvo una preparación como analista en la escuela Karen Horney, y fue Horney (1950), con su concepto sobre “la tiranía de los deberes”, quien primero influyó en el énfasis sobre la primacía del pensamiento evaluativo dogmático y absolutista en el desarrollo y mantenimiento de muchas de las alteraciones psicológicas.

Los trabajos de Adler también tuvieron su importancia en el desarrollo de la TRE en varios aspectos. “Adler fue el primer gran terapeuta que realmente estudio los sentimientos de inferioridad y la TRE también ha insistido en el tema de la autoevaluación y la ansiedad que conlleva. De la misma forma que Adler, la TRE se ocupa de los significados, valores, propósitos y metas de las personas; y copia de Adler su interés en la utilización de una enseñanza activo – directiva, la importancia de lo social, la apariencia humanística y balística, y el empleo de un tratamiento psicológico cognitivo – persuasivo (Ellis, 1989).

Aunque a la TRE se le llamó al principio Psicoterapia Racional, siempre utilizó métodos conductuales, así como técnicas cognitivas y emotivas en la práctica de la terapia.

En 30 años de existencia la TRE ha tenido varias modalidades terapéuticas (individual, en grupo, marital y familiar), han sido practicadas por distintos tipos de profesionales, con una gran variedad de clientes, que sufren de una amplia gama de alteraciones psicológicas. A parte de su utilización en psicoterapia y counseling, los principios racional – emotivos han sido aplicados a la educación, industria y comercio. Lo más reciente ha sido su aplicación a la educación pública en la forma de talleres (Ellis, 1989).

### ***3.3 Principales Conceptos Teóricos.***

La TRE esta basada en un conjunto de suposiciones que giran en torno a la complejidad y fluidez de la existencia humana. Partiendo de este punto de vista sobre la naturaleza humana, la TRE se asienta en los siguientes conceptos teóricos.



*a) Objetivos, propósitos y racionalidad*

De acuerdo a la teoría de la TRE, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que en el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor consciencia de que viven en un mundo social. En caso de que las personas tiendan a ir directamente hacia sus metas lo racional en la teoría de TRE es "lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, por el contrario lo irracional es lo que les frena (Ellis, 1989). Sin embargo, la racionalidad no puede definirse de forma absoluta, ya que es relativa por naturaleza.

*b) Énfasis humanístico*

La TRE no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, sino que es una aproximación humanístico – existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Asume que ningún ser humano, por muy antisocial y horrible que parezca, puede catalogarse como condenable o subhumano. Pone un énfasis especial en la importancia de la capacidad de desear y elegir en un momento dado, aunque también se acepta la posibilidad de que algunas conductas estén en parte determinadas por lo biológico, social y otras fuerzas (Bandura, 1977; Ellis, 1973, 1984 citado en Ellis, 1989).

*c) La interacción de los procesos psicológicos y la cognición.*

Desde la creación de la TRE se ha mantenido la idea de que hay una interacción en los procesos psicológicos humanos. Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada sino que se superponen significativamente, esto ocurre particularmente en el campo de las alteraciones psicológicas. Una de las mayores contribuciones de la TRE al campo de la terapia cognitivo – conductual es la distinción entre Creencias racionales e irracionales. Las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial. Estas creencias son racionales por dos aspectos: primero, porque son relativas, y segundo porque no implican el logro de objetivos y propósitos básicos (Ellis, 1989).

Por otro lado las Creencias irracionales se diferencian de las racionales por dos características: primero, en que son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de "tengo que", "debo", etc.; y segundo,

en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución en la obtención de metas. Las creencias racionales son el fundamento de los comportamientos funcionales, mientras que las Creencias irracionales están a la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo, y abuso de sustancias tóxicas (Ellis, 1982 citado en Ellis, 1989).

*d) Las dos perturbaciones humanas fundamentales*

Existen dos categoría principales de perturbaciones psicológicas: perturbaciones del yo y perturbaciones incómodas ( Ellis, 1979 a, 1980 a citado en Ellis, 1989).

En las alteraciones del yo una persona se hace peticiones a sí misma, a otros, y al mundo, y si esas peticiones no se satisfacen en un pasado, presente o futuro, la persona puede llegar a perturbarse condenando su sí mismo. La autocondena incluye: 1) el proceso de dar una reprimenda negativa a mi "self", y 2) clasificar a mi "self" como malo o infravalorarlo (Dryden en Ellis,1989). La alternativa racional y saludable a la autocondena es la autoaceptación, que implica negarse a dar una reprimenda al "self", y reconocer nuestros fallos.

En las perturbaciones incómodas la persona de nuevo hace peticiones a sí mismo, a otros y al mundo, pero se trata de órdenes dogmáticas que crean bienestar y condiciones de vida cómodas que deben existir. Cuando estas peticiones no se satisfacen en el pasado, presente o futuro la persona se perturba. Tolerar el malestar con el fin de lograr nuestros objetivos y una felicidad a largo plazo es la alternativa racional y saludable a cualquier demanda de gratificación inmediata (Ellis, 1989).

Por lo tanto, para la TRE la autoaceptación y un alto nivel de tolerancia a la frustración son los dos pilares básicos de un estilo de la vida psicológicamente sano (Ellis, 1979, citado en Ellis, 1989).

### **3.4 El ABC de la TRE**

En este esquema se maneja que:

*A) Acontecimiento activador*

Es el hecho que ocurre o se propicia que ocurra, porque puede provenir tanto del mundo exterior como del mundo interior; puede ser algo apreciable a

simple vista o algo que no tiene concreción determinada (puede ser un accidente de carretera o una preocupación por un familiar enfermo, o como este trabajo lo maneja un episodio de pánico)(Ellis, 1989).

### *B) Pensamientos y creencias*

Que vienen referidas a lo que se piensa o las ideas que se hacen acerca del Acontecimiento Activador, de lo que ocurre en la realidad. Todos mantienen ciertos pensamientos o creencias respecto a lo que sucede; aunque, a veces, los pensamientos son "automáticos", se cruzan por la mente como un "rayo", sin que el individuo sea suficientemente conscientes de ellos. Por ello, muchas veces, se tiende a considerar que los hechos (acontecimientos activadores) "provocan" sentimientos o comportamientos determinados (Ellis, 1989).

Las creencias pueden ser racionales o irracionales. Las primeras ayudan a sentirse bien o conformes, aunque sean emociones negativas (como una tristeza por una pérdida). Las creencias irracionales suelen ser poco lógicas, no basadas en la evidencia y de tendencias extremistas, exageradas o excesivamente exigentes para con el individuo o con los demás, lo que puede provocar tanto sentimientos inapropiados (depresión, excesiva culpabilidad, ansiedad, ira etc.) como conductas autodestructivas (adicciones, violencia, suicidio etc.)(Ellis, 1989).

### *C) Consecuencias emocionales y conductuales*

Ya consideradas, de alguna manera, anteriormente, son las respuestas que se dan a los Acontecimientos activadores. Normalmente se tiende a pensar que éstos provocan directamente las emociones y conductas. Si así fuera, todos tendrían el mismo comportamiento ante hechos parecidos, lo que no es cierto. Ello es debido a que está mediatizado por B, las creencias y cogniciones.

El cambio emocional y conductual, pues, viene en gran medida, determinado por el cambio en la forma de pensar o cómo se interpretan los Acontecimientos activadores o hechos. Ante un mismo hecho (suspender un examen) se puede responder de manera diferente: Depresión, tristeza, culpabilidad, decepción, frustración, indiferencia, ira etc. de acuerdo a pensamientos racionales o irracionales que se mantienen al interpretarlo.

### *D) Debate de creencias irracionales*

En este punto se da un salto cualitativo, del aspecto descriptivo (A, B, C) a la práctica terapéutica. El debate se realiza para superar problemas creados

a raíz de la interpretación irracional de los Acontecimientos activadores que han llevado a conductas y emociones inapropiadas y autodestructivas.

#### *E) Efectividad del debate de creencias*

Este punto también entra dentro de lo que se considera la estrategia para el cambio o la práctica terapéutica.

Si se ha efectuado correctamente la reestructuración cognitiva o cambio de creencias hacia un pensamiento más racional, los nuevos efectos emocionales y conductuales han de ser menos autodestructivos, ayudarán más a los intereses del individuo y harán sentirse mejor a éste. No necesariamente deben sentirse más felices, ya que se ha considerado que pueden existir emociones negativas, pero sí, se ha contribuido a no entrar en un círculo vicioso de problemas que crean nuevos problemas, como es el caso de una depresión severa o dificultades de adaptación al sentir fuerte ansiedad ante situaciones sociales.

### ***3.5 Alteraciones Psicológicas.***

La teoría racional – emotiva afirma que en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida. Estas evaluaciones se verbalizan en forma de palabras dogmáticas como “debo”, “debería”. Estas creencias son consideradas como irracionales por la teoría de la TRE, porque suelen (aunque no siempre) impedir y obstaculizar que las personas persigan sus metas y propósitos más importantes. Un “debo” de carácter absoluto no tiene porque conducir necesariamente a una alteración psicológica. Hablando en términos de probabilidades, la teoría de la TRE afirma que una filosofía absolutista normalmente conduce a una alteración, pero no dice que siempre ocurra así. Por eso, la TRE adopta una posición antiabsolutista, incluso respecto a la concepción de la naturaleza de la alteración humana. (Ellis, 1989).

Si las personas se adhieren a una filosofía de “obligaciones” tenderán a llegar a unas conclusiones irracionales derivadas de estos “debo y tengo que”. Estas derivaciones se clasifican como irracionales porque también sabotean los propósitos y las metas básicas de una persona.

La primera derivación importante se le conoce como “tremendismo”. Esto ocurre cuando al percibir un suceso lo valoramos como malo en más del 100%,

una conclusión exagerada y de carácter mágico que se deriva de las creencias (Ellis, 1989).

La segunda derivación importante se le conoce como "no soportantis". Significa creer que no se puede experimentar ninguna felicidad nunca, y bajo ningún tipo de condiciones (Ellis, 1989).

La tercera derivación importante se le llama "condena", representa la tendencia humana de clasificarse a uno mismo o a otros como "subhumano" o "inservible" si el u otro hace algo que no debe hacer o no hace algo que "debiera" hacer. La "condena" puede aplicarse también al mundo o a unas condiciones de vida que se consideran "miserables" por no dar a la persona lo que él o ella se merecen (Ellis, 1989).

Aunque la TRE sostiene que el "tremendismo", "no - soportantis" y la "condena" son procesos irracionales secundarios, en el sentido de que se derivan de una filosofía de "obligaciones", estos procesos pueden ser primarios en ocasiones (Ellis 1984 a citado en Ellis, 1989). De hecho, Wessler (1984) ha manifestado que más bien son procesos primarios y que los "debo y tengo que" se derivan de ellos. Sin embargo, la filosofía de las obligaciones por un lado, y los "tremendismo", "no - soportantis" y la "condena", por otro lado, son procesos interdependientes y eslabones "diferentes" en la cadena "cognitiva" (Ellis, 1989).

La TRE ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados (Ellis 1984 a, 1985 c citado en Ellis, 1989). En este sentido la TRE se muestra de acuerdo con los terapeutas cognitivos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Burns, 1980) en que tales distorsiones cognitivas son una manifestación de alteración psicológica. Sin embargo, para la teoría TRE, tales distorsiones casi siempre proceden de los "debos y tengo que". Algunas de las más frecuentes son:

- Todo o Nada.
- Salto a las conclusiones y non sequiturs negativos.
- Adivinar el futuro.
- Fijar la atención en lo negativo
- Descalificar lo positivo
- Siempre y nunca
- Minimización
- Razonamiento emocional

- Etiquetar y sobregeneralizar
- Estafa
- Perfeccionismo

### **3.6 Salud Psicológica**

Para la teoría de la TRE, el rasgo principal de las personas psicológicamente sanas es una filosofía de relativismo o del “deseo”. Esta filosofía reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, preferencia, anhelos, etc., pero si no se convierten estos valores relativos en dogmas e imposiciones probablemente estas personas no adquirirán una alteración psicológica. Sin embargo una persona sana puede experimentar emociones negativas apropiadas cuando no ve cumplidos sus deseos. Se considera que estas emociones tienen una motivación constructiva, en el sentido de que ayudan a que las personas superen los obstáculos para conseguir sus metas, y también les ayuda a adaptarse positivamente cuando no se cumplen sus deseos.

La teoría racional-emotiva postula tres derivaciones principales de la filosofía del deseo. Se las considera racionales porque ayudan a que las personas alcancen sus metas, o crean metas nuevas si las antiguas no pueden realizarse.

La primera derivación importante, conocida como “evaluar y analizar lo negativo”, es la alternativa racional al “tremendismo”. En este caso si una persona no consigue lo que quiere, reconoce que es malo. Pero como no piensa “tengo que conseguir lo que quiero”, esta persona colocaría el resultado de su evaluación en un punto del continuo mal que va de 0 a 100% y no clasifica esta situación como horrible, una valoración más bien mágica que se situaría en el 101%, en un continuo que podría llegar al infinito. En general, para una persona que vive la filosofía del deseo, cuanto más fuerte es su deseo, mayor será su desilusión si no consigue lo que quiere (Ellis, 1989).

La segunda derivación importante se le conoce como “tolerancia” y es la alternativa racional a la “no-soportantis”. La persona 1) reconoce que ha sucedido (o que puede suceder) un acontecimiento no deseable; 2) cree que esta dentro de lo posible el que esto pasara, como así ha sido; 3) sitúa el acontecimiento en un punto del continuo del mal; 4) procura cambiar el acontecimiento indeseable, o acepta la “cruda” realidad si no la puede

modificar, y 5) empieza a perseguir activamente a otras metas, aún en el caso de que no se pueda variar la situación (Ellis, 1989).

La tercera derivación, se le llama "aceptación" y es la alternativa racional a la "condena". La persona acepta que ella misma y los demás pueden fallar, que los seres humanos tienen limitaciones y son demasiados complejos como para poderlos clasificar. Además, se aceptan las condiciones de vida tal y como son. La gente que sigue una filosofía de aceptación reconoce plenamente que el mundo es muy complejo y funciona de acuerdo a unas leyes que a menudo se escapan al control de las personas. Es importante aclarar que la aceptación no implica resignación. Para la filosofía racional de la aceptación, una persona asume que todo lo que existe debe existir pero no tiene porque existir para siempre (Ellis, 1989).

Es decir, que cuando la persona acepta que puede fallar, pero que puede reparar el fallo asumirá mejor los cambios que se presenten a lo largo de su vida.

La teoría de la TRE describe 13 criterios de salud pública.

1. Interés en sí mismo: Las personas sensatas y, sanas emocionalmente suelen interesarse en primer lugar por sí mismas, y colocan sus propios intereses al menos un poco por encima de los intereses de los demás.
2. Interés social: El interés social es racional y positivo, porque la mayoría de las personas optan por vivir y divertirse en una comunidad o grupo social; sino actúan moralmente, protegen los derechos de los demás, y favorecen la vida en sociedad, es poco probable que lleguen a crear esa clase de mundo en el que ellos mismos puedan vivir cómoda y felizmente.
3. Autodirección: La gente sana asume la responsabilidad de su vida a la vez que coopera con los demás. Este tipo de personas no piden ni necesitan demasiada ayuda de los otros.
4. Alta tolerancia a la frustración: Los individuos racionales se otorgan a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse. Se abstiene de condenarse o condenar a otros como personas, por un comportamiento inaceptable u ofensivo.

5. Flexibilidad: La gente sana y madura suele ser de ideas flexibles, abierta al cambio, pluralista y no fanática cuando omite opiniones sobre otros. No dictan reglas fijas y rígidas para sí mismos ni para los demás.
6. Aceptación a la incertidumbre: Los hombres y las mujeres sanos aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y en continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta y probablemente nunca existirá.
7. Comprometerse en ocupaciones creativas: Para la mayoría de las personas resulta saludable y satisfactorio implicarse de forma vital en algo fuera de sí mismos y a poder tener al menos algún interés creativo.
8. Pensamiento científico: Los individuos sanos tienden a ser más objetivos, científicos y racionales que los que tienen alguna alteración. Son capaces de tener sentimientos profundos y de actuar correctamente, pero también regulan sus acciones y emociones reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias según les lleve a conseguir metas a corto o largo plazo.
9. Autoaceptación: Las personas sanas se alegran de estar vivas y se aceptan a sí mismas simplemente por el hecho por vivir y tener la capacidad de divertirse. Rechazan la idea de medir lo que valen por sus logros externos o por lo que los demás piensan.
10. Arriesgarse: La gente sana emocionalmente tiende a arriesgarse e intentar hacer lo que pretenden, incluso cuando hay muchas posibilidades de que fracases.
11. Hedonismo de larga duración: Las personas bien adaptadas aspiran a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no suelen sacrificar el mañana por el bienestar pasajero de un momento. Son hedonistas, esto quiere decir que buscan la felicidad y evitan el dolor, pero tienen asumido que no van a vivir eternamente y que es mejor pensar a la vez en el hoy y en el mañana, sin obsesionarse con las gratificaciones inmediatas.
12. Antiutopía: La gente sana acepta el hecho de que las utopías son inalcanzables y de que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni podrán evitar todo el dolor. Piensan que es poco sensato esforzarse por



alcanzar el placer, felicidad y perfección totales, o la total falta de ansiedad, depresión, descontento y hostilidad.

13. La propia responsabilidad de sus alteraciones emocionales: Los individuos sanos aceptan gran parte de responsabilidad que tienen en sus propias alteraciones, en lugar de echar la culpa de forma defensiva a los demás o a las condiciones sociales, por sus conductas, pensamientos y sentimientos autodestructores.

### ***3.7 Adquisición y Perpetuación de la Alteración Psicológica.***

La TRE todavía no ha elaborado una teoría respecto a la adquisición de las alteraciones psicológicas. Se parte de la hipótesis de que los seres humanos tienen una tendencia innata a pensar y actuar irracionalmente, pero las teorías de la adquisición no sugieren necesariamente intervenciones terapéuticas. También sostiene que la tendencia humana a pensar irracionalmente tiene raíces biológicas, pero también reconoce que las variables ambientales contribuyen a la alteración psicológica y a que la gente haga peticiones basadas en lo biológico (Ellis, 1989).

La teoría racional – emotiva afirma que las perturbaciones varían de unos individuos a otros. Aunque la teoría no tiene una explicación muy elaborada sobre la adquisición de la perturbación psicológica, se detiene más a la hora de explicar cómo se mantiene tal perturbación. Primero, los individuos tienden a mantener sus problemas psicológicos por sus propias teorías “ingenuas” sobre la naturaleza de estos problemas y a qué pueden atribuirse. Carecen de lo que la TRE denomina “TRE Insight n.º 1”: en el que la perturbación psicológica está principalmente determinada por las creencias absolutistas que posee la gente sobre acontecimientos vitales negativos. Y lo que es más, consideran que estas situaciones causan sus perturbaciones. Desde el momento en que una persona plantea una hipótesis incorrecta sobre los principales determinantes de sus problemas, tratará de cambiar A en lugar de B.

Segundo, la gente puede haber llegado al insight No. 1 pero carece del No. 2: las personas se mantienen perturbadas redoctrinándose en el presente con sus creencias absolutistas. Al no darse cuenta de que sus problemas están determinados por sus creencias, se distraen y perpetúan sus problemas buscando los antecedentes históricos de estas creencias.

Tercero, la gente puede tener los insight no. 1 y 2, pero seguir manteniendo la perturbación porque carecen del Insight no.3, en el que sólo la gente que trabaja diligentemente en el presente y en el futuro para pensar, sentir y actuar en contra de sus creencias irracionales son susceptibles de cambiarlas y hacer que disminuyan significativamente sus perturbaciones. Las personas que tienen claros estos tres insights, podrán desafiar persistentemente y con fuerza a sus creencias, en el plano cognitivo, emotivo y comportamental, con el fin de romper el círculo que mantiene la perturbación (Ellis, 1989).

La Teoría Racional Emotiva respalda la visión freudiana sobre las defensas humanas cuando explica cómo la gente perpetúa sus problemas psicológicos (Freud, 1937). Las personas mantienen sus problemas utilizando varios mecanismos de defensa (e.g. racionalización, evitación) cuya función es ayudar a negar la existencia de estos problemas o minimizar su severidad. La TRE afirma que estas defensas se usan para preservar las tendencias de auto-condena, y bajo estas circunstancias, las personas se denigrarían a sí mismas por tener unos problemas en el caso de que honestamente tomaran la responsabilidad de ellos. Además, estos mecanismos de defensa se emplean también para salvaguardar la ansiedad incómoda siempre que estas personas califiquen sus problemas como «demasiado duros para poder soportarlos» o «demasiado difíciles de superar».

Los individuos actúan de acuerdo a sus evaluaciones y predicciones, de este modo elidían respuestas desde ellos mismos o desde otros, que mas tarde interpretan de tal forma que confirma su hipótesis inicial.

### ***3.8 La Teoría del Cambio Terapéutico***

El cambio filosófico específico significa que los individuos cambian sus exigencias absolutistas irracionales (los debo y debiera), por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta. El cambio filosófico general supone que la persona adopta una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales en general.

Para efectuar un cambio filosófico tanto a nivel específico como general, se aconseja a las personas que:

1. Primero, se den cuenta de que ellas crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general tienen un papel secundario en el proceso de cambio.

2. Reconozcan por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.
3. Comprendan que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de Creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales.
4. Detecten sus Creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales.
5. Refuten estas Creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
6. Trabajen para interiorizar sus nuevas Creencias racionales, empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales.
7. Continúen este proceso de enfrentarse a las Creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas. Cuando una persona efectúa un cambio filosófico en B según el modelo ABC, suele ser capaz de corregir espontáneamente sus inferencias distorsionadas de la realidad (sobregeneralizaciones, atribuciones erróneas, etc.)-

Mientras que la teoría racional-emotiva sostiene que las Creencias irracionales son el caldo de cultivo para el desarrollo y mantenimiento de distorsiones inferenciales, es posible que las personas puedan efectuar cambios básicos de forma inferencial sin que haya un cambio filosófico profundo. De este modo, pueden considerar sus inferencias como presentimientos sobre la realidad más que como hechos, pueden generar hipótesis alternativas y buscar la evidencia y/o realizar experimentos que prueben cada hipótesis. Mas tarde, pueden aceptar la hipótesis que represente la mejor apuesta de todas.

#### Condiciones terapéuticas

Una vez establecido el rol, los terapeutas TRE procuran aceptar incondicionalmente a sus clientes como seres humanos falibles, y capaces de autodestruirse, pero nunca esencialmente malos (o buenos). No importa lo mal que se comporten los clientes en la terapia, el terapeuta TRE siempre intentará aceptarlos como personas aunque en muchas ocasiones demuestre sus reacciones hacia la conducta negativa del cliente en el momento apropiado, (Ellis, 1973).

Los terapeutas TRE tienen que tener sentido del humor con la mayoría de sus clientes, ya que las perturbaciones emocionales suelen producirse porque estos se toman demasiado en serio a sí mismos, a sus problemas, a otras personas y al mundo. Estos terapeutas intentan presentar las ventajas terapéuticas de tomar una actitud seria ante la vida, pero también irónica y jocosa. Intentan burlarse de las acciones, sentimientos y pensamientos autodestructores de sus clientes, no de ellos como personas (Ellis, 1977b, c, 1981c). En este sentido, y con la misma intención, tienden a ser informales y amenos con la mayoría de sus clientes. Sin embargo, la TRE se opone a los terapeutas que de forma poco ética se gratifican a sí mismos a expensas de sus clientes, con el fin de amenizar las sesiones de terapia (Ellis, 1983 c).

Los terapeutas muestran a sus clientes una clase especial de empatía. No les ofrecen únicamente una empatía «afectiva», sino que también les ofrecen una empatía filosófica.

Por ello, aunque con algunas modificaciones, los terapeutas racional-emotivos están de acuerdo con la visión de Rogers (1957) sobre la empatía del terapeuta, autenticidad, y reconocimiento positivo incondicional. Sin embargo los terapeutas TRE tienen mucho cuidado de mostrarse excesivamente cordiales con sus clientes. La TRE sostiene que si los terapeutas se aproximan demasiado a sus clientes y les dan mucha confianza, atención, cuidado, y ayuda, así como aceptación incondicional, entonces se pueden correr dos tipos de riesgos (Ellis, 1977 d, 1982 a).

El primer riesgo importante consiste en que los terapeutas puedan reforzar inconscientemente la fuerte necesidad de amor y aprobación que tienen sus clientes, dos ideas irracionales que son la esencia de muchas perturbaciones humanas. Cuando esto ocurre, los clientes parecen mejorar porque sus terapeutas les están dando, de hecho, lo que ellos creen que deben tener. Comienzan por «sentirse mejor» pero no «mejoran» necesariamente (Ellis, 1972a). Sus «avances» son ilusorios porque les están reforzando su filosofía irracional. Como ellos parecen mejorar, sus terapeutas tienen muy pocas oportunidades de identificar esas ideas, mostrarles la relación con sus problemas y ayudarles a enfrentarse a ellos y cambiar. En consecuencia, mientras estos terapeutas ayudan a sus clientes no les demuestran como pueden ayudarse ellos mismos y les dejan vulnerables para contratiempos futuros.

El segundo riesgo importante consiste en que los terapeutas pueden reforzar inconscientemente una filosofía de baja tolerancia a la frustración (LFT) de sus clientes, la forma más importante de perturbación incómoda. Los clientes con problemas LFT «casi siempre tratan de encontrar una ayuda interminable de los demás en lugar de enfrentarse solos a las dificultades de la vida. Cualquier clase de terapia que no les persuade a que abandonen su actitud quejica y pueril y a que acepten la responsabilidad de su propia felicidad, tiende a confirmar la creencia que tienen estas personas de que son los otros los que deben ayudarles. Una relación terapéutica muy cercana es con frecuencia el peor enemigo y en consecuencia hace un daño considerable» (Ellis, 1977d, p.15).

Sin embargo, como la TRE es por naturaleza relativa y está en contra de unas reglas terapéuticas dogmáticas y absolutas, reconoce que bajo ciertas condiciones, es posible la cordialidad terapéutica durante un periodo de tiempo restringido (Ellis, 1985a).

Se suele recomendar a los terapeutas TRE que adopten un estilo activo-directivo con la mayoría de sus clientes y particularmente con aquellos que están muy perturbados y presentan gran resistencia (Ellis, 1979b). Pero no todos los terapeutas coinciden con esta opinión, algunos recomiendan una aproximación más pasiva y suave en la mayoría de las ocasiones o bajo condiciones específicas (e.g. García, 1977; Young, 1974a, 1977). A pesar de que ésta es un área poco investigada en la TRE, podemos decir que es mejor para los terapeutas TRE evitar (1) un estilo de interacción demasiado emotivo y amigable con clientes histéricos», (2) un estilo demasiado intelectual con clientes «obsesivo-compulsivos», (3) un estilo demasiado directivo con clientes que temen ser autónomos (Beutler, 1983), y (4) un estilo demasiado activo con clientes que son muy pasivos.

### ***3.9 Induciendo a los Clientes a la TRE***

Los procedimientos de inducción, en general, tratan de demostrar a los clientes que la Terapia Racional Emotiva es una terapia estructurada activa-directivamente y orientada a la discusión de los problemas presentes y futuros del cliente, además, requiere que estos jueguen un papel activo en el proceso de cambio. La inducción puede tomar distintas formas: Primera, los terapeutas pueden desarrollar y usar procedimientos preterapéuticos de inducción al rol, en el cual se perfila el curso de la TRE y se demuestran las conductas productivas del cliente (Me Caskill y Me Caskill, 1983). Segunda, los terapeutas pueden dar un pequeño discurso al comienzo de la terapia sobre la naturaleza

y proceso de la terapia racional-emotiva. Tercera, en las primeras sesiones de terapia, los terapeutas pueden dar explicaciones referidas a la inducción, utilizando el material recogido del cliente con ello demuestran cómo pueden atajares los problemas en la TRE por otro lado, se van perfilando los respectivos roles de terapeuta y cliente.

### ***3.10 Valoración de los Problemas de los Clientes***

El siguiente paso en la terapia es la valoración. Es importante para esta terapia la valoración de la clase y grado de perturbación emocional de los clientes por varias razones:

- Con el fin de determinar hasta qué punto están perturbados los clientes, para que los terapeutas conozcan qué beneficio pueden sacar de cualquier clase de terapia, incluida la RET, y para que puedan decidir qué técnicas (de todas las que existen) es mejor utilizar (y cuáles hay que evitar) con cada cliente particular, bajo las condiciones en que él o ella vayan a vivir.
- Para determinar —o al menos adivinar con un alto grado de precisión— lo difícil que puede resultar un cliente, qué beneficios obtendrá de los principales procedimientos, y cuánto tiempo durará la terapia. y tolerante.
- Para descubrir qué déficits de habilidades tienen los clientes y qué clase de entrenamiento (en el curso de la TRE o fuera de la terapia) les iría mejor para remediar algunos de esos déficits. De este modo, se puede recomendar a un cliente específico cierta clase de entrenamiento en habilidades como asertividad, habilidades sociales, comunicación, o entrenamiento vocacional, cuando se realiza la valoración.

Como la TRE es tan cognitiva, como emotiva y conductual, no se limita a evaluar las creencias irracionales de los clientes, sino también sus sentimientos inapropiados y sus conductas “autocastigadoras”. Los procedimientos de evaluación normales de la TRE casi siempre incluyen lo siguiente:

- Se les ayuda a los clientes a reconocer y describir sus sentimientos inapropiados (e.g., ansiedad, depresión, miedo, y odio a sí mismo), y éstos son diferenciados claramente de sus sentimientos negativos apropiados (e.g., desilusión, tristeza, frustración, y displacer).

- Se les lleva a reconocer y diferenciar sus conductas auto-castigadoras de aquellas que son idiosincrásicas e inocuas.
- Se les pide que señalen los acontecimientos Activadores específicos de sus vidas que suelen ocurrir justo antes de experimentar los sentimientos y conductas perturbadoras.
- Se evalúan y discuten las Creencias racionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas Consecuencias no perturbadoras.
- Se evalúan y discuten las Creencias irracionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas Consecuencias perturbadoras.
- Se determinan las Creencias irracionales que incluyen los absolutistas «debo» y las grandes exigencias a uno mismo, a otros, y al universo.
- Se descubren también las Creencias irracionales de segundo nivel que se derivan de los absolutistas «debiera» y «debo», es decir, los «catastrofismos» las «no-soportantiti», y las condenas» de si mismos y otros, y las sobregeneralizaciones irreales.
- Se descubren y discuten las Creencias irracionales que les llevan a la perturbación por estar perturbados —es decir, a su ansiedad por la ansiedad y a su depresión por estar deprimido—.

Mientras se lleva a cabo la evaluación TRE y los procesos diagnósticos, se van perfilando los planes específicos de tratamiento. Normalmente se realizan en estrecha colaboración con los clientes, para trabajar primero en los síntomas emocionales y conductuales más importantes y dañinos y después en los síntomas referidos como menos importantes (Ellis, 1989).

Un objetivo importante de la fase de evaluación de la TRE es ayudar a los clientes a distinguir entre sus problemas primarios (e.g., depresión, ansiedad, huida, adicción) y sus problemas secundarios. Los terapeutas racional-emotivos suelen evaluar los problemas secundarios antes que los primarios porque estos últimos requieren una mayor atención terapéutica —por ejemplo, los clientes encuentran difícil focalizar su atención en el problema original de ansiedad cuando se autoculpan severamente por estar ansiosos—. Los problemas

secundarios se evalúan de la misma manera que los problemas primarios (Ellis, 1989).

Una vez que se han evaluado adecuadamente los problemas de acuerdo con el modelo ABC y los clientes ven con claridad la unión entre sus Creencias irracionales y sus Consecuencias disfuncionales emocionales y conductuales, entramos en el estado de la Refutación. El propósito inicial de la Refutación es ayudar a los clientes a que hagan un insight intelectual sobre el hecho de que no hay ninguna evidencia que mantenga la existencia de sus exigencias absolutistas, o los derivados irracionales de esas demandas (Catastrofismo, «No-soportantis» y Condena»). La única evidencia que existe es que si continúan con sus preferencias no absolutistas y éstas no se satisfacen, los resultados serán «malos y ellos serán infelices, mientras que si se satisfacen, llegarán a un buen resultado y se convertirán en gente deseable. El insight intelectual en la TRE se define como el reconocimiento de que una Creencia irracional con frecuencia conduce a una perturbación emocional y a una disfunción conductual, y por otro lado, una Creencia racional casi siempre favorece la salud emocional. Pero cuando las personas mantienen Creencias racionales débil y ocasionalmente, tendrán un insight intelectual que puede no ayudarles (Ellis, 1963c, 1985b citado en Ellis, 1989). Así que la TRE no termina con el insight intelectual, sino que lo usa como trampolín para la fase de trabajo. En esta fase se anima a los clientes a que usen una gran variedad de técnicas cognitivas, emotivas, y conductuales diseñadas para ayudarles a que lleguen al insight emocional. El insight emocional en la RET se define como una Creencia muy fuerte y que se mantiene a menudo, de que una idea irracional es disfuncional y otra racional es sana (Ellis, 1963). Cuando una persona ha llegado al insight emocional él o ella piensa, siente, y se comporta de acuerdo con la Creencia racional (Ellis, 1989).

Los terapeutas tienen que estar alerta de los problemas en ambas áreas, la perturbación del yo y la perturbación incómoda, ya que suelen interactuar y por lo tanto se requiere una evaluación cuidadosa para separar una de la otra.

Los practicantes de la RET prestan una atención especial a otras formas de perpetuar los problemas psicológicos e intentan evaluar esto en la terapia.

### ***3.11 Estrategias de Tratamiento en la TRE***

Existen dos formas de la Terapia Racional Emotiva: preferencial y general (Ellis, 1980c citado en Ellis, 1989). La TRE general es sinónimo de terapia cognitivo-conductual, mientras que la preferencial es única en muchos



sentidos. El propósito principal de la TRE preferencial es bastante ambicioso: animar a que los clientes hagan un cambio filosófico profundo en las dos áreas fundamentales de perturbación del yo y de perturbación incómoda. Esto incluye ayudar a los clientes, todo lo humanamente posible, a abandonar sus procesos de pensamiento perturbadores e irracionales y reemplazarlos por pensamientos no absolutos y racionales.

En la TRE preferencial, los objetivos más importantes consisten en ayudar a los clientes a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo, y en demostrarles que esto se consigue aceptándose totalmente a ellos mismos y tolerando condiciones de vida incómodas e imposibles de cambiar. Los practicantes de la TRE preferencial procuran que sus clientes obtengan las habilidades necesarias para prevenir el desarrollo de una perturbación futura. Los terapeutas implementan las estrategias que expondremos a continuación animando a sus clientes a que consigan y mantengan este profundo cambio filosófico. Intentan que estos vean que:

1. Las perturbaciones conductuales y emocionales tienen antecedentes cognitivos, y estas cogniciones suelen tomar la forma de evaluaciones devotas absolutistas. Los practicantes de la TRE entrenan a los clientes para que observen sus propias perturbaciones psicológicas y las atribuyan a sus raíces ideológicas.

2. Las personas tienen una cierta autodeterminación y pueden elegir trabajar para no perturbarlas. Por eso se les demuestra a los clientes que no son esclavos de sus procesos de pensamiento irracionales con base biológica.

3. Las personas pueden elegir y maximizar su libertad trabajando activamente para cambiar sus Creencias perturbadoras irracionales. Esto se consigue mejor empleando métodos cognitivos, emotivos y conductuales, pero de forma intensa (Ellis, 1979b citado en Ellis, 1989).

Cuando está claro que el cliente no puede conseguir el cambio filosófico respecto a un hecho en particular o en general, el terapeuta echa mano de la TRE general, y utiliza métodos para efectuar un cambio inferencial y conductual.

### ***3.12 Principales Técnicas de Tratamiento en la TRE***

La TRE representa una forma importante de eclecticismo conocida como «eclecticismo teóricamente consistente» (Dryden, 1987 citado en Ellis, 1989), en ella se toman técnicas de otros sistemas terapéuticos pero se hacen consistentes a la teoría TRE. En concreto, los terapeutas TRE se fijan en los efectos a corto y largo plazo de cada técnica terapéutica en particular, y no suelen emplear las que tienen beneficios inmediatos pero consecuencias dañinas a largo plazo. Aunque los terapeutas racional-emotivos emplean una gran cantidad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, aquí sólo se expondrán las más importantes. Antes de empezar hay que decir que probablemente cada una de estas técnicas tiene elementos cognitivos, emotivos y conductuales, y que probablemente no existen las técnicas «puras» (e.g., puramente cognitiva). Aquí se han colocado en grupos en donde predomina un proceso psicológico.

#### *a) Técnicas cognitivas*

Probablemente la técnica más empleada por los terapeutas RET con la mayoría de sus clientes sea la Refutación de Creencias irracionales. Hay tres categorías de Refutación (Phadke, 1982 citado en Ellis, 1989). La Detección consiste en buscar Creencias irracionales —sobre todo «debos», «tengo que», «deberla», «es mi obligación»— que llevan a conductas y emociones autocastigadoras. La Refutación propiamente dicha consiste en que el terapeuta hace una serie de preguntas que sirven para ayudar al cliente a abandonar las Creencias irracionales. Preguntas como: « ¿Qué evidencia tiene de...? » ¿En qué sentido es cierta o falsa esta Creencia? » « ¿Qué produce eso? » se emplean con frecuencia. El terapeuta procede con las preguntas hasta que el cliente descubre la falsedad de su Creencia irracional y, por lo tanto, también reconoce la verdad de la alternativa racional. En la Discriminación el terapeuta ayuda al cliente a distinguir con claridad entre sus valores no absolutos (sus preferencias, gustos, deseos) y sus valores absolutistas (necesidades, demandas, imperativos). Los terapeutas racional-emotivos suelen ser muy creativos cuando utilizan las secuencias de Refutación, y algunas veces emplean tales métodos de forma altamente dramática (Dryden, 1984b citado en Ellis, 1989). Se conoce como DIBS (Refutar Creencias irracionales) a una versión formal de la Refutación que incluye algunos de sus componentes principales.

Los terapeutas TRE usan técnicas de imaginación, como es el caso de la imagen racional emotiva. Los clientes cambian sus emociones negativas

“inapropiadas” por otras “apropiadas”, mientras mantienen una imagen viva del suceso negativo en A. están aprendiendo a cambiar sus emociones autocastigadoras cambiando sus creencias en B. también se emplean métodos de Proyección en el tiempo. En vez de cambiar directamente la creencia irracional, el terapeuta ayudará al cliente a que visualice a intervalos regulares de tiempo qué clase de vida tendrá. Finalmente, algunos terapeutas RET también han empleado con éxito la hipnosis (e.g. Boutin & tosí, 1983; Goleen, 1983, citado en Ellis 1989).

#### *b) Técnicas emotivas*

Muchas veces se ha criticado a la Terapia Racional Emotiva por olvidar aspectos emotivos de la psicoterapia. Esto es algo bastante alejado de la realidad, ya que los terapeutas suelen emplear técnicas emotivas. Los terapeutas muestran una actitud bastante emocional de aceptación incondicional. No importa lo negativa que sea la conducta de un cliente porque su terapeuta le aceptará como a un ser humano que puede fallar pero que no perseverará en su actitud negativa. En la TRE se usan una gran variedad de técnicas emotivas que están diseñadas para ayudar a los clientes a enfrentarse con sus creencias irracionales. Primero, existen una serie de métodos humorísticos para animar a los clientes a pensar racionalmente sin tomarse a sí mismos demasiado en serio (Ellis, 1977 b,c, citado en Ellis, 1989).

Segundo, los terapeutas no dudan en crear una filosofía racional a través del autodescubrimiento. Tercero, los terapeutas RET utilizan historias, leyendas, parábolas, chistes, poemas y aforismos adjuntos a las técnicas de Refutación cognitiva (Wessler & Wessler, 1980 citado en Ellis, 1989).

#### *c) Técnicas conductuales*

La RET ha defendido el uso de técnicas conductuales (particularmente las tareas para casa) desde su creación en 1955 porque ya es sabido que el cambio conductual facilita a menudo el cambio cognitivo (Emmelkamp, Kuipers, & Eggeraat, 1978). Los terapeutas TRE tratan de que sus clientes aumenten su nivel de tolerancia a la frustración, y por lo tanto, les animan a que realicen tareas en casa basadas en los paradigmas de desensibilización en-vivo e inundación, más que en aquellas basadas en la desensibilización gradual (Ellis, 1979c; Ellis & Abrahams, 1978; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Grieger, 1977). Sin embargo, se tienen que hacer algunas consideraciones prácticas, ya

que hay clientes que no quieren realizar estas tareas. Cuando ocurre esto los terapeutas establecen un compromiso con los clientes para que realicen tareas que sean lo suficientemente exigentes pero no abrumadoras, dado su estado actual (Dryden, 1985a).

Otros métodos conductuales son (1) actividades de quedarse allí (Grieger and Boyd, 1980), esta técnica da la oportunidad de tolerar el descontento crónico por medio del recuerdo de «situaciones incómodas) durante un largo período de tiempo; (2) ejercicios de antiprocrastinación, donde se anima a los clientes a empezar tareas antes, mejor que después, mientras toleran la incomodidad de romper el hábito del «mañana; (3) el uso de recompensas y castigos, que animan a los clientes a hacer cosas molestas para perseguir sus objetivos a largo plazo (Ellis, 1979c) (Los castigos duros son especialmente útiles con personas que siempre se resisten (Ellis, 1985b)]; y (4) la terapia de rol fijo de Kelly, se emplea algunas veces en la RET, consiste en que los clientes actúan «como si ya pensarán racionalmente, lo cual les permite experimentar que el cambio es posible.

Existen otros muchos métodos conductuales tanto para la TRE general como para la preferencial (e.g., varias formas de entrenamiento en habilidades). Estos métodos se utilizan en la TRE preferencial para incitar al cambio filosófico, mientras que en la TRE general son para enseñar a los clientes una serie de habilidades que no están en su repertorio. Cuando el entrenamiento en habilidades es el mismo, el objetivo de la TRE preferencial, se suele emparejar con una Refutación de las Creencias irracionales, para que se produzca un cierto cambio filosófico.

Cuando se practica la TRE eficaz y eficientemente y cuando los clientes entienden y están preparados para hacer suyos los conceptos básicos, entonces la terapia conseguirá buenos resultados. Sin embargo, aparecen varios obstáculos con frecuencia (y quizá con más frecuencia de la que piensan muchos terapeutas) en el progreso del cliente cuando practica la Terapia Racional Emotiva (o cualquier otro tipo de terapia). Existen tres clases de obstáculos:

1) Obstáculos de la «relación»: Los obstáculos de la relación pueden atribuirse a un pobre emparejamiento entre terapeuta-cliente. Esta falta de entendimiento puede darse por muchas razones. De hecho, los clientes pueden tener un terapeuta que, de acuerdo a sus gustos o idiosincrasia, es demasiado joven o viejo, demasiado liberal o conservador, demasiado activo o pasivo) (Ellis, 1983e

citado en Ellis, 1989). Si persisten estos obstáculos es preferible mandar al cliente a otro terapeuta que sea más acorde a su manera de ser. Otros obstáculos en la relación pueden presentarse porque el terapeuta y el cliente pueden encontrarse «demasiado a gustos, lo cual les distrae de tareas más mundanas que hay que realizar en la terapia. En estos casos existe la paradoja de que si el cliente avanza, está amenazada la «vida de tan satisfactoria relación. El resultado suele ser que terapeuta y cliente se cierran e impiden que la terapia sea eficaz y positiva (Ellis, 1989).

2) Obstáculos del terapeuta: Son de dos tipos: obstáculos en las habilidades y obstáculos por una perturbación. Cuando los obstáculos que se presentan en la terapia se atribuyen a una falta de habilidades en el terapeuta, esto puede tomar distintas formas, pero lo más común es que los terapeutas impidan que el cliente progrese por:

1. Inducir a los clientes a la terapia incorrectamente y no corregir expectativas irreales como mi terapeuta resolverá mis problemas por mí.

2. Equivocarse al evaluar los problemas de los clientes y por lo tanto trabajar en «problemas» que no existen.

3. Fallar a la hora de demostrar a los clientes que sus problemas tienen una raíz ideológica y que C está muy (pero no exclusivamente) determinada por B y no por A. Los terapeutas inexpertos no saben ser persistentes con esta estrategia o llevan a cabo una estrategia ineficaz.

4. Fallar a la hora de demostrar a los clientes que las raíces ideológicas de sus problemas suelen expresarse en forma de «debos absolutistas y devotos o en forma de uno de los tres principales derivados de la «necesidades perturbadoras.

5. Creer que los clientes cambiarán automáticamente los pensamientos absolutos una vez que los hayan identificado. Los terapeutas TRE inexpertos no saben Refutar del todo esa manera de pensar, o utilizar métodos inadecuados y/o sin suficiente fuerza. Además, estos terapeutas suelen tallar en lo siguiente: (1) dar a sus clientes tareas para casa, que les ayuden a practicar la Refutación de las Creencias irracionales, (2) revisar estas tareas para ver los progresos, y (3) ayudarles a identificar y superar los obstáculos filosóficos para que continúen trabajando en el cambio.

6. No darse cuenta de que los clientes suelen tener problemas por sus problemas y, por lo tanto, trabajan sólo en el problema primario, cuando el cliente en realidad está preocupado por un problema secundario.

7. A menudo saltan de experiencias perturbadoras del ego a experiencias perturbadoras incómodas, en una misma sesión, con lo cual los clientes se confunden y se distraen de trabajar en cada experiencia.

8. Trabajar en un estadio o a un nivel que no se corresponda a las habilidades que han aprendido los clientes, de tal forma que estos no se implican lo suficiente en el proceso terapéutico debido a la confusión o al aburrimiento.

3.- Obstáculos del cliente: En un estudio sobre las características de los clientes que «fracasaban» en la TRE, se comprobó lo siguiente: (1) Clientes cuyo trabajo en la TRE era bastante pobre, fracasaban al hacer auto-Refutaciones cognitivas consistentes. Se caracterizaban, entre otras cosas, por una perturbación extrema, grandiosidad, falta de organización y un total rechazo a hacer estas tareas cognitivas. (2) Clientes fracasados, que rehúsan aceptar la responsabilidad de sus emociones inapropiadas» y rehúsan cambiar sus Creencias y acciones de forma fuerte y emotiva, suelen ser más dependientes, más severamente deprimidos e inactivos, con más ideas de grandeza y más obstinados y rebeldes que los clientes que obtienen beneficios en la RET. (3) Clientes fracasados) que avanzan muy poco en aspectos conductuales de la TRE muestran: una tolerancia a la frustración abismalmente baja, tienen señas adicciones conductuales, llevan vidas desorganizadas, se abstienen de completar las actividades para casa, con frecuencia son psicóticos y generalmente no quieren trabajar en la terapia» (Ellis, 1983f, p 165). Los clientes que están en un nivel muy alto de perturbación tienen muchos problemas para progresar. Por eso, el propósito de éste capítulo ha sido dar una visión muy amplia de los métodos y técnicas terapéuticas especiales que hay que emplear con cada cliente (ver Ellis. 1985b). De esta forma los terapeutas pueden adoptar cualquier estrategia que sirva para aumentar la efectividad terapéutica con estos clientes difíciles.

Entre otras muchas tácticas, a los terapeutas primero se les aconseja que sean muy estimulantes en sus interacciones terapéuticas con estos clientes, demostrándoles que lo pueden hacer mejor si lo intentan.

Segundo, los terapeutas son muy astutos cuando demuestran a estos clientes difíciles que ellos les aceptan de forma incondicional con todas sus dificultades psicológicas y que, por lo tanto, los clientes se pueden aceptar a sí mismos de la misma manera. Tercero, a los terapeutas suele darles buen resultado el demostrarles que su rechazo a trabajar los problemas les traerá malas consecuencias y un sufrimiento innecesario. Cuarto, se aconseja a los terapeutas que sean flexibles cuando experimenten con técnicas terapéuticas (incluidas las que casi no se usan) para ayudar a sus clientes «difíciles». Antes que nada, los terapeutas racional-emotivos debieran ser buenos representantes de su sistema terapéutico y aceptarse a sí mismos tolerando la incomodidades trabajar con clientes difíciles y no obcecarse en su trabajo terapéutico.

La terapia se termina cuando los clientes han progresado significativamente y manejan con habilidad las técnicas de auto-cambio de la TRE. Los clientes que terminan debieran ser capaces de: (1) reconocer que experimentan emociones negativas inapropiadas y que actúan de forma disfuncional, cuando realmente se comportan así; (2) detectar las Creencias irracionales que acompañan a esas experiencias; (3) discriminar sus Creencias irracionales de las alternativas racionales; (4) enfrentarse a esas Creencias irracionales; y (5) contrarrestadas usando métodos de auto-cambio cognitivos, emotivos y conductuales. Además, suele ser útil, al terminar, convenir con los clientes más sesiones de seguimiento para ver los progresos y tratar cualquier obstáculo que haya quedado sin resolver.

## CAPÍTULO IV: Terapia Racional Emotiva en Episodios de Pánico

María tiene 30 años, soltera, profesionalista, pero hace dos meses que presenta episodios de pánico, estos ocurren cuando viaja en metro, cuando come, caminando, etc; es decir, no sigue ningún patrón, solamente comienza a sentirse mal, empieza a sudar, siente que el pecho le explotará y asegura que morirá en cualquiera de ellos,

Se sabe que lo que dice María lo experimentan muchas personas todos los días y partiendo de que los episodios de pánico afectan considerablemente la vida de quien lo sufre, se considera importante encontrar alternativas que los ayuden a enfrentar de la mejor manera posible, ayudándolos a recuperar poco a poco su calidad de vida que se ve seriamente afectada desde el inicio de estos ataques, y la intervención en crisis es una buena opción para lograrlo.

Como ya se mencionó en el Capítulo I, la intervención en crisis consiste en restablecer el equilibrio y enfrentar de inmediato la crisis, el objetivo primario es brindar auxilio, para que así la persona pueda dar pasos concretos hacia el afrontamiento de ésta, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema, en el caso de los episodios de pánico, lo importante es controlar y restablecer el equilibrio en el que el paciente se encontraba antes de la crisis.

Muchas técnicas han sido utilizadas a lo largo de la historia para este tipo de episodios, Programación Neurolingüística, hipnosis ericksoniana, son algunas de ellas pero después de hacer un análisis se llegó a la conclusión de que la Terapia Racional Emotiva es lo más adecuado para lograr desde la superación del episodio de pánico hasta contrarrestar de manera significativa las ideas irracionales del cliente, pues recordemos que los ataques de pánico son eso principalmente ideas irracionales, y si es combinada con técnicas de relajación aún es más sencillo que la persona salga de su episodio.

Retomemos que la Terapia Racional Emotiva consiste en reemplazar esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales. El primer proceso de cambio directamente al paciente para observar sus propias conductas así como sus ideas irracionales (Reynoso, 2005).

Es decir, si los pensamientos son los principales responsables de las emociones negativas e “inadecuadas”, para hacerlos salir de la crisis se les debe enseñar a pensar de una manera racional, lo cual es muy factible, pero



antes de iniciar con las confrontaciones podría ser de gran utilizar la aplicación de algún ejercicio de relajación.

En el caso de María y sus episodios de Pánico los pasos a seguir para lograr que regrese al estado que se encontraban antes de este (es decir que salga de su crisis) con la teoría Racional Emotiva y la técnica de relajación son los siguientes:

1.-Le pido que se siente de la manera más cómoda posible o si lo prefiere puede acostarse. Cierre los ojos y por favor comience a respirar profundamente inhale y exhale (*es importante calibrar la respiración del cliente y en el momento oportuno espejearlo para así empezar a tranquilizarlo moderando su respiración*), escuche el sonido del exterior ¿puede oírlo?, respire profundamente una vez más y escuche como cada vez estos sonidos son más y más lejanos.

Respire nuevamente y sienta como el aire entra por su nariz y por cada inhalación usted sentirá como va relajando todo su cuerpo, comienza por la punta de los dedos de los pies, pasa por sus pantorrillas siéntalas como se vuelven libres, cálidas, agradables para usted, sus piernas ahora empiezan a sentirse ligeras, relajadas, a gusto, respire nuevamente y las rodillas esta vez se sienten más flexibles y cada vez que respira usted se siente más tranquila, sus muslos se encuentran relajados ya, los músculos de su estomago con cada inhalación se sienten mejor y más libres.

Siga respirando profundamente y ahora el pecho se tranquiliza al compás de su respiración, al igual que el estómago, las piernas y los pies.

Ahora concéntrese en sus hombros y sienta como se van relajando, al igual que el resto de su cuerpo, déjelos que se relajen, y sienta como poco a poco pasa lo mismo con sus brazos, codos y dedos de las manos. Déjelos flexibles, libres, a gusto, sueltos.

La cabeza empieza a sentir también esta tranquilidad, es como si el aire que entra por la nariz directo a sus pulmones recorriera todo su cuerpo hasta llegar a su cuero cabelludo y le diera un suave masaje, haciéndolo sentir muy agradable.

Ahora se siente completamente a gusto, libre y relajado, respire nuevamente y disfrute de esta sensación que recorre todo su cuerpo. Después de unos minutos determinados por el terapeuta se le pide lo siguiente:

Le pido que mueva lentamente los dedos de sus pies, y manos y cuando se sienta lista puede abrir los ojos.

Seguido a esto el terapeuta podrá continuar con la Terapia Racional Emotiva:

2.- Se reconoce el acontecimiento activador de la crisis es decir; los episodios de pánico que ocurren con cierta regularidad

3.- Descubrir los pensamientos y las creencias irracionales que están en la base de los problemas y ver claramente que son ilógicas, no realistas y que causan malestar.

María y en general cualquier persona que sufre los ataques de pánico tienen ideas irracionales tales como:

- "Me voy a desmayar"
- "Me estoy ahogando"
- "Me muero ya mismo"
- "Me estoy infartando"
- "Voy a tener un derrame o trombosis cerebral"
- "Me estoy volviendo loco"
- "Voy a perder el control"
- "Voy a quedar paralizado por el miedo"

4.- Descubrir cuáles son las consecuencias emocionales y conductuales que esta presentando el paciente, recordando que ante un mismo suceso, cada persona reacciona diferente

- Dejar de comer
- No salir
- Deprimirse
- Decepción
- Frustración
- Dejar de estudiar o trabajar por miedo a otro episodio, etc.

5.- Enseguida se debatirán estas creencias y consecuencias emocionales y conductuales, demostrándole al paciente cómo y porqué carecen de sentido y en que lo están perjudicando.

IDEA IRRACIONAL	DEBATE
"Me voy a desmayar"	<p>¿Esta totalmente segura de que se va a desmayar?</p> <p>¿Qué probabilidades reales hay de que usted se desmaye?</p> <p>¿No cree que ya debería haberse desvanecido?</p> <p>¿Por qué cree que esta vez será diferente a la anterior y si se desmayará?</p>
"Me estoy ahogando"	<p>¿La última vez que sufrió un ataque se ahogó?</p>
"Me muero ya mismo"	<p>¿Qué probabilidades hay de que se muera?</p> <p>¿Cómo lo sabe?</p>
"Me estoy infartando"	<p>¿No puede ser producto la ansiedad y desesperación de este momento lo que le impulsa a pensar eso?</p> <p>¿Ya ha tenido infartos antes?</p> <p>¿Como sabe que es real??</p> <p>¿Padece alguna enfermedad cardiaca?</p> <p>¿Entonces no debería estar ahora mismo en un hospital?</p>
"Voy a tener un derrame o trombosis cerebral"	<p>¿Cómo sabe que es una trombosis?</p> <p>¿Y cuando se presenta?</p>
"Me estoy volviendo loco"	<p>¿Usted de verdad cree que se está volviendo loco?</p> <p>¿Por qué lo dice?</p>

	<p>¿Cómo actúa un loco?</p> <p>¿Y usted actúa así?</p> <p>¿Y todo el tiempo usted actúa así?</p> <p>¿En qué ocasiones?</p>
"Voy a perder el control"	<p>¿De qué forma?</p> <p>¿A qué se refiere?</p>
"Voy a quedar paralizado por el miedo"	<p>¿En serio?</p> <p>¿Ya le ha pasado?</p> <p>¿Y ha tratado de relajarse?</p>

6.- Discriminar las creencias irracionales y no constructivas de las racionales y constructivas, mostrando cómo estas últimas conducen a mejores resultados. Cambiar las creencias irracionales por creencias racionales.

IDEA IRRACIONAL	IDEA RACIONAL
"Me voy a desmayar"	<p>Nunca antes me he desmayado en uno de estos episodios así que no tiene porque pasar en este.</p> <p>No existen probabilidades reales que sufra un desmayo.</p>
"Me estoy ahogando"	<p>La sensación de asfixia es sólo producto de la ansiedad que estoy sintiendo en estos momentos.</p>
	<p>Sé que no existen probabilidades reales de que muera en este</p>

<p>"Me muero ya mismo"</p>	<p><b>momento por un ataque de pánico.</b></p>
<p>"Me estoy infartando"</p>	<p><b>Si estuviera sufriendo un infarto ya no estaría consciente.</b></p> <p><b>No tengo antecedentes cardíacos</b></p>
<p>"Voy a tener un derrame o trombosis cerebral"</p>	<p><b>No puedo predecir un derrame o trombosis cerebral, ni siquiera se cuando ni cómo se presenta.</b></p>
<p>"Me estoy volviendo loco"</p>	<p><b>Si realmente me estuviera volviendo loco no lo notaría.</b></p> <p><b>Si me estuviera volviendo loca no me preocuparía por ello.</b></p>
<p>"Voy a perder el control"</p>	<p><b>Es probable que en algunas ocasiones el pánico se apodere de mí, pero solo es por algunos segundos, después puedo controlarlo.</b></p>
<p>"Voy a quedar paralizado por el miedo"</p>	<p><b>Es probable que al sentir tanto miedo sienta que no puedo moverme pero no es así.</b></p>

Se espera que al término de esta sesión el individuo haya disipado las ideas irracionales identificándolas como tales, se le recomendará también que si se siente muy presionado o estresado practique la técnica de relajación con la que se inició la sesión, de tener dudas el terapeuta las aclarará.

Es necesario recordar que esta intervención es de primer orden y su principal objetivo es que el paciente restablezca el equilibrio que estaba presente antes del inicio de los ataques de pánico y por lo tanto solamente funcionará si la persona que está padeciendo estos ataques no está anclada a ningún evento, es decir, que no presente un patrón en los ataques o que tenga una causa definida pues de ser así se necesitará una intervención de segundo orden.

## CONCLUSIÓN

A lo largo del presente trabajo se ha explicado que los episodios de pánico sin duda alguna son una problemática que crece día a día, y que lamentablemente en muchas ocasiones no es tratada como debiera y en muchas otras ni siquiera detectada, haciendo que la persona que los sufre pierda progresivamente la seguridad y confianza en sí mismo logrando aislarla poco a poco del mundo que la rodea por miedo a prácticamente todo.

También se concluye que definitivamente aún no se han encontrado las causas específicas que producen estos ataques, cada autor defiende su perspectiva ya sea psicológica o biológica pero creo que cada una de las expuestas en este trabajo es conjunto de las demás, lo que hace que para los pacientes sea muy angustiante el padecer este trastorno.

La angustia que se sufre durante y después de un episodio de pánico es algo indiscutible, así como el hecho de que esta angustia esta basada en ideas irracionales, por lo que definitivamente la Terapia Racional Emotiva es la forma más adecuada de abordarlo pues no representa solo un alivio inmediato sino que ayuda al paciente a convertir estas ideas irracionales en otras racionales haciéndole ver que estas le serán de mayor utilidad.

Es necesario que nosotros como psicólogos tratemos de encontrar soluciones y técnicas más adecuadas para cada uno de estos casos, con el fin de lograr que nuestros pacientes encuentren y generen alternativas para superarlas y lograr el equilibrio en el que se encontraban antes de estas crisis.

Es de suma importancia enfatizar en la labor que el psicólogo realiza al atender este tipo de episodios, pues de su acción depende que el cliente logre que estos ataques disminuyan, así como el generar alternativas prácticas que pueda realizar cuando sienta que los episodios de pánico están por llegar, lamentablemente al ser una Intervención de primer orden las personas que están junto al que sufre estos ataques no son las indicadas para lograrlo sacar de esta crisis, generalmente la familia o amigos acuden a doctores u hospitales donde no se logran diagnosticar eficazmente y aún cuando lo hagan las soluciones que estos recomiendan son médicas, impidiéndole al paciente encontrar alternativas viables para que estos episodios de pánico no sucedan

más, y esta es la razón por la que se recomienda ampliamente en que los psicólogos sean quienes traten este trastorno.

Si se entiende que a lo largo de la vida los individuos atraviesan diversas crisis por diversos motivos, y que no todos los seres humanos cuentan con las herramientas para afrontarlas, no es difícil entender el porqué los ataques de pánico son más comunes día con día y que la demanda por una solución rápida y eficaz es cada vez más necesaria, para lograr que las personas que padecen este trastorno logren avances en corto tiempo permitiendo así que la experiencia sea lo menos traumática posible y el individuo logre readaptarse a su vida común y corriente y son principalmente por estos motivos que la Intervención en Crisis se utiliza cada día con más frecuencia y en más trastornos tal es el caso de los ataques de pánico.

Se recomienda indudablemente crear una mayor educación acerca de los episodios de pánico, pues debido a la ignorancia acerca de estos los pacientes sufren más tiempo del debido, pues al no encontrar nada físicamente la sociedad y muchas veces hasta la propia familia del paciente creen que los pacientes inventan sus síntomas y que sólo lo hacen por llamar la atención.

Por último quiero agregar que por ser una intervención en crisis se busca el equilibrio del individuo antes de la crisis de pánico, es decir, que en ese momento lo más importante es sacar al paciente de su estado, aunque si se logra modificar en esta primera intervención será mucho mejor.



## BIBLIOGRAFÍA

- Bauer, S. (2001). *Síndrome de pánico una señal que nos despierta*. México. Alom Editores.
- Bograizian D, Soukoyan, G, Liceaga R.(2001). *Combatiendo el miedo al miedo*. Argentina. Lugar Editorial.
- Caballo, B., Buela, G., Carrobles, J. ( 1995) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. España. Siglo veintiuno editores.
- Caplan, G. (1996). *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Paidós.
- Caraveo – Anduaga, et al. (1999) *Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida*. Vol. 22. México. Salud Mental
- Ellis, A, Dryden W, (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. España. Biblioteca de Psicología Desclée de Broker.
- Hollander, E., Simeon, D. (2004) *Guía de trastornos de Ansiedad*. España. Elsevier
- Ingham C. (1998). *Los ataques de pánico*. España. Ontro
- Larousse (1997) *El pequeño Larousse*. México. Larousse
- McGee, R. (1974). *Crisis intervention in the community*. Baltimore, University Park.

- Nardone, G. (2004). *No hay noche que no vea el día. La terapia breve para los ataques de pánico*. España. Herder
- Reynoso, L, Seligson I. (2005). *Psicología clínica de la Salud: un enfoque conductual*. México. Manual Moderno
- Rimm, D, Masters J. (1984). *Teoría de la conducta*. México. Trillas
- Ros, S, Lupresti C. E. (1999) *Pánico – Agorafobia*. España. ARÁN Ediciones
- Slaikeu, K. (c1996). *Intervención en Crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno
- Stein, D., Hollander, E. (2004) *Tratado de los trastornos de Ansiedad*. España. Ars Medica
- Trickett, S. (2002). *Cómo superar los ataques de pánico*. España. Hispano Europea.
- Wilson R. Reid (2001). *¡No al Pánico! Cómo controlar los ataques de angustia*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos