



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO Y PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
EN TÉCNICAS DE RELAJACIÓN”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

TANIA AURORA GARCÍA OLAZAGASTI

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LILIA JOYA LAUREANO

REVISOR DE TESIS: DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO.

JUNIO, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por crear el sendero para mi formación profesional en la bella ciencia de la psicología.

A mis padres, quienes con sus palabras: “el estudio es la herencia que te puedo dejar”, me enseñaron que la perseverancia era el único camino para llegar hasta aquí.

Quienes con su amor y apoyo incondicional me mostraron que puedo alcanzar cualquier meta que me proponga. Con su ejemplo de perseverancia, fe y dedicación, comprendí que no hay imposibles.

A mis hermanos, quienes con todos sus recursos me han apoyado y me han dado un modelo a seguir; sin importar nuestras diversas formas de ver la vida, cada día me guiaron para ser mejor persona, estudiante y profesional.

A mis tutores:

La Maestra Lilia Joya Laureano, quien con su ejemplo profesional y experiencia personal me enseñó a esforzarme cada día más y, a quien, con estas palabras deseo expresar todo mi agradecimiento y reconocimiento por este trabajo, ya que sin su apoyo no hubiera sido posible la presente obra.

El Doctor Jorge Rogelio Pérez Espinosa, quien ha sido un guía y me ha acompañado en este camino con su conocimiento y paciencia, impulsándome así a cumplir mis metas.

A mis sinodales:

La Maestra Alma Mireia López Arce Coria, la Maestra Blanca Girón Hidalgo y al Maestro Jorge Álvarez Martínez, quienes con su colaboración y comprensión ayudaron a la conclusión de este proyecto.

A la Licenciada Mercedes Juárez Flores, quien con su ejemplo profesional y personal me ha apoyado y guiado en este camino para que continúe y siga superándome cada día.

A Abraham, quien me acompañó durante este proceso y con su paciencia, palabras de aliento y comprensión me motivó e impulsó siempre al éxito.

A mis amigos, quienes desde experiencias escolares tempranas me ayudaron a mantenerme en el camino del éxito y a crecer académicamente; impulsándome con su ejemplo y compañía en los momentos de debilidad. Cada uno de ustedes ha contribuido notoriamente para que yo llegara hasta aquí (Sergio, Minerva, Gabriela, Roberto, Rocío, Omar, Paola, Perla, Fernanda, Alejandra, Karla, Pelayo, Jorge, Salvador).

A Lluvia y Jaqueline, quienes siempre me recibieron con una sonrisa y apoyo incondicional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ANSIEDAD	
Ansiedad	4
Definición de Ansiedad	4
Ansiedad Adaptativa	6
Ansiedad no Adaptativa o Patológica	9
Clasificación de los Síntomas de Ansiedad	11
Etiología	20
Sistemas de Clasificación	26
CAPÍTULO II: TRATAMIENTOS DE LA ANSIEDAD	
Tratamientos	29
Terapias	30
Terapia Psicodinámica	30
Terapia de Conducta	31
Terapia Cognitiva	33
Terapia Cognitivo – Conductual	34
Psicofármacos	35
Técnicas Psicológicas	38
Técnicas de Relajación	38
Relajación Progresiva	40
Respiración Diafragmática	43
Entrenamiento Autógeno	46
Otros métodos de relajación	48
Medición de las Conductas Ansiosas	49

CAPÍTULO III PSICOTERAPIA DE GRUPO

Psicoterapia de Grupo	51
MÉTODO	
Justificación	56
Planteamiento del Problema	56
Objetivos	57
Hipótesis	58
Variables de Estudio	58
Diseño	60
Descripción de la Muestra	60
Instrumentos	61
Aparatos	61
Escenario	61
Procedimientos	62
RESULTADOS	
Descripción de la Muestra	67
Datos Sociodemográficos	67
Sintomatología	69
IDARE	
Ansiedad Rasgo	70
Ansiedad Estado	72
Ansiedad Rasgo-Ansiedad Estado	74
Prueba de Hipótesis	77

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	80
Limitaciones y sugerencias	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	
Anexo I. IDARE	86

INTRODUCCIÓN

Para hablar del tema de la ansiedad hay que remontarnos al inicio de la humanidad, ya que ha estado presente y acompañándonos a lo largo de este camino. Podemos definir a la ansiedad normal como una emoción psicobiológica básica adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro (Cía, 2007), por lo que, tanto nuestros antepasados como nosotros en la actualidad la poseemos, sin embargo, a lo largo del tiempo esto se ha ido modificando, si bien, ya no existen los peligros o desafíos a los cuales nuestros antepasados se enfrentaban, tenemos nuevos y más complejos peligros en la actualidad.

Cada día que pasa estamos inmersos en la incertidumbre de saber si es que sobreviviremos o no en la vida de la urbe, pero no es algo que las personas se detengan a pensar muy a menudo, únicamente cuando existe una situación o momento que los tenga que preparar para el actuar, responder y salir exitosamente de ello, pero hay quienes sin experimentar dicha situación; experimentan sensación de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación- al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, las palpitaciones y las náuseas -, que frecuentemente constituyen los síntomas de la ansiedad (Spielberger, 1979).

Los cuales son el punto de interés en esta tesis, la cual abordará los niveles de ansiedad que presentan los pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, quienes son derivados del Servicio de Psiquiatría al Servicio de Psicología para la implementación de un Programa de Técnicas de Relajación, en el cual se enseñará la Relajación Progresiva, Respiración Diafragmática y Entrenamiento Autógeno para observar si los pacientes disminuyen su Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, medidas pretest y postest a través del Instrumento del IDARE.

Hoy en día casi todos nosotros experimentamos niveles elevados de estrés y ansiedad causados por múltiples circunstancias (Amutio, 1998), por lo que este programa de Intervención en Técnicas de Relajación, intentará que esos niveles

elevados de ansiedad y estrés sean disminuidos para que el paciente experimente una mejor calidad de vida, el programa tiene una visión de alcance a todos los pacientes que sean enviados al Servicio de Psicología, sin embargo, la población que asistió fue sólo de mujeres; como numerosas investigaciones indican que los Trastornos de Ansiedad son tres veces más comunes en las mujeres que en los hombres como lo menciona Cía (2007). Aunque esto no es una interferencia para la generalización de la intervención hacia las demás personas.

Se escogió las técnicas de relajación ya que se ha demostrado que; las técnicas de relajación, practicadas en toda su extensión, pueden enseñarnos a reducir nuestros niveles de ansiedad. Por lo que son una herramienta, útil, eficaz y que pueden ser aplicadas en cualquier momento donde se presenten los síntomas de ansiedad (Amutio, 1998).

Así como se pensó que si bien, ya habían tenido efecto de forma individual; con base en los resultados podemos decir que el programa de técnicas de relajación individual presenta un nivel de éxito para los pacientes que son atendidos como lo menciona Correa-Camacho (2014). Con lo cual se pensó que se obtendrían mayores resultados implementándola en forma grupal.

En general los prestadores de servicio de salud de todos los niveles, así como la sociedad en general, no toman conciencia de los problemas incapacitantes que puede generar la ansiedad, por lo que se debe poner mayor énfasis en tratarla desde sus inicios para que no llegue a presentarse de forma crónica y en donde la calidad de vida se vea más afectada. Para Cía (2007), puede transformarse en una respuesta patológica cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interviniendo negativamente en la vida laboral, social y familiar.

Hoy en día los resultados de los estudios ponen de manifiesto que el estrés y la ansiedad van en aumento, por lo que resulta necesario seguir avanzando en el campo de la psicología preventiva y de la salud para evitar los trastornos psíquicos y físicos derivados de ellos (Amutio, 1998).

A continuación se describirá los apartados de la tesis, la cual está dividida en cinco segmentos; el primer segmento se refiere al capítulo de la ansiedad, donde se hablará acerca de su definición, síntomas, etiología y sistemas de clasificación. En el apartado dos se hablará acerca de los tratamientos utilizados con personas que padecen ansiedad, abarcando las diversas terapias, los psicofármacos, así hasta llegar a las tres técnicas de relajación implementadas en el programa, Relajación Progresiva, Respiración Diafragmática y Entrenamiento Autógeno, al igual que otros métodos de relajación. Continuando con el segmento tres donde se abordará el capítulo de psicoterapia de grupo. Describiendo en el segmento cuatro el método que se utilizó; para continuar con el segmento cinco donde se encontrarán los resultados, conclusión y discusión. Para finalmente concluir con los anexos del instrumento utilizado para realizar esta tesis.

Capítulo I

ANSIEDAD

1 Ansiedad

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. A esto se añade un estado de activación neurofisiológica. La consecuencia va a ser ese estado de alteración antes mencionado y que en términos de psicología empírica denominamos hipervigilancia. Al mismo tiempo, esta ansiedad es adaptativa, ya que ayuda a enfrentarse (si su intensidad no es excesiva) a ciertos requerimientos y exigencias concretos de la vida. Cuando no es adaptativa, provoca respuestas de evitación e inhibición, manteniendo un estado de alerta de forma prolongada, sin que ya sea realmente necesario (Rojas, 1998).

1.1 Definición de Ansiedad

El término *anxiety* (ansiedad) se define como un "estado emocional tenso" (Funk y Wagnalls, 1963), " a menudo marcado por síntomas físicos tales como tensión, temblor, sudor, palpitaciones y aumento de pulsaciones" (Webster's third international dictionary, 1981). Este término proviene del latín *ansius*, y su uso se remonta a 1525. El término latino se definía como un estado de agitación y angustia. La raíz de "ansioso", *anx*, proviene a su vez de otra palabra latina, *angere*, que significa "ahogar" o "estrangular". La palabra *anxious* (ansioso) probablemente se refería a la sensación de ahogo frecuentemente experimentada por individuos en dicho estado (Lewis, 1970, citado en Beck y cols., 2014).

La ansiedad es una experiencia universal que actúa en los seres vivos como un sistema de aviso o señal ante situaciones potencialmente peligrosas. Cuando el individuo percibe una situación que considera amenazante, un "programa ansioso" es activado de forma refleja. Es decir, se desencadenan un conjunto de cambios

cognitivos, afectivos y conductuales, heredados de nuestro pasado evolutivo, como defensa frente al peligro ambiental (Clark y Beck, 1988, citado en Vallejo, 2000).

Cuando una persona tiene ansiedad, experimenta un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sensaciones subjetivas desagradables, como por ejemplo tensión o nerviosismo, y por síntomas fisiológicos tales como palpitaciones cardiacas, temblores, náuseas y mareos (Beck y cols., 2014).

Por lo que se refiere a la ansiedad, y atendiendo a su naturaleza multidimensional, Cano la define como:

“(...) un conjunto de manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas, ante una situación o estímulo que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente pueda no resultar peligroso” (1989, p. 294). (Amutio, 1998).

Podemos definir a la ansiedad normal como una emoción psicobiológica básica adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro (Cía, 2007).

Del mismo modo, Bandura define la ansiedad como “un estado de aprehensión anticipatoria sobre posibles acontecimientos perjudiciales” (1988, p.77). (Amutio, 1998).

Spielberger (1972), por ejemplo, la define como “un estado emocional displacentero caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión o preocupación, y por la activación del sistema nervioso autónomo” (Cía, 2007).

1.2 Ansiedad adaptativa

La interpretación clásicamente aceptada de la ansiedad sigue los planteamientos que Darwin (1872) hizo sobre los mecanismos patogénicos de las emociones y su implicación en el proceso de evolución de las especies. De esta forma, la ansiedad sería un mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha unas conductas de defensa y que aparece, por tanto, ante cualquier circunstancia que represente una amenaza o un peligro real para el propio sujeto o que sea interpretada como tal (Vallejo, 2000).

La evolución ha ido dotando a la especie de complejos mecanismos destinados a preservarse y optimizar la adaptación a diferentes entornos y circunstancias. Entre ellos, han alcanzado especial relevancia y desarrollo los sistemas de alerta y de defensa. El sistema que llamamos ansiedad, cumple estas funciones.

La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o que perder (Baeza, 2008).

Mecanismo de supervivencia

Muchas veces ansiedad y estrés se usan como sinónimos. En ambos casos se produce una reacción caracterizada por alta activación fisiológica. El estrés es un proceso más amplio de adaptación al medio. La ansiedad es una reacción emocional de alerta ante una amenaza.

El término estrés fue incorporado a la biología por W. Cannon en 1911 y a la psicología científica por el fisiólogo Hans Selye en 1936.

En 1929 W. Cannon se refirió a la ansiedad como Respuesta de lucha-huida, dado que se trata de una reacción primitiva y refleja que nos prepara para luchar o bien para huir del peligro (Baeza, 2008).

Cannon pensó que una función importante de la homeostasis era contrarrestar los efectos destructores causados por los estímulos nocivos, de tal manera que el equilibrio interior pudiera ser restaurado.

Cuando el equilibrio homeostático era perturbado o alterado más allá de los límites normales, Cannon infería que sus sujetos se hallaban en un “estado de tensión”, lo cual en otras palabras, significaba que la tensión es el resultado de una alteración de la homeostasis (Spielberger, 1979).

Neurobiología de la ansiedad

Hans Selye (1936), definió al estrés como una respuesta global, total y automática del ser humano ante las exigencias externas e internas que no se pueden armónicamente controlar, las cuales amenazan su equilibrio homeostático (Baeza, 2008).

Selye (1976) llamó estrés a “la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda”. Lo definió como una reacción física de alarma, la cual puede tomar varias formas: la reacción de lucha o huida, el síndrome general de adaptación, y el estrés asociado con eventos tanto positivos como negativos. Selye distinguió dos formas de estrés: una forma dañina de estrés, al que él llamó *distrés* y una forma benigna o estrés positivo a la que llamó *eustrés*. (Amutio, 1998).

Selye 1936 denominó, a la suma de las reacciones fisiológicas que resultan de la exposición a estímulos nocivos, como el "Síndrome General de Adaptación" (SGA). El SGA consta de tres etapas principales.

La primera es una "reacción de alarma", producida por la exposición repentina a una situación angustiosa.

Cuando la exposición al agente se prolonga, a la reacción de alarma sigue una "etapa de resistencia".

Los signos de la reacción de alarma disminuyen conforme el mecanismo homeostático intenta adaptarse a dicho agente. Pero esta "resistencia" emplea energía que puede ser necesaria para otras funciones vitales, por lo que existen ciertos límites para la capacidad de adaptación del organismo.

Finalmente, a la etapa de resistencia sigue la "etapa de agotamiento". En este momento pueden reaparecer los signos de la "reacción de alarma", pero si el uso o abuso de la adaptación al agente ha agotado por completo los recursos de defensa del organismo, la tensión continuada puede causar la muerte (Spielberger, 1979).

Interacción con el medio

Richard S. Lazarus, una autoridad en tensión psicológica, sugiere que se puede definir a la tensión, más sencillamente, como un tipo especial de interacción entre persona y su ambiente (Spielberger, 1979).

Lazarus y Folkman (1984) propusieron una noción en la cual el estrés no es considerado exclusivamente como un evento externo, del cual el sujeto es víctima; ellos definen el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y un entorno que es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (González, 2011).

Esta definición de Lazarus y Folkman se conoce como perspectiva transaccional del estrés, de acuerdo a esta, para que se produzca una respuesta de estrés debe haber condiciones tanto internas como externas y es la relación entre ellas lo que genera su aparición y características individuales. Esto explica por qué cada individuo puede responder de manera diferente ante un mismo estímulo y, según su historia, experiencias y características personales, tender a diferentes

interpretaciones y estilos de afrontamiento ante cada situación (Taboada, 1998, citado en González, 2011).

Según Holroyd y Lazarus (1982), la evaluación que hace el sujeto de las opciones que tiene para afrontar una determinada situación está influenciada por las experiencias previas en situaciones similares, las creencias generalizadas acerca de uno mismo y del ambiente, y la disponibilidad de recursos personales, como por ejemplo, habilidades de afrontamiento de solución de problemas. Además, también entran en juego factores ambientales como el dinero o el apoyo social (Amutio, 1998).

Parte importante de la definición transaccional es la evaluación que el sujeto realiza de la situación; en otras palabras, no solo hay sobreactivación biológica del organismo, sino que acontece una valoración cognitiva, por lo tanto, el estrés es un proceso que involucra características personales del individuo, la forma en que este evalúa las posibles amenazas o estresores y los recursos personales de que dispone para hacerles frente (Lazarus, 2000, citado en González, 2011).

1.3 Ansiedad no adaptativa o patológica

La ansiedad patológica se diferenciaría de la normal sólo por su intensidad y su anacronismo, pero no por la cualidad de la emoción en sí misma. Así, la ansiedad como síntoma representa un continuo desde la emoción normal hasta la ansiedad patológica, la cual supera los límites adaptativos y, siguiendo la ley de Yerkes-Dobson, afecta de forma negativa al rendimiento y al funcionamiento psicosocial (Vallejo, 2000).

Ya sabemos que cierta cantidad de ansiedad es deseable y necesaria para mejorar la eficacia en la resolución de problemas; sin embargo, a partir de cierto punto los aumentos de la ansiedad hacen caer drásticamente los rendimientos, y

se entra ya en el terreno de la patología (ley de Yerkes-Dodson, 1908, citado en Gándara, 1999).

Cía (2007) menciona que, la ansiedad puede transformarse en una respuesta patológica cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interviniendo negativamente en la vida laboral, social y familiar.

Biondi (1989), señala tres aspectos básicos para determinar cuándo la ansiedad se convierte en un problema.

- Si la ansiedad pasa de ser un episodio poco frecuente, de intensidad leve o media y duración limitada, a convertirse en episodios repetitivos, de intensidad alta y duración prologada.
- Si la ansiedad deja de ser una respuesta esperable y común a la de otras personas para unos tipos de situación en la que aparece.
- Si la ansiedad conlleva un grado de sufrimiento alto y duradero, en lugar de limitado y transitorio, e interfiere significativamente en diferentes áreas de la vida de la persona que la padece, causando molestias generalizadas que afectan a los hábitos básicos de la persona: ritmos de sueño, alimentación y nivel general de activación.

Siguiendo estos criterios debemos tener en cuenta que cuando estamos sometidos a un nivel de activación muy intenso y /o sostenido, los efectos beneficiosos producidos por los cambios fisiológicos se convierten en sensaciones físicas desagradables (Baeza, 2008).

1.4 Clasificación de los síntomas de ansiedad

Al abordar el tema de la ansiedad hay que decir que su sintomatología es muy variada y que en cada sujeto pueden aparecer síntomas relativamente distintos, aunque, eso sí, debe existir un núcleo básico común (Rojas, 1998).

Los grupos específicos de síntomas asociados a la ansiedad se corresponden con las funciones de sistemas y subsistemas primarios, igualmente específicos (cognitivo, afectivo, conductual y fisiológico), que están integrados en el sistema principal, es decir, en el psicobiológico o en el organismo total (Beck y cols., 2014).

Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación- al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, las palpitaciones y las náuseas-, frecuentemente constituyen los síntomas de la ansiedad (Spielberger, 1979).

Se agrega un síntoma más a los cuatro anteriores. Rojas, (1989), estos síntomas pueden reunirse en cinco grupos: físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y, por último, asertivos (se refiere a las habilidades sociales) (Rojas, 1998).

Síntomas físicos

Los síntomas fisiológicos reflejan la disposición de todo el organismo para la autoprotección. La rama simpática del sistema nervioso autónomo facilita una estrategia de afrontamiento activo. Los síntomas parasimpáticos, por el contrario, facilitan la estrategia del colapso, expresión definitiva de la noción de que estamos ante una persona desvalida sin estrategias activas para hacer frente a una amenaza (Beck y cols., 2014).

Están producidos por una serie de estructuras cerebrales intermedias donde residen o se asientan las bases neurofisiológicas de las emociones.

Dependerá que aparezcan unos síntomas y no otros de los factores que influyan en ello. Por una parte hay que hablar de *patrones de respuesta familiar*, lo que significa que hay familias con tendencia (hereditaria) a padecer trastornos digestivos, cardiovasculares o respiratorios. De tal modo, que cuando padecen fuertes tensiones emocionales, períodos de graves conflictos o estados de ansiedad más o menos crónicos, siempre se observan síntomas en un área específica (Rojas, 1998).

Podemos ver que los síntomas que aparecen más a menudo son:

SÍNTOMAS FÍSICOS DE LA ANSIEDAD

Taquicardia, palpitaciones (heart rancing)
Dilatación pupilar
Constricción de casi todos los vasos sanguíneos.
Temblores: en manos, pies y cuerpo en general.
Hipersudoración.
Boca seca.
Tics localizados.
Inquietud psicomotora.
Dificultad respiratoria (que puede llegar al soif d'air).
Tensión abdominal.
Polaquiuria (ir muchas veces a orinar).
Nauseas.
Vómitos.
Despeños diarreicos.
Opresión precordial.
Pellizco gástricos.
Sensación pseudovertiginosa (como si se fuera a caer).
Inestabilidad en la marcha.
Moverse continuamente de acá para allá (caminata sin rumbo).
Tocar algo con las manos continuamente,
Hiperactividad global.

- Si la activación neurofisiológica es excesiva, se añade:

Insomnio en la primera parte de la noche.

Pesadillas.

Ensueños angustiosos (peligros, muchos contenidos ilógicos, etc).

Sueño durante el día (a veces en forma de ataques de sueño).

Anorexia-bulimia (perder el apetito-comer constantemente).

Disminución de la necesidad sexual o aumento de la misma.

Nota: Rojas, E (1998). La ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. Madrid: Temas de hoy.

Síntomas psicológicos

Los síntomas psicológicos son muy importantes. En la ansiedad hay una impresión subjetiva de no estarse quieto. Todo parece que se precipita y se mueve alocadamente. Al mismo tiempo, hay una clara anticipación de lo peor. Todo es impresión futura (Rojas, 1998).

Los síntomas afectivos, que suelen ser los más llamativos en los trastornos de ansiedad, son los que han dado el nombre a este síntoma.

Las experiencias cualitativas de la ansiedad pueden diferir de una situación a otra, y también con el paso del tiempo. Los tipos de síntomas de ansiedad variarán según la naturaleza del problema. Si es inmediato y grave, la persona puede experimentar pánico. Si es crónico, será más probable que experimente desasosiego o “tensión” (Beck y cols., 2014).

La persona se siente aprensiva, tensa, molesta, atemorizada y nerviosa y – naturalmente- tiende a preocuparse por las circunstancias específicas que provocaron su estado de ansiedad (Spielberger, 1979).

Los síntomas psicológicos se captan a través del lenguaje verbal. La información que obtenemos va a depender directamente de la riqueza psicológica del paciente y de la capacidad de bucear y describir sus sentimientos (Rojas, 1998).

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD

Inquietud (to be upset: estar nervioso).

Desasosiego, desazón, agobio.

Vivencias de amenaza.

Experiencia de lucha o huida (fight or flight).

Temores difusos (free-floating anxiety).

Inseguridad.

Amplia gama de sentimientos tímicos (miedos diversos).

Sensación de vacío interior.

Presentimiento de a nada.

Temor a perder el control.

Temor a agredir.

Disolución y/o rotura del yo.

Disminución de la atención (hipoprosexia).

Melancolía (sadness), aflicción.

Pérdida de energía.

Sospechas e incertidumbres negativas vagas.

- Cuando la ansiedad es muy intensa:

Temor a la muerte.

Temor a la locura.

Temor a suicidarse.

Pensamientos mórbidos, perniciosos, retorcidos (morbid thoughts).

En términos subjetivos pero más empíricos:

Estado subjetivo emocional aversivo (repulsivo, hostil), relacionado con el presentimiento de un peligro más o menos inmediato y difuso, que se vive como anticipación de lo peor.

Nota: Rojas, E (1998). La ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. Madrid: Temas de hoy.

Síntomas de conducta

Los síntomas conductuales suelen reflejar o bien la hiperactividad del sistema conductual o su inhibición (Beck y cols., 2014).

Se llama conducta a todo aquello que se puede observar desde fuera en otra persona. No es necesario que la persona cuente lo que le pasa, sino que simplemente se registra al ver su comportamiento; y esto, tanto en el aspecto general como en el plano comunicativo (Rojas, 1998).

El comportamiento producido por el estado de ansiedad incluye inquietud, temblores, respiración difícil, expresiones faciales de miedo, tensión muscular (tics y sacudimientos), falta de energía y fatiga.

SÍNTOMAS DE CONDUCTA DE LA ANSIEDAD

Hipervigilancia
Estado de atención expectante
Dificultad para la acción
Inadecuación estímulo-respuesta
Disminución o ausencia de la eficacia operativa
Bloqueo afectivo/perplejidad, sorpresa, no saber qué hacer
Interrupción del normal funcionamiento psicológico
Dificultad para llevar a cabo tareas simples
Inquietud motora (agitación intermitente)
Trastorno del lenguaje no verbal (gestos, mímica)
Expresión facial congelada (asombro, extrañeza, duda, estupor)
Contracción de ángulo externo de los ojos
Expresión facial displacentera (rechazo –desagrado)
Cara con rasgos de excitación, descontrol, preocupación
Frente fruncida
Cejas descendidas
Mejillas, boca y mentón: rígidos, tensos, contraídos.
Bloqueo de los movimientos de la mano
Movimientos torpes e incoordinados de las manos y brazos
Tensión mandibular (trismo)
Posturas corporales cambiantes, alternativas
Gestos de interrogación y extrañeza
Voz cambiante y con altibajos en sus tonos

Nota: Rojas, E (1998). La ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. Madrid: Temas de hoy.

Síntomas intelectuales

Ello abarca todo lo que es el conocimiento. Ahí quedan comprendidos la sensación, la percepción, la memoria, el pensamiento, las ideas, los juicios, los raciocinios, el aprendizaje, etc. En la psiquiatría académica se utiliza el término de síntomas cognitivos (Rojas, 1998).

Parece claro que muchos de estos síntomas son versiones intensificadas de funciones normales. Hay también otros síntomas que denotan una erosión del control voluntario de procesos normalmente bajo dicho control (pérdida de objetividad y de capacidad de evaluación) (Beck y cols., 2014).

En un nivel intelectual (cognitivo) la ansiedad se experimenta esencialmente en la manera de elaborar las ideas y los recuerdos. De ahí que podamos definirla como *aquel estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación y procesamiento de la información* (Rojas, 1998).

Los síntomas sensorio-perceptuales parecen un subproducto de la interferencia con la función cognitiva normal, posiblemente el resultado de un esfuerzo (véase Beck, 1984a). Las dificultades para pensar pueden deberse a toda una variedad de factores. Los problemas conceptuales están relacionados con la “usurpación” de los procesos cognitivos por parte del modo primario y reflejan preocupación por la sensación de vulnerabilidad y peligro (Beck y cols., 2014).

Los errores o deficiencias más frecuentes son los siguientes:

- 1) Adelantar conclusiones negativas.
- 2) Tener un pensamiento radical.
- 3) Generalizaciones negativas continuas: en psicología moderna se denomina *generalización excesiva*.
- 4) Centrarse en detalles selectivos nocivos.

SÍNTOMAS INTELECTUALES (Cognitivos)

Errores en el procesamiento de la información.
Expectativas negativas generalizadas.
Falsas interpretaciones de la realidad personal
Pensamientos preocupantes (cargado de temores)
Falsos esquemas en la fabricación de ideas, juicios y razonamientos.
Pensamientos distorsionados (sin lógica, con predominio de emociones de matiz negativo).
Patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder (pensamientos irreflexivos- impulsivo).
Tendencia a sentirse afectado negativamente (personalización ansiosa).
Pensamientos absolutistas.
Centrarse en detalles pequeños desfavorables y sacarlos fuera de contexto, Ignorando lo positivo.
Dificultad para concentrarse.
Tendencia a que grupos de pensamientos nocivos se abran paso en la cabeza del sujeto ansioso.
Generalizaciones improcedentes de hechos personales.
Tendencia a la duda.
Respuesta displacentes generalizadas que están presididas por un estado de alarma.
Problemas de memoria.
Olvido permanente de los aspectos gratificantes de la biografía.
Continuos juicios de valor.

Nota: Rojas, E (1998). La ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. Madrid: Temas de hoy.

Síntomas asertivos (o trastornos en las habilidades sociales)

Asertividad es aquella conducta que hace y dice lo que es más adecuado a cada situación, sin inhibiciones ni agresiones inadecuadas.

Reúne tres características:

- 1) Se trata de algo relacionado con la personalidad.
- 2) Conjunto de técnicas de comportamiento orientadas a una mejoría de las propias relaciones sociales. En una palabra, asertividad= habilidad social.
Dicho esto en términos más explícitos:
 - Expresión de emociones positivas y negativas según la circunstancia.
 - Defensa de los derechos más legítimos.
 - Saber pedir favores.
 - Negativa a acceder a peticiones no razonables.
 - Aprender a decir que no (pero con la sonrisa en los labios).
 - Comportamiento personal y social adecuado a cada momento.
- 3) Poder expresar ideas, juicios y sentimientos tanto de signo positivo como negativo frente a cualquier persona, situación o circunstancia (Rojas, 1998).

SÍNTOMAS ASERTIVOS DE LA ANSIEDAD

No saber que decir ante ciertas personas.

No saber iniciar una conversación.

Dificultad para presentarse uno a sí mismo.

Dificultad o imposibilidad para decir que no o mostrar desacuerdo en algo.

Graves dificultades para hablar de temas generales o intrascendentes.

Hablar siempre en lenguajes demasiado categóricos y extremistas

Dar una respuesta por otra al hablar en público.

Bloquearse al hacer preguntas o al tener que responder.

Adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva (bloqueo generalizado).

Adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva (bloqueo generalizado).
No saber llevar una conversación de forma correcta.
No saber terminar una conversación difícil.
Pocas habilidades prácticas en la conversación con más de dos personas.
No saber aceptar una broma o una ocurrencia divertida
Escaso entrenamiento para estar relajado en grupo.

Nota: Rojas, E (1998). La ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. Madrid: Temas de hoy.

Los síntomas de un trastorno de ansiedad son una respuesta anacrónica e inapropiada basada, en primer lugar, en una estimación excesiva del grado de peligro en una situación dada y, en segundo lugar, en una infravaloración de la capacidad por parte de la persona para actuar adecuadamente (Beck y cols., 2014).

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos - cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros (Baeza, 2008).

1.5 Etiología

La etiología de las enfermedades es a menudo compleja y poco conocida. En el estudio de los problemas de ansiedad se considera que la enfermedad es el producto de la interrelación entre factores de diversa índole. Siguiendo el llamado modelo *biopsicosocial*. En los problemas de ansiedad están implicados factores **biológicos** (genéticos, fisiológicos, bioquímicos, etc), **psicológicos**

(procesamiento de la información, aprendizaje, personalidad, estrategias de afrontamiento, etc.), **y sociales** (influencias del grupo, cultura, etc.) (Baeza, 2008).

Se considera que los tres sistemas están estrechamente interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos implica cambios en el resto. Los problemas de ansiedad se producen por una combinación de algunos de estos factores durante un periodo de tiempo.

El papel y el peso de cada uno de estos factores dependerán de cada persona y de cada trastorno de ansiedad.

FACTORES BIOLÓGICOS (genéticos, fisiológicos, bioquímicos)

Factores genéticos implicados en los problemas de ansiedad

La carga genética, modulada por las interacciones con el medio, es evidente que va a ser la que determine la patología que un individuo pueda padecer a lo largo de su vida (Vallejo, 2000).

Los estudios que se han realizado hasta la fecha sobre los trastornos de ansiedad han subrayado el importante papel de los factores biológicos en la génesis de este tipo de problemas (Baeza, 2008).

Sistemas de neurotransmisión implicados en los problemas de ansiedad

Los estudios realizados hasta la fecha consideran que en los trastornos de ansiedad podrían verse implicados algunos neurotransmisores: el sistema noradrenérgico (el neurotransmisor es la noradrenalina), el sistema serotoninérgico

(el neurotransmisor es la serotonina) y el sistema gabaérgico (GABA) (Baeza, 2008).

Se ha hecho suponer una implicación del sistema noradrenérgico en la génesis de la ansiedad. La implicación del neurotransmisor serotonina en la génesis de los trastornos ansiosos, aunque evidente es compleja. Las benzodiazepinas aliviarían la ansiedad colaborando con el GABA. El papel del complejo GABA-BZD en los trastornos de ansiedad debe verse en el contexto de su interrelación con otro sistema de transmisión, en especial con la serotonina (Vallejo, 2000).

Sistemas hormonales implicados en los problemas de ansiedad

El sistema endocrino controla muchas de las funciones del organismo a través de unas sustancias químicas llamadas hormonas. Nos centraremos básicamente en aquellos que se han visto más implicados en la ansiedad y sus trastornos (Baeza, 2008).

Su cometido es producir hormonas que modifican la función de los órganos internos en respuesta a los estímulos ambientales. Cuando una situación se percibe como estresante, el cerebro reacciona inmediatamente estimulando la médula suprarrenal para que segregue las catecolaminas adrenalina y noradrenalina. La función de estos neurotransmisores es preparar a los órganos para la acción. Liberando también el cortisol, que ayuda a mantener el aporte de energía a los músculos. No obstante, los niveles altos de cortisol, como, por ejemplo, los provocados por el estrés prolongado o algunos fármacos, se asocian con la inmunodepresión (Payne, 2009).

El Eje: hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS) se halla involucrado en el estrés y la ansiedad (Potts y cols., 1991, citado en Vallejo, 2000).

Eje HPT: eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo. Este eje regula la producción de las hormonas tiroideas por parte de la glándula tiroides. Las dos hormonas tiroideas más importantes son la tiroxina (T4) y la triyodotironina (T3) y son esenciales para la función de cualquier célula del organismo. Regulan el crecimiento y la tasa metabólica del cuerpo.

Se han descrito dos enfermedades que cursan con un déficit o un exceso en los niveles de estas hormonas: el hipotiroidismo y el hipertiroidismo. Estas enfermedades pueden estar implicadas en problemas del estado de ánimo y ansiedad. De hecho, alrededor de un 20-30% de los pacientes con trastornos afectivos y de ansiedad tienen alteraciones en este eje (Baeza, 2008).

FACTORES PSICOLÓGICOS

Personalidad

La dificultad en responder a la pregunta clave sobre si la personalidad precede al trastorno o es una consecuencia de la enfermedad y, en el primero de los casos, si se trata de un factor predisponente, facilitador, o incluso de una forma larvada del propio trastorno (Vallejo, 2000).

La personalidad es el patrón de pensamientos, sentimientos y conductas que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida a través de diferentes situaciones. Los rasgos son los atributos o características de la personalidad. Cada uno de los rasgos que conforman la personalidad se representa a lo largo de un *continuum*, de modo que las personas nos diferenciamos unas de otras en el grado en que presentamos más o menos cada rasgo. La parte *innata* de la personalidad se llama *temperamento*. Podríamos decir que el temperamento sería el sustrato biológico-genético de nuestra forma de ser (Baeza, 2008).

Rasgos de personalidad y trastornos de ansiedad

Cabe distinguir entre ansiedad rasgo y ansiedad estado.

Los estados de ansiedad son reacciones emocionales caracterizadas por sensaciones subjetivas y conscientes de inquietud, aprensión, nerviosismo y preocupación. La ansiedad peculiar (rasgo) se refiere a las diferencias individuales en la propensión a la ansiedad - es decir, en la tendencia a ver el mundo como algo amenazador y peligroso, así como en la frecuencia con que se experimentan los estados de ansiedad (Spielberger, 1979).

Según muchos autores, la ansiedad rasgo es la características de personalidad que subyace a muchos trastornos de ansiedad (Baeza, 2008).

Los trastornos de ansiedad también tienen en común otro rasgo de personalidad: la evitación al daño. Las personas con un nivel alto de inhibición conductual o evitación del daño suelen evitar y mostrarse inhibidos ante estímulos novedosos o no familiares, suelen reaccionar con retraimiento (no se acercan al estímulo desconocido, se alejan de él) (Baeza, 2008).

Aprendizaje

El aprendizaje se define como el cambio producido en el comportamiento a consecuencia de la experiencia. Es el proceso que permite al individuo adaptarse al medio en el que vive. En algunas ocasiones, los comportamientos no resultan ser adaptativos, interfiriendo de forma importante en nuestro funcionamiento en diferentes ámbitos. En este sentido, parte de los problemas relacionados con la ansiedad tienen que ver con un mal aprendizaje. En otras ocasiones, la falta de aprendizaje también puede estar implicada en la aparición de un problema de ansiedad (Baeza, 2008).

Algunas teorías psicológicas consideran que el aprendizaje es una respuesta del organismo a una estimulación provocada por los elementos externos al individuo. El hombre aprende asociaciones o conexiones entre estímulo y respuesta. Desde este enfoque, se distinguen dos mecanismos de aprendizaje implicados en la aparición de los problemas de ansiedad: **el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante o instrumental.**

Por otro lado, gran parte de las conductas aprendidas por el individuo se explican por la observación del comportamiento de los demás. En este caso, el mecanismo implicado se llama **aprendizaje vicario u observacional.**

FACTORES SOCIALES

Las situaciones traumáticas o acontecimientos vitales (accidentes, lesiones, incendios, inundaciones, separaciones, muertes, etc.) pueden precipitar la aparición de un trastorno de ansiedad (Baeza, 2008).

No sólo los acontecimientos vitales y las situaciones traumáticas pueden preceder la aparición de un trastorno de ansiedad, también los estresores que forman parte de nuestra vida cotidiana (disputas, problemas de trabajo, de pareja, estar en paro, etc) pueden desencadenar estos problemas.

Lo que realmente determina el grado en que un acontecimientos puede afectar o no nuestra salud mental es la valoración subjetiva que realiza el sujeto de dicha situación (Barrio, 2002, citado en Baeza, 2008).

La carencia de apoyo social se ha considerado uno de los factores de riesgo más potentes de problemas de salud, psicológicos y sociales. La presencia de apoyo social puede aumentar nuestra autoestima y sentimientos de competencia y la sensación de control de la situación (Cohen y Syme, 1985, citado en Baeza, 2008).

1.6 Sistemas de Clasificación

Sistema de Clasificación de la Ansiedad DSM IV

Las categorías de la ansiedad propuestas en los sistemas de clasificación (DSM-V, CIE-10) derivan de las primeras taxonomías clásicas de las neurosis.

En 1968, el DSM-II (American Psychiatric Association, APA) incluyó más categorías neuróticas en la clasificación (Vallejo, 2000).

La tercera edición de esta clasificación, que data de 1980, rompió radicalmente con sus predecesoras, se abandonó definitivamente el término de *neurosis*, de forma que las distintas neurosis que se consideraban hasta entonces se transformaron en diversos síndromes o trastornos que fueron a parar bajo diferentes epígrafes, aparentemente agrupados según consideraciones puramente descriptivas y absolutamente ateóricas.

La mayoría de cambios en el DSM III R (APA, 1987) se centraron en mejorar los criterios diagnósticos de cada trastorno, ampliar los datos sobre validez y ampliar la subtipificación de cada trastorno, así como eliminar buena parte de la jerarquía diagnóstica (Vallejo, 2000).

La cuarta edición del DSM (APA, 1994) ha significado algunos cambios, sobre todo a nivel de criterios diagnósticos, aunque la estructura y filosofía general son equivalentes a las del DSM-III-R (Vallejo, 2000).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V, clasifica de la siguiente manera:

- Trastorno por ansiedad de separación.
- Trastorno por mutismo selectivo.
- Trastorno Pánico.
- Agorafobia.
- Fobia específica.
- Trastorno Ansiedad social.

- Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Trastorno Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.
- Trastorno Ansiedad atribuible a otras condiciones médicas.
- Trastornos de ansiedad no especificado.

Los trastornos Obsesivos Compulsivos y trastornos por estrés agudo y trastorno post traumático, ya no están en el capítulo de los trastornos de ansiedad (como en el DSM – IV y TR). Estos han pasado a ser categorías independientes (junto a trastornos disociativos y trastornos afines por síntomas somáticos). En esta nueva versión, hay una unificación dimensiona en un solo capítulo (a través del desarrollo) de todos los trastornos ansiosos primarios, por lo que los trastornos infantiles, trastornos de ansiedad de separación y mutismo selectivo, anteriormente incorporados en el capítulo, “otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia” son hoy parte de este capítulo.

Sistema de Clasificación de la Ansiedad CIE 10

La International Classification of Diseases (CIE) de la WHO (World Health Organization, 1994), es una clasificación que surgió de la necesidad de hacer estadísticas de mortalidad, y sólo incluyó a la psiquiatría cuando empezó a interesar también la morbilidad. En el capítulo 5º está dedicado a psiquiatría, con el código F, que incluye los trastornos neuróticos (Vallejo, 2000).

Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10) clasifica de la siguiente manera:

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- Trastornos de ansiedad fóbica.
- Agorafobia.
- Fobias sociales.

- Fobias específicas (aisladas).
- Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación.

Otros trastornos de ansiedad.

- Trastornos de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno mixto ansiosos – depresivo.
- Otro trastorno mixto de ansiedad.
- Otros trastornos de ansiedad especificados.
- Trastornos de ansiedad sin especificación.

Capítulo II

TRATAMIENTOS DE LA ANSIEDAD

2 Tratamientos

Dada la naturaleza de la ansiedad patológica y sus relaciones con la adaptación a la vida, el tratamiento debe buscar como objetivo nuclear la ansiólisis, paso esencial para poder abordar otros objetivos más complejos, como la modificación de conductas patológicas, la reestructuración de la personalidad o la promoción de hábitos de vida más higiénicos y saludables (Gándara, 1999).

El primer paso para un correcto abordaje de la ansiedad patológica es una valoración de su intensidad, de sus características diagnósticas, de su grado de interferencia y de la personalidad del individuo que la padece.

Los objetivos generales del tratamiento deben perseguir:

- Recuperar el nivel habitual de funcionamiento adaptativo.
- Mejorar la autoimagen y las relaciones.
- Favorecer la utilización correcta de los mecanismos de adaptación o de defensa propios del individuo, desbloquear aquellos que no use por estar interferidos y aprender otros nuevos más adaptativos o útiles.
- Posibilitar que el sujeto se enfrente a las fuentes de la ansiedad, conflicto o estrés con seguridad y dominio.
- Limitar o anular la sintomatología de la ansiedad incapacitante, tanto la psíquica como la somática, aclarando especialmente el origen y características de esta última.

Para lograr estos objetivos se precisa de la utilización de todos los recursos disponibles, que son esencialmente de tres tipos: psicoterapias, fármacos y otras medidas de abordaje de las causas concretas de la ansiedad (Gándara, 1999).

2.1 Terapias

Se entiende por tales todas las actuaciones médico - psicológicas dirigidas a un fin específico y no cualquier intervención en la que se manejan variables psicológicas o personales (Gándara, 1999).

Se abordarán los tipos más importantes de psicoterapia aplicables a los problemas de ansiedad.

Terapia Psicodinámica

Dirigidas al autoconocimiento del individuo y al análisis de los mecanismos de actuación, defensa y adaptación que utiliza. En general se trata de técnicas derivadas del psicoanálisis (Gándara, 1999).

Modelo psicodinámico de ansiedad de Freud y Bowlby

En 1926, Freud reformuló su teoría desde un punto de vista más psicológico, considerando la ansiedad como una reacción mental a la anticipación del peligro. Distinguió la ansiedad del miedo, ya que este está fundamentado en peligros reales, mientras que la ansiedad se basa en fantasías inconscientes sobre los peligros imaginarios de la infancia (Vallejo, 2000).

Los teóricos sociales neofreudianos consideran que es la madre quien transmite la ansiedad, ya que se trata de una respuesta aprendida y no de la expresión de un instinto.

Bowlby (1969) elaboró la hipótesis de Freud respecto a que en la base del miedo hay la pérdida del objeto o ansiedad por separación (Vallejo, 2000).

Shear y cols. (1993) consideran que la sensibilidad al abandono y el exceso de control pueden afectar la relación terapéutica. El paciente adquirirá mejor la sensación de seguridad si la actitud del terapeuta se caracteriza por la combinación de confianza y tranquilidad con la clara delegación de control al paciente. El objetivo del tratamiento debe ser el desarrollar un sentido de control interno y externo, ayudar al paciente a desarrollar expectativas y metas personales realistas, así como reforzar las conductas asertivas. Conocer y mejorar la sensibilidad psicológica a ser abandonado o controlado mejora las relaciones personales y disminuye la vulnerabilidad a la angustia, miedo y la culpabilidad (Vallejo, 2000).

Terapia de Conducta

La fuerza del paradigma conductual se fundamenta en la conceptualización del problema, relacionando los principios y niveles del funcionamiento humano mediante un modo organizado de acuerdos (biológicos, sobre el condicionamiento, el lenguaje-cognición y la personalidad), para explicar la etiología y el tratamiento de las disfunciones psicológicas. (Eifert, 1990, citado en Vallejo, 2000).

Considera que el comportamiento está condicionado por los sucesos del entorno. Se entiende que dichos sucesos llevan al individuo a actuar de formas previsibles. Tiene que ver con las acciones perceptibles.

En el caso del condicionamiento clásico, la conducta está determinada por las asociaciones; por ejemplo, el perro de Pavlov aprendió a salivar al oír el sonido de una campana porque aquél estaba vinculado al olor de la comida. En el caso del condicionamiento operante, la conducta está determinada por un sistema de refuerzos (Skinner, 1938, citado en Payne 2009).

Desde que estas teorías fueron postuladas por primera vez, la teoría conductual se ha desarrollado en sentidos que se alejan de sus modelos reduccionistas

originarios. Sin embargo, su principio fundamental sigue siendo que la conducta perceptible es más digna de estudio que los comportamientos que sólo se pueden inferir, es decir, los procesos mentales.

Según el modelo “de los 2 factores”, propuesto por Mowrer en 1974, la ansiedad se condiciona de forma clásica, mientras que la conducta de huida o evitación fóbica sigue el paradigma instrumental u operante (Vallejo, 2000).

Dichas terapias están dirigidas a lograr cambios en comportamientos anormales o no adaptativos para evitar la aparición de ansiedad y el control en determinadas situaciones, de modo que el paciente pueda enfrentarse a los problemas y resolverlos con más eficacia y menos sufrimientos.

El elemento esencial en todas ellas es la <<aproximación>> del individuo a las <<situaciones - estímulos>> causantes del problema, es decir, oponerse a la <<evitación>> como mecanismo desadaptativo que no resuelve y a la larga complica los problemas (Gándara, 1999).

El objetivo de la terapia de conducta es ayudar al paciente a adquirir un nuevo comportamiento que repercuta de forma positiva en sus estructuras cognitivas y emocionales. Lejos de provocar una sustitución de síntomas, la terapia de conducta extiende sus efectos hasta llegar a ciertos rasgos de personalidad, considerados como estables e inmodificables (Vallejo, 2000).

El terapeuta conductista, guía, dirige, ayuda e incluso anima al paciente a ser más asertivo y a tratar sus miedos directamente.

De las cuales se derivan las siguientes:

- 1) Desensibilización sistemática imaginada.
- 2) Implosión.
- 3) Exposición o Desensibilización sistemática *in vivo*.
- 4) Práctica programada.
- 5) Inundación.
- 6) Entrenamiento asertivo y en habilidades sociales.

Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva está fundamentada en la idea del papel causal de los pensamientos y creencias sobre las emociones y conductas (Foa, 1985, citado en Vallejo, 2000).

Nuestras interpretaciones, percepciones, suposiciones y conclusiones dan lugar a sentimientos particulares, que a su vez gobiernan nuestro comportamiento. Esto significa que nuestra experiencia del estrés y la ansiedad está relacionada con nuestro modo de interpretar los acontecimientos de nuestra vida. Por ejemplo, nuestra forma de valorar las situaciones puede hacer que nos parezcan innecesariamente amenazantes (Lazarus y Folkman, 1984, citado en Payne, 2009).

La terapia cognitiva intenta modificar los pensamientos automáticos, sistemas de creencias e ideas irracionales.

La distorsión de la realidad caracteriza los estados de ansiedad. En la estructura mental del sujeto afectado de un trastorno de ansiedad podemos identificar los siguientes fenómenos psíquicos: la ansiedad anticipatoria y la sensibilidad a la ansiedad.

Las aproximaciones cognitivas más utilizadas son: entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum, 1987), terapia racional emotiva (Ellis, 1958), terapia cognitiva de Beck (1976) e intención paradójica (Ascher, 1981; citado en Vallejo, 2000).

Ellis (1962, 1976), psicoterapeuta, atribuye buena parte de la ansiedad a las reacciones irracionales de los individuos.

El tratamiento consiste en identificar las creencias irracionales, ponerlas a prueba y considerar alternativas más racionales (Payne, 2009).

Beck (1984), psiquiatra contemporáneo, también considera que la ansiedad (y la depresión) tienen su raíz en las distorsiones cognitivas. Para Beck, la angustia

está provocada por patrones de pensamiento erróneos que hacen que el individuo tenga una visión distorsionada de los acontecimientos (Payne, 2009).

Algunos patrones de pensamiento podrían tener que volverse más positivos y menos negativos, pero el objetivo principal es ayudar al individuo a adoptar una visión más realista de sí mismo, el mundo que le rodea y su futuro (Beck, 1976, citado en Payne, 2009).

Tales planteamientos pertenecen al área de la reestructuración cognitiva, que no es otra cosa que combatir los << patrones de pensamiento contraproducentes reordenando las percepciones, valores y actitudes del paciente>> (Lichstein, 1988, citado en Payne, 2009).

Los métodos cognitivos incluyen la mayoría de planteamientos relacionados con la mente. Así, el diálogo interno y la desviación de la atención son técnicas cognitivas, al igual que otras que aspiran a reestructurar los pensamientos.

Terapia combinada cognitivo – conductual

La creencia de que el conductismo como teoría general era incompleto llevó a la integración formal de los principios cognitivos y conductistas (Reber y Reber, 2001 citado en Payne, 2009).

Meichenbaum y Cameron (1974) fueron dos de los primeros postulantes de esta integración. Su objetivo era promover el cambio conductual por medio de la reestructuración de los pensamientos conscientes, entretejiendo éstos con el planteamiento conductista. La conducta se consideraba determinada en buena parte por el diálogo interno que tiene lugar en la mente de una persona y por medio del cual interpretamos el mundo (Payne, 2009).

En esa publicación y en otras posteriores (Meichenbaum y Cameron, 1983), se planificaron 3 etapas:

La primera etapa era educativa y aspiraba al desarrollo de la conciencia de los propios pensamientos, sentimientos, sensaciones y comportamientos; en otras palabras el individuo identificaba su diálogo interno.

En la segunda etapa, el individuo reestructuraba ese diálogo interno, convirtiendo las reacciones negativas en positivas, al mismo tiempo que practicaba otras habilidades de afrontamiento como la resolución de problemas, la relajación, la asertividad y la distracción.

En la tercera etapa, las nuevas reacciones y habilidades adquiridas se aplicaban a sucesos mediante el ensayo mental, los juegos de roles y la exposición gradual (Payne, 2009).

La reestructuración cognitiva aumenta las expectativas de auto eficacia y desde una perspectiva motivacional, facilita la exposición del paciente a los estímulos ansiógenos (Galletero, 1989, citado en Vallejo, 2000).

2.2 Psicofármacos

Los fármacos ansiolíticos son muy útiles y utilizados, que comportan claros beneficios con escaso riesgo y que son válidos no sólo para aliviar la ansiedad y sus síntomas, sino para mejorar la capacidad de adaptación y resolución de problemas.

Ansiolíticos

En la actualidad se dispone de fármacos suficientemente fiables para aliviar, controlar o resolver los problemas de ansiedad que se agrupan bajo la denominación de <<ansiolíticos>> en general, con referencia especial al grupo de la BZD (benzodiazepinas) (Gándara, 1999).

Todas las BZD, los betabloqueantes, los antidepresivos y la buspirona, representan alternativas válidas, fiables y seguras en casos de ansiedad patológica.

Las BZD han probado eficacia en el tratamiento de síntomas de ansiedad e insomnio y en otras indicaciones como el síndrome de abstinencia alcohólica, crisis epilépticas y como coadyuvantes en el tratamiento de espasmos musculares y en anestesia.

Si bien actualmente han surgido alternativas aparentemente más eficaces para el tratamiento crónico de los trastornos primarios de ansiedad, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), así como otras terapias no farmacológicas (particularmente de tipo cognitivo-conductual), las BZD siguen siendo ampliamente utilizadas en la práctica clínica (Danza, y cols., 2014).

Las BZD son los fármacos más eficaces y usados en el control de la ansiedad tanto si es un síntoma aislado como si es un síndrome específico o asociado a otros trastornos mentales o somáticos.

Actúa sobre el sistema nervioso central, en conexión con el sistema límbico y los mecanismos de regulación de las emociones, y su administración alivia la ansiedad logrando una mejoría de los síntomas subjetivos y objetivos. De esta manera contribuyen a una elevación de los rendimientos, así como a una mejoría de la autoestima del paciente, todo lo cual repercute además en las relaciones interpersonales, laborales y sociales del sujeto.

Todas las BZD tiene algunos **efectos comunes**, relacionados con sus acciones farmacodinámicas (los efectos que producen sobre quien las toma) semejantes, si bien muestran algunas diferencias en razón de sus diversas fármaco cinéticas (su metabolización una vez tomadas). Concretamente tienen los siguientes efectos:

- Ansiolítico específico: con algunas diferencias entre ellas en cuanto a la potencia o tipo de ansiólisis.

- Miorrelajante: son útiles para lograr una relajación muscular en casos de molestias derivadas de la tensión muscular anormal.
- Anticonvulsivo: es decir, bloqueo de las convulsiones o crisis epilépticas (particularmente algunas, como el diazepam, el clonazepam o el clobazam).
- Hipnótico: son inductoras de sueño.
- Antiagresivo: disminuyen la impulsividad y la agresividad.
- Inhibidor de la respuesta de evitación: como la que se desencadena en las fobias, relacionada con el miedo a las consecuencias de las situaciones, objetos, etc.
- Bloqueante de los procesos de memoria: aunque sólo en escasa medida y en dosis muy alta, por lo que se han usado como preanestésicos.

Existen también los **efectos adversos** más importantes de las BZD que son:

- Somnolencia, o sedación.
- Sensación de mareo (a veces sensación de inestabilidad).
- Cefaleas matutinas (muy raramente).
- Sequedad de boca.
- Estreñimiento o diarrea.
- Muy raramente reacciones paradójicas, como excitación, agitación, irritabilidad.
- Disminución de la libido (excepto cuando la ansiedad es la que bloquea la actividad sexual, pues en ese caso la mejora).
- Amnesia ocasional (mejor dicho, hipomnesia o dificultad para memorizar algunas cosas, sobre todo en ancianos).
- Ataxia (inestabilidad en la marcha).
- Disminución de los reflejos (sobre todo en ancianos).

A la hora de provocar estos efectos desempeña un papel importante la dosificación y la susceptibilidad individual, aunque en general aquellos son leves, bien tolerados y transitorios (Gándara, 1999).

Aunque también las Benzodiazepinas pueden provocar tolerancia y dependencia. La tolerancia y la dependencia física no son constantes y se manifiestan a través de síndromes de discontinuación tras la supresión del tratamiento; en cambio, la dependencia psíquica es más probable en pacientes con abuso de sustancias, lo que constituye una población de riesgo para su administración.

Los síndromes de discontinuación pueden ser por rebote, recurrencia y abstinencia. Su aparición es más probable con BZD de vida media más corta, de mayor potencia, cuando se las usa a mayores dosis, durante tratamientos más prolongados y luego de la suspensión brusca (Danza y cols., 2014).

2.3 Técnicas psicológicas

Técnicas de relajación

Muchas de las anteriores terapias incluyen como instrumento adicional las <<técnicas de relajación>> en sus diversas formas, para lograr una disminución de la ansiedad psíquica y de la tensión muscular asociada.

Se pueden utilizar tanto solas como asociadas a las técnicas de modificación de conducta, de tal manera que apoyen y refuercen los progresos que se vayan logrando en la terapia y permitan al sujeto enfrentarse a ellos con más seguridad (Gándara, 1999).

La relajación puede considerarse como un estado de seguridad y plenitud carente de expectativa. La inducción periódica de este estado rompe el círculo vicioso mantenedor de la angustia, permitiendo una reorganización psíquica y una mejor adaptación al medio (Galletero, 1989, citado en Vallejo, 2000).

Según Amador (1989), La palabra “relajación” es etimológicamente de origen latino y viene del verbo Relaxo-are, que significa aflojar, soltar, liberar; descansar (Amutio, 1998).

Uso de las técnicas de relajación

Se engloban bajo el epígrafe de técnicas de relajación aquellos procedimientos cuyo objetivo es enseñar a las personas a controlar sus propios niveles de activación.

Las técnicas de relajación y respiración suponen una importante alternativa preventiva y terapéutica, pues permite a los individuos controlar sus propios niveles de activación generando una respuesta incompatible con la ansiedad que se caracteriza por un patrón reducido de actividad somática y autónoma y cambios cognitivos que implican sensaciones de tranquilidad, confort y sosiego.

Las técnicas de relajación no pretenden eliminar totalmente la tensión, sino rebajarla, suprimiendo la cantidad de estrés que puede interferir con el buen funcionamiento del individuo (Vazquez, 2001).

Existen algunos aspectos generales en relajación que se aplican a todos los métodos, de los cuales se mencionarán algunos a continuación:

- El entorno; la mayoría de los autores aconsejan que el entorno sea un lugar tranquilo, cálido y donde no se prevean interrupciones.
- Presentación del método, desarrollo y finalización.
- Puesta en común: al final de la sesión de relajación viene la puesta en común. Se debe reservar mucho tiempo a la puesta en común para dar a los participantes la oportunidad de expresar sus reacciones y contar sus experiencias.
- Practica en casa: en todos los métodos de relajación se hace hincapié en la práctica en casa porque ayuda a perfeccionar las habilidades que enseña la técnica. Dichas habilidades son importantes porque los patrones de conducta relacionados con el estrés, tienden a resistirse al cambio. Por tanto, la experiencia en el uso de la técnica aumenta su eficiencia (Payne, 2009).

El esfuerzo entre terapeuta y cliente para el aprendizaje de la técnica se ve facilitado si el entrenamiento se lleva a cabo en ambientes tranquilos y relajados, con bajo nivel de ruidos y luz (Vazquez, 2001).

De los muchos métodos de relajación que existen en la actualidad, los más empleados son: la relajación progresiva de Jacobson, técnicas de control de respiración, el entrenamiento autógeno de Schultz, la meditación trascendental y el yoga (Vallejo, 2000).

A continuación se describirán los orígenes, características principales y ejercicios de los métodos antes mencionados.

Tipos de técnicas de relajación

- **Relajación progresiva**

Según Jacobson (1938) la ansiedad y la relajación son 2 fenómenos exclusivos e interdependientes. La ansiedad va acompañada de tensión muscular y a la inversa, cuando los músculos están distendidos, la ansiedad no aparece (Vallejo, 2000).

El método de Jacobson se basa en la percepción mental del estado de contracción y distensión muscular y en el control mental de la actividad muscular para llegar a percibir la ausencia de tensión.

Edmund Jacobson (1930) sienta las bases de los planteamientos de tensión-distensión y de relajación muscular pasiva (Payne, 2009).

El impulso definitivo, en la utilización de la Relajación Progresiva tendría lugar a finales de los años cincuenta, cuando Wolpe adoptó este procedimiento como un componente clave de la desensibilización sistemática. Wolpe encontró en la relajación, como opuesto fisiológico a la tensión. No obstante, el método

desarrollado por Jacobson era demasiado laborioso y largo como para poder ser aplicado en la desensibilización sistemática, lo que llevó a Wolpe a introducir algunas modificaciones en el programa de entrenamiento. (Vazquez, 2001).

A esa modificación le han seguido innumerables versiones, entre ellas la de Bernstein y Borkovec (1973), una de las más conocidas. Su método denominado “entrenamiento de la relajación progresiva” por sus autores, consiste en aprender a relajar grupos específicos de músculo al mismo tiempo que se presta atención a las sensaciones relacionadas con los estados de tensión y de relajación. (Payne, 2009).

En el planteamiento de Bernstein y Borkovec, el entrenamiento se rige por un procedimiento fijo:

- Se presenta la base teórica al alumno, y después se describen los 16 músculos y se hace una demostración
- Para el procedimiento en sí el alumno se sienta en una tumbona. Si no es posible, el alumno puede sentarse en una silla con brazos y un buen respaldo un poco inclinado.
- El procedimiento empieza pidiendo al alumno que concentre su atención en un determinado grupo muscular.
- Una señal, indica el momento en que se debe tensar el grupo muscular.
- La contracción se lleva a cabo de una vez, no gradualmente.
- Se mantiene la tensión durante 5-7 seg, en ese tiempo el instructor indica al alumno que se concentre en las sensaciones que experimenta a causa de la contracción muscular.
- Cuando se indique por medio de una palabra, el grupo muscular se relaja de nuevo (también de una sola vez).
- Mientras se relaja el grupo muscular, se le pide al alumno que se fije en las sensaciones que acompañan a la relajación, y se le sigue hablando para sugestionar indirectamente la relajación.

- Se continúa de la misma manera durante el período de relajación, que es de 30-40 seg.
- Los 16 grupos musculares se trabajan en la primera sesión.

Existen diversas variaciones de la relajación de los 16 músculos, siendo estas de procedimiento inicial con 16 músculos, procedimiento intermedio con 7 grupos musculares, procedimiento avanzado con cuatro, relajación por evocación, relajación por evocación y recuerdo o relajación por recuerdo. Estos programas son de carácter orientativo, dado que algunos sujetos alcanzarán buenos niveles de relajación con menos sesiones de entrenamiento, mientras que otros avanzarán más lentamente en el proceso de aplicación de la técnica.

Presentación del método a los participantes

El formador describe los siguientes elementos:

- 1) Cerrar el puño de la mano dominante sin involucrar a los músculos del brazo (sólo los del antebrazo).
- 2) Arquear las cejas
- 3) Torcer los ojos y arrugar la nariz
- 4) Apretar los dientes y tirar de las comisuras de la boca hacia fuera.
- 5) Meter la barbilla y presionar la cabeza contra el respaldo, tensando los músculos del cuello.
- 6) Juntar los omoplatos atrás
- 7) Tensar los músculos abdominales (poner duro el estómago)
- 8) Extender la punta del pie dominante (flexión plantar).

Fin de la sesión. Al final, el alumno vuelve a la actividad normal. Cuando se ha trabajado con una zona corporal, el terapeuta hace repaso por todos esos músculos dando sugerencias para que continúen relajándose. Al finalizar los grupos musculares se hace un repaso general dando instrucciones de relajación

durante un periodo de 1 o 2 minutos. Antes de terminar, el terapeuta deja al cliente otros dos minutos disfrutando del estado de relajación permaneciendo en silencio.

Práctica

Se considera esencial realizar dos sesiones prácticas diarias de 15-20 minutos cada una.

El planteamiento es de orientación fisiológica, aunque el acto de concentrarse en las sensaciones musculares le da también un cariz cognitivo (Payne, 2009).

El procedimiento de relajación progresiva de ha utilizado, como única estrategia de intervención o en combinación con otros procedimientos terapéuticos, en un amplio rango de trastornos emocionales, conductuales y psicofisiológicos, tanto en adultos como en niños (Vazquez, 2001).

- **Respiración Diafragmática**

La respiración es un proceso esencial para la vida cuyo principal objetivo es proveer al organismo de oxígeno.

Aunque todo proceso respiratorio sigue, básicamente, esta secuencia, atendiendo a la profundidad de la inspiración se pueden establecer tres patrones respiratorios diferentes.

- 1) La respiración clavicular, la más corta y superficial.
- 2) La respiración torácica, en la que se implican los músculos torácicos, la intervención del diafragma es poco relevante. Se asocia a la actividad del sistema nervioso simpático.
- 3) La respiración diafragmática, la más profunda de todas debido a que los movimientos del diafragma permiten la mayor expansión pulmonar y niveles

mayores de oxígeno, ya que el aire se dirige a la parte más baja de los pulmones. Además cuando el abdomen se expande, hay poca implicación de los músculos del pecho y los hombros, por lo que la respiración requiere de un mínimo esfuerzo. Este patrón respiratorio se asocia y puede estimular una respuesta parasimpática (Vazquez, 2001).

Usar el sistema respiratorio como un medio para alcanzar la relajación es claramente un planteamiento aceptado. Se han propuesto un gran número de técnicas de respiración para estimular la relajación, como la respiración pausada, la meditación por respiración y la respiración abdominal.

Además, las técnicas son fáciles de aprender y se pueden poner en práctica en cualquier lugar, incluso en las mismas situaciones de estrés.

El control respiratorio puede ser un medio para acceder a la alteración voluntaria del sistema nervioso autónomo, las terapias respiratorias son utilizadas frecuentemente para reducir la sobreactivación simpática que se produce en situaciones de estrés (Vazquez, 2001).

Lichstein (1998) dice que la respiración está directamente relacionada con el sistema que controla la activación fisiológica, lo que aumenta su potencial como medio de inducir relajación fisiológica (Payne, 2009).

Conciencia de la respiración

Conciencia de la respiración se refiere al hecho de concentrar la atención en el patrón de la respiración. De esta manera el individuo se pone en contacto con el proceso respiratorio, lo que le ayuda a sentir que tiene un cierto control sobre él.

El control voluntario de la respiración puede ser terapéutico desde una perspectiva cognitiva, ya que la concentración en la respiración puede servir de ayuda como

estrategia distractora de las preocupaciones y los pensamientos que generan tensión (Vazquez, 2001).

Examen de los movimientos respiratorios

La conciencia de la respiración comienza con un examen de los movimientos del tórax y el abdomen que tienen lugar durante la respiración

Durante la fase de inspiración, el tórax se expande en todas sus dimensiones. Los participantes pueden confirmarlo. Los participantes pueden confirmarlo por sí mismo por medio de los siguientes ejercicios, para los que se debe contar con bastante tiempo.

1. Tumbados o sentados

Coloque sus manos sobre el extremo inferior de las costillas, con los dedos separados unos centímetros. Sienta cómo sus manos se elevan y se separan a medida que el aire entra, y recuperan su posición a medida que sale.

2. Tumbados o sentados

Coloque su mano derecha sobre el plexo solar (la zona blanda entre las costillas y el ombligo) y la mano izquierda sobre el pecho, por debajo de las clavículas. Fíjese lo que sucede con sus manos cuando respira. A medida que entra el aire, sienta cómo aumenta la expansión, primero sobre su mano derecha, después subiendo hacia el pecho, y más tarde llegando hasta la parte sobre la que descansa su mano izquierda. Examine esta idea durante un minuto o dos.

Algunos autores enseñan la respiración abdominal diciendo a los alumnos que respiren “hacia dentro y hacia abajo” (Innocenti, 2002 citado en Payne, 2009). Esto ayuda a crear un movimiento abdominal natural.

Para llevar a cabo un ejercicio de respiración abdominal, el individuo debe, en primer lugar, ponerse lo más cómodo posible y estar unos minutos descansando y en silencio.

La realización de una respiración correcta puede ser una importante estrategia para el control del estrés (Vazquez, 2001).

- **Entrenamiento autógeno**

El método de Schultz (1969) se inspiró en técnicas de hipnosis. Consiste en obtener progresivamente una relajación de los músculos, así como un estado de desconexión a partir de la autosugestión. Es un programa, sistemático que enseña al cuerpo y a la mente a responder de una forma rápida y efectiva a las órdenes verbales de relajación. Se inicia sugiriendo calor y pesadez en los miembros (Vallejo, 2000).

Schultz partiendo de las experiencias de la hipnosis, en las que se ponía de manifiesto que las representaciones mentales podían producir cambios físicos, y puesto que el estado hipnótico de tranquilidad se acompaña casi siempre de sensaciones de peso y calor (la sensación de peso tiene su origen en la relajación de los músculos que habitualmente sostienen el cuerpo mediante su tonicidad, mientras que la sensación de calor se debe a la dilatación de los vasos sanguíneos y al consiguiente aumento de irrigación), llegó a la conclusión de que las representaciones mentales de esas sensaciones podían llegar a evocar la respuesta de relajación (Vazquez, 2001).

Schultz denominó al estado de trance autogenerado “estado autógeno”. El objetivo del procedimiento es alcanzar ese estado autógeno, al que se llegaba mediante la repetición de frases por parte del individuo (Payne, 2009).

Mediante el entrenamiento autógeno se enseña al cuerpo y a la mente a relajarse. El método se basa en 4 requisitos:

- 1) Estimulación externa inducida, es decir, un entorno tranquilo y poco iluminado.
- 2) Una actitud de concentración pasiva, un estado mental relajado, exento de esfuerzo y de preocupación por el resultado final.

Si mientras el individuo está ocupado en la concentración pasiva entra en la mente pensamientos que lo distraen, se pueden ignorar o desestimar con suavidad. No obstante, los pensamientos que traigan consigo imágenes de comprensión instintiva de las cosas pueden considerarse un producto valioso del ejercicio.

- 3) La repetición de las frases que inducen a la relajación se basan en 6 temas principales:
 - a) Pesadez en los brazos y las piernas
 - b) Calor en los brazos y las piernas
 - c) Pulso calmado y regular
 - d) Respiración calmada
 - e) Calor en el plexo solar
 - f) Fresco en la frente

Las frases se repiten para reforzar su efecto y para distraer la atención del individuo de los estímulos externos. La sugestión de la sensación de pesadez se puede intensificar mediante imágenes de plomo, y las de calidez mediante imágenes de la luz del sol o agua caliente.

- 4) Contacto mental con la parte del cuerpo a la que se refiere la frase

Como cualquier otro método de entrenamiento en relajación, la aplicación del entrenamiento autógeno es adecuada cuando los altos niveles de activación se encuentran implicados en el problema que presenta el cliente (Vázquez, 2001).

El método tiene elementos cognitivos y fisiológicos: cognitivos en las que frases que obligan a concentrar la atención y fisiológicos en las sensaciones inducidas de

calor, que se asocian con la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo y la reducción de la activación fisiológica (Payne, 2009).

- **Otros métodos de relajación**

El yoga es un método de inspiración hindú y el más popular de relajación. La técnica mas empleada es el *hatha yoga*. Se trata de un conjunto de posturas combinadas con ejercicios de respiración abdominal (Vallejo, 2000).

Las técnicas de meditación son un conjunto heterogéneo de procedimientos que tiene como elemento común un intento consciente de focalizar la atención de forma no analítica y permitir aislar al meditador de los acontecimientos de la vida externa y de su propia actividad mental (Vazquez, 2001)

En la década de los sesenta irrumpen dentro del campo de la psicoterapia, siendo utilizadas con diferentes objetivos, entre ellos la consecución del estado de relajación.

La meditación trascendental consiste en hacer 2 veces al día, durante 15 minutos, una meditación de orden espiritual en la que ha que descubrir *mantra* (frase sagrada) que ayuda a desconectar al individuo de las cosas materiales y de la ansiedad (Vallejo, 2000).

La creación del método llamado **biofeedback** permite realizar una relajación mensurable y visualizada de las funciones fisiológicas y de actividades automáticas, tales como tensión muscular, transpiración, temperatura cutánea, presión sanguínea y ritmo cardiaco. Es fundamentalmente una técnica conductual basada en la aplicación de los principios del condicionamiento instrumental (Vallejo, 2000).

Proporciona al individuo información inmediata, puntual, constante y precisa de la actividad de sus funciones fisiológicas para poder someterlas a control voluntario. Mediante el entrenamiento en el reconocimiento de la actividad de los distintos sistemas del organismo, el sujeto puede aprender a identificar los signos de una determinada actividad y proceder a su regulación.

El empleo del biofeedback ha sido muy amplio, siendo utilizado con muy diferentes objetivos, entre ellos, generar la respuesta de relajación (Vazquez, 2001).

El electromiograma es el *biofeedback* mejor adaptado al control de la ansiedad. El músculo habitualmente sometido a la prueba es el frontal, ya que es un buen indicador de la tensión muscular global.

2.4 Medición de las conductas ansiosas

La evolución de los postulados neoconductistas, especialmente el interaccionismo (Endler y Hunt, 1968), dieron lugar a algunas novedades en cuanto a la instrumentación de medidas de la ansiedad, de la que las más sobresaliente es el Inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), el STAI.

Spielberger desarrolló el state-trait anxiety inventory (STAI) a fin de medir de una manera fácil y rápida el estado y el rasgo de ansiedad (Spielberger y cols., 1971). Afirma que, ante una situación concreta, amenazante o estresante, el sujeto puede experimentar una reacción de ansiedad durante cierto periodo de tiempo, acompañada de cambios fisiológicos y conductuales. En este caso, el sujeto está bajo un estado de ansiedad transitorio, lo que el autor denomina A-state. Cuando hablamos de la ansiedad como rasgo de personalidad (A-trait) nos referimos a las diferencias interindividuales. (Vallejo, 2000)

Spielberger (1972) postula que una teoría adecuada de la ansiedad debería distinguir conceptual y operacionalmente a la ansiedad como un estado transitorio, o como un rasgo relativamente estable de personalidad. Un **estado ansioso (anxiety state)**, se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión (síntomas subjetivos) y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo, mientras que la **tendencia ansiosa, o rasgo ansioso (trait anxiety)**, ha sido definida como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa (Spielberger y cols., 1970, citado en Cía, 2007).

Capítulo III

3 Psicoterapia de grupo

En el concepto de “psicoterapia de grupo” se engloban determinados métodos de tratamiento que, en presencia de uno o varios terapeutas, estimulan la labor autocentrada de los miembros.

En realidad, la forma en que el psicoterapeuta conduce al grupo depende de las metas que él establece, los miembros que componen el grupo, la especialización del terapeuta y sus necesidades y ambiciones.

Diversos autores han intentado definir y delimitar el concepto y el campo de la psicoterapia, existiendo numerosas propuestas en este sentido. Fernández-Liria y Rodríguez-Vega (2001) han realizado una revisión de diferentes propuestas de definición del término psicoterapia. El grupo de trabajo del que estos autores forman parte, definió el término psicoterapia (1997) de la siguiente manera:

Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo. La psicoterapia supone, por tanto, la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que éste aparece como implicado personal, entre en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo (Gómez, 2010).

Dentro del campo de las psicoterapias, la terapia de grupo ha modificado la relación dual tradicional del tratamiento en Salud Mental. En las últimas décadas, ha aumentado el interés de los profesionales implicados en la atención a las personas con trastornos mentales por los fenómenos de interacción de los individuos en los grupos, y el potencial terapéutico de los mismos.

La finalidad de la psicoterapia de grupo, que reúne a un cierto número de pacientes, no se basa en la realidad exterior sino que se orienta más bien hacia la “realidad interior” de cada uno de los participantes. Supone una visión clara y curativa de la propia intimidad y la activación de la aspiración a sanar que cada individuo posee (Battergay, 1978 citado en González, 1999)

De acuerdo con Slavson (1976), el objetivo de la verdadera psicoterapia grupal es lograr un cambio intrapsíquico relativamente permanente, más que tan solo aliviar los síntomas o mejorar la conducta (González, 1999).

Se define como psicoterapia de grupo al conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y pacientes y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común, la curación. Los miembros del grupo desempeñan inconscientemente determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia. Mientras que sus roles están sujetos a cambios continuos, el terapeuta desempeña el papel de líder formal del grupo. Esto no impide que simultáneamente el grupo adjudique, tanto a él como a los observadores, las más diversas funciones y roles (Grinberg, Lamger y Rodríguez, 1977, citado en González, 1999).

El grupo terapéutico es la reunión de tres o más personas denominadas pacientes, reunión más o menos permanente y voluntaria, donde los individuos reunidos interactúan y se interrelacionándose con fines psicoterapéuticos; así pues, los integrantes de un grupo se reconocen como miembros que se encuentran ubicados dentro de un contexto determinado por el propio terapeuta y aceptan comportarse con base en una serie de valores y normas, explicitados dentro del sistema psicoterapéutico, a lo que se le denomina contrato terapéutico, por lo que el grupo es al terapeuta grupal lo que el individuo es al terapeuta individual (González-Núñez, 1992, citado en González, 1999).

La labor terapéutica promueve los elementos integrativos para que con éstos el grupo crezca y sus miembros se recuperen hasta poder ser dados de alta, de

acuerdo con sus propias capacidades y su interacción dentro del grupo. Cada paciente aporta sus recursos al grupo y el grupo le retribuye, ello favorece el crecimiento conforme al ritmo y potencialidades propios del individuo. Le permite “ser” y “crecer” adaptativamente, al contener sus elementos desintegrativos y al favorecer su integración intrapsíquica y social.

Los principales factores terapéuticos de grupos psicoterapéuticos, (Vinogradov y Yalom 1996, citado en Gómez, 2010) son los siguientes:

- **Universalidad y esperanza:** en muchas ocasiones, las personas que acuden al grupo están convencidas de que sus problemas y conductas son únicos y exclusivos, con frecuencia son problemas que les avergüenzan o conductas que consideran inaceptables. Sin embargo, en el grupo son partícipes de experiencias similares a las suyas, conociendo en muchos casos que han sido superadas, lo cual no sólo ayuda a disminuir su sentimiento de soledad e incompreensión, sino que aumenta o despierta la esperanza en la recuperación.
- **Cohesión:** es un factor imprescindible y que es necesario cuidar en todo momento, el sentimiento de pertenencia a un grupo en el que apoyarse y de ser comprendidos y aceptados, favorece la apertura, la confianza, la expresión emocional, y, por supuesto, las relaciones con otras personas.
- **Catarsis, introspección y expresión de sentimientos:** el grupo terapéutico permite al paciente la expresión de sentimientos muy intensos, y la reflexión y el conocimiento de los mismos, manteniendo el respeto y la aceptación por parte de los compañeros.
- **Altruismo:** la vivencia de poder ayudar a otras personas potencia enormemente la autoestima, el reconocimiento sincero del grupo fortalece el respeto a uno mismo y la autovaloración positiva.
- **Aprendizaje interpersonal e imitación de conductas:** el grupo actúa poniendo de manifiesto las conductas desadaptativas de cada paciente. En ocasiones, la interacción con otras personas en el grupo puede enseñar al

paciente a mejorar sus relaciones interpersonales, sus habilidades sociales, resolución de conflictos, etc. Con sólo observar e imitar lo que realizan otros participantes.

- Transición de información: suele ser uno de los primeros procesos grupales, permitiendo una progresiva toma de contacto y la socialización de los participantes.
- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: En el grupo se tienden a reproducir las dinámicas relacionales aprendidas en la infancia y en el entorno familiar. Todo ello puede corregirse con la ayuda del grupo.

OBJETIVOS

Los principales objetivos del grupo de psicoterapia pueden expresarse en los siguientes términos:

- Aliviar la sintomatología
- Aumentar la conciencia de la enfermedad
- Conseguir un funcionamiento más adaptativo de cada miembro del grupo
- Aumentar la calidad de vida
- Crear una atmósfera capaz de contener y de permitir una estimulación de las emociones y de activar progresivamente la confianza y el afecto en el grupo.
- Aumentar el grado de autonomía de los pacientes y su capacidad de afrontar las situaciones estrés antes y la sintomatología que presentan
- Aumentar la autoestima, el sentimiento de apoyo y pertenencia a un grupo
- Promover la comunicación y la relación interpersonal, reduciendo el aislamiento
- Integrar al enfermo en un ambiente que permita conocer y entender numerosos aspectos de su vida, de su familia y de sus amigos (Gómez, 2010).

Podemos decir que la psicoterapia de grupo utiliza al grupo y su fuerza para propósitos terapéuticos, por lo cual es un tratamiento grupal (González, 1999).

Los grupos de psicoterapias pueden constituir, por tanto, una fuerte herramienta de cambio (Gómez, 2010).

MÉTODO

Justificación

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reporta que el tipo de trastorno más frecuente en nuestro país son los trastornos de ansiedad tanto en la categoría “alguna vez en la vida” (14.3%), como en “los últimos 12 meses” (8.1%) y en el “último mes” (3.2%). (Medina y cols., 2003).

Esto se ve reflejado en nuestro país a través de los pacientes que asisten a las diversas atenciones hospitalarias, como ejemplo se tomará al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, debido al aumento en la demanda de pacientes enviados por el Servicio de Psiquiatría al Servicio de Psicología para la implementación de técnicas de relajación individual, comprobando que con pacientes acudiendo de forma individual se encontró una buena respuesta, como Correa-Camacho (2014) menciona, con base en los resultados podemos decir que el programa de técnicas de relajación individual presenta un nivel de éxito para los pacientes que son atendidos. Se consideró ampliar este servicio a un programa de técnicas de relajación a nivel grupal, buscando así, una mejor respuesta en los pacientes y una mejora en la calidad de vida de las personas. Para logra que la ansiedad no se transforme, como menciona Cía (2007), en una respuesta patológica cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interrumpiendo negativamente en la vida laboral, social y familiar.

Planteamiento del problema

Hoy en día casi todos nosotros experimentamos niveles elevados de estrés y ansiedad causados por múltiples circunstancias (Amutio, 1998).

La ansiedad es tomada culturalmente como parte cotidiana en la vida de las personas, (en mayor medida pensada así para las mujeres), por lo que, no se

considera una problemática de importancia para la población en general, sin embargo, los síntomas y signos afectan de manera significativa la vida de las personas.

Esto está representado en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, cuando los pacientes son canalizados y enviados para la implementación de técnicas de relajación individual y se observa una respuesta clínicamente significativa. Las técnicas de relajación, practicadas en toda su extensión, pueden enseñarnos a reducir nuestros niveles de ansiedad (Amutio, 1998). Ya que las técnicas de relajación son las más utilizadas por su eficacia y efectividad en relación a los trastornos de ansiedad, surge la siguiente pregunta ¿El programa de técnicas de relajación que se ha trabajado exitosamente (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre con pacientes medicamente enfermos será eficiente en grupo para la disminución de la ansiedad rasgo y ansiedad estado?

Objetivo General

Determinar si el programa de técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) disminuye la ansiedad rasgo y ansiedad estado aplicada en un grupo.

Objetivo específico

Determinar si los niveles de ansiedad estado se ven disminuidos significativamente en comparación con los niveles de ansiedad rasgo posterior al programa de técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno).

Hipótesis

H 1 El programa de técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) disminuyen la ansiedad rasgo.

H 0 El programa de técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) no disminuyen la ansiedad rasgo.

H 2 El programa de técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) disminuyen la ansiedad estado.

H 0 El programa de técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) no disminuyen la ansiedad estado.

Variable dependiente

Ansiedad

Definición conceptual: Spielberger (1972) la define como “un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo” (Cía, 2007).

Spielberger (1972) postula que una teoría adecuada de la ansiedad debería distinguir conceptual y operacionalmente a la ansiedad como un estado transitorio, o como un rasgo relativamente estable de personalidad. Un **estado ansioso (anxiety state)**, se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión (síntomas subjetivos) y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo, mientras que la **tendencia ansiosa, o rasgo ansioso (trait anxiety)**, ha sido definida como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa (Spielberger y cols., 1970 citado en Cía, 2007).

Definición operacional: Puntajes obtenidos a través del Inventario de la Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE, versión en Español del STAI [State Trait – Anxiety Inventory]) de Spielberger.

Variable Independiente

Definición Conceptual: Programa compuesto por cuatro sesiones en donde se darán tres diferentes técnicas de relajación, las cuales son: Relajación progresiva, Respiración diafragmática y Entrenamiento Autógeno.

Relajación progresiva: Edmund Jacobson sienta las bases de los planteamientos de tensión- distensión y de relajación muscular pasiva. Su método efectivo pero tardado llevo a varios investigadores a reducirlo y crear una versión acortada, por lo que, Bernstein y Borkovec (1973), crearon su método denominado “entrenamiento de la relajación progresiva” por sus autores, consiste en aprender a relajar grupos específicos de músculo al mismo tiempo que se presta atención a las sensaciones relacionadas con los estados de tensión y de relajación. (Payne, 2009).

Respiración Diafragmática: La respiración está directamente relacionada con el sistema que controla la activación fisiológica, lo que aumenta su potencial como medio de inducir relajación fisiológica (Lichstein, 1998, citado en Payne, 2009).

Entrenamiento autógeno: Schultz denominó al estado de trance autogenerado “estado autógeno”. El objetivo del procedimiento es alcanzar ese estado autógeno, al que se llegaba mediante la repetición de frases por parte del individuo. (Payne, 2009).

Diseño

Cuasi experimental ya que los participantes no fueron asignados al azar, debido que tenían características de selección. Se utilizó un diseño Pre test – Post test de un solo grupo.

Muestra

No Probabilística.

Participantes

Pacientes que son referidos al servicio de psicología del Centro Médico Nacional 20 De Noviembre.

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres pacientes que fueron referidos al Servicio de Psicología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Criterios de eliminación

Pacientes que no hayan contestado (Criterio de eliminación del IDARE).

Pacientes que no hayan contestado postest.

Muerte experimental.

Instrumentos

- IDARE INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO – ESTADO

El inventario de la Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE, versión en Español del STAI [State Trait – Anxiety Inventory]) del Dr. Spielberger, y el Dr. Díaz . desarrollado en 1975, constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad – Rasgo (A-Rasgo), y 2. La llamada Ansiedad – Estado (A – Estado).

La escala A – Rasgo del inventario de la ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A – Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. La puntuación para el “Inventario de Autoevaluación” del IDARE varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una máxima de 80, tanto en la escala A - Estado como en la escala A - Rasgo.

Cuenta con una consistencia interna, un valor alfa de Cronbach de .83 a .92 para A-Estado y de .86 a .92 para A-Rasgo.

- Cuestionario sociodemográfico, que tuvo el fin de conocer las características de la población.

Aparatos

La medición psicofisiológica de temperatura cutánea, se llevará a cabo con un termómetro de cristal líquido (derma therm) que ejecuta mediciones periféricas de

Benjamín Dominguez

Escenario

El lugar donde se llevó a cabo la evaluación de los pacientes es la sala de juntas del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Procedimiento

“Programa de intervención en técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno)

Se citará al paciente los días viernes durante un mes, es decir, se realizarán cuatro sesiones.

Sesión 1

En esta sesión se aplicará una entrevista inicial para recabar los datos sociodemográficos, después se le dará una plática informativa en relación a lo que es la ansiedad (psicoeducación) en una presentación en power point de 10 diapositivas con una duración aproximada de 10 minutos, al terminar se le dará a contestar el Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) de Autoaplicación, después se medirá la temperatura periférica (inicial), en la que el paciente tiene que colocar su dedo índice de la mano derecha en el termómetro que estará en una superficie lisa, a continuación se explicará de manera verbal y con un ejemplo práctico la primera técnica de relajación:

Respiración Diafragmática, en la que se le pedirá al paciente que coloque su mano dominante sobre el vientre arriba del ombligo (diafragma), respire profundamente y que sienta como su vientre se expande al inhalar y se contrae al exhalar, sólo se le pedirá que coloque su mano durante la primera sesión, para que después la realice el paciente con los ojos cerrados y poder hacerle las correcciones pertinentes, seguido de 5 minutos se le pedirá al paciente que abra los ojos, se le volverá a medir la temperatura periférica (final). Ambas mediciones serán anotadas en una hoja de registro. Al terminar la medición de la temperatura se le pedirá al paciente reporte de manera oral qué y cómo se sintió al realizar la respiración. Para finalizar la sesión se le dará la indicación de realizar la práctica de la respiración diafragmática por lo menos tres veces al día; recomendando sea;

al despertar, por la tarde y antes de dormir, así mismo, en presencia de los síntomas relacionados con la ansiedad.

Se citará al paciente el próximo viernes para continuar con el programa.

Técnicas utilizadas: Entrevista inicial, psicoeducación y respiración diafragmática.

Material utilizado: Entrevista, Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE), termómetro de cristal líquido (derma therm) y presentación en Power Point.

Tarea para casa: Practicar tres veces al día la técnica; recomendando sea; al despertar, por la tarde y antes de dormir, así mismo, en presencia de los síntomas relacionados con la ansiedad.

Sesión 2

En dicha sesión se comenzará por preguntarle al paciente si realizó la respiración diafragmática o no, cuántas veces la hizo y si presentó dificultades. Se le pedirá que haga la respiración nuevamente para observar si la realizó de manera correcta, se medirá la temperatura periférica antes y después del ejercicio, se harán las correcciones necesarias para que se realice de la mejor manera posible. Terminando lo anterior se le explicará la segunda técnica de relajación: relajación muscular progresiva en la que a través de una muestra con las manos en la cual se debe ir contrayendo durante 5 segundos, contraer totalmente durante otros 5 segundos y relajar los últimos 5 segundos, se le medirá la temperatura inicial para después pedirle que realice dichos pasos con diferentes grupos musculares del cuerpo, manteniendo los ojos cerrados, se comenzará por:

- 1.- Pies y Pantorrillas (hacer puntas)
- 2.- Glúteos (apretar)
- 3.- Estómago (Meter)
- 4.- Espalda (Arquear)
- 5.- Pecho (Contener la respiración)
- 6.- Hombros (Echar hacia atrás, como si quisiera juntarlos)
- 7.- Manos (Hacer puño)
- 8.- Cuello (Echar cabeza hacia atrás)
- 9.- Ojos (Cerrar y apretar)
- 10.- Boca (Apretar labios)

Se contará en voz alta el tiempo de contracción y de relajación sólo en esta sesión. Se le dará cinco minutos de descanso, para finalizar la relajación, se registrará la temperatura periférica final y se les preguntará qué y cómo se sintió.

Se citará al paciente el próximo viernes para continuar con el programa.

Técnicas utilizadas: Respiración diafragmática y Relajación Muscular Progresiva.

Material utilizado: registro y termómetro de cristal líquido (derma therm)

Tarea para casa: Practicar tres veces al día la técnica; recomendando sea; al despertar, por la tarde y antes de dormir, así mismo, en presencia de los síntomas relacionados con la ansiedad.

Sesión 3

En esta sesión se realizará el mismo procedimiento antes mencionado cambiando la relajación muscular progresiva por el entrenamiento autógena dónde se le

explicará al paciente que tiene que repetir de manera mental: “mis manos están calientes, mis manos están relajadas”, se les medirá la temperatura periférica inicial, se les pedirá que cierren los ojos y que realice la relajación durante 5 minutos, se le pedirá que abra los ojos, se les medirá la temperatura periférica final y se le preguntará qué y cómo se sintió.

Se citará al paciente el próximo viernes para continuar con el programa.

Técnicas utilizadas: Relajación Muscular Progresiva y Entrenamiento autógeno.

Material utilizado: registro y termómetro de cristal líquido (derma therm).

Tarea para casa: Practicar tres veces al día la técnica; recomendando sea; al despertar, por la tarde y antes de dormir, así mismo, en presencia de los síntomas relacionados con la ansiedad.

Sesión 4

Siendo la última sesión se le preguntará cuántas veces realizó al día y en la semana la técnica anterior, se le medirá su temperatura periférica (inicial), se le pedirá que cierre sus ojos y realice la técnica durante 5 minutos aproximadamente, se le pedirá que abra los ojos para medir la temperatura periférica (final) para ser anotada en el registro para continuar con la Autoevaluación del IDARE por segunda ocasión.

Se les pedirá que comente con cuál de las 3 técnicas se sintió mejor, cuál es la que ha realizado con mayor frecuencia y al finalizar la sesión se le dará un folleto con las tres técnicas escritas para llevar a casa.

Técnicas utilizadas: Entrenamiento autógeno.

Material utilizado: registro y termómetro de cristal líquido (derma therm),
Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE)

Tarea para casa: Practicar con frecuencia las técnicas aprendidas.

Resultados

Con base en los objetivos de esta investigación se encontraron los siguientes resultados entre la Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado pretest y posttest, en un grupo de pacientes del Centro Médico Nacional 20 De Noviembre, los resultados se reportan comenzando en orden con la muestra, los datos sociodemográficos, posteriormente se analizarán los resultados obtenidos de los participantes, para continuar con las diferencias entre la primera y segunda aplicación de la Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado (IDARE), para así concluir con los datos más significativos con relación a la hipótesis planteada.

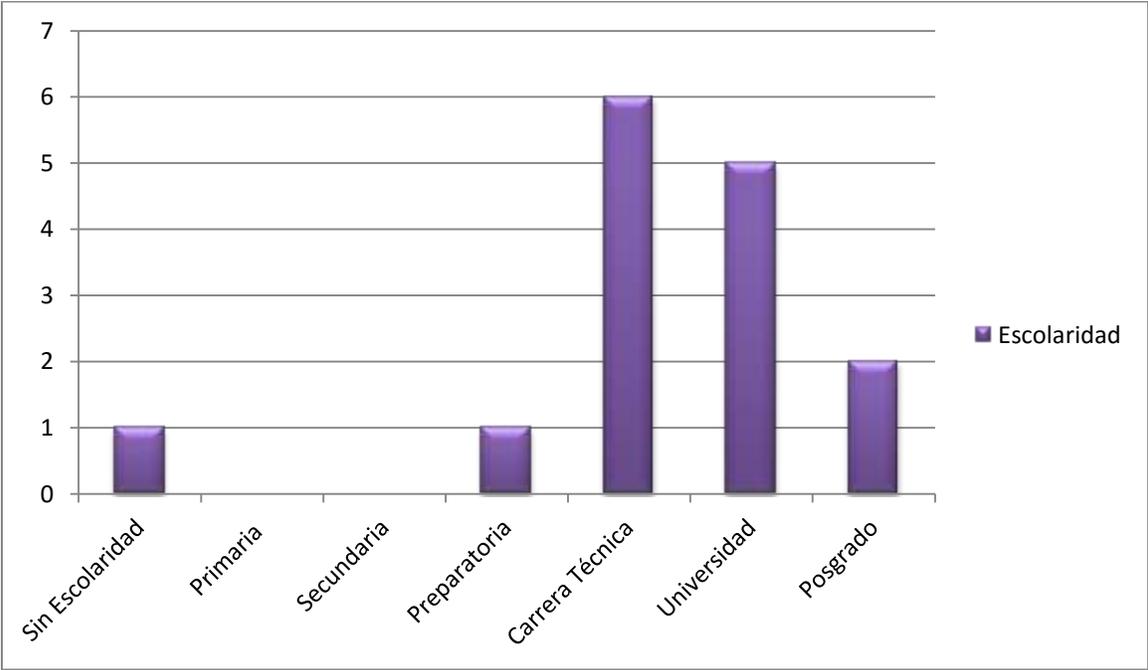
- **Muestra**

De una muestra de 26 pacientes que iniciaron en la investigación sólo terminaron 15 el programa, un 100% fueron mujeres.

- **Datos Sociodemográficos**

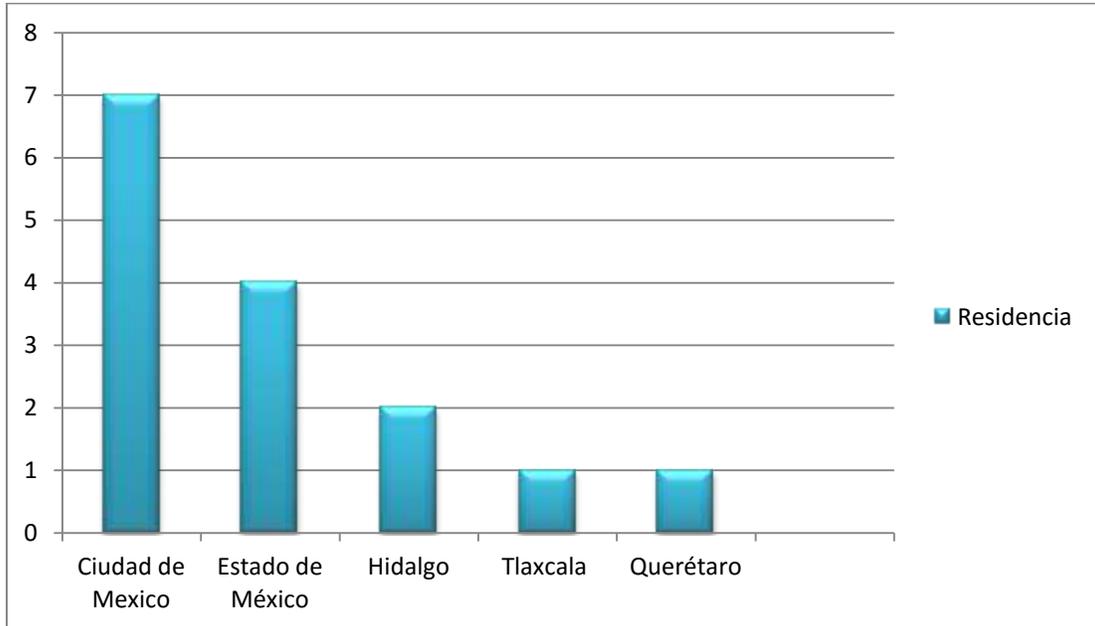
La figura 1 muestra que de los 15 pacientes, sólo uno reportó no haber tenido estudios, otro haber cursado hasta concluir la media superior, seis reportaron tener estudios técnicos, cinco concluyeron con un nivel superior y dos un posgrado. Lo que indica que más de la mitad de los pacientes contaban con estudios mayores al nivel medio superior.

Figura 1. Escolaridad de los pacientes que participaron en el programa de técnicas de relajación.



La figura 2 muestra el lugar de residencia de los pacientes que participaron en el estudio, siete reportaron vivir en la Ciudad de México, cuatro en el Estado de México, dos en el Estado de Hidalgo, una en el Estado de Tlaxcala y una en el Estado de Querétaro. Lo que indica que más de la mitad de los pacientes residían en la Ciudad de México y Área Metropolitana.

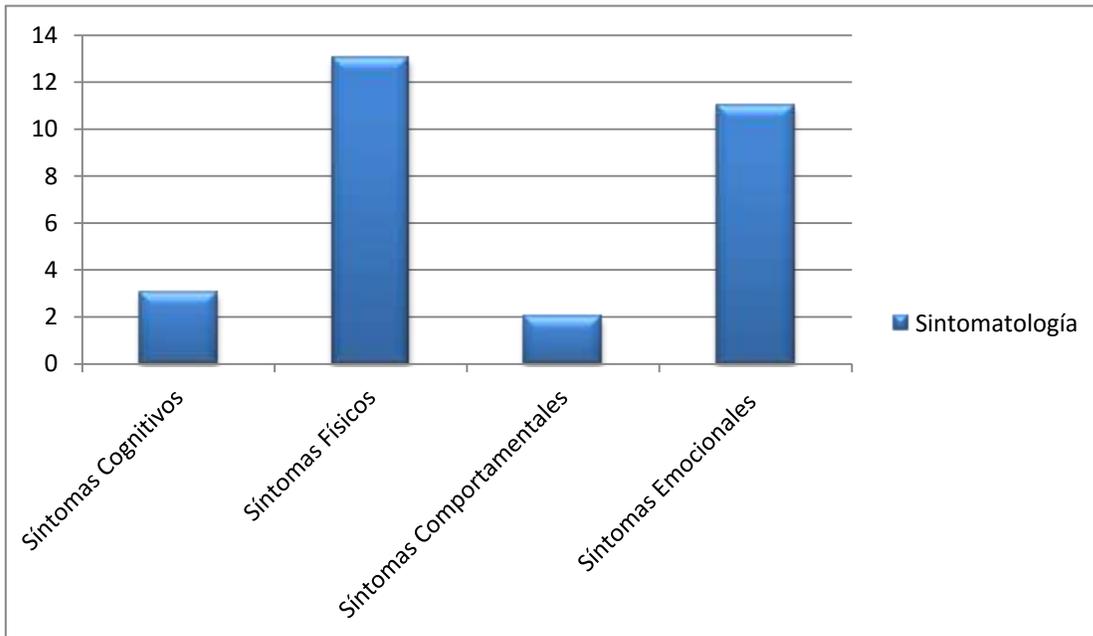
Figura 2. Lugar de residencia de los pacientes que participaron en el programa de técnicas de relajación.



- **Sintomatología**

La figura 3 muestra el tipo de sintomatología que refirieron las pacientes que participaron en el estudio, trece reportaron síntomas físicos, once síntomas emocionales, tres síntomas cognitivos y dos síntomas comportamentales. Lo que indica que las pacientes percibieron más síntomas físicos y emocionales con relación a la ansiedad.

Figura 3. Sintomatología que reportaron los pacientes que participaron en el programa de técnicas de relajación.

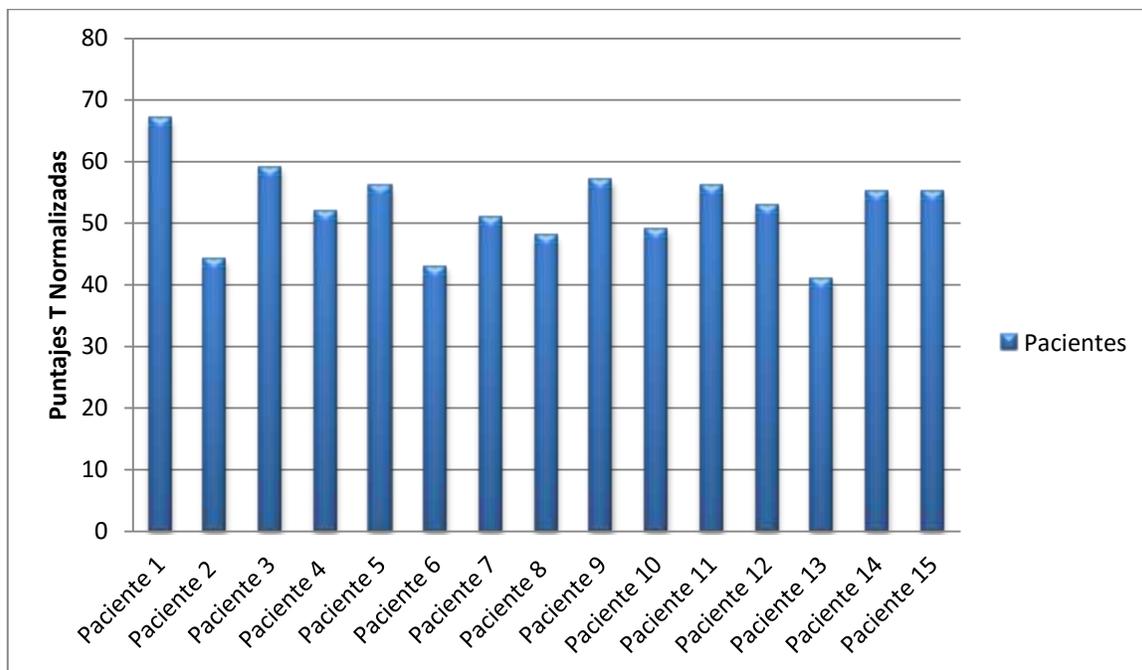


- **IDARE**

Ansiedad Rasgo

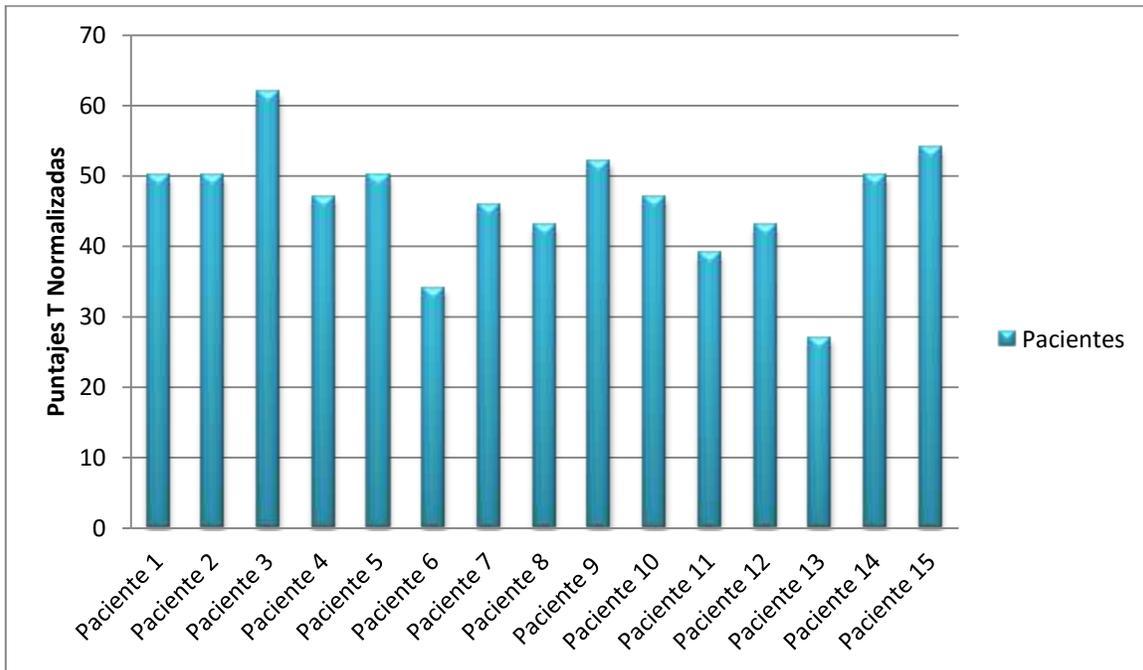
La figura 4 muestra las puntuaciones T normalizadas de Ansiedad Rasgo Pretest de cada uno de los pacientes, de los cuales cinco puntuaron por encima de los 40, nueve de ellos por encima de los 50 y uno por encima de los 60, lo que significa que sólo uno presentaba Ansiedad Rasgo Alta.

Figura 4. Puntuaciones T Normalizadas de Ansiedad Rasgo Pretest de los pacientes que participaron en el programa de técnicas de relajación.



La figura 5 muestra las puntuaciones T normalizadas de Ansiedad Rasgo Postest de cada uno de los pacientes, de los cuales uno puntuó por encima de los 20, dos de ellos por encima de los 30, cinco lo hicieron por encima de los 40, seis puntuaron por encima de los 50 y uno por encima de los 60, lo que significa que sólo uno presentaba Ansiedad Rasgo Alta, sin embargo, en comparación con las puntuaciones obtenidas en el pretest trece de ellos disminuyeron sus resultados y sólo dos los aumentaron.

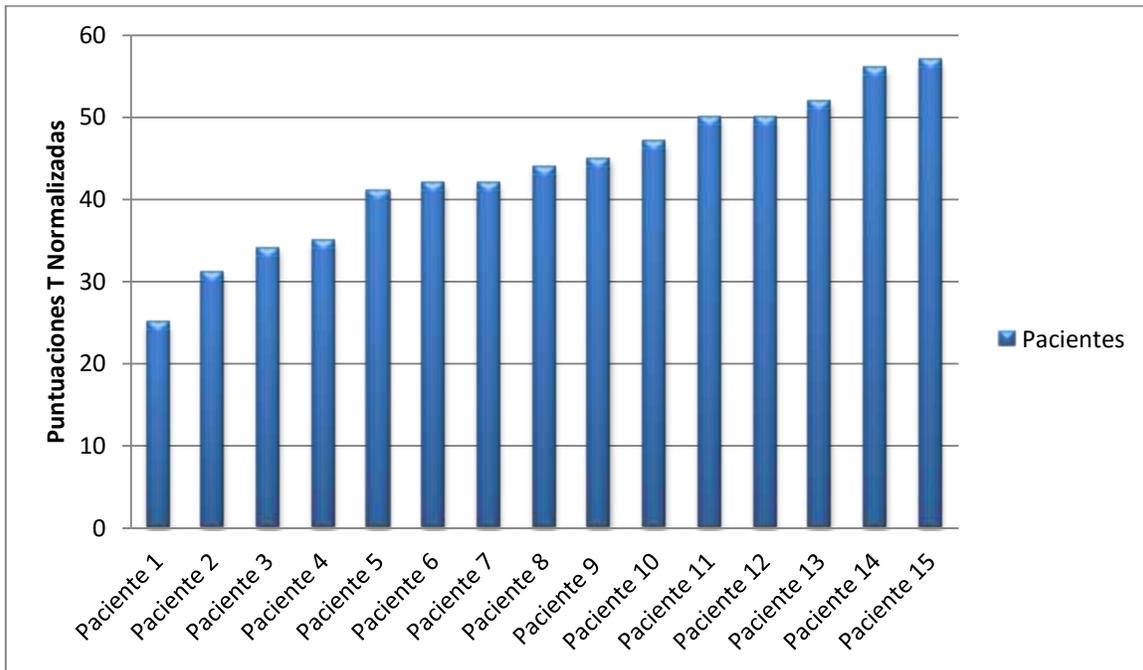
Figura 5. Puntuaciones T Normalizadas de Ansiedad Rasgo Posttest de los pacientes que participaron en el programa de técnicas de relajación.



Ansiedad Estado

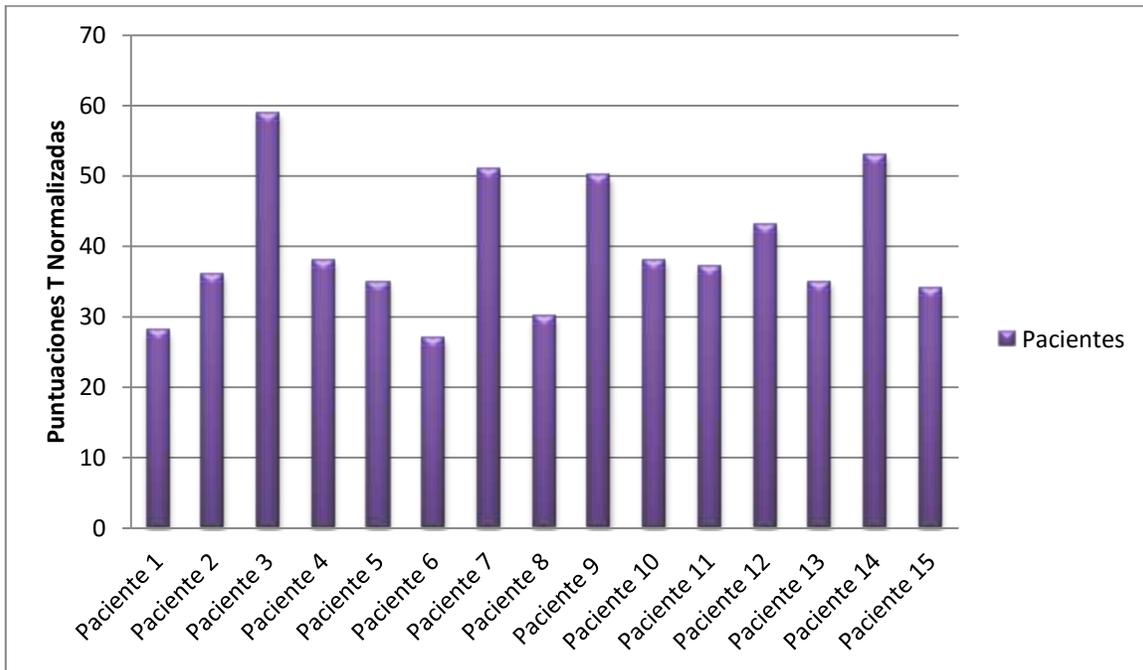
La figura 6 muestra las puntuaciones T normalizadas de Ansiedad Estado Pretest de cada uno de los pacientes, de los cuales uno puntuó por encima de los 20, tres de ellos por encima de los 30, seis lo hicieron por encima de los 40 y cinco puntuaron por encima de los 50, lo que significa que ninguno presentaba Ansiedad Estado Alta, sin embargo, en comparación con las puntuaciones obtenidas con Ansiedad Rasgo Pretest mostraron un nivel más bajo de Ansiedad Estado al igual que comparada con Ansiedad Rasgo Posttest.

Figura 6. Puntuaciones T Normalizadas de Ansiedad Estado Pretest de los pacientes que participaron en el programa de técnicas de relajación.



La figura 7 muestra las puntuaciones T normalizadas de Ansiedad Estado Postest de cada uno de los pacientes, de los cuales dos puntuaron por encima de los 20, ocho de ellos por encima de los 30, uno lo hizo por encima de los 40 y cuatro puntuaron por encima de los 50, lo que significa que ninguno presentaba Ansiedad Estado Alta, sin embargo, en comparación con las puntuaciones obtenidas en el pretest, nueve de ellos disminuyeron su ansiedad y seis la elevaron. Los resultados siguen mostrando menor Ansiedad Estado después de la aplicación del programa de técnicas de relajación.

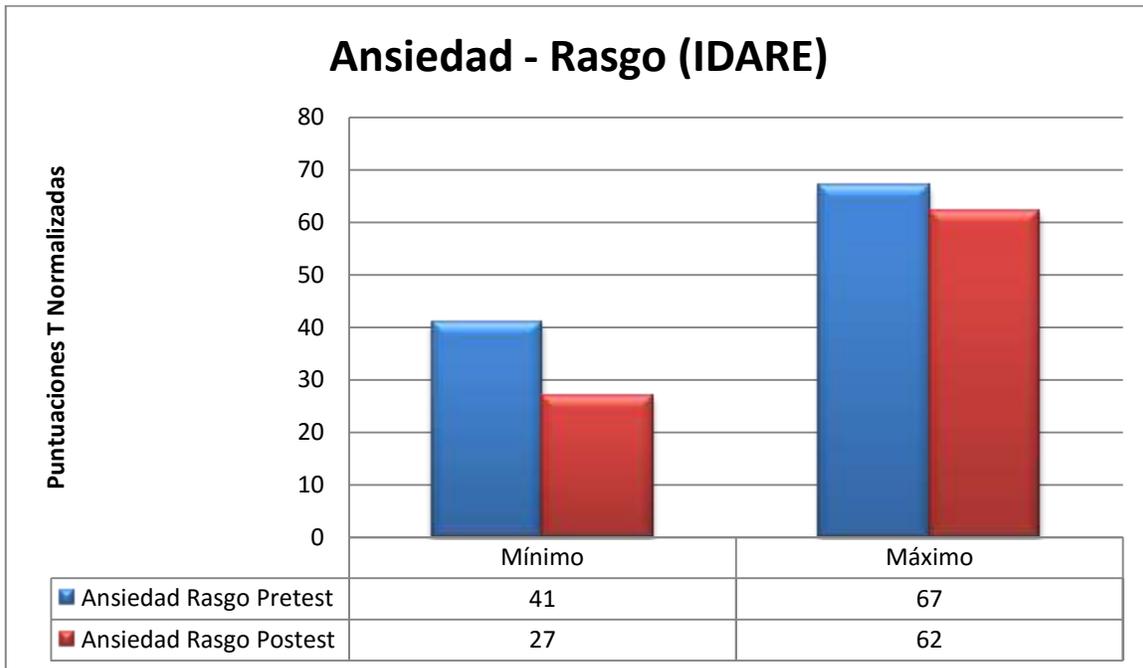
Figura 7. Puntuaciones T Normalizadas de Ansiedad Estado Postest de los pacientes que participaron en el programa de técnicas de relajación.



Ansiedad Rasgo – Ansiedad Estado

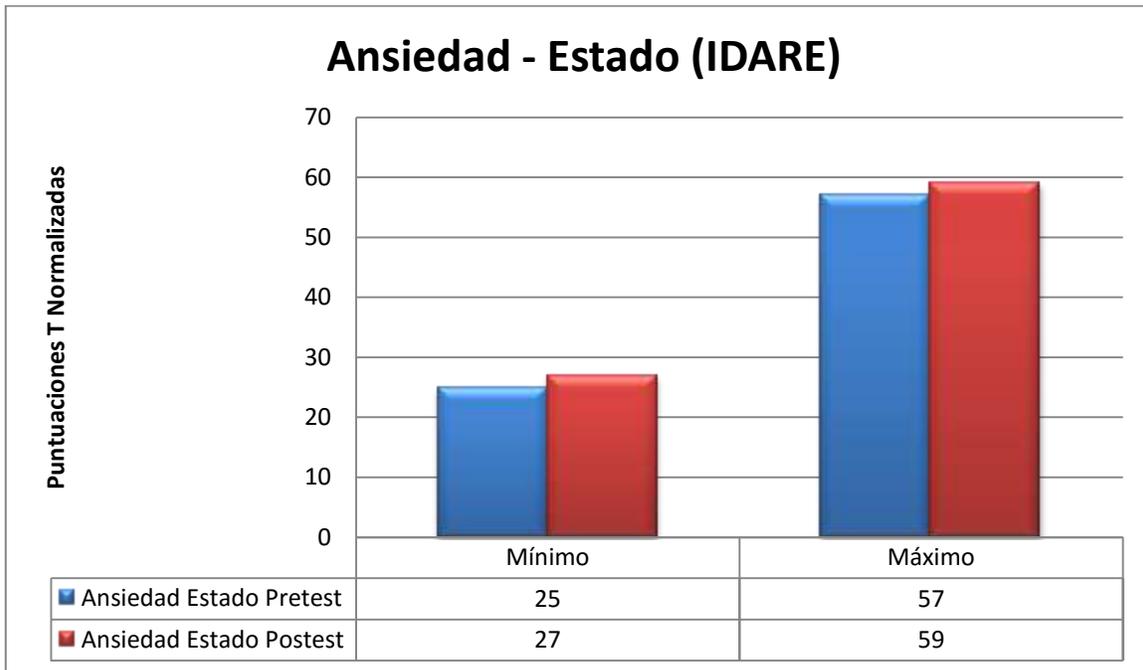
La figura 8 muestra las diferencias entre las puntuaciones mínimas y máximas de la aplicación del IDARE, Pretest y Postest de la Ansiedad Rasgo del grupo de pacientes, se observa que si hubo una disminución significativa en la ansiedad ya que ambas puntuaciones, mínimas y máximas son menores en la aplicación postest de Ansiedad Rasgo después de la implementación del programa de técnicas de relajación.

Figura 8. Puntuaciones T Normalizadas de Ansiedad Rasgo de los pacientes que participaron en el programa de técnicas de relajación.



La figura 9 muestra las diferencias entre las puntuaciones mínimas y máximas de la aplicación del IDARE, Pretest y Postest de la Ansiedad Estado del grupo de pacientes, se observa que reportaron tener ligeramente una mayor ansiedad en ambas puntuaciones, mínimos y máximos de la aplicación postest de Ansiedad Estado después de la implementación del programa de técnicas de relajación.

Figura 9. Puntuaciones T Normalizadas de Ansiedad Estado de los pacientes que participaron en el programa de técnicas de relajación.



- **Prueba de Hipótesis**

Ansiedad Rasgo

Para probar la hipótesis planteada se transformaron los puntajes brutos a puntajes T normalizados y se aplicó la prueba *t de Wilcoxon*.

En lo que se refiere a la Ansiedad Rasgo, los puntajes z de los pacientes cambiaron, se encontraron diferencias significativas entre los puntajes pretest y posttest después de la implementación del Programa de Técnicas de Relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno), obteniendo los siguientes valores: ($z = -2.71$, $p < 0.05$), (Véase Tabla 1).

En la Tabla 2 se presenta la media que se obtuvo de Ansiedad Rasgo Pretest (Md= 52.40, DE= 6.75) y la Ansiedad Rasgo posttest (Md= 46.26, DE= 8.42) de la aplicación, en la cual se observa que las medias posttest son menores que las medias pretest, lo cual significa que existía menor Ansiedad Rasgo después de la aplicación del programa.

Por lo tanto, se confirma la primera hipótesis de trabajo:

“El programa de técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) disminuye la ansiedad rasgo”.

Tabla 1. Resultados obtenidos con la prueba *t de Wilcoxon*, para obtener las diferencias del grupo entre el pretest y el posttest de la Ansiedad Rasgo.

	Ansiedad Rasgo - pretest
	Ansiedad Rasgo- posttest
Z	-2.71
Sig. Asintót. (bilateral)	.007

Nota: *valores significativos $p < .05$

Tabla 2. Resultados obtenidos con la prueba *t de Wilcoxon*, para obtener las diferencias del grupo entre el pretest y el postest de la Ansiedad Rasgo.

APLICACIÓN	N	Media	DE	Mínimo	Máximo
Ansiedad Rasgo - Pre test	15	52.40	6.75	41.	67.
Ansiedad Rasgo - Postest	15	46.26	8.42	27.	62.

Ansiedad Estado

En lo que se refiere a la Ansiedad Estado, los puntajes *z* de los pacientes no cambiaron, no se encontraron diferencias significativas entre los puntajes pretest y postest después de la implementación del Programa de Técnicas de Relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno), obteniendo los siguientes valores: ($z = -1.33$, $p > 0.05$), (Véase Tabla 3).

En la Tabla 4 se presenta la media que obtuvieron en Ansiedad Estado Pretest (Md= 43.40, DE= 9.18) y la Ansiedad Estado Postest (Md= 39.60, DE= 9.59) de la aplicación, en la cual se observa que las medias postest son menores que las medias pretest, lo cual indica que existía una tendencia a disminuir su Ansiedad Estado después de la aplicación del programa, pero no fueron tan significativas como Ansiedad Rasgo.

De tal modo, no se confirma la segunda hipótesis de trabajo:

“El programa de técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) disminuye la ansiedad estado”.

La tabla 3. Resultados obtenidos con la prueba *t de Wilcoxon*, para obtener las diferencias del grupo entre el pretest y el postest de la Ansiedad Estado.

	Ansiedad Estado - pretest Ansiedad Estado- postest
Z	-1.33
Sig. Asintót. (bilateral)	.18

Nota: *valores significativos $p < .05$

La tabla 4. Resultados obtenidos con la prueba *t de Wilcoxon*, para obtener las diferencias del grupo entre el pretest y el postest de la Ansiedad Estado.

APLICACIÓN	N	Media	DE	Mínimo	Máximo
Ansiedad Estado - Pre test	15	43.40	9.18	25.	57.
Ansiedad Estado - Postest	15	39.60	9.59	27.	59.

Discusión y Conclusiones

Los pacientes que asistieron al Programa de Técnicas de Relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en su totalidad fueron mujeres, lo que concuerda con lo que Medina y cols. (2003) menciona en sus resultados; se observa que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

Spielberg (1972) menciona; un **estado ansioso (*anxiety state*)**, se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión (síntomas subjetivos) y por una actividad elevada del sistema del nervioso autónomo, mientras que **la tendencia ansiosa, o rasgo ansioso (*trait anxiety*)**, ha sido definida como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa. (Spielberger y cols., 1970, citado en Cía, 2007).

Los resultados arrojados acerca de la Ansiedad Rasgo antes de la implementación del Programa de Técnicas de Relajación muestran que en general nuestros participantes contaban con un alto grado de ansiedad, obteniendo resultados de puntajes máximos de 67 y puntaje mínimo de 41 , disminuyendo en gran medida después del programa, obteniendo resultados de puntajes máximos de 62 a mínimos de 27. Esto tal vez se deba a que anteriormente se percibían como una personalidad muy ansiosa ante hechos o situaciones cotidianas de la vida, debido a que tenían nula o contaban con muy poca información acerca de la ansiedad, sus síntomas principales y el hecho de considerarla como un estado transitorio natural del ser humano para sobrevivir (psicoeducación), por lo que después de la implementación del programa consideraron que el hecho de sentir ansiedad era algo común entre las personas y también de que al asistir en grupo al programa, percibieron que no eran las únicas personas que se encontraban en dicha situación. Como menciona Gómez (2010), en muchas ocasiones, las personas que acuden al grupo están convencidas de que sus problemas y conductas son únicos y exclusivos, con frecuencia son problemas que les avergüenzan o

conductas que consideran inaceptables. Sin embargo, en el grupo son partícipes de experiencias similares a las suyas, conociendo en muchos casos que han sido superadas, lo cual no sólo ayuda a disminuir su sentimiento de soledad e incompreensión, sino que aumenta o despierta la esperanza en la recuperación.

Lo que generó que se pudieran percibir con un mayor control sobre su entorno y su cuerpo a través de las técnicas de relajación, se vieron a sí mismas como personas con mayores herramientas para enfrentar situaciones que les generaban ansiedad y de las cuales con anterioridad a la psicoeducación y al programa, sólo eran observadores pasivos de una situación y no agentes activos para su disminución.

Los resultados obtenidos con relación a la Ansiedad Estado pretest y postest fueron diferentes a los planteados al inicio del estudio, en los cuales se creyó que se obtendrían diferencias significativas con la aplicación del Programa de Técnicas de Relajación en comparación con la Ansiedad Rasgo y no al contrario, por lo que, fue un resultado inesperado.

Una posible explicación de los resultados obtenidos es que antes de la intervención los pacientes eran ajenos a los términos de la ansiedad en general y más específicamente a sus síntomas, quienes reportaron tener más síntomas fisiológicos y emocionales (los cuales están más en relación con la Ansiedad Estado) y al tener la sesión de psicoeducación como se mencionó anteriormente, paradójicamente los participantes tuvieron una percepción más objetiva con relación a los agentes o situaciones que les generaban ansiedad, así como los síntomas que presentaban en cada una, también pudo estar relacionado el hecho de que para la implementación de cualquiera de las 3 técnicas, los pacientes tenían que lograr reconocer sus síntomas de ansiedad para así poder disminuirlos.

Lo cual generó que fueran más conscientes de su propio cuerpo, pensamientos, sentimientos, y comportamientos, por lo que situaciones que con anterioridad pasaban desapercibidas pasaron a ser reconocidas como situaciones o agentes estresantes.

Hay que considerar los resultados mencionados en el capítulo anterior, los cuales indican que aunque los cambios que se mostraron fueron más significativos para Ansiedad Rasgo después de la aplicación del Programa de Técnicas de Relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) los participantes también mostraron una tendencia a disminuir de igual manera la Ansiedad Estado.

Por lo que podemos concluir que, a través del programa de intervención en técnicas de relajación (relajación progresiva, respiración diafragmática y entrenamiento autógeno) con pacientes que cursan enfermedades crónicas degenerativas se obtuvieron resultados favorables en relación a su disminución en Ansiedad Rasgo de forma significativa y con una tendencia favorable también en la disminución en Ansiedad Estado.

Alcances y limitaciones

Un problema es que la muestra fue pequeña; debido a los problemas para trasladarse y a que los participantes podían abandonar la investigación y/o el servicio prestado por el servicio de salud si así se requería, por lo que se considera que para futuras investigaciones se deberá utilizar un número más grande para la muestra.

Sugerencias

De igual manera se recomienda también la implementación de un autoregistro del número de veces que al día y a la semana los participantes realizan las técnicas del programa de relajación ayudará para obtener mejores resultados.

La implementación de un grupo control y un grupo experimental para observar mayor eficacia del programa y disminuir los sesgos; conocer si otras variables inherentes al paciente intervienen durante el programa (enfermedades, si cuenta con redes de apoyo, dificultad o facilidad para el traslado al servicio de salud, etc.) Posteriormente al grupo experimental se le daría la implementación del programa ya que no es ético dejar a los pacientes sin tratamiento.

La información que se obtuvo fue diferente a lo esperado, sin embargo, la realización de esta investigación ayuda a tomar con mayor seriedad y a no menoscabar como generalmente se hace, a personas con este tipo de trastornos.

Los trastornos de ansiedad cuentan con una alta prevalencia. Una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo usaron servicios y sólo una de cada 10 con algún trastorno de ansiedad lo hicieron (Medina y cols., 2003). En los servicios de salud hay un descuido en la prevención por lo que la intervención se comienza tardíamente ocasionando que el tratamiento sea más prolongado.

Es de vital importancia que los Trastornos de Ansiedad sean atendidos en la población mexicana, por lo que se debe informar, concientizar y preparar desde los niveles primarios de atención hasta los de atención de tercer nivel, como lo fue este Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, para que en un futuro haya más programas y espacios, que la prevención sea mayor y así ofrecer una mejor atención e intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amutio, K, A. (1998). Nuevas perspectivas sobre relajación. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Baeza, J. C. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. Madrid: Díaz de Santos.

Beck, A., Gary, E. y Greenberg, R. (2014). Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva. Bilbao: Desclee de Brouwer. Versión Castellana: Bernardo Moreno Carrillo.

Cía, A. H. (2007). La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Polemos.

Correa Camacho, C. (2014). Programa de técnicas de relajación, con pacientes del área de psiquiatría del Hospital General de México "20 de Noviembre". (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Danza, A., Cristiani, F. y Tamosiunas, G. (2009). Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas. Scielo Uruguay. Arch. Med. Int. 31. (4), páginas.

Gándara, M. J. J (1999). Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento. Madrid: Instituto Palacios, Pirámide.

Gómez, J, I. (2010). Abordaje terapéutico grupal en salud mental: experiencia en el Hospital de Día. Madrid: Ediciones Pirámide.

González, N, J. (1999). Psicoterpia de grupos: teoría y técnica a partir de diferentes escuela psicológicas. México: Manual Moderno.

González, R. M. (2011). Síntomas psicósomáticos y estrés: ¿cómo se relacionan?. México: Instituto Mexicano de la Juventud.

Medina M., Borges G., Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C... (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26. (4), páginas.

Payne, R. A. (2009). *Técnicas de relajación: guía práctica para el profesional de la salud*. Barcelona, España; México: Paidotribo. Traducción Noelia Jiménez

Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría. Nueva clasificación de los trastornos mentales. Año 68, 52. (1), 2014, pp S1-S66.

Rojas, E. (1998). *La ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Madrid: Temas de hoy.

Spielberger, C. D. (1979). *Tensión y ansiedad*. México: Harper & Row. Traducción Lucy Acevedo Villareal.

Spielberger, C.D. y Díaz R. (1970). *Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado, IDARE*. UNAM. México, D.F. Manual Moderno.

Vallejo, J, R. (2000). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.

Vazquez, Ma. I. (2001). *Técnicas de Relajación y Respiración*. Madrid: síntesis.

ANEXO

IDARE



IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spillberger, A. Martínez-Ciruela, F. González-Riquelme, L. Nadalín y R. Díez-Guerra

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque el círculo numerado 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 describe sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO			
	1	2	3	4
1. Me siento calmado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento desanimado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento amigable (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento relajado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



0694

U.S. © 1984
 EDITORIAL EL MANICÓ, S.A. DE C.V.
 México, D.F. y Ciudad Guaymas
 de la Librería Liberta, S.p.A. S. de C.V.

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque el círculo numerado 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pienso oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento decaído (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sossegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desencabos que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDITORA
EL MARZAL MODERNA S.A. DE C.V.
Av. Sur 200 Cal. Hipólito
Dagoberto Galtés México, D.F.