

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD CON EL INSTRUMENTO IDARE, ANTES Y DESPUES DE UNA TERAPIA DE APOYO EN UN GRUPO DE PACIENTES EN SALAS DE TERAPIA INTENSIVA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

LETICIA CHAGOYA FLORES

AMALIA MAZA AGUIRRE

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

25053.08

UNAM 63

Ej: 2

1980

M. - 23312

1980. 617

Nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Emilia Lucio Maqueo, por la valiosa ayuda que nos brindó y por la dirección en la realización de esta tesis.

Un reconocimiento muy especial a la Dra. Hebe Serrano Fuentes, Jefe del Servicio de Psicología Médica y Psiquiatría, por las facilidades y estímulos -- que nos brindó.

A los Dres:

Dr. Adrián Rodríguez Trapala
Jefe del Servicio de Terapia
Intensiva de Neurología.

Dr. Héctor Hugo Rivera
Jefe del Servicio de Urgen--
cias Médico-Quirúrgicas.

...por su ayuda para traba-
jar dentro de las salas.

A todos los pacientes que
se prestaron a colaborar-
en este estudio.

A Nuestros Amigos:

Aída Brener Brener

Maricarmen Montenegro Nuñez

Carlos García Calderas

Haroldo Elorza Pérez T.

quienes en una u otra forma nos
ayudaron a la realización de es
ta tesis.

Y a todos aquellos que cariño-
samente nos brindan su ayuda y
amistad.

RESUMEN

En la presente tesis se han considerado principalmente dos aspectos:

El primero es la revisión de la literatura para conocer los conceptos que se han desarrollado acerca de la Ansiedad y su tratamiento con Psicoterapia.

El segundo abarca un experimento de campo, donde el objetivo del estudio fué comprobar si mediante una Terapia de Apoyo disminuía la Ansiedad en los pacientes atendidos en dos Servicios de Terapia Intensiva: El Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas y el Servicio de Neurología del Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La Ansiedad fué evaluada usando el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado "IDARE" (STAI en inglés). La muestra estuvo formada por 56 pacientes del sexo masculino, con edades de 16 a 72 años, seleccionados al azar y por disponibilidad, formándose dos grupos en cada uno de los Servicios; Grupo Control y Grupo Experimental.

El procedimiento fue el siguiente: Grupo Control "Test- Retest", - Grupo Experimental "Test - Terapia de Apoyo - Retest". A los grupos Control se les aplicó el test Idare al segundo día de internación y el retest al quinto día, a partir de la primera aplicación. A los grupos Experimental se les aplicó el Test Idare al segundo día de internación. Durante el tercero, cuarto y quinto día, sesiones de Terapia de Apoyo con duración de 45 minutos cada una, el retest se aplicó al sexto día.

La interpretación de los datos se manejó estadísticamente con el Análisis de Varianza, prueba "F", con la prueba "t" de student y la prueba de Scheffé, para obtener el nivel de significancia.

Los resultados indicaron que al introducir la variable Terapia de Apoyo hubo una disminución significativa de la Ansiedad - Estado en los Grupos Experimental.

Se encontraron resultados no esperados de la Ansiedad-Estado en el Grupo Control de Neurología y en la Ansiedad- Rasgo del Grupo Experimental de Urgencias, atribuidos a variables no controladas.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.	2
A. PERSPECTIVA HISTORICA	2
a. Naturaleza de la Ansiedad	2
b. Origen y Naturaleza del Tratamiento	5
B. PROBLEMAS DE LA DEFINICION DE ANSIEDAD	15
a. Definición de Angustia	15
b. Diferencias, Semejanzas entre Angustia y Ansiedad	17
c. Definición de Ansiedad utilizada en la presente investigación.	19
C. DIFERENTES ENFOQUES SOBRE LA ANSIEDAD	20
a. Teoría Existencialista	20
b. Teoría Psicoanalista	23
c. Teoría Culturalista	24
d. Teoría Factorialista	26
D. TECNICAS DE MEDICION Y TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD	28
a. Técnicas de Medición	28
a.1. Medición Fisiológica	29
a.2. Medición Psicológica	29

	Pág.
b. Instrumentos Psicológicos para medir Ansiedad	31
c. Técnicas de Tratamiento de la Ansiedad	32
c.1. Psicoterapia	32
c.1.1. Definición de Psicoterapia	33
c.1.2. Variedades de Psicoterapia	34
c.1.3. Terapia de Apoyo	36
c.1.3.1. Técnicas de la Terapia de Apoyo.	36
E. INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE TERAPIA DE APOYO COMO TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD.	40
CAPITULO II.	
METODO	43
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	44
B. OBJETIVOS	44
C. FORMULACION DE HIPOTESIS	44
D. SUJETOS	49
E. SELECCION DE LA MUESTRA	49
F. VARIABLES	51
G. INSTRUMENTOS DE MEDICION	51
H. DESCRIPCION DE LAS SALAS DE TERAPIA INTENSIVA	56
I. PROCEDIMIENTO	57
J. TRATAMIENTO DE LOS DATOS	60
CAPITULO III.	
RESULTADOS	63
A. TABLAS	64
B. DESCRIPCION DE TABLAS	82
C. ANALISIS DE RESULTADOS	84

	Pág.
CAPITULO IV. DISCUSION	91
CAPITULO V. CONCLUSIONES	94
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	95
SUGERENCIAS	96
APENDICES.	
GRAFICAS E INSTRUMENTOS USADOS EN LA INVESTIGACION	98
BIBLIOGRAFIA	108

INTRODUCCION

Al inicio de nuestro Servicio Social, en el Servicio de Psicología Médica y Psiquiatría del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tuvimos la oportunidad de conocer diferentes servicios del mencionado hospital. En especial atrajo nuestra atención el Servicio de Terapia Intensiva, en el que se encuentran pacientes con procesos agudos o sub-agudos de muy diversa índole, dado el tipo de enfermedad que presentan.

Los pacientes durante su enfermedad se encuentran desorganizados y se retraen gradualmente: los dolores los amenazan en forma continua, se sienten desvalidos, atrapados y el sentimiento de determinación y libertad se ha perdido. Presentan un gran temor a la muerte, el cual viven como algo monstruoso, tratan de mantenerla invisible negándola. Es probable que esto de lugar a un alto grado de ansiedad. La experiencia resulta desagradable y va comúnmente acompañada de aprensiones sobre su integridad personal y su futuro, en su estado grave puede llegar a ser insoportable.

La presente investigación está enfocada a los pacientes que se encuentran internados en las salas de Terapia Intensiva, del servicio de Urgencias y del Servicio de Neurología.

El propósito de la investigación fue el de determinar si mediante la aplicación de una Terapia de Apoyo en la que se les permitiera expresar -- sus vivencias, sus temores y sus dolores, fuera posible disminuir la ansiedad que experimentaban. Tal estudio quedó dividido en dos partes; una teórica y otra de investigación.

El impacto que provocó en nosotras el observar el abandono, sufrimiento y aislamiento en que se encontraban los pacientes de estas salas, así -- como el notar la existencia de otros estímulos probables productores de ansiedad, --por ejemplo, en estos servicios no existen cuartos especiales para cada paciente, es decir es una sala general, donde los pacientes están--

expuestos a escucharse unos y otros sus quejas dolorosas, y también presenciar los continuos decesos de sus compañeros de sala-, fue lo que nos motivó a llevar a cabo la presente investigación.

Se espera que el contenido del presente estudio ayude a que en el futuro se les brinde a estos pacientes una mejor atención, comprensión y apoyo.

CAPITULO I

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

A. PERSPECTIVA HISTORICA

a. Naturaleza de la Ansiedad

Es importante señalar antes de dar comienzo a este capítulo, que el establecer la naturaleza de la ansiedad resulta casi imposible. Por tal motivo, la finalidad de este capítulo será no establecer su naturaleza, si no mencionar únicamente diferentes momentos históricos en los que el hombre se ha percatado más de ella.

Tenemos por ejemplo el gran temor que Israelitas, Caldeos, Babilonios y Asirios sentían hacia sus dioses, así como su deseo frustrado de inmortalidad, siendo ambas situaciones generadoras de gran ansiedad. Este deseo de inmortalidad frustrado, este temor a los dioses y toda clase de situación ansiosa la encontramos igualmente en la literatura y filosofía de la Hélade, a través de las obras de Homero, en donde se muestra la conducta que dioses y hombres manifestaban entre sí, Ulises y Aquiles defendidos por unos dioses y atacados por otros, pasan sus aventuras con cientos de peripecias amenazantes.

Sófocles, Esquilo, Eurípides, dan a sus tragedias el tono de terapia colectiva ya que ante el posible derrumbe bélico de la nación, el pueblo padecía ansiedad ante el panorama del caos próximo, por las derrotas de Atenas. Por lo que era menester un remedio curativo del miedo y un aliado en la lucha por sobrevivir.

Platón ratifica el deseo universal de aspirar a la inmortalidad, cuya frustración genera una ansiedad de tipo existencial. La duda del propioyo de alcanzar la trascendencia y la eternidad, produce en el hombre inquietud y ansiedad. ¿Cuál es la raíz de la ansiedad?. Platón responde a esto que se debe a la frustración de inmortalidad y la que la realidad le produce. No obstante, Epicteto, en su Enchiridion culpa al hombre como fuente y raíz de todos sus males, dice: "No le inquietan al hombre las cosas, sino las opiniones sobre las cosas. Cuando nos sentimos inquietos, turbados, llenos de confusión, no debemos echarle la culpa a nadie, nada más a noso-

tros". "Quédese para los ignorantes el echar a otros la culpa de las cosas que a él solo debe el haberlas hecho mal". (12)

Lo peculiar de la escuela Estoica es su mención de que somos nosotros mismos la fuente de nuestro mal, por el indebido manejo de las situaciones. Esto es lo que considera la raíz de la ansiedad. "Porqué te entristeces?-- decía Séneca- ¿lloras?, propio del que nace, pero entonces llegabas inexperto e ignorante. Dejaste el seno materno y te creó un aire muy libre, luego te rozó el tacto de una mano dura y tierno aún, desconocedor de toda cosa, sentiste el estupor de lo desconocido. Pero ahora, ya no es novedad" (55). La escuela Estoica rehúsa todas las situaciones provocadoras de ansiedad.

Once siglos después de Epícteto, la filosofía antigua, con Maimónides enfatizaba "la mayoría de los males que atacan a los individuos vienen de ellos mismos, quiero decir de los individuos humanos que son imperfectos. Son nuestros propios vicios, los que nos dan lugar a lamentarnos y pedir socorro. Si sufrimos es por los males que nos infligimos a nosotros mismos, por nuestra propia voluntad" (43). "Todo hombre ignorante y con un falso razonar está en el dolor y la tristeza constantemente porque no puede entregarse al lujo". (2)

Por último tenemos que las aportaciones de los filósofos del siglo XIX fueron las de desarrollar y divulgar el concepto de una ansiedad existencial, cuyo fundamento arranca ya desde las obras mencionadas. Pero, -- ¿cuál es ese mecanismo que desata el fenómeno de ansiedad existencial o caracterológica?. Rousseau decía: "los únicos males que el hombre teme son el dolor y el hambre. Digo el dolor y no la muerte, porque nunca sabrá el animal lo que es morir; el conocimiento de la muerte y de sus terrores, es una de las primeras adquisiciones que el hombre ha hecho al alejarse del animal" (53). El filósofo de Koenisberg dice: "Ningún humano puede experimentar en sí mismo el morir (pues para hacer una experiencia es necesaria la vida). Sino sólo percibirlo en los demás. Si es doloroso, no puede juzgarse por el estertor o las convulsiones del moribundo; más bien parece ser ésto una mera reacción mecánica de la fuerza vital y acaso una dulce -

sensación de paulatino liberarse de todo dolor. El temor a la muerte, natural a los hombres, incluso a los más desgraciados o sabios, no es un favor a morir, sino como dice Montaigne, de la idea de estar muerto, que el candidato a la muerte cree tendrá después de ella, figurándose el cadáver, a pesar de que éste ya no es él como él mismo metido en el tenebroso sepulcro o en cualquier otro sitio análogo. Esta ilusión es irreprimible, pues radica en la naturaleza del pensar, que es un hablar a sí mismo y de sí -- mismo. El pensamiento "no soy", no puede existir, pues si no soy tampoco puedo ser consciente de que no soy".(31)

La ansiedad situacional la hallamos descrita en el libro de El Génesis bajo estas palabras: "Parirás con dolor a tus hijos, por tí será maldita la tierra; con trabajo comerás las hierbas del campo que dará espinas y abrojos; con el sudor de tu frente comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra de la que fuiste formado con lo que en la muerte acabarán todas las desdichas del duro peregrinar de la vida". (46)

B. Spinoza considera que todos los afectos pertenecen al rango situacional. Parte del hecho de que los afectos (deseo, alegría, tristeza) son actos que se producen en presencia de una situación cualquiera por lo que dice: "El odio, la aversión, el temor, la desesperación, la pena, la comiseración, la humildad, la envidia, el arrepentimiento, el menosprecio y -- otros muchos modos, son consecuencia o actos de pesar que proceden de la -- múltiple variedad de situaciones, siendo la tristeza el efecto caracterizado como un acto por el que el poder de obrar del hombre es disminuido o reprimido". (42)

Este autor da a entender que los deseos frustrados o no llevados a cabo constituyen otra fuente más de ansiedad. Los deseos de venganza, amor, anhelo, emulación, gula, embriaguez, son igualmente productores de ansie--dad, siempre y cuando lleguen a frustrarse.

Malabranche, afirma: "el error, causa de la miseria de los hombres, - es el principio que ha producido el mal en el mundo; el que ha hecho nacer y cultivar en nuestra alma todos los males que nos afligen y no debemos esperar felicidad sólida y verdadera más que trabajando seriamente por evi--

tarlo". Continúa Malabranche, "Si el hombre se prepara contra esta fuente de aflicciones se librará de ellas a medida que vaya conociendo más y mejor las cosas". (41)

Esto último es difícil de entender, ya que como hemos visto, la ansiedad es inherente al hombre y en ningún momento histórico ha podido desaparecer. Es decir, el hombre puede disminuir su ansiedad preparándose contra una fuente productora de la misma, siempre y cuando haya sido previamente conocida, lo que no puede hacer ante situaciones novedosas, donde la fuente productora de ansiedad se desconoce. En cambio es importante considerar como ya, desde Platón se observa un bosquejo de los rasgos y la variabilidad humana.

Podemos apreciar que la ansiedad se debe a gran número de situaciones en las que se observan dos tipos de ella, de carácter y de situación.

b. Origen y Naturaleza del Tratamiento.

Antes de iniciar el breve panorama histórico, tratando de ubicar por vez primera a la Psicoterapia, es necesario aclarar el significado de dicha palabra.

Psicoterapia viene del vocablo griego Psique - mente y Terapia o - -
θεραπεία (terapia) = curar, lo que significa la curación de la mente o la curación por mente.

Partiendo de esta definición y en base al objetivo de este capítulo que es el de tratar de encontrar el origen de la Psicoterapia, nos damos cuenta que resulta una empresa por demás difícil, ya que se tiene conocimiento a través de la historia, que el hombre siempre ha buscado formas de alivio para su estado anímico, las cuales han sido de lo más variado, teniendo en común el encontrar o adquirir el bienestar emocional.

Los rudimentos de la Psicoterapia se pueden encontrar desde los métodos que utilizaban las sociedades primitivas que actualmente se emplean dentro de prácticas mágico-religiosas, donde se utilizaban los estados de

trance como un estado hipnótico. El hechicero trataba de encontrar a través de este trance, el alma perdida, de ahuyentar al demonio y luego regresar el alma al cuerpo. También se utilizaba el exorcismo en el que se forzaba al espíritu maligno para que saliera del cuerpo del poseído y se estimulaba al enfermo para que hablara de sus acciones que tuvieran connotaciones de culpabilidad. (69)

Por lo que vemos, estos métodos primitivos principian con explicaciones simples de causa-efecto y observaciones empíricas. No se reconoce la acción de ninguna fuerza interna. El hechicero dirige sus esfuerzos para expulsar a una fuerza maligna, invasora y extraña a su paciente primitivo para regresar el alma al cuerpo.

En otro momento, Homero ha dejado plasmado en sus obras las diferentes terapéuticas utilizadas en su época. Así, en el baño de los Aqueos, se menciona en el Canto I, de la Iliada, la utilización de la catarsis para el tratamiento de los que padecían de la peste. Esta catarsis tenía -- una doble intención, una ritual y la otra terapéutica.

También, el nombre griego del ensalmo o conjuro (epaidé, epoide), nace a la historia en el verso de la Odisea donde dice: "cazando con los hijos de Antolico, Ulises es herido en la pierna por un jabalí, sus compañeros de caza le vendan la herida y restauran con sus ensalmos, el flujo de sangre negruzca". (25)

El conjuro es utilizado cuando predomina una intención impetrativa o coactiva, ante las realidades que se trata de modificar, ya sea flujo de sangre o acción de un demonio. En el ensalmo prevalece la súplica, su eficacia dependerá del poder y virtud de quien la emplee, así como también de la divinidad que escucha.

El conjuro o ensalmo, llamado por los griegos epoidé, existe en casi todas las culturas primitivas, florece siempre bajo diferentes formas y -- contenidos, según sea la cultura. Así, vemos que el ensalmo de los Egipcios es diferente del de los Pre-Helénicos, de los Indios de América y de los Asirios. Pero sin menguar la diversidad, en todos se revela la preten

sión de obligar a la naturaleza, mediante la recitación o el canto de una expresión verbal determinada, el cumplimiento de lo que se desea de ella, ya sea la curación de una enfermedad, la presentación de la lluvia o el éxito de una partida de caza.

El ensalmo griego pretendía el logro mágico de todo cuanto el hombre necesitaba y no podía alcanzar mediante sus recursos naturales, el amor, la obediencia y la curación. Los ritos orgiásticos del culto a Dionisio tuvieron virtud curativa, Dionisio, liberador de los males principalmente de la locura y el delirio, purificaba y sanaba a los fieles a través de la danza. La Grecia arcaica usó ampliamente frente a la enfermedad fórmulas verbales de carácter mágico, recitadas en ocasiones, cantadas en otras, pero siempre el contenido fue diverso, himnos religiosos, fragmentos de Homero o de Hesiodo, exclamaciones breves hasta palabras ininteligibles.

La persuasión alcanzó en los griegos condiciones divinas, Eurípides sentencia, "mas aún que las casas de mármol en que se venera a los dioses, la palabra es el verdadero templo de Perthó".(36)

Pitágoras y Empédocles, hablan también de la importancia de las emociones, el amor y el odio como fuentes de la conducta humana y trataban de sanar a los enfermos mediante ensalmos mágicos.

También, las doctrinas Sofistas, con Gorgias, como su principal expositor utilizaba la psicoterapia verbal, convirtiendo el viejo ensalmo religioso en discurso persuasivo y comparando la acción de la palabra con la acción de medicamentos. "La palabra, recurso supremo para el logro de la acción persuasiva, es un poderoso soberano, tiene el efecto de quitar el miedo, remover dolor, infundir alegría y aumentar la compasión". (36)

En la Grecia Post-Homérica, la importancia social de la palabra persuasiva es grande y encuentra maravillosa la acción de ésta sobre el hombre, a tal grado, que los pensadores comienzan a llamarla metafóricamente epoidé "ensalmo" y thelkterion "hechizo", como si hubiese sido ensalmado o hechizado el hombre cambia de condición bajo la acción de la palabra persuasiva.

Platón, da un nuevo impulso a la Psicoterapia verbal, iniciada por los Sofistas, cuando de la vieja epoidé terapéutica del ensalmo y el conjuro mágico de los tiempos arcaicos, los resuelve en tres elementos muy distintos entre sí, el mágico, el racional y el impetrativo.

El elemento mágico que combate Platón, será el que perdure en el epoidé de la medicina supersticiosa, como en la cura de verrugas. El elemento racional e incipiente como pura e indiferenciada acción sugestiva en la epoidé arcaica, adopta la forma de logos kalós y se hace técnica, por ser técnicamente empleada la palabra. Se acepta que actúa por lo que ella es, por la virtud conjunta de su propia naturaleza y la naturaleza del paciente, no por obra de ninguna potencia mágica. El elemento impetrativo, pervivirá en forma de eukhé o plegaria a los dioses.

Platón incluyó los conceptos de las emociones, el amor y el odio al hablar de Eros en la vida personal del hombre, decía que para explicar la conducta del hombre se haría una biografía psicológica, que comenzara en sus primeros años, se siguiera con las relaciones personales que tuvo con los miembros de su familia y educadores. Habló también de la existencia de un alma tripartita, compuesta de una parte racional, una libidinal y una espiritual. Esta última con diversas cualidades animales. Esta concepción es comparada con el concepto estructural de la personalidad de Freud y los comienzos de la psicodinamia, se encuentran en el período Greco-romano, desapareciendo por completo en la etapa oscurantista y reapareciendo con Freud. (33)

Los médicos Hipocráticos conocieron la epoidé mágica y su empleo en la curandería popular, en modo alguno abolida por la aparición de la medicina técnica. Su actitud fue de repudio, llevándolos a no advertir lo que los poetas y los Sofistas del siglo V ya habían descubierto, que hay encantamientos verbales, no mágicos capaces de modificar la realidad de quien los escucha y susceptibles de ser empleados como agentes terapéuticos. (35)

Esta medicina dio importancia a la psicoterapia verbal, de carácter no específico, pero únicamente orientada a conquistar la confianza del enfermo y a sostener el buen nivel de su tono vital, para obtener una mayor-

eficacia en el tratamiento tradicional.

Es evidente que el cultivo práctico y consecuente de los puntos de vista de Platón hubiese conducido a la elaboración de algo así como un --- "Psicoanálisis Griego" pero no existe ni el más leve vestigio en la colección hipocrática pese a la probable relación entre Hipócrates y Georgias, quien junto con Antifonte habían iniciado una consideración ordenadora y etiológica de los estados aflictivos, sus especies, su ocasión y su causa, como base de un tratamiento técnico de la aflicción verbal y a la acabada-conexión estructural y genética que en época Hipocrática estableció Platón entre la Medicina Técnica y la Retórica. (35)

Aristóteles recoge el legado de Platón a su modo, a la palabra persuasiva consagra todo un tratado, la Retórica, en cuyo cuerpo adivina una oratoria terapéutica y distingue en la Poética un nuevo modo de acción de la palabra, el modo catártico. Ya Platón había llamado katharsis a la reordenación convictiva y persuasiva del alma. Un argumento convincente, dijo una vez el primero, es la más alta y principal de las katharsis. (Sofistas 230 d).(36)

Aristóteles llama katharsis a la purgación que ciertas palabras, sobre todo en el poema trágico, pueden producir en la entera realidad del ser humano. Siendo ejemplo de esto las tragedias griegas, en donde a través de la representación, el público experimentaba una katharsis colectiva.

Desde el punto de vista de su operación sobre el que las oye, hay así tres logoi distintas, teniendo un triple poder: un logos dialéctico, o convincente, otro retórico o persuasivo y otro trágico, purgatorio o catártico. Para Aristóteles médico, cuando la palabra fuese capaz de producir en ciertos enfermos acciones psicológicas semejantes a las del poema trágico, sería terapéuticamente más eficaz que el que sólo hace un arte mudo. (36)

Los filósofos griegos creyeron en la acción curativa de la palabra y advirtieron los límites del poder transformador de la misma y los efectos-catárticos experimentados a través de las Tragedias.

Encontramos que los Romanos no fundaron una escuela médica (33), sino

que compilaron los conocimientos existentes; sobresalieron en el siglo I - A. de C. Asclepiades de Bitinia, que diferenció delirios de alucinaciones, para él, la enfermedad era la interrupción del movimiento armonioso, entre átomos y corpúsculos y el tratamiento consistía en restaurar el equilibrio de las partículas para lo que utilizaba el ejercicio, los baños, masajes y eméticos. Su terapia se basaba en proveer comodidad y balance a través de música, cantos, suspensión de la cama del enfermo en el espacio, se pensaba que el origen de las alteraciones mentales provenía de la pasión, de -- las sensaciones. Siendo el punto culminante de la observación científica del período Greco Romano Galeno (130-200 D.C.) quien concluyó al igual que Platón, que el asiento del alma era el cerebro y no el corazón. Describió la melancolía como trastorno de los hombres, basó su tratamiento en las -- hierbas y aplicaba la llamada theriaca cuyo principal ingrediente era el -- opio para diversos padecimientos, dolor de cabeza, vértigo, sordera, apo-- plejía, asma, epilepsia y en algunos casos de lepra.

Es difícil precisar la forma en que usaban la psicoterapia en el mundo Greco Romano, como afirma André Thomas: "La mayoría de las terapias -- eran basadas en las diferentes escuelas filosóficas" (21). Para los Estoicos, principalmente Séneca, lo más importante para el hombre es la percepción de la realidad interna, aunque sufra enfermedad, corrupción, tiranía, debe el hombre permanecer tranquilo ante la adversidad y en armonía consigo mismo. El estado final era la ataraxia de los griegos. Es diferente -- la posición de los Epicúreos, quienes creían en el materialismo, la búsqueda del placer y el goce, como fin supremo del hombre, pero no el placer sensual sino el de cultivar el espíritu y de la práctica de la virtud.

Con la caída del Imperio Romano, y durante los períodos oscurantistas del hombre occidental, reaparecieron la demonología, las explicaciones espiritistas, los exorcismos torturantes. Durante la edad media, se utilizaron hierbas, astrología, magia, para lograr el bienestar emocional, ya que grandes grupos de personas, campesinos, artesanos y otros miembros desvaliados de las sociedades, se afectaron por epidemias que arrasaron a Europa -- en el siglo XIV, creando una gran mortandad y desmoralización que dió lu--

gar a conductas grotescas y flagelantes, que consistían en procesiones de hombres y mujeres que se golpeaban con látigos, hasta dejarse heridas profundas, para mover a Dios a la compasión de sus sufrimientos (21). Se creían demonios o poseídos por ellos, bailaban en la calle, gritaban nombres de espíritus malignos en público, se desnudaban y se exorcisaban y hablaban de visiones extásicas. Johann Weyer trató de explicar la psicosis de masa y describe que muchas de ellas surgían de síntomas de melancolía que provenían del amor y que era posible encontrar la patogenia de los fenómenos mentales, si se obtenía una información detallada del que sufre. - (33)

Originalmente a las enfermedades venéreas se les trataba como enviadas como castigo de Dios, al igual que la peste, las plagas, el hambre, -- sin ninguna sanción moral. En cambio, al final del Renacimiento (XVI) surgen cambios en la concepción de la época clásica, la enfermedad venérea se convierte en impureza, más que en enfermedad, se le atribuye sanción moral debido a la voluptuosidad demasiado lasciva de los hombres, siendo la sífilis la consecuencia y castigo por el pecado de la lujuria. El tratamiento era todo un ceremonial, donde se unían con una misma intención purificadora los latigazos, las meditaciones tradicionales y los sacramentos de penitencia. (15)

Primero a estos pacientes, al aceptárseles en los hospitales, se les aplicaba una sangría y una purga, después de una semana, baños de dos horas diarias, le seguían nuevas purgas y para cerrar esta primera fase de tratamiento una confesión completa. Comenzaba la fricción con mercurio y se prolongaba durante un mes, le seguían dos purgas y una sangría, se destinaban 15 días a la convalecencia, después de quedar definitivamente en regla con Dios, se declaraba curado al paciente y se daba de alta. El internamiento hacía posibles los remedios morales que serían la actividad principal de los primeros asilos del siglo XIX.

A mediados del siglo XVIII se consideraban a partes del cuerpo humano un remedio privilegiado para el tratamiento de la locura. Se usaba leche de la mujer para las afecciones nerviosas, orina para todas las formas de -

enfermedades hipocondriacas, el cráneo del hombre muerto por violencia y - la sangre humana para las convulsiones, desde el espasmo histérico hasta - la epilepsia. (15)

Los métodos que se utilizaban para suprimir la enfermedad fueron tres los esenciales: 1) El despertar, (los que deliraban de ese semisueño con - medicamentos). 2) La realización teatral, la operación terapéutica se reali- zaba por entero en el espacio de la imaginación, (se trataba de continuar- el delirio hasta llevarlo a un estado de crisis). 3) El retorno a lo inme- diato. Era la supresión del teatro e incorporación a la realidad. (15)

No hay distinción entre terapéutica física y las medicaciones psicoló- gicas en la época clásica, cuando se prescribe la absorción de amargos, no se trata de remedios físicos, puesto que se limpia tanto el alma como el - cuerpo. Cuando se prescribe a un melancólico la vida sencilla del campo, - o cuando se representa la comedia de su delirio, no se trata de interven- ción psicológica puesto que el movimiento de los espíritus en los nervios- y la densidad de los humores constituye el principal interés del tratamien- to.

A partir del Renacimiento, el hombre percibió mejor a la realidad. -- Johan Heinroth (1773-1843) habla sobre el origen de las enfermedades menta- les por la culpa como factor fundamental de los desórdenes de la razón y - adelanta el concepto de conciencia moral que Freud denominó Superyó en - 1923. (21)

Antes de la formulación de la Teoría Psianalítica, desarrollada por - Sigmund Freud, la psicoterapia se consideraba como un procedimiento en el- cual el médico hace algo al paciente. A partir de la creación de Freud se reconoce como una técnica que profundiza y explica sus resultados. La di- vide en cinco períodos. En el primero el método psicoanalítico consistió- en la hipnosis catártica, siendo desarrollado con la colaboración de - Breuer. Se consideraba la hipnosis catártica como una dramática represen- tación en un acto en el cual el paciente podía desembarazarse de un elemen- to extraño, (sus recuerdos traumáticos reprimidos y sus afectos conteni- -) (16). Esta descarga de emoción poseía gran valor, según se pensaba, --

por lo que se llamó método catártico. Breuer y Freud apreciaron que la simple descarga de emociones no curaba al paciente y que el procedimiento hipnótico debía repetirse una y otra vez para obtener resultados. Al continuar su investigación Freud descubre que los síntomas histéricos tienen su fuente en perturbaciones emocionales del pasado, que la descarga de las emociones reprimidas por abreacción en la hipnosis brinda un alivio temporal pero carece por sí misma de valor terapéutico duradero.

Al no estar conforme con estos resultados, buscó otras técnicas terapéuticas que le brindaran resultados permanentes, un método mediante el cual el paciente conservase las plenas funciones de su mentalidad consciente y que al mismo tiempo se le pudiera inducir a enfrentarse a aquello que reprimía.

En un segundo período utilizó la sugestión en estado de vigilia, en este paso Freud colocaba la mano sobre la frente del paciente y le aseguraba por medio de la sugestión, que si lo deseaba podía recordar su pasado (1895-1899), a través de sus experiencias observó que los pacientes, pese a ser sugestionados, no se les podía obligar a recordar los acontecimientos traumáticos que los condujeron al estado neurótico, con lo que surgió el tercer período, la asociación libre. En esta fase, le pedía al paciente que dijese todo aquello que pasara por su mente, sin ejercer selección consciente alguna y sin aplicar lógica al proceso del pensamiento, pedía que el paciente revelara todo lo que se le ocurría durante la sesión, fuese doloroso, embarazoso o al parecer carente de importancia. Las asociaciones libres se utilizaban como sustitutos del recuerdo directo obtenido en la hipnosis. Al reemplazar la hipnosis por la asociación libre, le seguía preocupando la importancia terapéutica de la descarga emocional, sin advertir en esta fase que el verdadero problema terapéutico no sólo era hacer que el paciente recordara el trauma y descargara sus emociones con él relacionadas, sino la producción de modificaciones en el Yo que le capacitara para recordar viejos hechos dolorosos. Se inicia así el cuarto período, al que llamó "Neurosis de Transferencia", a la reacción emocional del paciente hacia el analista, pues notó que aquel transfería a éste, sus pa-

tas de comportamiento neurótico, basadas en experiencias pasadas que el paciente abrigaba ahora hacia el terapeuta, los mismos sentimientos y con-
flictos que tuviera en su infancia, frente a alguna persona dotada de auto
riedad. Freud reconoció que todas las pautas emocionales profundamente -
arraigadas del paciente, todo el núcleo infantil de su personalidad, obte-
nía poco a poco libre expresión durante el tratamiento a medida que se su-
peraban las defensas contra ellas. Con lo que el análisis de la transfe-
rencia transformó la terapia en un entrenamiento metódico del yó, permi-
tiendo al paciente hacer frente a situaciones psicológicas conflictivas --
antes evitadas, debido a experiencias tempranas traumáticas. El quinto pe
ríodo lo constituye la reeducación emocional, un procedimiento destinado a
lograr cambios permanentes en la capacidad funcional del YO, mediante un -
lento entrenamiento emocional. La terapia psicoanalítica necesitó de 15 -
años para librarse de las formulaciones basadas en la hipnosis catártica.-
(16)

Por lo descrito, llegamos a la conclusión de lo difícil que es ubicar
en un momento específico la aparición de algún tipo de psicoterapia.

Queremos enfatizar que a pesar de la larga historia de la humanidad, -
nos damos cuenta que los cambios terapéuticos son mínimos, y sólo se han -
perfeccionado algunos tipos de psicoterapia utilizadas en el pasado. En-
contrando que hasta la fecha, la magia, los mitos, los exorcismos, las dan
zas, la persuasión, la catarsis y la confesión, continúan en práctica, y -
todas tienen en común el ayudar a la persona a encontrar solución al pro-
blema de su estado anímico.

También se hace notar que durante los siglos XIX y XX, surge el Psico
análisis como una técnica que profundiza y explica sus resultados, con lo-
que revoluciona la Psicología y la Psiquiatría, y a partir de ella, surgen
diferentes técnicas psicoterapéuticas que tienen al Psicoanálisis como fun
damento.

B. PROBLEMAS DE LA DEFINICION DE ANSIEDAD

a) Definición de Angustia.

Según Noyes (48), con el nombre de angustia se designa un estado de tensión exaltado y acompañado de un sentimiento vago, pero muy inquietante, de desastre o peligro inmediato. La angustia tiende particularmente a perturbar las funciones fisiológicas y a encontrar expresión en síntomas psicósomáticos; puede en los estados agudos a través de la estimulación del sistema neurovegetativo, producir problemas respiratorios, sudoración, insomnio, diarrea y palpitaciones.

La angustia tiene su origen en impulsos reprimidos que se hacen particularmente amenazantes cuando la represión se debilita. También puede originarse en frustraciones, insatisfacciones, inseguridad y con mayor frecuencia de lo que pudiera creerse, directa o indirectamente en las situaciones interpersonales.

En la Teoría Psicoanalítica la angustia ocupa una posición primordial, su importancia es de dos clases. Sirve primeramente como señal o indicación de conflicto y también como motivador de la represión. De acuerdo con Freud, la angustia automática es una reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una influencia de excitaciones de origen interno y externo, que es incapaz de dominar. Existe también la llamada angustia real que es una reacción del individuo ante un peligro exterior que constituye una amenaza real. (17)

Tres psicoanalistas han realizado en los últimos años contribuciones a la Teoría de la Angustia, estos son: Fromm, Horney y Sullivan. Por el frecuente intercambio de opiniones y la libre discusión que han mantenido, puede decirse que cada una de sus contribuciones son el resultado de su investigación y que los diversos puntos de vista expresados, lejos de contradecirse, se complementan recíprocamente.

Disienten de Freud en lo que respecta a la naturaleza de la amenaza interna que produce la angustia, porque los tres sustentan la opinión de que dicha amenaza interna es el producto de ciertas exigencias culturales.

Fromm (66), considera que la angustia se desarrolla en el conflicto entre las necesidades de trabar contacto, de obtener aceptación social y la de conservar la independencia. Hace notar especialmente que alguna de las potencialidades del individuo puede chocar con la reprobación de un padre destructivo, o puede ser sacrificada en aras a la sujeción a las normas de una cultura determinada. En estas circunstancias, cualquier intento que se realice para expresar estas potencialidades puede producir angustia.

Sullivan (63), ha descrito lo que puede llamarse angustia, advierte que la necesidad de obtener la aceptación de los adultos en general, constituye una parte imprescindible del ambiente en que se desarrolla el joven organismo humano. Cuando la aceptación se hace presente, el niño adquiere un sentimiento de bienestar, el cual denomina Sullivan "euforia". La reprobación produce inmediatamente el sentimiento de pérdida de la euforia. Esto es, lo coloca en una situación incómoda, que después conoce con el nombre de angustia.

La norma que produce la angustia descrita por Fromm y Sullivan coincide parcialmente, ya que los dos convienen en que los impulsos internos del niño amenazan sus relaciones con las demás personas, en la medida en que pueden significar pérdida de amor.

Horney (27), destaca que la situación de frustración tiende a hacer al niño hostil, porque éste a su vez, siente que el mundo es hostil y esta creencia aumenta sus sentimientos de desamparo. Según ella, existe una segunda angustia la cual se desarrolla sólo de las defensas erigidas originalmente contra la primera angustia, de este modo se forma un círculo vicioso porque la angustia produce defensas que, a su vez, provocan nueva angustia y así sucesivamente.

Janet (65), sitúa a la angustia en el cuadro de su Teoría de la Regulación de la Acción, una acción es siempre la simple reacción ante un estímulo, a grosso modo, determina inmediatamente una reacción secundaria que tiende a restablecer el equilibrio perturbado por el estímulo inicial.

Existe una angustia principal que puede expresarse en síntomas psicósomáticos, los cuales disminuyen ésta. Posteriormente se presenta la angustia secundaria que surge ante el peligro exterior y que es una amenaza real para el individuo.

De acuerdo a cada uno de los puntos de vista de los autores mencionados, podemos apreciar que la angustia se debe a una serie de situaciones -- por las que atraviesa el individuo desde que nace y así durante toda su existencia.

b) Diferencias y Semejanzas entre Angustia y Ansiedad.

Existe una gran cantidad de definiciones y en algunos casos los autores utilizan los términos de ansiedad y angustia para definir un mismo estado. Es por esto que consideramos necesario realizar una breve revisión de los términos de la angustia y la ansiedad.

[Devaux y Logre (10), se han interesado en separar y relacionar la angustia y la ansiedad, para ellos la ansiedad es una emoción caracterizada por un estado de dolor moral y de incertidumbre, con frecuente sensación de malestar físico; esta sensación constituye la angustia propiamente dicha, siendo que en la ansiedad las manifestaciones de angustia no son constantes ni necesarias.]

En la parte general de su estudio, [Devaux y Logre destacan las reacciones físicas y psíquicas como dos elementos esenciales e indisolubles de toda emoción. Dentro del "elemento psíquico" de la ansiedad destacan tres aspectos constitutivos: la duda, la inseguridad y la irresolución, siendo el segundo -la inseguridad- el único aspecto específico y característico; los otros dos serían accesorios y contingentes. En cuanto al "elemento físico", refieren primero los síntomas inespecíficos como rubor, palidez, -- aceleración del pulso y del ritmo respiratorio, temblores, etc.,] enfatizando que están especialmente comprometidos los órganos de la vida vegetativa, en particular las vías respiratorias y digestivas.] Seguidamente describen, una a una, las manifestaciones específicas de la angustia a distintos niveles del organismo, refiriéndose a la "angustia respiratoria" (sen-

sación de asfixia), "digestiva" (diarreas, vómitos), "cefálica" (dolores de cabeza). Y como manifestaciones secundarias: 1) disminución de la atención y 2) fatiga y agotamiento debido a "desperdicio" de energía que la ansiedad-angustia implica.

Bleger (4), ha sugerido adscribir a su esquema de las tres áreas de la conducta tres afectos: ansiedad, angustia y miedo, según las manifestaciones predominantes. Señala que la ansiedad es una conducta desordenada, que tiende imperiosamente a ordenarse, como todo equilibrio del campo psicológico. A su vez, señala que la ansiedad es el correlato subjetivo y se encontraría en el área de la mente o área "uno" de la tensión en el campo de la conducta en un momento dado. Cuando el fenómeno se observa primordialmente en el área del cuerpo o área "dos" se trata de la angustia (temblor, diarrea, etc.), mientras que se denomina miedo si aparece en el área "tres", es decir, ligada o referida a un objeto concreto.

Bleger subraya que la finalidad de la conducta es el mantenimiento de un cierto grado y tipo de equilibrio homeostático. De ahí que la ansiedad desempeñe un papel de señal de alarma, promoviendo nuevas manifestaciones del comportamiento tendientes a restablecer equilibrio. Es el caso de la ansiedad automática. Cuando la desorganización es extrema nos encontramos con la desesperación y el pánico.

Diel (11), al respecto nos dice que existen dos tipos de relaciones entre ansiedad y angustia. En el primero se considera a la ansiedad como sinónimo de inquietud y afán, por ejemplo: "estar ansioso por obtener tal o cual cosa, o por ver a tal persona" y a la angustia, al contrario, como afecto paralizador del comportamiento, "hundiéndose sin saber qué hacer, o sin poder hacer nada". En la segunda relación, cada vez más frecuente, se establece un continuo desde la menor inquietud hasta la más aguda angustia, incluyendo diversos grados de ansiedad.

López Ibor (40), parece adherirse a este punto de vista cuando caracteriza a la angustia mediante el sobrecogimiento e inmovilización y a la ansiedad mediante el sobresalto con frecuente incremento de actividad respiratoria.

Al respecto menciona Tillich (67), es la ansiedad y la angustia de no poder preservar el propio ser personal lo que se encuentra debajo de ca da miedo más o menos concreto o evidente.

Como puede notarse, los términos de ansiedad y angustia se usan indistintamente. Los autores Devaux y Logre, Bleger, Diel, dicen que se siente ansiedad cuando se trata de una reacción ante algo o por algo y tendrá una función de señal de alarma. Cuando se presenta la angustia según Diel y López Ibor, puede decirse que se trata de un miedo de todo y por todo o, -de nada y por nada, o sea que en la angustia no se puede identificar el objeto o la causa que la produce. Para Devaux y Logre y Bleger, con la angustia se presentan sensaciones de malestares físicos. Tillich utiliza in distintamente Ansiedad, Angustia y explica que surgen del miedo a no poder proteger el ser personal.

Hasta la fecha no existe un acuerdo de los términos de ansiedad y an gustia, y tampoco una escala debidamente formulada con lo que sea posible determinar cuando se trata de ansiedad y cuando de angustia. Algunos auto res tratan de hacer una diferencia de grado donde la ansiedad estaría colo cada dentro de una escala cuyo inicio sería la menor inquietud hasta un punto máximo donde colocan la más aguda angustia.

Debido a las divergencias de los autores respecto a los términos An siedad-Angustia, utilizamos el término Ansiedad como sinónimo de Angustia.

c) Definición de Ansiedad utilizada en la presente Investigación.

Existen diversas definiciones de ansiedad y aunque todas se refieren al mismo fenómeno, los términos varían, por lo que en esta investigación nos apoyamos en la que da Spielberg sobre la ansiedad ya que ofrece mayo res puntos de apoyo en el campo de la experimentación y es la que utiliza mos en el estudio.

Spielberger (62), distingue entre Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, siendo la primera "una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del

sistema nervioso autónomo. Estos estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo, con lo que el estado de ansiedad se refiere a la ansiedad experimentada en un momento dado".

La Ansiedad Rasgo, la define como "las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad--Estado".

Quienes califican alto en rasgo, elevan el estado más frecuentemente que quienes califican bajo en rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fueran amenazantes. Las personas con alto rasgo también responderán probablemente con un incremento en la intensidad del estado que implica relaciones interpersonales que amenazan la autoestima.

C. DIFERENTES ENFOQUES SOBRE LA ANSIEDAD.

A todas luces el tema que nos ocupa corresponde a experiencias humanas esenciales y por lo tanto propias de cualquier persona a cada momento y en cualquier lugar. También es cierto y con frecuencia señalado, que en nuestros días de crisis, diversos factores se han configurado de modo tal que la época en que vivimos origina una mayor ansiedad.

Día a día parecen aumentar las amenazas contra el ser humano y su integridad. Inestabilidad tanto física como emocional, son signos que acompañan a la ansiedad de nuestro tiempo y de todos los tiempos.

Uno de los objetivos que nos anima es delimitar el fenómeno de la ansiedad como estado y como rasgo, ya que éste forma parte esencial de la presente investigación.

A continuación hacemos un resumen sobre el tema de la ansiedad, según cuatro corrientes principales: Existencialista, Psicoanalista, Culturalista y Factorialista.

a) Teoría Existencialista.

Esta fenomenología existencial o vital, no es privativa de filósofos

sino que también es entrada para psicoanalistas y psicólogos, atraídos por ese mundo que el ser humano se fija en sí mismo y que es tan atractivo.

Con respecto a la existencia, Unamuno (44), dice que el Yo y el mundo se forman mutuamente y de este juego de acciones y reacciones brota en el individuo la conciencia de su Yo. Este Yo es la conciencia de uno mismo, o sea que es el núcleo del recíproco juego entre el mundo exterior y nuestro mundo interior.

Este mismo autor dice que cuando más involucrados nos encontramos en los cuidados y menesteres de la vida, de repente aparece el sentimiento de nuestra mortalidad y no tan solo la muerte sino una suprema sensación de ansiedad y esta ansiedad quitándonos del conocimiento aparente, nos lleva inesperadamente al conocimiento sustancial de las cosas.

Los filósofos de la existencia consideran que la vida se presenta como una tremenda obligación que requiere ser asumida responsablemente. El ser humano nunca aislado, es el único capaz de comunicación con los demás y consigo mismo; también el único que sabe que se va a morir y que puede llegar a dejar de ser. Se insiste junto con esto en que la naturaleza humana incluye simultáneamente potencialidades contradictorias lo que constituye una fuente constante de ansiedad.

En este enfoque existencialista, todas las formas de ansiedad pasan a ser variedades de aquella experiencia básicamente humana frente a la constante posibilidad de dejar ser.

Tillich (67), describe tres tipos básicos de ansiedad existencial en función de tres maneras en que el no-ser amenaza al ser, estos son:

1. Ansiedad Ontica, o ansiedad de la vida y la muerte.
2. Ansiedad Espiritual, originada por la experiencia de vacío y la carencia o pérdida del sentido de la vida.
3. Ansiedad Moral ante la culpa y la condenación.

Tillich (67), dice que el hombre permanentemente puede experimentar ansiedad. Tal situación ocurriría como resultado de uno mismo en forma libre.

Laing (37), ha descrito tres formas de ansiedad, la primera de ellas es la Sumersión: se entiende por una especie de temor difuso de ahogarse - en la relación con los demás, el individuo trata de obtener su salvación - mediante el aislamiento y la actividad constante. La segunda forma, es la Implosión, se refiere a la amenaza de que la identidad personal quede anulada ante cualquier impacto del exterior. En la tercera forma, llamada Pe trificación, el hombre se siente amenazado por la posibilidad de convertir se en cosa inanimada, sin valor para los demás ni para él mismo.

Sería oportuno transcribir ahora algunas consideraciones del pensador danés Soren Kierkegard (32), a quien se deben rasgos importantes del moder no enfoque existencial. Para él, la ansiedad se refiere al presente y al futuro en general en términos de las amenazas contra la integridad existen cial cuyas fuentes son interiores.- La culpa como afecto está originada - con experiencias pasadas de la persona, mientras que las diversas formas - de castigo exterior e interior correspondientes a las transgresiones como tales, son motivos de ansiedad.

La tendencia existencialista se dirige hacia la distinción de las di versas posturas que adopta la vivencia ansiosa en el ser humano. Para esta corriente, el sentido de la vida no lo da exclusivamente el principio - del placer, el hombre madura en el dolor y crece en él. La vida es el --- existir, pero no se vive sin reflexión, no se existe sin entender el por - qué de las cosas.

Para los existencialistas la naturaleza humana incluye contradiccio-- nes lo cual constituye una fuente de ansiedad. Es decir, el hombre es - - esencialmente libre, puede elegir, por lo tanto es responsable de su ser y su situación, y especialmente de su futuro. El conflicto fundamental y -- multiforme de la existencia es entre el ser y el no ser.

b) Teoría Psicoanalista

Indudablemente Freud abrió la brecha para comprender la fenomenología de la ansiedad; con su Teoría Psicoanalítica vino a cambiar y revolucionar los conceptos de la Psicología y la Psiquiatría, así como a encauzar nuevos métodos.

Es interesante hacer notar que en los conceptos de ansiedad y angustia, Freud no hace distinción entre ellos, por lo que nos referiremos al concepto de ansiedad solamente.

Freud (18), define a la ansiedad como un estado afectivo o unión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer, con actos de descarga por vías determinadas. Supone una energía psíquica y otra física, no independientes sino interactuantes. Corresponden a la ansiedad sensaciones físicas, siendo las más frecuentes las que afectan a los órganos respiratorios y al corazón. Posteriormente añade que la ansiedad tiene su ubicación en el Yo. Solamente el Yo puede experimentar ansiedad. La fuente de esta ansiedad puede encontrarse en el mundo exterior (ansiedad frente a un peligro real), en el Ello (ansiedad neurótica) y en el Superyo (ansiedad moral). La ansiedad frente a un peligro real se presenta ante la amenaza real existente en el mundo externo, es decir, el Yo se relaciona con el mundo exterior y lucha contra él para obtener una gratificación sin causar un desequilibrio en el organismo. En la ansiedad neurótica, el Yo lucha con el mundo de las necesidades instintivas. La ansiedad moral se presenta cuando se teme un castigo como consecuencia de haber sobrepasado un valor moral.

Tales amenazas contra el Yo se presentan en diversos modos en las diferentes etapas del desarrollo. En los primeros años amenazan la personalidad, todavía no madura, con la pérdida del amor. En una etapa posterior, la irrupción de las pulsiones prohibidas expone al niño a la amenaza de la castración (símbolo general de castigo) y, más tarde, las acciones prohibidas acarrearán la reprobación de la sociedad, lo que produce el temor de ser excluido de ella.

De esta manera, cuando los peligros específicos que se experimentan - en la primera infancia afectan al Yo, éste continúa actuando a través de - la vida, es decir, la primera experiencia de ansiedad ocurre cuando el Yo - es todavía débil, por encontrarse aún en proceso de desarrollo, esta expe- riencia es la que establece el patrón para la vida ulterior. Por esto - - cuando posteriormente afronta situaciones semejantes a las primeras expe- riencias el Yo tiende a considerarlas igualmente peligrosas.

Para O. Rank (50), los síntomas fisiológicos que acompañan a la asfi- xia transitoria que se presenta en el nacimiento son casi idénticos a los - síntomas que acompañan a la ansiedad, como la taquicardia, la dificultad - en la respiración y la diarrea. Considera la vida como una serie de expe- riencias de separación, el trauma es particularmente significativo, porque está vinculado con la separación del objeto amado (la madre), posteriormen- te todas las situaciones productoras de ansiedad se relacionan con alguna- amenaza de separación.

Las clases o modos como funciona la ansiedad no son otra cosa que fe- nomenologías, situacionales y existenciales; tanto Freud como sus discípu- los se empeñaron en explicar este funcionamiento, en donde la función del- Yo es mantener la estabilidad emocional del individuo previendo la expe- riencia consciente de la ansiedad que nace de las amenazas del Ello y del- Superyó, dando lugar al desarrollo de los mecanismos de defensa y caracte- rísticas de la personalidad.

El camino abierto por Freud fue trascendental, su Teoría sirvió para- adelantar y profundizar el conocimiento de la complicada manera de ser del hombre. En los últimos años se ha enriquecido por otros autores la concep- ción de la ansiedad.

c) Teoría Culturalista

La literatura al respecto se centrará en los más prestigiados repre- sentantes de la Teoría Culturalista. No mencionando ahora a Fromm que fue ya comentado.

El principio de esta teoría se debió al antropólogo A. Kardiner, él quiso confirmar la teoría Biológica-Instintiva de Freud de que era correcta en las culturas primitivas pero halló lo opuesto. El desarrollo de la personalidad variaba en tal grado en el mundo como sus patrones sociales, - costumbres y culturas. (5)

Para K. Horney (26), la ansiedad es una respuesta emotiva al peligro, puede estar acompañada de sensaciones físicas como temblor, sudoración y - palpitaciones cardíacas. Señala que la génesis de la ansiedad se encuentra en toda situación conflictiva entre la necesidad de depender de otros, especialmente los padres en la infancia, y la hostilidad que despierta esta situación. Cuando la hostilidad ha sido reprimida surge la ansiedad. - La ansiedad es diferente para cada individuo y es una reacción ante una -- amenaza de un valor vital. Por si sola la inhibición no provoca ansiedad, mientras no comprometa este valor vital.

H.S. Sullivan(63), concibió la vida humana como un proceso a través del cual el hombre lucha y se estimula para ser aceptado en sus relaciones interpersonales, de aquí la importancia de la ansiedad, para este autor la - ansiedad es el resultado de las relaciones de uno para con otros. La - - transmite la madre al hijo y resurge más tarde ante las amenazas a la seguridad de uno. Los grados de ansiedad son: ligera la cual es la que le ocurre a la gente cada día y severa que ocurre en la infancia y que es propia de los estados patológicos. La ansiedad la concibe él como una experien-- cia de tensión que surge como una expresión a la disyuntiva que representan las relaciones interpersonales. Es decir, el desarrollo del individuo siempre tiene que ver con un problema continuo y fundamental: el logro adecuado de su necesidad de satisfacción y de seguridad. Siendo la ansiedad - el producto de ciertas exigencias culturales.

E. Jacobson (28), considera la ansiedad como una señal que involucra un fenómeno de descarga, o sea la ansiedad es una experiencia que se origina y se usa por el Yo; está basado en la anticipación de un peligro inminente y está asociada con los comportamientos relacionados a obtener un nivel óptimo de excitación orgánica (este principio es un equivalente de la-

homeostasis).

De acuerdo con esta autora existen tres tipos de situaciones en las cuales el Yo utiliza una señal de ansiedad anticipándose a un peligro inminente: Primero cuando el Yo anticipa un aumento drástico y difícil de manejar en el nivel de su excitación orgánica, generalmente debido a la intromisión de un deseo instintivo ajeno o extraño. Segundo, cuando el Yo anticipa un decremento significativo en el nivel de excitación orgánica -- frecuentemente como un resultado de sus relaciones con el mundo exterior -- o de un carácter sobreprotegido intrapsíquico. Y, tercero, cuando el Yo se vive a sí mismo como incapaz de utilizar los caminos de descarga que él prefiere en sus esfuerzos para recuperar un nivel óptimo de excitación orgánica.

E. Schachatel (57), para definir la ansiedad toma como punto de partida las formulaciones de Freud, para él, es un estado afectivo. Nos habla de un afecto de convivencia que consiste en una descarga difusa, de la tensión sin meta fija, y que sucede siempre que el sujeto ha perdido su sentido de seguridad, familiaridad, intimidad hogareña y adaptación ambiental. -- Concibe a la ansiedad como inherente en acto o en potencia, en cada movimiento hacia un crecimiento progresivo o diferenciado. Surge pues en las etapas del ser humano cuando se frustra la realización de la actividad y saca al individuo de su situación familiar o de su protección.

Los psicoanalistas de orientación cultural convienen en que la ansiedad aparece cuando algo en el interior del individuo amenaza con perturbar su relación con las demás personas. Sin embargo, consideran que estos impulsos internos que amenazan la seguridad son en gran parte, fuerzas producidas por ciertas exigencias culturales.

d) Teoría Factorialista

El fenómeno de la ansiedad con su conjunto de componentes (factores) -- ha sugerido a los teóricos modernos a considerarlos también como rasgos; -- es decir, características relativas constantes que se hallan en cada individuo. Cada factor es un rasgo cuya magnitud varía y está organizada de --

diversa manera que se expresa fenomenológicamente en cada individuo. Thorn dike (1), señala que un rasgo es una cantidad variable que se mide por los diferentes grados del mismo encontrado en todos los sujetos de un grupo de finido, por el número de veces que aparece.

De aquí dos resultantes: una constante y otra transitoria, la constante (rasgo) es caracterológica también y común a muchos; la transitoria es más compleja, más difícil de someter a patrones, responde al concepto de estado.

Esta tendencia de factores y rasgos ha sido estudiada por R.B. Catell -Scheier, C.D. Spielberger y otros.

R.B. Catell-Scheier (6), han distinguido dos clases de ansiedad: la caracterológica y la situacional. Describen la caracterológica como algo que surge internamente de las diferencias temperamentales, como la timidez. Como conflicto interno, en último término es una huella de la experiencia-externa que puede ser histórica, remota y atribuible a los sentimientos y complejos del sujeto. La situacional se relaciona más con la amenaza externa y menos con los aspectos internos del individuo, ésta puede ser normal y ajustada a las estructuras de la personalidad. Catell considera que la ansiedad es una única entidad que aparece en los experimentos como dimensión distinta, siendo muchas veces una respuesta a las amenazas y peligros reales del medio.

C.D. Spielberger (61), señala que la ansiedad es un estado subjetivo de sentimientos de aprensión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del Sistema Nervioso Autónomo cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y personas como respuesta a estímulos internos y externos. Como rasgo implica un motivo o disposición conductual adquirido que predispone al individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivas no peligrosas, pero amenazantes y responde a éstas con reacciones de ansiedad-estado (A-E) desproporcionadas en intensidad a la magnitud del pe ligro objetivo.

Para este autor en el estado ansioso se amalgaman los rasgos caracte-

rológicos y transitorios cuyos fenómenos se observan psíquica y fisiológicamente y como tales pueden ser sometidos a medición.

Siendo la ansiedad un fenómeno universal, podríamos decir que la mayoría de los autores la conceptualizan de la misma forma, sus diferencias -- son solo de grado y utilizan diferente terminología para referirse a ella; así tenemos que, para la Escuela Existencialista la ansiedad se refiere al presente y al futuro en general y aparece ante las amenazas contra la integridad existencial. En la Corriente Psicoanalítica, Freud expone que la ansiedad es una reacción ante el peligro desconocido, que proviene del interior, es decir, la primera experiencia de ansiedad ocurre cuando el Yo -- es todavía débil, por encontrarse aún en proceso de desarrollo, esta primera experiencia establece el patrón para toda la vida ulterior. Habiéndose visto amenazado por el peligro, el Yo tiende a considerar que cualquier -- otra situación semejante resultará peligrosa. Para los principales representantes de la Escuela Culturalista la ansiedad se origina como una reacción ante la amenaza interna, dicha amenaza interna es el producto de las exigencias culturales. Finalmente tenemos que los teóricos de la Corriente Factorialista han sugerido que la ansiedad caracterológica es aquella -- que se forma a través del desarrollo de cada individuo y surge ante una si tuación objetiva no peligrosa, pero amenazante y responde a ésta con reacciones de ansiedad-estado.

Concluimos que las escuelas revisadas tienden a considerar la ansie-- dad como una reacción a una fuente interna (rasgo) que amenaza la integridad del individuo, está relacionada con sus vivencias pasadas y con una -- fuente externa (estado) que ocurre en un momento determinado, esta ansie-- dad se presenta como una señal de alarma ante un peligro externo.

D. TECNICAS DE MEDICION Y TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD

a. Técnicas de Medición

Las técnicas para medir ansiedad varían mucho y ninguna se puede considerar hasta la fecha definitiva, ya que todas están bajo situación expe-

rimental. Además existen dudas causadas por la diversidad de opiniones sobre la ansiedad en cuanto a la posibilidad de ser medida y evaluada. Pese a todas las críticas se ha llevado a efecto la medición y la evaluación mediante el empleo de ciertos instrumentos. Con lo que se observa que el valor del intento de medición de la ansiedad es importante como esfuerzo y como logro que contribuye a un replanteamiento de los elementos que comprenden la ansiedad.

Existen dos clases de medidas que hay que desglosar:

- 1) Las técnicas o instrumentos de medición fisiológica
- 2) Los instrumentos psicológicos de medición de la ansiedad

a.1. Medición Fisiológica

La medición fisiológica, por tradición ha utilizado el uso de la medida de la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la resistencia eléctrica de la piel, como instrumentos capaces de ser más objetivos que los propios reportes verbales de los sujetos.

Estos instrumentos detectan la existencia de síntomas ansiosos, sin lugar a dudas, pero al parecer, ofrecen ciertas desventajas. Entre las que se pueden mencionar: equipo costoso y procedimientos analíticos muy especializados, son individuales y no económicos. Los datos obtenidos no son confiables porque: no correlacionan unos con otros, no indican el grado o intensidad del fenómeno, no todos los sujetos sudan y las condiciones orgánicas varían continuamente.

Todo esto hace que el uso de tales instrumentos no sean muy adecuados para una medición fisiológica confiable, por lo que se hacen poco aceptables.

a.2. Medición Psicológica

La investigación sistemática y la medición de la ansiedad, ha comenzado hace unos cinco lustros con Taylor (1953).

Se hace necesario distinguir dos corrientes importantes. 1) Las pruebas

bas proyectivas y los cuestionarios que miden la ansiedad como concomitante de otros factores de personalidad y 2) aquellas escalas o cuestionarios que se dirigen tan solo a la medición de la ansiedad específicamente. (65)

Las pruebas proyectivas del primer grupo, como son Rorschach, T.A.T.-Frasas Incompletas, Hollzmann y otras, son todas ampliamente utilizadas en clínica. Tienen como ventaja que el sujeto ignora lo que el Psicólogo busca, se encuentra libre de presiones y se involucra fácilmente sin poder negar su propia expresión.

Pese a ser más ventajosas que los aparatos que miden los aspectos fisiológicos, no deja por ello de ofrecer dificultades y limitaciones. El diagnóstico se hace de acuerdo al entrenamiento e interpretación del Psicólogo, algunas pruebas, no pueden administrarse en grupo, otras, es difícil establecer niveles de significancia estadística y correlaciones, debido a estas razones, las pruebas proyectivas se consideran instrumentos algo pobres con fines de medición experimental.

El inventario MMPI es un instrumento mejor estructurado y utilizado para medir ansiedad, como su nombre lo indica, es un inventario o cuestionario de la serie de "cierto o falso", como alternativas de respuesta al estímulo. Consta de 566 preguntas divididas en 10 escalas clínicas y tres de veracidad. Una de esas escalas, la No. 7, mide ansiedad al mismo tiempo que da datos sobre elementos psicopatológicos de la personalidad. Este inventario nos ofrece ventajas pero no es específico para medir y evaluar la ansiedad, ni nos dice su frecuencia de aparición.

La prueba de Frases Incompletas permite al interpretar lo que el sujeto manifiesta, detectar si está o no ansioso y descubre sus miedos y temores, pero como con los anteriores instrumentos sucede, dejan entrever la existencia del fenómeno, pero no su especificidad.

Las pruebas psicológicas de Medición y evaluación específica de la ansiedad aparecieron a partir de los años '50 y como consecuencia se han elaborado a partir de esa fecha, otros instrumentos.

b) Instrumentos Psicológicos para medir ansiedad.

La primer prueba de ansiedad puesta en práctica fue el Inventario conocido con el nombre de TMAS (Taylor's Manifest Anxiety Scale), en 1953, - originada del MMPI, para desarrollar su escala de Ansiedad Manifiesta. Tuvo como objetivo medir estado de ansiedad, en base a un cuestionario de 50 preguntas, abreviado a 20, se puede usar también en niños. Consta de cinco factores: a) conocimiento de sí mismo, b) Sudoración; frío y calor, -- c) insomnio, d) sentimientos de inadaptación insuperable, e) fatiga. (13), (20).

El inventario pertenece al grupo de escalas con respuestas de "cierto o falso" y el puntaje de un sujeto depende de los reactivos que él ha marcado.

(El I.P.A.T. de R.B. Catell).- Tiene como objetivo medir rasgos de personalidad. Consta de 40 reactivos que pueden aplicarse individualmente o en grupo, no tiene tiempo fijo, sus instrucciones son sencillas y de fácil comprensión. Los reactivos están estructurados con una elección de entre tres alternativas. (6)

El Freeman Manifest Anxiety Test, tiene como objetivo medir la estructura nuclear de la ansiedad, su neurosis e implicaciones psicossomáticas. - Consta de seis categorías y tres tipos estructurales y de cinco partes. -- a) 51 preguntas de sí o no, b) 21 preguntas de 1 y 2; c) 11 preguntas de - 1, 2, 3; d) 5 preguntas a elección propia; e) 52 preguntas de marque con - una x.

(El S-R Inventory of Anxiousness de Perkins), tiene como objetivo medir la inclinación a la ansiedad. Consta de 11 situaciones básicas, los sujetos indican en una escala de 5 puntos la intensidad con que experimentan - cada una de las 14 tendencias de respuesta a la situación.

El MAACL-Múltiple Affect Adjective Check List de Zuckermann y otros, - tiene como objetivo clasificar los estados afectivos. Consta de 3 dimen-- siones: ansiedad, hostilidad y depresión. A base de 132 adjetivos en tres partes. Mide tanto rasgo, como estado ansioso.

El TASC de Sarason, tiene como objetivo medir la ansiedad en niños, mide rasgo y estado y el desempeño en las tareas escolares.

El DES Escala de Emoción Diferencial de Izard, su objetivo es medir las emociones. Está formado por 67 reactivos fundamentados sobre la teoría de emociones discretas y separadas. (52)

~~El~~ IDARE (STAI EN INGLES), Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado de C.D. Spielberger, tiene como objetivo medir la ansiedad, consta de dos formas o escalas la SXE (Ansiedad-Estado) y la SXR (Ansiedad-Rasgo) cada una de las cuales consta de 20 reactivos que se contestan marcando uno de los números dispuestos del 1 al cuatro. (59) *

De entre estos instrumentos se eligió el IDARE, en esta investigación por ofrecer grandes ventajas de tipo teórico y experimental.

El problema no es tanto conocer la naturaleza de la ansiedad, sino poder encontrar un instrumento que reúna las mejores condiciones y los menores problemas de aplicación. La bondad del instrumento descansa sobre su confiabilidad y su validez, siendo en este sentido (como se verá más adelante) el IDARE es el que nos ofrece las mejores condiciones, por ser además sencillo y breve en su aplicación, tomando en cuenta la situación de los pacientes de esta investigación, los cuales tenían pocos deseos de someterse a pruebas. *

c. Técnicas de Tratamiento de la Ansiedad

c.1. Psicoterapia

La Psicoterapia como técnica de tratamiento, tiene como base el conocimiento de la enfermedad que trata de remediar y la comprensión del proceso curativo, es necesario distinguir entre una terapia etiológica, con base científica y un procedimiento empírico con el que se logran mejorías o curas sin que exista un cabal entendimiento del cómo y porqué.

P. Alexander nos dice al respecto: "La psicoterapia metódica no es, en gran medida, sino la aplicación sistemática, consciente, de los métodos mediante los cuales influimos en nuestros semejantes. La Psicoterapia se convierte en una práctica científica cuando reemplazamos el conocimiento -

intuitivo por principios bien establecidos de psicodinámica" (16). Tomando en cuenta, en cada caso los problemas particulares de la persona y las modalidades del contacto que se ha establecido.

Se puede asegurar que la mayoría de las personas en el transcurso de sus vidas, ya sea en una o en varias ocasiones, han empleado ciertas técnicas que son utilizadas en la práctica psiquiátrica, especialmente el apoyo emocional y la persuasión. Se dice que se practica en cierto sentido la psicoterapia, debido a que se trata por medios psicológicos de reestablecer el perturbado equilibrio emocional de otra persona. Siendo algunos -- ejemplos cuando una persona trata de consolar a un amigo que atraviesa por momentos dolorosos de su vida, cuando se trata de tranquilizar a un niño temeroso o cuando se intenta ayudar a vivir a alguien una experiencia amenazante.

c.1.1. Definición de Psicoterapia

Existen diversas definiciones de lo que se considera lo que es la Psicoterapia, estando de acuerdo la mayoría en un punto, es el de que la Psicoterapia constituye una forma de enfoque para muchos problemas de naturaleza emocional. En donde surgen las discrepancias, es en la utilización de las técnicas, los procesos, las metas o el personal involucrado.

Son ejemplos de algunas definiciones:

1) U. Menninger, K.A y Holzman, P.S.: "Psicoterapia es un tratamiento formal de pacientes, en la que se usan métodos psicológicos, agentes físicos y químicos y principalmente la comunicación".

2) Levine, M. "En general, la psicoterapia puede ser definida como la introducción hecha por el médico, de nuevas experiencias vitales que pueden encaminar a un paciente en la dirección de la salud".

3) Deutsch I. "La psicoterapia consiste de cualquier medida competente dirigida hacia la mejoría de la salud emocional del individuo, basada en la comprensión de la psicodinamia involucrada, y de las necesidades del individuo bajo tratamiento".

4) Romano, J.: "Para una definición realista muy simple, uno podría -

decir que la psicoterapia es la utilización de medidas psicológicas en el tratamiento de personas enfermas".

5) Whitaker, C.A.: "Psicoterapia es un proceso de intercambio emocional, en una relación interpersonal, el cual acelera el crecimiento de uno o ambos participantes".

6) Bellak, L.: "En su sentido clásico, Psicoterapia es definida como el reestructuramiento del mal funcionamiento de la personalidad".

7) Wolberg, L. "Psicoterapia es una forma de tratamiento, usando medios psicológicos, para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, deliberadamente establece una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad".

Las definiciones de Levine, M. y de Romano, J. se podrían utilizar en esta investigación, sin embargo, consideramos más pertinente la definición de Wolberg L., para los requisitos a cubrir dentro de la sala de terapia intensiva. Se utilizó la psicoterapia como forma de tratamiento, usando medios psicológicos, para problemas de naturaleza emocional, como es la ansiedad ante una situación traumática e imprevista, en la que una persona entrenada, estableció en forma deliberada una relación profesional con un paciente, con el objeto de modificar síntomas existentes. (70)

A pesar del deseo de dar un alivio profundo, se presentaron limitaciones, tanto en el tiempo como la disponibilidad del paciente, tomando en cuenta su situación de malestar y la fuerza del yo disminuida del mismo.

c.1.2. Variedades de Psicoterapia.

Existen diferentes variedades de Psicoterapia, cada una de ellas con sus métodos y objetivos, y al mismo tiempo con sus propios seguidores y -- sus críticos, toda esa variedad existente de acuerdo con Wolberg (70), se puede agrupar en Terapia de Apoyo, y Terapia de Insight, formando dentro de las Terapias de Insight dos subgrupos que son: a) Terapia de Insight con metas reeducativas (Terapia Reeducativa) y b) Terapia de Insight con --

metas reestructurativas. (Cuadro I, Apéndice).

Wolberg, al respecto de estas terapias nos habla de sus diferencias - en cuanto a objetivos y métodos, para él, la Terapia de Apoyo tiene como - objetivos el reforzamiento de las defensas existentes, elaboración de meca - nismos nuevos y la restauración del equilibrio adaptativo, utilizando para ello diferentes métodos.

La Terapia de Insight, con metas reeducativas, tiene como objetivo -- promover insight en los conflictos más conscientes, con un esfuerzo deli - berado para lograr un reajuste, una modificación de las metas y del modo - de vida a la medida de las potencialidades creadoras existentes. Utilizan - do como métodos la terapia de relajación, el consejo terapéutico, terapia - ocupacional y reacondicionamiento.

Las Terapias de Insight con metas reestructurativas, tienen como obje - tivo el promover, el darse cuenta de los conflictos inconscientes, con es - fuerzos para lograr una modificación extensa de la estructura de la perso - nalidad. Utilizando los métodos de Psicoanálisis Freudiano, No Freudiano - y Psicoterapia Psicoanalíticamente Orientada. Haciendo notar que estos ti - pos de terapia son provocadores de ansiedad.

Las Psicoterapias profundas se proponen utilizar la relación terapeu - ta-enfermo, como instrumento de aproximación en la investigación de la per - sonalidad. Intentan dar un sentido en relación con el pasado, a unas pala - bras o a un comportamiento, que parecen habitualmente desprovistos de este. Siendo los objetivos del método, el restablecer la unidad del sujeto, en - apariencia perdida, juntando su pasado y su presente.

En cambio, observamos que las psicoterapias de apoyo a menudo llama - das de sostén o de superficie, se basan esencialmente en el establecimien - to de una relación médico-enfermo y no pretenden profundizar en la signifi - cación de los trastornos y conflictos subyacentes. El médico se contenta - con servir mediante su presencia de referencia de salud constante para el - paciente.

c.1.3. Terapia de Apoyo

En esta investigación se utiliza la Terapia de Apoyo debido a que está destinada a sujetos que sufren trastornos pasajeros y además porque constituye un método tradicional para tratar problemas de naturaleza emocional. Considerándose la más indicada por la necesidad de prestar una ayuda inmediata al paciente que se encuentra hospitalizado dentro de las salas de Terapia Intensiva, sabiendo que la mayoría de ellos atraviesan por un estado emocional de intensa ansiedad, como consecuencia de su internamiento, la estancia en el Hospital de algunos de ellos, se debe a un traumatismo inesperado y en otras, a un trastorno de su organismo que los llevó a una hospitalización no preparada.

El objeto de la Terapia de Apoyo es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, disminuir o eliminar sus síntomas de modo que sea capaz de funcionar en un nivel bastante cercano al habitual. Al mismo tiempo, se intenta eliminar o reducir los factores externos perjudiciales que actúan como fuentes de agitación. Se aclara que no se hace el intento de cambiar la estructura de la personalidad cuando se puedan desarrollar como consecuencia del tratamiento, cambios constructivos de la misma.

c.1.3.1. Técnicas de la Terapia de Apoyo.

Entre las técnicas y procedimientos utilizados en la terapia de apoyo están los siguientes: Guía, manipulación ambiental, externalización de intereses, reaseguramiento, sugestión por el prestigio, presión y coerción, persuasión, catarsis emocional y desensibilización, relajación muscular, hidroterapia, terapia por drogas, terapia convulsiva y de choque y terapia de grupo inspiracional (70). Que a continuación se explican:

La Guía es un procedimiento que lleva al terapeuta a ser una autoridad completamente directiva, que fija la planeación de un régimen diario, en donde no permitirá la pereza. El terapeuta organiza un día balanceado para la persona y le fijará el tiempo de levantarse, arreglarse, comer, trabajar, descansar, pasear, dormir y otras actividades. En otras ocasiones, la guía sólo se da en relación con un problema específico perturbador

que interfiere con el ajuste del individuo.

La Guía se basa en el establecimiento de una relación de tipo autoritario entre el terapeuta y el paciente. Puede suceder que el enfermo tienda a sobrevalorar las capacidades y habilidades del terapeuta, con lo que provocará inseguridad, si surge alguna duda respecto a la fuerza o sabiduría de la autoridad, siendo esto una desventaja del procedimiento, ya que puede aumentar su ansiedad en lugar de disminuirla.

Se trata dentro de este procedimiento, de hacer los conflictos a un lado, de animar a la persona a que se ajuste a sus problemas, más que a su rectificación. Se le puede enseñar a corregir ciertos defectos o a adaptarse a circunstancias que no pueden ser cambiadas.

En la Manipulación Ambiental, se trata de resolver el trastorno emocional del paciente, eliminando o modificando los elementos desorganizados de su ambiente. A menudo los pacientes están tan ligados a su situación vital, sea por un sentimiento de lealtad o por un sentimiento del que no tiene derecho para expresar sus peticiones, que tolera las distorsiones de su ambiente y las considera inalterables. Puede suceder que no se cuenta de que su tensión y resentimiento son generados por situaciones específicas y puede hacer responsable de sus dificultades a otros factores de los que realmente son. Por lo que el terapeuta interfiere con los aspectos ambientales que son perjudiciales a los intereses del paciente. Se hace notar que la corrección ambiental no puede ayudar a todos los enfermos, ya que se sabe que en muchos casos, las dificultades del ambiente aún cuando acentúan los problemas, son solo factores precipitantes.

En la Externalización de Intereses, aunque no es estrictamente un método terapéutico, el que el paciente externalice sus intereses, es una medida de apoyo auxiliar en el tratamiento. Se utiliza particularmente cuando el sujeto se ha absorbido tanto en sus problemas interiores que la realidad externa ha perdido su significado. Se pueden utilizar gran cantidad de pasatiempos para distraer la atención de la ansiedad interior, por ejemplo, trabajos de madera, ajedrez, juegos de mesa, danza, arte dramático. - La externalización de intereses se combina con otras técnicas terapéuticas

para que sea efectiva.

El Reaseguramiento es usado de algún modo en todas las formas de psicoterapia, la relación que se da entre el terapeuta y el paciente, le permite a éste un reaseguramiento, ya que provoca sentimientos de aceptación y seguridad, aún cuando estos sentimientos no sean expresados con palabras. También cuando el paciente expresa dudas respecto de su capacidad de mejorar o de obtener alivio para su sufrimiento, se le dará reaseguramiento -- verbal al paciente. El terapeuta discute en forma abierta los temores del enfermo, se le dan explicaciones a fin de aliviar su tensión y su ansiedad.

En la Sugestión por Prestigio, se busca eliminar los síntomas, siendo ésta una de las técnicas más antiguas, se maneja más los efectos que las causas, por lo que se limita, sin embargo bajo ciertas circunstancias produce efectos benéficos. La sugestión forma parte de toda relación terapéutica. A menudo se emplea sin intención por parte del terapeuta, otras veces es usada deliberadamente para influenciar al paciente.

Pese a sus limitaciones y desventajas, hay casos en que se tiene que recurrir a la sugestión por medio del prestigio como una medida de emergencia. En primer lugar, un síntoma puede ser tan invalidante que cause tal sufrimiento que cualquier otro esfuerzo psicoterapéutico quede bloqueado, hasta que la persona consiga algún alivio. En segundo, hay pacientes que tienen una motivación pobre y fuerza del yo mínima que cualquier método -- psicoterapéutico esté destinado al fracaso, siendo solo a los procedimientos de apoyo tales como la sugestión, cuando responde.

La Presión y la Coerción son medidas autoritarias calculadas para -- ofrecer al paciente presión o castigos, con objeto de estimularlo a realizar ciertos actos. Se utiliza solo como medida de emergencia, ya que las amenazas, prohibiciones, exhortaciones, reproches y la firmeza de la autoridad pueden contribuir a aumentar la fuerza de las defensas represivas y el paciente reaccione con hostilidad, obstinación, autocastigo u otros tipos de respuesta inadecuada.

La Persuasión es una técnica que se basa en la idea de que el pacien-

te posee dentro de sí mismo, la habilidad suficiente para modificar su proceso emocional patológico, con la fuerza de su voluntad o la utilización del "sentido común". En esta terapia se hacen llamados a la razón y a la inteligencia del paciente, se le convence para que abandone sus quejas y síntomas y se le ayuda a que obtenga auto-respeto. Se le enseña lo falso de sus conceptos en relación a su enfermedad, se le presiona para que ignore sus síntomas, cultivando una nueva filosofía de la vida que le ayude a enfrentar sus debilidades y que adopte una actitud de auto-tolerancia. Se hace el intento de ponerlo en armonía con su ambiente y para inducirlo a pensar en el bienestar de los demás. Como se da énfasis al cultivo de una actitud mental adecuada hacia la vida, al enfrentamiento de la adversidad, a la aceptación de las dificultades ambientales y hacia la tolerancia de las autolimitaciones que es incapaz de modificar, se acentúan los aciertos del paciente y sus cualidades personales. Se le enseña a controlar la hiperemocionalidad, a vivir aún con ansiedad, a aceptar y tolerar la privación, frustración y tensión, adquiriendo controles adecuados.

La Catarsis Emocional se basa en la liberación de los sentimientos y emociones acumuladas y en la revaloración objetiva de estos elementos internos dolorosos. El solo hecho de verbalizar aspectos propios de los que el individuo se siente avergonzado o temeroso, le ayuda a desarrollar actitudes más constructivas hacia ellos.

Mucho del valor que tiene la catarsis emocional está basado en el hecho de que el paciente se desensibiliza de aquellas situaciones y conflictos que lo perturban, pero que la realidad le exige que soporte.

La Hidroterapia es poco utilizada, se considera útil en el manejo de los estados de excitación, ya que el baño continuo tiene un efecto relajador, disminuye el tono muscular e induce al sueño. También se utilizan los regaderazos de agua fría y caliente a presión, aplicadas en el cuerpo del paciente, teniendo un efecto tónico.

En la Terapia de Choque se induce el coma hipoglucémico, por una inyección de insulina y puede ser leve o profundo, corto o prolongado, acompañarse por crisis convulsivas eléctricamente provocadas, más a menudo se

emplea este tratamiento en pacientes esquizofrénicos.

La Terapia por Drogas, se utiliza algunas veces en problemas emocionales con mayor frecuencia se utilizan los sedantes y los estimulantes.

La Cirugía Cerebral, se restringe generalmente a pacientes que sufren esquizofrenia, neurosis obsesivo-convulsivo que no han respondido a la psicoterapia de choque o por insulina, son de las más comunes la lobotomía -- transorbital.

La Terapia Inspiracional de grupo, se orienta habitualmente alrededor de un líder que se establece como un personaje y se espera que los demás -- integrantes del grupo obedezcan. Las relaciones establecidas dentro del -- grupo le ayudan a disminuir las tensiones sociales y a promover la auto--- confianza.

En la Terapia Musical se libera energía psíquica, se estimulan sentimientos placenteros, ensoñaciones y fantasías, sin embargo pese a que se -- sabe que la música tiene un valor como tratamiento auxiliar, sus efectos -- no se han investigado en forma sistemática y requieren validación experi-- mental.

Son muchas las técnicas o procedimientos que se pueden utilizar cuando se ha tomado la decisión de practicar una Terapia de Apoyo para una disminución eficaz y pronta de los conflictos por los que atraviesa un paciente.

E. INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE TERAPIA DE APOYO COMO TRATAMIENTO DE -- LA ANSIEDAD

No existe hasta la fecha investigación alguna en Salas de Terapia Intensiva, donde se evalúe la ansiedad antes y después de un tratamiento con terapia de apoyo.

Se han realizado diversas investigaciones sobre la ansiedad, existiendo la mayor parte de ellas en E.U.A. en las que se han utilizado diferen-- tes instrumentos.

En México, lo que se ha reportado sobre ansiedad, son varias tesis, - que tienen como base principal el IDARE y algunas con otro instrumento como el TASC, también, se hace mención del Dr. Díaz Guerrero, quien hizo la traducción del inglés al español del inventario IDARE, utilizado en esta investigación.

Con el instrumento IDARE, han trabajado para efectos de tesis, Redondo-Ortiz (1973), Redondo (1975) y (1979), con muestras de pacientes no internados, médicos y estudiantes universitarios.

Redondo-Ortiz (1973), realizaron una tesis en donde investigaron los efectos de la ansiedad Rasgo-Estado sobre la Inteligencia en la Práctica Quirúrgica, la muestra se dividió en dos grupos: Internistas y Cirujanos, - todos los sujetos fueron del sexo masculino, el grupo de Internistas fue de 23 y el de cirujanos de 80. Los instrumentos utilizados fueron: El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE y la prueba BETA del Ejército de E.U.A. que mide rendimiento intelectual. Las pruebas fueron aplicadas a ambos grupos antes y después de la actividad ordinaria de consulta.

Reportaron que la ansiedad produce una disminución de las habilidades intelectuales y bajo condiciones de tensión hay bloqueo franco y positivo de ellas. Analizando las medias de los grupos encontraron que el grupo de cirujanos era el más elevado significativamente en tensión y ansiedad emocional.

Redondo (1979), realizó un estudio transcultural donde midió la ansiedad Rasgo-Estado con el instrumento IDARE. La muestra constó de dos grupos de universitarios de primer ingreso, del sexo masculino y femenino a la Universidad Nacional de Colombia y a la Universidad Nacional Autónoma de México. La muestra fue de 345.

Los resultados no reportaron diferencias significativas a nivel transcultural, ni factor sexo pareció ofrecer diferencias, lo que indica que el fenómeno de ansiedad en el grupo estudiado es común a hombres y mujeres. - Las condiciones de cultura tampoco proporcionaron diferencias significativas. Por lo que concluye que la ansiedad es un fenómeno general y parece indicar a su vez que solamente las amenazas a la propia estima o adecua-

ción personal están representados por el rasgo.]

Martínez Urrutia (1975) (45), investigó los efectos sobre la ansiedad (A-Estado) y la percepción al dolor en pacientes de cirugía, en una muestra de 59 hombres. Utilizó el MELZACK-TORSERSON Cuestionario del Dolor, el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), y el FSS, Escala de Miedo a la Cirugía. Las pruebas fueron aplicadas un día antes de la cirugía y diez días después de ésta.

Los resultados indicaron que la cirugía como tratamiento físico tiene un efecto sobre la Ansiedad-Estado pero no sobre la Ansiedad-Rasgo. La correlación de Ansiedad-Estado y la magnitud del dolor informado después de la cirugía, es atribuida a la existencia de una pequeña varianza de dolor antes de la cirugía y a una preocupación realista del dolor posterior a la cirugía.

Newmark (1976), estudió los efectos de la intervención de la Psicoterapia Racional-Emotiva sobre Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, en dieciséis pacientes psiquiátricos de consulta externa, con edades de 18 a 35 años. - El número de sesiones varió entre 20 y 46. En la primera sesión semanal y al finalizar ésta, los sujetos llenaron ambas formas del inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Entre 4-6 semanas anteriores a la finalización del tratamiento, los sujetos nuevamente contestaron el IDARE.

Encontró que la puntuación de A-Estado decreció significativamente una vez iniciada la psicoterapia y permaneció relativamente estable después de ejecutarse. En contraste, los puntajes de A-Rasgo permanecieron relativamente estables solamente antes de dicha ejecución, después se informó que estos puntajes estuvieron sujetos a cambios.

CAPITULO II

M E T O D O

A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ES POSIBLE DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN SALAS DE TERAPIA INTENSIVA POR MEDIO DE LA TERAPIA DE APOYO?.

El individuo ante la situación de encontrarse internado en una Sala de Terapia Intensiva se siente amenazado en su integridad física y emocional, por lo que tiende a reaccionar con manifestaciones ansiosas que le resultan molestas en ese momento, y busca formas que le ayuden a cubrir ó su perar esa situación.

Existe acuerdo entre los teóricos en considerar a la Terapia de Apoyo dentro de los diversos tratamientos para la disminución de la ansiedad. Está encaminada a que el sujeto sienta que posee dentro de sí mismo la capacidad para modificar su estado emocional, que libere sus emociones, miedos, sentimientos dolorosos y logre superarlos.

B) OBJETIVO.

Investigar si mediante la Terapia de Apoyo es posible disminuir la ansiedad en pacientes atendidos en los servicios mencionados, utilizando para su evaluación el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. "IDARE".

Y en base a los resultados proponer las medidas que permitan un mejor manejo de la ansiedad en estos enfermos.

C) FORMULACION DE HIPOTESIS.

1). Ho. Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias no difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad Estado, en la primera aplicación.

Hi. Las medias del Grupo Control de Neurología, del grupo experimental de Neurología, del Grupo Experimental de Urgencias y del -- Grupo Control de Urgencias difieren en el nivel de Ansiedad-Es-

tado, en su primera aplicación.

- 2). Ho. Las medias del Grupo Control de Neurología, del grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias no difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Estado, en su segunda aplicación.
Hi. Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias si difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Estado, en su segunda aplicación.
- 3). Ho. Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias, no difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Rasgo, en su primera aplicación.
Hi. Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias, difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Rasgo, en su primera aplicación.
- 4). Ho. Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias, no difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Rasgo, en su segunda aplicación.
Hi. Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias, si difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Rasgo, en su segunda aplicación.
- 5). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, en la primera aplicación en el Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias.
Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Control de Urgencias-

en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias.

- 6). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias.
- Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias.
- 7). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Experimental de Urgencias en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias.
- Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Experimental de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias.
- 8). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Experimental de Urgencias en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias.
- Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Experimental de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias.
- 9). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, del Grupo Control de Neurología en su primera aplicación del Idare, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología.
- Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, del Grupo Control de Neurología en su primera aplicación del Idare,

en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología.

10). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Control de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología.

Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Control de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología.

11). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Experimental de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.

Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, en la primera aplicación del Idare, en el Grupo Experimental de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.

12). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, entre la primera aplicación del Idare, en el Grupo Experimental de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.

Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, entre la primera aplicación del Idare, en el Grupo Experimental de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.

13). Ho. No hay diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación, del Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias.

Hi. Hay diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias.

- 14). Ho. No hay diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, en su segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias en relación -- con la segunda aplicación del Grupo Control, de Neurología.
- Hi. Hay diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología.
- 15). Ho. No hay diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.
- Hi. Hay diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.
- 16). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología.
- Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología.
- 17). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.
- Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.
- 18). Ho. No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Control de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.

Hi. Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, en su segunda aplicación del Grupo Control de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología.

D. SUJETOS.

La muestra estuvo formada por 56 sujetos del sexo masculino, con edades de 16 a 72 años.

E. SELECCION DE LA MUESTRA:

Se tomó al azar, ya que las camas se iban ocupando según las circunstancias, por causas ajenas a las investigaciones, de acuerdo a las necesidades y capacidades del Servicio.

Los pacientes que se encuentran en la Sala de Terapia Intensiva de Urgencias provienen de otros Servicios del Hospital, incluido el Servicio de Urgencias, donde fueron valorados a través de una historia clínica completa, estudios de laboratorio y gabinete, lo que permite un diagnóstico inicial. Los pacientes que forman el grupo de estudio presentaron varias enfermedades, las más comunes fueron: úlcera gástrica, hepatitis, absceso hepático, pancreatitis, úlcera duodenal complicada, bronconeumonía, diabetes mellitus descompensada, etc., algunos de estos pacientes se encontraron con cierta reducción del estado de conciencia, otros no. Se estudiaron sólo a los que se encontraban conscientes.

Los pacientes encamados en la Sala de Terapia Intensiva de Neurología, estuvieron previamente internados dentro del mismo Servicio, esperando que se les interviniera quirúrgicamente, cuando fueran terminados los estudios necesarios para decidir el tipo de cirugía de acuerdo a su padecimiento, y sólo en raras ocasiones se internaban directamente del Servicio de Urgencias o de Consulta Externa. Presentaban la mayoría de ellos problemas -

infecciosos, tumorales y traumáticos del encéfalo, por lo que las operaciones más frecuentes fueron craneotomías, extirpación del tumor, resecciones, etc.

La duración de la estancia varía según el estado del paciente y su enfermedad, pero en la mayoría de los casos fue de seis a siete días.

Se hace hincapié en que el paciente que ingresa en una Unidad de Cuidado Intensivo se encuentra en un estado de marcada tensión emocional, también el medio ambiente circundante produce tensión adicional.

Existen casos en que los pacientes sufren confusión a consecuencia de su enfermedad y por otros factores, entre éstos se encuentran:

a) Falta de sueño, en parte causada por los exámenes y tratamientos frecuentes a que son sometidos.

b) El exceso de estímulos sensoriales como resultado de estudios y medidas terapéuticas y el ver y oír los quejidos, la respiración dificultosa, la tos o las palabras delirantes de los otros pacientes, de los cuales están separados sólo por cortinas. Otros estímulos son el funcionamiento rítmico de los respiradores y de los aparatos monitores y el ruido de los aspiradores.

c) El escuchar las opiniones en torno al estado de los pacientes, inclusive el suyo propio.

d) La inmovilidad forzada por tener el paciente tubos intravenosos, electrodos, catéteres y sondas.

El paciente rara vez tuvo una idea clara del tiempo por su enfermedad y las drogas que se le administraron. Debido a esto se consideró que el mejor tiempo para la investigación fuera a partir de las 13.30 hrs. o sea poco después del alimento del día, tomando en cuenta que a esa hora era menor la actividad en las salas.

F). VARIABLES.

VARIABLE EXPERIMENTAL.

La variable que se manipuló fue TERAPIA DE APOYO, la cual se aplicó a los pacientes que formaban el grupo experimental, en esta terapia se utilizó la catarsis, o sea la descarga emocional, que tiene como objetivo reforzar las defensas que le puedan ayudar a mantener el control de la ansiedad. Por medio de esta catarsis o desahogo se permite al paciente que recuerde la situación traumática por la que atraviesa. Otro método que se utilizó fué la persuasión, que permite al paciente sentir que tiene capacidades para mejorar y aceptar su estado.

VARIABLES QUE SE CONTROLARON.

a) Estado de gravedad de los pacientes. Se excluyeron de la investigación aquellos pacientes que se encontraban demasiado graves, o en estado de coma que les impedía comunicarse.

b) Días de estancia en la sala. Se escogió para la primera aplicación del Instrumento Idare, el segundo día de ingreso a la sala, ya que los pacientes se encontraban mejor adaptados, con mayor lucidez y se obtuvo mayor colaboración.

c) Sexo masculino fue el que se seleccionó, debido a que en pacientes hospitalizados la prueba Idare sólo está estandarizada para este grupo.

d) Hora de aplicación. Se escogió las 13:30 por haber menos actividad.

G. INSTRUMENTOS DE MEDICION.

Se eligió como instrumento de esta investigación el inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado "IDARE". Dicha elección se debió a su gran confiabili

dad y validez y por haber sido utilizado en varias investigaciones.

El desarrollo de este Inventario fue iniciado por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch en el otoño de 1964 en la Universidad de Vanderbilt - creando un instrumento de investigación objetivo de autoevaluación que pudiese ser utilizado para medir la Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en adultos normales. En 1967 estas actividades continuaron en la Universidad Estatal de Florida y las metas fueron ampliadas tanto para propósitos clínicos como de investigación, para incluir su utilización en individuos emocionalmente perturbados.

Para elaborarlo se tomaron como base tres escalas de ansiedad, el IPAT, Anxiety Scale (Cattell y Scheier 1963), el TAYLOR Manifest Anxiety Scale (TMAS 1953) y el WELSH Anxiety Scale (1956), con lo que se formó un cuestionario de 177 reactivos que se aplicaron a 288 estudiantes de un curso de Introducción a la Psicología de la Universidad de Vanderbilt, con correlación de 0.25 o más con cada una de las tres escalas de ansiedad. Estos reactivos fueron alterados en su contenido, de tal manera que los reactivos pudiesen ser utilizados con distintas instrucciones para medir ambos aspectos: A - Estado y A - Rasgo. Se hicieron numerosas aplicaciones de los reactivos eliminando y simplificándolos, a fin de que quedaran sólo aquellos que mejor llenaran los criterios establecidos para medir A - Estado y A - Rasgo según Spielberger, quedando al final 20 reactivos para cada escala.

Lo que resultó de todo el proceso de eliminación y reemplazo de reactivos se denominó Inventario de Autoevaluación de Ansiedad-Rasgo-Estado. - "IDARE".

Respecto a la confiabilidad, el primer proceso experimental de los autores fue someter a un test-retest a cinco subgrupos de sujetos universitarios no graduados, en situaciones experimentales de breve entrenamiento de relajación, una prueba difícil para medir el cociente intelectual y una película en la cual se presentaron accidentes con lesiones y muertes. Los resultados se encuentran en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 2. CONFIABILIDAD TEST-RETEST DEL IDARE DE UNIVERSITARIOS NO GRADUADOS. UNIVERSIDAD DE FLORIDA

LAPSO	T/R 1 hora		T/R 20 días		T/R 104 días	
	N	r	N	r	N	r
A-Rasgo						
Hombres	88	0.84	38	.86	25	.73
Mujeres	109	.76	75	.76	22	.77
A-Estado						
Hombres	88	.33	38	.54	25	.33
Mujeres	109	.16	75	.27	22	.31

En resumen la confiabilidad test-retest de la escala A-Rasgo del Idare es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado del Idare tienden a ser bajos, como es de esperarse en una medida que se diseñó para ser influenciada por factores situacionales.

En el Idare se obtuvo la validez concurrente por medio de correlacionar dicho instrumento con otras escalas que ya se mencionaron anteriormente, obteniéndose las siguientes correlaciones:

CUADRO No. 3. CORRELACIONES ENTRE LA ESCALA A-RASGO DEL IDARE Y OTRAS MEDIDAS DE LA ANSIEDAD-RASGO

ESCALA DE ANSIEDAD	Mujeres Universitarias (N=126)			Hombres Universitarios (N=80)			Pacientes NP (N=66)	
	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT
IPAT	.75			.76			.77*	
TMAS	.80	.85		.79	.73		.83	.84
AACL	.52	.57	.53	.58	.51	.41	--	--

*NP = Pacientes Neuropsiquiátricos
 + N = 112 Para la correlación entre el Idare y el Ipat

La traducción del Idare del inglés al español por el Dr. R. Díaz Guerrero (1975), sufrió la adecuación semántica, sin modificar su validez.

El Idare consta de dos escalas: la SXE y la SXR; cada una de las cua-

les consta de 20 reactivos. Cada reactivo se contesta marcando un número - que está dispuesto así: 1.2.3.4 y que responde a los epígrafes: "No en lo absoluto" (1), "un poco" (2); "bastante" (3); "mucho" (4), para la escala SXE (Ansiedad-Estado), "casi nunca" (1), "algunas veces" (2), "frecuentemente" (3), "casi siempre" (4), para la escala SXR (Ansiedad-Rasgo).

La Escala SXE explora "Estado de Ansiedad", la SXR explora "el Rasgo de Ansiedad". La primera mide el estado que vive el sujeto en ese momento, mientras que la segunda se ocupa de las características generales del mismo.

El "IDARE" es un instrumento de autoaplicación y puede aplicarse individualmente o en grupos. Sus instrucciones son sencillas y fácilmente inteligibles, y son para SXE o Escala A-Estado:

"Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente ahora mismo o sea en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora".

Para la escala SXR o A-Rasgo son:

"Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo, lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente generalmente".

En la práctica, el inventario "IDARE" ofrece excelentes perspectivas para su aplicación:

- a) Es breve
- b) Fácil de aplicar
- c) Accesible a personas de escasa cultura

Se puede utilizar para detectar toda reacción ansiosa, antes y después de una consulta médica, antes y después de someter a un paciente a una operación quirúrgica y al personal administrativo en situaciones difíciles.

Puede compararse con la respuesta galvánica de la piel y se puede adecuar a toda situación de amenaza, miedo y responsabilidad.

⟨ No tiene un tiempo límite, pero por lo común se hace en un período de 10 a 20 minutos, dependiendo del examinado. ⟩

La calificación se obtiene sumando los números marcados, excepto en los reactivos 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20 de la escala SXE (A-ESTADO) y los números 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 de la escala SXR (A-RASGO), -- que se califican en forma invertida. Así el que marca 4 obtiene una calificación de 1 si marca 2 equivale a 3 y viceversa. (véase plantilla Apéndice A)

En caso de que un sujeto omita algún reactivo se prorratea el resultado de la escala de la siguiente forma:

a) Se obtiene una media del puntaje crudo de los reactivos a los que el sujeto ha contestado.

b) Este valor se multiplica por 20.

c) Se redondea si es necesario, al entero más próximo.

Si se omiten más de tres reactivos se desecha la prueba.

La prueba se ha aplicado en Estados Unidos de América a estudiantes Universitarios, a Prisioneros del fuero común, a pacientes antes y después de la cirugía y a enfermos neuropsiquiátricos.

⟨ La Ansiedad-Estado según C.D. Spielberger es conceptualizada "como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Estos estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo". Con lo que el estado de Ansiedad, se refiere a la ansiedad experimentada en un momento dado. Se trata de un típico fenómeno "Aquí y ahora". ⟩

⟨ La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), según el mismo autor se refiere "a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a --

responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Escala A-Estado".

H. DESCRIPCION DE LAS SALAS DE TERAPIA INTENSIVA.

El escenario de trabajo estuvo formado por la Sala de Terapia Intensiva de Urgencias y la Sala de Terapia Intensiva de Neurología del Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La Sala de Terapia Intensiva de Urgencias se encuentra distribuída de la siguiente manera: 6 camas a la izquierda y 6 camas a la derecha, todas ellas se encuentran con la cabecera pegada a la pared, cuatro de las camas de ambos lados, es decir, dos camas del lado derecho y dos camas del lado izquierdo, se encuentran en el fondo de la sala y cuentan con cámaras de registro, las cuales sirven para estar registrando constantemente los signos vitales de los pacientes. Asimismo, existen monitores de registro localizados en las mesas de trabajo de los médicos.

Las camas se encuentran separadas entre sí por una delgada cortina -- que es posible recorrer, con el objeto de darle cierto aislamiento al paciente, como por ejemplo para el aseo personal, curaciones, maniobras médicas, etc.

En medio de esta Sala de Urgencias, se encuentran las mesas de trabajo y escritorios, los monitores y expedientes de registro. También las enfermeras que están al cuidado de los enfermos.

La Sala de Terapia Intensiva de Neurología, tiene ocho camas, las cuales se encuentran distribuídas, cuatro camas del lado derecho y cuatro del lado izquierdo, todas ellas con la cabecera pegada a la pared. Las camas se encuentran separadas por una delgada cortina. En la entrada, al lado de de re ch o, se localiza el control de enfermeras, donde se encuentran los medicamentos, expedientes y aparatos necesarios para la atención de los pacientes.

En la unidad de cuidado intensivo se internan pacientes en estado crítico, bajo la supervisión de un equipo médico especialmente preparado.

No se internan pacientes para atención de enfermedades crónicas o mo-

ribundos a los que no se puede ofrecer el beneficio de una terapéutica médica y de cuidados de enfermería intensiva.

I. PROCEDIMIENTO.

Se formaron cuatro grupos, cada uno de ellos con 14 pacientes. Dos grupos del Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas, al que se llamó Sala de Terapia Intensiva de Urgencias y dos Grupos del Servicio de Neurología, el que se llamó Sala de Terapia Intensiva de Neurología. Dividiéndose estos grupos, en cada sala, en un Grupo Control y un Grupo Experimental.

Los Pacientes encamados del lado derecho de cada sala formaron el Grupo Experimental y los pacientes encamados del lado izquierdo formaron el Grupo Control.

Los Grupos se dividieron en Grupo Control y Grupo Experimental de la sala de Terapia Intensiva de Urgencias, (abreviándose GCU para el Grupo Control y GEU para el Grupo Experimental) y Grupo Control y Grupo Expeimental de la Sala de Terapia Intensiva de Neurología, (GCN para el Grupo Control y GEN para el grupo experimental).

Después se procedió a realizar la entrevista, la valoración y la Terapia de Apoyo fué realizada íntegramente en cada paciente por una u otra de las investigadoras. Cada una de ellas se colocaba del lado izquierdo de la cama, por ser éste el que generalmente se encontraba libre de aparatos.

El establecimiento de una buena relación con el enfermo fué normativo de esta investigación.

Se les llamaba a los pacientes por su nombre, se les preguntaba sobre el estado de salud en ese momento, si conocían a su médico tratante; la frecuencia de sus visitas, las causas de su internamiento, quién o quiénes lo acompañaron cuando fué internado, quien quedó como responsable, así como el grado de conocimiento de su propia enfermedad. Asimismo

se les informaba que se les haría una serie de preguntas para las cuales era necesaria su colaboración.

Los datos obtenidos del paciente sirvieron para conocer su estado de conciencia y la disposición a colaborar en la investigación. Si el paciente no se encontraba en estado de confusión y accedía a colaborar, se continuaba con el paso siguiente.

Se procedió a aplicar el IDARE, primero la forma Ansiedad-Estado (SXE) ya que esta escala es sensitiva a las condiciones emocionales del paciente al tiempo de aplicar el inventario y para que no se alteren los resultados si se aplicara primero la forma de Ansiedad-Rasgo-(SXR). Esta última no se afecta bajo la influencia de las condiciones de aplica--ción.

Se daban instrucciones y explicaciones cuidadosas para obtener una respuesta clara de los pacientes, dando lectura a los reactivos de los que el paciente escogía sólo una de las cuatro opciones. Se anotaba la respuesta en la hoja correspondiente. En los reactivos que los pacientes no entendían se les ayudaba, proporcionándoles un sinónimo adecuado, sien--do siempre el mismo para todos.

Después se calificaba la prueba para obtener el conocimiento del nivel de ansiedad.

Al día siguiente se inició la Terapia de Apoyo sólo a los pacientes que formaron el Grupo Experimental, tanto de Urgencias como de Neurología, durante tres sesiones de una por día y con una duración de 45 minutos cada una. El grupo control no recibía tratamiento.

Al quinto día del estudio se aplicaba el re-test del IDARE a to--dos los pacientes que formaban la muestra. Tanto a los del Grupo Control como a los del Grupo Experimental de ambas salas y con ésto se terminaba el estudio.

En forma resumida los pasos a seguir para los Grupos Control y Experimental de ambos Servicios fueron:

GRUPO CONTROL

- 1a. sesión Establecimiento de rapport y aplicación del test IDARE
- 2a. sesión Ningún tratamiento
- 3a. sesión Ningún tratamiento
- 4a. sesión Ningún tratamiento
- 5a. sesión Aplicación re-test IDARE

GRUPO EXPERIMENTAL

- 1a. sesión Establecimiento de rapport y aplicación del test IDARE.
- 2a. sesión Terapia de Apoyo.- Se invitaba al paciente a describir el proceso traumático por el que estaba atravesando, a hablar sobre su enfermedad, tiempo de padecerla, problemas que le causaba, dolores, frustraciones.
- 3a. sesión Terapia de Apoyo.- Se le alentaba a que platicase sobre su vida familiar, como se sentía afectivamente en cuanto a ser aceptado o rechazado por la familia. Se orientaba la plática sobre las actividades diarias que desempeñaba y las relaciones con sus familiares y amigos cercanos.

4a. sesión Terapia de Apoyo.- Se alentaba al paciente para hacerlo sentir que tenía posibilidades de curarse y que por esfuerzo propio era capaz de lograr sus metas. También se le motivaba para recordar momentos agradables, - preguntándole además por sus preferencias, habilidades y otorgándole el reconocimiento por ellas.

5a. sesión. Aplicación del re-test IDARE

J) TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

Los datos obtenidos se analizaron con métodos estadísticos, dada la naturaleza de la prueba utilizada.

Estos métodos estadísticos fueron:

1) ANALISIS DE VARIANZA PRUEBA "F"

Para encontrar si existían diferencias significativas entre las - muestras es decir, entre los grupos siguientes:

- a) Grupo Control de la Sala de Terapia Intensiva de Neurología (GCN).
- b) Grupo Experimental de la Sala de Terapia Intensiva de Neurología (GEN).

- c) Grupo Control de la Sala de Terapia Intensiva de Urgencias (GCU).
- d) Grupo Experimental de la Sala de Terapia Intensiva de Urgencias. (GEU).

Con este método de análisis de Varianza, Prueba "F", se llevó a cabo una comparación múltiple de medias de las puntuaciones obtenidas con el Instrumento "IDARE" entre los cuatro grupos, tanto de la escala de Ansiedad-Estado, (SXE) en su primera y su segunda aplicación, como en la escala de ansiedad Rasgo, (SXR), en su primera y segunda aplicación.

A través del Análisis de Varianza, Prueba F, obtuvimos la probabilidad de rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación.

2) PRUEBA "t" DE STUDENT.

Para encontrar las diferencias de un mismo grupo medido dos veces - (test-retest), siendo los grupos los siguientes:

SALA DE NEUROLOGIA.

- 1a. aplicación de SXE del GCN vs. 2a. aplicación de SXE del GCN
- 1a. aplicación de SXR del GCN vs. 2a. aplicación de SXR del GCN
- 1a. aplicación de SXE del GEN vs. 2a. aplicación de SXE del GEN
- 1a. aplicación de SXR del GEN vs. 2a. aplicación de SXR del GEN

SALA DE URGENCIAS

- 1a. aplicación de SXE del GCU vs. 2a. aplicación de SXE del GCU
- 1a. aplicación de SXR del GCU vs. 2a. aplicación de SXR del GCU
- 1a. aplicación de SXE del GEU vs. 2a. aplicación de SXE del GEU
- 1a. aplicación de SXR del GEU vs. 2a. aplicación de SXR del GEU

Las razones por las que se utilizó el método estadístico "t" de student es que los datos son intervalares, o sea se compararon contra valores -

de una población, de la que se obtuvieron puntajes.

Otra fue que es idónea para rechazar la hipótesis nula, cuando la muestra es menor de 30 sujetos.

La "t" calculada se comparó con la "t" observada, para tomar la decisión de aceptar o rechazar la hipótesis nula.

3) PRUEBA DE SCHEFFE.

Una vez que se encontró que la prueba "F", era significativa al nivel de 0.01 y de 0.05, al hacer una comparación múltiple de medias. Posteriormente para saber en que grupos específicamente, se encontraba la diferencia más significativa, utilizamos Scheffé.

FORMULAS:

a) Análisis de Varianza Prueba "F"

$$F = \frac{MCent}{MCdentro}$$

b) Prueba "t" de student

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma \text{ dif.}}$$

c) Prueba de Scheffe

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{s \sqrt{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}}$$

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA No. 1

GRUPO CONTROL DE LA SALA DE TERAPIA INTENSIVA DE URGENCIAS. PUNTUACIONES NATURALES DE LA PRIMERA Y SEGUNDA APLICACION DEL "IDARE" DE ANSIEDAD ESTADO (SXE) Y ANSIEDAD RASGO (SXR)

SUJETOS	EDAD	1a. APLICACION SXE	2a. APLICACION SXE	1a. APLICACION SXR	2a. APLICACION SXR
1. M.R.M.	21	46	48	47	47
2. G.M.	26	38	40	48	41
3. F.B.R.	26	38	36	33	36
4. S.E.E.	26	43	43	53	53
5. S.G.M.	32	36	32	36	31
6. A.D.H.	36	47	46	48	46
7. G.R.	38	60	59	56	51
8. A.P.R.	40	39	48	43	42
9. R.E.G.	41	42	43	55	54
10. G.H.R.	42	47	48	59	59
11. A.E.	43	49	52	60	60
12. E.M.E.	45	56	56	69	69
13. N.O.	47	51	52	47	52
14. E.H.R.	52	43	28	41	28

TABLA No. 2

GRUPO EXPERIMENTAL DE LA SALA DE TERAPIA INTENSIVA DE URGENCIAS. PUNTUACIONES NATURALES DE LA PRIMERA Y SEGUNDA APLICACION DEL "IDARE" DE ANSIEDAD ESTADO -- (SXE) Y ANSIEDAD RASGO (SXR).

SUJETOS	EDAD	1a. APLICACION SXE	2a. APLICACION SXE	1a. APLICACION SXR	2a. APLICACION SXR
1. F.M.	20	48	33	42	43
2. S.C.Z.	25	48	35	37	37
3. A.L.M.	26	43	33	39	39
4. S.V.M.	27	57	30	40	40
5. A.T.P.	34	47	34	35	34
6. J.J.G.E.	34	53	25	49	49
7. F.M.	40	42	31	38	37
8. R.H.	43	48	23	46	40
9. V.S.	46	51	25	28	28
10. L.J.C.	48	42	41	40	35
11. D.M.A.	53	61	34	46	36
12. A.C.V.	56	34	34	51	36
13. G.R.S.	65	57	30	61	58
14. L.C.	72	51	30	61	51

TABLA No. 3

GRUPO CONTROL DE LA SALA DE TERAPIA INTENSIVA DE NEUROLOGIA.
 PUNTUACIONES NATURALES DE LA PRIMERA Y SEGUNDA APLICACION -
 DEL "IDARE" DE ANSIEDAD ESTADO (SXE) Y DE ANSIEDAD- RASGO -
 (SXR).

SUJETOS	EDAD	1a. APLICACION SXE	2a. APLICACION SXE	1a. APLICACION SXR	2a. APLICACION SXR
1. M.B.G.	16	40	39	44	45
2. A.M.G.	17	53	48	47	47
3. J.H.R.	26	35	42	36	38
4. A.C.	27	51	48	37	36
5. J.G.S.	28	53	52	37	37
6. J.T.I.	28	55	47	33	33
7. P.N.C.	32	60	42	54	54
8. J.C.M.G.	32	38	38	35	35
9. P.O.C.	36	45	35	34	44
10. P.L.F.	43	54	42	34	33
11. G.G.L.	49	36	36	56	38
12. P.G.G.	60	56	45	43	42
13. J.S.	68	35	33	31	31
14. E.M.O.	69	56	56	57	53

TABLA No. 4

GRUPO EXPERIMENTAL DE LA SALA DE TERAPIA INTENSIVA DE NEUROLOGIA.
 PUNTUACIONES NATURALES DE LA PRIMERA Y SEGUNDA APLICACION DEL --
 "IDARE" DE ANSIEDAD-ESTADO (SXE) Y DE ANSIEDAD-RASGO. (SXR).

SUJETOS	EDAD	1a. APLICACION SXE	2a. APLICACION SXE	1a. APLICACION SXR	2a. APLICACION SXR
1. S.L.T.	15	41	29	32	34
2. A.V.C.	19	38	34	30	31
3. A.T.G.	20	33	20	32	25
4. R.G.C.	21	38	39	33	33
5. R.S.R.	23	60	32	74	75
6. O.R.Z.	24	59	40	46	46
7. F.A.S.	26	42	27	40	31
8. J.M.M.	32	49	33	55	42
9. I.B.N.	35	54	33	36	36
10. F.M.	42	31	30	25	33
11. A.B.	48	51	34	38	38
12. B.L.J.	50	25	40	40	40
13. R.G.V.	54	34	31	45	30
14. M.O.	56	46	40	35	34

TABLA No. 5

MEDIAS DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL DE LAS SALAS DE TERAPIA INTENSIVA DE URGENCIAS Y DE NEUROLOGIA DE LA ANSIEDAD-ESTADO EN LA PRIMERA Y EN LA SEGUNDA APLICACION DEL "IDARE".

GRUPOS	SXE	SXE
	1a. aplicación \bar{X}	2a. aplicación \bar{X}
Grupo Control de Urgencias	45.35	45.07
Grupo Experimental de Urgencias	48.71	31.29
Grupo Control de Neurología	47.64	43.07
Grupo Experimental Neurología	42.92	32.29

TABLA No. 6

MEDIAS DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL DE LAS SALAS DE TERAPIA INTENSIVA DE URGENCIAS Y DE NEUROLOGIA, DE LA ANSIEDAD-RASGO, EN LA PRIMERA Y EN LA SEGUNDA APLICACION DEL "IDARE".

GRUPOS	SXR	SXR
	1a. aplicación \bar{X}	2a. aplicación \bar{X}
Grupo Control Urgencias	49.64	47.78
Grupo Experimental Urgencias	43.78	40.21
Grupo Control de Neurología	41.28	40.42
Grupo Experimental Neurología	40.07	37.71

TABLA No. 7

PUNTUACION "F" CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL DE URGENCIAS Y CONTROL Y EXPERIMENTAL DE NEUROLOGIA. PRIMERA APLICACION DE SXE.

FUENTE DE VARIACION	GL*	SC*	MC*	Fc*	Fo* a1	Fo* a1
					0.05	0.01
					2.76	4.13
ENTRE GRUPOS	3	554.14	184.64	1.55	Ho. SE ACEPTA	Ho. SE ACEPTA
DENTRO GRUPOS	52	6150.44	118.27			

TABLA No. 8

PUNTUACION "F" CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL DE URGENCIAS Y NEUROLOGIA.
2a. APLICACION DE SXE.

FUENTE DE VARIACION	GL.	SC.	MC.	Fc	Fo. a1	Fo. a1
					0.05	0.01
					2.76	4.13
ENTRE GRUPOS	3	2148.32	716.11	16.52	Ho. SE RECHAZA	Ho. SE RECHAZA
DENTRO DE GRUPOS	52	2253.65	43.34			

- *GL - Grados de libertad
- *SC - Suma cuadrática
- *MC - Media cuadrática
- *Fc - Análisis de Varianza "F" calculada
- *Fó - Análisis de Varianza "F" observada

REGLA DE DECISION - SI $F_c \geq F_o$. ENTONCES H_0 (HIPOTESIS NULA) SE RECHAZA.

TABLA 9.

PUNTUACION F CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL DE TERAPIA INTENSIVA DE URGENCIAS Y CONTROL- Y EXPERIMENTAL DE TERAPIA INTENSIVA DE NEUROLOGIA. PRIME- RA APLICACION DE ANSIEDAD-RASGO (SXR).

FUENTE DE VARIACION	GL	SC	MC	Fc	Fo al	Fo al
					0.05	0.01
					2.76	4.13
ENTRE GRUPOS	3	760.4	253.46	2.42	Ho. SE ACEPTA	Ho. SE ACEPTA
DENTRO GRUPOS	52	5435.44	104.52			

TABLA No. 10.

PUNTUACION "F" CALCULADA Y OBSERVADA DE GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL DE TERAPIA INTENSIVA DE URGENCIAS Y CONTROL Y EXPERIMENTAL DE TERAPIA INTENSIVA DE NEUROLOGIA.

SEGUNDA APLICACION DE ANSIEDAD RASGO (SXR).

FUENTE DE VARIACION	GL	SC	MC	Fc	Fo al	Fo al
					0.05	0.01
					2.76	4.13
ENTRE GRUPOS	3	792.92	264.30	2.71	Ho. SE ACEPTA	Ho. SE ACEPTA
DENTRO GRUPOS	52	5067.01	97.44			

FORMULA PRUEBA "F"

$$F = \frac{MCentre}{MCdentro}$$

F ≠ Análisis de varianza.

MCentro = Media cuadrática entre grupos

MCdentro = Media cuadrática dentro de los grupos

Paso 1). Encontrar la media de cada muestra.

$$X_1 = \text{Grupo control de Urgencias (GCU)} \quad \bar{X}_1 = 45.35$$

$$X_2 = \text{Grupo Experimental de Urgencias (GEU)} \quad \bar{X}_2 = 48.71$$

$$X_3 = \text{Grupo Control de Neurología (GCN)} \quad \bar{X}_3 = 47.64$$

$$X_4 = \text{Grupo Experimental de Neurología (GEN)} \quad \bar{X}_4 = 42.92$$

Paso 2). Encontrar la suma total de cuadrados.

$$SC_{total} = \sum X^2_{total} - \frac{(\sum X_{total})^2}{N_{total}}$$

$$SC_{total} = 125.753 - \frac{(2582)^2}{56}$$

$$SC_{total} = 125.753 - \frac{6666,724}{56}$$

$$SC_{total} = 125.753 - 119.048.64$$

$$SC_{total} = 6,704.36$$

Paso 3). Encontrar la suma de cuadrados entre los grupos.

$$SC_{\text{entre}} = \left[\sum \frac{(\sum X)^2}{N} \right] - \frac{(\sum X \text{ total})^2}{N \text{ total}}$$

$$SC_{\text{entre}} = \frac{(635)^2}{14} + \frac{(682)^2}{14} + \frac{(667)^2}{14} + \frac{(601)^2}{14} - 119,048.64$$

$$S_{\text{entre}} = \frac{403,225}{14} + \frac{465,124}{14} + \frac{444,889}{14} + \frac{361,201}{14} - 119,048.64$$

$$S_{\text{entre}} = 28,801.78 = 33,223.14 + 31,777.79 + 25,800.07 - 119,048.64$$

$$S_{\text{entre}} = 119,602.78 - 119,048.64$$

$$S_{\text{entre}} = 554.14$$

Paso 4). Encontrar la suma de los cuadrados dentro de los grupos.

$$SC_{\text{dentro}} = SC_{\text{total}} - SC_{\text{entre}}$$

$$SC_{\text{dentro}} = 6,704.36 - 554.14$$

$$SC_{\text{dentro}} = 6,150.22$$

Paso 5). Encontrar los grados de libertad entre los grupos

$$gl_{\text{entre}} = k-1$$

$$gl_{\text{entre}} = 4-1$$

$$gl_{\text{entre}} = 3$$

Paso 6) Encontrar los grados de libertad dentro de los grupos

$$g_{dentro} = N_{total} - k$$

$$g_{dentro} = 56 - 4$$

$$g_{dentro} = 52$$

Paso 7) Encontrar la media cuadrática entre grupos

$$M_{Centre} = \frac{S_{Centre}}{g_{dentro}}$$

$$M_{centre} = \frac{554.14}{3}$$

$$M_{Centre} = 184.71$$

Paso 8) Buscar la media cuadrática dentro de los grupos

$$M_{Cdentro} = \frac{S_{Cdentro}}{g_{dentro}}$$

$$M_{Cdentro} = \frac{6,150.22}{52}$$

$$M_{Cdentro} = 118.27$$

Paso 9) Obtener la razón F.

$$F = \frac{M_{Centre}}{M_{Cdentro}}$$

$$F = \frac{184.71}{118.27}$$

$$F = 1.55$$

RAZON F calculada (Fc) = 1.55

RAZON F observada (Fo) a1 0.05 = 2.76

RAZON F observada (Fo) a1 0.01 = 4.13

REGLA DE DECISION: Si $F_c \geq F_o$ ENTONCES H_o . SE RECHAZA.

TABLA No. 11

PUNTUACION "t" DE STUDENT CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS EN SU PRIMERA APLICACION CONTRA LA SEGUNDA APLICACION DEL "IDARE". SALA DE URGENCIAS.

GRUPOS	gl*	tc*	to al	to al
			0.05	0.01
			2.16	3.01
SXE - GCU vs. GCU	13	0.21	Ho.* SE ACEPTA	Ho. SE ACEPTA
SXR - GCU vs. GCU		0.36	Ho. SE ACEPTA	Ho. SE ACEPTA
SXE - GEU vs. GEU		7.74	Ho. SE RECHAZA	Ho. SE RECHAZA+
SXR - GEU vs. GEU		2.68	Ho. SE RECHAZA	Ho. SE ACEPTA +

TABLA No. 12

PUNTUACION "t" DE STUDENT DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL DE NEUROLOGIA EN SU PRIMERA APLICACION CONTRA LA SEGUNDA APLICACION DEL "IDARE".

GRUPOS	gl	tc	to al	to al
			0.05	0.01
			2.16	3.01
SXE - GCN vs. GCN	13	2.63	Ho. SE RECHAZA	Ho. SE ACEPTA+
SXR - GCN vs. GCN		.56	Ho. SE ACEPTA	Ho. SE ACEPTA
SXE - GEN vs. GEN		4.20	Ho. SE RECHAZA	Ho. SE RECHAZA+
SXR - GEN vs. GEN		1.40	Ho. SE ACEPTA	Ho. SE ACEPTA

- *gl = Grados de libertad
- *tc = "t" de student calculada
- *to = "t" de student observada
- *Ho = Hipótesis nula.

FORMULA DE "t" student

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma \text{ dif.}}$$

\bar{x}_1 = Media del grupo en su primera aplicación

\bar{x}_2 = Media del grupo, en la segunda aplicación.

$\sigma \text{ dif.}$ = Desviación standar de la diferencia

X_1 = Grupo control de Urgencias en su primera aplicación del "IDARE".

X_2 = Grupo Control de Urgencias en su segunda aplicación del "IDARE".

SXE= ANSIEDAD - ESTADO ;

X_1	X_2	D	$(D)^2$
46	48	-2	4
38	40	-2	4
38	36	2	4
43	43	0	0
36	32	4	16
47	46	1	1
60	59	1	1
39	48	-9	81
42	43	1	1
47	48	-1	1
49	52	-3	9
56	56	0	0
51	52	-1	1
43	28	15	225
Σ 635	Σ 631		Σ 348

$$\bar{x}_1 = 45.35 \quad \bar{x}_2 = 45.07$$

Paso 2) Encontrar la desviación standar para la diferencia entre el tiempo uno (primera aplicación) y el tiempo dos (segunda -- aplicación).

$$s = \sqrt{\frac{D^2}{N} - (\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

$$s = \sqrt{\frac{348}{14} - (45.35 - 45.07)^2}$$

$$s = \sqrt{24.85 - (0.28)^2}$$

$$s = \sqrt{24.85 - 0.8}$$

$$s = \sqrt{24.77}$$

$$s = 4.97$$

3. Encontrar el error estandar de la diferencia

$$\sigma \text{ dif.} = \sqrt{\frac{2}{N - 1}}$$

$$\sigma \text{ dif.} = \frac{4.97}{\sqrt{14 - 1}}$$

$$\sigma \text{ dif.} = \frac{4.97}{3.60}$$

$$\sigma \text{ dif.} = 1.38$$

Paso 4). Convertir la diferencia entre medias muestrales a unidades de error estandar de la diferencia:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma \text{ dif.}}$$

$$t = \frac{0.28}{1.38}$$

$$t = 0.20$$

Paso 5). Encontrar el número de grados de libertad

$$gl = N - 1$$

$$gl = 14 - 1$$

$$gl = 13$$

Paso 6). Comparar la razón "t" calculada con la tabla apropiada

$$\text{Razón "t" calculada} = 0.20$$

$$\text{Razón "t" observada al } 0.05 = 2.16$$

$$\text{al } 0.01 = 3.01$$

Regla de Decisión:

$$\text{Si } t_c \geq t_o \implies H_0 \text{ se rechaza}$$

TABLA 13.

PUNTUACION SCHEFFE. COMPARACION MULTIPLE DE MEDIAS ENTRE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL DE LAS SALAS DE URGENCIAS Y NEUROLOGIA. ANSIEDAD ESTADO (SXE) SEGUNDA APLICACION.

GRUPOS	T_c	$t'_{2.76}$
GCU vs. GEU	6.33	* Hay diferencia
GCU vs. GCN	0.80	NO HAY DIFERENCIA
GCU vs. GEN	5.13	* HAY DIFERENCIA
GEU vs. GCN	4.73	* HAY DIFERENCIA
GEU vs. GEN	0.40	NO HAY DIFERENCIA
GCN vs. GEN	4.33	* HAY DIFERENCIA

REGLA DE DECISION.: $SI \frac{t}{t_{1,2}} \geq t' \Rightarrow$ Hay diferencia entre grupo 1 y grupo 2

FORMULA DE SCHEFFE

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{s \sqrt{X_1 - X_2}}$$

$$s \sqrt{\bar{X}_1 - \bar{X}_2} = \sqrt{\frac{2 (MCdentro)}{n}}$$

\bar{X}_1 = Media del grupo 1

\bar{X}_2 = Media del grupo 2

$s\bar{X}_1$ = Desviación de la media del grupo 1

$s\bar{X}_2$ = Desviación de la media del grupo 2

MCdentro = Media cuadrática dentro

n = Número de casos

t_{12} = Prueba "t" del grupo uno contra el grupo 2

$$t_{12} = \frac{45.07 - 31.29}{s \sqrt{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}}$$

$$\begin{aligned} s\bar{X}_1 - \bar{X}_2 &= \sqrt{\frac{2 (MC dentro)}{n}} \\ &= \sqrt{\frac{2 (43.34)}{14}} \\ &= \sqrt{\frac{86.68}{14}} \\ &= \sqrt{6.19} \end{aligned}$$

$$s\bar{X}_1 - \bar{X}_2 = 2.49$$

$$t_{12} = \frac{15.78}{2.49}$$

$$t_{12} = 6.33$$

REGLA DE DECISION:

SI $t_{1,2} \geq t'$ Hay diferencia significativa entre grupo 1 y grupo 2

$$t' = \sqrt{(k-1) (F_{\alpha} \text{ al } 0.05)}$$

$$t' = \sqrt{4-1 (2.76)}$$

$$t' = \sqrt{3 (2.76)}$$

$$t' = \sqrt{8.28}$$

$$t' = 2.88$$

B) DESCRIPCIÓN DE TABLAS.

En las tablas 1, 2, 3 y 4, se muestran las puntuaciones en bruto de cada uno de los pacientes que formaron la muestra, de quienes se pone su inicial y su edad. Se anota la puntuación de la primera aplicación y de la segunda aplicación de la Ansiedad Estado (SXE) además la puntuación de la primera aplicación y de la segunda de la Ansiedad Rasgo (SXR).

En la tabla No. 5 se encuentran las medias de los Grupos Control y Experimental de la Sala de Terapia Intensiva de Urgencias y Grupo Control y Experimental de la Sala de Terapia Intensiva de Neurología, de la primera y segunda aplicación del "IDARE" de la Ansiedad-Estado (SXE)

En la tabla No. 6 se presentan las medias de los Grupo Control y Experimental de la Sala de Terapia Intensiva de Urgencias y Grupo Control Experimental de Neurología, de la primera y segunda aplicación del IDARE de la Ansiedad Rasgo (SXR).

La tabla No. 7 presenta los resultados del análisis de varianza, - - prueba "F" de los Grupos Control y Experimental de la Sala de Terapia Intensiva de Urgencias y Terapia Intensiva de Neurología, en la primera - - aplicación del "IDARE", de la Ansiedad-Estado.

La tabla No. 8 muestra los resultados del análisis de varianza prueba "F" de los Grupos Control y Experimental de Urgencias y Neurología en la segunda aplicación del Idare, en la Ansiedad-Estado.

En la tabla No. 9 se muestran los resultados del Análisis de Varianza, Prueba "F", de la F_c (F calculada) y F_o (F observada), de los Grupos Control y Experimental de Terapia Intensiva de Neurología y Terapia Intensiva de Urgencias, obtenida con el instrumento Idare en la primera aplicación de la Ansiedad Rasgo (SXR).

La tabla No. 10 muestra los resultados del análisis de varianza Prueba "F", tanto calculada como observada, de los Grupos Control y Experimental de las salas de Terapia Intensiva de Neurología y de Urgencias obtenida con el instrumento Idare en la segunda aplicación de la Ansiedad Rasgo (SXR).

En la tabla 11 se muestran los resultados de la "t" de student calculada (t_c) y observada (t_o) de los cuatro Grupos de la Sala de Urgencias, de la puntuación obtenida con el instrumento Idare, en su primera aplicación contra la segunda de cada uno de los diferentes grupos.

La tabla 12 resume los resultados de la "t" calculada (t_c) y observada (t_o) de los cuatro grupos de la Sala de Terapia Intensiva de Neurología, de la puntuación obtenida con el Idare, en su primera aplicación contra la segunda de cada uno de los diferentes grupos.

La tabla 13 se presentan los resultados de la prueba de Scheffe, en donde se hace una comparación múltiple de medias entre los Grupo Control contra el Grupo Experimental, de las salas de Terapia Intensiva de Urgencias y de Neurología, de las puntuaciones obtenidas con el Idare, en su segunda aplicación de la Ansiedad-Estado (SXE).

C. ANALISIS DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en relación a la Ansiedad-Estado se analizan a continuación y son los obtenidos en las tablas 5, 7, 8, 11, 12 y 13. Las tablas de la 1 a la 4 corresponden a las puntuaciones obtenidas del "IDARE" en su primera y segunda aplicación de SXE y SXR.

En la tabla 5 se observan las puntuaciones obtenidas en los Grupos Experimental y Grupos Control tanto del Servicio de Urgencias como del Servicio de Neurología, se encontró que el nivel de ansiedad de los Grupos Experimental disminuyó en la segunda aplicación en comparación con los otros grupos.

Los resultados de la Prueba "F" tabla 7 fueron significativos ($F_c = 1.55$) por lo que se acepta la hipótesis nula No. 1, que dice: "Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias no difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Estado, en su primera aplicación".

Es importante señalar que a pesar de las diferencias individuales que podrían manifestarse ante situaciones amenazantes, existe un patrón similar de respuesta a la ansiedad. Esto nos indica que los sujetos reaccionaron en forma similar ante la presentación de las pruebas y la presencia del investigador. La ansiedad se distribuyó normalmente en nuestra población.

El hecho de que no existan diferencias iniciales en nuestros grupos permitió asegurar con certeza que las diferencias posteriores se debieron al tratamiento experimental.

En la tabla 8, la Prueba "F" resultó significativa al 0.05, ya que $F_c = 16.52$ por lo que se rechaza la hipótesis nula No. 2, y se acepta la hipótesis de investigación No. 2, que dice: "Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias si difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Estado, en su segunda aplicación". Esto significa que existen diferencias entre las medias como consecuencia de la va-

riable independiente "Terapia de Apoyo" y esta diferencia es significativa al nivel de 0.05. La Terapia de Apoyo es útil para disminuir la ansiedad.

Para conocer en qué grupos existen las diferencias más significativas se utilizó la Prueba "t" de student, cuyos resultados se muestran en la tabla 11 para los Grupos Control y Experimental de la Sala de Terapia-Intensiva de Urgencias y la tabla 12 para los Grupos Control y Experimental de la Sala de Terapia Intensiva de Neurología.

Al comparar la Ansiedad-Estado del Grupo Control de Urgencias en su primera aplicación contra el mismo grupo en su segunda aplicación, se obtuvo una $t_c = 0.21$ por lo que se acepta la hipótesis nula No. 5, que dice: "No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, en la primera aplicación en el Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias". Siendo lo esperado, debido a que no se dió ningún tratamiento.

En la comparación del Grupo Experimental de Urgencias en su primera aplicación contra la segunda, de la escala de Ansiedad-Estado, se obtuvo una $t_c = 7.74$ significativa al 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula No. 7 y se acepta la hipótesis de investigación No. 7, que dice: "Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado entre la primera - - aplicación del "IDARE", en el Grupo Experimental de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias". El cambio se debe a la variable independiente, Terapia de Apoyo.

En la tabla 12 se encuentra la puntuación "t" del Grupo Control de Neurología de la primera aplicación contra la segunda aplicación del mismo grupo de la escala de Ansiedad-Estado del "IDARE", se obtuvo una $t_c = 2.63$ por lo que se rechaza la hipótesis nula No. 9 y se acepta la hipótesis de investigación No. 9, que dice: "Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, entre la primera aplicación del "IDARE", en el Grupo Control de Neurología en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología". Este resultado no se esperaba, debido a que este grupo no recibió el tratamiento Terapia de Apoyo, sin embargo, se consideran como causantes varios factores:

1) No se tomó en cuenta la diferente actitud del grupo de enfermeras de la Sala de Neurología, en comparación con el grupo de enfermeras de la Sala de Urgencias. Las primeras establecían una mejor relación -- con los enfermos, platicaban con ellos y en general demostraban mayor interés.

2) Otro factor que influyó fué que en esa sala los pacientes podían ser visitados por sus familiares todos los días, a diferencia del Servicio de Urgencias, donde sólo se les permitía la visita los martes, jueves y domingos.

3) Un factor más en el Servicio de Neurología fué la mayor comunicación de las enfermeras con los familiares, a quienes proporcionaban información acerca del estado del enfermo.

Aparentemente tanto las enfermeras como los familiares, funcionaban como terapeutas y a ésto se debe que haya disminuído la Ansiedad-Estado en el Grupo Control, sin haber recibido ningún tratamiento por parte de las investigadoras.

En la Ansiedad-Estado del Grupo Experimental de Neurología en su -- primera aplicación contra la segunda del mismo grupo, se obtuvo una $t_c = 4.20$ por lo que la hipótesis nula No. 11, se rechaza y se acepta la hipótesis de investigación No. 11, que dice: "Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado, entre la primera aplicación del "IDARE", en el Grupo Experimental de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología". Siendo significativa al nivel de 0.05, por lo que el cambio se debe a la variable independiente Terapia de Apoyo.

Se utilizó la Prueba de Scheffé para afirmar nuestros resultados y para saber entre que grupos específicamente se encontraban las diferencias más significativas, en la tabla 13 se encuentran los resultados de la comparación de las medias entre los diferentes grupos de ambas salas, de la escala de Ansiedad-Estado, solamente en su segunda aplicación.

Al comparar el Grupo Control de Urgencias contra el Grupo Experimental de Urgencias, se obtuvo una $t_c = 6.33$ que rechaza la hipótesis nula No. 13 y acepta la hipótesis de investigación No. 13, que dice: "Hay diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación--

del Grupo Control de Urgencias en relación con la segunda aplicación - del Grupo Experimental de Urgencias".

En la comparación del Grupo Control de Urgencias contra el Grupo -- Control de Neurología, se obtuvo una $t_c = 0.80$ por lo que aceptamos la hipótesis nula No. 14, que dice: "No hay diferencias significativas de - la Ansiedad-Estado, en su segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología".

Al comparar Grupo Control de Urgencias contra el Grupo Experimental de Neurología, se obtuvo una $t_c = 5.13$ que nos lleva a rechazar la hipótesis nula No. 15 y a aceptar la hipótesis de investigación No. 15, que dice: "Hay diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología".

Comparando el Grupo Experimental de Urgencias contra el Grupo Control de Neurología, obtuvimos una $t_c = 4.73$ por lo que se rechaza la hipótesis nula No. 16 y se acepta la hipótesis de investigación No. 16, -- que dice: "Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Estado en - su segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias en relación -- con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología".

Al comparar el Grupo Experimental de Urgencias contra el Grupo Experimental de Neurología, obtuvimos una $t_c = 0.40$ por lo que se acepta la hipótesis nula No. 17, que dice: "No existen diferencias significativas- de la Ansiedad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental - de Neurología".

En la comparación del Grupo Control de Neurología contra el Grupo - Experimental de Neurología, obtuvimos una $t_c = 4.33$ que nos lleva a rechazar la hipótesis nula No. 18 y a aceptar la hipótesis de investiga- - ción No. 18, que dice: "Existen diferencias significativas de la Ansie-- dad-Estado en su segunda aplicación del Grupo Control de Neurología, en- relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología".

Estos resultados nos permiten asegurar que las diferencias encontradas fueron significativas al nivel de 0.05 y se dieron al comparar a los Grupos Control contra los Grupos Experimental, en la segunda aplicación del "IDARE"; en la Ansiedad-Estado y ésto es como consecuencia del tratamiento experimental Terapia de Apoyo, proporcionado por las investigadoras.

En la tabla 6 se encontró que entre la primera y segunda aplicación hubo disminución de la Ansiedad-Rasgo en cuatro grupos sin diferencias importantes entre ellos.

En la tabla 9 se presenta el análisis de varianza, para los cuatro grupos de la Ansiedad-Rasgo (SXR), en su primera aplicación, en donde se obtuvo una $F_c = 2.42$ por lo que se acepta la hipótesis nula No. 3, que dice: "Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias no difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Rasgo, en su primera aplicación". Lo que significa que la Ansiedad-Rasgo se distribuye normalmente en nuestra población, siendo estos resultados congruentes con las publicaciones de Levitt (1967) y Redondo (1979).

La tabla 10 muestra los resultados del análisis de varianza para los cuatro grupos (GCN, GEN, GCU y GEU), de la SXR en su segunda aplicación, en la que se obtuvo una $F_c = 2.71$ por lo que se acepta la hipótesis nula No. 4, que dice: "Las medias del Grupo Control de Neurología, del Grupo Experimental de Neurología, del Grupo Control de Urgencias y del Grupo Experimental de Urgencias no difieren entre sí, respecto al nivel de Ansiedad-Rasgo, en su segunda aplicación". Lo que muestra que en esta segunda aplicación no hubo ninguna modificación de la Ansiedad-Rasgo, que fuera significativa al nivel de 0.05 siendo ésto lo esperado, debido a que la Ansiedad-Rasgo es una característica permanente de la personalidad y sólo puede modificarse a través de una terapia reconstructiva, lo que no puede lograr la Terapia de Apoyo.

La tabla 11 muestra los resultados de la "t" de student obtenida de los grupos de Urgencias. En la Ansiedad-Rasgo del Grupo Control de Urgencias en su primera aplicación contra la segunda aplicación del mismo grupo, se obtuvo una $t_c = 0.36$ no significativa, por lo que se acepta la hipótesis-

nula No. 6, que dice: "No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, entre la primera aplicación del "IDARE", en el Grupo Control de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Urgencias." Siendo lo esperado por no haberse dado ningún tratamiento experimental.

En la Ansiedad-Rasgo del Grupo Experimental en su primera aplicación contra la segunda aplicación del mismo grupo, se obtuvo una $t_c = 2.68$ que es significativa al nivel de 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula No. 8 y se acepta la hipótesis de investigación No. 8, que dice: "Existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, entre la primera aplicación del "IDARE", en el Grupo Experimental de Urgencias, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Urgencias". Siendo este resultado inesperado, debido a que la Ansiedad-Rasgo, sólo puede modificarse con una Terapia Reconstructiva. Consideramos que estos resultados se deben al tratamiento Terapia de Apoyo que se le dió al Grupo Experimental, lo que ayudó a disminuir su ansiedad, sobre todo en una sala que produce tensión y miedo a la muerte como es el Servicio de Urgencias. Un hallazgo semejante fue publicado por Newmark, Charles (1976).

En la tabla 12 la puntuación de Ansiedad-Rasgo del Grupo Control de Neurología en su primera aplicación contra la segunda del mismo, se obtuvo una $t_c = 0.56$ no significativa, por lo que se acepta la hipótesis nula No. 10, que dice: "No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, entre la primera aplicación del "IDARE", en el Grupo Control de Neurología en relación con la segunda aplicación del Grupo Control de Neurología".

La Ansiedad-Rasgo del Grupo Experimental de Neurología en su primera aplicación, contra la segunda aplicación del mismo grupo, se obtuvo una $t_c = 1.40$ no significativa por lo que se acepta la hipótesis nula No. 12, que dice: "No existen diferencias significativas de la Ansiedad-Rasgo, entre la primera aplicación del "IDARE", en el Grupo Experimental de Neurología, en relación con la segunda aplicación del Grupo Experimental de Neurología".

La Ansiedad-Rasgo, fue modificada en el Grupo Experimental de Urgencias, por lo que podemos decir, que sólo cubriendo ciertos requisitos, como se dieron en esta sala, fue posible modificar la Ansiedad-Rasgo con la Terapia de Apoyo.

CAPITULO IV

DISCUSSION

DISCUSION

La uniformidad de los autores se hace consensu general que la ansiedad es un fenómeno que exige un mayor estudio e investigación.

En nuestro trabajo NO se encontraron diferencias significativas de la Ansiedad como Estado en la primera aplicación que se hizo del IDARE en los cuatro grupos que formaron la muestra, por lo que a pesar de las diferencias individuales que podrían manifestarse ante situaciones amenazantes, -- existe un patrón similar de respuesta a la Ansiedad, con lo que podemos decir que la ansiedad se distribuyó normalmente en nuestra población, siendo ésto congruente con las publicaciones hechas por Levitt 1967, Redondo 1978-1979.

El objetivo básico fué el conocer si hubo cambio en el nivel de Ansiedad-Estado después de aplicar la variable Terapia de Apoyo al Grupo Experimental.

Se encontró una disminución significativa en este grupo de la Ansiedad-Estado según los puntajes obtenidos en la segunda aplicación, comparada con la primera, de acuerdo al instrumento IDARE, pese a las variables extrañas que no pudieron controlarse como el tipo de relación de los enfermos -- con su familia y con el personal médico, el tipo de enfermedad que sufrían y las diferentes edades.

Esto corrobora el hecho de que la Terapia de Apoyo si bien no es reconstructiva si permite mejorar o modificar la ansiedad y enfatiza el valor de la palabra como elemento terapéutico.

Este acercamiento a la normalidad, es decir, la disminución del nivel de la ansiedad de los pacientes a través de una Terapia de Apoyo, permite darnos cuenta de la imperiosa necesidad de tener un mayor acercamiento hacia este tipo de enfermos ya que en su mayoría se sienten solos y aislados, siendo este aspecto psicológico descuidado por el cuerpo médico, que se interesa casi exclusivamente en el área biológica, lo que provoca aumento de

la ansiedad de los pacientes.

De acuerdo con nuestra expectativa de que no iba a disminuir el nivel de Ansiedad Estado en los Grupos Control, se cumplió en el Grupo de Urgencias, en cambio en el Grupo de Neurología se obtuvieron resultados no esperados, ya que el nivel de ansiedad si disminuyó a pesar de no proporcionarse ningún tratamiento; ésto puede deberse a las mejores relaciones de los pacientes con todo el personal de salud, en especial con las enfermeras y miembros de su familia, ya que existieron las facilidades y la disposición para ello.

Se esperaba que la Ansiedad-Rasgo no se modificara en ningún grupo -- con la utilización de la variable Terapia de Apoyo, sin embargo, en el Grupo Experimental de Urgencias si se modificó significativamente la Ansiedad-Rasgo, pese a que la Terapia de Apoyo no es reconstructiva, posiblemente el factor que provocó este resultado inesperado es el haber proporcionado un trato personal e interesado de las investigadoras a cada uno de los enfermos, dentro de un medio donde no se practica ésto.

Para darle mayor confiabilidad a nuestra investigación utilizamos -- tres instrumentos estadísticos: El Análisis de Varianza prueba "F", la -- prueba "t" de student y la prueba de Scheffé, encontrando los resultados -- congruentes entre sí, lo que nos permite confirmar éstos y validar el instrumento Idare para investigaciones de este tipo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. El instrumento IDARE es adecuado para la medición de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, su confiabilidad y validez se reafirmó en esta investigación.
2. La Ansiedad en nuestra población en la primera aplicación se distribuyó normalmente y hay uniformidad en la respuesta de las personas al encontrarse ante situaciones que amenacen su integridad personal.
3. Hubo una disminución significativa del nivel de Ansiedad en los grupos Experimental, después de utilizar la variable Terapia de Apoyo.
4. Se encontraron resultados no esperados de la Ansiedad-Estado en el Grupo Control de Neurología y en la Ansiedad-Rasgo del Grupo Experimental de Urgencias, atribuidos a variables no controladas.

LIMITACIONES.

El estudio tuvo limitaciones, ya que fueron muchas las variables - que no se controlaron como son: edad, escolaridad, tipo de enfermedad, ni vel socio-económico.

Se contó con poco tiempo para el tratamiento, como consecuencia del breve internamiento de los pacientes que se encontraban en estas salas. - Por otra parte algunos, por su grave estado no se encontraban dispuestos a colaborar.

Así también, se careció de un lugar adecuado para dar la Terapia - de Apoyo y en ocasiones había interrupciones por el médico de guardia, -- por enfermeras o por el personal de limpieza.

Estos aspectos no fueron tomados en cuenta, debido a que para poder lograr una muestra homogénea, se necesitarían varios años por ser en estas salas el ingreso diario entre dos y tres pacientes como promedio, de los cuales no todos estaban en condiciones de cooperar, otros eran del se xo femenino y no se trabajó con ellas, y otros, se encontraban tan graves que fallecían al segundo o tercer día de su internamiento, por lo que la muestra se limitó considerablemente.

SUGERENCIAS.

Sugerimos para futuras investigaciones, la formación de una muestra mayor, con edades y enfermedades similares, con lo que se controlaría mayor número de variables, incluyendo las de orden físico (ambiental). Además, proporcionar a estos pacientes el tratamiento Terapia de Apoyo, durante todos los días que permanezcan internados en las Salas de Terapia Intensiva.

Se recomienda ampliar la muestra a sujetos del sexo femenino; se sabe que las mujeres tienen más facilidad y libertad para expresar sus emociones, por ser nuestra sociedad más permisiva en las mujeres en este aspecto, a diferencia de los hombres, a los cuales desde niños se les enseña a reprimir la expresión de sus emociones.

Por último se sugiere la formación de un Departamento de Psicología dentro de estos servicios, o en su defecto, el establecimiento de cursos continuos al personal de estas salas, (Médicos y enfermeras principalmente) sobre Relaciones Humanas y Terapia de Apoyo, para que apliquen este manejo y se obtenga una mejor atención a los pacientes con resultados satisfactorios.

APENDICES

A. GRAFICAS.

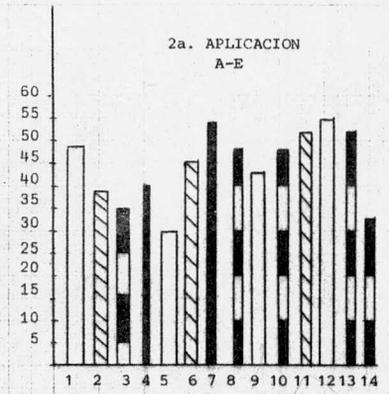
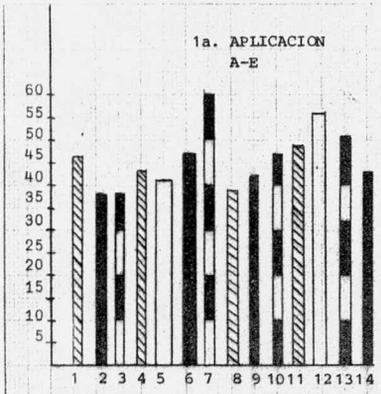
En las gráficas A, B, C y D se encuentran los cambios en las puntuaciones de las escalas de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo de la primera a la segunda aplicación del Inventario "IDARE", para los Grupos Control y -- Grupos Experimental de ambas Salas de Terapia Intensiva (Urgencias y Neurología).

Así tenemos que en la gráfica A se encuentran las puntuaciones de cada uno de los sujetos del Grupo Control de Urgencias.

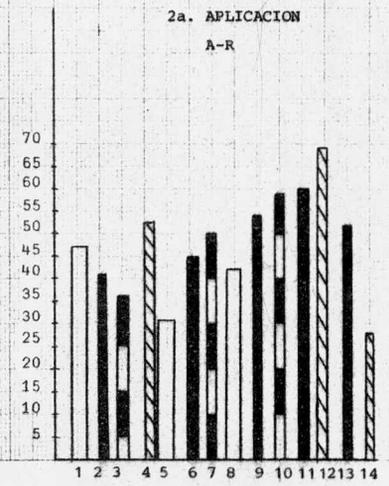
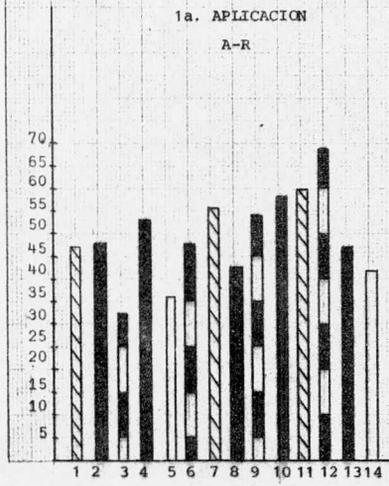
Gráfica B las puntuaciones del Grupo de Urgencias Experimental.

Gráfica C las puntuaciones del Grupo Control de Neurología y

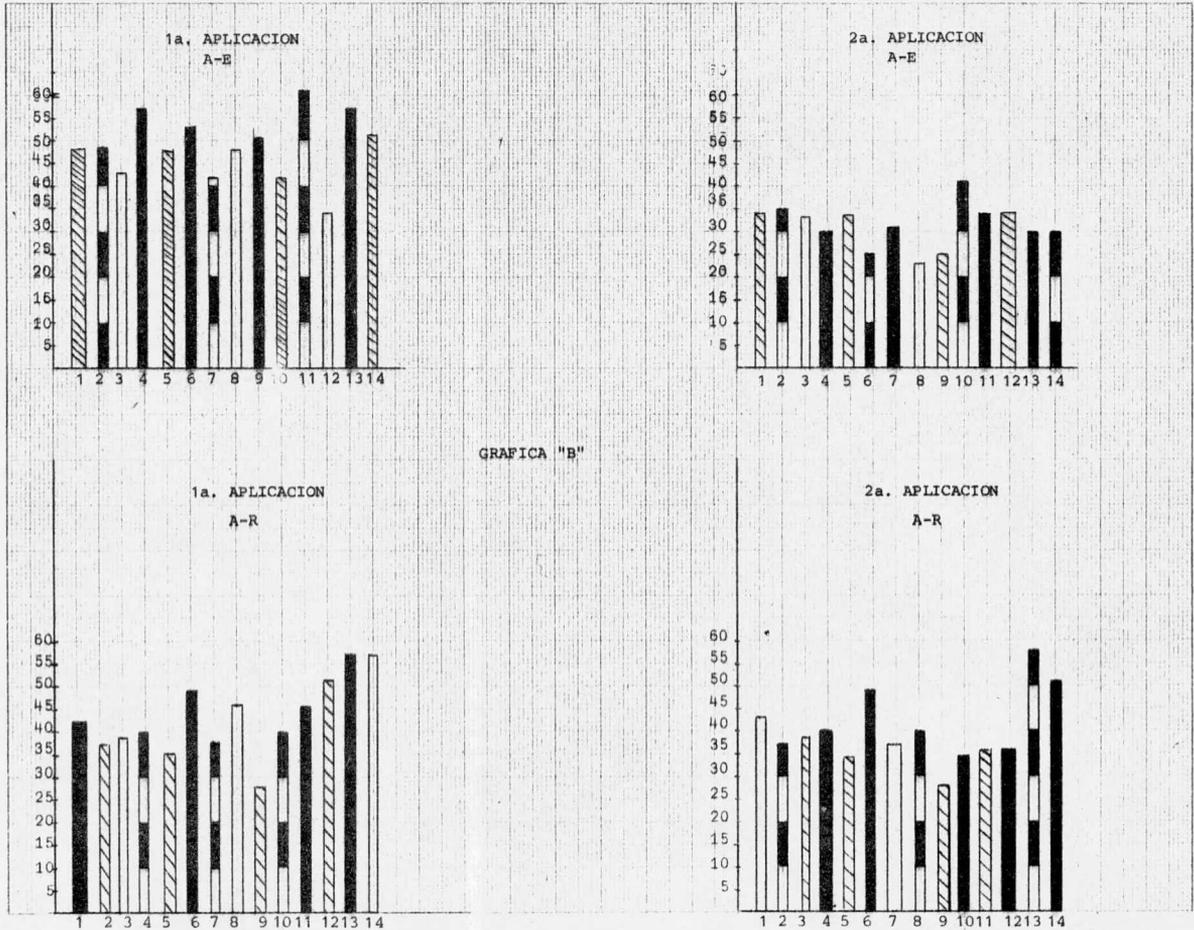
Gráfica D contiene las puntuaciones del Grupo Experimental de Neurología.



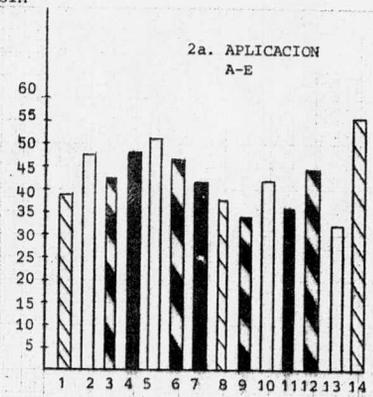
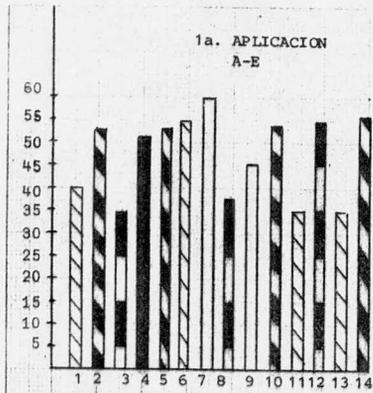
GRAFICA "A"



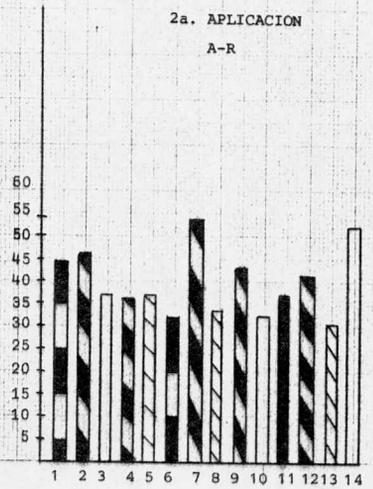
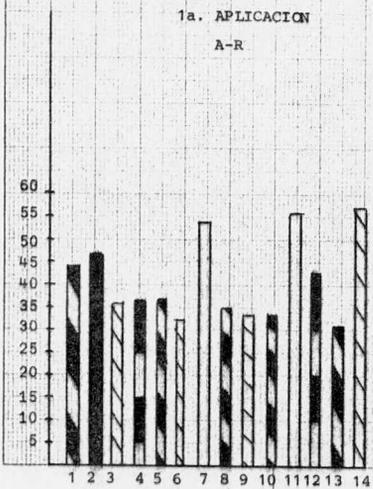
GRUPO EXPERIMENTAL - URGENCIAS



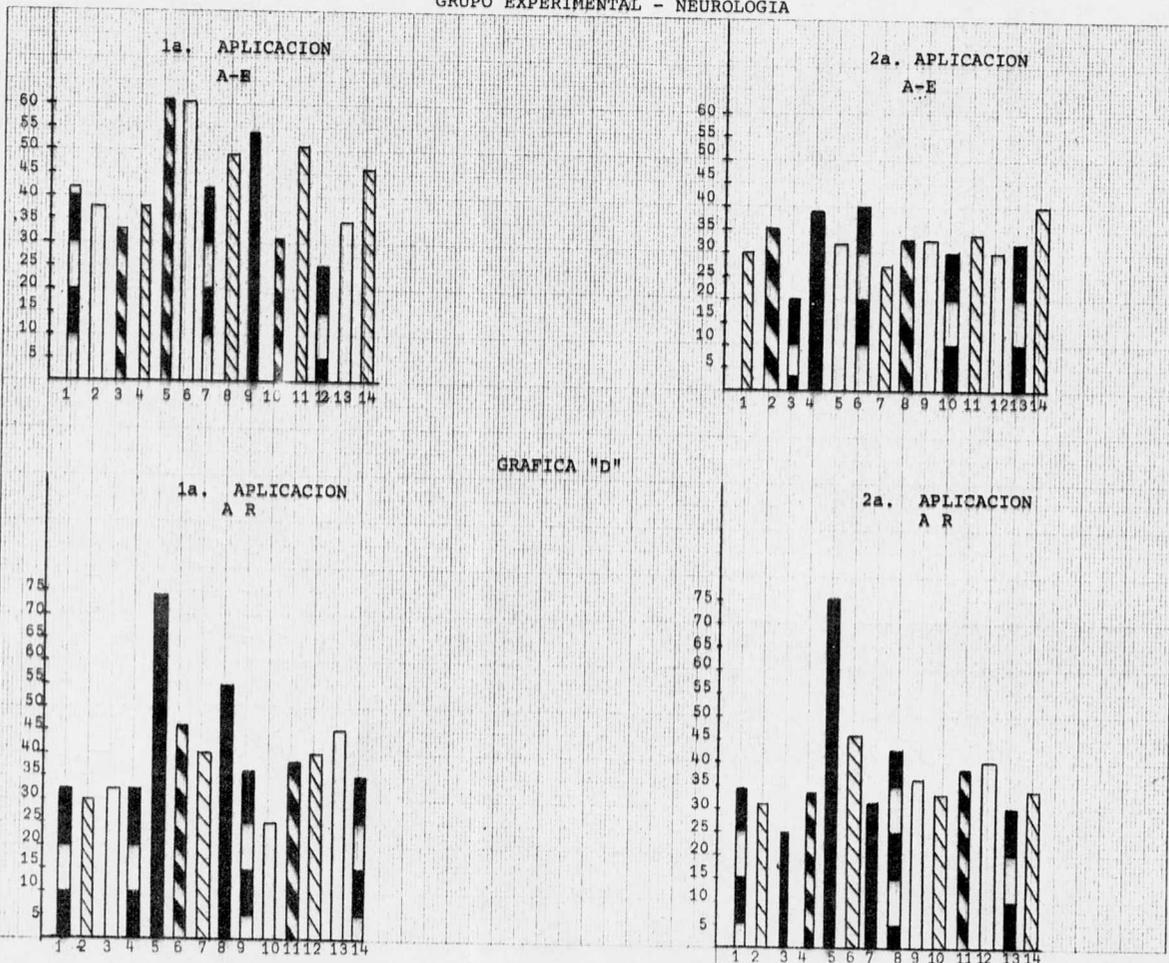
GRUPO CONTROL - NEUROLOGIA



GRAFICA "C"



GRUPO EXPERIMENTAL - NEUROLOGIA



CUADRO 1.- VARIEDADES DE PSICOTERAPIA

TIPOS DE TRATAMIENTO	OBJETIVOS	APROACHES (METODOS)
TERAPIA DE APOYO	Reforzamiento de las defensas existentes. Elaboración de mecanismos nuevos y mejores para mantener el control. Restauración del equilibrio adaptativo.	Guía, manipulación ambiental, externalización de intereses, reaseguramiento, presión y coerción, persuasión, catarsis emocional y desensibilización, sugestión por el prestigio, hipnosis sugestiva, relajamiento muscular, hidroterapia, terapia de choque y convulsiva, terapia de grupo inspiracional, terapia musical.
TERAPIA DE INSIGHT CON METAS REEDUCATIVAS	Promover insight en los conflictos más conscientes, con un esfuerzo deliberado para lograr un reajuste, una modificación de las metas y del modo de vida a la medida de las potencialidades creadoras existentes.	"Terapia de relajación" "Terapia de actitudes" Psicoterapia por entrevistas, análisis y síntesis distributivos (Terapia psicobiológica) consejo terapéutico, terapia de casework, reacondicionamiento, terapia de grupo reeducativa, terapia por medio de la semántica.
TERAPIA DE INSIGHT CON METAS RECONSTRUCTIVAS	Promover insight en los conflictos inconscientes, con esfuerzos para lograr una modificación extensa de la estructura del carácter. Expansión del crecimiento de la personalidad con el desarrollo de nuevas posibilidades de adaptación.	Psicoanálisis Freudiano. Psicoanálisis no Freudiano Psicoterapia psicoanalítica orientada (terapias adjuntas: hipnoanálisis, narcoterapia, terapia de juego, terapia artística, terapia de grupo analítica)

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④



28-3

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXE

	CASI NADA	ALGO	MODERADO	MUCHO
1.	4	3	2	1
2.	4	3	2	1
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	4	3	2	1
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8.	4	3	2	1
9.	1	2	3	4
10.	4	3	2	1
11.	4	3	2	1
12.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15.	4	3	2	1
16.	4	3	2	1
17.	1	2	3	4
18.	1	2	3	4
19.	4	3	2	1
20.	4	3	2	1

© El Manual Moderno, S.A., 1975

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de bases perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etc., sin permiso por escrito de la editorial.



All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical photocopying, recording or otherwise, without permission in writing from the publisher.

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXR

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21.	4	3	2	1
22.	1	2	3	4
23.	1	2	3	4
24.	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
26.	4	3	2	1
27.	4	3	2	1
28.	1	2	3	4
29.	1	2	3	4
30.	4	3	2	1
31.	1	2	3	4
32.	1	2	3	4
33.	4	3	2	1
34.	1	2	3	4
35.	1	2	3	4
36.	4	3	2	1
37.	1	2	3	4
38.	1	2	3	4
39.	4	3	2	1
40.	1	2	3	4

BIBLIOGRAFIA.

1. Anastasi. PSICOLOGIA DIFERENCIAL. Ed. Aguilar. - Madrid, 1968.
2. Aquinatensis, Th. SUM. THEOL., 1-2. Ed. B.A.C. 8a. ed.- Madrid, 1953.
3. Bellak y Small. PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA. Ed. Pax. México, 1970.
4. Bleger, José. PSICOLOGIA DE LA CONDUCTA., Vol. 2. Biblioteca de Psicología General Paidós.- Buenos Aires 1977.
5. Brentano, F. PSICOLOGIA DESDE EL PUNTO DE VISTA EMPIRICO. Ed. Shapire. Buenos Aires, 1961.
6. Catell-Scheier. THE NATURE OF ANXIETY PSYCHOL. Rep. - Monog. Suppl. 5.
7. Catell, A. B. y Scheier, I. H. NEUROTICISM AND ANXIETY. Ed. Rom Press. Nueva York, 1961.
8. Cueli, J.-Reidl L. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. Ed.Trillas, México, 1972. 285-290.
9. De la Fuente, Ramón. PSICOLOGIA MEDICA. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1964.
10. Devaux y Logre. LES ANXIEUX. Ed. Masson. París, 1917.
11. Diel, Paul. EL MIEDO Y LA ANGUSTIA. Ed. Fondo de - Cultura Económica. México, 1966.

12. Epícteco. ENCHIRIDION. Véase J. MARIAS: LA FILOSOFIA EN SUS TEXTOS. VOL. I.
13. Eysenck, H. J. THE DINAMICS OF ANXIETY AND HYSTERIA. L. Bryd. London, 1967.
14. Fischer, W. F. THEORIES OF ANXIETY. Ed. Harper. & Row. Nueva York, 1971.
15. Foucault, Michael. HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA. Trad. Juan José Utrilla. 2a. ed.- Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1976.
16. Franz, Alexander, y French, T. TERAPEUTICA PSICOANALITICA. 1a. ed. -- Trad. L. Fabricant. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1965.
17. Freud, S. INHIBICION, SINTOMA Y ANGUSTIA. TOMO-III. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973. pp. 2833-2883.
18. Freud, S. LECCIONES INTRODUCTORIAS AL PSICOANALISIS TOMO II. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973. pp. - - 2367-2379.
19. Green, André. LA CONCEPCION PSICOANALITICA DEL AFECTO. Ed. S. XXI. México-España-Argentina, 1975.
20. Grinker, R. THE PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF ANXIETY - IN SPIELBERGER. ANXIETY AND BEHAVIOR. Ed. A. R. Nueva York & London, 1971.- 3a. ed.
21. Guarnier, Enrique. PSICOPATOLOGIA CLINICA Y TRATAMIENTO ANALITICO. Prólogo Santiago Ramírez.- Ed. Porrúa Hermanos. México.

22. Hamp, V. PARADIES UND TOD. REGENSBURG. Ed. España-Madrid, 1963.
23. Hall, C. Lindzey G. THEORIES OF PERSONALITY. Ed. W. Sons.- Nueva York, 1970.
24. Henry, Ey, P. Bernard y Ch. Brisset TRATADO DE PSIQUIATRIA. Ed. Toray-Mas-son, S. A. Barcelona, 1974. 6a. ed.
25. Homero. LA ODISEA. Ed. Porrúa y Cía. México, - 1966.
26. Horney, K. LA PERSONALIDAD NEUROTICA DE NUESTRO -- TIEMPO. Ed. Paidós. Buenos Aires, - - 1979.
27. Horney, K. THE INTERPERSONAL THEORY OF PSYCHIATRY. Ed. Norton. Nueva York, 1953.
28. Jacobson, E. THE EFFECTS AND THEIR PLEASURE. I.U.P.- Nueva York, 1953.
29. Jung, K. G. ENERGETICA PSIQUICA Y ESENCIA DEL SUEÑO. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1954
30. Jung, K. G. TRANSFORMACIONES Y SIMBOLOS DE LA LIBIDO. Madrid, 1953.
31. Kant, Manuel. ANTHROPOLOGIE. I. Ed. Hachttle. París, 1891.
32. Kierkegard, S. EL CONCEPTO DE LA ANGUSTIA. Ed. Guada-rrama. Madrid, 1965.
33. Kolb, Lawrence. PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. Ed. La - Prensa Médica Mexicana. México. 5a. ed.

34. Korchin, S. J.
Basowitz, H. y
Otros. EXPERIENCE OF PERCEPTUAL DISTORTION AS
A SOURCE OF ANXIETY. Arch. Neur. Psy-
chiat. 80 (1958). Págs. 98-113.
35. Lain Entralgo, P. LA MEDICINA HIPOCRATICA. Ed. La Revista
de Occidente, S. A. Madrid.
36. Lain Entralgo, P. LA CURACION POR LA PALABRA EN LA EPOCA-
CLASICA. Ed. Revista de Occidente. Ma-
drid, 1958.
37. Laing, R. D. PSICOANALISIS Y FILOSOFIA EXISTENCIAL.-
Ed. Paidós. Buenos Aires, 1965.
38. Laplanche, J. Pontalis, J.B. DICCIONARIO DE PSICOANALISIS.
Ed. Labor, S. A. Barcelona, 1977.
39. Levin, Jack. FUNDAMENTOS DE ESTADISTICA EN LA INVES-
TIGACION SOCIAL. Ed. Harla. 2a. ed. -
México, 1979. *PÁGS. 143 - 145*
40. López, Ibor. LECCIONES DE PSICOLOGIA MEDICA. Ed. Paz.
Montalvo. 4a. ed. Madrid, 1963.
41. Malebranche, N. DE LA RESERCHE DE LA VARIE LES OUVRES I.
Ed. J. Simón. París, 1871.
42. Marías, J. EL TEMA DEL HOMBRE. Ed. Espasa-Calpe, -
S.A. 3a. ed. Madrid, 1973. Págs. 151-
176.
43. Marías, J. LA FILOSOFIA EN SUS TEXTOS. Vol. I-II.
Ed. Labor. Barcelona, 1950.
44. Marías, J. MIGUEL UNAMUNO. Ed. Austral. 3a. ed. -
Madrid, 1960.

45. Martínez Urrutia
Angel ARTICULO SOBRE LA ANSIEDAD Y EL DOLOR EN PACIENTES QUIRURGICOS. Journal of - Consulting and Clinical Psychology, Vol. 43 No. 4. Centro Comunitario de Salud-Mental Maimonides, Brooklyn, Nueva - - York, 1975. Págs. 437-442.
46. Nacar E. Colunga A. S. BIBLIA. Ed. B.A.C. Barcelona, 1968. - ed. 38.
47. Newmark, Charles S. ARTICULOS SOBRE LOS EFECTOS PSICOTERA-- PEUTICOS EN LA ANSIEDAD RASGO-ESTADO. - Universidad del Norte de Carolina, Es-- cuela de Medicina. Págs. 37-38.
48. Noyes P. Arthur. PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1976.
49. Pelaez Burtante
Ma. del Carmen TEORIAS DE LA ANSIEDAD. Tesis Licenciatura México, 1974. Facultad de Psico-
logía. UNAM.
50. Rank, Otto. THE TRAUMA OF BIRTH. Ed. Handcourt- - Bradce. Nueva York, 1929.
51. Redondo-Ortiz. EFECTOS DE LA ANSIEDAD RASGO-ESTADO SO- BRE LA INTELIGENCIA EN LA PRACTICA QUI- RURGICA. Tesis Licenciatura. México, - 1973. Facultad de Psicología. UNAM.
52. Redondo, P. J. ESTUDIO TRANSCULTURAL DEL IDARE EN UNI- VERSITARIOS DE UNAM Y UNC DE MEXICO Y - COLOMBIA. Tesis Doctorado. Facultad - de Psicología. UNAM, 1979.

53. Rosseau, J. J. Emile. OUVRES COMPL. HACHTTE DISCOURS OUR L' ORIGINE DE L'INGALITE PERMI LES HOMMES. Idem. Traduc. Española Fragmentada en: La Filosofía en sus Textos. de J. Ma-- rías o.c.
54. S. Schipani, Daniel. LA ANGUSTIA Y LA DIMENSION TRASCENDENTE. Ed. La Aurora. Buenos Aires, 1969.
55. Seneca, L. A. EPISTULAS AD LUCILIAUM IN OPERA OMNIA. - París, 1900.
56. Sciaca, M. F. HISTORIA DE LA FILOSOFIA s L. F. Barcelo na, 1958.
57. Schachtel, E. METHAMORPHOSIS. Ed. BB. Nueva York, - 1969.
58. Siegel, Sidney. ESTADISTICA NO PARAMETRICA APLICADA A - LAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA. Ed. Tri-- llas, S. A. México, 1978.
59. Spielberger, C.D. INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO. - Trad. Dr. Rogelio Díaz Guerrero. Ed. - El Manual Moderno. México, 1975. Págs. 22-24.
60. Spielberger, C. D. ANXIETY AND BEHAVIOR. Ed. A. P. Nueva- York, 1971. 3a. ed.
61. Spielberger, C. D. ANXIETY AND BEHAVIOR. Ed. Mac Millan. - Nueva York, 1927.
62. Spielberger, C.D. THE EFFECTS OF MANIFEST ANXIETY. ON - THE ACADEMIC ACHEVEMENT OF COLLEGE -- STUDENTS. Ment Hygi 46. 1962. (420- - 426).

63. Stack Sullivan, H. EL NUEVO PSICOANALISIS. Ed. Fondo de -
Cultura Económica. México, 1966.
64. Stack Sullivan, H. LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA. Ed. Psique.
Buenos Aires, 1974.
65. Taylor Janet. A PERSONALITY SCALE OF MANIFEST ANXIETY.
J. Abn. Sic. Psychol. 48. Págs. 285-290.
66. Thompson, Clara. EL PSICOANALISIS. Ed. Fondo de Cultura
Económica. México, 1955.
67. Tillich, P. ANXIETY AND REDUCING AGENCIES IN OUR -
CULTURE. Ed. Hafner. Nueva York, 1964.
68. W. Lindford, Rees. FACTORES DE ANSIEDAD EN LA ASISTENCIA -
GLOBAL AL ENFERMO. Ed. Excerta Médica.
San Lucas Amsterdam, 1973.
69. Werner Wolff INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA. Ed.-
Fondo de Cultura Económica. Breviarios
119. págs. 14-21.
70. Wolberg, L. THE TECHNIQUE OF PSYCHOTERAPY. Ed. -
Grune & Stratton. Nueva York. 1965.