



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“MANUAL DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DE ANSIEDAD, VÍA  
INTERNET”**

**INFORME DE PRACTICAS PROFESIONALES**

Que para obtener el grado de:

Licenciada en Psicología

**PRESENTA**

**Alejandra Frias González**

Directora de informe

Dra. Georgina Cárdenas López

Revisor

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

México, D.F Ciudad Universitaria, Enero 2010



**Facultad  
de Psicología**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



UNAM 024  
2010

M.<sup>-</sup>  
Tps.

## **Agradecimientos**

*A la Universidad Nacional de México, por ser la máxima casa de estudios y haberme permitido formar parte de ella.*

*A la Facultad de Psicología, por la formación que me brindo durante todo este tiempo.*

*Al Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, por brindarme los conocimientos necesarios en mi crecimiento profesional.*

*A la Dra. Georgina Cárdenas, por permitirme ser parte de este proyecto, y contar con su apoyo incondicional de principio a fin.*

*Al Dr. Samuel Jurado, por brindarme su tiempo e interés en la finalización de este trabajo.*

*A la Mtra. Laura Somarriba, porque además de ser mi profesora, supervisora y sinodal, me ha brindado su cariño y apoyo incondicional durante todo este tiempo, sin ella mi formación no sería la misma.*

*Al Lic. Jorge Álvarez y Rocío Maldonado, por brindarme su atención, tiempo e interés en la revisión de este proyecto.*

### **A mi Familia**

*A mi mamá y papá, porque este logro es suyo, su cariño, comprensión y apoyo me han convertido en lo que soy ahora, los quiero y siempre les estaré agradecida por todo lo que me han dado.*

*A mi hermana Angélica, porque eres mi amiga que siempre me ayuda a estar mejor en cualquier situación, por motivarme a lograr mis metas y apoyarme totalmente.*

*A mis tíos Martha, Jorge y a mi prima Liz, porque gracias a su apoyo y cariño, pude concluir exitosamente esta etapa de mi vida, siempre les estaré agradecida por haberme integrado a su familia.*

### **A mis amigos**

*A Lorena Flores Plata, por que siempre me ayudaste y motivaste a salir adelante en mi carrera, gracias por enseñarme a crecer y madurar.*

*A mi amiga Pilar, por ser mi cómplice, mi amiga, y mi psicóloga de cabecera en la que siempre puedo confiar y con la que he pasado momentos de alegría y diversión que siempre estarán guardados en mi corazón.*

*A mi amiga Raquel, por su apoyo incondicional a lo largo de la carrera, por haber vivido juntas experiencias inigualables y porque a pesar de la distancia estaremos la una para la otra.*

*A mis amigos Fares, Nayelly, Ximena por haberlos conocido y compartir conmigo 5 años de experiencias gratas, por haber crecido juntos, y vivir momentos que solo con ustedes pudieron ser posibles.*

*A mi amigos Joanna, Erika y Lomeli, por tantos años de amistad y apoyo incondicional, porque se que están ahora y lo estarán por siempre.*

# INDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. ANTECEDENTES</b>	<b>4</b>
2.1 Psicoterapia vía Internet	5
2.1.1 Definición de Psicoterapia vía Internet (PVI)	5
2.1.2 Beneficios de la Psicoterapia vía Internet	6
2.1.3 Limitaciones de la Psicoterapia vía Internet	9
2.1.4 Tipos de comunicación	11
2.1.4.1 Comunicación Sincrónica	11
2.1.4.2 Comunicación Asincrónica	11
2.1.5 Medios de comunicación	11
2.1.5.1 E-mail	11
2.1.5.2 Chat	12
2.1.5.3 Conferencia (audio chat)	12
2.1.5.4 Video conferencia	12
2.1.6 El papel de la ética en Psicoterapia vía internet	13
2.1.7 Pacientes que pueden tener acceso a Psicoterapia Vía Internet	18
2.1.8 Sugerencias Prácticas para el uso de Psicoterapia Vía Internet	22
2.1.8.1 Comunicación	22
2.1.8.2 Consultas	22
2.1.8.3 Evaluación	23
2.1.8.4 Objetivos terapéuticos	23
2.1.8.5 Intervención	23
2.1.8.6 Seguimiento y apoyo	23
2.1.9 Eficacia de los tratamientos vía Internet en los trastornos depresivos	24

2.1.10 Eficacia de los tratamientos vía Internet en los trastornos de ansiedad	28
2.1.10.1 Sistemas de Palmtop de Computación	29
2.1.10.2 Realidad Virtual	30
2.1.10.3 PC Software adicionales al tratamiento	31
2.2 Crisis de ansiedad	32
2.2.1 Definición	32
2.2.2 Etiología	33
2.2.2.1 Modelo Biológico	33
2.2.2.2 Modelo Cognitivo -.Conductual	36
2.2.3 Circulo vicioso el pánico	37
2.2.4 La importancia de la hiperventilación	38
2.2.5 La importancia de las cogniciones	39
2.2.5.1 Modelo de la espiral cognitiva del pánico	41
2.2.6 Tecnicas cognitivo conductuales a trabajar para disminuir las crisis de ansiedad	42
2.2.6.1 Psicoeducación	42
2.2.6.2 Entrenamiento en relajación	43
2.2.6.2.1 Respiración diafragmatica	44
2.2.6.2.2 Relajación progresiva muscular	44
2.2.6.3 Reestructuración cognitiva	44
2.2.6.4 Entrenamiento en técnicas de distracción	45
2.2.7 Intervención en crisis	46
2.2.7.1 Primeros auxilios psicológicos	46
2.2.7.1.1 Intervención en crisis, vía telefónica	47
2.2.7.2 Intervención en crisis a través de E- mail	51
2.2.7.3 Intervención de segunda instancia	54
2.3 Experiencias Similares	55
<b>III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>55</b>
3.1 Finalidades	58

3.2 Población destinataria	58
3.3 Espacio de trabajo	59
3.4 Fases y actividades por las que discurrió el proyecto	59
3.5 Materiales, Instrumentos y recursos	63
3.6 Mecanismos de evaluación	63
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>65</b>
4.1 Resultados de la Intervención terapéutica en línea	65
4.1.1 Pacientes dados de Alta	66
4.2 Resultados del entrenamiento a estudiantes del Manual "Intervención en crisis de ansiedad, vía Internet"	76
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>84</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>87</b>
<b>VII. ANEXOS.</b>	<b>91</b>
Anexo 1. Manual de Intervención en crisis de ansiedad, vía Internet	
Anexo 2. Evaluación de conocimientos	

## I. INTRODUCCIÓN

Es importante señalar que hoy en día, en la población en general es trascendente el estudio de los distintos trastornos de ansiedad, ya que ha aumentado su prevalencia en los últimos años; simplemente en el año de 1999 de acuerdo a Caraveo, Colmenares y Saldívar, quienes realizaron el estudio "Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida", encontraron que la prevalencia de estos trastornos era el cuarto más frecuente de acuerdo los 23 trastornos mentales de la CIE-10 "Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y otros problemas de salud", siendo la ansiedad generalizada el que se encontraba por encima de los otros trastornos de ansiedad presentándose en el 3.4% de la población; mientras que tan solo cuatro años más tarde, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología (Medina, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar, 2003), estos trastornos eran los más frecuentes en la población mexicana con 14.3% en la prevalencia de los mismos trastornos mentales, aumentando así el 10.9% de su prevalencia.

Considerando estas cifras, y que las crisis de ansiedad se pueden presentar en cualquier trastorno de ansiedad, resulta de vital importancia en el ámbito educativo y de salud mental, contar con competencias clínicas que le permitan a los Profesionales de la Salud Mental realizar intervenciones psicoterapéuticas de calidad en el campo de dichos trastornos.

Dentro de la Facultad de Psicología, UNAM, en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología se lleva a cabo la implementación de una nueva modalidad de terapia, llamada *Psicoterapia vía Internet: Una alternativa para la formación de habilidades clínicas y de terapia a distancia*, la cual es definida por Suler (2000), como un ambiente psicoterapéutico mediado por una comunicación a través de la computadora, diseñado, facilitado o prescrito por un profesional de la salud mental.

En dicha modalidad de terapia, los estudiantes de los últimos semestres de la Licenciatura de Psicología, inscritos en dicho proyecto para realizar Servicio Social y Practicas Profesionales, son capacitados para atender a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión en puntuaciones leve y moderado, propiciando así en el aspecto educativo la formación de los estudiantes universitarios y brindando servicios psicoterapéuticos de calidad bajo supervisión constante.

Dicho lo anterior, el presente trabajo tiene cuatro finalidades:

1. Describir la participación asumida dentro del Programa de Practicas Profesionales "*Psicoterapia vía Internet: Una alternativa para la formación de habilidades clínicas y de terapia a distancia*", como escenario profesional, social y de practicas que ofrece servicio psicológico en línea.
2. Consiste en describir el programa de tratamiento de Intervención en línea en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión leve y moderado, de donde surge la primera pregunta de investigación, ¿Disminuiran los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes atendidos, después del tratamiento psicológico?
3. Considerando la demanda de pacientes que requieren servicios de Intervención en crisis, surge la necesidad de elaborar un Manual de Intervención en crisis de ansiedad para terapeutas, (*Anexo 1*) en el cual se incluyen cuatro apartados, el primero consiste en los conocimientos básicos de las crisis de ansiedad, el segundo en la intervención de primeros auxilios, el tercero intervención de segunda instancia, y por último se incluye un CD que cuenta con las estrategias específicas que se pueden aplicar en el momento de presentar una crisis de ansiedad.
4. Observar los resultados obtenidos del entrenamiento con el Manual, a 4 estudiantes del octavo semestre de la Licenciatura de Psicología, los cuales se encuentran inscritos en el Programa de Psicoterapia vía Internet, siendo la segunda generación de este proyecto, con el objetivo de adquirir conocimientos y desarrollar habilidades clínicas en intervenciones de crisis de ansiedad, vía Internet, de lo cual surge la segunda pregunta de investigación; ¿Después del entrenamiento con el

Manual de Intervención en Crisis, los estudiantes aumentarán su grado de conocimiento en dicho tema?.

Cabe mencionar que la importancia de realizar este trabajo, también es dar a conocer que la Psicoterapia vía Internet resulta una modalidad interesante y efectiva en la atención a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión y su uso por parte de los terapeutas interesados en este tema y esta modalidad, puede resultar de mucha ayuda en su crecimiento profesional y bienestar emocional por parte de sus pacientes.

## II. ANTECEDENTES

### 2.1 Psicoterapia vía Internet

Desde hace varias décadas, la palabra Internet hace referencia al sistema de intercomunicación de redes, el cual se expande con rapidez, enlazando a millones de personas en nuevos espacios que están cambiando la forma de nuestras relaciones con otros y a nosotros mismos.

El avance en los últimos años de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC's) cambió el mundo conocido por todos, generando un gran impacto dentro de los ámbitos político, científico, laboral, académico, social y los profesionales de la salud mental no se encuentran ajenos a estos desarrollos tecnológicos, ya que su rápido avance de acuerdo a Giles (2001) esta revolucionando las formas en que la gente se relaciona, comunica y vive sus vidas diarias.

Vaimberg, (2007) menciona que las TIC's tienen diversas aplicaciones que se pueden realizar en salud mental y son las siguientes:

1. En la prevención primaria: Utilizadas para la promoción y prevención de la salud.
2. En la prevención secundaria y terciaria: Como medio para la intervención en problemas de la salud.
3. Como medio para mejorar los sistemas públicos y de gestión de la Salud mental.
4. Como medios para la formación de agentes de Salud Mental.

Así es como con el avance de las TIC's surge una nueva modalidad de atención del cuidado de la salud llamada Telesalud, la cual hace referencia a todas las formas electrónicas del cuidado de la salud a través de Internet, con distintos propósitos, ya sean informativos, educacionales o comerciales ofrecidas por profesionales y no profesionales que incluyen una amplia variedad de actividades clínicas, así es como esta modalidad ha crecido rápidamente, simplemente en el año de 1998 más de sesenta millones de personas buscaron información para el

cuidado de la salud, y tan solo tres años mas tarde, 2001, existían más de quince mil sitios Web relacionados con salud. Maheu, (2000 c.p. Giles, 2001)

Como resultado de utilizar la tecnología para beneficiar a las personas con servicios de salud, es que se derivan ramas como la consejería vía internet y otras modalidades para brindar servicios terapéuticos vía Internet (Oravec, 2000). A continuación se hace referencia específicamente a Psicoterapia Vía Internet, una nueva modalidad de terapia.

### 2.1.1 Definición de Psicoterapia vía Internet (PVI)

Diversos autores son los que han conceptualizado la Psicoterapia vía Internet, dándole un nuevo significado partiendo del concepto de psicoterapia presencial o cara a cara.

De acuerdo con Calvo, Díaz, Ramal, Martínez y Valera (2008, p. 1 ) "La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional o un equipo de salud mental especializado y una persona, pareja, familia, o grupo, que precisan ayuda a causa de sus perturbaciones psicológicas, se dá de acuerdo con una metodología y se basa en unos determinados fundamentos teóricos, tiene como objetivos: aliviar el sufrimiento humano; ampliar el conocimiento de uno mismo y de la relación con el otro; producir transformaciones intrasubjetivas e intersubjetivas"

Suler (2000) refiere a la Psicoterapia en Línea como ciberterapia conceptualizándola como un medio ambiente psicoterapéutico mediado por comunicación y a través de la computadora, diseñado, facilitado o prescrito por un profesional de la salud mental.

De acuerdo con el Comité Nacional de Certificación de Consejeros, (De la Rosa, 2007) la Psicoterapia en Línea es la aplicación de la salud mental, psicológica y de los principios del desarrollo humano, a través de lo cognitivo, afectivo, lo conductual o estrategias sistemáticas de intervención que se dirigen al bienestar y al crecimiento personal.

Calvo y cols. (2008, p. 2) mencionan las dos siguientes definiciones:

“La terapia de red, es un tipo de interacción profesional terapéutica que hace uso de Internet para conectar a los profesionales cualificados de la salud mental con sus clientes”.

La Psicociberterapia es la aplicación de los principios y métodos, científicamente validados de evaluación psicológica y de psicoterapia, adaptados para su utilización a través de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) y bajo la supervisión de especialista, la psicociberterapia es por tanto, una atención especializada que se realiza a través de las TIC (Internet, telefonía móvil, PDA) caracterizándose por:

- El contacto sin límite espacial. El terapeuta y el paciente establecen una relación independientemente de su ubicación física y la distancia existente entre ambos.
- El contacto sin límite temporal. El terapeuta puede estar siempre disponible en forma sincrónica (tiempo real) o asincrónica.

#### 2.1.2. Beneficios de la Psicoterapia vía Internet

Respecto a los beneficios de esta modalidad, Bermejo (1999) menciona las siguientes ventajas:

- El aumento de la frecuencia del contacto terapéutico no es preciso que se limite a unas citas predeterminadas, ya que se puede establecer una comunicación frecuentemente con facilidad, o empleando simplemente el correo electrónico como instrumento de contacto entre citas presenciales mas demoradas.
- Consultas sencillas, aclaraciones, asesoramiento y consejo psicológico a través del correo electrónico o Chat. El terapeuta puede aconsejar al paciente acerca de la información que puede obtener de acuerdo al padecimiento presentado, surgiendo así la biblioterapia.

- El empleo de la computadora facilita la posibilidad de archivar íntegramente toda comunicación mantenida durante las sesiones de tratamiento.

Giles (2001) menciona que son diversos los autores que se han ocupado de analizar la psicoterapia en línea, con lo cual concluye las siguientes ventajas:

- Mayor comodidad para los pacientes, ya que se pueden conectar desde donde lo deseen, como su hogar, oficina etc., sin tener que recurrir a un consultorio particular ahorrando así tiempo en viajes y movilidad.
- Privacidad, dado que la modalidad supera la relación cara a cara con el terapeuta permitiendo a muchos pacientes una mayor libertad de expresión de sus sentimientos, problemas y conflictos desde el anonimato. (Barrientos, 2003).
- Flexibilidad, debido a que el paciente puede contactarse por medio del correo con su terapeuta, puede escribirle en el momento en que lo requiera, mostrando así sus sentimientos, sin tener que esperar determinado tiempo para hacerlo.

Por su parte, Barrientos en el año 2003 agrega las siguientes ventajas:

- *Entrevista Inicial.* Esta puede facilitar algunos casos en donde se necesite asistencia psiquiátrica /psicoterapéutica y que no acudirían a los servicios de salud mental de otra manera.
- Tratamientos de problemas no clínicos. La Internet puede ser un medio apropiado para personas que solo requieren apoyo psicoterapéutico.
- Grupos de soporte. Puede ser la vía para formar grupos de apoyo para personas con patologías poco frecuentes.
- Terminación del Tratamiento. La sustitución paulatina de las sesiones clínicas presenciales, por sesiones a través de Internet, disminuyen la "violencia" que puede suponer un fin de la relación terapéutica cara a cara. Esto puede hacer más llevadero el duelo que conlleva romper el vínculo con el terapeuta,

favoreciendo así la confianza que el paciente tiene sobre sus propios recursos.

Otros autores como Vaimberg (2007) menciona lo siguiente:

- Posibilita contactar y tratar a personas alejadas físicamente por cuestiones geográficas, impedimento físico etc., y permite al terapeuta continuar el contacto con su paciente a pesar de esto.
- El efecto de la pantalla de la computadora posibilita que personas con dificultades en la comunicación cara a cara (trastornos fóbicos, obsesivos, tendencias esquizoides) puedan superar las primeras dificultades, o bien el mantenimiento de la comunicación, hasta conseguir que se viva presencialmente con el especialista.
- En prevención, puede ser un medio idóneo para detectar y orientar situaciones de riesgo como el maltrato, el abuso a menores, o el intento de suicidio
- Posibilita la reducción de costos permitiendo la extensión de la psicoterapia a un sector de la población de menores recursos.
- La conexión a Internet produce efectos de desinhibición, lo cual resulta beneficioso debido a la facilitación que se produce en la expresión de ideas, sentimientos y en la posibilidad de conocer e investigar más acerca de uno mismo.
- Puede ser un buen medio para ofrecer esclarecimiento o apoyo psicológico, como tarea o como inicio de un contacto que posibilite una psicoterapia posterior.
- Con la utilización del texto escrito y digitalizado, se posibilita un registro automático continuo y fiable de las sesiones y un almacenamiento que facilita el trabajo prolongado con el material de la sesión.

### 2.1.3. Limitaciones de la Psicoterapia vía Internet

Así como diversos autores refieren los beneficios de esta modalidad de terapia, también los autores anteriormente citados y otros, mencionan las limitaciones las cuales se describen a continuación.

Bermejo (1999) explica las siguientes desventajas:

- Ausencia de comunicación no verbal. En lo que refiere a las habilidades sociales, la comunicación corporal resulta importante en el momento de establecer un diagnóstico o durante el establecimiento de nuevas habilidades para las personas con ausencia de estas.
- Dificultad en el establecimiento de una buena relación terapéutica. La congruencia, empatía y aceptación incondicional resultaría difícil de establecerse durante la terapia en línea.
- Ausencia de la espontaneidad.
- El problema de la asincronía mediada por el intercambio de mensajes de correo electrónico, ya que los pacientes prefieren una respuesta inmediata y no aceptan demoras excesivas en el correo.
- Alargamiento de la terapia. Si no se emplea el audio durante las sesiones, la terapia puede extenderse en un tiempo excesivo, ya que el volumen de información mediante la comunicación escrita resulta inferior y más lento en su transmisión, que utilizando el audio.
- Un inconveniente de mayor peso es la dificultad de la implementación del tratamiento, ¿Cómo motivar a nuestros pacientes?, ¿Cómo realizar el seguimiento de las tareas que se llevan a cabo?, ¿Cómo aplicar la relajación, desensibilización sistemática, o reestructuración cognitiva?
- Si la terapia se realiza por medio de texto, los sentidos sensoriales como la vista, el olfato, oído tacto, etc. no se hacen presentes como en la terapia presencial.

Giles (2001) destaca además lo siguiente:

- Los pacientes corren el riesgo de encontrar charlatanes que refieran dar psicoterapia en línea, haciendo esto solo por negocio, perjudicando así a los usuarios, o bien brindándoles información sin calidad.
- Falta de entrenamiento de los profesionales que solo están capacitados para ofrecer sus servicios de forma presencial.
- Al existir una limitada franja de tonos emocionales se corre el riesgo de no diagnosticar bien al paciente no detectando por ejemplo, el potencial suicida de una persona.
- Falta de seguridad, ya que no todos los sitios proveen medidas de seguridad acerca de la confidencialidad de los datos de los pacientes, además de la posibilidad del acceso de hackers.

Por su parte Barrientos (2003) menciona lo siguiente:

- Si desde el inicio de las sesiones, el terapeuta no cuenta con sus datos, puede resultar más difícil el manejo de conflictos, ya que por ejemplo, existe la posibilidad de que el paciente se encuentre haciéndose daño y el terapeuta no sepa en donde localizarlo.

Vaimberg (2007) respecto a la intervención en línea menciona lo siguiente:

- Existe la posibilidad de la falsificación de la identidad del terapeuta y de los pacientes.
- La falta de formación específica para desarrollar métodos psicoterapéuticos en línea.
- Ausencia de una legislación acerca de los límites y alcances de las intervenciones que puedan realizarse en el ámbito internacional.
- Los efectos de desinhibición que produce el Internet puede llevar a expresiones violentas o perversas de las personas.
- La dificultad de garantizar la confidencialidad, así como la estabilidad de los sistemas informáticos utilizados.

- Pérdida de la comunicación corporal, la cual es importante para facilitar el diagnóstico clínico y dar seguimiento de la evolución del paciente.

Cabe señalar que los riesgos anteriormente descritos pueden ser controlados adecuadamente con la utilización complementaria de recursos presenciales y mediados tecnológicamente.

#### 2.1.4. Tipos de comunicación

De acuerdo con Cárdenas, Serrano, Patoni y Flores (2005) existen dos modalidades de comunicación en Psicoterapia vía Internet:

##### 2.1.4.1 Comunicación Sincrónica

Es la comunicación que se da entre el paciente y el terapeuta, quienes están sentados al mismo tiempo en su computadora (tiempo real), actuando recíprocamente entre sí, algunos medios de este tipo de comunicación son chat de texto, teléfono por internet, videoconferencia, o mensajes de texto a través del celular.

##### 2.1.4.2 Comunicación Asincrónica

Es la comunicación que se da cuando ni el paciente, ni el terapeuta están sentados al mismo tiempo en sus computadoras, existiendo una diferencia de horario en la interacción que ocurre, como es el caso de e-mail.

#### 2.1.5. Medios de comunicación

##### 2.1.5.1 E- mail

Murphy y Mitchell (1999, c.p Giles, 2001) mencionan que los servicios psicoterapéuticos basados en este modo de comunicación ha sido ampliamente estudiada; principalmente se destaca que el proceso de escribir puede ayudar a los

pacientes a externar sus problemas, ya que los puede ver en la pantalla de la computadora e imprimirlos, lo que ayuda a promover un cambio terapéutico, además sirve para que el paciente sea capaz de notar las contradicciones que sostiene, sin la necesidad de que el terapeuta tenga que marcárselas.

Por su parte Laszlo, Esteman y Zabko (1999, c.p Giles, 2001) realizaron una amplia investigación acerca del uso del e-mail rescatando que este tipo de comunicación promueve la desinhibición inconsciente de las defensas del individuo, lo cual acelera el proceso terapéutico, además los pacientes pueden encontrar confortable describir sus conductas socialmente no aceptadas a través de una computadora, sin sentirse juzgados.

#### 2.1.5.2 Chat

Se refiere al medio de comunicación escrita en tiempo real, el cual no a todos los pacientes podría hacerlos sentir cómodos, ya que puede ser generador de ansiedad ante la posibilidad de cometer errores en la escritura, o temor de tardar demasiado tiempo al escribir y no poder expresarse con claridad durante las sesiones. (Giles, 2001).

#### 2.1.5.3 Conferencia (audio chat)

Este medio de comunicación a través de la conversación oral resulta muy agil para las sesiones a través de Internet, sin embargo en México no se cuenta con una infraestructura eficiente para tener una excelente calidad, sin embargo, es posible lograrla de forma aceptable. (Cárdenas y cols. 2005)

#### 2.1.5.4 Video Conferencia

A pesar de que la video conferencia no provee el mismo nivel de intimidad experimentada en una terapia presencial, este medio de comunicación responde a las distintas entonaciones de voz y expresiones faciales importantes en un proceso terapéutico. Cardenas y cols (2005)

## 2.1.6. El papel de la ética en Psicoterapia vía Internet

Diversos autores son los que han estudiado la ética dentro de esta nueva modalidad de terapia, iniciando por cuestionarse si es ético realizar este tipo de terapia, hasta realizar propuestas de los principios éticos.

Barrientos (2003) menciona que son muchas las Instituciones que han abordado las cuestiones éticas y legales del uso de Internet para la aplicación de la psicoterapia, algunas de ellas han asentado códigos o estándares para su práctica profesional, de estos códigos se destacan las siguientes cuestiones:

- La necesidad de reglamentaciones y leyes que regulen esta práctica.
- La privacidad y confidencialidad de los datos del paciente.
- La información que debe estar disponible con respecto al costo, la duración y modalidad de las sesiones.
- El cuidado del acceso a este servicio por menores.
- Las acciones que deben realizarse para proteger al paciente en situaciones de crisis.
- La advertencia de problemas técnicos que puedan surgir, así como también la mención de aquellos trastorno que son convenientes trabajar por este medio, Giles (2000 c.p. Barrientos 2003)

La Sociedad Internacional para la Salud Mental en Línea, en el año 2000 propone diversos principios éticos en la versión 3.11 siendo ésta aprobada, a continuación se describen puntualmente:

### 1. El consentimiento informado

El paciente debe ser informado acerca del proceso, el terapeuta, los riesgos y beneficios potenciales de esta modalidad de terapia y las alternativas de dicho servicio.

## A. Proceso

1. Posibles malentendidos. El paciente debe conocer y ser consciente de que mediante la comunicación escrita debido a la falta de señales no verbales, o incluso mediante videoconferencia (ya que el ancho de la banda es siempre limitado), pueden surgir malentendidos.

2. Proceso de tramitación. Cuando se utiliza la comunicación en forma asincrónica, el paciente debe estar informado de cual es el tiempo en que va a recibir una respuesta una vez enviado el correo electrónico.

3. Privacidad del terapeuta. El terapeuta tiene derecho a su vida privada, y por tanto puede restringir el uso de copias o grabaciones de la comunicación con su paciente.

## B. Terapeuta

Cuando el paciente y el terapeuta no se reúnen en persona, el paciente puede evaluar y decidir si continua o no el proceso terapéutico.

1. Nombre: El paciente debe estar enterado del nombre del terapeuta, el uso de seudónimos es común en línea, sin embargo esto no sustituye el conocimiento de la identidad del terapeuta.

2. Cualificaciones. El paciente debe ser informado de los estudios del terapeuta, como lo son los grados, licencia y certificación. Así mismo el paciente puede pedir información complementaria, como el lugar de formación o la experiencia poseída.

3. Para confirmar lo anterior. El terapeuta debe proporcionar los números telefónicos o medios electrónicos de las Instituciones pertinentes, en donde el paciente pueda corroborar la información.

### C. Posibles beneficios

El paciente debe ser informado de todos los beneficios potenciales de recibir psicoterapia a través de Internet, por ejemplo, la posibilidad de enviar y recibir mensajes a cualquier hora del día o de la noche, nunca tener que dejar mensajes con intermediarios, la posibilidad de utilizar correos de voz, ser capaz siempre de reflexionar los mensajes escritos, tener un registro de la comunicación establecida por ambos a lo largo de las sesiones, y la sensación de sentirse más desinhibidos que en persona, entre otros.

### D. Los riesgos potenciales

El paciente debe estar informado de los riesgos potenciales de recibir Psicoterapia a través de Internet, como por ejemplo, que los correos no se reciban debido a que sean enviados a una dirección incorrecta (lo que podría impedir la confidencialidad).

La confidencialidad puede ser violada por los piratas electrónicos o proveedores de servicios de Internet o bien, por otras personas con acceso a la cuenta de correo electrónica o a la computadora. Por tanto se aconseja ser muy cuidadosos con el uso del correo electrónico, también en caso de compartir la computadora con los miembros de la familia, estudiantes, o compañeros de trabajo.

### E. Medidas de seguridad

El paciente deberá estar informado de las medidas de seguridad utilizadas por el terapeuta y de las que puede tomar el paciente en caso de riesgos potenciales, por ejemplo, pedir confirmación de un mail enviado y establecer una contraseña para entrar a la computadora o, más seguro, pero más difícil de hacer, encriptar la información.

### F. Alternativas.

El paciente debe ser informado de las alternativas para recibir los servicios de salud mental en Internet, por ejemplo, las opciones pueden incluir recibir los

servicios de salud mental en persona, hablando con un amigo o miembro de la familia, realizar algún ejercicio de meditación o no hacer nada en absoluto.

#### G. Consentimiento

Algunos pacientes no están en condiciones de dar su consentimiento para recibir los servicios de salud mental. En estos casos el consentimiento deberá obtenerse de los padres, o tutores, etc., siendo verificada la identidad de estos.

### 2. Procedimiento normalizado de trabajo

En general el terapeuta debe seguir los mismos procedimientos al prestar los servicios de salud mental en línea como si se realizará de forma presencial.

#### A. Los límites de competencia

El terapeuta debe permanecer dentro de los límites de competencia, y no tratar de abordar un problema que no abordaría de forma presencial.

#### B. Requisitos para la práctica

El terapeuta deberá cumplir cualquier requisito necesario, por ejemplo la licencia, para proporcionar servicios de salud mental desde el lugar donde se encuentre, de hecho en algunas zonas es necesario que el terapeuta conozca los requisitos necesarios de la localidad del paciente para proporcionar los servicios de salud mental.

#### C. Estructura de los servicios en Línea

El terapeuta y el paciente deben ponerse de acuerdo sobre la frecuencia y la forma de comunicación, así como el costo estimado por el terapeuta y la forma de pago, entre otros.

#### D. Evaluación

El terapeuta debe evaluar al paciente antes de proporcionar cualquier servicio de salud mental en Internet para conocer si es una persona apta para recibir este tipo de terapia.

#### E. La confidencialidad del paciente

La confidencialidad del paciente debe ser protegida. La información del paciente puede darse a conocer siempre y cuando se tenga un permiso, el paciente deberá ser informado de cualquier excepción a esta regla en general.

#### F. Documentos

El terapeuta debe mantener registros de los servicios de salud mental en línea, si estos son copias o grabaciones de la comunicación con el paciente, éste debe ser informado.

#### G. Las directrices establecidas

El terapeuta debe seguir el curso de las leyes como el código ético del psicólogo, y otras directrices establecidas (como los utilizados en algunas organizaciones profesionales).

### 3. Emergencias

#### A. Procedimientos

Los procedimientos a seguir en situaciones de emergencia deben ser discutidos. Estos procedimientos deben abordar la posibilidad que el terapeuta no podría recibir de inmediato una comunicación en línea, lo que podría implicar una persona de apoyo.

## B. Persona de apoyo

Otro tema específico en Internet para los servicios de salud mental, es que el terapeuta puede estar a una gran distancia del paciente, lo cual puede limitar la capacidad del terapeuta a responder a una emergencia; el terapeuta debe por tanto en estos casos obtener el nombre y número telefónico de un proveedor de servicios de salud (de preferencia alguno que el paciente ya conozca) y contactarlo de ser necesario.

### 2.1.7. Pacientes que pueden tener acceso a Psicoterapia vía Internet

La Sociedad Internacional para la Salud Mental en Línea (ISMHO, 2000) describe algunas cuestiones básicas para determinar que pacientes pueden tener acceso a la Psicoterapia vía Internet, a continuación se describen las siguientes:

1. ¿EL paciente se siente cómodo con los distintos tipos de comunicación utilizados en PVI?

Para llevar a cabo la evaluación inicial del paciente se puede recurrir a distintos tipos de comunicación: Presencial, videoconferencia, teléfono, correo electrónico y mensajería instantánea o chat, algunos pacientes para esta primera evaluación refieren sentirse más cómodos trabajando de forma presencial, pero para la continuación del proceso terapéutico el paciente debe gustarle alguno de los otros tipos de comunicación, pudiendo encontrar como ventajas el expresarse más abiertamente, mantener el anonimato, y en general conocer cuáles son las habilidades y actitudes que posee en relación a los medios de comunicación.

Por su parte el terapeuta debe considerar la posibilidad de que el paciente pueda beneficiarse de esta modalidad de terapia, ya que siempre es un factor a considerar.

2. ¿El paciente tiene conocimientos adecuados de la computadora y la tecnología de Internet?

Es necesario que el paciente tenga conocimientos y practica en la computadora y el Internet, sobre todo si se tiene que realizar la instalación de algún software y/o hardware.

Es importante evaluar si el paciente es capaz de comunicarse de una manera natural, permitiéndole expresarse libremente. Parte del proceso de evaluación puede implicar que el terapeuta junto con el paciente prueben la vía de comunicación entre ellos, aun si haber establecido el compromiso con la terapia, esto con el fin de que ambas partes se encuentren seguras de que la terapia vía Internet es la adecuada para el beneficio de ambos.

Algunas preguntas a considerar son:

- ¿El paciente tiene acceso a Internet?
  - ¿El paciente demuestra un conocimiento adecuado sobre el sistema de computación y la tecnología en Internet?
  - ¿El paciente se encuentra motivado y apto para experimentar nuevas técnicas y entornos de comunicación?
  - ¿El sistema computacional del paciente es compatible con la del terapeuta?
  - ¿Desde donde el paciente se va a conectar para las sesiones (casa, trabajo), tiene intimidad?
3. ¿Cuál es el conocimiento que el paciente tiene acerca de la comunicación y las relaciones en línea?

La capacidad de beneficiarse de la psicoterapia vía Internet esta determinada por la familiaridad que el paciente tiene con los aspectos psicológicos en línea.

- ¿Qué experiencia tiene la persona con la comunicación en línea?
  - ¿El paciente tiene relaciones a través de Internet o pertenece a algún grupo en línea?
  - ¿Qué otras actividades realiza el paciente a través de Internet y cual es su actitud ante el uso de este medio?
4. ¿Qué tan bien lee y escribe el paciente en una comunicación de correo electrónico o chat?

Si el terapeuta y el paciente van a trabajar a través del texto, la evaluación de la experiencia de la lectura y la escritura son importantes, hay que considerar la fluidez y las habilidades.

- ¿Al paciente le gusta leer y escribir?
  - ¿Qué tipo de experiencia ha tenido el paciente con la lectura y escritura?
  - ¿Qué significa la lectura y escritura para el paciente?
  - ¿Existe alguna dificultad física o cognitiva que limitan la capacidad de leer y escribir?
  - ¿Podría existir algún beneficio terapéutico si el paciente no prefiere ninguno de los tipos de comunicación empleados en Psicoterapia vía Internet?
5. ¿Si el paciente ha recibido anteriormente tratamientos de salud mental de forma presencial, sus expectativas y experiencias podrían afectar el proceso terapéutico vía Internet?

Si el paciente ha recibido algún tratamiento psicológico creando así algunas impresiones y expectativas de lo que es la terapia, hay que evaluar como éstas

pueden influir en la actitud hacia esta nueva modalidad de terapia, tomando en cuenta el tiempo, duración, objetivos y resultados de la terapia.

6. ¿El tipo de trastorno del paciente puede afectar el diagnóstico y tratamiento vía Internet?

Las personas que requieren de hospitalización total o parcial con una estrecha observación y supervisión no son aptas para recibir este tipo de tratamiento, como regla en general no se atienden a personas que presentan patologías graves y conductas de riesgo (suicidas). Las personas con trastornos de la personalidad borderline a menudo desafían las fronteras de la terapia, lo que puede ser especialmente problemático en la comunicación por correo electrónico.

7. ¿Cómo pueden afectar los factores físicos y médicos en la terapia vía Internet?

Es necesario conocer si el paciente presenta algún problema de tipo físico como de visión, auditivos, de lenguaje, o bien, si toma algún medicamento que causa algún tipo de desmotivación e incapacidad para la terapia, es primordial evaluar la condición del paciente para conocer si la Psicoterapia vía Internet es lo más benéfico para él.

8. ¿El entorno cultural del paciente puede afectar la terapia?

Es muy probable que el terapeuta reciba solicitudes de pacientes de otros países y culturas, para lo cual debe determinar si la comunicación se verá afectada por diferencias de idioma y si se encuentra familiarizado con su cultura para llevar a cabo eficazmente la terapia, ante esto hay que acentuar que cuando el paciente se encuentra geográficamente distante, Psicoterapia vía Internet siempre es una buena alternativa.

## 9. ¿Qué otros recursos en línea podría utilizarse dentro de Psicoterapia vía Internet?

Existe una gran variedad de recursos terapéuticos disponibles en Internet, como sitios Web informativos, grupos de apoyo, anuncios de salud mental, instrucciones de auto ayuda, y software entre otros. En el proceso de evaluación el terapeuta puede explicar estos recursos, y el paciente decide si se encuentra interesado en ellos o no.

### 2.1.8. Sugerencias prácticas para el uso de Psicoterapia vía Internet

A continuación se presentan las sugerencias que Bermejo en 1999 propone:

#### 2.1.8.1 Comunicación

El trastorno psicológico, la orientación vocacional, la consultoría en general están mediados por la palabra oral o escrita. La comunicación no verbal dentro de la consulta vía telefónica o por Internet, es sustituida por la capacidad de síntesis, la forma de organización en el texto, las inflexiones del habla, la entonación, en la forma en que el paciente cuenta sus dificultades es en donde se esconde la resolución de sus problemas. El intercambiar correos electrónicos, el teléfono y las conversaciones en chats son indispensables para el tratamiento vía Internet.

#### 2.1.8.2 Consultas

Es frecuente que los usuarios del Internet recurran a páginas de profesionales de la salud mental, recibiendo decenas de correos semanales por correo electrónico. La intervención por breve que parezca, ya sea brindando información o mediante una acción aclaratoria puede resultar de gran ayuda para el interesado que tal vez no tenga a quien acudir o no sepa que hacer con su sintomatología.

### 2.1.8.3 Evaluación

Resulta difícil realizar una valoración adecuada del paciente a través de Internet, ya que resulta parcial y limitado, en especial si la problemática que presenta requiere realizar una evaluación profunda, si este fuese el caso se puede llevar a cabo una entrevista presencial. No obstante en ocasiones el paciente plantea problemas claros y demandas relacionadas a conductas o trastornos identificables que a partir del correo electrónico o chat, se obtiene información razonable de sus dificultades ayudando a establecer los objetivos terapéuticos e implementar algunas técnicas cognitivo conductuales útiles a través de Internet.

### 2.1.8.4. Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos de esta modalidad no cambian, se mantienen de igual forma que en la terapia presencial. El terapeuta debe hacer hincapié al respecto con su paciente, para que en conjunto tengan el objetivo claro.

### 2.1.8.5. Intervención

Si el terapeuta ha valorado que trabajar a través de vía Internet, es benéfico para el paciente, ahora debe determinar que técnicas utilizará para el tratamiento. Las técnicas cognitivo conductuales son recomendables para tratar problemas de estrés, ansiedad, depresión y agorafobia entre otros, por medio de relajación, desensibilización sistemática, entrenamiento en resolución de problemas, inoculación de estrés, y terapia racional- emotiva entre otras.

### 2.1.8.6 Seguimiento y apoyo

Los medios que ofrece Internet son excelentes para llevar a cabo los seguimientos, a través del correo electrónico o bien en forma presencial.

### 2.1.9 Eficacia de los tratamientos vía Internet en los trastornos depresivos

En la última década se han utilizado distintas estrategias que se han aplicado para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, incluyendo la depresión mayor, la depresión menor y los cuadros distímicos, estas estrategias envuelven el empleo de biblioterapia, programas de carácter psicoeducativo, programas de autoayuda y terapias cognitivas cuyo uso se plantea como intervención única en procesos depresivos leves o moderados, o como complementos de los servicios tradicionales en los casos de depresión severa, (Clarke y cols 2002 c. p. Ramal, Calvo, Díaz y Betancort, 2008) se trata de programas de tratamientos basados en intervenciones terapéuticas tradicionales bajo el enfoque cognitivo conductual adaptadas al entorno Web.

Ramal y cols. (2008) realizaron una investigación en el Medline durante los años 1997-2007 acerca de los tratamientos on line para los trastornos depresivos, de los cuales se presentan los siguientes:

Cochrane (1999, c.p. Ramal y cols) estudió el uso de Internet como una herramienta de vital importancia para la salud, analizando decenas de sitios Web de hospitales y grupos médicos, encontrando por medio de encuestas que la gente requería una mejor comunicación con sus médicos y la mayoría deseaban comunicación por e-mail, sin embargo eran muy pocos los médicos interesados. En relación a esto encontraron que varios sitios de los revisados ofrecían a las personas la capacidad de desarrollar su propia salud manteniendo el registro en la Web.

Christensen y cols. en el año 2002 (c.p. Ramal, y cols.) publicaron un trabajo basado en la terapia cognitivo- conductual a través de un sitio Web, ellos reconocen este enfoque como un medio eficaz de prevención y tratamiento para la depresión, de la misma forma que cuando se realiza en forma presencial, o a través de libros como la biblioterapia o cuando se administra a través de una computadora. Además consideran que el impacto en la salud pública de la terapia cognitivo conductual se había visto limitada por el costo y la falta de profesionales

capacitados, por tal motivo decidieron desarrollar en Internet la intervención de terapia cognitivo – conductual a la que denominaron MoodGYM diseñada para tratar y prevenir la depresión en jóvenes, a disposición de todos los usuarios en Internet, la cual en la actualidad sigue vigente.

Los autores concluyen que los sitios Web son una forma práctica y constituyen un medio prometedor para disponer de terapia cognitivo – conductual para la prevención y tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión.

Dos años más tarde (2004) los mismo autores evaluaron la eficacia de dos intervenciones para la comunidad de Internet con síntomas depresivos mediante un ensayo controlado aleatorio, un sitio Web que ofrece información de la psicoeducación sobre la depresión y un sitio Web interactivo (MoodGYM) que ofrece terapia cognitivo conductual. El análisis de los resultados manifestó que la información sobre depresión y las intervenciones bajo el enfoque cognitivo conductual recibida a través de Internet, fueron mas eficaces en la reducción de los síntomas depresivos que la intervención control.

Clarke y cols. (2002 c.p. Ramal y cols.) desarrollaron un programa de autoayuda llamado ODIN (Superación de la depresión en el Internet) dirigido a una población de pacientes con síntomas depresivos que recibían tratamiento tradicional de los servicios médicos y otra población de personas no diagnosticadas con depresión, ambos grupos adultos de edad y sexo equivalente. Tras el consentimiento de ambos, fueron asignados a uno de los sitios Web, al analizar los resultados encontraron que las puntuaciones fueron muy bajas y los participantes fueron inconstantes a la intervención por Internet, por lo que no conocieron realmente el efecto del programa, sin embargo, en el post hoc encontraron un pequeño cambio en las puntuaciones depresivas de las personas que desde un inicio las presentaban de forma leve, concluyendo así que para los futuros estudios estos programas podrían estar diseñados para las personas con síntomas depresivos leves o moderados y conseguir la constancia al uso de la pagina en Internet.

Tan solo dos años más tarde (2004) Castelnuovo y cols. (c.p. Ramal y cols.) plantearon que el desarrollo de Internet y las TIC's han tenido un gran impacto en la psicología y la psicoterapia en los últimos años, provocando el interés en los terapeutas de trabajar con nuevas herramientas tecnológicas como la videoconferencia, el audio, el video chat, correo electrónico y las nuevas herramientas de mensajería instantánea, considerándolas nuevas herramientas para el ciberespacio.

Los autores plantearon el interés de conocer el papel que pudiera desempeñar el uso de Internet como medio para la Psicoterapia, preguntándose si sería eficaz y si esto pudiera llegar a sustituir la atención de los profesionales de la salud o si solamente representaría una herramienta mas para el terapeuta.

Por su parte Rey y cols. (2004, c.p. Ramal y cols.) refieren la aceptación de las TIC's debido a sus aportaciones que años atrás hubieran sido inimaginables, como es el caso de proporcionar tratamientos psicológicos a distancia, consideran que existe la necesidad de desarrollar páginas Web con información realizada por terapeutas dirigidas a distintas personas.

Concluyen que en pocos años entre las nuevas tendencias se encontrará el uso de dispositivos inalámbricos para proporcionar tratamientos psicológicos en cualquier lugar y momento.

García y cols. (2004 c.p. Ramal y cols.) analizaron en su trabajo las principales ventajas y desventajas del uso de la tecnología en el campo de la psicoterapia, ya que Internet ha sido considerado como una nueva alternativa para los procesos de enseñanza –aprendizaje, evaluación profesional, asesoramiento y orientación (consulta psicológica virtual).

Entre las ventajas los autores señalan que se encuentran la comodidad, flexibilidad, privacidad; el paciente tiene la oportunidad de conectarse a Internet con su terapeuta desde cualquier lugar y a cualquier hora, ganando movilidad, disposición de un amplio horario y grandes prestaciones, ellos mencionan que la principal ventaja es la privacidad que ofrece la red, la cual permite al paciente su desinhibición siendo mas sincero expresando sus emociones y conflictos.

En cuanto a las desventajas refieren la dificultad para cobrar, la carencia de información verbal y que el paciente no concluya el proceso terapéutico.

Anderson y cols. en el año 2005 plantearon que la depresión severa puede ser tratada en un proceso terapéutico bajo el enfoque cognitivo conductual, pero como los terapeutas capacitados son escasos, refieren la necesidad de utilizar enfoques de autoayuda, por otra parte consideran que muchas personas con síntomas depresivos acuden a Internet para compartir sus experiencia y discutir sus síntomas. Por tanto los autores decidieron investigar los efectos de un programa de autoayuda en Internet para las personas con depresión mediante un ensayo control aleatorio para comparar los efectos de Internet basados en la terapia cognitivo – conductual con un mínimo contacto del terapeuta más el apoyo de un grupo de discusión, y el otro grupo con los efectos de un grupo de discusión solamente.

En los resultados obtenidos se refiere mayor decremento de los síntomas depresivos en las personas que participaron en el programa de autoayuda más el grupo de discusión, en comparación a los que solamente tuvieron el apoyo del grupo de discusión.

Los autores concluyen que la terapia cognitivo conductual a través de Internet debe considerarse como complemento o alternativa para el tratamiento de la depresión de leve a moderada.

En el año 2006 Anderson, (c.p. Ramal y cols.) plantea que la depresión puede ser tratada por varios medios, en cuanto a la autoayuda bajo el enfoque cognitivo- conductual es recomendada en los niveles leve a moderado, y aunque normalmente requiere algún tipo de orientación, puede ser rentable y los resultados son a menudo similares que en la terapia presencial. En lo que se refiere a las ventajas de uso de Internet para administrar terapia cognitivo.- conductual, la distancia es menor y hay más posibilidad de que mas personas recurran a esta modalidad de terapia. Refieren que aunque son pocos los estudios controlados que han examinado los efectos de Internet utilizada para los trastornos de depresión, los

resultados son prometedores para las aplicaciones que implican el trabajo breve del terapeuta.

Con los estudios anteriormente descritos se puede concluir que la Psicoterapia vía Internet es eficaz ante el tratamiento de depresión en los niveles leve y moderado utilizando el enfoque cognitivo conductual.

#### 2.1.10 Eficacia de los tratamientos vía Internet en los trastornos de ansiedad

En los últimos años ha existido un avance considerable respecto a la tecnología y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, Díaz, Calvo, Ramal y Betancort (2008) realizaron una revisión de la década de 1997 al 2007 encontrando que los programas de tratamiento están centrados en el enfoque cognitivo-conductual, con técnicas como relajación, control de la respiración, exposición gradual a estímulos (en ocasiones por realidad virtual) y reestructuración cognitiva, a continuación se describen algunos de los estudios mencionados.

Lang, Melamed y Hart (1970, c.p. Díaz y cols. 2008) realizaron un serio intento en su programa Eliza, programa de imitación de un paciente en psicoterapia, a partir de este se ha ido perfeccionando y extendiendo múltiples modalidades de tratamientos de diferentes ámbitos de salud mental.

De acuerdo a Hofmann (1999, c.p. Díaz y cols.) el abordaje y tratamiento de la ansiedad por medio de la terapia cognitivo conductual asistido por una computadora es la que dispone de una amplia experiencia, y a pesar de que en ese año se encontraba en sus inicios, las experiencias preliminares ponen de manifiesto algunas ventajas de su aplicación, accesibilidad, privacidad, comodidad y la mayor reproducibilidad de la terapia.

Gega, Marks y Mataix y cols. en el año 2004 (c.p. Díaz y cols. 2008) describieron un amplio espectro de estrategias terapéuticas a través de una computadora, utilizándolas para distintos trastornos psiquiátricos, y los resultados que obtuvieron fueron benéficos ya que consiguieron una disminución del tiempo por paciente

Por otra parte, desde hace varios años han surgido nuevas herramientas como apoyo a la terapia cognitivo conductual a través de internet, como lo son el sistema Palmtop de computación, exposición a realidad virtual y programas de software para una computadora personal, los cuales se describen a continuación:

#### 2.1.10.1 Sistemas de Palmtop de Computación.

Las computadoras Palmtop han surgido recientemente como un prometedor complemento de la norma TCC para los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno obsesivo compulsivo (Baer, Minichiello, y Jenike, 1987), la fobia social (Gruber, Moran, Roth, Taylor, 2001), fobia a las alturas (Kenardy y Adams 1993), el trastorno de ansiedad generalizada (Newman, 1999), y el trastorno de pánico (Newman, Kenardy, Herman, y Taylor, 1996).

Un ejemplo de las características de la Terapia Cognitivo Conductual asistida por un programa palmtop de ordenador en el tratamiento de un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) esta en un estudio de Newman et al. (1999) en una pequeña muestra de pacientes con criterios diagnósticos de TAG se estudia la utilidad de un programa de esa índole. El programa de palmtop se compone de varios módulos que incluyen la evaluación y el tratamiento. El módulo de evaluación estructurado fue diseñado para evaluar la frecuencia y la severidad de los síntomas mediante la recopilación de datos en cuatro momentos del día, porcentaje de tiempo invertido en ideas preocupantes, el número de episodios de ansiedad aguda, y el momento de más alto nivel de ansiedad. Unos módulos del programa ayudan al paciente a reconocer los pensamientos que inducen la ansiedad, a hacer frente a los errores de lógica, como el pensamiento blanco y negro o a desarrollar estrategias de afrontamiento. Otros módulos incluyen terapia de relajación con respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y una exposición guiada mediante el uso de imágenes y pensamientos agradables. Los resultados sugieren que la utilización de un programa palmtop de ordenador como complemento de la TCC, podría ser beneficioso a las 12 semanas de tratamiento. Otras investigaciones utilizando palmtop/ambulatorio de computadoras han proporcionado pruebas

similares para otros trastornos de ansiedad, como la fobia social y el trastorno de pánico.

#### 2.1.10.2 Realidad Virtual.

La realidad virtual (RV) es otra tecnología que se ha utilizado como una herramienta para el manejo de los trastornos de ansiedad. Los entornos virtuales permiten a los individuos convertirse en participantes activos en una situación en tres dimensiones por medio de un ordenador. Para ello se utiliza un sistema HMD (head-mounted display) que dispone de una pantalla para cada ojo, dos auriculares, y un dispositivo de seguimiento del movimiento de cabeza. El HMD proporciona al participante estímulos visuales y auditivos del mundo virtual, mundo con el que se puede interrelacionar por medio de los movimientos de la cabeza y del cuerpo. En algunos entornos los usuarios también pueden disponer de un segundo sensor de posición en la mano que les permite manipular su entorno. La utilización de la RV en la psicoterapia apoyada por ordenador, se basa en los principios del procesamiento emocional (Foa & Kozak, 1986) y proporciona un marco para la comprensión de las condiciones a las que se enfrenta una persona en situación de miedo con el objetivo de atenuar la ansiedad usando lo que se denomina "terapia de exposición". La teoría sugiere que el recuerdo del miedo puede ser interpretado como un sistema que contiene información relativa a los estímulos perturbadores (por ejemplo, lugares cerrados), las respuestas (por ejemplo, palpitaciones), y significado (por ejemplo, algo malo va a ocurrir). Para hacer frente a un miedo, el miedo debe ser reactivado y reincorporar nueva información que proporciona una nueva memoria. La terapia de exposición facilita el procesamiento emocional mediante la activación de la estructura del miedo y permite a la persona permanecer en la situación durante el tiempo suficiente para procesar la información incompatible con el estímulo temido. Los resultados han mostrado que la exposición de RV es eficaz en la reducción de ansiedad y de la conducta de evitación, efectos que se mantienen durante los 6 meses siguientes al tratamiento (Emmelkamp et al. 2002).

### 2.1.10.3. PC Software adicionales al tratamiento.

La utilización de software para PC comienza a considerarse como un complemento mas de ayuda a las terapias tradicionales (Budman, 2000). En Londres se hizo un estudio de tratamiento cognitivo conductual de la ansiedad asistido por un ordenador (CCBT). Se manejaron tres modalidades de tratamiento, el Fear Fighter (FF) para la fobia y el pánico, COPE para la depresión menor y BTSteps que contiene un sistema de llamada a un equipo de respuesta de voz interactiva (IVR) para el trastorno obsesivo compulsivo, al que se le añade un cuarto sistema denominado Balance (Yates, 1996), versión mas corta en forma de CD-ROM en donde los pacientes tenían acceso a estos sistemas desde la casa o desde una versión modificada de Internet.

A pesar de su aparente eficacia en función del costo, la auto ayuda clínica se tuvo que trincar, debido a la falta de financiamiento. El modelo presentado parece especialmente bien adaptado para los entornos de Atención Primaria, siendo mas fácil de aplicar en la practica privada, donde la terapia se contabiliza por sesiones y tiempo.

Descrito lo anterior Díaz y cols. (2008) concluyen que el campo de la utilización de nuevas tecnologías requiere un estudio profundo sobre sus puntos fuertes y las limitaciones, por lo pronto son cada vez más las evidencias que se disponen en la utilización de los sitios Web para reunir información acerca de la ansiedad y su tratamiento.

La tecnología como medio para los tratamientos de salud mental, parece efectiva y eficaz e indudablemente podrían aportar una ayuda incalculable a la investigación sobre la ansiedad, sin embargo no debe ser vista como un sustituto del profesional de la salud mental.

## 2.2 Crisis de ansiedad

### 2.2.1 Definición

Las crisis de ansiedad de acuerdo al DSM-IV, es un síndrome o un grupo reproducible de síntomas que aparecen en varios trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de angustia, la fobia social, la fobia simple, y el trastorno por estrés posttraumático. No se trata en si mismo de un diagnostico específico. La crisis de ansiedad en diferentes pacientes puede revestir diferentes características tanto físicas como cognitivas.

La característica esencial de una crisis de ansiedad es la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, que normalmente dura varios minutos, acompañada de 4 o más de los siguientes síntomas, (Tabla 1) que inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

Cuando las crisis reúnen menos de cuatro síntomas corporales y estos pueden ser controlados mentalmente, se le denominan ataques de síntomas limitados.

<b>Criterios para la crisis de ansiedad</b>
1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento (hiperventilación)
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo, desmayo
9. Desrealización o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Tabla. 1 Síntomas de las crisis de ansiedad

De acuerdo a Saiz , Ibáñez y Montes (2002) existen dos tipos de crisis de ansiedad:

*Crisis de ansiedad inesperadas.* Las cuales no están relacionadas con estímulos ambientales, es decir, aparecen sin ningún desencadenante situacional conocido. Y estas pueden dar como resultado un trastorno de ataque de pánico.

*Crisis de ansiedad situacionales.* Son aquellas que sí se encuentran relacionadas con estímulos ambientales y aparecen durante o en anticipación a la exposición a un desencadenante situacional. Es más común que este tipo de crisis se presente en la fobia social y la fobia específica que están acompañadas normalmente por crisis de angustia relacionadas con estímulos ambientales.

Por su parte Beck y Zebb (1994, c.p. Jurado 2002) agregan otro tipo de crisis que son *Predispuestas situacionalmente*, el cual se refiere a las crisis que es muy probable que ocurran ante la exposición de un disparador situacional, pero no necesariamente esta asociado a éste, pudiéndose presentar o no.

## 2.2.2 Etiología

### 2.2.2.1 Modelo Biológico

Botella y Ballester (1995) refieren que uno de los primeros autores que desarrolló el modelo explicativo biológico mas influyente de los ataque de pánico, fue Klein en 1964 quien formuló una teoría acerca de la ansiedad patológica en la que planteaba una diferencia cualitativa entre la ansiedad- pánico y la ansiedad anticipatoria por su diferente respuesta a los fármacos.

La ansiedad – pánico se diferenciaría por la aparición repentina del miedo y las sensaciones corporales, frecuentemente produciéndose de forma inesperada. Mientras que la ansiedad anticipatoria tiene un curso crónico, la sintomatología no es tan brusca y existen mayores cogniciones. Klein concibió las crisis de ansiedad como el resultado de una disfunción biológica específica y distinta a los otros trastornos de ansiedad.

Para el autor, los humanos tienen un mecanismo biológico innato que controla la ansiedad de separación, activado por la separación de la figura específica por la que se ha desarrollado el apego, en las personas que padecen crisis de ansiedad se daría un umbral anormalmente bajo en este mecanismo debido a alguna disfunción biológica determinada genéticamente, de tal forma, que se podía desencadenar sin estímulo alguno espontáneamente.

Los argumentos en los que se basó Klein al defender su modelo biológico de las crisis de ansiedad eran los siguientes (Martgraf, Ehlers y Roth, 1986; c.p. Botella y Ballester1 (995):

#### 1. La especificidad de determinadas drogas en el tratamiento de las crisis de angustia

Algunos fármacos se muestran eficaces en este tipo de trastorno, como lo son los antidepresivos tricíclicos e IMAOs. Sin embargo la mayoría de los estudios de tratamientos llevados a cabo con posterioridad no han apoyado la hipótesis de la especificidad del tratamiento farmacológico. Algunos otros fármacos que parecen mostrarse tan eficaces para la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis como de la ansiedad anticipatoria son: benzodiazepinas (alprazolam), el halazepam, diazepam, lorazepam, y el clonazepam.

#### 2. La inducción experimental del pánico

Las crisis pueden ser desencadenadas experimentalmente a través de una amplia gama de manipulaciones fisiológicas, como lactato sódico, administración intravenosa u oral de cafeína, hiperventilación voluntaria o inhalación de dióxido de carbono.

#### 3. La espontaneidad de los ataques de pánico

Las crisis se pueden producir de modo espontáneo, sin existir un estímulo externo desencadenante claramente identificado.

#### 4. La ansiedad de separación frecuente en su historia clínica

Según Klein, la ansiedad de separación en los niños es un precursor para presentarse las crisis, mostrando características clínicas similares y también, una respuesta positiva a los antidepresivos tricíclicos. De acuerdo a estudios retrospectivos, él encontró que la mitad de los pacientes agorafóbicos presentaban en la historia clínica algún problema de ansiedad de separación. Sin embargo en otros estudios con mayor grado de control experimental no se observan las diferencias señaladas por el autor, en cuanto a la ansiedad de separación, entre agorafóbicos y controles normales.

#### 5. La especificidad genética hallada en estudios de familias y gemelos.

En los estudios con familias y con gemelos se observa un importante componente genético. Sin embargo Margraf y Ehler 1989 (c.p. Botella y Ballester en Caballo 1995) y Marks (1986) plantean que si bien parece bastante clara la existencia de un patrón familiar importante para los problemas de ansiedad, no hay estudios suficientemente claros que demuestren hasta que punto es genética.

Tan solo tres años mas tarde Pitts y McClure (1967; c. p. Espada, Olivares, Méndez, 2005) demostraron que las crisis de ansiedad se pueden producir utilizando una infusión de lactato sódico en pacientes con una historia previa de crisis de ansiedad.

Transcurridos los años y continuando con investigaciones, Sheehan en 1982, afirma que las crisis de ansiedad consisten en un problema metabólico y propone la presencia o ausencia de pánico como un criterio ordenador que puede resultar útil para clarificar los trastornos de ansiedad (ansiedad endógena y exógena).

Hasta el momento de las distintas teorías e hipótesis biológicas como lo son la hipótesis simpático-mimética periférica, la hipótesis de la hipersensibilidad betaandrenérgica, la teoría del lactato, la teoría de las batacarbolinas y la teoría del *locus coeruleus*, la mas aceptada es precisamente esta última que intenta explicar

las crisis de ansiedad como consecuencia del exceso de tono catecolaminérgico y sobre todo por una hiperactividad del locus coeruleus.

Sin embargo debido a las insuficiencias y limitaciones de los modelos biológicos, tales como el índice de recaídas, dependencia de los fármacos, efectos secundarios y abandonos de los tratamientos, surgen nuevos modelos alternativos, los denominados Psicofisiológicos o Cognitivos, que explican que la única diferencia que hay entre una crisis de ansiedad y los trastornos de ansiedad, es solamente cuantitativo.

#### 2.2.2.2 Modelo Cognitivo Conductual

“Ehler, Margraf y Roth en 1981 (c.p Botella y Ballester, 1997) han explicado que las crisis de ansiedad son el resultado del feedback positivo entre estímulos internos: pensamientos, imágenes y sensaciones corporales; y respuestas de ansiedad.

Para Clark y Salkovskis (1987) las crisis de ansiedad se producen del siguiente modo: Hay un amplio rango de estímulos que pueden comenzar una crisis, los cuales pueden ser internos o externos, si estos son percibidos como amenaza, la consecuencia será un estado de aprehensión miedo acompañada de sensaciones corporales tales como hiperventilación, taquicardia, sudoración; las cuales serán interpretadas de forma catastrófica presentándose cogniciones como: “me voy a morir”, “me estoy volviendo loco” “me va a dar un infarto”, lo que provocan un elevado nivel de ansiedad, y de forma repetitiva las sensaciones corporales aumentan al igual que los pensamientos catastróficos. Así es como de acuerdo a estos dos autores, se entra en un círculo vicioso que culmina con una crisis de ansiedad.

A continuación se muestra la representación gráfica del modelo cognitivo de Clark y Saldovskis, 1987 (c.p. Botella y Ballester, 1997)



Figura 1. Modelo cognitivo de Clark y Saldoovskis (1987)

A diferencia de los modelos biológicos, los modelos cognitivos, con la excepción de Barlow (1988), no asumen que las crisis son un fenómeno cualitativamente distinto a otros problemas de ansiedad. Y se plantea que las intervenciones psicológicas de estos modelos son capaces de cambiar las respuestas de las personas a los síntomas de ansiedad por habituación o reinterpretación

### 2.2.3.Circulo vicioso del pánico

Para que una crisis de ansiedad se complete como tal, transcurren una serie de pasos que son los siguientes:

1. Existe un desencadenante, alguna sensación, pensamiento o situación, que puede causar incomodidad.
2. Inmediatamente la persona percibe esa situación o pensamiento como algo amenazante que puede interferir con su equilibrio emocional y fisiológico.
3. Se continúa percibiendo a este estímulo como amenazante y por tanto produce miedo en el sujeto.

4. La persona comienza a respirar de una forma mas acelerada inspirando mas aire del que necesita, introduciendo a los pulmones una cantidad de oxigeno excesiva y se produce una disminución de dióxido de carbono esto es a lo que llamamos hiperventilación.
5. El exceso de oxigeno produce una serie de cambios en nuestro organismo que pueden ser alarmantes, tales como: Taquicardia, sudoración, temblor, dolor en el pecho o visión borrosa.
6. Por último toda esta sintomatología se interpreta por el sujeto como algo catastrófico que le esta ocurriendo, tal vez un ataque cardiaco, muerte inminente, o paro respiratorio (por la sensación de no poder respirar debido al exceso de oxigeno).

Cabe aclarar que la interpretación catastrófica juega un papel decisivo para que se complete o no la crisis de ansiedad, ya que estos pensamientos son tan amenazantes para la persona, que la ansiedad se incrementa enormemente cuando pasan por la mente con lo cual se incrementan también las sensaciones fisiológicas, lo que el paciente interpreta como una validación de sus cogniciones catastróficas, entrando en un circulo vicioso que culmina con la crisis de ansiedad. (Bourne, 1995)

#### 2.2.4 La importancia de la hiperventilación

La respiración es una función involuntaria de la que normalmente las personas no suelen prestar atención. Un adulto respira normalmente entre 12 a 16 veces por minuto cuando esta descansando, pero cuando se encuentra bajo ansiedad, puede experimentar una respiración forzada, jadeante y acelerada, lo que se denomina hiperventilación. (Bobes, Bousoño, Portilla, Sáiz, 2002)

De acuerdo con la teoría de Ley (Chappa, 2006), la hiperventilación consiste en la respiración excesiva que sobrepasa las necesidades de oxigeno del organismo, traduciéndose en un aumento de la frecuencia respiratoria, lo cual causa

la reducción de la concentración de anhídrido carbónico, lo cual es asociado con malestares de mucha relevancia emocional como cansancio, despersonalización y sensación de irrealidad, taquicardia, sensación de mareo e inestabilidad.

Todos estos síntomas pueden agruparse como se muestra en la siguiente tabla:

Síntomas Centrales	Síntomas Periféricos	Síntomas Generales
Mareo	Taquicardia	Sensación de calor
Confusión	Hormigueo	Sofoco
Sensación de ahogo	Escalofríos	Sudor
Visión borrosa	Rigidez muscular	Cansancio
Sensación de irrealidad	Pinchazo en extremidades Manos frías y húmedas	Opresión o dolor en el pecho

Tabla 2. Síntomas de la hiperventilación. Moreno y Martín (2004)

#### 2.2.5. La importancia de las cogniciones

De acuerdo con Bourne (1995) existe una importante diferencia entre las personas que presentan crisis de ansiedad frecuentemente y las que no. Los individuos que son propensos a tener las crisis tienden a interpretar las sensaciones de manera catastrófica. Por ejemplo, las palpitaciones del corazón se ven como señales de un inminente ataque al corazón, constricción en el pecho y la dificultad para respirar son vistos como señales de inminente asfixia, mareos o se consideran como precursores de desmayo o un colapso.

Mientras que las personas que no las presentan tan frecuentemente pueden notar los síntomas, pero no los interpretan como catastróficos o peligrosos.

Si los sujetos tienen una tendencia a interpretar las sensaciones desagradables como peligrosas, también tienden a vigilar constantemente su cuerpo para ver si están teniendo esas sensaciones. Probablemente estén muy arraigados esos estados corporales y fácilmente en caso de comenzar a sentir alguna reacción

fisiológica aumenta la internalización complicándose el problema, porque es más probable que magnifiquen cualquier cambio repentino en su cuerpo.

Existe una gran variedad de circunstancias que pueden provocar una reacción repentina en el interior del organismo, en ocasiones la causa se encuentra fuera del cuerpo; por ejemplo, una discusión con la pareja, al ver algo desagradable en la televisión, o estar de prisa por llegar a alguna reunión, todo esto puede desencadenar un aumento de la frecuencia cardíaca, constricción del pecho, el estómago o cualquier síntoma propio de las crisis.

Sin embargo en otras ocasiones la causa reside en algún cambio sutil dentro del cuerpo, por ejemplo, la privación de oxígeno debido a un cambio espontáneo en el sistema neuroendocrino del cerebro, un aumento de la tensión en los músculos, en el cuello y hombros, o una caída en el nivel de azúcar en la sangre.

La causa principal reside dentro del cuerpo, ya que usualmente se desconocen esos cambios fisiológicos, y por tanto son considerados como peligrosos detonando el incremento de ansiedad.

A continuación se muestra una tabla en donde se relacionan las cogniciones que se tienen cuando comienzan a sentir las sensaciones corporales:

Sensaciones corporales	Cogniciones
Dolor de pecho/ taquicardia/ Palpitaciones	"Me muero aquí" "Me está dando un infarto"
Sensación de falta de aire	"Me voy a asfixiar hasta morir"
Garganta seca/ atragantamiento/ Sensación de mano en el cuello	"Debo tener un edema de glotis"
Sensación de mareo	"Me voy a desmayar" "Voy a tener un ataque cerebro .-vascular"
Nerviosismo con inquietud psicomotriz	"Voy a perder el control"
Nauseas	"Voy a vomitar delante de la gente"
Retortijones o cólicos intestinales	"Me hago encima"
Sensación de irrealidad	"Me estoy volviendo loco"

Tabla 3. Sensaciones y cogniciones durante una crisis. Bogaizian, . Soukoyan, y Liaceaga (2002 p. 48).

### 2.2.5.1. Modelo de la Espiral Cognitiva del Pánico

Otro autor que aborda el tema de la importancia de las cogniciones en las crisis de ansiedad es Chappa (2006), quien propone un modelo alternativo al de Clarck, que incluye la participación, además de las interpretaciones catastróficas, de la sensibilidad a la ansiedad, la autopercepción de ineficiencia y el tema central del control, esta propuesta es llamada Modelo de la Espiral Cognitiva, en él se presenta una espiral retroalimentada cognitivamente que culmina con el sentimiento de pérdida del control como antecedente inmediato a la crisis.

La secuencia comienza por un desencadenante percibido como amenazante, lo cual activa una reacción de ansiedad con síntomas físicos que se denomina *primaria* por estar vinculada a significados amenazantes, ante esto, el individuo moviliza comportamientos destinados a controlarlas para que terminen de inmediato, iniciando así una lucha contra los síntomas de ansiedad activada por su necesidad de control; Esta lucha infructuosa, activa a la vez su variable nuclear de su vulnerabilidad, la percepción de ineficiencia de control y esto es lo que determina que los síntomas sean interpretados catastróficamente, la incapacidad de controlar sus palpitaciones lleva a la convicción del individuo a estar presentando un ataque cardíaco, la sensación de desmayo, sentimiento de irrealidad entre otros síntomas. Ante el fracaso de su intento aumenta la intensidad de la ansiedad (secundaria) y se disparan las interpretaciones catastróficas. Figura 2



Figura 2. El modelo de la Espiral Cognitiva del Pánico. Extraído de Chappa (2006)

## 2.2.6. Técnicas cognitivo conductuales a trabajar para disminuir las crisis de ansiedad

Jurado (2002) refiere que se han realizado una gran cantidad de estudios controlados que evalúan la eficacia de las técnicas conductuales, cognoscitivas y cognoscitivo conductuales para la reducción o eliminación de los trastornos de ansiedad.

A continuación se describen algunas técnicas cognitivo conductuales que han sido eficaces para la disminución de las crisis de ansiedad.

### 2.2.6.1 Psicoeducación

Cuando los pacientes han presentado alguna crisis de ansiedad por lo común asisten con el médico para recibir un diagnóstico claro y la explicación de este, dado que en la mayoría de las ocasiones esto no sucede, los pacientes piensan que van a morir, volverse locos o perder el control. Por tanto la fase de Psicoeducación consiste en una presentación didáctica acerca de las crisis de ansiedad, Botella y Ballester en 1997 proponen por tanto un módulo educativo en donde se pueden plantear los siguientes aspectos:

- ¿Qué es la ansiedad?
- Posible valor adaptativo de la ansiedad
- Ausencia de las consecuencias perjudiciales de la ansiedad para el organismo
- Formas de manifestar la ansiedad
- Importancia central del pensamiento en el desencadenamiento de la ansiedad
- Presentación del modelo cognitivo del pánico

### 2.2.6.2 Entrenamiento en Relajación

Las técnicas de relajación constituyen un conjunto de procedimientos de intervenciones útiles en la psicología clínica, y en la psicología aplicada en general,

esta técnica constituye un proceso fisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico interactúan siendo partes integrantes del proceso como causa y como producto. (Caballo, 1991)

Bourne en 1995 menciona que en la relajación intervienen una serie de cambios fisiológicos como:

- Disminución de la velocidad del corazón
- Disminución de la velocidad de la respiración
- Disminución de la presión sanguínea
- Disminución de la tensión del músculo esquelético
- Disminución del índice metabólico y el consumo de oxígeno
- Disminución del pensamiento analítico

A continuación se presentan dos tipos de relajación: respiración diafragmática y relajación progresiva muscular.

#### 2.2.6.2.1 Respiración diafragmática

La respiración diafragmática consiste en la práctica de una respiración lenta y profunda lo que contribuye a reducir la tensión y la actividad psicofisiológica, los pasos más importantes para el aprendizaje de esta técnica es que requiere de una práctica regular (al menos tres veces al día, sobre todo en los momentos de mayor tensión). (Bobes y cols. 2002)

A continuación se describen varios estudios en donde se ha utilizado el entrenamiento en respiración para la minimización de la frecuencia de las crisis de ansiedad.

En 1985 autores como Rappe; Clarck, Salvkovskis y Chalkley (c.p. Jurado, 2002) informaron resultados exitosos al trabajar con pacientes con trastorno de pánico, el entrenamiento respiratorio y ejercicios de hiperventilación voluntaria.

Kraft y Hoogduin (1984, c.p. Graskes y Lewin, 2002) encontraron que seis sesiones bimestrales de reentrenamiento de la respiración y de relajación progresiva redujeron la frecuencia de las crisis de ansiedad de 10 a 4 a la semana.

Graske, y Lewin, (2002) refieren que varios investigadores han examinado la importancia del reentrenamiento en la respiración, es decir, el entrenamiento en la respiración diafragmática, dado que del 50 al 60% de los sujetos que presentan crisis de ansiedad describen que los síntomas de la hiperventilación son muy similares a los síntomas de las crisis. (Abravanel, 2002)

Por su parte Keijers, Hoogduin y Schaap (1994, c.p. Jurado, 2002) fabricaron y probaron la efectividad de un programa conductual de tratamiento con dos sesiones de relajación, dos sesiones de exposición interoceptiva y ocho sesiones de exposición graduada en vivo.

#### 2.2.6.2.2 Relajación progresiva muscular

La técnica de relajación progresiva ha mostrado resultados prometedores para el tratamiento de las crisis de ansiedad, consiste en el aprendizaje de tensar y relajar distintos grupos musculares del cuerpo

Öst en el año de 1983 (c. p. Jurado, 2002) desarrolló la relajación aplicada para el tratamiento de las crisis de ansiedad como una versión modificada de la relajación progresiva muscular, cuya meta final consiste en que los pacientes logren la relajación en un lapso de 20 a 30 segundos para utilizarlo como herramienta para combatir y eliminar las reacciones fisiológicas, en donde se obtuvieron los resultados esperados.

#### 2.2.6.3 Reestructuración cognitiva

Las técnicas cognitivo conductuales utilizadas para minimizar las crisis de ansiedad y para el trastorno de pánico fueron sugeridas en el modelo cognitivo de Beck para la depresión y ansiedad, una de ellas consiste en corregir las evaluaciones erróneas de las sensaciones corporales como amenazantes.

En un estudio sin grupo control, Sockol y Beck (1986, c.p. en Craske y Lewin, 2002) trataron a 25 pacientes con técnicas cognitivas con exposición en vivo e interoceptiva durante una media de 17 sesiones individuales, obteniendo como resultado la desaparición de las crisis de ansiedad.

En años más recientes Clarck (1993, c.p. Craske y Lewin, 2002) comparó la terapia cognitiva, que incluía autoexposición con la relajación aplicada y la imipramina, después de un promedio de 10 sesiones, 18 de los 20 paciente que habían tomado la terapia cognitivo se encontraban libres de crisis de ansiedad y al realizar el seguimiento de un año, 17 de esos pacientes continuaban sin presentar las crisis.

#### 2.2.6.4 Entrenamiento en Técnicas de Distracción

Uno de los factores más importante en las crisis de ansiedad es la auto atención que el individuo hace de su propio funcionamiento, ya que cuando las personas han tenido una crisis, a menudo establecen un estado continuo de alerta ante el más mínimo cambio corporal que perciban, temiendo así a su propio cuerpo o a sus propias reacciones fisiológicas.

Algunos autores han estudiado el papel de la atención en los trastornos de ansiedad, asignándole distintos términos, Botella y Ballester (1997) citan a algunos autores tales como Clarck 1988 el cual utiliza el término "hipervigilancia", Ehlers en 1991, y Carver junto con Scheier lo llaman atención selectiva, mientras que por su parte Mechanic (1983) lo tratan como introspección, y por último conciencia corporal es el término que le dan Miller, Murphy y Bus (1991)

El entrenamiento de las técnicas de distracción tiene dos objetivos, el primero radica en ayudar al paciente a desviar la atención que centra en sus propias sensaciones corporales, hacia otro estímulo que pueda competir con dichas sensaciones, y por otro lado que el individuo deje de pensar en las interpretaciones catastróficas en el momento en que comience a percibir esas reacciones corporales como amenazantes.

## 2.2.7 Intervención en crisis

De acuerdo con Slaikeu, (1996) una *crisis* es un estado temporal de gran desorganización emocional y perturbación, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para solucionarla a través de sus propios recursos obteniendo un resultado positivo o negativo. El estado de crisis esta limitado en tiempo, regularmente manifestado por un suceso que lo precipita, y su resolución final depende de numerosos factores, como lo son la gravedad del suceso y los recursos personales del individuo.

La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, puede entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a métodos de mejoría (*prevención primaria*) antes de que ocurran los sucesos críticos de la vida, a reducir los efectos debilitantes de la crisis vital (*prevención secundaria*); y finalmente a reparar el daño por crisis vitales no resueltas, (*prevención terciaria*)

Respecto a las estrategias de intervención en crisis de la prevención secundaria, a la cual nos enfocaremos, podemos identificar dos aspectos muy relevantes:

La primera ayuda psicológica inmediata: Primeros Auxilios Psicológicos e Intervención de Segunda Instancia (terapia breve)

### 2.2.7.1 Primeros Auxilios Psicológicos

La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es reestablecer el enfrentamiento inmediato. Para las personas que se encuentran en crisis, el punto crucial del asunto es que ellas se sienten incapaces de tratar con las circunstancias abrumadoras que confrontan en ese momento

El objetivo principal del asistente, entonces, es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento 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 (Lazarus, 1980, c.p. Slaikeu, 1996).

#### 2.2.7.1.1 Intervención en crisis vía telefónica

La característica más distintiva de la orientación por teléfono es que la ayuda que se proporciona a la persona en crisis se realiza dejando de lado las señales verbales, como son los gestos faciales y el lenguaje corporal y se apoya exclusivamente en las palabras que se hablan entre el asistente y la persona en cuestión.

Existen tres submetas de los primeros auxilios Psicológicos que dan dirección a la actitud del asistente, las cuales pueden realizarse a través de vía telefónica:

1. Proporcionar apoyo: "Es mejor para las personas no estar solas, en tanto que soportan cargas extraordinarias", el apoyo se convierte en uno de los aspectos más humanos de la intervención
2. Reducir la mortalidad: se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante la crisis. Tomar medidas para hacer mínimas las posibilidades destructivas y desactivar la situación.
3. Proporcionar enlace con fuentes de asistencia: se vincula esta tercera submeta de modo directo con nuestra definición de la crisis vital como un periodo en el que los suministros y recursos personales se han agotado. (Millar & Iscoe 1963, c.p. Slaikeu, 1996).

A continuación se describen los componentes de los primeros auxilios psicológicos, vía telefónica.

## 1. Realización del contacto psicológico

El principal medio para lograr el contacto con un paciente, es la voz del orientador, lo que incluye lo que éste dice y como lo dice para que el paciente se sienta comprendido, aceptado y para que un aire de calma comience a reemplazar la agitación y la confusión de la crisis, el orientador en su tono de voz necesita ser tranquilizante y calmante, las estrategias para realizar el contacto por teléfono de acuerdo a Slaikeu, (1996) son:

- Escuchar de manera atenta los hechos y los sentimientos
- Hacer uso de aseveraciones reflexivas, empáticas, para hacerle saber al paciente que el orientador lo escucha, comprende y acepta lo que esta diciendo.

Los Objetivos son los siguientes:

- Que el paciente se sienta comprendido, aceptado, apoyado
- Reducir intensidad de la perturbación emocional
- Iniciar la reactividad de las capacidades de resolución de problemas

Por su parte Gomez, (1994) describe algunas actitudes y habilidades básicas para facilitar la comunicación telefónica, de las cuales se describen las siguientes:

a) Actitud positiva incondicional. El facilitador de la intervención debe comunicar a la persona aceptación genuina, o al menos la disposición para tener esta incondicionalidad.

b) Congruencia. Ser congruente implica ser auténtico, espontáneo y desenvolverse con naturalidad, sin pretensiones ni defensas.

c) Empatía. Se refiere al acercarnos al mundo del paciente como si fuera nuestro. Sentir su miedo, coraje y confusión como si fueran propios pero sin que se mezclen con la propia experiencia de esos sentimientos.

## 2. Examen de las dimensiones del problema

El segundo componente implica la evaluación de las dimensiones o parámetros del problema. La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato.

Es importante conocer los acontecimientos que condujeron al estado de la crisis (pasado inmediato); cual es el funcionamiento actual, acerca de sus fortalezas y debilidades, cuales son sus recursos personales y sociales (presente); y decisiones inminentes, para los próximos días (futuro inmediato)

El objetivo principal de este segundo aspecto de los primeros auxilios psicológicos es trabajar hacia un orden jerárquico de las necesidades de la persona de dos categorías:

- 1) Conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata
- 2) Conflictos que pueden dejarse para después.

Una táctica útil es plantear preguntas abiertas: ¿Qué es lo que ha estado pasando de manera reciente para hacer que las cosas sean tan difíciles para usted ahora mismo?, o "Dígame más acerca de lo que le ha estado angustiando recientemente".

Una ventaja de la intervención en crisis por teléfono, es que el asistente puede hacer anotaciones por escrito en tanto que la conversación sigue en curso.

## 3. Análisis de posibles soluciones

Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después.

Algunos comportamientos del asistente son los siguientes:

- Preguntar que es lo que el paciente ha intentado hasta ahora
- Examinar que es lo que el paciente puede o podría hacer ahora
- Proponer nuevas alternativas

El objetivo principal es identificar una o mas soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores.

Al seguir un principio básico de la intervención en crisis, ponemos a la gente a hacer tanto como pueden por si mismos, incluso si solo es para generar alternativas acerca de qué hacer en esa situación en particular.

Dos cuestiones en el proceso son la importancia de adiestrar a algunos pacientes para aun considerar la idea de que existen posibles soluciones, y la importancia de analizar obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

#### 4. Ejecución de pasos concretos

Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis, se trata de dar el mejor paso, es relevante recordar que lo que se desea es que el paciente haga tanto como sea capaz.

La distinción entre las intervenciones facilitadoras y directivas es especialmente importante para la intervención vía telefónica, puesto que la misma concede lineamientos para que el orientador implique o no a otras partes (familia, amigos, otras instituciones), si el riesgo de mortalidad es bajo y el paciente se presenta como alguien capaz de resolver la situación, entonces el orientador destina energía hacia la ayuda del paciente, sin embargo cuando la mortalidad es alta, el orientador realiza una intervención directiva.

En general el asistente puede entonces, proveer indicaciones que sean puntuales y facilitadoras para la resolución de la crisis. En tales situaciones el

terapeuta puede establecer lineamientos como: "Tu puedes pensar que éstas enloqueciendo o enfermo de la mente, pero no creo que lo estés".

## 5. Seguimiento

Implica extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso, la principal actividad del asistente aquí es especificar un procedimiento para que juntos entren en contacto en un tiempo posterior, el objetivo del seguimiento es ante todo, completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos.

### 2.2.7.2. Intervención en crisis a través del E- mail

Polauf, (1997) refiere que las condiciones de e- mail y la terapia breve en intervención en crisis se deben a motivaciones similares: una necesidad de responder rápidamente, de bajo costo, fácil accesibilidad y eficacia en los objetivos.

Quando se combinan juntos la intervención en crisis basado en e- mail puede resultar una importante herramienta para los profesionales de salud mental, la teoría y técnica de las situaciones en crisis no requiere extensas modificaciones en la comunicación si se realiza por e-mail, entre el paciente y el terapeuta.

Es importante diferenciar la intervención en crisis y los servicios de traumatización, ya que estos últimos requieren usualmente servicios de hospitalización, la intervención en crisis requiere de consejería en un tiempo limitado bajo fases estructuradas, con objetivos concretos y ejercicios de resolución de problemas y la misión en general de reestablecer el equilibrio psicológico y físico del individuo .

La intervención en crisis basado en el e- mail es una innovación práctica y eficiente que puede aportar las intervenciones de salud mental a los hogares de millones de personas.

A continuación se presentan las diferencias entre las intervenciones en crisis, mediadas por e-mail y presenciales en una Institución

Aspecto	Intervención en crisis a través del E-mail	Instituciones tradicionales basadas en intervención en crisis
Presentación del problema	El problema es enmarcado durante el inicio de mensajes como una perturbación a lo contrario de un estado de tranquilidad	El problema se define en términos cotidianos, conceptualizándolo a modo de un fenómeno de tiempo limitado como un resultado o adaptación disfuncional.
Fuente de remisión	Auto referencia	Principalmente profesionales de la salud mental: Instituciones de salud pública
Teoría y orientación terapéutica fundamental	Principalmente la teoría de la personalidad (psicoanalítica, cognitiva y teoría del aprendizaje)	Lo mismo
Diagnostico de acuerdo al DSM- IV	Importante, pero no se utiliza debido a la necesidad de lograr la solución de problemas inmediata.	Lo mismo
Evaluación psicosocial	Igual que el enfoque tradicional, pero un poco mas difícil debido a la naturaleza del medio	Sistemática y evaluación breve de la naturaleza del problema del individuo trabajando individualmente de acuerdo a sus habilidades y capacidades de adaptación general, la disponibilidad de la familia, los amigos, y los recursos de la comunidad. La historia extensa no es parte del tratamiento principal.
Fase inicial	Explorar el problema y replantear en términos cognitivos, infundir esperanza, permitir ventilación. El terapeuta ofrece una hipótesis tentativa sobre la naturaleza del problema y la dinámica del paciente. El plan de tratamiento esta construido tempranamente con énfasis en tiempo limitado	Lo mismo

Principios del tratamiento	Se alienta al paciente a mantener un sentido de autonomía de la estipulación de objetivos que se establece, el plazo del tratamiento es discutido y acordado. A los pacientes se les ayuda a encontrar soluciones basadas en sus propias capacidades internas, y directivas de asesoramiento.	Lo mismo
Metas de Tratamiento	El alivio de síntomas, la restauración de funcionamiento, consciencia del estrés, y el aumento de repertorio de habilidades para resolver problemas	Lo mismo
Finalización del Tratamiento	Parte del tratamiento del contrato. Nuevos problemas implican la creación de nuevos contratos. La terminación es vista como un componente esencial para la promoción de la autonomía del cliente	Lo mismo
Seguimiento	Debe ser por iniciación del cliente	Normalmente iniciado por el cliente
Designación de tiempo	Por lo general el terapeuta esta disponible mas de una vez a la semana hasta que se resuelva el problema	Varias sesiones por semana para lograr la reducción progresiva del problema hasta que éste finalice.
Forma en la que el terapeuta se da a conocer	Varia, pero los sitios web suelen incluir el tratamiento del terapeuta e información de interés profesional.	Normalmente limitada por las normas de las Instituciones de Salud
Escenario	Casi en su totalidad es practica privada	Casi en su totalidad en las Instituciones
Cualificaciones profesionales	No reglamentada	Por lo regular, los organismos estatales a base de licencias y certificación. Los terapeutas deben cumplir las regulaciones locales del

		estado. Por lo general la practica es supervisada
Pago	Algunos terapeutas la ofrecen gratuitamente	Por lo general gratis en Instituciones de salud pública, y asistencia local.
Las referencias externas	Difícil debido al medio	Ocasionalmente, dada la cercanía geográfica de las Instituciones.

Tabla 4. Diferencias entre la intervención en crisis a través de e-mail e Instituciones de salud. (Extraída de Polauf 1997, págs. 1-2)

### 2.2.7.3 Intervención de segunda instancia

Slaikeu en 1996 refiere que la peculiaridad de la intervención en segunda instancia o terapia para crisis consiste en que el terapeuta se encamina a auxiliar al paciente una vez que ha ocurrido el impacto de la crisis.

Dicha intervención es definida como: Traslaborar el incidente de modo que éste se integre de manera más funcional en la rama de la vida, para dejar al paciente abierto, para encarar el futuro.

Este proceso de traslaboración es un esfuerzo mucho más extensivo que los primeros auxilios, requiriendo más tiempo y un nivel más alto del entrenamiento del terapeuta.

La intervención en segunda instancia es más efectiva cuando coincide con el periodo de la desorganización de la crisis en si misma (seis o más semanas), ya que alguna modalidad de la reorganización de manera inevitable tendrá lugar en ese periodo, el propósito de la intervención es incrementar la posibilidad de que la reorganización sea hacia el crecimiento y se aleje del debilitamiento.

En esta intervención se pretende ayudar al paciente a:

- a) Sobrevivir físicamente a la experiencia de la crisis
- b) Identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis
- c) Obtener un dominio cognoscitivo de la crisis
- d) Realizar toda una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis.

## 2.3 Experiencias Similares

Son diversos los autores que han investigado la eficacia del tratamiento del Trastorno de Pánico a través de Internet bajo el modelo cognitivo conductual, cabe señalar que dicho trastorno implica la presencia de crisis de ansiedad repetitivas e inesperadas, seguidas de la aparición durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis, por tanto esta directamente relacionado con el presente trabajo.

A continuación se describen algunos estudios referentes a lo anterior.

En un estudio realizado por Klein, B. & Richards, J. (2001) se investigó la eficacia de la intervención terapéutica a través de internet para personas diagnosticadas con Trastorno de pánico, veintidós fueron los participantes que cumplían este criterio, y fueron asignados aleatoriamente para el tratamiento, tomándolo por cuenta propia o bajo un estado de vigilancia. El estudio se llevó a cabo mas de tres semanas, en donde 1 semana antes de la intervención los participantes estuvieron en constante monitoreo y seguido por una semana de post evaluación (una vez concluido el tratamiento), la evaluación consistió en el efecto negativo del pánico, la autovigilancia y la sensibilidad a la autoeficacia en la gestión del pánico.

Los resultados indican que hubo una reducción significativa en las variables que medían, excepto en la sensibilidad a la ansiedad y la comorbilidad de la depresión, los autores concluyen que este tipo de intervenciones para las personas con el miedo a los ataques de pánico tiene la promesa como un eficaz y económico método para el tratamiento de ataques espontáneos.

Dos años mas tarde, Richards, F. Klein, B. Carlbring, P (2003). realizaron una revisión principalmente en las investigaciones de la Universidad de Ballarat, (Australia) y la Universidad de Uppsala en Suecia respecto al tratamiento del trastorno de pánico a través de Internet, uno de los trastornos de ansiedad mas discapacitantes en la población en general, encontrando que la intervención a través

de Internet es efectiva, más que cualquier otra terapia de auto-ayuda, ya que es asociada a cambios clínicamente significativos en la mejora del bienestar psicológico y funcionamiento.

Esta revisión también se encargó de analizar la credibilidad del tratamiento a través de la satisfacción de los participantes, así como la evaluación y la gestión de las crisis, los autores concluyen que aunque prometedor como una forma de intervención, hay la necesidad de investigar más sobre la eficacia de dicho trastorno, comparándolo con la terapia cara a cara.

Por su parte Emmelkamp, P. & Lange, A. (2004) realizaron un protocolo de tratamiento a través de Internet para el trastorno de pánico con agorafobia para un estudio de caso, consistía en reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, exposición en vivo y la prevención de recaídas, todos estos administrados a través de e-mail, los autores concluyen que esta modalidad parece ser eficaz para el trastorno de pánico con agorafobia.

Después del tratamiento, el paciente ya no presentaba ataques de pánico ni agorafobia, en lo que respecta al seguimiento a 1 año el trastorno se encontraba en remisión completa.

Otro importante estudio fue el realizado por Carlbring, Nilsson, Waara, Kollenstam, Buhrman, Kaldo, et. al. (2005) quienes llevaron a cabo un ensayo aleatorio con 49 participantes diagnosticados con trastorno de pánico con y sin agorafobia, dividiéndolos aleatoriamente en dos grupos, en el primero se aplicó un tratamiento presencial de terapia cognitivo conductual, mientras que al segundo grupo se le aplicó un tratamiento de autoayuda por medio de Internet, con un contacto mínimo del terapeuta a través del e-mail. Ambos grupos con una duración de 10 semanas, y 10 módulos respectivamente.

Los resultados de este estudio en general, muestran que el tratamiento a través de Internet puede ser igual de eficaz que la terapia presencial, por tanto este estudio aportó pruebas para apoyar el uso y el desarrollo de programas de autoayuda a través de Internet.

Otros estudios posteriores, como es el caso el de los autores Carlbring, Boham, Brunt, S. Buhman, Westling, Andersson, et. al. (2006), evaluaron la intervención de un programa de auto ayuda por medio de la biblioterapia, a través de Internet complementada por cortas llamadas telefónicas a 60 participantes que padecían trastorno de pánico con y sin agorafobia, y que habían sido evaluados por teléfono a través de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV. Dichos participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo control y a un tratamiento basado en terapia cognitivo conductual más un mínimo contacto con el terapeuta a través del e- mail, proporcionando apoyo al participante con una llamada telefónica semanal.

Los resultados indican que todos los participantes mejoraron significativamente en todas las dimensiones evaluadas como interpretaciones corporales, cogniciones catastróficas, evitación y en general disminuyó la ansiedad, depresión y aumentó la calidad de vida.

De acuerdo a una entrevista telefónica después de concluir la intervención el 77% de los participantes dejaron de cumplir los criterios del trastorno de pánico, en lo que respecta al seguimiento a los 9 meses, los participantes mantenían la mejoría como cuando terminaron el tratamiento, los autores concluyen que el estudio realizado arroja pruebas positivas sobre el uso del tratamiento bajo esta modalidad.

### III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

#### 3.1 Finalidades

Al realizar las prácticas profesionales dentro de Psicoterapia Vía Internet, se persiguieron cuatro finalidades; la primera, radica en la obtención de práctica y experiencia en la adquisición de habilidades clínicas, partiendo de los conocimientos previos logrados a lo largo de la licenciatura, lo que me permitió tener un crecimiento profesional y personal.

La segunda finalidad reside en brindar a los pacientes la atención psicológica que les permite tener una mejor calidad de vida en su bienestar emocional y salud mental, contribuyendo así a una mejor relación interpersonal dentro de la sociedad.

La tercera finalidad radica en la elaboración de un manual que cuente con las estrategias necesarias para que los terapeutas del Proyecto Psicoterapia en Línea, puedan hacer intervenciones Psicológicas con pacientes que solicitan apoyo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" en especial aquellas que lleguen a presentar trastornos de ansiedad, de donde parten las crisis de ansiedad.

Derivado a lo anterior surge la cuarta finalidad que consiste en el entrenamiento de dicho manual a estudiantes que realizan practicas profesionales en "*Psicoterapia vía Internet: Una Alternativa para la Formación de Habilidades Clínicas y de Terapia a Distancia*", permitiéndoles un desarrollo profesional de mejor calidad, desarrollando competencias profesionales, y adquirir los conocimientos adecuados para hacer frente satisfactoriamente a situaciones de crisis de ansiedad.

#### 3.2 Población destinataria

Las Practicas Profesionales están destinadas a estudiantes del septimo semestre de la Lic. de Psicología, los cuales hayan cubierto el 70% de créditos y tienen un promedio mínimo de 8.

La población a la cual se le dio terapia vía Internet son personas mayores de 18 años que padecen trastornos de ansiedad y depresión en un rango leve y moderado, que cuentan con conocimientos previos en el manejo de Internet, los cuales realizan una solicitud en el Centro de Servicios Psicológicos, "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología y son canalizados a Psicoterapia vía Internet.

Y lo que respecta al entrenamiento del Manual "Intervención en crisis de ansiedad, vía Internet" se llevo a cabo con 4 estudiantes, (3 de sexo femenino y 1 masculino) de 8° semestre de la Lic. de Psicología, que se encontraban inscritos en el programa de titulación por Practicas Profesionales, en "*Psicoterapia vía Internet: Una Alternativa para la Formación de Habilidades Clínicas y de Terapia a Distancia*"

### 3.3 Espacio de trabajo

El espacio de trabajo para llevar a cabo las Practicas Profesionales y en donde se realizó el servicio de intervención terapéutica en línea fue en el Laboratorio de Enseñanza Virtual ubicado en el piso 1 del edificio B de la Facultad de Psicología, UNAM.

Mientras que el entrenamiento a los estudiantes, se llevo a cabo en el cubículo 18 del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" ubicado en el edificio D, de Postgrado de la Facultad de Psicología, UNAM.

### 3.4 Fases y actividades por las que discurrió el proyecto

En la siguiente tabla se muestran las actividades que se realizaron durante 3 semestres, en los cuales se obtuvo el conocimiento y habilidades para poder llevar a cabo la Intervención Terapéutica en Línea.

No. de semestre	Actividades realizadas
<b>Primer semestre</b>	Se recibió capacitación en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención terapéutica a través de Internet</li> <li>• Depresión y su tratamiento</li> <li>• Trastornos de ansiedad y su tratamiento</li> <li>• Se asistió a un curso de Búsquedas de datos.</li> <li>• Participación como apoyo técnico en "1er. Foro Internacional sobre Enseñanza Virtual y Ciberpsicología"</li> </ul>
<b>Segundo semestre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó la Intervención terapéutica a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, bajo supervisión.</li> <li>• Realización del anteproyecto del Informe de Practicas Profesionales.</li> <li>• Asistencia a los cursos "Habilidades Clínicas" y "Principios de composición escrita"</li> </ul>
<b>Tercer semestre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se continuó con el servicio de intervención terapéutica a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.</li> <li>• Realización del Manual y de "Intervención en crisis de ansiedad, vía Internet" y entrenamiento a estudiantes del 8vo. Semestre de la Facultad de Psicología.</li> </ul>

Tabla 5. Fases por las que se discurrió en las Practicas Profesionales para realizar intervenciones terapéuticas en Línea y llevar a cabo el entrenamiento a estudiantes.

A continuación se describen las actividades realizadas para la elaboración del Manual de Intervención en Crisis de ansiedad y para el entrenamiento aplicado a los estudiantes de la Facultad de Psicología:

Mes	Actividades
Primero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión bibliográfica</li> <li>• Establecimiento de objetivos del programa</li> </ul>
Segundo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo del manual</li> </ul>
Tercero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de instrumentos de evaluación: pretest y postest,</li> <li>• Planeación del programa de entrenamiento</li> </ul>
Cuarto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentación del programa y manual.</li> </ul>
Quinto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de resultados</li> </ul>
Sexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de resultados</li> </ul>

Tabla 6. Fases por las que discurrió la realización del manual y entrenamiento a estudiantes

En seguida se muestra el programa que se siguió para el entrenamiento a estudiantes del Manual "Intervención en Crisis de Ansiedad, vía Internet", con una duración de 9 hrs.

	<b>Día 1</b>	<b>Día 2</b>	<b>Día 3</b>
<b>Objetivo</b>	El objetivo de día es dar la presentación del curso indicando la forma de trabajar, aplicando un pre-test y explicando las actividades que se harán a lo largo del curso. Se expondrá el tema I "Todo acerca de las crisis de ansiedad"	El Objetivo del día es capacitar a los estudiantes para que aprendan a intervenir en crisis de ansiedad eficazmente en línea.	El objetivo del día es que los estudiantes adquieran conocimientos acerca de la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para trabajar con crisis de ansiedad, minimizando su aparición.
<b>2:00-3:30</b>	En la primera hora y media se dará la bienvenida al curso, aplicación del pre – test e inicio de la exposición del primer tema del Manual: Definición, etiología, categorías, frecuencia e intensidad	En la primera parte del día se le enseñara a los pacientes las estrategias necesarias para poder intervenir en crisis, vía Internet. Se realizara un ejercicio para inducir a los estudiantes a una hiperventilación para que comprendan más acerca del tema y logren una mayor empatía con los pacientes.	Se enseñaran las técnicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Respiración diafragmática</li> <li>• Reestructuración cognitiva</li> </ul>
<b>03:30-03:45</b>	<b>Descanso</b>	<b>Descanso</b>	<b>Descanso</b>
<b>03:45-05:00</b>	Se continuara explicando con el círculo vicioso de las crisis de ansiedad, importancia de la hiperventilación y cogniciones y calidad de vida de los pacientes.  Dudas y comentarios del día	Se hará un rol- playing para conocer y retroalimentar las habilidades de los estudiantes.  Dudas y comentarios del día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de distracción</li> </ul> Se realizara un rol playing para poder conocer las habilidades que adquirieron los estudiantes. Dudas y comentarios del día Se aplicara el post test

Tabla 7. Programa de Entrenamiento del "Manual de Intervención en Crisis de Ansiedad, vía Internet"

### 3.5 Materiales, instrumentos y recursos

A continuación se describen los recursos que se utilizaron para la Intervención terapéutica:

- Cubículo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" para la realizar entrevistas presenciales.
- Manual de "Psicoterapia vía Internet"
- Inventarios y cuestionarios de evaluación, formatos de consentimiento.
- Computadora con diadema, y con conexión a Internet
- Servidor de mensajería instantánea

Para la realización del Manual "Intervención en Crisis de Ansiedad" se utilizaron diversas fuentes bibliográficas; y en lo que respecta al entrenamiento aplicado a los estudiantes se utilizó lo siguiente:

- Manual para la Intervención en crisis de ansiedad, vía Internet
- Presentación en PowerPoint.
- 1 Proyector
- 1 pantalla
- 1 computadora
- Pre test
- Post test
- Lectura "Componente educativo de la ansiedad" (Botella y Ballester, 1997)
- Lectura "La discusión cognitiva de los pensamientos catastróficos" (Botella Y Ballester, 1997 )
- Lectura "Argumentos que apoyan el modelo biológico del pánico" (Botella y Ballester, 1997)

### 3.6 Mecanismos de Evaluación

En lo que respecta a las evaluaciones utilizadas para el crecimiento profesional dentro de las Practicas Profesionales, en donde se recibió capacitación

se utilizaron cuestionarios acerca de los conocimientos adquiridos a lo largo de la capacitación durante el primer semestre de Practicas Profesionales.

En lo que refiere a los pacientes atendidos, a lo largo de toda la intervención terapéutica se realizaron evaluaciones, tales como Inventarios de ansiedad y depresión, cuestionarios de Creencias Irracionales, Calidad de Vida, Alianza terapéutica, auto registros, entre otros, algunas de estas evaluaciones se aplicaban a los pacientes antes y después del tratamiento,

La evaluación del entrenamiento a los estudiantes, consistió en la aplicación de un pretest, antes de iniciado el entrenamiento y un postest una vez terminado el entrenamiento, (Anexo 2) el cual consistió en un cuestionario de 22 reactivos de opción múltiple que abarcaba los aspectos teóricos de las crisis de ansiedad y los aspectos de intervención en el tratamiento mediante técnicas cognitivo conductuales.

## IV. RESULTADOS

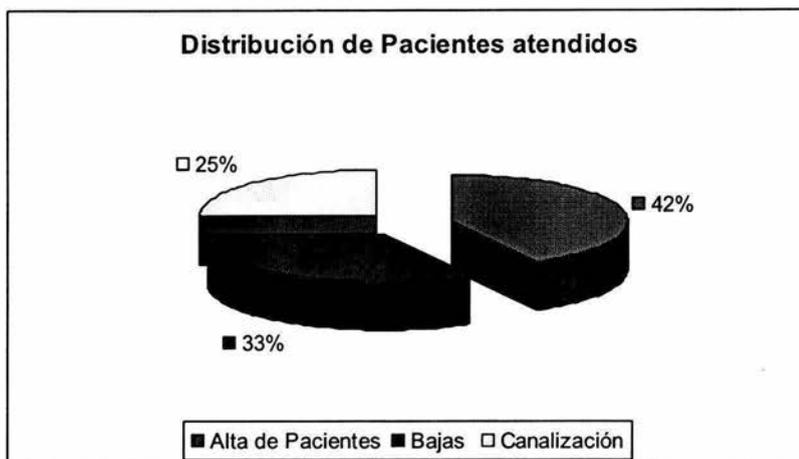
A continuación se presentan los resultados separándolos en dos apartados, en el primero se describe lo que respecta a la Intervención terapéutica brindada a los pacientes atendidos durante las prácticas profesionales, y el segundo apartado hace referencia a los resultados del entrenamiento de estudiantes con el Manual elaborado.

### 4.1 Resultados de la Intervención terapéutica en línea

A lo largo de la estancia en el Laboratorio de Enseñanza Virtual, en donde se realizaron las Prácticas Profesionales, se atendieron a 12 pacientes con diagnóstico en Depresión y Ansiedad leve y moderada de los cuales se dio a 5 pacientes de alta, 3 se canalizaron al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila", ya que dos pacientes decidieron ser tratados bajo la modalidad presencial y el tercero no contaba con la facilidad de conectarse a la terapia en un lugar tranquilo; y 4 pacientes restantes abandonaron el tratamiento, dos de ellos lo hicieron al inicio, uno más en la mitad del proceso y finalmente 1 paciente dejó de asistir cuando solo faltaban dos sesiones para darla de alta.

Cabe señalar que se dio seguimiento a los pacientes, sin obtener respuesta de su parte.

En la siguiente gráfica se muestra en términos porcentuales la distribución de los pacientes que ingresaron a terapia, se observa que el 42% fueron dados de alta, el 25% fueron canalizados, y el 33% fueron dados de baja.



Grafica 1. Porcentaje de la distribución de los pacientes que ingresaron a Psicoterapia en Línea bajo mi atención.

#### 4.1.1 Pacientes dados de Alta

Como se ha mencionado, son 5 los pacientes dados de alta, a continuación se detalla el trabajo realizado con cada una de ellos, considerando su diagnóstico inicial, número de sesiones, técnicas cognitivo conductuales aplicadas y el resultado de la intervención.

##### Paciente 1.

Sexo: Femenino

Edad: 26 años

Motivo de consulta: Crisis de ansiedad

Diagnóstico Inicial: Depresión y Ansiedad moderada, presentando crisis de ansiedad predispuestas situacionalmente y un déficit en asertividad, mediada por conductas sumisas

Número de sesiones: 24

##### Tratamiento

No. de sesiones	Técnicas utilizadas
4 sesiones	Sesiones de evaluación
2 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación de diagnóstico</li> <li>• Psicoeducación</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajación diafragmática</li> </ul>
<b>5 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva</li> <li>• Relajación diafragmática</li> <li>• Relajación progresiva muscular (1er – 5to. grupo muscular)</li> </ul>
<b>5 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalización de la relajación progresiva muscular (6to – 8vo grupo muscular)</li> <li>• Control y expresión de emociones</li> </ul>
<b>3 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en Asertividad</li> </ul>
<b>4 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y Expresión de emociones</li> </ul>
<b>1 sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre del tratamiento</li> </ul>

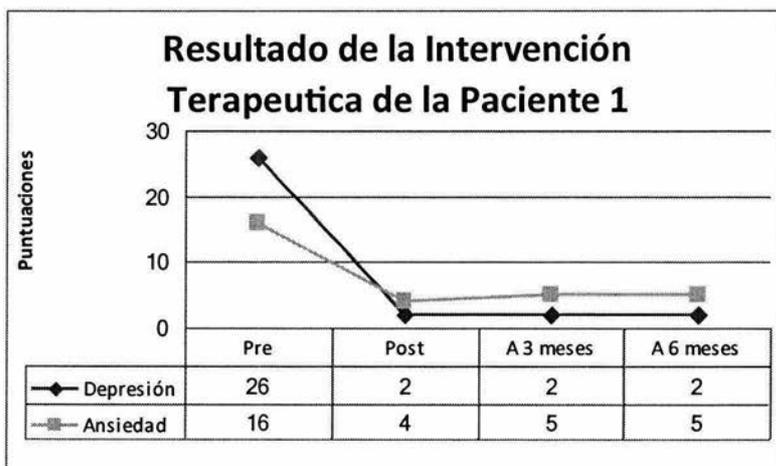
Tabla 8. Tratamiento aplicado a la paciente 1

En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones de ansiedad y depresión que la paciente presentó antes del tratamiento, después de éste y el seguimiento a 3 y 6 meses, una vez concluido.

<b>PACIENTE 1</b>	<b>Inventario de Ansiedad de Beck</b>	<b>Inventario de Depresión de Beck</b>
<b>Pre tratamiento</b>	16 (Leve)	26 (Moderado)
<b>Post tratamiento</b>	4 (Mínimo)	2 (Mínimo)
<b>Seguimiento a 3 meses</b>	5 (Mínimo)	2 (Mínimo)
<b>Seguimiento a 6 meses</b>	5 (Mínimo)	2 (Mínimo)

Tabla 9. Puntuaciones obtenidas del paciente 1 en el pre y post tratamiento y el seguimiento a 3 y 6 meses.

En la siguiente grafica se puede observar que existen diferencias entre las puntuaciones obtenidas de Ansiedad y Depresión antes de la intervención terapéutica, y las obtenidas al concluirla, y en lo que respecta al seguimiento las puntuaciones se han mantenido en niveles mínimos.



Grafica 2. Resultados de las evaluaciones aplicadas antes y después del tratamiento al Paciente 1.

De acuerdo a lo anterior se concluye que la paciente 1 disminuyó sus niveles de ansiedad en un 75% y sus niveles de depresión en un 93% al término del tratamiento.

Es decir, de un 100% de puntuaciones en ansiedad y depresión, la paciente disminuyó en un 84% las puntuaciones, subsistiendo solamente un 6% de los trastornos que presentaba antes de la intervención terapéutica.

#### Paciente 2

Sexo: Masculino

Edad: 57 años

Motivo de consulta: "Me cuesta trabajo controlar mis pensamientos y actitudes".

Diagnostico inicial: Ansiedad y depresión leve

Numero de sesiones: 20

En la siguiente tabla se muestra el tratamiento utilizado para disminuir los niveles de ansiedad y depresión

## Tratamiento

No. de sesiones	Técnicas utilizadas
4 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesiones de evaluación</li> </ul>
1 sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación</li> </ul>
4 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reestructuración cognitiva</li> </ul>
4 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control y expresión de emociones</li> </ul>
3 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en asertividad</li> </ul>
3 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solución de problemas</li> </ul>
1 sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cierre del tratamiento</li> </ul>

Tabla 10. Tratamiento aplicado al paciente 2

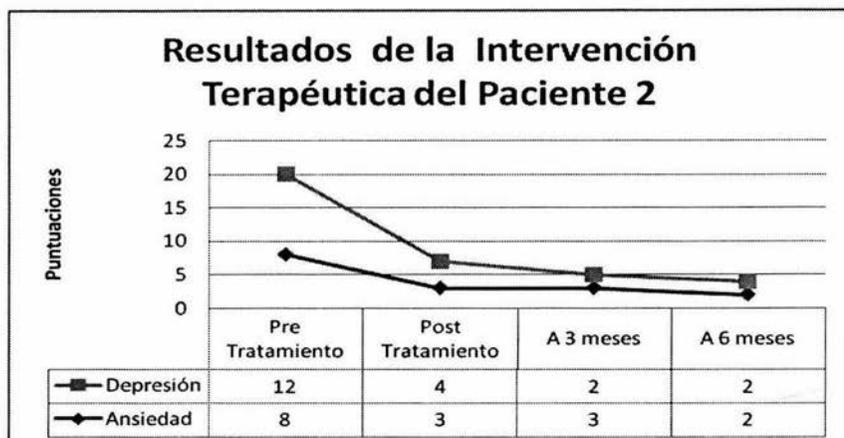
En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones de ansiedad y depresión obtenidas antes y después del tratamiento, y el seguimiento a 3 y 6 meses.

PACIENTE 2	Inventario de Ansiedad de Beck	Inventario de Depresión de Beck
Pre tratamiento	8 (Mínimo)	12 (Leve)
Post tratamiento	3 (Mínimo)	4 (Mínimo)
Seguimiento a 3 meses	2 (Mínimo)	2 (Mínimo)
Seguimiento a 6 meses	2 (Mínimo)	2 (Mínimo)

Tabla 11. Puntuaciones obtenidas del paciente 2 en el pre y post tratamiento, y el seguimiento a 3 y 6 meses.

En la siguiente grafica se muestran las diferencias en las puntuaciones de ansiedad y depresión antes, después del tratamiento, y el seguimiento a 3 y 6 meses.

Se puede observar que una vez concluido el tratamiento los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron a mínimos, y estos se redujeron a lo largo de 6 meses.



Grafica 3. Resultado de la intervención terapéutica aplicada al paciente 2

Dicho lo anterior, se concluye que el paciente 2, de un 100% que presentaba en niveles de ansiedad, disminuyó a un 37.5%, y en cuanto a las puntuaciones de depresión, el paciente disminuyó a un 33.3% al finalizar el tratamiento.

Por tanto de un 100% de puntuaciones de ansiedad y depresión el paciente al concluir el tratamiento solo presentó el 35.4%.

### Paciente 3

Sexo: Masculino

Edad: 30 años

Motivo de consulta: Depresión, ansiedad e inseguridad

Diagnostico inicial: Ansiedad y Depresión moderada, presentando un déficit en asertividad, asumiendo conductas agresivas y en ocasiones sumisas.

Numero de sesiones: 22

En la siguiente tabla se muestra el tratamiento aplicado al paciente durante la intervención terapéutica.

### Tratamiento

No. de sesiones	Técnicas utilizadas
4 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesiones de evaluación</li> </ul>
1 sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explicación del diagnóstico</li> </ul>
7 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reestructuración cognitiva</li> <li>Respiración diafragmática</li> </ul>
5 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control y expresión de emociones</li> </ul>
4 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en asertividad</li> </ul>
1 sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cierre del tratamiento</li> </ul>

Tabla12. Tratamiento aplicado al tercer paciente.

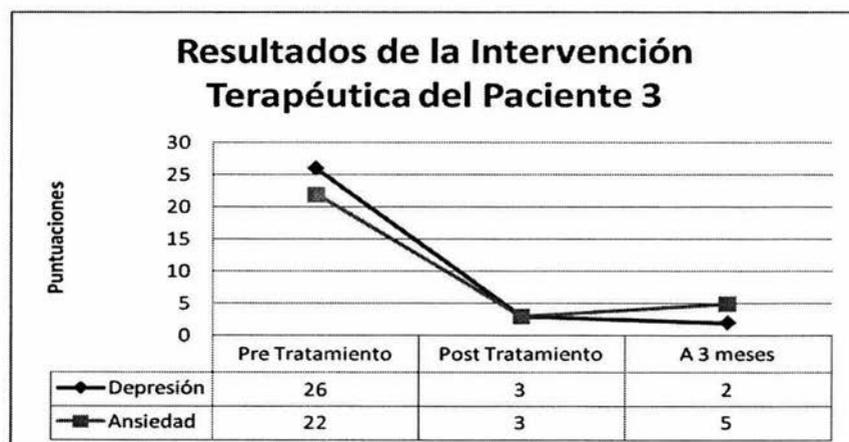
En la siguiente tabla se muestra los resultados de las evaluaciones del paciente antes y después del tratamiento.

PACIENTE 3	Inventario de Ansiedad de Beck	Inventario de Depresión de Beck
Pre tratamiento	22 (Moderado)	26 (Moderado)
Post tratamiento	3 (Mínimo)	3 (Mínimo)
Seguimiento a 3 meses	5 (Mínimo)	2 (Mínimo)

Tabla 13. Resultados de evaluaciones del tercer paciente antes y después del tratamiento

En la siguiente grafica se muestra la diferencia en las puntuaciones de ansiedad y depresión que presentaba el paciente al inicio del tratamiento y las que presentó al finalizar el tratamiento.

Cabe señalar que a este paciente únicamente se le pudo hacer el seguimiento a 3 meses, ya que a los 6 meses no se le pudo contactar.



Grafica 4. Resultado de evaluaciones antes y después del tratamiento en línea al paciente 3

En lo que respecta al paciente 3, de un 100% de niveles de ansiedad que presentaba antes del tratamiento, disminuyó al 13.6%, y respecto a los niveles de depresión disminuyó de un 100% a un 11.5%, presentando esto que sus niveles de ansiedad y depresión disminuyeron de un 100% a un 12.55%.

#### Paciente 4

Sexo: Femenino

Edad: 21

Motivo de consulta: "Sentí una crisis, lloré más de lo que normalmente lo había hecho, y dentro de ese momento me golpeé, me siento asustada de volverlo a hacer o llegar a un grado mayor"

Diagnóstico inicial: Depresión y Ansiedad moderada, presentando déficit de asertividad mostrando conductas pasivas y ocasionalmente agresivas

Número de Sesiones: 28

En la siguiente tabla se muestra el tratamiento aplicado al paciente durante la intervención terapéutica.

### Tratamiento

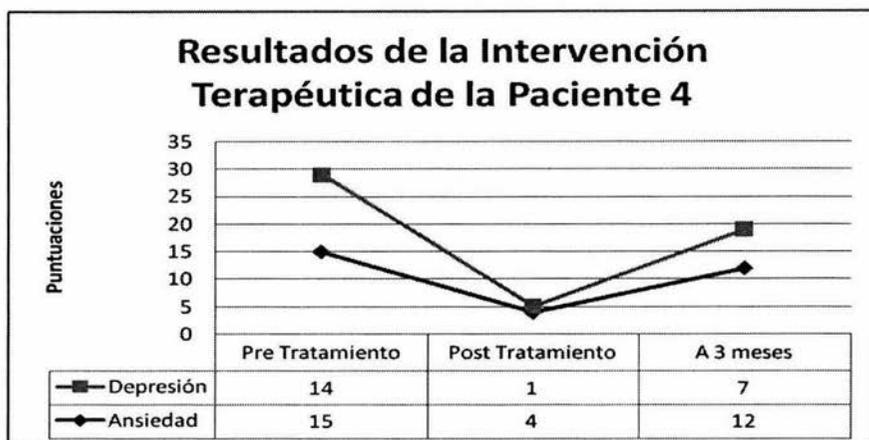
No. de Sesiones	Técnicas Utilizadas
<b>4 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de Evaluación</li> </ul>
<b>2 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración Diafragmática</li> </ul>
<b>6 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración Cognitiva</li> </ul>
<b>6 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión y Control de Emociones</li> </ul>
<b>6 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento Asertivo</li> </ul>
<b>3 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de problemas</li> </ul>
<b>1 sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre</li> </ul>

Tabla 14. Tratamiento aplicado a la paciente 4

PACIENTE 4	Inventario de Ansiedad de Beck	Inventario de Depresión de Beck
<b>Pre tratamiento</b>	15 (Leve)	14 (Leve)
<b>Post tratamiento</b>	4 (Mínimo)	1 (Mínimo)
<b>Seguimiento a 3 meses</b>	12 (Leve)	7 (Leve)

Tabla 15. Resultado de evaluaciones de la paciente 4, antes, después del tratamiento y el seguimiento a 3 meses.

A continuación se muestra la grafica en donde se puede apreciar la diferencia significativa entre las puntuaciones de ansiedad y depresión que la paciente presentaba antes y después del tratamiento.



Grafica 5. Resultado de evaluaciones de la Paciente 4, antes y después del tratamiento.

Como se observa en la tabla y grafica anterior la paciente de un 100% de niveles de ansiedad que presentaba al inicio del tratamiento disminuyó a 26.6% y la depresión disminuyó a 7.14%, en lo que respecta al seguimiento a 3 meses, sus niveles de depresión disminuyeron a 50% respecto a su puntuación inicial, y se observa que en las puntuaciones de ansiedad, la paciente aumentó sus niveles en comparación con sus puntuaciones post tratamiento, manteniéndose aun por debajo de la puntuación pre tratamiento con un 80%.

#### Paciente 5

Sexo: Masculino

Edad: 20

Motivo de consulta: "Tengo muchos problemas con mi pareja, soy muy celoso, desconfiado, no puedo aceptar cosas que creo que la gente normalmente acepta, tengo demasiados pensamientos negativos de mi relación, de mi mismo, de mi familia y de las otras personas."

Diagnostico Inicial: Depresión y Ansiedad moderada, presentando un déficit en asertividad mostrando frecuentemente conductas agresivas

Numero de sesiones: 26

A continuación se muestra el tratamiento aplicado al paciente 5.

### Tratamiento

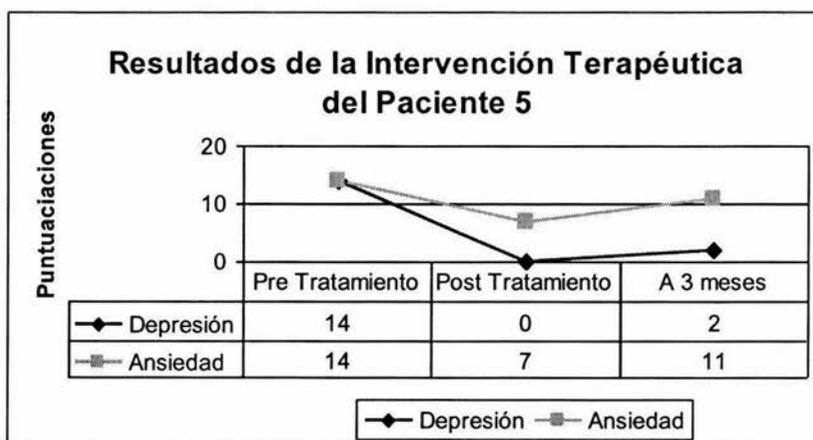
No. de Sesiones	Técnicas Utilizadas
<b>4 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de evaluación</li> <li>• Psicoeducación</li> </ul>
<b>5 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y expresión de emociones</li> </ul>
<b>8 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración Cognitiva</li> </ul>
<b>4 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento Asertivo</li> </ul>
<b>4 sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de problemas</li> </ul>
<b>1 sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre</li> </ul>

Tabla 16. Tratamiento aplicado al paciente 5

En la siguiente tabla se observa las puntuaciones de ansiedad y depresión antes y después del tratamiento del paciente 5.

<b>PACIENTE 5</b>	Inventario de Ansiedad de Beck	Inventario de Depresión de Beck
<b>Pre tratamiento</b>	14 (Leve)	14 (Leve)
<b>Post tratamiento</b>	7 (Mínimo)	0
<b>Seguimiento a 3 meses</b>	11 (Leve)	2 (Mínimo)

Tabla 17. Resultado de evaluaciones antes y después del tratamiento

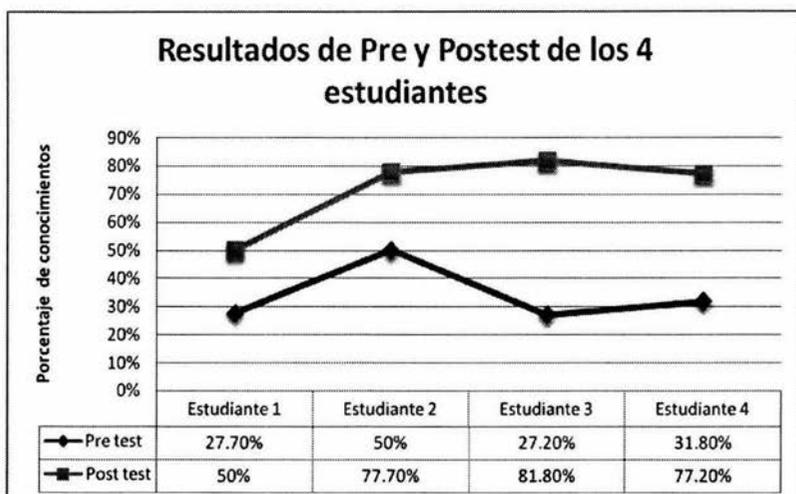


Grafica 6. Resultado de evaluaciones del paciente 5

Como se observa en la tabla y grafica anterior, las puntuaciones de ansiedad disminuyeron en un 50% en el post tratamiento, aumentaron en el seguimiento a 3 meses a un 78% en comparación con la puntuación pre tratamiento, mientras que los niveles de depresión disminuyeron al 100% en el post tratamiento y en el seguimiento a 3 meses los niveles fueron mínimos con solamente una puntuación de 2.

#### 4.2 Resultados del entrenamiento a estudiantes del Manual "Intervención en crisis de ansiedad, vía Internet"

A continuación se muestran los resultados pre y post test del entrenamiento realizado a los estudiantes:



Grafica 7. Resultados de los 4 estudiantes pre y post del entrenamiento.

### Estudiante 1

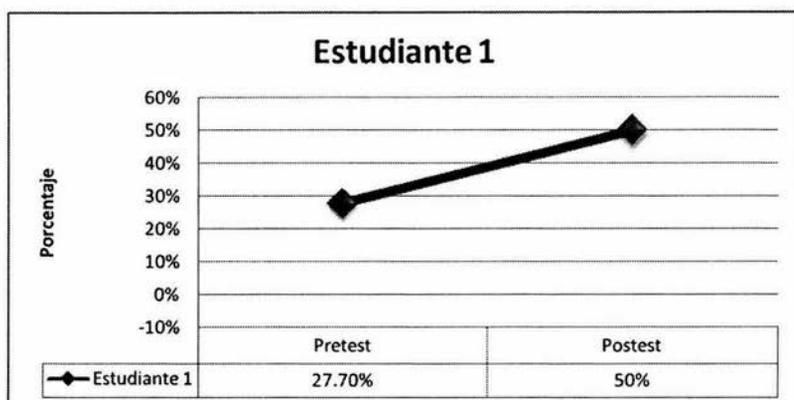
Al aplicar el pretest la estudiante obtuvo 6 aciertos, equivalentes al 27.7% de conocimientos, y al finalizar la intervención sus puntajes aumentaron a 11 aciertos, equivalentes al 50%.

El incremento en conocimientos fue del 22.3%

<b>Estudiante 1</b>	<b>PRETEST (Aciertos)</b>	<b>POSTEST (Aciertos)</b>
<b>Puntaje crudo</b>	6	11
<b>Porcentaje</b>	27.7%	50%

Tabla 18. Resultados del entrenamiento de la estudiante 1.

A continuación se presenta de forma grafica los porcentajes obtenidos de la estudiante 1



Grafica 8. Resultados de conocimientos de acuerdo al pre y post entrenamientos.

### Estudiante 2

Antes del entrenamiento el estudiante obtuvo 11 aciertos equivalentes al 50%, y al finalizar la intervención el estudiante aumento su puntuación a 17 aciertos representado el 77.7 %.

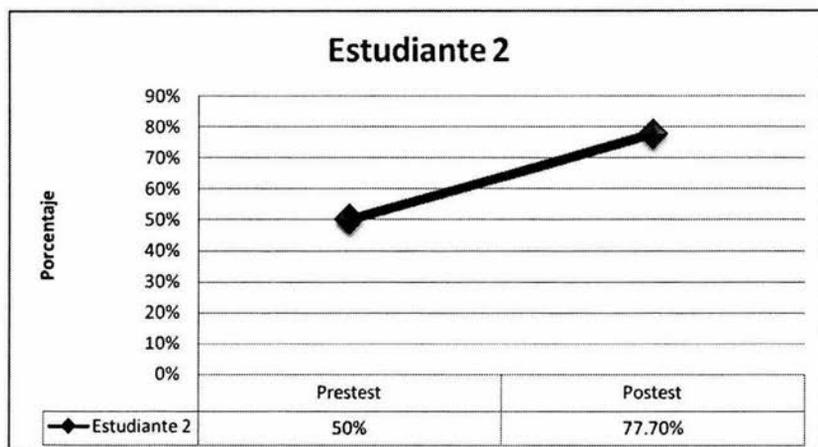
El estudiante incremento sus conocimientos en un 27.7%

A continuación se presenta la tabla en donde se pueden apreciar dichas puntuaciones.

Estudiante 2	PRETEST (Aciertos)	POSTEST
<b>Puntaje crudo</b>	11	17
<b>Porcentaje</b>	50%	77.7%

Tabla 19. Resultados del entrenamiento del estudiante 2

En la siguiente grafica se muestra los resultados obtenidos del estudiante 2, en donde se puede apreciar el incremento de puntuaciones después del entrenamiento.



Grafica 9. Resultados de conocimientos antes y después del entrenamiento

### Estudiante 3

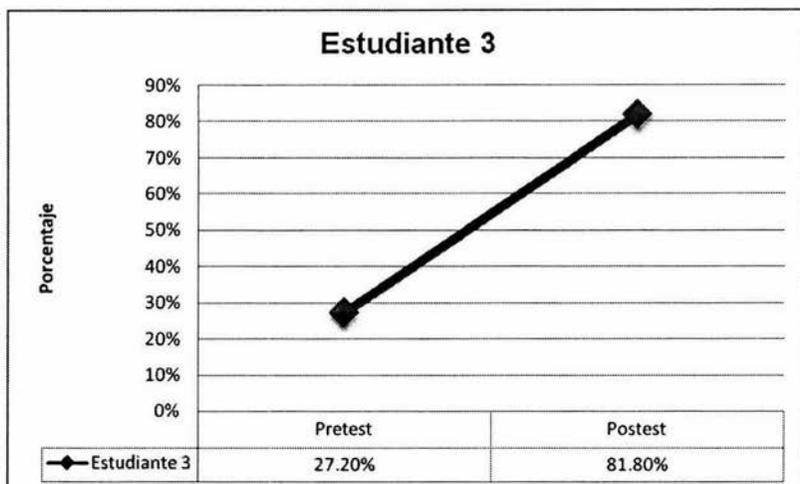
La estudiante obtuvo en el pretest de conocimientos 6 aciertos correspondientes al 27.2%, y en el post test 18 aciertos obteniendo 81.8%, aumentando sus conocimientos en un 54.6%.

Estudiante 3	PRETEST (Aciertos)	POSTEST
Puntaje crudo	6	19
Porcentaje	27.2%	81.8%

Tabla 20. Resultados del entrenamiento a la estudiante 3

En la siguiente grafica se puede ver los resultados del entrenamiento a la estudiante 3, siendo ésta la que obtuvo un mayor aumento en el posttest.





Grafica 10. Resultados de conocimientos antes y después de l entrenamiento.

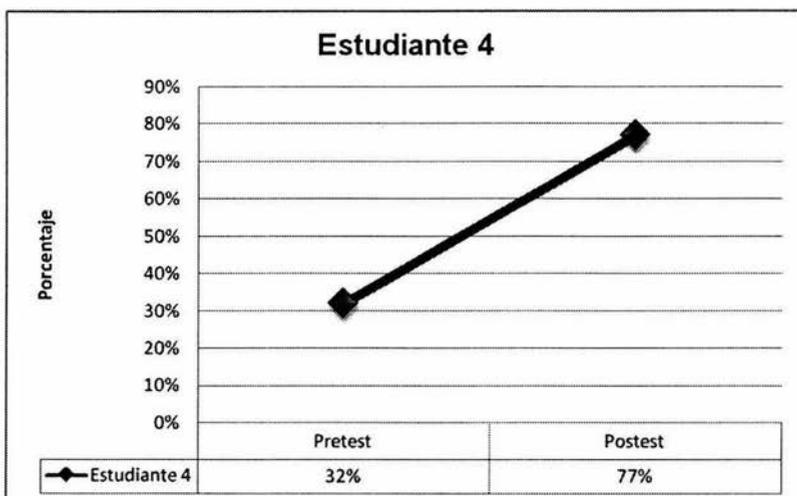
#### Estudiante 4

La estudiante obtuvo en el pretest 7 aciertos equivalentes a 31.8%, después de la intervención sus conocimientos aumentaron a un 77.2% obteniendo 17 aciertos, la estudiante aumento sus conocimientos es un 46.1%

	PRETEST (Aciertos)	POSTEST
<b>Puntaje crudo</b>	7	17
<b>Porcentaje</b>	31.8%	77.2%

Tabla 21. Resultados del entrenamiento a la estudiante 4

En la siguiente grafica se puede apreciar los resultados antes y después del entrenamiento de la estudiante 4.



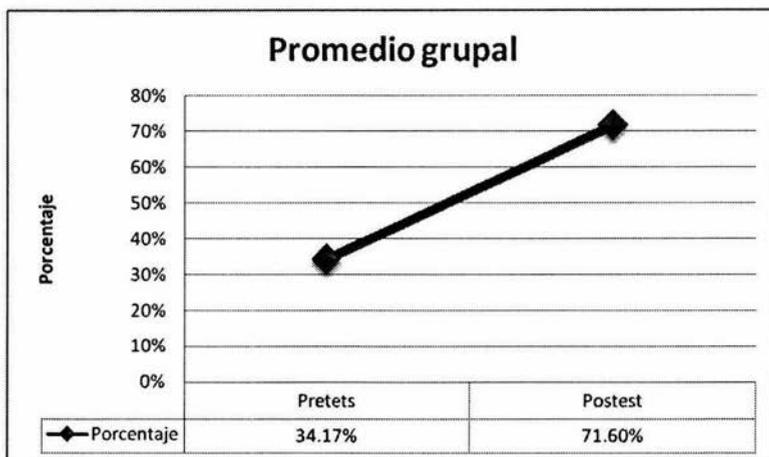
Grafica 11. Resultados de conocimientos antes y después del entrenamiento de la estudiante 4

De acuerdo al promedio obtenido de los 4 estudiantes antes y después del entrenamiento, se puede observar en la siguiente tabla que en el pretest obtuvieron 34.17% y en el postest 71.67%, aumentando sus conocimientos en un 37.5%.

	PRETEST %	POSTEST %
<b>Estudiante 1</b>	27.7%	50%
<b>Estudiante 2</b>	50%	77.7%
<b>Estudiante 3</b>	27.2%	81.8%
<b>Estudiante 4</b>	31.8%	77.2%
<b>Promedio</b>	<b>34.17%</b>	<b>71.67 %</b>

Tabla 22. Promedio del pretest y postest de los 4 estudiantes.

En la siguiente grafica se observa el promedio de los 4 estudiantes

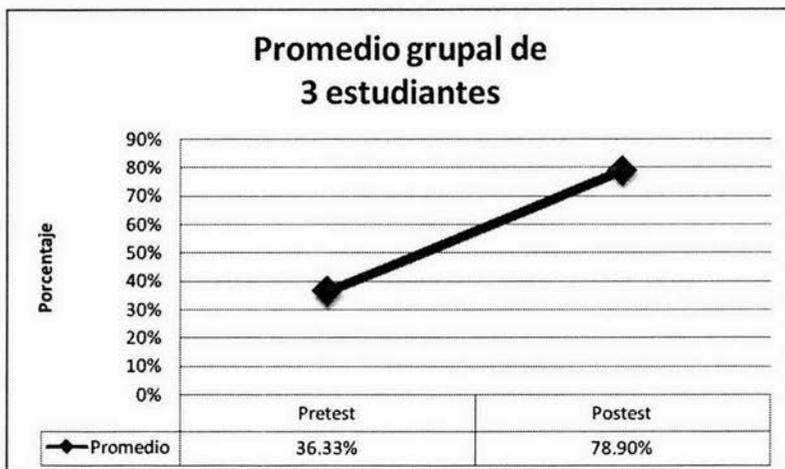


Grafica 12. Promedio de los 4 estudiantes antes y después del entrenamiento.

De acuerdo a lo anterior se observa que la estudiante 1 obtuvo una baja puntuación en el postest afectando así el resultado final del entrenamiento, a continuación se presenta en la tabla y grafica los resultados promedio sin considerar el porcentaje de dicha estudiante.

	PRETEST %	POSTEST %
<b>Estudiante 2</b>	50%	77.7%
<b>Estudiante 3</b>	27.2%	81.8%
<b>Estudiante 4</b>	31.8%	77.2%
<b>Promedio</b>	<b>36.33%</b>	<b>78.9%</b>

Tabla 23. Promedio del pretest y postest de 3 estudiantes.



Grafica 13. Promedio del pretest y posttest de 3 estudiantes.

Dicho lo anterior se observa que el aumento de conocimientos de los 3 estudiantes fue del 42.57%

## V. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se pudo observar, en primera instancia, que la Psicoterapia vía Internet ha representado en los últimos años una importante alternativa de tratamiento psicológico en trastornos de ansiedad y depresión, ya que se ha estudiado la eficacia en la intervención con pacientes en las modalidades leve y moderado, obteniendo resultados efectivos ya que dichos pacientes se han visto beneficiados; entre estos estudios destacan los realizados por Hofmann (1999) quien destaca la accesibilidad y la privacidad de la terapia; años más tarde Gega, Marks y Mataix y cols. (2004) describen diversas estrategias terapéuticas a través de la computadora para los trastornos mentales y así es como cada vez más profesionales de la salud mental ponen en práctica sus habilidades y conocimientos clínicos para llevar a cabo esta nueva modalidad de terapia para los trastornos antes mencionados.

Sí es cierto que la Psicoterapia vía Internet, de acuerdo a distintos autores tiene desventajas, también es muy cierto que tiene valiosas ventajas para los profesionales de la salud mental y para los pacientes, de las cuales podemos destacar la posibilidad de que más personas alejadas físicamente por cuestiones geográficas, pueden contactar a un terapeuta y solicitar un servicio terapéutico; El efecto de recibir terapia, sin ver cara a cara al terapeuta, mejora la comunicación en personas con trastornos fóbicos y obsesivos, o simplemente aquellas que no se sienten cómodas hablando con una persona de frente; La utilización del texto escrito permite mantener las conversaciones para su posterior análisis por parte de los terapeutas y finalmente se puede destacar la comodidad de los pacientes al poder tomar las sesiones, desde donde lo deseen sin tener que recurrir a un consultorio.

En lo que respecta a la experiencia que obtuve dentro del Programa, fue de gran apoyo para mi crecimiento profesional, ya que me brindó el escenario para poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la Licenciatura y desarrollar habilidades clínicas para el ejercicio de mi profesión, esto en gran parte por la capacitación y supervisión constante que recibí a lo largo de mi participación en el

proyecto; Al mismo tiempo me fue muy satisfactorio haber podido atender a personas que requerían de un tratamiento psicológico, ya que además de poder apoyarlos en su motivo de consulta, me brindaron mucho aprendizaje el cual retribuiré en lo futuro.

Aunado a esto y a la primera pregunta de investigación, de acuerdo a los resultados de la intervención terapéutica aplicada a los 5 pacientes, se observa que en promedio los pacientes disminuyeron sus niveles de ansiedad a un 30.54%, y en lo que respecta a sus puntuaciones de depresión, esta disminuyó a un 11.7 % manteniendo así sus niveles mínimos en comparación a la evaluación pre tratamiento.

En cuando al seguimiento a 3 meses, los 3 primeros pacientes mantuvieron niveles mínimos de ansiedad, mientras que los últimos 2 aumentaron sus niveles a leve, por tanto obtuvieron un promedio grupal de disminución de síntomas a un 50% en comparación al pre tratamiento; mientras que en los síntomas de depresión los 5 pacientes mantuvieron niveles mínimos disminuyéndolos a un 19.24% en comparación al pre tratamiento.

Y por último solo a los 2 primeros pacientes se les pudo contactar para realizar el seguimiento a 6 meses, obteniendo de sus evaluaciones niveles mínimos de ansiedad y depresión; sus niveles de ansiedad disminuyeron a un 28.12% mientras que en depresión a un 12.14%.

Debido a lo anterior, se concluye que el tratamiento psicológico realizado a los 5 pacientes, fue de gran ayuda para ellos, ya que disminuyeron sus síntomas de ansiedad y depresión, lo que favorece a una mejor calidad de vida para ellos.

De acuerdo a la elaboración del Manual, se concluye que una intervención en crisis de ansiedad, puede realizarse por medio de Internet, y de forma mas efectiva por medio de audio, si se cumplen con ciertos criterios; entre los autores que apoyan su realización, se encuentra Polauf (1997) que refiere que puede llevarse acabo de forma efectiva, como en una intervención cara a cara, ya que los objetivos

son los mismos, restablecer el equilibrio físico y psicológico, por medio de la resolución de problemas en el momento de la crisis, por su parte Slaikeu, (1996) hace referencia que la realización de intervención en crisis por teléfono, lo que en Psicoterapia vía Internet, representa una sesión por audio, puede llevarse a cabo teniendo siempre presente las actitudes y habilidades que el facilitador debe asumir en el momento de la intervención.

La aportación que se obtiene con la elaboración de dicho Manual, es que los terapeutas, podrán tener en sus manos herramientas específicas para atender a pacientes que presenten trastornos de ansiedad, y podrán conocer específicamente técnicas para disminuir crisis de ansiedad presentadas por los pacientes.

En relación a esto y a la segunda pregunta de investigación, se observó que en el entrenamiento de dicho Manual a 4 estudiantes, incrementaron sus conocimientos sobre dicho tema en un 42.57% en el caso de 3 estudiantes, y en lo que respecta a una estudiante se observó que incrementó sus conocimientos en un 22.3%, alcanzando solamente 50% de los conocimientos de dicho tema.

De acuerdo a lo anterior se infiere que los 3 estudiantes tendrán mas conocimientos y habilidades clínicas para poder atender a pacientes que presenten crisis de ansiedad, en lo que refiere a la otra estudiante se recomienda que amplíe sus conocimientos.

Y bien, es importante mencionar que en dicho entrenamiento, los conocimientos de los estudiantes pudieron ser más consistentes, si hubieran tenido una duración más amplia de entrenamiento, por tanto se recomienda que en lo futuro el tiempo de instrucción se amplíe, para poder así capacitar de manera más efectiva.

## Referencias Bibliográficas

- Abravanel, A. F. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Serie empresarial.
- Amsterdam, E. C. (1995). ¿Preocupación normal... o ansiedad patológica? *Atención Médica*, 17-24.
- Barrientos, G. (24 de Agosto de 2003). *¿Es ético realizar psicoterapia en el ciberespacio?* Recuperado el 1 de Mayo de 2008
- Bobes, J. B. (2002). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Barcelona: Ars Medica.
- Bogiaizian, D. S. (2002). *Combatiendo el miedo al miedo. Manual de autoayuda para combatir el pánico y la agorafobia* (segunda edición ed.). Argentina: Lugar editorial.
- Botella C. y Ballester, R. (1995). Trastorno de Pánico. En Caballo, Buela G. y Carrobles, J. *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1 Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos* (p. 380-390) Madrid: Siglo XXI, España Editores, S.A.
- Botella, C. B. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Boume, E. (1995). *The anxiety & Phobia workbook* (Second edition ed.). Oaklan, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. B. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. Mexico: Siglo XXI.
- Caballo, V. B. (1995). *Manual de psicopatologías y Trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI editores, S.A.
- Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Carabeo, J; Colmenares, E; y Saldivar, G. (2003). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental (Número especial)*, 1999.
- Cárdenas, G. S. (2005). *Psicoterapia en Línea. Manual del Terapeuta*. Mexico: Facultad de Psicología.

Carlbring, P. B. (2006). Remote treatment of panic disorder: A randomized trial of internet- based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry*. V. 163 (12) , 2119-2125.

Carlbring, P. N. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. help via Internet. *Behaviour Research and Therapy*, V. 43 (10) , 1321-1333.

Caro, I. (1997). *Psicoterapias cognitivas*.(3ra. ed) España: Paidós

Chappa, H. (2006). *Tratamiento integrativo del trastorno del pánico. Manual practico*. Buenos Aires: Paidós.

De la Rosa, A. (2007) *Resultados de la intervención psicoterapéutica vía internet para pacientes con trastornos de ansiedad*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM

Díaz, M. C. (20 de 02 de 2008). *Tratamiento de la ansiedad on- line*. Recuperado el 16 de Mayo de 2008, de HYPERLINK <http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/34285>

Dominguez, B. V. (2002). *Manual para el taller teórico- práctico del manejo del estrés* . México: Plaza y Valdes, P y V editores.

Emmelkamp, P. L. (2004). Treatment of Panic Disorder by Internet: A Case Study. . *Verhaltenstherapie* V. 14 (3) , 200-2005.

Espada, J. O. (2005). *Terapia Psicológica. Casos practicos*. Madrid: Ediciones Piramide.

Fauman, M. (2003). *DSM-IV-TR. Guia de Estudio*. Barcelona: Masson.

Giles, M. (25 de 02 de 2001). *Internet & Psicoterapia: desarrollos de las aplicaciones clinicas de la Telesalud*. Recuperado el 16 de Mayo de 2008, de HYPERLINK <http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/2114/>

Gomez, J. (1994). *Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento*. México: Plaza y Valdes Editores.

International Society for Mental Health Online. Suggested Principles for the Online Provision of Mental Health Services. Recuperado el 6 de junio de 2005, de HYPERLINK "<http://www.ismho.org/casestudy/ccsqas.htm>"

International Society for Mental Health Online. Assessing a Person's Suitability for Online Therapy. Recuperado el 6 de junio de 2005, de HYPERLINK <http://www.ismho.org/casestudy/ccsqas.htm>

Jurado, S. (2002) *Génesis, Sintomatología y tratamiento del trastorno de pánico en población del D.F.* Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM

Klein, B. &. (2001). A brief Internet- based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, V. 29 (2) , 113-117.

Lyddon, W. J. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empirico. Aplicaciones actuales y futuras*. México: Manual Moderno.

Medina – Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar- Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4) , 1-16.

Moreno, P. M. (2004). *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes* (3ra. ed.). España: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.

Online, I. S. (s.f.). *Assessing a Person's Suitability for Online Therapy*. Recuperado el 16 de Mayo de 2008, de HYPERLINK <http://www.ismho.org/suggestions.html>

Online, I. S. (2000). *Suggested for the Online for the Online Provision of Mental Health Services*. Recuperado el 16 de Mayo de 2008, de HYPERLINK <http://www.ismho.org/suggestions.html>

Oravec, J. (2000). Online counselling and the Internet: Perspectives for mental health care supervision and education. *Journal of Mental Health* V.9 (2) , 121-135.

Öst, L- G (1987) Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, V. 21 (5) p. 397-409

Polauf, J. (September de 1997). *Telehealth: E-mail as a modality for crisis intervention*. Recuperado el 16 de Mayo de 2008, de HYPERLINK <http://telehealth.net/articles/email.html>

Ramal, J. C. (20 de Febrero de 2008). *Tratamiento on- line de los trastornos depresivos*. Recuperado el 16 de Mayo de 2008

Richards, F. K. (2003). Internet-based treatment for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* V. 32 (3) , 125-135.

Saíz, J. I. (2000). *Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: Masson, S.A.

Slaikou, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para practica e investigación* (segunda edición ed.). Mexico: Manual Moderno.

Suler, J. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5- Dimensional Model of Online and Computer- Mediated Psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior* V. 3 (2) , 151-159.

Vaimberg, R. (21 de Febrero de 2007). *Psicoterapias tecnológicamente mediadas (PTM)*. Recuperado el 16 de Mayo de 2008, de HYPERLINK <http://psiquiatria.com/articulos/internet/2726/>

# **ANEXOS**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

---

---

**“MANUAL DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DE  
ANSIEDAD, VÍA INTERNET”**

**Alejandra Frias González**



Facultad  
de Psicología

# Manual de intervención en crisis de ansiedad, vía Internet

## INDICE

Introducción.....	1
-------------------	---

### Tema I. Acerca de las crisis de ansiedad

Ansiedad normal.....	3
Ansiedad patológica.....	5
Definición de crisis de ansiedad.....	6
Crisis de ataques de síntomas limitados.....	8
Categoría de crisis de ansiedad.....	8
Crisis de ansiedad inesperadas.....	8
Crisis de ansiedad situacionales.....	8
Crisis de ansiedad predisuestas situacionalmente.....	8
Crisis de ansiedad nocturnas.....	9
Frecuencia e intensidad.....	9
Etiología.....	10
Circulo vicioso de la crisis de ansiedad.....	13
Importancia de la hiperventilación en las crisis de ansiedad.....	14
Importancia de las cogniciones en las crisis de ansiedad.....	15
Reacción del paciente al presentar la primera crisis de ansiedad.....	17
Calidad de vida en pacientes que presentan crisis de ansiedad.....	19

### Tema II. Intervención de primeros auxilios.

#### Trabajando crisis de ansiedad que ocurren durante la sesión vía Internet

Trabajando crisis de ansiedad que ocurren durante la sesión vía Internet .....	21
Si la sesión es por audio.....	21

Si la sesión es de forma escrita.....	26
---------------------------------------	----

### **III. Intervención de segunda instancia**

#### **Técnicas para minimizar la frecuencia de las crisis de ansiedad**

Intervención de segunda estancia.....	29
Psicoeducación.....	29
Relajación.....	31
Respiración diafragmática.....	33
Relajación muscular progresiva.....	34
Reestructuración Cognitiva de los pensamientos catastróficos .....	35
Técnicas de distracción.....	41

#### **Información a enviar al paciente, disponibles en el CD**

Tema 1. Enfrentando una crisis de ansiedad.....	43
Tema 2. Psicoeducación.....	45

## **Introducción**

La importancia de conocer acerca de las crisis de ansiedad radica en que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población mexicana con 14.3%, en relación a la prevalencia de los 23 trastornos mentales de la CIE-10, esto de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), (Medina, Guilherme, Lara, Corina, Blanco, Fleiz y cols. (2003),

Considerando estos datos y tomando en cuenta que las crisis de ansiedad se presentan en la mayoría de los trastornos de ansiedad, se realiza el presente trabajo que va dirigido a terapeutas que realicen intervenciones psicológicas a través de Internet bajo el enfoque cognitivo conductual.

Este manual contiene información acerca de dicho tema y una propuesta de estrategias para realizar intervenciones mediante los servidores de mensajería instantánea.

Se anexa un CD que contiene información dirigida a los pacientes como apoyo a la intervención realizada por los terapeutas, en donde encontrará los siguientes temas:

1. Enfrentando una crisis de ansiedad
2. Psicoeducación

De la misma forma se agrega al presente trabajo información más completa sobre técnicas a utilizar por parte del paciente para trabajar con las crisis de ansiedad, para que el terapeuta la pueda explicar al paciente de forma más específica este proceso.

**Alejandra Frias González**  
**Facultad de Psicología, UNAM**

## **Tema I. ACERCA DE LAS CRISIS DE ANSIEDAD**

## **Ansiedad normal**

**¿Cómo identificar cuando su paciente presenta ansiedad normal o patológica?**

**¿Qué síntomas son característicos de la ansiedad?**

**¿Cuáles son las causas de la ansiedad?**

De acuerdo a Saíz, Ibañez y Montes (2000), la ansiedad es una respuesta adaptativa a nivel físico, cognitivo y comportamental que el organismo presenta cuando se encuentra ante una señal inmediata de peligro o ante una amenaza a su integridad física o psicológica. Ante estas situaciones se presentan sentimientos subjetivos de incomodidad, una situación neurofisiológica de activación de los mecanismos de control cerebrales (arousal), y un conjunto de cambios periféricos fisiológicos mediados por el sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y el sistema endocrino (secreción de hormonas suprarrenales).

La ansiedad puede variar en intensidad, presentándose de la forma más leve como una pequeña inquietud, hasta estados intermedios, como el nerviosismo intranquilidad o el temor, es importante hacer mención que para considerarse ansiedad normal, debe haber un contexto real que justifique los síntomas.

En realidad la ansiedad es una experiencia normal, adaptativa, para preparar a nuestro organismo y aparato psíquico a responder en las mejores condiciones posibles ante una circunstancia amenazadora, un posible riesgo, un fracaso, o una pérdida.

En algunos sujetos la ansiedad constituye un rasgo de personalidad y por lo tanto se presenta como una característica permanente del sujeto y la forma de manifestarse es con una tendencia habitual del individuo a estar nervioso y preocuparse; sin embargo en otros sujetos que no presentan la ansiedad como rasgo de personalidad, pueden presentarla en momentos

determinados relacionados o no con factores ambientales que pueden actuar como desencadenantes, cuando esta forma de ansiedad es lo suficientemente intensa, afectando la vida del sujeto que la padece suele corresponder a un trastorno definido.

Algunos ejemplos en los que se puede presentar la ansiedad normal son:

- Momentos antes de presentar un examen
- Ante un asalto
- Cuando un conductor realiza una maniobra brusca y puede resultar afectado.
- Cuando una persona va a hacerse un estudio médico.
- Cuando se está retrasado para asistir a algún evento importante.
- Cuando un sujeto asiste a la feria y va subirse a algún juego mecánico como la montaña rusa



Los síntomas asociados a la ansiedad de acuerdo a Bogiaizian, Liceaga y Soukoyan (2002) son:

Síntomas corporales	Síntomas emocionales
Agitación	Ansia
Respiración anhelante	Impaciencia
Inquietud	Angustia
Sudor	Avidez
Opresión	Tormento

Tabla 1. Síntomas de la ansiedad. (Bogiaizian, 2002)

## Ansiedad patológica

**Cuando los pacientes refieren que las preocupaciones han afectado sus hábitos de sueño, capacidad de trabajo, concentración o modificando su rutina, tal vez estén presentando ansiedad patológica**

Saiz y cols. (2000) refieren que a diferencia de la ansiedad normal, la ansiedad patológica se caracteriza por dejar de ser adaptativa, se presenta ante un estímulo o peligro que no es real, o cuando su nivel de activación y duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva. Este tipo de ansiedad es cualitativa y/o cuantitativa a diferencia de la ansiedad normal.

Las características principales de la ansiedad patológica de acuerdo a Sáiz y cols. (p. 5)

1. Es mas grave que la ansiedad normal, en términos de intensidad como por su persistencia y duración.
2. Aparece con más frecuencia en ausencia de una amenaza real.
3. Se manifiesta por una combinación de síntomas físicos y psicológicos que afectan más profundamente a la corporalidad y los sentimientos vitales.
4. Implica un deterioro en el rendimiento y en la libertad personal del sujeto."

En los trastornos de ansiedad, la intensidad de las preocupaciones se encuentran fuera de proporción, ya que alteran hábitos de sueño, afectando capacidad de concentración, de trabajo o modificando su rutina. (Ámsterdam, Carter., Holloway y Schwenk 1995).

A continuación se presenta una tabla con las diferencias más significativas entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica

Ansiedad Normal	Ansiedad Patológica
Función adaptativa	Dificulta la adaptación
Mejora el rendimiento	Deteriora el rendimiento
Más leve	Más profunda y persistente
Menos corporal	Mas corporal
Emoción reactiva	Sentimiento vital
No afecta la libertad	Reduce la libertad

Tabla 2. Síntomas de la ansiedad normal y patológica. Sáiz y cols (2000, p. 5)

### Definición de crisis de ansiedad



*"Estaba tranquilamente sentado en el sofá de mi casa, viendo un programa de televisión con mi mujer. Había tenido un mal día, pero finalmente todo se había resuelto. De repente sentí una fuerte opresión en el pecho, como un pinchazo en el corazón.*

*Tengo que reconocer que en un principio me asuste, pero intente no hacer demasiado caso, hacía esfuerzos para concentrarme en la televisión, pero no podía hacerlo.*

*Recuerdo que respiraba mas rápido de lo normal y la cabeza me dolía mucho. Empecé a preocuparme seriamente, estaba muy tenso, el corazón me iba a cien por hora, estaba incluso algo mareado. Por unos momentos pensé que iba a perder el conocimiento, que estaba teniendo un infarto. También me costaba mucho respirar. Sentía mucho miedo, es difícil de explicar. Era como si fuese a ocurrir algo, pero por otra parte, no sabía explicar muy bien qué. No podía soportarlo así que finalmente le pedí a mi mujer que me llevara a urgencias al hospital más próximo. Allí me dijeron que todo lo que tenía eran nervios"*

Testimonio. Botella y Ballester (1997, p. 16)

Para iniciar a abordar este tema, es indispensable mencionar que las crisis de ansiedad, son también nombradas ataques de pánico o crisis de angustia, de tal forma que para el presente manual se les nombraran crisis de ansiedad.

El testimonio anterior describe los síntomas de una crisis de ansiedad, ésta, de acuerdo al DSM-IV, "Es un síndrome o un grupo reproducible de síntomas que aparecen en varios trastornos de ansiedad diferentes, incluyendo el trastorno de angustia, la fobia social, la fobia simple, y el trastorno por estrés postraumático. No se trata en si mismo, de un diagnostico específico. La crisis de ansiedad en diferentes pacientes puede revestir diferentes características tanto como físicas y cognitivas.

De acuerdo al DSM-IV, la característica esencial de una crisis de ansiedad es la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, que normalmente dura varios minutos, acompañada de 4 de los siguientes síntomas, que inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos":

Criterios para la crisis de ansiedad
1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento (hiperventilación)
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo, desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Tabla 3. Síntomas de una crisis de ansiedad (DSM-IV)

## Crisis de ataques de síntomas limitados

Es importante hacer hincapié que cuando las crisis reúnen menos de cuatro síntomas corporales y estos pueden ser controlados, nos encontramos ante lo que denominamos crisis de ataques de síntomas limitados. (DSM-IV).

**Es indispensable conocer que tipo que tipo crisis (situacional o inesperadas) presenta su paciente para poder trabajarlas en forma específica.**

### **Categoría de las crisis de ansiedad**

De acuerdo a (Saíz, 2000) las crisis de ansiedad pueden ser de dos tipos: Inesperadas o situacionales:

#### *Crisis de ansiedad inesperadas*

Estas no están relacionadas con estímulos ambientales, aparecen sin ningún desencadenante situacional conocido y pueden dar como resultado un trastorno de ataque de pánico.

#### *Crisis de ansiedad situacionales*

Son aquellas que sí se encuentran relacionadas con estímulos ambientales y aparecen durante o en anticipación a la exposición a un desencadenante situacional. Es más común que este tipo de crisis se presente en la fobia social y la fobia específica que están acompañadas normalmente por crisis de angustia relacionadas con estímulos ambientales.

#### *Crisis de ansiedad predisuestas situacionalmente*

Se refiere a las crisis que son frecuentes en determinadas situaciones, pero no se asocian completamente a estas.

## **Crisis de ansiedad nocturnas**

En algunas personas pudiera ocurrir que durante la noche, mientras duermen, se despierten bruscamente con síntomas corporales similares a los que aparecen durante una crisis de ansiedad, todo ello acompañado de una gran angustia ante el temor a que algo grave les esté pasando.

No todas las interrupciones súbitas y angustiosas del sueño son debidas a una crisis de ansiedad, pudiendo resultar de interés diferenciar estas de otras patologías como la apnea del sueño (parada u obstrucción respiratoria breve), los terrores nocturnos, las pesadillas, la parálisis del sueño o la epilepsia nocturna.

Las crisis de ansiedad nocturnas suelen ocurrir en la primera mitad de la noche, y no suelen asociarse con la fase "del soñar". Algunas investigaciones han descrito que las personas con crisis nocturnas refieren mas crisis durante el día y tienen mas síntomas corporales que las personas con crisis exclusivamente durante el día, aunque la intensidad de los síntomas nocturnos puede ser menor que el nivel alcanzado durante el día. La aparición de crisis nocturnas puede condicionar también conductas de evitación, que en este caso serían temores a ir a la cama o a quedarse dormido.

(Extraído del 29 de agosto del 2008, <http://www.geocities.com/HotSprings/6333/>)

### **Frecuencia e intensidad**

**La intensidad y frecuencia de las crisis de ansiedad, puede variar de acuerdo al contexto en que se presenten**

La frecuencia e intensidad de las crisis es muy variable en cada individuo.

Si estamos frente a lo que será el trastorno de pánico, el sujeto experimentará al menos dos crisis en un periodo menor a un mes, y posteriormente comenzará a presentar crisis mas seguido, hasta el grado que las puede presentar diariamente y con mas intensidad, o bien, puede comenzar a presentar ataques de síntomas limitados varias ocasiones

durante el día.

En otros casos, el sujeto puede presentar las crisis inesperadas o cuando este presente o relacionado el factor desencadenante de los altos niveles de ansiedad.

Las crisis pueden ser de mayor o menor intensidad y ambos parámetros no tienen que estar relacionados necesariamente uno con otro. El sujeto puede sufrir episodios breves que pueden ser muy intensos y también puede presentar episodios prolongados (hasta 1 hora) con síntomas leves.

Todo depende del sujeto, ya que por ejemplo, puede suceder que la persona identifique el factor ansiogeno, y comience a evitarlo, ante esto, es probable que las crisis se presenten con una larga duración, una de otra, o bien, pueden dejar de presentarlas. (Saíz, 2000)

### **Etiología**

Las crisis de ansiedad, no son un fenómeno nuevo, desde hace varias décadas han surgido varios modelos que intentan explicar estas experiencias. "En la década de los sesentas es cuando se lleva a cabo una serie de trabajos que dan lugar a que las crisis de angustia o ataques de pánico puedan ser conceptualizados como una entidad específica con una etiopatogenia distinta de la de otros trastornos de ansiedad" .Espada, Méndez y Olivares (2005, p. 95). Unos de los primeros autores que desarrollo en modulo explicativo de los ataque de pánico, fue Klein en 1964 quien defendió la existencia de diferencias cualitativas entre el trastorno de pánico y los otros trastornos de ansiedad, dichas diferencias se basaban en un sustrato biológico, en una alteración orgánica, para la que existía una vulnerabilidad genética.

Los argumentos en los que se basó Klein al defender su modelo biológico de las crisis de angustia eran los siguientes (Martgraf, Ehlers y Roth, 1986; c.p. Botella y Ballester1997) :

1. La especificidad de determinadas drogas en el tratamiento de las crisis de angustia.

2. La inducción experimental del pánico a través de una amplia gama de manipulaciones fisiológicas, como lactato sódico, administración intravenosa u oral de cafeína, hiperventilación voluntaria o inhalación de dióxido de carbono.
3. La espontaneidad de los ataques de pánico, muchos de los cuales se producen sin existir un estímulo desencadenados externo.
4. La ansiedad de separación frecuente en su historia clínica.
5. La especificidad genética hallada en estudios de familias y gemelos.

Tan solo tres años mas tarde Pitts y McClure (1967; c. p. Espada, Olivares, Méndez, 2005) demostraron que las crisis de ansiedad se pueden producir utilizando una infusión de lactato sódico en pacientes con una historia previa de crisis de ansiedad.

Transcurridos los años y continuando con investigaciones Sheehan en 1982, afirma que las crisis de ansiedad consisten en un problema metabólico y propone la presencia o ausencia de pánico como un criterio ordenador que puede resultar útil para clarificar los trastornos de ansiedad (ansiedad endógena y ansiedad exógeno).

Hasta el momento de las distintas teorías e hipótesis biológicas como lo son: la hipótesis simpático-mimética periférica, la hipótesis de la hipersensibilidad betaandrenérgica, la teoría del lactato, la teoría de las batacarbolinas y la teoría del *locus coeruleus*, la mas aceptada es precisamente esta última que intenta explicar las crisis de ansiedad como consecuencia del exceso de tono catecolaminérgico y sobre todo por una hiperactividad del *locus coeruleus*.

Debido a las insuficiencias y limitaciones de los modelos biológicos, tales como el índice de recaídas, dependencia de los fármacos, efectos secundarios y abandonos de los tratamientos, surgen nuevos modelos alternativos, los denominados Psicofisiológicos o Cognitivos, que explican que la única diferencia que hay entre una crisis de ansiedad y los trastornos de ansiedad, es solamente cuantitativo.

“Ehler, Margraf y Roth en 1981 (c.p Botella y Ballester, 1997) han explicado que las crisis de ansiedad son el resultado, el feedback positivo entre estímulos

internos: pensamientos, imágenes y sensaciones corporales; y respuestas de ansiedad.

Para Clark y Salkovskis (1987) las crisis de ansiedad se producen del siguiente modo: Hay un amplio rango de estímulos que pueden comenzar una crisis, los cuales pueden ser internos o externos, si estos son percibidos como amenaza, la consecuencia será un estado de aprensión o miedo acompañada de sensaciones corporales tales como hiperventilación, taquicardia, sudoración; las cuales serán interpretadas de forma catastrófica presentándose cogniciones como: "me voy a morir", "me estoy volviendo loco" "me va a dar un infarto", lo que provocan un elevado nivel de ansiedad, y de forma repetitiva las sensaciones corporales aumentan al igual que los pensamientos catastróficos. Así es como de acuerdo a estos dos autores, se entra en un círculo vicioso que culmina con una crisis de ansiedad.

Para el presente manual se tomará esta última teoría como base para el marco teórico e intervención de las crisis de ansiedad.

A continuación se muestra la representación gráfica del modelo cognitivo de Clark y Saldovskis (1987)

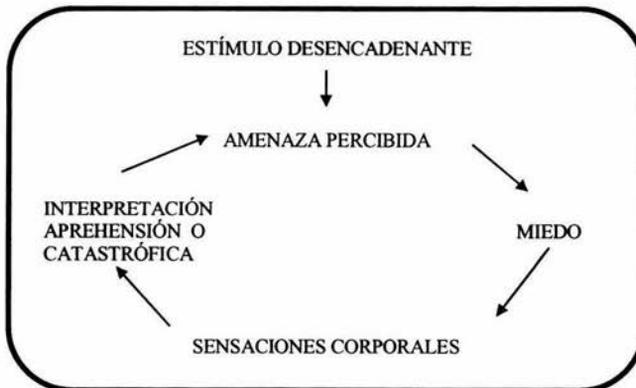


Figura 1. Modelo cognitivo del pánico (Clark y Salkovski, 1987) Extraído de Botella y Ballester, 1997

A diferencia de los modelos biológicos, los modelos cognitivos, con la excepción de Barlow (1988), no asumen que las crisis son un fenómeno

cualitativamente distinto a otros problemas de ansiedad. Y se plantea que las intervenciones psicológicas de estos modelos son capaces de cambiar las respuestas de las personas a los síntomas de ansiedad por habituación o reinterpretación.

### **Circulo vicioso del pánico**

Para que una crisis de ansiedad se complete como tal, transcurren una serie de pasos que son los siguientes:

1. Existe un desencadenante, alguna sensación, pensamiento o situación, la cual puede resultar incomoda.
2. Inmediatamente la persona percibe esa situación o pensamiento como algo amenazante que puede interferir con su equilibrio emocional y fisiológico.
3. Se continúa percibiendo a este estímulo como amenazante y por tanto produce miedo en el sujeto.
4. La persona comienza a respirar de una forma mas acelerada inspirando mas aire de lo necesario, introduciendo a los pulmones una cantidad de oxigeno excesiva y produciéndose una disminución de dióxido de carbono esto es a lo que llamamos hiperventilar.
5. El exceso de oxigeno produce una serie de cambios en nuestro organismo que pueden ser alarmantes, tales como: Taquicardia, sudoración, temblor, dolor en el pecho y visión borrosa.
6. Por último toda esta sintomatología se interpreta por el sujeto como algo catastrófico que le esta ocurriendo, tal vez un ataque cardiaco, muerte inminente, o paro respiratorio (por la sensación de no poder respirar debido al exceso de oxigeno).

Cabe aclarar que la interpretación catastrófica juega un papel decisivo para que se complete o no la crisis de ansiedad, ya que estos pensamientos son tan amenazantes para la persona que los tiene, que también se incrementan las sensaciones fisiológicas, lo que el paciente interpreta como una

validación de sus cogniciones catastróficas, entrando en un círculo vicioso que culmina con la crisis de ansiedad.

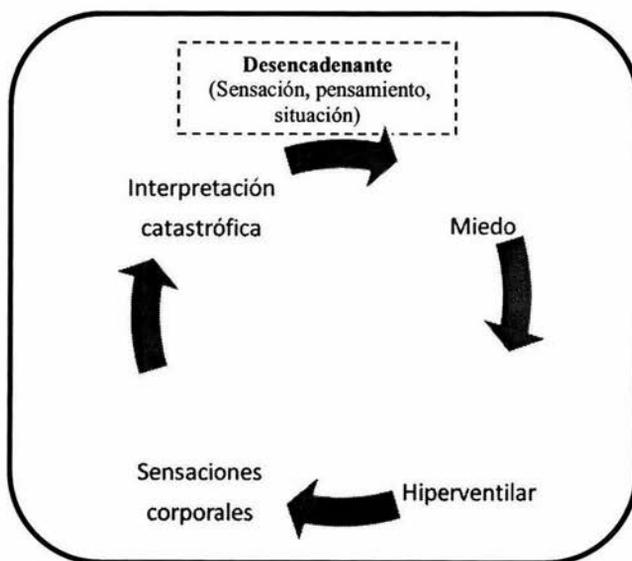


Figura 2 Círculo vicioso de las crisis de ansiedad

### Importancia de la hiperventilación en una crisis de ansiedad

De acuerdo a Moreno y Martín (2004), la respiración tiene un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de las crisis de ansiedad. La respiración se encuentra relacionada con las emociones, por ejemplo, cuando se está nervioso la respiración tiende a aumentar su ritmo, y cuando se está tranquilo la respiración es más pausada y tranquila.

La hiperventilación es el aumento en la tasa de respiración por encima de las necesidades de oxígeno del organismo, esto provoca un descenso proporcional del anhídrido carbónico en la sangre que a su vez, genera cambios funcionales en el organismo, ya que produce una disminución de oxígeno en determinadas zonas del cerebro para favorecer el aumento de la capacidad del

organismo para responder a una amenaza real: los músculos se tensan, el corazón late rápido, la sangre se va hacia las extremidades y se refuerza la reacción mas primitiva de supervivencia, el miedo.

Como efecto colateral se tiene que la hiperventilación genera cansancio general, taquicardia, sensación de mareo e inestabilidad, despersonalización o sensación de irrealidad (estar separado de uno mismo)

Todos estos síntomas pueden agruparse como se muestra en la siguiente tabla:

Síntomas Centrales	Síntomas Periféricos	Síntomas Generales
Mareo	Taquicardia	Sensación de calor
Confusión	Hormigueo	Sofoco
Sensación de ahogo	Escalofríos	Sudor
Visión borrosa	Rigidez muscular	Cansancio
Sensación de irrealidad	Pinchazo en extremidades	Opresión o dolor en el pecho
	Manos frías y húmedas	

Tabla 4.Extraído de Moreno, y Martín. (2004)

### Importancia de las cogniciones en las crisis de ansiedad

“Cuando pienso en cosas tristes, me pongo triste” “Cuando pienso en cosas alegres me siento mejor” “Cuando pienso en peligros que pueden suceder sube mi ansiedad”. Moreno y Martín (2004),

De acuerdo a Bourne, (1995) Existe una importante diferencia entre las personas que presentan crisis de ansiedad frecuentemente y las que no. Los individuos que son propensos a tener las crisis tienden a interpretar las sensaciones de manera catastrófica. Por ejemplo, las palpitaciones del corazón se ven como señales de un inminente ataque al corazón, constricción en el pecho

y la dificultad para respirar son vistos como señales de inminente asfixia, mareos o se consideran como precursores de desmayo o un colapso.

Mientras que las personas que no presentan las crisis de ansiedad tan frecuentemente pueden notar los síntomas, pero no las interpretan como catastróficos o peligrosos.

Si los sujetos tienen una tendencia a interpretar las sensaciones desagradables como peligrosas, también tienden a vigilar constantemente su cuerpo para ver si está teniendo esas sensaciones. Probablemente estén muy arraigados esos estados corporales y fácilmente en caso de comenzar a sentir alguna reacción fisiológica aumenta la internalización complicándose el problema, porque es más probable que magnifiquen cualquier cambio repentino en su cuerpo.

Existe una gran variedad de circunstancias que pueden provocar una reacción repentina en el interior del organismo, en ocasiones la causa se encuentra fuera del cuerpo. Por ejemplo, una discusión con la pareja, al ver algo desagradable en la televisión, o estar de prisa por llegar a alguna reunión, todo esto puede desencadenar un aumento de la frecuencia cardíaca, constricción del pecho, el estómago o cualquier síntoma propio de las crisis, sin embargo en otras ocasiones la causa reside en algún cambio sutil dentro del cuerpo, por ejemplo, la privación de oxígeno debido a un cambio espontáneo en el sistema neuroendocrino del cerebro, un aumento de la tensión en los músculos, en el cuello y hombros, o una caída en el nivel de azúcar en la sangre.

La causa principal reside dentro del cuerpo, ya que usualmente se desconocen esos cambios fisiológicos, y por tanto son considerados como peligrosos detonando el incremento de la ansiedad.

En la siguiente tabla se muestra la relación que existe entre las cogniciones y sensaciones corporales que una persona presenta al momento de presentar una crisis de ansiedad.

Sensaciones corporales	Cogniciones
Dolor de pecho/ taquicardia/ Palpitaciones	"Me muero aquí" "Me está dando un infarto"
Sensación de falta de aire	"Me voy a asfixiar hasta morir"
Garganta seca/ atragantamiento/ Sensación de mano en el cuello	"Debo tener un edema de glotis"
Sensación de mareo	"Me voy a desmayar" "Voy a tener un ataque cerebro .-vascular"
Nerviosismo con inquietud psicomotriz	"Voy a perder el control"
Nauseas	"Voy a vomitar delante de la gente"
Retortijones o cólicos intestinales	"Me hago encima"
Sensación de irrealidad	"Me estoy volviendo loco"

Tabla 5. Sensaciones y cogniciones durante una crisis. Bogaizian, y cols. (2002, p. 48)

### Reacción de los pacientes al presentar por primera vez una crisis de ansiedad

Cuando la persona experimenta por primera vez una crisis de ansiedad, regularmente piensa que en ese momento va a morir, o va a tener un infarto; cuando se percata que eso no ocurrió, la primera reacción que tiene es ir al médico para una valoración y un diagnóstico y lo que normalmente les menciona es que solo son "nervios", sin darle una explicación del motivo de estas.



Es así cuando los pacientes se acercan con los psicólogos a exponer su caso, y buscan una respuesta; pero si esto no ocurre inmediatamente después de que el paciente presenta la primera crisis, lo más probable es que comience a vivir con muchas preocupaciones pensando cuando se volverá a presentar la siguiente.

Si el paciente no identifica la razón por la cual subieron sus niveles de ansiedad de forma tan abrupta o no hay ningún desencadenante con la que lo pueda relacionar, es muy probable que el paciente comience a desarrollar evitaciones agorafóbicas.

De acuerdo con Moreno y Martín (2004) cuando una crisis de ansiedad se presenta frecuentemente en forma inesperada y ocasiona miedo a la repetición

de ésta, es probable que se esté ante un trastorno de ansiedad denominado trastorno de pánico. Si con el tiempo se comienzan a sufrir crisis inesperadas en diversos lugares (supermercados, ascensores, autobuses) es factible que empiecen a surgir las evitaciones fóbicas a esos lugares, surgiendo la agorafobia.

Cuando una persona tiene este transtorno típicamente la persona con crisis de ansiedad puede desarrollar miedo a una o mas de las siguientes situaciones:

- Salir a la calle
- Viajar en autobús
- Asistir a supermercados
- Utilizar ascensores
- Hablar en publico
- Hacer deporte o mantener relaciones sexuales
- Oír la palabra esquizofrenia o locura

Botella y Ballester (1997, p .23) refieren que “los pacientes que presentan crisis de ansiedad muestran un importante grado de preocupación por las implicaciones de los ataques, ya que piensan que es un indicio de una enfermedad grave, a pesar de tener una valoración médica que pueda tranquilizarlos. Todo esto da lugar a que se produzcan cambios drásticos en sus vidas”:

1. Sensación de ansiedad constante o intermitente no centrada en nada específico.
2. Preocupación excesiva respecto a la salud o a la separación de los seres queridos.
3. Problemas importantes en las relaciones interpersonales
4. Desmoralización. Atribuyen su problema a una falta de fuerza en su carácter
5. Depresión mayor
6. Consumo de alcohol o abuso de medicación

## **Calidad de vida en pacientes que presentan las crisis de ansiedad**

La calidad de vida se refiere, según la OMS, a "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

La forma de vida de los sujetos que presentan crisis de ansiedad comienza a cambiar drástica o bien, paulatinamente, porque comienzan a limitarse en sus actividades habituales y la dependencia hacia su círculo social comienza a ser cada vez mas marcada.

Todo esto puede generar gran desmoralización al sujeto e incomprensión por parte de familiares y amistades.

## **II. Intervención de primeros auxilios**

**Trabajando con crisis de ansiedad que ocurren en el momento, vía internet**

## Trabajando crisis de ansiedad que ocurren durante la sesión vía internet

**En el ataque de síntomas limitados se presentan menos de 4 de los síntomas que se muestran en la tabla 3. Este tipo de ataques también los puede manejar con las estrategias aquí mencionadas.**

Cuando se trabaja con un paciente que cuenta con antecedentes de crisis de ansiedad, lo más recomendable es que desde las primeras sesiones terapéuticas se le comunique que la mejor forma de trabajar es por medio de audio, ya que la comunicación es más ágil permitiendo conocer las oscilaciones del tono de voz, y por tanto tener un contacto más cercano con el paciente a pesar de la distancia.

A continuación se describen dos formas de intervención en crisis, la primera se puede utilizar cuando se tiene la sesión por audio con el paciente, y la segunda en caso de que la comunicación sea escrita, para lo cual se enviara un archivo al paciente de forma inmediata, en éste encontrara las estrategias

a seguir para detener la crisis de ansiedad, o bien el ataque de síntomas limitados.

### **Si la sesión es por audio:**

Los pasos a seguir para trabajar las crisis de ansiedad en el momento es:

#### *1. Identificación de la crisis de ansiedad o del ataque de síntomas limitados*

Si el paciente comienza a describir un estado de ansiedad, el terapeuta debe identificar de acuerdo a su sintomatología si el paciente esta atravesando una crisis de ansiedad o bien un ataque de síntomas limitados.

**Ver tabla 3**

**Si identifica que su paciente presenta los síntomas y pensamientos catastróficos, continúe aplicando las siguientes estrategias de intervención**

Y si además las sensaciones corporales están acompañadas de las siguientes cogniciones, el paciente necesita ayuda de inmediato:

Cogniciones catastróficas
"Me muero aquí" "Me está dando un infarto"
"Me voy a asfixiar hasta morir"
"Debo tener un edema de glotis"
"Me voy a desmayar" "Voy a tener un ataque cerebro .-vascular"
"Voy a perder el control"
"Voy a vomitar delante de la gente"
"Me hago encima"
"Me estoy volviendo loco"

Tabla 6. Cogniciones catastróficas. Extraído de (Bogiaizian, 2002)

## 2. Actitudes y habilidades básicas para facilitar la intervención

a) Actitud positiva incondicional: Se recomienda expresar al paciente su aceptación genuina y disposición incondicional (Gómez, 1994)

b) Empatía: Escuchar al paciente acercándonos a su mundo como si fuera nuestro, sintiendo su coraje, miedo y confusión como si fuera nuestro pero sin que se mezclen con la propia experiencia de esos sentimientos. –Es su miedo, lo puedo ver como si fuera mío- (Gomez, 1994)

Tono de voz: Es importante recordar que para que el paciente se sienta comprendido, aceptado y comience a bajar el grado de agitación y confusión del estado de la crisis, el terapeuta en su tono de voz necesita ser tranquilizante y calmante (Slaikeu, 1996) En cuanto se aplique el ejercicio de respiración diafragmática y la relajación muscular, el cual se verá a continuación, es necesario que la voz del terapeuta siga un tono normal, un poco bajo y pausado, pero sin perder el volumen ni haciéndose cada vez mas lento. (Caballo, 1991)

3. *Comunicarle al paciente que acepte lo que su cuerpo está sintiendo, para que no luche contra la crisis y comenzar a trabajar con declaraciones.* Bourne, (1995)

Hágale ver al paciente que lo mejor es que acepte la crisis ya que entre más luche con sus síntomas, su tensión aumentará y por tanto la sintomatología se intensificará, Invítelo a que se permita disponer de las reacciones fisiológicas que esta experimentando, esto le permitirá al paciente pasar la crisis con mayor rapidez y en una forma mas sencilla.

Que el paciente identifique que es capaz de manejar la situación, no es peligroso lo que está experimentando, solo es ansiedad.

Utilice declaraciones con las cuales el paciente se sentirá más tranquilo, y al mismo tiempo invítelo a que él las trabaje. Por ejemplo:

"Nada grave le está sucediendo"

"Esto pasara pronto, solo es ansiedad"

"Usted es capaz de enfrentar esto"

"Lo que está sintiendo, no es peligroso"

4. *Trabajar con respiración diafragmática.* Bourne, (1995)

Es importante que realice un ejercicio con la respiración del paciente para bajar sus niveles de ansiedad, los beneficios que obtendrá son:

- Disminución de la velocidad del corazón
- Disminución de la velocidad de la respiración
- Disminución de la presión sanguínea
- Disminución de la tensión del músculo esquelético
- Disminución del índice metabólico y el consumo de oxígeno
- Disminución del pensamiento analítico

**Respiración diafragmática**  
**Versión abreviada**

Va a comenzar a respirar, inhalando por la nariz en un tiempo de 5" (se cuenta el tiempo en voz alta, 1, 2, 3, 4, 5) ahora va a retenerlo por 5" mas (se cuenta el tiempo en voz alta), y ahora va a expirar, dejando salir el aire por la boca en un lapso de 5".

Repitamos el ejercicio hasta que logre controlar su respiración

(Se repite el ejercicio durante 10 tiempos más)

Respiración diafragmática. Extraído de (Bourne, 1995)

*5. Trabajar con relajación muscular.*

Una vez que trabajo con la respiración del paciente, se recomienda trabajar con la relajación de sus músculos como herramienta para combatir y eliminar las reacciones fisiológicas.

**Relajación muscular**  
**Versión abreviada**

Respire con calma, respiraciones regulares y sienta como se relaja más y más con cada respiración... déjese ir... relaje su frente... cejas... párpados... mandíbula... lengua y garganta... labios... todo su rostro... Relaje su cuello... hombros... brazos... manos... todo hasta la punta de sus dedos... Respire con calma y regularme con su estomago todo el tiempo... Deje que la relajación se extienda a su estomago... cintura y espalda... relaje la parte baja de su cuerpo... piernas... rodillas... pantorrillas... pies.. y todo hasta la punta de sus dedos... Respire con calma y regularmente y sienta como se relaja más y más en cada respiración, tome una respiración profunda y manténgala durante un par de segundos... y deje que el aire salga lentamente... lentamente... sienta como se relaja más y más.

Relajación muscular. Extraído de Öst (1986)

En la respiración del paciente se podrá percibir si los niveles de ansiedad han disminuido, de no ser así se puede aplicar de nuevo cualquiera de las dos relajaciones con el fin de parar la crisis junto con las afirmaciones positivas.

*6. Dar seguimiento a la crisis*

De acuerdo a Bourne (1995) habiendo restablecido el equilibrio fisiológico y emocional del paciente, se recomienda hacer una exploración de la crisis tomando en consideración las siguientes preguntas, en caso de haber presentado una crisis de ansiedad espontánea.

- ¿Se encontraba bajo estrés?
- ¿Con que estado de ánimo se encontraba antes o durante la crisis? (Deprimido, excitado, triste, enojado, otros)
- ¿Tenía pensamientos negativos o miedo antes de la crisis?

- ¿Se siente cansado o descansado?
- ¿Llego a sentir calor o frío? ¿En qué momento?
- ¿Cuándo comenzó a sentirse tranquilo?
- ¿Consumió cafeína o azúcar antes de la crisis?
- ¿Existe otra circunstancia que se correlaciona con la crisis que acaba de presentar?

En caso de que la crisis haya sido situacional, significa que resultará más factible conocer el factor desencadenante para que juntos puedan trabajar con él. Por ejemplo, un paciente que en sesión haga mención al día en que se tuvo que enfrentar a una reunión social, y sus niveles de ansiedad comiencen a aumentar al grado de presentar una crisis o un ataque de síntomas limitados. Esto le dará pautas para conocer si padece algún trastorno y en caso de estarlo presentarlo trabajar de acuerdo con el diagnóstico.

Es importante mencionar que las técnicas antes mencionadas, de acuerdo con Bourne, (1995) se pueden trabajar en combinación para detener la crisis.

#### **Si la sesión es de forma escrita:**

Cuando se trabaja de forma escrita, la intervención se puede realizar enviando un documento en donde se encuentren las estrategias a seguir por parte del paciente, el envío es de forma inmediata una vez que usted identifique que el paciente está atravesando por una crisis o por un ataque de síntomas limitados.

**Una vez identificando la crisis del paciente, envíe el documento "Enfrentado una crisis de ansiedad" disponible en el CD**

O bien, en caso de que el paciente no pueda recibir de forma inmediata el documento, puede enviar las mismas instrucciones de forma escrita en el servidor de mensajería instantánea.

(Para la identificación de la crisis se utiliza el paso 1 de la Intervención por audio, mencionada con anterioridad).

El documento a enviar se presenta al final de este manual, y lo encontrará en el CD para que lo envíe a su paciente.

Una vez controlada la crisis, se continúa con el paso 6 "Dar seguimiento a la crisis" de la intervención por audio.

**III. Intervención de segunda instancia**  
**Técnicas para minimizar la frecuencia de las crisis**  
**de ansiedad**

## Intervención de segunda Instancia

Una vez que el paciente ha presentado una crisis de ansiedad se recomienda realizar una intervención de segunda instancia trabajando con algunas técnicas para contrarrestar la frecuencia de estas.

Las técnicas a trabajar son las siguientes:

- Psicoeducación
- Respiración diafragmática
- Relajación muscular
- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en técnicas de distracción

### Psicoeducación

La psicoeducación es un aprendizaje de sí mismo acerca del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. La psicoeducación busca que el paciente tenga un conocimiento acerca de la problemática que presenta para mejorar su vida, su desarrollo personal y núcleo familiar.

**Recuerde explicar al paciente todo lo relacionado con las crisis de ansiedad, en una forma sencilla y comprensible**

Es un procedimiento de intervención para aplicar dentro del programa de intervención del tratamiento y la meta es que el paciente tenga un conocimiento amplio de lo que le sucede para poder enfrentarlo mejor.

Para trabajar con los pacientes que presentan crisis de ansiedad, la psicoeducación es uno de los componentes más importantes.

El objetivo principal del componente educativo es explicar claramente al paciente acerca de su padecimiento, ya que como se mencionó con anterioridad, es muy probable que las personas al presentar la primera crisis de ansiedad, recurran al médico, interpretando sus síntomas como una enfermedad grave, obteniendo una escasa información al respecto.

Estos pacientes suelen llegar a la consulta psicológica sin saber realmente que es lo que les está ocurriendo y a falta de una explicación, los pacientes construyen su propio modelo explicativo de su enfermedad lo cual puede estar totalmente relacionado por las circunstancias en que se haya presentado.

Debido al carácter inesperado de las crisis de ansiedad, unido a la intensidad de los síntomas corporales y cognitivas, hace que los pacientes sientan miedo, y sin control para poder enfrentarlo.

El modelo educativo de acuerdo a Botella y Ballester (1994) consiste en los siguientes aspectos:

1. ¿Que es la ansiedad?
2. Posible valor adaptativo de la ansiedad
3. Ausencia de las consecuencias perjudiciales de la ansiedad para el organismo
4. Formas de manifestación de la ansiedad
5. Importancia central del pensamiento en el desencadenamiento de la ansiedad
6. Importancia de la hiperventilación en las crisis
7. Presentación del modelo cognitivo del pánico

Para comenzar a dar la psicoeducación es importante cuestionar al paciente acerca de las creencias que tiene respecto al tema, por ejemplo: ¿Para usted que es la ansiedad? ¿La ansiedad es positiva o negativa?, para este segundo cuestionamiento de acuerdo a Botella y Ballester (1997) el 99% de los pacientes contestan rápidamente que definitivamente es negativa, así que la labor de la psicoeducación consistirá en explicarles el verdadero significado y valor adaptativo de la ansiedad, para hacerlo mas comprensible se puede dar el ejemplo de un asalto, en donde la ansiedad consiste en la activación fisiológica, que funciona

como una señal de alarma para preparar al organismo y enfrentar la situación de la mejor forma posible.

Para realizar una mejor intervención en el CD se agrega el Tema 2 "Psicoeducación" el cual lo encontrará al final de este manual, su objetivo es poder enviarlo a su paciente, para que esté mas familiarizado con el tema, siendo parte del proceso Terapéutico.

De la misma forma esa información la encontrará anexa en este manual en el Tema 2. (Pag. 45)

## **Relajación**

La relajación es una técnica que sirve para ayudar a superar la ansiedad, fobias y crisis de ansiedad, constituyendo un proceso en donde lo fisiológico y lo psicológico interactúan siendo parte del mismo proceso (Caballo, 1991)

Bourne (1995) menciona que en la relajación intervienen una serie de cambios fisiológicos como:

- Disminución de la velocidad del corazón
- Disminución de la velocidad de la respiración
- Disminución de la presión sanguínea
- Disminución de la tensión del músculo esquelético
- Disminución del índice metabólico y el consumo de oxígeno
- Disminución de pensamiento analítico

Por más de 20 años se ha documentado que son numerosos los beneficios:

- Disminución de la ansiedad generalizada. Mucha gente a fundamentado que la practica también reduce la frecuencia y severidad de las crisis de ansiedad.
- Previene el estrés, y cuando se encuentra el individuo en un estado de tranquilidad fisiológica una vez al día, da al cuerpo la oportunidad de recuperarse de los efectos del estrés.
- Incrementa el nivel de energía y de productividad.
- Mejora la concentración y la memoria. La práctica regular incrementa la habilidad para concentrarse y mantener la mente libre al razonamiento.
- Disminución del insomnio y la fatiga. Cuando una persona practica la relajación el dormir es profundo y en buenas condiciones.
- Previene y/o reduce los trastornos psicósomáticos como la hipertensión, migraña, asma, ulcera, dolores de cabeza, etc.

La practica de la relajación por 20 o 30 minutos diariamente puede producir una relajación general.

Los métodos de relajación que se recomiendan para trabajar con las crisis de ansiedad son:

- Respiración diafragmática
- Relajación muscular

A continuación se exponen los ejercicios de relajación que puede aplicar en las sesiones de tratamiento

### Respiración Diafragmática (Para practicar)

"Siéntese cómodamente, con los brazos y sus piernas extendidas, si lo considera necesario, afloje su ropa para que se sienta mas cómodo (cinturón, corbata, etc.)

(4 segundos)... Si lo prefiere, cierre sus ojos, o vea fijamente a un punto por arriba del nivel de sus ojos (10"). Empezará a relajarse a medida que avance, todos sus músculos comenzaran a partir de sus pies, a aflojarse hasta llegar a su cabeza (5")

Después de unos segundos, enfoque su atención en su respiración (4"); respire dejando entrar el aire lenta y profundamente, de manera que pueda sentir como su estomago se va inflando (7"), aumentando de tamaño (10"); cuando deje salir el aire tarde dos veces mas que el tiempo que lo tomo dejarlo entrar (6").

Tome aire de 3 a 6 veces por minuto, preste atención a los momentos en los cuales su respiración sale y en el momento en el cual el aire entra (5").

Fijese en todo lo que sea posible de su respiración, es sus músculos endurecidos, el sonido del aire y la sensación al entrar y salir, el movimiento o la inmovilidad de su pecho, alguna sensación de resequedad o mas humedad en la nariz y otras partes (7").

Después de algunos ciclos de respiración lenta y profunda comience a fijar su atención en una palabra, en una frase, en una imagen, un sabor o lo que usted prefiera, cuando el aire vaya saliendo lentamente, palabras como relajarse, aflojarse, serenidad y tranquilidad pueden funcionar para estos fines (5"). Use únicamente una palabra o una imagen durante todo el ejercicio (7"). Trate de ver la palabra con el "ojo de la mente" o intente escucharla con el "oído interno" (17"), puede haber algunas distracciones, pueden ser voces o pensamientos de otros lugares y otros momentos; use esos distractores como un recordatorio para seguir en su ejercicio y fijar su atención en su respiración lenta y profunda y en su palabra o imagen escondida (16")

Algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómoda, agradable, tranquilo, y a medida que van avanzando en el ejercicio el lugar va siendo más claro y más cercano. Continúe haciendo lo mismo por unos segundos más (13")

Tómese su tiempo y empiece a abrir los ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies (7")  
El ejercicio ha concluido

## Ejercicio de relajación muscular progresiva

### Postura inicial

Siéntese cómodamente con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y las rodillas ligeramente separadas.

Coloque sus brazos sobre las piernas

Procure usar ropa cómoda y que no tenga ningún accesorio que ejerza alguna presión

Se trabajará diversos grupos musculares, tensado y relajando progresivamente

Cuide que al hacer cada ejercicio la tensión muscular se haga dentro de los límites tolerables, sin que resulte molesto o doloroso.

La postura indicada es la misma para todos los ejercicios de relajación

### Procedimiento

"Colóquese en posición cómoda. Estirando su brazo derecho al frente, cierre el puño, apriete fuerte, mas, mas fuerte, mantenga la tensión (sienta la tensión que ha logrado en el brazo y puño), afloje lentamente, muy despacio, y fíjese que ocurre, que cambios observa, fíjese en su piel.

Deje sueltos los músculos, relajados, sin fuerza y compare esta sensación con la tensión que tenía hace unos instantes. Repita el mismo ejercicio en el brazo izquierdo y por último hágalo con ambos brazos al mismo tiempo.

Ahora descanse y respire profundamente. Vamos a hacer el ejercicio de tensar y relajar los músculos de la cara. Levante las cejas, mantenga la tensión unos instantes, fíjese en esa tensión y afloje muy despacio, lentamente y fíjese en los cambios.

Cierre los ojos y haga el mismo ejercicio de tensar, mantenga la tensión y ahora vaya aflojando los músculos de las mandíbulas, y ahora vaya aflojándolas lentamente"

Continuamos con la cabeza y el cuello, dirija su cuello hacia atrás, luego hacia adelante.

Ahora levante sus hombros como si quisiera alcanzar sus orejas, observe las sensaciones de tensión que se van produciendo y permita que la relación comience dejando que los hombros regresen a la posición original lentamente. Repita el ejercicio una vez más; levante sus hombros, sienta la tensión y deje ahora que se relajen lentamente mientras regresan a su posición original, respire profundamente mientras lo hace. Al dejar que el aire salga lentamente por la boca; cualquier sensación de tensión que haya quedado en su pecho, en su estómago, en sus brazos y en sus puños, se va desvaneciendo.

Ahora apunte con los dedos de sus pies hacia sus rodillas, levante lentamente sus piernas y note las sensaciones de tensión que se van produciendo; deje que se relajen lentamente estos músculos regresando a su posición original. Repita el mismo ejercicio una vez más: levante lentamente sus piernas y con los dedos de sus pies orientados hacia su cuerpo, note la tensión que se va produciendo, luego deje que se relajen lentamente.

Apoye con fuerza sus talones en el piso y note las sensaciones de tensión que se van produciendo en sus piernas; deje que se relajen lentamente

Tómese su tiempo... ejercicio ha concluido"

## **Reestructuración Cognitiva de los pensamientos catastróficos**

La reestructuración cognitiva es una técnica que consiste en modificar los pensamientos catastróficos que los pacientes tienen acerca de los síntomas cognitivos de las crisis de ansiedad como lo son: "Me voy a morir", "Me estoy volviendo loco", "Voy a sufrir un infarto".

Estos pensamientos catastróficos juegan parte importante en las crisis, por tanto es indispensable cambiarlos.

El primero paso para comenzar la reestructuración es identificar los pensamientos que tiene el paciente respecto a las sensaciones corporales, a partir de la presentación del círculo vicioso de las crisis, con esto se podrá comenzar a combatirlos.

El reto de los pensamientos se lleva a cabo a través de la discusión cognitiva de los mismos, en donde junto con el paciente utilizan la información de experiencias pasadas de las crisis.

El estilo en que se realiza la reestructuración cognitiva debe acercarse al "empirismo colaborador" a través del cual, se trabaja con el paciente buscando evidencias o pruebas para tener determinada creencia.

La discusión cognitiva es una técnica que se aplica en el presente, considerando el pasado y el futuro, de acuerdo con la información existente y al mismo tiempo para centrarse en la realización de nuevos comportamientos. Botella y Ballester (1997)

A continuación se presentan los pensamientos catastróficos que con mayor frecuencia tienen los pacientes, con sus respectivas explicaciones que puede utilizar en la discusión cognitiva:

### **“Me esta dando un infarto”**

Los pacientes que presentan como cognición catastrófica la posibilidad de sufrir un ataque cardiaco en sus crisis, suelen basar su experiencia en las palpitaciones, dolor en el pecho y sensaciones de entumecimiento del brazo izquierdo.

Las razones por las que no se puede dar un infarto son:

- Un ataque la corazón se presenta cuando un área del corazón muere o se lesiona permanentemente debido a la falta de oxígeno en esa área. Moreno, P., Martín J. (2004)
- La mayoría de los infartos se deben por un coagulo que bloquea las arterias coronarias (vasos sanguíneos que llevan oxígeno y sangre al corazón) Moreno, P., Martín J. (2004)
- Las palpitaciones siempre están presentes cuando una persona realiza mucho esfuerzo físico, o presenta una emoción intensa ya sea positiva o negativa, y no por ello, la persona tiene un ataque cardiaco. Botella y Ballester (1997)
- La opresión en el pecho es fácilmente explicable por la tensión que se produce en los músculos intercostales como resultado de la hiperventilación.
- Desde el punto de vista fisiológico no hay motivos para que el entumecimiento o dolor aparezca en el brazo izquierdo, pero el conocimiento previo del paciente puede hacer que centre mucho su atención intentando completar un determinado cuadro médico. Botella y Ballester (1997)

### **“Siento que me asfixio”**

Muchas personas creen que la dificultad para respirar, cuando va en aumento, puede llegar a la asfixia, para combatir este pensamiento es importante explicarle al paciente que la sensación de falta de aire es paradójica, ya que más bien lo que ocurre en esos momentos en que se esta hiperventilando, como ya se mencionó con anterioridad esta entrando mas aire

del necesario y por eso se tiene la sensación de que no se puede respirar más.  
Botella y Ballester (1997)

Cuando los pacientes se hiperventilan es porque realizan respiraciones cortas y rápidas, lo que trae como consecuencia la sensación de dificultad para respirar y las sensaciones corporales como: mareo, taquicardia etc. (Moreno y Martín, 2004)

### **“Me voy a desmayar”**

Las evidencias que existen para conocer que durante las crisis no existirá un desmayo son:

El mareo, es una consecuencia de la hiperventilación y en él están presentes dos preocupaciones, por un lado el miedo a perder el conocimiento y por el otro caerse y darse un golpe en la cabeza, o en el caso de encontrarse en la calle, ser atropellados.

Para que una persona se desmaye es necesario que la presión arterial disminuya, y lo que ocurre con la ansiedad, es que la presión más bien aumenta, por tanto la persona que se encuentra en crisis, no va a sufrir un desmayo, solo ocurren dos excepciones a este hecho; la fobia a la sangre y a las heridas, ya que en estos casos, el desmayo puede ser un recurso adaptativo para desconectar la mente en situaciones de dolor o sufrimiento muy intenso (Botella y Ballester, 1997)

El desmayo es un mecanismo de defensa del organismo ante una situación de emergencia, por ejemplo, cuando baja el nivel de azúcar en la sangre, el desmayo es un recurso para recuperar la normalidad y cuando esto se logra se recobra la conciencia.

## **“Voy a perder el control o volverme loco”**

De acuerdo a Botella y Ballester (1997) la sensación que suele acompañar a estas cogniciones es de irrealidad, acompañada a veces de parestesias (adormecimiento, entumecimiento, hormigueo) en las extremidades, además de dificultad para pensar, lo cual puede provocar al paciente un estado disociativo, cuando la persona se encuentra en unas crisis puede tener deseos de correr o gritar como un medio de desahogar la tensión que le invade, pero raramente lo hará, y en caso de hacerlo no pasará nada.

Las evidencias que se pueden trabajar con el paciente al respecto son:

- No existe ningún caso en que durante la crisis una persona haga algo que no quería hacer, o algo en contra de su voluntad.
- Durante las crisis el paciente puede comprobar a través de las experiencias que siempre estuvo consciente de quien es, como ha llegado al lugar donde se encuentra, donde vive.
- La idea de locura supone una pérdida de contacto con la realidad, y el tener miedo de ella, es en si, una garantía de que no se esta loco, puesto que por definición el loco ha perdido la noción de normalidad-anormalidad.

### **Técnicas de distracción**

Botella y Ballester (1997) mencionan que las personas que han sufrido crisis de ansiedad, a menudo establecen una especie de alarma o estado continuo de alerta ante el mas mínimo cambio que se produce en su cuerpo, así es como aprenden a temer a su cuerpo o a sus propias reacciones fisiológicas, y por tanto vigilan cualquier alteración en su cuerpo.

Tanta es la hipervigilancia que los pacientes hacen de su cuerpo, que al menor cambio percibido, aunque este sea normal, lo interpretan como cambios corporales debido a una crisis, llegando así a presentarla.

Por tanto es de suma importancia lograr que los pacientes desvíen su atención de sus propias sensaciones corporales hacia otro estímulo y que dejen de pensar en las interpretaciones catastróficas. Este doble objetivo es precisamente el que tienen las técnicas de distracción que a continuación se describen:

### **1. Centrarse en un objeto**

Se trata de describir cualquier objeto que se encuentre cerca, intentando hacerlo con el mayor detalle posible, por ejemplo, color, forma, tamaño, textura, si el paciente elige uno con mayor complejidad, con el fin de que su atención se centre totalmente en el objeto.

Se le puede explicar al paciente que la atención es un recurso limitado, y mientras más se centre en un objeto, mas fácilmente podrá dejar de centrarse en las sensaciones corporales. Y entre mas complejo sea el objeto, mejor, ya que si centra su atención en uno simple podrá seguir preocupándose por las sensaciones corporales.

### **2. Conciencia sensorial**

En esta técnica se manejan los sentidos del paciente, agudizándolos y haciéndolos conscientes, esto incluye la vista, el olfato, el oído y el tacto. El paciente podrá describir todo lo que ve, lo que escucha, describir olores, sabores, y el tacto que siente en sus manos y el resto del cuerpo.

Durante la sesión se le puede pedir al paciente que centre su atención primero en todo lo que ve, hasta el menor detalle. Después cerrando los ojos puede poner atención en todo lo que escucha, seguidamente el gusto, siempre se tiene algún sabor en la boca, ya sea dulce, salado, agrio etc., cuando se está comiendo, este sentido esta especialmente activado y puede ser uno de los mas útiles para distraerse durante las crisis que ocurren en medio de una comida.

Después el olfato, uno de los sentidos mas primitivos y mas olvidados, ya que las emociones y el olor están relacionadas entre si, ya que el olor nos puede llevar a recordar situaciones pasadas transmitiendo emociones muy intensas.

### **3. Ejercicios mentales**

Consiste en llevar a cabo cualquier actividad mental que requiera la suficiente atención para perder de vista las sensaciones corporales. Algunos juegos mentales son contar de cero a cien, descontar de mil a cero o nombrar animales por orden alfabético.

Hay que tener cuidado en esta técnica, ya que si se elige alguna actividad muy simple, esto no ayudara a dejar de percibir las sensaciones, pero si se elige una técnica demasiado compleja, puede poner ansioso al paciente.

### **4. Actividades absorbentes**

Consiste en realizar actividades lo suficientemente absorbentes como para que el paciente descentre su ansiedad, las actividades pueden ser muy variadas y se recomienda analizar junto con los pacientes, cuales son las mas recomendables para ellos, algunas actividades pueden ser:

- Ir a platicar con alguna persona cercana
- Cantar
- Bailar (sin mucho esfuerzo físico)
- Ver la televisión
- Leer un libro
- Utilizar la computadora
- Planchar la ropa
- Jugar cartas

## **5. Recuerdos y fantasías alegres**

A través de los recursos pasados y fantasías placenteras (algo por venir) los pacientes pueden dejar de centrarse en las sensaciones corporales, esta técnica se puede trabajar con el paciente pidiéndole que le narre algún recuerdo que lo haga sentir muy bien, centrándolo en un sentimiento de tranquilidad que les haga olvidar las sensaciones corporales.

Estas cinco técnicas de distracción, son importantes para el manejo de las crisis, y se recomienda explicarle al paciente en que consiste cada una y cuales son su finalidad, al ponerlas en practica el terapeuta y el paciente podrán observar cuales logran una mayor distracción y cuales podría utilizar en determinada situación

**Documentos disponibles en el CD para el envío a su  
paciente**

## Tema 1. Enfrentando una crisis de ansiedad

Lo que esta presentando en este momento es solo un aumento de la ansiedad, para poder trabajar es importante que no luche con sus síntomas, ¡ACEPTELOS!, esto no es peligroso, solo es ansiedad y parara rápidamente.

Piense en lo siguiente:

“SOLO ES ANSIEDAD”  
“YO PUEDO MANEJAR ESTO”  
“NO ES PELIGROSO”  
“PRONTO PASARA”

Va a comenzar a trabajar con su respiración y relajación muscular

### Respiración diafragmática (Versión abreviada)

Va a comenzar a respirar, inhalando por la nariz en un tiempo de 5" (cuente, 1, 2, 3, 4, 5) ahora va a retenerlo por 5" mas (cuente el tiempo), y ahora va a expirar, dejando salir el aire por la boca en un lapso de 5". Repita el ejercicio hasta que logre controlar su respiración

(Repita el ejercicio durante 10 tiempos más)

### Relajación muscular (Versión abreviada)

Respire con calma, respiraciones regulares y sienta como se relaja más y más con cada respiración... déjese ir... relaje su frente... cejas... parpados... mandíbula... lengua y garganta... labios... todo su rostro... Relaje su cuello... hombros... brazos... manos... todo hasta la punta de sus dedos... Respire con calma y regularme con su estomago todo el tiempo... Deje que la relajación se extienda a su estomago... cintura y espalda... relaje la parte baja de su cuerpo... piernas... rodillas... pantorrillas... pies.. y todo hasta la punta de sus dedos... Respire con calma y regularmente y sienta como se relaja más y más en cada respiración, tome una respiración profunda y manténgala durante un par de segundos... y deje que el aire salga lentamente... lentamente... sienta como se relaja más y más.

- © Si lo requiere utilice una vez mas el primer ejercicio para controlar su respiración, y después comuníquese con su terapeuta para dar seguimiento a lo que acaba de suceder.

## PSICOEDUCACIÓN

### Lo que debe saber sobre la crisis de ansiedad

*Esta guía es un apoyo para su proceso terapéutico. Una vez terminada de leer platíquelo con su terapeuta para aclarar dudas y dar retroalimentación.*

*Recuerde, esto no sustituye al terapeuta*

- ¿Qué es la ansiedad?
- ¿Qué son las crisis de ansiedad?
- Desencadenantes de las crisis
- Importancia de la respiración
- Importancia de los pensamientos
- Circulo vicioso de las crisis

### ¿Qué es la ansiedad?

Para comenzar a abordar el tema de crisis de ansiedad, es indispensable que usted conozca que es la ansiedad y el porque de ella.

Comenzaremos diciendo que la ansiedad es una respuesta a nivel físico, cognitivo y comportamental que las personas presentan cuando se encuentran ante un peligro o una amenaza a la integridad física o psicológica.

La ansiedad normal es una respuesta adaptativa que ayuda a responder de la mejor forma ante situaciones de estrés, un posible riesgo una pérdida

Las situaciones en que puede experimentarla son:

- Ante un robo
- Ante un examen

- Cuando esta retrasado para algún evento
- Cuando va a ir al médico, al dentista
- Cuando realiza una maniobra peligrosa en el automóvil

En algunas ocasiones la ansiedad constituye un rasgo de personalidad y por lo tanto se presenta como una característica constante de las personas, y suelen ser muy "preocupadas", sin embargo en otras personas, la ansiedad la pueden presentar en momentos relacionados o no, a factores externos afectando sus hábitos de sueño, concentración en el trabajo, deteriorando el rendimiento y la libertad del sujeto, cuando esto sucede se habla de ansiedad patológica, de aquí que se deriven las crisis de ansiedad.

### **¿Que son las crisis de ansiedad?**

Una crisis de ansiedad es una respuesta repentina de miedo o malestar intenso, que llega a su punto máximo en cuestión de minutos (generalmente 10 minutos) y se manifiestan 4 o más de los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón, taquicardia
2. Sudor
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar en el pecho
7. Nauseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo, desmayo
9. Sensación de irrealidad o estar separado de uno mismo
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Sensación de entumecimiento, hormigueo
13. Escalofríos o sofocos

Cuando se reúnen menos de 3 síntomas estamos frente a un ataque de síntomas limitados.

Entre las crisis de ansiedad podemos distinguir 3 tipos:

#### **Crisis de ansiedad inesperadas**

Son las que no se relacionan con ningún estímulo (cuando se presentan frecuentemente pueden ser el resultado de un trastorno de ansiedad)

#### **Crisis de ansiedad situacionales**

Cuando se relacionan con algún estímulo ambiental o en anticipación de este.,  
Ejemplo: Cuando vamos a hablar en público

#### **Crisis de ansiedad predisuestas situacionalmente**

Cuando son frecuentes en determinadas situaciones, pero no se asocian completamente a estas.

**Las crisis de ansiedad no son peligrosas, no le causaran ningún daño todo está en la forma en que las interprete, ¡usted puede tener el control sobre ellas!**

#### **Desencadenantes:**

Los desencadenantes pueden ser varios:

- Si usted se encuentra en constante estrés
- Si hay alguna situación, o pensamientos que considere como amenaza, sus niveles de ansiedad aumentaran al grado de presentar la crisis.

### **Importancia de la respiración:**

La respiración tiene un papel importante en la aparición y el mantenimiento de las crisis, la respiración se encuentra relacionada con las emociones, por ejemplo, cuando se esta nervioso la respiración aumenta, y cuando se esta tranquilo la respiración es mas pausada.

La hiperventilación es el aumento en la tasa de respiración por encima de las necesidades del oxigeno del organismo, esto provoca un descenso en el anhídrido carbónico en la sangre y esto genera una disminución del oxigeno en algunas zonas del cerebro provocando: mareo, confusión, taquicardia, inestabilidad, sudoración, calor, cansancio, entre otras (en resumen genera los síntomas de las crisis de ansiedad).

Mas adelante se encuentra un ejercicio de respiración diafragmática, en ella encontrara la forma correcta de respirar haciéndolo lentamente, para que entre el oxigeno necesario a su cuerpo

**¡Si aprende a tener una respiración adecuada detendrá los síntomas de las crisis de ansiedad!**

### **Importancia de los pensamientos en las crisis de ansiedad**

Existe una gran diferencia entre las personas que presentan crisis frecuentemente y las que no, esto se debe en la forma de interpretar las sensaciones corporales de las crisis.

Las personas que son propensas a las crisis tienden a interpretar las sensaciones como peligrosas, por ejemplo, cuando tienen taquicardia, piensan que están teniendo un ataque al corazón. Y la dificultad de respirar la perciben como señales de asfixia.

Por otro lado se encuentran las personas que simplemente dejan pasar los síntomas, porque saben que estos no son dañinos.

¿Nota la diferencia?  
¿Y usted cómo interpreta los síntomas?

### Circulo vicioso de las crisis

El circulo vicioso de las crisis consiste en que aparece un desencadenante (situación, objeto, pensamiento) el cual nos genera miedo, esto ocasiona que comencemos a tener una respiración rápida generando la hiperventilación, lo que provoca sensaciones corporales que se interpretan como peligrosas, esto aumenta mas el miedo y las sensaciones, lo que provoca la crisis.



Ciclo de una crisis de ansiedad

### Aprenda a identificar tempranamente las crisis de ansiedad

Si ya ha experimentado una crisis de ansiedad generándole un gran malestar, es importante que conozca que usted puede aprender a reconocer tempranamente los síntomas de la crisis para trabajar en ellos, y evitar que los síntomas corporales aumenten y con esto desencadenar la crisis.

A continuación se presenta una escala de ansiedad que puntúa de 0 que es relajación absoluta hasta 10 que hace referencia a la mayor intensidad de la crisis. (Bourne, 1995)

Escala de ansiedad	
7-10 Mayor intensidad de la crisis	Todos los síntomas del nivel 6 exagerados, terror, miedo de enloquecer o de morir, compulsión a escapar.
6. Moderada crisis de ansiedad	Palpitaciones, dificultad para respirar, desorientación o sensación de irrealidad, percepción de la pérdida del control.
5. Principio de la crisis de ansiedad	Sentir golpes en el corazón, respiración irregular, mareos. Miedo de perder el control, compulsión a escapar.
4. Marcada ansiedad	Sentirse incomodo, el corazón late de prisa, músculos tensos. Comenzar a preguntarse si podrá tener mantenimiento del control.
3. Ansiedad moderada	Sentirse incomodo pero con control, el corazón comienza a latir rápido, respiración más rápida, sudoración en las manos.
2. Ansiedad apacible	Mariposas en el estomago y tensión muscular.
1. Ansiedad escasa	Sentir ligero nerviosismo
0. Relajación	Sensación de calma, un poco nervioso, sentirse en paz

Los síntomas a varios niveles de esta escala son típicos y no necesariamente tienen que corresponder a los síntomas que usted experimenta. Lo importante es que aprenda a distinguir que a partir por ejemplo del nivel 4, es signo de que puede ocurrirle una crisis de ansiedad, y del nivel 3 hacia el nivel 0 usted puede controlar la situación con respiración y declaraciones para que la crisis de ansiedad no se presente, o bien, usted aprenda a manejarlas antes de que aparezcan.

Es importante que usted reflexione acerca de esta escala de ansiedad, ya que una vez que usted aprenda a identificar sus síntomas, relacionándolos con la escala de los niveles de ansiedad, podrá trabajar con sus síntomas en una etapa temprana

**¿Cuáles son sus síntomas propios del nivel 4?**

### **Estrategias para manejar las crisis de ansiedad en una etapa temprana**

A continuación se presentan 14 estrategias para controlar la ansiedad, cuando se encuentra en el nivel 4, usted puede elegir cuál de ellas es la apropiada para usted, no tiene que realizar todas, solo es cuestión de que las lea y se familiarice con algunas para utilizar en caso de ser necesario. (Bourne, 1995)

#### **1. Retírese**

Si usted se encuentra cerca de alguna situación que de antemano sabe que le provoca un elevado nivel de ansiedad, y por tanto ya se encuentran presentes algunos síntomas, ¡RETÍRESE! hasta que su ansiedad disminuya y después si sus niveles de ansiedad han disminuido puede regresar a la situación.

**Si se encuentra en el nivel 4, ¡es hora de actuar para impedir la crisis!**

Es muy importante hacer la diferenciación entre retirarse y escapar. Al hablar de retirarse se hace referencia al alejarse por un momento de la situación para que se relaje, respire lentamente y regrese para enfrentarlo, esto le ayudara mucho a tener un mayor autocontrol y enfrentar las situaciones; mientras que escapar significa dejar la situación para no regresar, es decir, evadiendo totalmente la situación, al hacer esto, lo único que se provoca es reforzar el temor.

**Estas estrategias le ayudaran a manejar las crisis de ansiedad espontáneas y no necesariamente en alguna situación fóbica.**

## **2. Hable con otra persona**

El hablar con alguna persona que se encuentre cerca de usted le ayudara a que deje de centrarse en los síntomas experimentados. Como por ejemplo con el acompañante con el que esta en el carro, con la persona que atiende una farmacia, o bien si se encuentra en un ascensor y hay alguien mas ahí. Puede hablar de algún tema en particular, o realizar alguna pregunta, lo importante es que logre centrar su atención en otra cuestión para que su ansiedad disminuya.

## **3. Participar en alguna actividad física**

El hacer alguna actividad física ayuda a disipar la energía extra creada por la reacción de la crisis. Usted puede realizar cualquier actividad física que le agrade, siempre y cuando sean actividades que no requieran de mucho esfuerzo, ya que esto puede traer como consecuencia una respiración agitada, que puede llevar a una hiperventilación (aumento en la tasa de la respiración por encima de las necesidades del oxígeno del individuo que trae como consecuencias las sensaciones de cansancio, taquicardia mareo, e inestabilidad) y por tanto temor a que le ocurra una crisis. Actividades como caminar al aire libre durante 10 minutos, o natación pueden ser buenas opciones.

## **4. Permanezca en el presente**

Si usted se encuentra centrado en actividades del presente como por ejemplo, al ir conduciendo mirar las calles, observar los automóviles, concentrarse en la elaboración de alguna tarea, o el platicar con sus amistades, le ayudara a no estar pensando en las sensaciones fisiológicas que trae consigo las crisis de ansiedad.

## **5. Emplear una actividad simple repetitiva**

Al realizar actividades sencillas y repetitivas distraen la atención de los síntomas de las crisis de ansiedad. Algunas actividades a realizar son las siguientes:

- Desenvolver y masticar una pieza de goma de mascar
- Contar el número de personas que entran a un supermercado, contar el número de personas que llegan a una caja, contar el dinero de su cartera, o bien en tarjetas anotar algunas declaraciones como: "Yo me encuentro muy bien", y leerlas repetitivamente.
- Contar la duración de un semáforo en rojo
- Cantar
- Mientras conduce ir escuchando el radio, o dar golpecitos en el volante

Son muchas actividades que puede resultar y que le resulten divertidas y entretenidas.

## **6. Hacer algo que requiera concentración**

Algunos ejemplos de actividades para las cuales se requiere concentración son:

- Coser, bordar
- Participar en un juego de mesa
- Calcular
- Reproducir un instrumento musical
- Pintar cerámica, jugar con arcilla
- Organice un fin de semana

## **7. Expresar el enojo**

El enojo y la ansiedad son reacciones incompatibles, es imposible tener estas dos reacciones al mismo tiempo. Aunque en ocasiones se ha encontrado que los síntomas de ansiedad y pánico están profundamente relacionadas con el enojo y frustración. Por tanto si se puede expresar el enojo (no solo hablándolo) en el momento en que lleguen a sentir las sensaciones de la crisis de ansiedad, se puede interrumpir esta. Algunas formas de hacerlo son las siguientes:

- Golpear la almohada o cama con ambos puños
- Ponga una gran y dura almohada en su cama y golpee con una raqueta de tenis o un bat de plástico de básquetbol
- Grite en su almohada o el carro a solas con las ventanas arriba
- Tire una docena de huevos en la bañera (estos se pueden remover rápidamente)
- Haga una perforación en una bolsa

Comenzar a enojarse en los primeros síntomas de las crisis de ansiedad puede funcionar bien. Esto no significa luchar con los altos niveles de ansiedad (ya que no es una buena idea), más bien consiste en que la energía del miedo se transforme en enojo, y en caso de lograrlo, cuando llegue lo síntomas de la crisis contara con más coraje para hacer algunas declaraciones como lo son: "Al infierno con esto", "Estas reacciones son ridículas", "Me tiene sin cuidado lo que la gente piensa". Esto puede ser efectivo para algunas personas.

Se sugiere tratar con esta particular estrategia, después de haber intentado otras primero, ya que llegar enojado a las primeras reacciones del pánico no siempre es lo mejor si usted no ha explorado otras estrategias para hacer frente a la crisis.

## **8. Algunas experiencias placenteras inmediatas**

No solo la ira y la ansiedad son incompatibles. También lo son las experiencias placenteras con la reacción de la ansiedad.

Lo siguiente lo puede ayudar a interrumpir la ansiedad:

- Tener una pareja o alguien que sirva de apoyo
- Tener una rica merienda que contenga carbohidratos y proteínas como el queso, las galletas y las nueces. No es recomendable azúcar ni comida chatarra
- Tenga actividades sexuales
- Tome una ducha caliente, siéntese y relájese.

## 9. Visualice una persona o una situación confortable

Si usted logra detectar que sus niveles de ansiedad aumentan, pero siguen en un nivel leve, puede intentar imaginarse a una persona dándole apoyo y comprensión, o bien, imagine una escena pacífica. Esto puede intentarlo como una práctica diaria de relajación

## 10. Practique pensamientos que detengan la situación de la ansiedad

Consiste en tomarse el tiempo para interrumpir el patrón de pensamientos negativos y ansiosos en el momento de presentar la crisis. Los siguientes pasos pueden funcionar:

1. Haga una respiración profunda (Ver respiración diafragmática más adelante) y luego grite: "Alto, detente", en caso de haber más personas alrededor, puede pensarlo o decirlo silenciosamente.
2. Repítalo varias veces si es necesario
3. Reemplace esos pensamientos ansiosos con declaraciones que lo tranquilicen como lo son: "Esto pasará también", "Estoy fuerte y calmado", "Solo es ansiedad y pronto disminuirá"

**Todas las técnicas anteriores pueden ayudar a disminuir o parar los primeros síntomas de las crisis, pero lo importante es que usted las practique e identifique cuáles son las más recomendables para usted.**

Si el gritar o pensarlo no es suficiente para interrumpir los pensamientos negativos que se estén presentando puede tomar un trozo de goma para borrar y quebrarla en su brazo, algunas personas han

encontrado esta técnica física muy útil. Otra buena técnica es sumergir la cara en agua fría, o bien, bañarse con agua fría.

Después de haber interrumpido esos pensamientos negativos puede resultar útil practicar la respiración diafragmática.

Estas técnicas que vienen a continuación son más efectivas que las primeras ocho anteriores ya que tratan directamente los dos factores que propician la crisis de ansiedad:

1. La excitación fisiológica (la pelea con la reacción)
2. El temor que provoca usted mismo al percibir las sensaciones como peligrosas.

Las crisis de ansiedad ocurren cuando comienza el temor en la iniciación de los síntomas corporales (como el incremento de los latidos del corazón, respiración, sudoración y otros síntomas) y por asustarse en una forma mucho más intensa debido a tales síntomas

### **11. Práctica respiración diafragmática**

Respirando lentamente con su abdomen puede ayudar a reducir los síntomas corporales de estas dos formas:

- Lentamente disminuyendo el ritmo de la respiración y respirando con su abdomen, usted puede revertir dos de las reacciones asociadas con la lucha o bien, la respuesta de inicio-incrementar la velocidad de la respiración e incrementar la constricción de la pared de los músculos del pecho.

**Estos ejercicios de relajación pueden grabarlos con su voz, y llevarlos consigo utilizándolos cuando sea necesario**

**Las estrategias 11 y 12 directamente contrarrestan las reacciones fisiológicas, y la estrategia 13 contrarresta el miedo a los pensamientos de peligro**

Después de tres o cuatro minutos de tener una respiración abdominal lenta, y profunda, usted puede sentir que van disminuyendo el camino de las reacciones, tomando usted el control de ellas.

- Respirando abdominalmente lento, especialmente cuando lo hace por la nariz puede disminuir los síntomas de la hiperventilación que causan que se agraven las crisis de ansiedad

El mareo, la desorientación, y estremecimientos asociados con la hiperventilación son producidos por la rápida y superficial respiración. Tres o cuatro minutos de respiración abdominal lenta revierten el proceso y eliminan los síntomas de la hiperventilación.

A continuación se presentan dos formas de respiración diafragmática, una de ellas es breve y la puede utilizar en el momento en que presente los primeros síntomas de las crisis, mientras que la segunda le servirá como entrenamiento en controlar su respiración

#### **Respiración diafragmática**

Va a comenzar a respirar, inhalando por la nariz en un tiempo de 5" (se cuenta el tiempo en voz alta, 1, 2, 3, 4, 5) ahora va a retenerlo por 5" mas (se cuenta el tiempo en voz alta), y ahora va a expirar, dejando salir el aire por la boca en un lapso de 5". Repitamos el ejercicio hasta que logre controlar su respiración

(Se repite el ejercicio durante 10 tiempos más)

Se recomienda que practique todos los días la respiración abdominal de 3 a 5 minutos diarias, ya que esto ayudara a que tenga dominio total de su respiración y en el momento que usted sienta los inicios de los síntomas de la ansiedad, pueda manejarla de forma satisfactoria.

### Respiración Diafragmática (Para practicar)

"Siéntese cómodamente, con los brazos y sus piernas extendidas, si lo considera necesario, afloje su ropa para que se sienta mas cómodo (cinturón, corbata, etc)

(4 segundos)... Si lo prefiere, cierre sus ojos, o vea fijamente a un punto por arriba del nivel de sus ojos (10"). Empezara a relajarse a medida que avance, todos sus músculos comenzaran a partir de sus pies, a aflojarse hasta llegar a su cabeza (5")

Después de unos segundos, enfoque su atención en su respiración (4"); respire dejando entrar el aire lenta y profundamente, de manera que pueda sentir como su estomago se va inflando (7"), aumentando de tamaño (10"); cuando deje salir el aire tarde dos veces mas que el tiempo que lo tomo dejarlo entrar (6").

Tome aire de 3 a 6 veces por minuto, preste atención a los momentos en los cuales su respiración sale y en el momento en el cual el aire entra (5").

Fijese en todo lo que sea posible de su respiración, es sus músculos endurecidos, el sonido del aire y la sensación al entrar y salir, el movimiento o la inmovilidad de su pecho, alguna sensación de resequedad o mas humedad en la nariz y otras cosas (7").

Después de algunos ciclos de respiración lenta y profunda comience a fijar su atención en una palabra, en una frase, en una imagen, un sabor o lo que usted prefiera, cuando el aire vaya saliendo lentamente, palabras como relajarse, aflojarse, serenidad y tranquilidad pueden funcionar para estos fines (5"). Use únicamente una palabra o una imagen durante todo el ejercicio (7"). Trate de ver la palabra con el "ojo de la mente" o intente escucharla con el "oído interno" (17"), puede haber algunas distracciones, puede ser voces o pensamientos de otros lugares y otros momentos; use esos distractores como un recordatorio para seguir en su ejercicio y fijar su atención en su respiración lenta y profunda y en su palabra o imagen escondida (16")

Algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómoda, agradable, tranquilo, y a medida que van avanzando en el ejercicio el lugar va siendo más claro y mas cercano. Continúe haciendo lo mismo por unos segundos más (13")

Tómese su tiempo y empiece a abrir los ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies (7")  
El ejercicio ha concluido

Si las primeras ocasiones en que practique este ejercicio, no llega a sentirse más tranquilo se recomienda que el ejercicio lo practique varias veces al día, tal vez realizarlo una vez, y después de 30 segundos repetirlo, hasta que se le vaya facilitando.

## 12. Practique la relajación muscular

**Usted puede elegir entre la respiración abdominal o la relajación muscular, o bien trabajarlas en combinación**

Mucha de la incomodidad que se siente durante las crisis de ansiedad es la tensión de sus músculos.

Si se practica la relajación muscular profunda en la primera crisis de ansiedad puede revertir el componente particular de la lucha de las reacciones de ansiedad.

A continuación se presentan dos formas de relajación muscular, la primera utilícela en el momento en que su ansiedad se intensifique, y la segunda utilícela para

practicarla continuamente.

### **Relajación muscular (Versión abreviada)**

Respire con calma, respiraciones regulares y sienta como se relaja más y más con cada respiración... déjese ir... relaje su frente... cejas... párpados... mandíbula... lengua y garganta... labios... todo su rostro... Relaje su cuello... hombros... brazos... manos... todo hasta la punta de sus dedos... Respire con calma y regularme con su estomago todo el tiempo... Deje que la relajación se extienda a su estomago... cintura y espalda... relaje la parte baja de su cuerpo... piernas... rodillas... pantorrillas... pies.. y todo hasta la punta de sus dedos... Respire con calma y regularmente y sienta como se relaja más y más en cada respiración, tome una respiración profunda y manténgala durante un par de segundos... y deje que el aire salga lentamente... lentamente... sienta como se relaja más y más.

## Ejercicio de relajación muscular progresiva

### Postura inicial

Siéntese cómodamente con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y las rodillas ligeramente separadas.

Coloque sus brazos sobre las piernas

Procure usar ropa cómoda y que no tenga ningún accesorio que ejerza alguna presión

Se trabajará diversos grupos musculares, tensado y relajando progresivamente

Cuide que al hacer cada ejercicio la tensión muscular se haga dentro de los límites tolerables, sin que resulte molesto o doloroso.

La postura indicada es la misma para todos los ejercicios de relajación

### Procedimiento

"Coloque en posición cómoda. Estirando su brazo derecho al frente, cierre el puño, apriete fuerte, mas, mas fuerte, mantenga la tensión (sienta la tensión que ha logrado en el brazo y puño), afloje lentamente, muy despacio, y fíjese que ocurre, que cambios observa, fíjese en su piel.

Deje sueltos los músculos, relajados, sin fuerza y compare esta sensación con la tensión que tenía hace unos instantes. Repita el mismo ejercicio en el brazo izquierdo y por último hágalo con ambos brazos al mismo tiempo.

Ahora descanse y respire profundamente. Vamos a hacer el ejercicio de tensar y relajar los músculos de la cara. Levante las cejas, mantenga la tensión unos instantes, fíjese en esa tensión y afloje muy despacio, lentamente y fíjese en los cambios.

Cierre los ojos y haga el mismo ejercicio de tensar, mantenga la tensión y ahora vaya aflojando los músculos de las mandíbulas, y ahora vaya aflojándolas lentamente"

Continuamos con la cabeza y el cuello, dirija su cuello hacia atrás, luego hacia delante.

Ahora levante sus hombros como si quisiera alcanzar sus orejas, observe las sensaciones de tensión que se van produciendo y permita que la relación comience dejando que los hombros regresen a la posición original lentamente. Repita el ejercicio una vez más; levante sus hombros, sienta la tensión y deje ahora que se relajen lentamente mientras regresan a su posición original, respire profundamente mientras lo hace. Al dejar que el aire salga lentamente por la boca; cualquier sensación de tensión que haya quedado en su pecho, en su estomago, en sus brazos y en sus puños, se va desvaneciendo.

Ahora apunte con los dedos de sus pies hacia sus rodillas, levante lentamente sus piernas y note las sensaciones de tensión que se van produciendo; deje que se relajen lentamente estos músculos regresando a su posición original. Repita el mismo ejercicio una vez mas: levante lentamente sus piernas y con los dedos de sus pies orientados hacia su cuerpo, note la tensión que se va produciendo, luego deje que se relajen lentamente.

Apoye con fuerza sus talones en el piso y note las sensaciones de tensión que se van produciendo en sus piernas; deje que se relajen lentamente

Tómese su tiempo... ejercicio ha concluido"

### 13. Trabajando con la repetición de las declaraciones positivas

Los pensamientos representan una parte fundamental en las crisis de ansiedad, ya que las sensaciones corporales se asocian directamente con los pensamientos ¿Qué me está ocurriendo? ¿Porque siento esto?

Si usted mismo piensa que lo que está experimentando es horrible, que está fuera de control o que usted puede morir, usted comienza a entrar en un estado cada vez más elevado de ansiedad por el miedo que le provoca estos pensamientos, y

**¡Yo lo puedo controlar, solo es  
ansiedad!**

es muy seguro que no logre manejar la crisis y ésta le cause mucho temor e insatisfacción. Por otra parte, si acepta lo que le está ocurriendo, procura entenderlo, y piensa "Esto solo es ansiedad" "Yo lo puedo manejar" "Respirar y estoy seguro que me tranquilizaré" es muy probable que interrumpa los síntomas de la crisis.

Recuerde que usted puede elegir cuáles son las declaraciones que más lo tranquilizan y puede escribirlas en tarjetas y tenerlas muy presentes y utilizarlas incluso cuando se encuentre tranquilo.

### 14. Utilice Respiración (o relajación) en combinación con las declaraciones

Usted puede realizar la combinación de respiración abdominal y declaraciones positivas.

En general es recomendable para las primeras sensaciones corporales utilizar respiración abdominal o relajación muscular y para el seguimiento de esto, continuar con las declaraciones.

Pero recuerde que usted es el que tiene que elegir cuáles son las estrategias con las que obtiene los mejores resultados posibles, y una vez elegida la estrategia es importante practicarla, de ser posible día con día.

### **Estrategias a utilizar cuando se ha rebasado el Nivel 4 y esta a punto de presentar la crisis**

1. Salga de la situación que está provocando la crisis
2. No trate de luchar contra su ansiedad, ¡acéptela! recuerde que la crisis de ansiedad no es peligrosa y que pronto pasara
3. Llame a alguien, exprese sus sentimientos con alguien con quien se sienta cómodo.
4. Camine o realice alguna actividad física que no requiera mayor esfuerzo
5. Céntrese en simples objetos de su alrededor
6. Toque el piso, o los objetos físicos a su alrededor o encuentre algún otro distractor
7. Si se encuentra en un lugar en donde pueda descargar la tensión, hágalo, lo puede hacer gritando, llorando o golpeando con sus puños
8. Respire lenta y profundamente por la nariz para reducir los posibles síntomas de la hiperventilación.
9. Realice una conversación consigo mismo en donde utilice las declaraciones positivas junto con la respiración lenta y profunda. "Yo puedo controlar esto, solo es ansiedad", "Esto pasara pronto", "Solo me relajare"
10. En caso de que usted ya haya asistido al médico y le haya recomendado algún tranquilizante puede tomarlo. Solo siempre y cuando un médico lo haya recomendado.

## **Dos recomendaciones prácticas para minimizar las crisis de ansiedad**

### **1. Comparta con alguien su situación**

Una forma importante para minimizar el riesgo de las crisis de ansiedad en un gran número de situaciones es simplemente comentarle a alguien acerca de su condición. Esto es especialmente recomendable si es que usted tiene miedo de que las crisis de ansiedad interfieran con su capacidad de llevar a cabo su trabajo. Si usted trata de trabajar intentando que nadie se entere de lo que le está sucediendo, es muy probable que se sienta atrapado y con más temor a que no le vaya a ocurrir una crisis cuando se encuentre rodeado de compañeros, amistades o familiares. Si este es su caso es más probable que se presente la crisis, en vez de que disminuya.

Una vez haciéndoles saber esto a sus compañeros o jefes, incrementará la seguridad que siente en su lugar de trabajo o de estudio, ya que sabrá que habrá alguien que este con usted en ese momento, y que en caso de sentirse muy mal, puede incluso pedir permiso para retirarse e irse a otro lugar, como su casa, en donde se encuentre mejor.

Esto se puede aplicar a cualquier circunstancia dependiendo de cual es su área de trabajo, de estudio, etc. lo importante es que las personas allegadas a usted estén enteradas de lo que le sucede para que puedan apoyarlo.

### **2. Lo que no debes hacer...**

- Hablar en voz alta o más rápido de lo habitual

Si se habla en voz alta o rápido, es más fácil usted se pueda hiperventilar. El hablar más despacio, con un tono de voz más bajo es lo ideal para no forzar la respiración.

- Consumir cafeína y otros excitantes

El café, los chocolates, las bebidas energéticas son productos que generar excitación al organismo, razón por la cual se puede presentar una crisis de ansiedad.

- Consumir azúcar.

El consumo de caramelos, refrescos azucarados, y en sí, los productos que tienen un alto nivel de azúcares puede ser un propicio de una crisis en personas susceptibles al descenso de los azúcares en la sangre

- Comer rápido

El comer rápido hace posible la hiperventilación, y ésta es un factor clave en el desencadenamiento de una crisis de ansiedad.

- Suspirar o bostezar

Los bostezos y los suspiros pueden producir una caída brusca del nivel de anhídrido carbónico en la sangre, lo que facilita la aparición de una crisis.

- Dormir poco.

El dormir poco favorece a la irritación y estrés, por lo que es mas posible que se presenta una crisis.

- Sedentarismo

La práctica moderada de ejercicio, tiene un efecto benéfico para reducir los niveles de ansiedad y estrés, por tanto reduce la posibilidad de sufrir una crisis de ansiedad.

- Automedicarse

Nunca hay que automedicarse, pues esto podrías resultar contraproducente, si se tiene en mente tomar algún medicamento o cambiar la dosis de éste es indispensable acudir con un medico para que recete lo adecuado en caso de ser necesario. Tampoco hay que suspender ningún medicamento bruscamente sin autorización del médico.

- Revisar la distribución del tiempo

Es importante hacer mención que la vida no es solo trabajo, hay que establecer un equilibrio entre trabajo, amigos, familia, diversiones, dejando el tiempo suficiente para dormir y descansar.

Pues si no se lleva una administración adecuada del tiempo se corre el riesgo de permanecer en estrés constante, lo que predispone con mas facilidad a presentar una crisis de ansiedad.



## ANEXO 2

### EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL MANUAL DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DE ANSIEDAD, VÍA INTERNET



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Los ataques de pánico y las crisis de ansiedad son distintas por:

- a) El tiempo de duración
- b) Por la intensidad
- c) Porque el ataque de pánico es espontáneo
- d) No son distintas

2. La diferencia entre el ataque de síntomas limitados y la crisis de ansiedad consiste en:

- a) En el ataque de síntomas limitados se presentan menos de 4 síntomas corporales, sin pensamientos catastróficos y en la crisis más de 4 síntomas corporales con pensamientos catastróficos.
- b) La crisis alcanza su máxima expresión en los primeros 10 minutos y el ataque de síntomas limitados en los primeros 15 minutos.
- c) En el ataque de síntomas limitados se presentan menos de 4 síntomas corporales y pueden ser controlados y en la crisis más de 4 síntomas corporales.
- d) En el ataque de síntomas limitados no se presentan pensamientos catastróficos y la crisis de ansiedad sí.

3. Son síntomas de una crisis de ansiedad, excepto:

- a) Miedo a morir, temblores, malestar torácico
- b) Miedo a perder el control, miedo a desmayarse
- c) Sudoración, dolor de cabeza, hiperventilación
- d) Parestesias, taquicardia, sensación de irrealidad

4. ¿Cuál es el periodo más largo de duración de una crisis de ansiedad?

- a) De 15 a 20 minutos
- b) 30 minutos máximo
- c) 1 hora
- d) 5 minutos

5. ¿Cuáles son las limitaciones de los modelos biológicos que intentan explicar la aparición de las crisis de ansiedad?

- a) Índice de recaídas y dependencia de los fármacos
- b) Efectos secundarios y abandonos del tratamiento
- c) Todos los anteriores
- d) Los síntomas ocasionados por la evocación de las crisis mediante el lactato de sodio

6. ¿De acuerdo al modelo cognitivo la única diferencia que existe entre una crisis de ansiedad, y los trastornos de ansiedad es de tipo cuantitativo?

- a) Verdadero
- b) Falso

7. ¿Los estímulos que pueden iniciar una crisis de ansiedad son internos?

- a) Verdadero
- b) Falso

8. El primer factor desencadenante de una crisis de ansiedad:

- a) La hiperventilación
- b) El miedo a lo que se percibe como una amenaza
- c) Las dos anteriores
- d) Pensamientos catastróficos

9. La hiperventilación consiste en:

- a) La cantidad de oxígeno excesivo en los pulmones produciendo una disminución de dióxido de carbono
- b) La introducción de oxígeno adecuado que activa el sistema parasimpático para disminuir la excitación fisiológica que se produce durante una crisis de ansiedad.
- c) El aumento de dióxido de carbono provocando la activación del sistema simpático provocando sensaciones de mareo, inestabilidad, irrealidad, taquicardia etc.
- d) Es la reacción fisiológica que se origina al haber un aporte menor de oxígeno al cuerpo, provocando una homeostasis positiva.

10. ¿La sensación de irrealidad que pensamientos provoca en la persona que atraviesa por una crisis de ansiedad?

- a) Pensamientos de perder el control
- b) Pensamientos de desmayo
- c) Pensamientos de estarse volviendo loco
- d) Pensamientos de asfixia

11. El círculo vicioso de una crisis de ansiedad consiste en:

- a) Amenaza percibida- Sensaciones corporales- Miedo- Interpretación catastrófica
- b) Amenaza percibida-Miedo-Interpretación catastrófica- Sensaciones corporales
- c) Amenaza percibida- Interpretación catastrófica- Miedo- Sensaciones corporales
- d) Amenaza percibida- Miedo- Hiperventilación- Sensaciones corporales- Interpretación catastrófica

12. Cuando las personas comienzan a tener crisis de ansiedad puede comenzar a desarrollar miedos como los siguientes, excepto:

- a) Asistir a supermercados
- b) Utilizar ascensores
- c) Hablar en público
- d) Hablar con sus familiares

13. Los cambios que se producen en la vida de los pacientes que presentan crisis de ansiedad son:

- a) Paulatinos
- b) Drásticos
- c) Paulatinos o drásticos
- d) Intensos

14. La secuencia de los pasos a seguir cuando el paciente esta presentando una crisis de ansiedad, o un ataque de síntomas limitados, vía Internet (comunicación por audio), es:

- a) Identificar la crisis- Actitud facilitadora del terapeuta- Explicar al paciente intente no pensar en lo que le esta sucediendo- Dar respiración abdominal- Dar relajación muscular progresiva – Trabajar con declaraciones – Dar seguimiento a la crisis una vez reestablecido el equilibrio fisiológico y emocional del paciente
- b) Identificar la crisis- Actitud directiva del terapeuta (para dar instrucciones) – Reestructuración cognitiva breve- Dar respiración abdominal – Dar relajación muscular progresiva,- Seguimiento a la crisis una vez reestablecido el equilibrio fisiológico y emocional del paciente
- c) Identificar la crisis – Actitud positiva y empática del terapeuta – Explicar al paciente lo que esta sucediendo para que acepte los síntomas- Trabajar con declaraciones- Dar respiración abdominal- Dar relajación muscular- Dar seguimiento a la crisis una vez reestablecido el equilibrio fisiológico y emocional del paciente
- d) Todas las anteriores están bien, ya que ayudan a reestablecer el equilibrio fisiológico y emocional del paciente, no importa la secuencia

15. Si la sesión es de forma escrita y el paciente presenta única crisis de ansiedad o ataque de síntomas limitados, la mejor forma de intervenir es:

- a) Escribirle al paciente lo que tiene que hacer, es muy importante no perder comunicación con el.
- b) Pedirle que busque a algún familiar que se encuentre en su casa y darle las instrucciones a seguir al familiar., en caso de que no haya nadie, hablarle por teléfono inmediatamente y tener una conversación con el paciente.
- c) Enviarle un archivo para que el paciente pueda ver lo que debe hacer para reestablecer el equilibrio fisiológico y emocional.
- d) Pedirle al paciente que conecte sus bocinas de inmediato, y hacer la intervención.

16. ¿Como es la intervención que se puede hacer con los pacientes que padecen crisis ansiedad?

- a) Primeros auxilios y de segunda instancia
- b) Primeros auxilios y seguimiento
- c) Primeros auxilios y primera instancia
- d) Primeros auxilios

17. ¿Cuáles es la primera técnica (para minimizar la frecuencia de las crisis) a trabajar con el paciente, una vez que ha presentando crisis de ansiedad

- a) Reestructuración cognitiva
- b) Psicoeducación
- c) Técnicas de distracción
- d) Entrenamiento en relajación

18. ¿Cuál es el objetivo de la técnica de relajación?

- a) Entrenar al paciente a que controle su respiración y baje niveles de ansiedad durante una crisis de ansiedad
- b) Ayudar a superar la ansiedad, fobias, crisis de ansiedad, constituyendo un proceso fisiológico y psicológico.
- c) Producir cambios fisiológicos tales como: Disminución de la velocidad del corazón, de la respiración, de la presión sanguínea, y del pensamiento analítico.
- d) Prevenir el estrés, incrementar la energía y productividad; mejorar la concentración y memoria y prevenir trastornos psicósomáticos.

19. ¿Cómo se trabaja la reestructuración cognitiva de los síntomas corporales en pacientes con crisis de ansiedad?

- a) Por medio del empirismo colaborador
- b) Con la discusión cognitiva aplicadas al pasado y presente.
- c) Dándole al paciente las evidencias que se requieren para convertir sus pensamientos catastróficos en declaraciones.
- d) Centrándose en la discusión cognitiva y en la repetición de declaraciones

20. ¿Cómo se comienza a dar psicoeducación al paciente acerca de las crisis de ansiedad?

- a) Cuestionando al paciente acerca de lo que para el es la ansiedad y si es negativa o positiva
- b) Explicándole al paciente el círculo vicioso de las crisis para que se de cuenta de la importancia de los pensamientos durante la crisis de ansiedad.
- c) Explicando lo siguiente: ¿Qué es la ansiedad? Valor adaptativo de la ansiedad, ausencia de consecuencias perjudiciales de la ansiedad, manifestación de la ansiedad, importancia central de los pensamientos e importancia de la hiperventilación en las crisis de ansiedad
- d) Explicarle lo que son las crisis de ansiedad, y enseñarle técnicas para que aprenda a controlar la ansiedad.

21. ¿Cuándo el paciente asegura que cuando presenta una crisis, va a tener un ataque cardíaco, el terapeuta que debe hacer?

- a) Explicarle que un ataque al corazón se presenta cuando un área del corazón muere o se lesiona permanentemente debido a la falta de oxígeno en esa área.
- b) Cuestionar sobre las evidencias que tiene para pensar de esa forma.
- c) Explicarle que las palpitaciones siempre están presentes cuando una persona realiza mucho esfuerzo físico, o presenta una emoción intensa ya sea positiva o negativa, y no por ello, la persona tiene un ataque cardíaco
- d) Inducir un ataque de síntomas limitados mediante respiración para que el paciente se de cuenta de que no va a tener ningún ataque cardíaco

22. Son actividades de distracción, excepto:

- a) Bailar
- b) Cantar
- c) Centrarse en recuerdo y fantasías alegres
- d) Fumar

23. Las siguientes técnicas se utilizan para que los pacientes hagan frente a los primeros síntomas de las crisis de ansiedad, excepto:

- a) Hacer ejercicio
- b) Visualizar una persona o imagen placentera
- c) Hacer algo que requiera concentración
- d) Hablar con una persona sobre lo que esta experimentando

24. ¿Si el paciente se encuentra ante una situación que le genera los síntomas de unas crisis de ansiedad, él que debe hacer?

- a) Retirarse completamente de la situación, escapando de la situación ansiógena
- b) Hacer respiraciones profunda y trabajar con declaraciones para bajar los niveles de ansiedad
- c) Retirarse de la situación, emplear alguna técnica de distracción esperando bajar los niveles de ansiedad y regresar a la situación.
- d) Utilizar técnicas de distracción como ejercicios mentales o actividades absorbentes y respiración abdominal.

25. ¿De las siguientes técnicas para trabajar con los síntomas de las crisis de ansiedad, cuales es mas utilizar hasta el final?

- a) Participar él alguna actividad física
- b) Expresar enojo
- c) Visualizar una situación placentera
- d) Permanecer en el presente