

VOZ DOCENTE

EN LA ACTUALIDAD

PANDÉMICA.

REVISTA SEMESTRAL



ACADEMIA

En esta sección podrás encontrar artículos académicos y artículos científicos de la comunidad universitaria en general, los cuales son originales, y describe resultados experimentales, nuevos conocimientos o experiencias basadas en hechos conocidos de sus autores.

ABORDAJE DEL DOCENTE SOBRE EL ATAQUE DE PÁNICO EN LOS ESTUDIANTES EN UN AMBIENTE VIRTUAL

Lic. Rocío Granados Coto, Licenciada en psicología (psicoanalista) y Docencia. Psicoanalista en la clínica Serenidad rocio.granadoscoto@gmail.com

Lic. Pamela Quirós Zumbado. Licenciatura en Dirección de empresas y Docencia pamelaquiros@hotmail.com

Lic. Hazel Zúñiga Gutiérrez, Licenciatura en Docencia. hazugu@gmail.com

Colaboradora: Licda. Marcia Rodríguez Marengo marcia.rodriguez@usanmarcos.ac.cr

RESUMEN

La educación llevada a cabo en un ambiente virtual obligado por una pandemia hace necesario que los docentes cuenten con los lineamientos básicos para actuar en caso de una crisis de pánico dentro de su clase. Por esto, se investiga de manera descriptiva para analizar si ellos cuentan con las herramientas para abordar este trastorno en sus estudiantes. Muchos de los docentes confirman saber qué hacer si dicha situación ocurre en sus aulas, sin embargo, dicen nunca haber recibido las capacitaciones del tema, dejando claro la importancia de realizar talleres para enseñar qué se debe y no debe de hacer al tratar un ataque de pánico.

Palabras claves: Trastorno de pánico, virtualidad, pandemia, crisis, salud mental

TEACHER APPROACH TO STUDENT PANIC ATTACK IN A VIRTUAL ENVIRONMENT

ABSTRACT

Education conducted on a virtual environment due to a pandemic makes it necessary for teachers to have the basic guidelines to act in the event of a panic crisis within their class.



For this reason, the investigation was made in a descriptive way to analyze whether teachers have the right tools to address this disorder in their students. Many of the teachers confirm knowing what to do if this situation occurs in their classrooms, however, they also affirmed they have never received a proper training of this subject, making clear the importance of workshops to teach what to do and what not to do when dealing with a panic attack.

Keywords: Panic disorder, virtuality, pandemic, crisis, mental health

1. INTRODUCCIÓN

Hoy más que nunca el tema de los ataques de pánico nos preocupan y cada vez están afectando a la sociedad, actualmente se experimenta la ansiedad como un desasosiego, temor indefinido, miedo a perder el control, miedo a morir, miedo a volverse loco, miedo a sentirse vulnerable en público, miedo al fracaso y como si fuera poco en una sociedad líquida como lo llama el filósofo polaco Zygmunt Bauman donde el fracaso no es permitido, el sujeto queda a merced de la angustia, marcada como una debilidad que provoca que quien la padezca quede reducido a vivirlo en soledad por miedo al rechazo o a ser juzgado.

En los avatares que nos trae la actualidad nuestra generación enfrenta por primera vez una pandemia donde nuestro sistema educativo se ve forzado a cambiar, es necesario adaptar las nuevas tecnologías para que el proceso educativo no se detenga, dejando al descubierto la ansiedad que la educación virtual puede generar ocasionando también crisis de pánico dentro de los estudiantes, al tener que adaptarse a un cambio no deseado y aprender a manejar situaciones que se salen del control tales como fallos de internet, electricidad, cambios repentinos de horarios,

dinámica familiar, la comunicación con los compañeros de clase.

Dados estos aspectos y a raíz de experiencias propias, ya que, al encontrarnos de frente con la situación, nos vemos impulsadas a investigar el tema y conocer cómo los profesores pueden tratar y si tan siquiera saben cómo abordar un ataque de pánico de su alumnado. Es importante conocer si las instituciones cuentan con el apoyo o recursos para estas situaciones, algo que ha llamado la Atención al desarrollar esta investigación es saber que en la propia universidad San Marcos con tan amplia experiencia en el área virtual y contando con las herramientas para sobrellevar las lecciones de esta manera, el tema de crisis de pánico o salud mental no ha sido prioritario desde el comienzo de la crisis de esta pandemia.

La presente investigación pretende dotar de herramientas por medio de un manual a los docentes de la Universidad San Marcos para abordar de manera correcta y oportuna una crisis o ataque de pánico en los universitarios.

2. MATERIALES Y MÉTODO

Ataque de pánico, desde la psiquiatría

El ataque de pánico es un malestar de la época, que cada vez se hace más frecuente. Según el DSM V se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. “La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde la ansiedad”(DSM V, 2014). Durante estas crisis también aparecen síntomas tales como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

En el CIE 10 manual de la OMS para la clasificación de enfermedades, al ataque de angustia, lo incluyen dentro de los trastornos de ansiedad, lo llaman trastorno de pánico y lo definen como:

Trastorno de pánico, el rasgo fundamental son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto son impredecibles. Como ocurre en otros trastornos de ansiedad,

entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, las sensaciones de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad)." (OMS, 1992: 325)

El ataque de pánico puede darse con o sin agorafobia, la agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o bien donde sea imposible encontrar ayuda en caso de que aparezca en ese momento un ataque de angustia o síntomas similares. El ataque de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia inesperada que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo

que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Al hablar de ataque de pánico no debemos dejar de lado, el trastorno de ansiedad generalizada, según el DSM V dicho trastorno se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El Dr Enrique Rojas (2004) psiquiatra español, plantea que al enfrentarnos a conceptos tales como el miedo, angustia y ansiedad y pánico, de entrada, hay distinciones entre ellos, teniendo en cuenta que angustia y ansiedad van a participar de una vivencia nuclear común.

Según Rojas (2004), el miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo que, de alguna manera, viene de fuera del sujeto y se aproxima trayendo inquietud, desasosiego, alarma, aquí la clave está en la percepción de un peligro real que amenaza en algún sentido. De esta situación arrancan una serie de medidas defensivas que tienen el fin de esquivar, evitar o superar esa intranquilidad. Dichas medidas son racionales y dependen en gran medida del tipo de peligro concreto al que el sujeto se enfrenta.

Rojas (2004) plantea que, la ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago,

inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, no tiene una referencia explícita. Mientras que en el miedo se produce por algo, la angustia se produce por nada. Por lo cual puede decirse entonces que el miedo es un temor con objeto y la angustia es un temor impreciso carente de objeto exterior.

La característica principal de un ataque de pánico es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos.

Según el DSM V la crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez habitualmente en 10 minutos o menos, acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por:

Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas sensación de ahogo o falta de aliento sensación de atragantarse Opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización

(estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones.

Según Rojas (2004), los sujetos que solicitan ayuda terapéutica por ataques de pánico inesperados, acostumbran a describir el miedo como intenso, y relatan cómo en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente vascular cerebral o volverse locos.

Los sujetos con pánico describen asimismo un urgente deseo de huir del lugar donde ha aparecido la crisis. Al irse repitiendo, estas crisis pueden presentar un menor componente de miedo. La falta de aire constituye un síntoma frecuente en las crisis de angustia asociadas al trastorno de angustia con y sin agorafobia.

Por su parte, la ruborización es frecuente en las crisis de angustia de tipo situacional desencadenadas por la ansiedad que aparece en situaciones sociales o actuaciones en público. La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística, y su característica de gran intensidad.

Ansiedad (pánico) una mirada desde el psicoanálisis

Si bien Freud no habla de ataque de pánico, sí habla de angustia y ansiedad, ya que era el término que se usaba en la época, y plantea que la angustia es una reacción al peligro. Freud empleó la palabra Alemana *Angst*, palabra que empleaba la psiquiatría cuyo significado hacía referencia a los fenómenos mentales (aprensión, preocupación) y corporales que tenían que ver con, sofocación, palpitaciones, tensión muscular, fatiga, vértigos, sudor y temblor.

Freud en 1886 es el primero en reconocer la ansiedad como una entidad patológica en sí misma, cuando escribe "Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de neurosis de angustia", y plantea un grupo de síntomas, que podían distinguirse de la neurastenia. "Damos a este complejo de síntomas el nombre de neurosis de angustia, por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia" (Freud, 1926: 183)

La psique se ve afectada de angustia, cuando no le es posible conllevar una acción que proviene desde afuera, se nota delimitado para equilibrar esa excitación proveniente desde adentro, o sea neurosis de angustia.

Según el texto inhibición, síntoma y angustia, se puede vincular a la angustia (pánico) en la vida de dos distintas génesis que son: una involuntaria, automática, justificada siempre económicamente, que se despierta al constituirse una situación peligrosa similar, al nacimiento, y otra, provocada por el yo tan pronto como tal situación aparece, para conseguir eludirla.

Los fenómenos somáticos actúan como equivalentes de los ataques de pánico, el conjunto del ataque puede ser presentado por un síntoma particular, intensivamente formando, un temblor, un vértigo, una palpitación cardíaca, una disnea.

La psique cae, en el afecto de la angustia cuando se siente incapaz de resolver una tarea que se acerca desde afuera, mediante una reacción correspondiente (...), cuando se advierte incapaz de compensar la

excitación endógena naciente. Se comporta, entonces, como si proyectara esa excitación hacia el exterior. (Assoun, 2003: 21)

Se entiende entonces que siempre se inicia con una sensación de impotencia, de poder llevar a cabo una tarea, o de encontrarse bajo el influjo de una tarea imposible, pero ese peligro externo sume todo su poder, porque evoca un peligro interno.

Assoun (2003) plantea que la angustia es ese vacío voraz que se alimenta de cualquier pasto provisto por el mundo, nido, en verdad, de peligros, la angustia se despliega por tanto entre los polos de la duración y el acceso, el ataque.

La angustia por su parte determina una forma de espera muy paradójica: se espera algo, pero no se tiene idea alguna de la forma que podrá tener, ni adoptar, ni del rostro que presentará. "El sujeto en expectativa angustiada se moviliza entonces hacia algo de lo cual solo puede sentir que es peligroso, y por eso amenazante y funesto" (Assoun, 2003: 22). Es decir, espera una desgracia, en una palabra, pero aún una desgracia tiene un rostro,

mientras que la angustia se alimenta de una espera de algo, de lo cual no se sabe nada, salvo que, si eso viniera, sería terrible para el sujeto y para algún otro.

Assoun (2003) plantea que las personas afligidas por este tipo de angustia siempre prevén entre todas las posibilidades, la más espantosa e interpretan cualquier azar como inicio de una desgracia. Además, hace una comparación del tinte melancólico de este "estado de angustia"

El melancólico ha perdido, precisamente -para su desdicha-, toda potencialidad de espera de una desgracia: el "mal" ya está hecho, fijado en una actualidad eterna. El neurótico de angustia, por su parte, espera en todo momento lo peor. (Assoun, 2003: 23).

Puede comprenderse entonces que para el sujeto se torna amenazante esa "espera de una desgracia",

Por tanto, la angustia nace de una frustración ignorada por el sujeto, o cuyo alcance sobre la economía de la libido éste es incapaz de apreciar, tiene la "desgracia" detrás de sí, ansía una satisfacción y capta su retorno en la

forma de un siniestro venidero. (Assoun, 2003: 24).

Lo que quiere decir es que, como no puede dar cuenta de que algo le falta, el sujeto se siente amenazado, de lo cual se desprende un malestar de toda la situación generada.

Por ejemplo, la incertidumbre que estamos viviendo en este momento de pandemia, de no saber qué va a pasar, si vamos a regresar o no a la normalidad, o si por el contrario nos tendremos que adaptar a una normalidad en donde el Otro se torna invasivo y amenazante, en el caso de las clases presenciales se podría decir que generaría cierta angustia para los estudiantes, el tener que compartir el espacio y el miedo que puede generar esto.

Intervención durante una crisis de pánico

Los ataques de pánico son episodios de miedo intenso, acompañados de síntomas físicos y emocionales tal como lo señala el DSM-V, su aparición es rápida y repentino, por lo que se caracterizan porque suelen ser inesperados, y quien lo padece simplemente queda a merced del ataque. Por ellos es preciso saber cómo intervenir en una crisis de pánico.

Los primeros auxilios psicológicos están diseñados para ayudar, de manera inmediata, a las personas a restaurar su equilibrio y recobrar la calma. Por lo general, es ofrecido por personal no especializado el cual entra en contacto con las víctimas en los primeros momentos cuando la persona está sufriendo la crisis, en el caso de esta investigación, los profesores de la carrera de docencia de la Universidad San Marcos.

El objetivo de la intervención en crisis es, detener el proceso de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento, además se busca estabilizar a la persona y protegerlo del estrés adicional, buscando reducir la ansiedad de no saber qué es lo que está pasando, y evitar complicaciones.

La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es restablecer el enfrentamiento inmediato. (...) Para la persona en crisis, el punto crucial del asunto es que ella, de modo simple, se siente incapaz de tratar con las circunstancias abrumadoras que confronta en ese momento. El objetivo primario del asistente es, entonces, auxiliar a la persona a dar pasos

concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los procesos de solución del problema. (Slaikeu, 1999, p. 114)

Según Slaikeu los primeros Auxilios psicológicos tiene cinco componentes muy importantes a seguir:

1- Realizar contacto psicológico: esto con el objetivo es que la persona se sienta comprendida, aceptada y apoyada. La persona que está llevando a cabo la intervención, debe invitar al hablar a quien sufre la crisis, escuchar los hechos y sentimientos es muy importantes, además debe mostrar empatía al escuchar, y ser el cable a tierra que la persona con la crisis necesita, si la persona lo permite, puede tomar la mano, o incluso abrazar, pero no debe de forzar nada, ya que eso podría ser contraproducente.

2- Examinación de las dimensiones del problema: esto tiene que ver con las necesidades inmediatas y las necesidades posteriores. Se debe indagar acerca de si hubo algún incidente previo a la crisis, si la persona puede detectar un detonante.

3- Analizar las posibles soluciones: esto tiene que ver con identificar unas soluciones, para las necesidades inmediatas y posteriores. Se debe preguntar, qué es lo que la persona ha intentado hasta ahora.

4- Asistir en la ejecución de acción concreta: esto implica ejecutar soluciones inmediatas, planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas. Aquí debe haber una actitud facilitadora, esto implica que: el facilitador actúa y el que está en crisis también.

5- Seguimiento: Asegurarse de que la persona se sienta mejor, y la crisis haya terminado, asegurarse de que la persona pueda continuar con su cotidianidad de manera que no esté en riesgo su vida.

Es importante validar lo que la persona está sintiendo en el momento que se está dando la crisis, generalmente las personas con crisis de pánico en la mayoría de los casos se sienten poco comprendidas. El miedo a morir a evitar que la persona se sienta invadida, ya que esto puede ocasionar que la persona no se sienta cómoda y por ende no haya empatía para que la persona pueda hablar sobre lo que siente.

volverse loco o perder el control es tan grande que como ya se mencionó es aterrador, por lo que debe validarse ese sentimiento y a la vez hacerle ver a la persona que dichos pensamientos son irracionales por lo tanto no van a suceder.

Es recomendable invitar a la persona a que tome conciencia de la respiración, esto con el fin de bajar las palpitaciones y la hiperventilación, y así dar inicio al proceso de contención del episodio de pánico.

Lo que no se debe hacer cuando se está interviniendo en una crisis de pánico

No se debe dar a la persona en crisis nada que contenga cafeína, ya se considera un estimulante del sistema nervioso central.

No se debe dar azúcar, chocolate, o sus derivados, ya que este incrementa los niveles de glucosa en la sangre, y por ende una sensación de hipervigilia, y estado de alarma.

No dar ningún medicamento, al menos que la persona esté bajo tratamiento psiquiátrico y este medicado con algún fármaco para la ansiedad

3. RESULTADOS PAME

El siguiente capítulo resume los resultados obtenidos de la aplicación de las encuestas realizadas.

Para nuestra investigación se realizó una encuesta a los profesores de la Universidad San Marcos de la carrera de Docencia. La finalidad de esta fue medir el conocimiento que tenían los docentes sobre el ataque de pánico y su adecuado manejo.

De los participantes en la investigación, 68.8% corresponde a mujeres y el 31.3% corresponde a hombres, los cuales se ubican en un rango de edad de 32 a 60 años.

La totalidad de los participantes expreso tener conocimiento sobre el concepto de ansiedad, y concuerdan en que las principales manifestaciones de esta en las aulas corresponden a retraimiento y comportamientos ansiosos en sus estudiantes, algunos manifiestan que sus estudiantes mantienen un comportamiento poco participativo y se mantienen dispersos en las lecciones.

Los docentes consideraron que los principales síntomas que competen a un ataque de pánico son el insomnio (56.3%) y la baja autoestima. (18,8%) Un 12.5% creen que el bajo

rendimiento y la dificultada para relacionarse socialmente son los síntomas asociados a este ataque de pánico.

Mas del 90% de los participantes determinaron conocer las consecuencias de la ansiedad en los estudiantes y el 100% estableció que esta al tanto de lo que es un ataque de pánico.

Un 68,8% de los docentes, manifestó tener el conocimiento necesario para actuar frente a un ataque de pánico en sus estudiantes, a pesar de que un 62,5% afirmó no haber recibido ningún tipo de capacitación en este tema.

Al indagar en los principales síntomas relacionados a un ataque de pánico, el 25% de los encuestados indico que la sensación de ahogo, dificultad para respirar y miedo a morir son los criterios principales para identificar un ataque de pánico. Así mismo el 12.5% del cuerpo docente indico que la sudoración y que la parestesia y miedo a perder el control (6,3%) son los criterios más relevantes.

La mayoría representada con un 62.5% de los docentes encuestados considera que la mediación pedagógica a través de una plataforma virtual ocasiona ansiedad en sus estudiantes. Dicha ansiedad puede ser ocasionada principalmente por problemas de

conectividad y falta de privacidad o contar con un espacio adecuado para recibir las lecciones. Un 18,8% considera que mantener una cámara encendida durante el tiempo de la lección puede ser un factor que genere ansiedad en el alumno. Por último, un 6,3% opino que la falta de conociendo en las herramientas tecnológicas puede ser un factor que lleve a la ansiedad.

4. DISCUSIÓN (O ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS)

Se puede determinar que no existe congruencia en la información obtenida. Los docentes indican que no han recibido capacitación sobre cómo manejar un ataque de pánico en sus aulas, pero al mismo tiempo la mayoría indicaron conocer sus síntomas y consecuencias en los alumnos. Se puede concluir que todos los entrevistados muestran una gran apertura y deseos para ser capacitados en temas relacionados a salud mental.

5. CONCLUSIÓN

En este apartado se exponen las conclusiones más relevantes de la investigación, con

relación a que tanto conocimiento tienen los docentes sobre el ataque de pánico y su adecuado manejo.

Llama la atención que el 100% de los encuestados manifiesta saber lo que es un ataque de pánico, y según los resultados de la encuesta un alto porcentaje sabe cómo actuar ante una crisis de pánico, no obstante, un 62.5% afirma nunca haber recibido capacitación respecto el tema, situación que resulta contradictoria, ya que es muy poco probable que una persona sepa qué hacer en un momento de crisis sin antes haberse capacitado.

Según la investigación es evidente que los profesores han observado en sus estudiantes ansiedad y retraimiento como principales comportamientos durante el período de clases virtuales.

Es importante que los docentes amplíen conocimiento sobre los diferentes síntomas de un ataque de pánico según el DSM-V, para de esta manera conocer mejor todas las posibles manifestaciones de un ataque de pánico.

Según la investigación todos los profesores desean capacitarse, por lo que consideramos

importante proporcionar un manual que facilite y garantice una correcta intervención en una crisis de pánico. Por esta razón hemos confeccionado el manual de fácil acceso, con lenguaje sencillo para que el tema sea entendido no solo por docentes, pero también para el alumnado general o cualquier otro profesional.

Recomendaciones

Debido a la importancia de la salud mental, y a los eventos que estamos viviendo y sus consecuencias, se recomienda abrir espacios de capacitación para los profesores de la carrera de docencia para garantizar que los mismos puedan realizar una correcta intervención con sus alumnos, en un eventual episodio de pánico.

Se recomienda a la Universidad San Marcos implementar charlas dirigidas a los estudiantes, además de que el servicio de psicología sea más accesible para los estudiantes, ya que este servicio es desconocido para algunos.

Así mismo consideramos necesario incluir el tema de salud mental en las aulas dentro del programa de estudio de la carrera de docencia, ya que cada vez se hace más necesario saber

intervenir en temas como: las crisis de pánico, ansiedad y depresión.

6. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al cuerpo docente de la Universidad San Marcos, por brindarnos el tiempo y la información pertinente para realizar nuestra investigación.

Así mismo extendemos nuestro agradecimiento a la Lic Marcia Rodriguez por el apoyo brindado en la realización de nuestro proyecto de graduación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assoun, P. (2008). *La Angustia*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina.
- Allouch, J. (1994). *La función del duelo*. Ediciones E.D.E.L.P. Córdoba. Argentina
- Bauman, Z. (2006). *Vida Liquida*. Editorial Paidós. Barcelona. España.

Evans, D.(2008). *Diccionario introductorio de psicoanálisis Lacaniano*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.

Freud, S. (1884).*Inhibición, Síntoma y Angustia*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud Vol. XX. Amorrortu. Buenos Aires Argentina

Lacan, J. (2006). *La Angustia*. Editorial Paidós. Barcelona España.

Lacan. J (1985). *Escritos II*. Editorial Siglo XXI Buenos Aires, Argentina F. Mexico.

Laplanche, J y J-B Potalis. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial, Paidós. Buenos Aires Argentina.

Miller J. A (2007) *La angustia Lacaniana*.Editorial Paidós , Buenos Aires, Argentina

Rojas, E. (2004).*La ansiedad*. Ediciones Booket. Madrid España.

Slaikeu, K. (1999). *Intervención en crisis*. Editorial Manual moderno. México D