



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

TALLER PREVENTIVO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES
PRIMARIOS DE NIÑOS ASPERGER, DISMINUYENDO LA ANSIEDAD
MEDIANTE KUNDALINI YOGA.

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

BEATRIZ CRISTINA CABRERA BERNAL

DIRECTORA DE LA TESIS:

LIC. DAMARIZ GARCIA CARRANZA

COMITÉ DE TESIS:

DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO
LIC. JORGE ALFONSO VALENZUELA VALLEJO
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Agosto 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Quizá el mayor servicio social que cualquiera pueda prestar a su país y a la humanidad se criar una familia”.

George Bernard Shaw

“Los obstáculos son esas cosas aterradoras que ves cuando apartas la mirada de tu objetivo”.

Henry Ford

“Si tu subconsciente se despeja y limpia totalmente, harás cosas completamente diferentes y serás mucho más feliz y más efectivo de lo que eres hoy”.

Yogui Bhajan

“Imagínate que abres tus ojos y solo puedes ver lo bueno en cada persona, lo positivo en cada circunstancia y la oportunidad en cada reto”.

El Rebe de Lubavitch

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada agradezco a Dios por la vida y sus vicisitudes.

Agradezco a mis Padres y hermanos por haber sido mis primeros maestros de vida.

Gracias a mi esposo por su apoyo amoroso e incondicional; por acompañarme sin cuestionar en mis más locas metas y sueños.

A ti querida hija te agradezco tu compañía y tus frases de sabiduría a tú tan corta edad; tú alma es vieja y sabia. Pero sobre todo gracias porque me inspiras a ser una mejor persona.

Agradezco a Jorge y Mariana su paciencia por el tiempo que no les podía dedicar, cuando asistía a clases o tenía que hacer trabajos y tareas.

Mis más grandes cómplices en esta travesía de la vida. Los amo y contribuyen para que mi motor de anhelos y retos estén en constante evolución.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por tener un programa de segunda carrera y tener la oportunidad de retomar el rumbo, cursando la carrera que me apasiona y me mantiene con esa curiosidad de seguir investigando, aprendiendo día a día, y estar continuamente haciendo consciente, lo inconsciente.

Agradezco a los maestros(as) y compañeros(as) que estuvieron en mi camino a lo largo de la carrera, por enriquecer el panorama, poner esa sal y pimienta al día a día.

Agradezco a Dios poner en mi camino la yoga kundalini, la cual salvo mi vida, llagando para mostrarme la luz de mi alma y reconciliarme con mi sombra.

Gracias al maestro yogui Bhajan por su valentía y traer a occidente esta tecnología, que no estaba permitida compartir a las personas que no eran de castas reales y mucho menos a mujeres. ¡Wahe Gurú!

INDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo 1 Síndrome de Burnout	
1.1. Antecedentes.....	7
1.2. Definición.....	9
1.3. Etiología.....	10
1.4. Consecuencias.....	13
1.5. Enfoques que lo han trabajado.....	15
Capítulo 2 Ansiedad	
2.1. Antecedentes.....	25
2.2. Definición.....	27
2.3. Etiología.....	30
2.4. Consecuencias.....	31
2.5. Teorías sobre ansiedad.....	34
Capítulo 3 Relajación	
3.1. Antecedentes.....	42
3.2. Definición y características.....	50
3.3. Principales técnicas de relajación y meditación.....	52
Capítulo 4 Síndrome de Asperger	
4.1. Antecedentes.....	75
4.2. Definición	79
4.3 Etiología	80
4.4 Consecuencias en cuidadores primarios.....	81
Taller preventivo del síndrome de Burnout en cuidadores primarios de niños Asperger, disminuyendo la ansiedad mediante kundalini yoga.....	83
Conclusión.....	93
Referencias.....	95
Anexos.....	98

RESUMEN.

El síndrome de Burnout se le conoce como síndrome de desgaste profesional, estrés laboral o síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Estos términos están relacionados básicamente con el agotamiento profesional que se da en el empleado que tiene relación intensa con otras personas(Martinez,2010).

En este caso los padres que realizan el papel de cuidadores con un hijo que tiene el síndrome de Asperger; la atención y cuidados continuos llega a generar un estrés crónico y considerando que la ansiedad es uno de los principales síntomas que se presentan ante el estrés; se propone un taller en el que se enseñaran ejercicios y técnicas de respiración utilizadas en kundalini yoga con el objetivo de que la persona se relaje, fortalezca su sistema nervioso y realice sus actividades con aceptación y motivación.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Ansiedad, Relajación, Síndrome de Asperger, Taller, Kundalini yoga.

ABSTRACT.

Burnout syndrome is known as occupational burnout syndrome, occupational stress or burn-out syndrome (SQT). These terms are basically related to the professional exhaustion that occurs in the employee who has intense relationship with other people (Martinez, 2010).

In this case the parents who play the role of caregivers with a child who has Asperger's syndrome; Care and continuous care leads to generate chronic stress and considering that anxiety is one of the main symptoms that arise in the face of stress; It is proposed a workshop that will teach exercises and breathing techniques used in kundalini yoga with the objective that the person relax, strengthen their nervous system and perform their activities with acceptance and motivation.

Key words: Burnout Syndrome, Anxiety, Relaxation, Asperger Syndrome, Workshop, Kundalini yoga.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad como una de las principales características, la exposición del sujeto a situaciones emocionalmente exigentes en un tiempo prolongado, la fatiga constante, despersonalización, deterioro físico y emocional, son características importantes que definen al síndrome de Burnout en cuidadores primarios, en este caso los padres, quienes a veces por cuestiones de ahorro en la economía prefieren no contratar los servicios de un cuidador o enfermera, pues esto merma la economía del hogar, son ellos mismos quienes otorgan los cuidados necesarios al hijo(a) o porque nadie puede proveer del cuidado afectuoso y dedicado incondicionalmente hacia un hijo como lo hace un padre.

Ya que cuando un hijo(a) tiene síndrome de Asperger, se requiere de paciencia, tolerancia, empatía y amor; para establecer una rutina en el hogar que sea funcional para todos los integrantes de la familia; establecer límites claros, precisos y concisos, con consecuencias en proporción a la falta cuando sea necesario.

Ser padre es un trabajo donde la mayor remuneración es el bienestar de los hijos, siendo esto todo un reto por que como dicen a nadie nos enseñan a ser padres, y menos cuando nuestro retoño tiene una condición especial en su desarrollo.

Esta tesina se enfoca en crear un taller para prevenir el síndrome de Burnout, utilizando la técnica de kundalini yoga para disminuir la ansiedad, en padres con hijos que padecen síndrome de Asperger.

El primer capítulo explica lo que es el síndrome de Burnout, comenzando desde sus antecedentes a lo largo de la historia, la manera en que se llegó a definirlo como tal, encontrando sus causas de origen, desde los diferentes enfoques psicológicos.

El segundo capítulo habla de manera específica y profunda de la ansiedad, por ser un punto crucial en el síndrome de Burnout.

El tercer capítulo se adentra en lo que es la relajación, su historia y los diferentes tipos de relajación que se han utilizado a lo largo del tiempo; dando una

explicación profunda de lo que es kundalini yoga, sus objetivos y beneficios al practicarla.

El capítulo cuatro y último describe lo que es el síndrome de asperger, así como la implicación de los padres como cuidadores primarios, y hasta qué punto llegan a padecer el síndrome de Burnout.

Se termina la tesina mostrando la estructura del taller y los anexos que la integran.

CAPITULO 1

SINDROME DE BURNOUT

1.1. Antecedentes

En la clasificación internacional de enfermedades(CIE 10) el síndrome de Burnout está clasificado dentro del grupo de “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida” y figura como síndrome de agotamiento.

Forbes (2011) aclara que actualmente el Burnout es una enfermedad que se encuentra en el índice internacional de la Organización Mundial de la Salud, dentro de la categoría problemas relacionados para enfrentar la vida y está relacionado con el desgaste profesional, demostrando que se ha convertido en un problema mundial.

El término “Síndrome de Burnout” fue desarrollado en la década del setenta en Estados Unidos por Freudenberger. Él observó que muchos voluntarios con quienes trabajaba presentaban un proceso gradual de desgaste anímico y desmotivacional. Generalmente, ese proceso duraba aproximadamente un año, e iba acompañado de síntomas físicos y psíquicos que denotaban un particular estado de estar “exhausto”(Barria Muñoz, 2002).

Ramos(1999) Este síndrome fue estudiado en 1974 por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger, quien observó en jóvenes voluntarios que trabajaban en un servicio de rehabilitación de drogodependientes tanto de manera física como mental, que después de un año muchos de ellos se sintieron agotados y empezaban a tener comportamientos incívicos hacia sus pacientes.

De igual manera Martínez (2010) explica que las personas que trabajaban como voluntarios en la «Free Clinic de Freudenberger» que se encontraba ubicada en la ciudad de Nueva York se esforzaban en sus funciones, presentando a partir del primer año conductas de irritación, mal humor, fatiga y más que nada trataban de evitar a los pacientes quienes recibían un mal servicio por parte de ellos.

Por otro lado, a pesar de que su estudio comenzó con Freudenberger, el término burnout tuvo su primera aparición en el año 1961 en la novela de Graham Greene titulado «A Burnt-out Case» cuya trama empieza por un protagonista abatido por las crisis existenciales que decide abandonar todo para mudarse a un lugar en la

selva de África donde espera encontrarse con la naturaleza y recuperarse de su crisis (Bartolomé, Fernández, Prieto, & Sánchez, 2007).

Pero es en el año 1977, en un congreso anual de psicólogos, donde Maslach en Alvarez y Fernandez(1991) dio a conocer esta palabra de forma pública, refiriéndose al resultado cada vez más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos que después de varios años de trabajo responsable terminaban perdiendo la dedicación por sus pacientes y se sentían agobiados y quemados por sus actividades laborales.

El Burnout, como lo explican Freudenberger y Richelson (1980), se encuentra catalogado dentro de la psicología social, del trabajo y de las organizaciones. A partir de la década de los ochenta, su estudio se desarrolla rápidamente; específicamente en noviembre de 1981 se celebró la primera conferencia nacional sobre el Burnout en Filadelfia, EE. UU., que valió para asociar criterios, trabajos realizados y experiencias propias (Álvarez & Fernández, 1991).

Mientras tanto la Organización Internacional del Trabajo (1986) define los riesgos sociales y psicológicos como las interacciones entre el contenido, la empresa, la gestión laboral y las condiciones ambientales, y, por otro lado, con respecto a las necesidades y responsabilidades que los empleados ejercen y que pueden ser nocivas en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones o experiencias propias. Pero no es hasta fines de la década de los noventa cuando se logran acuerdos básicos sobre los conceptos, técnicas de análisis e incluso implementación de programas de prevención (Martínez, 2010). Con respecto a su área de estudio, se comenzó en los profesionales de los servicios humanos que por el tipo de trabajo debían mantener contacto directo con las personas; tal es el caso de trabajadores en educación, ámbito social, del área de salud mental y sanitaria (Álvarez & Fernández, 1991). A finales de la década la lista de profesionales que se pueden ver afectados por el Burnout se extiende al: personal administrativo, militar, entrenadores, personal de justicia, técnicos en sistemas, amas de casa y controladores aéreos, entre otros (Caballero, Hederich, & Johnson, 2010).

1.2. Definición

La palabra Burnout viene de la lengua inglesa y se le puede encontrar también como síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) o síndrome del desgaste profesional; se refiere al término «estar quemado» cuando el individuo se encuentra sobrecargado, disminuyendo su capacidad de reacción para adaptarse ya sea a un ambiente laboral, ya familiar o social (Álvarez & Fernández, 1991), o como explica Martínez (2010), es una respuesta al estrés crónico en el trabajo, con secuelas negativas tanto en lo personal como lo organizacional y que posee características específicas en enfoques determinados al trabajo

Farber (1983) explica la relación del Burnout con el ámbito laboral: “El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima” (p. 23).

Otra definición del síndrome de Burnout, Burke(1987) en Maslach & Jackson, Maslach Burnout (1986) explica como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento

Shirom (1989), a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del síndrome de Burnout tienen que ver con la pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como” Una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.

Pines (1993), entiende el síndrome de Burnout como consecuencia de la exposición del sujeto a situaciones emocionalmente exigentes en un tiempo

prolongado. Este estado se caracteriza por agotamiento físico, emocional y mental.

Hombrados (1997) propone una definición conductual, que explica la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales, cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo, son repercusiones que afectan la salud del trabajador y sus funciones que suponen el desarrollo del síndrome de Burnout.

Farber (2000) , lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, él señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo de síndrome de Burnout:

- a) La presión de satisfacer las demandas de otros,
- b) Intensa competitividad,
- c) Deseo de obtener más dinero y
- d) Sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

Nastri (2013) define el Burnout como una debilidad del sistema nervioso, con disposición a agravarse y produciendo un deterioro que da inicio a síntomas depresivos. Por otro lado, su surgimiento es lento, no es lineal y va fluctuando con intensidad dentro del mismo sujeto. Las expresiones más usuales son las mentales o cognitivas, con sensación de vacío, dolores de cabeza, taquicardias, entre otras, y finalmente cambios en la conducta como por ejemplo el alto consumo de tabaco, café y alcohol, etc. (Bartolomé et al.,2007).

1.3. Etiología

La experiencia de estrés es particular, puede darse por diferentes situaciones o contextos donde estén inmersas las personas. Es bien conocido que los ambientes laborales pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, presentándose entonces lo que se denomina estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que

aparece como resultado de un proceso continuo, es decir, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes; y desde las primeras conceptualizaciones se consideraba que los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización eran los más proclives a desarrollarlo (GilMonte, 2006; Aranda, 2006; Calíbrese, 2006; Peinado & Garcés, 1998).

El estrés laboral crónico es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier tipo de organización laboral, y en el sector servicios una de las formas más habituales de desarrollarse el estrés laboral es el Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) o el Burnout como lo describe (Gil-Monte, 2006).

Gil-Monte (2005), hace la aclaración de que el síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) debe entenderse como una forma de acoso psicosocial en el trabajo pero es diferente al acoso psicológico o mobbing.

El acoso psicológico o mobbing es un estresor laboral ocasionado por un conflicto interpersonal asimétrico, donde existe un acosado y un acosador, mientras que el Burnout (acoso psicosocial) es una respuesta a los estresores crónicos laborales. Por otro lado, Moreno y Peñacoba (1999) al hacer una diferenciación del estrés y el Burnout argumentan textualmente lo siguiente, que: “el Burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca si más el Burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al Burnout. Desde esta perspectiva el Burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto”.

Seguidamente Shiron en Moreno & Peñacoba (1999) consideraba al Burnout como una forma de cansancio cognitivo. En otras palabras, el estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el Burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral

La necesidad de explicar el episodio del síndrome de quemarse por el trabajo (relación de antecedentes-consecuentes de sus dimensiones), junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados.

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales pueden ser clasificados en tres grupos.

* El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría socio-cognitiva del yo. Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de quemarse en el trabajo. Básicamente consideran que:

las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, así como la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades, determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción. Entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993), el modelo de Pines (1993) y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993). En los tres primeros modelos la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome, mientras que en el modelo de Thompson et al. (1993) es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.

* El segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993) o de la teoría de la conservación de recursos (modelo de Hobfoll y Fredy, 1993). Proponen que

el síndrome de quemarse en el trabajo tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

* El tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de quemarse en el trabajo como una respuesta al estrés laboral. Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiewski et al. (1983), el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), y el modelo de Winnubst (1993). El primero de ellos destaca las disfunciones de los procesos del rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome, el modelo de Cox et al. (1993) destaca la importancia de la salud de la organización y el modelo de Winnubst (1993) enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional. Una exposición detallada de todos estos modelos aparece recogida en la revisión realizada por Gil-Monte y Peiró (1997b).

1.4. Consecuencias

Partiendo de que el síndrome de Burnout es un estrés crónico; se inicia con la definición de estrés por el fisiólogo Cannon (1911), quien también utilizó el término <<lucha o huida>>(fight or flight) para describir la respuesta automática del organismo, cuando percibe una amenaza o un peligro, ya sea real, imaginario o

presentido. Estos conceptos fueron ratificados por el médico Hans Selye (1936) pocos años después. Entre ambos sentaron las bases para explicar el estrés.

Como explica Campillo(2015) en su libro el mono estresado; el problema surge cuando una respuesta de estrés es excesiva, desproporcionada o se reitera de manera constante a lo largo de los días, meses o años. El estrés crónico es un suceso raro de la naturaleza. Para la mayoría de los seres vivos, la respuesta de estrés frente a determinado acontecimiento que pone en riesgo la vida o su reproducción es siempre una crisis transitoria.

En la actualidad podemos estar sometidos a diferentes amenazas que nuestro cerebro interpreta como un riesgo para nuestra vida y nuestra reproducción, y que persiste durante semanas o años. En estas condiciones los mediadores de hormonales y nerviosos que se liberan para organizar y controlar la reacción de estrés, así como los cambios metabólicos, inmunológicos, y cardiovasculares que se desencadenan como parte de la reacción de estrés, en lugar de cumplir su función beneficiosa(resolver el conflicto), cronifican sus efectos, se tornan agresores del propio organismo y desarrollan todas las enfermedades relacionadas con el estrés (Campillo, 2015).

Los estímulos y las respuesta a ellos dependen de cada individuo, así como del momento anímico en que se encuentre el sujeto; considerando también la genética,edad,sexo,obesidad,diabetes,tabaquismo,sedentarismo,etc.

Como estímulos se consideran los problemas reales o imaginarios, que ocasionan miedo, ansiedad, sorpresa, presentimiento, así mismo variedad de acciones como Abusar de dulces, de grasas saturadas o comer en exceso o escasamente (Campillo, 2015).

Existe evidencia científica suficiente en cuanto al impacto negativo del estrés crónico sobre el sistema nervioso, sistema endocrino y sistema inmune; siendo un factor importante en la etiología de un extenso número de enfermedades. Son de particular importancia los conceptos de estrés percibido y distrés emocional para el entendimiento del impacto del estrés en la salud del individuo.

El cerebro es el órgano central de percepción y respuesta a estresores, determinando las respuestas fisiológica, emocional, y comportamental del estrés.

La respuesta del organismo al estrés agudo es de naturaleza protectora y adaptativa, mientras que la respuesta al estrés crónico produce un desbalance bioquímico que resulta en alteraciones inmunosupresoras que conducen al desarrollo de enfermedades inflamatorias, fatiga causada por el agotamiento de las glándulas suprarrenales, enfermedades metabólicas que incluyen obesidad, diabetes tipo 2, y enfermedades cardiovasculares. Los sistemas nervioso, endocrino e inmune se comunican a través de rutas múltiples de tipo anatómico, hormonal, y neuropéptico.

El proceso de Burnout es individual, surge paulatinamente, es acumulativo y progresivo en severidad como respuesta crónica al estrés interpersonal existente en el ambiente de trabajo, cuando las estrategias de enfrentamiento se muestran ineficaces (Schaudeli y Bakker, 2004). Su aparición y evolución pueden llevar años, incluso décadas; muchas veces no es percibido por aquellos profesionales que se niegan a asumir que algo malo pueda estar sucediendo en su relación con el trabajo (Gil-Monte, 2005).

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) Se trata de un síndrome multidimensional que implica tres componentes, susceptibles de estar asociados, pero que son diferentes:

- a) Elevado agotamiento emocional – pérdida o desgaste de los recursos emocionales con sentimientos de agotamiento y tensión.
- b) Despersonalización – distanciamiento emocional contraproducente frente a los usuarios, colegas de trabajo y organización.
- c) Baja realización profesional – tendencia a la autoevaluación negativa, con descenso en el sentimiento de competencia.

1.5. Enfoques que lo han trabajado

1.5.1 La respuesta emocional del estrés

La respuesta emocional del estrés está caracterizada por síntomas de ansiedad, irritación, ira y cólera, preocupación, tristeza, pánico, y estados de desesperanza, los cuales son de naturaleza transitoria. El ingrediente principal de la respuesta emocional del estrés es de naturaleza cognitiva debido al hecho de que el estímulo externo deberá ser percibido como estresante.

El modelo descrito por Lazarus y Folkman (1986) propone que en respuesta a un estímulo externo de naturaleza estresante, el individuo evalúa cognitivamente la posible amenaza que este evento representa (primary appraisal) y los recursos propios o capacidad para responder a dicho estímulo (secondary appraisal). Este proceso de evaluación cognitiva primario y secundario determina la forma e intensidad de la reacción emotiva en relación al estímulo externo.

Es importante mencionar que la evaluación cognitiva por parte de un individuo generalmente varía dependiendo de los rasgos de personalidad, auto-eficacia percibida (Bandura, 1997), experiencia previa con el estímulo estresante, y nivel de soporte social. Por lo tanto, la respuesta emocional del individuo puede variar aun cuando las condiciones de estímulos estresantes pudieran ser semejantes (Lazarus, 1993).

Investigadores interesados en la respuesta emocional del estrés fijan su interés en eventos estresantes de carácter universal, seleccionan situaciones de estrés que generalmente afectan psicológicamente a la gran mayoría de personas. Entre este tipo de eventos encontramos las situaciones de divorcio, encarcelamiento, exámenes académicos, pérdida de seres queridos, cuidado permanente de familiares con discapacidad física, diagnóstico de enfermedades terminales (Spielberger & Moscoso, 1996; Moscoso, 1995; Martin & Dean, 1993).

1.5.2 La respuesta fisiológica del estrés

Los estresores y las respuestas del estrés son conceptos totalmente distintos. La respuesta fisiológica del estrés, conocida también como “fight-or-flight”, fue descrita inicialmente por Cannon en 1915 al referirse a la respuesta del animal dentro del laboratorio de experimentación ante una situación de amenaza o presión externa. Explica en forma detallada que la respuesta fisiológica del estrés nos permite reaccionar ante una situación de emergencia con todo nuestro potencial físico, superar el peligro, y lograr un proceso de adaptación frente a las circunstancias que nos rodea. Este principio de homeostasis fue el concepto central en el modelo de estrés descrito por Cannon en 1932, donde refiriere que la estabilidad de los sistemas fisiológicos mantienen la vida. Este proceso de adaptación fue descrito con mayor detalle por Selye en 1936 denominándolo El

Síndrome de Adaptación General. El cual se explica como una respuesta fisiológica representada por tres fases definidas de la siguiente manera:

La primera fase denominada Reacción de Alarma, en la cual las glándulas adrenales producen adrenalina y cortisol con el propósito de restaurar la homeostasis. Dicha restauración de la homeostasis inicia la segunda fase llamada Resistencia, en la cual la adaptación del organismo llega a un estado óptimo. Si el estresor persiste, se inicia una tercera fase conocida como Agotamiento, en la que el organismo abandona el proceso de adaptación y culmina en la enfermedad o muerte.

La nueva información producida por estudios científicos en neuroendocrinología y psiconeuroinmunología en este nuevo siglo, nos permite entender con mayor detalle la respuesta fisiológica del estrés, las interacciones multidireccionales entre los cuatro sistemas antes mencionados y sus consecuencias en la salud del individuo (Steinman, 2004). Es necesario tener en cuenta que los estudios de la respuesta del estrés realizados por Cannon (1926) y Selye (1936) llevados a cabo estrictamente con animales en el laboratorio de experimentación, mientras que los estudios actuales incluyen muestras con seres humanos. Sin lugar a dudas, los estudios de Lazarus (1993) y la inclusión del concepto de evaluación cognitiva (appraisal) y estrés percibido han permitido desarrollar nuevas líneas de investigación indicándonos que no todas las situaciones de estrés evocan el mismo tipo de respuestas fisiológicas del estrés, como en los estudios de Cannon y Selye.

Las investigaciones científicas acerca del estrés en seres humanos demuestran la existencia de factores ambientales, culturales, estrato social, actitudinales, y rasgos de personalidad que cumplen un rol mediador y modulador en la respuesta fisiológica del estrés (Goldstein & Eisenhofer, 2000); Así mismo, está demostrado que la respuesta del estrés puede ser diferente cuando se tiene en cuenta el sexo del individuo.

Existe evidencia científica que el sexo masculino reacciona de manera diferente cuando se trata de manejar las diferentes situaciones de amenaza o estresores (Taylor et al., 2000).

En términos generales, la respuesta fisiológica del estrés es activada por un estresor. Esta respuesta fisiológica cumple una misión protectora y es activada en forma instantánea. Se inicia en el hipotálamo con la producción del Factor Liberador de Corticotropina (CRF) dirigida al sistema circulatorio de la Glándula Pituitaria, la cual, segrega la Hormona Adenocorticotropa (ACTH) a través del eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenal (HPA axis) produciendo hormonas glucocorticoides, especialmente cortisol (McEwen, 2007).

De igual manera, la respuesta fisiológica del estrés activa el eje simpático-suprarrenal medular (SAM), el cual genera la secreción de catecolaminas como la adrenalina y noradrenalina. Estas hormonas permiten un aumento en la concentración de glucosa en la sangre facilitando un mayor nivel de energía, oxígeno, alerta, poder muscular y resistencia al dolor; todo esto en cuestión de minutos.

La liberación de dichas hormonas permite el inicio de un proceso de comunicación inmediata con el sistema nervioso autónomo, a través de los sistemas simpático y parasimpático y permiten enlazar la experiencia del estrés con los componentes psicofisiológicos de la emoción preparando al organismo para un estado de alerta (Padgett & Glaser, 2003).

El estrés libera otros factores y hormonas neuroendocrinas que regulan el sistema inmune. Estas incluyen la hormona del crecimiento (GH), la prolactina, vasopresina, glucagón, endorfinas, encefalinas y oxitocina entre otras; el cortisol liberado por las glándulas suprarrenales facilita la preparación del sistema inmune para manejar sus defensas contra bacterias, virus, heridas e inflamaciones (Marketon & Glaser, 2008).

Los mecanismos psicofisiológicos de la respuesta del estrés juegan un rol esencial en el proceso de adaptación y supervivencia. El incremento de cortisol, adrenalina, noradrenalina y otras hormonas generadas durante la situación de estrés cumple una función eminentemente protectora y de supervivencia, siendo la función primordial mantener el equilibrio homeostático. Estos sistemas reguladores de glucocorticoides y hormonas liberadas durante la respuesta fisiológica del estrés facilitan el proceso de adaptación del organismo (McEwen & Wingfield, 2003).

1.5.3 Una nueva visión acerca del estrés

Estudios recientes en psiconeuroinmunología y neuroendocrinología nos demuestran la necesidad de reevaluar los modelos conceptuales tradicionales acerca del estrés. En primer lugar, es necesario dejar establecido que el modelo cognitivo del estrés percibido tiene un correlato eminentemente fisiológico en el lóbulo frontal del cerebro por lo que es necesario reconocer que la experiencia del estrés se inicia en el cerebro, afecta al cerebro, y a su vez, al resto de los sistemas que conforman nuestro organismo (McEwen, 1998; Sapolsky, 1996).

En este sentido, podemos afirmar que el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, psicológica, y comportamental del estrés. La percepción del individuo como ingrediente cognitivo elaborado en el lóbulo frontal del cerebro determina ciertamente lo que es “estresante”.

En segundo lugar, estudios realizados en neuroendocrinología demuestran que cuando la respuesta del estrés percibido se transforma en un proceso crónico, esta facilita el inicio de un estado de distrés emocional en la que se observa una excesiva utilización o manejo ineficiente de hormonas, corticoesteroides, y catecolaminas por parte de los ejes neuroendocrinos (McEwen, 2007).

Este estado de distrés emocional o estrés crónico produce un impacto negativo en el sistema nervioso activando cambios bioquímicos y un desbalance hormonal que repercute en los sistemas endocrino e inmune (Dhabhar & McEwen, 1997). Ciertamente este proceso nos permite entender y apreciar la naturaleza multidireccional de las interacciones entre los estresores, el cerebro y los sistemas endocrino e inmune (Sapolski, Romero&Munck, 2000).

El avance científico en el campo de la psiconeuroinmunoendocrinología ha facilitado un nuevo entendimiento acerca de la importancia del ambiente social y estilos de vida como factores mediadores del impacto negativo en la salud física y mental del individuo.

Esta claramente establecido que este impacto negativo propicia el desarrollo de un significativo número de enfermedades de carácter sistémico como por ejemplo, la inflamación crónica, la artritis reumatoide, fibromialgia, fatiga de las glándulas suprarrenales, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2,

obesidad, síndrome metabólico, asma, cáncer, depresión, y otras enfermedades inmunosupresoras.

El deterioro en la salud es el resultado del proceso permanente de comunicación multidireccional a través del cerebro (estrés percibido), sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino, y el sistema inmune (Taub, 2008). Son estos cuatro sistemas los que están organizados para proteger el organismo con el propósito de lograr un equilibrio homeostático ante una situación aguda de estrés. Sin embargo, irónicamente, son estos mismos sistemas los que contribuyen a crear un desbalance bioquímico durante la experiencia de estrés crónico. Es importante dejar establecido que el estado de estrés crónico facilita, a la vez, estilos de vida poco saludables que únicamente contribuyen a empeorar la situación de estrés. tenemos como ejemplo el uso excesivo de alcohol, consumo de drogas, y un consumo elevado de calorías (Armeli, Todd & Mohr, 2005).

Este nuevo punto de vista acerca del estrés nos urge darle una mayor importancia al ambiente social y a los estilos de vida adquiridos por el individuo, como también nos exige otorgar prioridad al estudio de la cronicidad en la experiencia del estrés percibido.

1.5.4 La respuesta comportamental del estrés

Dentro de los modelos tradicionales del estudio del estrés, es común encontrar literatura científica y descripción de la respuesta fisiológica del estrés y la respuesta emocional del estrés.

El nuevo paradigma en el estudio del estrés percibido incluye la Respuesta Comportamental del Estrés, en la medida que se toma en consideración el estilo de vida del individuo y el medio ambiente en el cual este se desenvuelve.

El estilo de vida del individuo y el medio ambiente en el que interactúa son factores mediadores y moduladores en el proceso de cronicidad del estrés percibido. Nuestro comportamiento puede ayudarnos a escoger un estilo de vida que favorece la reducción del estrés y poder lograr un buen nivel de calidad de vida.

De otra manera, tenemos la opción de asumir un estilo de vida que contribuye a experimentar un mayor nivel de estrés y desarrollar un patrón conductual

caracterizado por reacciones emocionales y síntomas de estrés crónico como por ejemplo el consumo de tabaco, excesivo consumo de alcohol, excesivo consumo de calorías y grasas saturadas, falta de entrenamiento físico, largas horas de trabajo, aislamiento, y una falta de actividades relacionadas con la relajación y descanso corporal (Epel, Lapidus & McEwen, 2000).

Una vez mas, es necesario reiterar que el cerebro no solamente tiene un enorme control sobre el sistema nervioso autónomo, sistema endocrino y sistema inmune en la regulación de neurotransmisores, glucocorticoides, hormonas y citoquinas, sino también sobre el comportamiento del individuo y su medio ambiente.

En este sentido, el biólogo genético Venter, durante su presentación Genes Tienen un Impacto Mínimo en los Resultados de Vida ofrecida en la Conferencia de Liderazgo para el Siglo XXI que se realizó en Marzo del 2008, indicó lo siguiente: “ La biología humana es mucho más complicada de lo que nos imaginamos. Se habla de los genes que se reciben de la madre y el padre, para explicar un rasgo u otro. Pero en realidad, esos genes tienen un impacto mínimo en los resultados de vida. Nuestra biología es demasiada complicada para ello y alterna con cientos de miles de factores independientes.

Los genes no son absolutamente nuestra suerte o destino. Ellos nos pueden dar una información útil acerca del riesgo para contraer una enfermedad, pero en la mayoría de casos estos genes no van a determinar el actual curso de la enfermedad, o la incidencia de que alguien la adquiera. Mucho de nuestra biología proviene de las complejas interacciones de todas las células y proteínas interactuando conjuntamente con factores ambientales, no guiadas directamente del código genético”(Venter, 2008). Las palabras de Venter describen claramente la importancia de los factores ambientales en el proceso de adquisición de la enfermedad. El proceso de afrontamiento y manejo del estrés crónico requiere de la participación en actividades que promueven la salud y calidad de vida del individuo. La incorporación de actividades que incluyen un plan nutricional balanceado, programas moderados de ejercicios físicos, y técnicas que facilitan la respuesta de relajación, son vitales y de gran necesidad.

La práctica de mindfulness conocida como, tomar conciencia y prestar atención a los patrones de conducta inadecuados y síntomas de distrés emocional facilita la labor preventiva y el cambio en el estilo de vida (Moscoso, Reheiser&Hann, 2004). En este sentido, la práctica de Meditación Mindfulness ha ganado un gran nivel de aceptación en el campo de la psiconeuroinmunoendocrinología. El propósito es entrenar al individuo en la respuesta de relajación, reducir los niveles de estrés crónico, y modificar el estilo de vida de individuos que experimentan serios problemas de salud causados por el estrés percibido.

1.5.5 El impacto negativo del estrés crónico sobre la salud

Lo indicado en líneas anteriores nos permite plantear tres interrogantes muy importantes; Moscoso, McCreary, Goldenfarb, Knapp, & Reheiser, (2000) mencionan:

1) ¿En qué momento, y como, los efectos neuroendocrinos e inmunológicos provocados por el estrés dejan de favorecer la adaptación del individuo al ser esencialmente protectores del proceso homeostático?

2)¿Cómo es posible que el mismo mecanismo destinado a protegernos y mantener el principio de homeostasis, tome de pronto un curso opuesto y comience a afectar y deteriorar la salud del individuo?

3) ¿Qué podemos hacer para prevenir y controlar los efectos nocivos del estrés crónico sobre la salud? Para responder estas preguntas es necesario tomar en consideración el impacto negativo del estrés percibido y sus efectos nocivos en el comportamiento del individuo. Así mismo, se requiere prestar atención al periodo prolongado de tiempo experimentando situaciones de estrés que determinan el inicio de un proceso que típicamente lo conceptualizamos como estrés crónico o distrés emocional.

Hace relativamente poco tiempo, científicos en el campo de la neuroendocrinología introdujeron una visión más amplia de la respuesta del estrés

que incluye el concepto de Allostasis, refiriéndose a “estabilidad a través del cambio” (Sterling&Eyer, 1988).

Este modelo conceptualiza la existencia de los sistemas nervioso, endocrino, e inmune en un estado de fluidez, los cuales responden a las demandas ambientales. El exceso de demandas ambientales genera perturbaciones en la habilidad y capacidad del organismo para responder a estas demandas y retornar de manera natural a un estado de homeostasis. Este desbalance generado por el exceso crónico de demandas produce un desgaste en las funciones bioquímicas de los sistemas antes mencionados ocasionando un estado de estrés crónico conceptualizado como Allostatic Load (McEwen, 2006).

Las diferencias conceptuales entre la respuesta fisiológica o emocional del estrés y el estrés crónico facilita la reinterpretación del síndrome de adaptación general de Selye. Este nuevo modelo nos permite afirmar que son los mediadores bioquímicos del estrés percibido (catecolaminas, glucocorticoides, y citoquinas) los que generan un cambio de 180 grados en cuanto a su función protectora debido a los efectos acumulativos “estresantes” en la vida diaria de un individuo, causando un desbalance en los sistemas nervioso, endocrino, e inmune alterando el equilibrio homeostático. Los efectos acumulativos del estrés crónico resultan en la alteración de los mediadores primarios de la respuesta fisiológica del estrés, por mencionar los principales: Cortisol, adrenalina, insulina, vasopresina, endorfinas y citoquinas, reflejando un aumento en la producción de algunas de ellas, o una insuficiencia en la liberación de otras (Koob,1999).

Esta alteración en los sistemas reguladores productoras de glucocorticoides y hormonas, producen un desgaste en las múltiples funciones cerebrales, endocrinas e inmunológicas predisponiendo al desarrollo de las alteraciones físicas y mentales antes mencionadas. En este sentido, esta establecido que el estrés crónico produce alteraciones en neuronas del hipocampo resultando en problemas de la memoria (McEwen, 2001). Así mismo, observamos una supresión de las defensas del sistema inmune y toda una constelación de síntomas

psicofisiológicos como fatiga de las glándulas suprarrenales causado por la reducción de cortisol. El estrés crónico o estrés emocional tiene una influencia directa en los procesos inflamatorios debido a la elevación crónica de citoquinas pro-inflamatorias, los cuales a su vez, son causantes directos de alergias respiratorias, particularmente asma, artritis reumatoide, y enfermedades cardiovasculares; como también depresión, insomnio, y fatiga crónica causada por una reducción en los niveles de cortisol (MacPherson, Dinkel&Sapolski, 2005). Desde el punto de vista metabólico, el estrés crónico induce al consumo excesivo de calorías generando el incremento de cortisol, glucosa e insulina, lo cual promueve la obesidad, diabetes tipo 2, y problemas cardiovasculares (Dallman, 2003; Epel, Lapidu, McEwen, 2000). La tercera interrogante debe ser respondida en base a un modelo terapéutico con un significativo énfasis en prevención. Este paradigma debe tomar en consideración todos los factores del modelo biopsicosocial que cumplen un rol importante en el proceso de desarrollo del estrés crónico, en la cual están involucrados el cerebro, sistema endocrino, sistema inmune, factores ambientales, y estilo de vida. Desde esta perspectiva, El manejo del estrés crónico a través de la práctica de Meditación Mindfulness permite el aprendizaje de la respuesta de relajación, así como un conocimiento más profundo de la propia sintomatología que caracteriza los estados de estrés crónico (Moscoso, Reheiser & Hann, 2004). La práctica de Mindfulness nos permite centrar la atención y conciencia en nuestro cuerpo, a través de la respiración; En nuestra mente, a través del pensamiento; y en nuestro entorno, a través de nuestros sentidos. Es importante destacar que La Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) es actualmente uno de los enfoques cognitivos de mayor desarrollo y aceptación en los Estados Unidos de Norteamérica, así como también en Europa. Su aplicación en la prevención y tratamiento de enfermedades relacionadas con el estrés crónico, como también cáncer, es prometedora y útil de acuerdo a reportes de estudios científicos (Lengacher et al, 2009).

CAPITULO 2

ANSIEDAD

2.1. Antecedentes

Durante la década de los años cincuenta y posteriormente en los sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia, mientras que en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión.

Sin embargo, en 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días.

En esta época, las neurosis de ansiedad se caracterizan por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y va acompañada a menudo por síntomas somáticos.

La neurosis de ansiedad, al contrario que la neurosis fóbica; puede producirse en cualquier circunstancia y no está limitada a situaciones u objetos específicos. Actualmente, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar a nivel mundial entre los trastornos del comportamiento más destacados.

El DSM V (2013) los clasifica los trastornos de ansiedad de la siguiente manera (figura 1)

	Crisis de angustia (panic attack)
	Agorafobia
F41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)
F40.01	Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)
F40.2	Fobia específica (300.29)
F40.1	Fobia social (300.23)
F42.8	Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)
F43.1	Trastorno por estrés postraumático (309.81)
F43.0	Trastorno por estrés agudo (308.3)
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.84)
F1x.8	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado (300.00)

Figura 1

Existe una gran confusión con el término ansiedad, pues bajo el mismo se han englobado diversos conceptos en el campo de la Psicología. Los problemas de ambigüedad conceptual y operativa para su abordaje dificultan el desarrollo de definiciones unánimes desde los distintos enfoques, a lo que se suma el problema de las numerosas etiquetas (reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, etc.) que ha recibido.

En esta línea, la filosofía existencial considera que la ansiedad es una respuesta de carácter humano que está dirigida hacia la amenaza que sufren los valores morales, y que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte.

Los psiquiatras existencialistas dan una importancia notoria al hecho de que la ansiedad es una característica ontológica del hombre. Dicha corriente filosófica mantiene que no es una actitud entre otras muchas, como pueden serlo el placer o la tristeza. Sin embargo, desde el punto de vista psicopatológico, el concepto de ansiedad no siempre ha sido usado de forma homogénea.

Como sugiere Lewis (1980), varias palabras latinas contienen la raíz indogermánica *angh* y, a pesar de ello, el término que ha prevalecido en toda la cultura occidental para definir a ese sentimiento de inquietud, que se acompaña de una clara constricción en la zona epigástrica y dificultades respiratorias, es el de ansiedad, debido a la influencia de Freud, quien la introduce como palabra técnica en la psicopatología. Este autor define la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo.

La ansiedad se concibe como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego (Freud, 1894); Freud identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, defendiendo que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan a raíz de la experiencia traumática y en función de la etapa de desarrollo psicosexual en la que se

encuentre el individuo. Según esto, la ansiedad es una característica esencial de la neurosis, una respuesta no realista ante la situación que es temida por el sujeto y que implica poco o ningún miedo real. Dicha ansiedad neurótica es entendida por los psicoanalistas como una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo, que se origina a raíz de las transformaciones producidas sobre la propia ansiedad objetiva.

2.2. Definición

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En primer lugar, éste se ha considerado como un estado emocional fisiológico y transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta. La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real (Mowrer, 1939).

A partir de la década de los años cincuenta, la ansiedad empezó a ser concebida como una dolencia de sobreexcitación, en tanto la exposición prolongada ante un estímulo excitante puede desembocar en una incapacidad para la inhibición de la excitación (Malmo, 1957).

Por su parte, Wolpe (1958) describe la ansiedad como "lo que impregna todo", estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada. En la década de los años sesenta se formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales correlacionan escasamente entre sí (Lang, 1968).

Esto quiere decir que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción. Por eso, a

finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica (Franks, 1969), como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales). Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí.

Concepto según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden

Otro término de anxiety(ansiedad) se define como un “estado emocional tenso” (Funk y Wagnalls,1963) “ a menudo marcado por síntomas 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 termino latino se definía como un estado de agitación y angustia. La raíz de “ansioso”, anx, provienen 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, en Beck y cols;2014).

Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y

respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987). En esta línea, Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel-Tobal, 1996). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

La ansiedad es un mecanismo de adaptación, si embargo cuando aparece sola, puede dar un cuadro nosológico independiente. La ansiedad es producto de la activación del sistema límbico, que favorece las respuestas de supervivencia como es un incremento en el estado de alerta y una mayor evaluación y capacidad de reacción ante los estímulos, mejorando la habilidad para responder física y psíquicamente. Se le considera patológica cuando desencadena una respuesta desproporcionada a un estímulo y es más persistente de lo aceptable; ello mantiene al sujeto en un estado de hipervigilia e hiperalerta que lo desgasta y después lo enferma (Uriarte, 1997)

2.3. Etiología

La etiología de la ansiedad patológica tienen como base una o varias experiencias traumáticas, condicionando un estado de angustia, también por una labilidad constitucional en parte genética y finalmente, por una disfunción en los centros límbicos (Uriarte, 1997).

Los enfoques de la teoría del psicoanálisis y la del aprendizaje buscan las causas del trastorno de ansiedad en determinadas condiciones ambientales. Los expertos creen, sin embargo, que el trastorno de ansiedad no está provocado solo por malas experiencias de aprendizaje. Por el contrario, la persona que sufre el trastorno biológico ha de ser particularmente propensa a esto.

Un factor que parece desempeñar un papel importante es el sistema nervioso autónomo. Este regula y controla las funciones de los órganos internos como el corazón y la respiración. En las personas que sufren un trastorno de ansiedad el sistema nervioso autónomo se muestra más inestable. Esto nos lleva al hecho de que los síntomas del miedo se puedan producir muy rápidamente. Esta inestabilidad del sistema nervioso autónomo es aparentemente innata.

Se cree que ciertos neurotransmisores de los pacientes con ansiedad sufren anomalías (como la serotonina, la noradrenalina o el ácido gamma-aminobutírico). Otros hallazgos neurobiológicos muestran que las personas con trastorno de ansiedad presentan diferencias en una región del cerebro determinada conocida como sistema límbico. El sistema límbico desempeña un papel importante en el tratamiento y la percepción de los sentimientos en el hombre.

También parece que los factores genéticos desempeñan un papel importante en la aparición del trastorno de ansiedad. Los estudios han demostrado que el trastorno de ansiedad es más frecuente en familiares de primer grado de pacientes con trastorno de ansiedad que en gente que no tiene familiares afectados por dicho trastorno. Sin embargo, no se sabe si estos resultados solo se deben a factores genéticos o a que con frecuencia los parientes de primer grado viven expuestos a

los mismos factores ambientales o a influencias externas parecidas. Si los factores ambientales influyen en el desarrollo del trastorno de ansiedad, esta podría ser la razón de que haya una probabilidad más alta de enfermedad en el entorno familiar afectado.

La ansiedad también puede aparecer con el consumo de determinadas sustancias como el alcohol, la cafeína o las drogas. La respuesta circulatoria relacionada con los estimulantes se puede vivir como un ataque de pánico. Debido a la ansiedad de anticipación, el afectado temerá que se produzcan más crisis de ansiedad y esta puede ser la razón que lleve a un trastorno de pánico.

2.4. Consecuencias

La respuesta emocional de la ansiedad engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.), aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.), y aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.). Además, en esta misma década de los años sesenta se comienza a tomar consciencia de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, concluyendo que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano. En esta línea, Kolb (1968) considera que el ataque de ansiedad es

causado por una hiperventilación, es decir, por un cambio en el ritmo de la respiración que se traduce en tomar grandes cantidades de aire en cada inspiración. Así, algunos de los síntomas del ataque de ansiedad son similares a los que se observan en la hiperventilación, como el aturdimiento, la sensación de desvanecimiento, el paso inseguro y la respiración entrecortada.

A partir de la década de los años setenta, se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza (Epstein, 1972).

Por su parte, Marks y Lader (1973) describen la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre. Otro autor importante de esta década fue Wolpe, que propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional; éste viene a definir la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo (por ejemplo, una descarga eléctrica); en términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados (Wolpe, 1979). Por otro lado, en los años ochenta se comienza a describir las características de la ansiedad. Así, Lewis (1980) señala que, en primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira; en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.; en último lugar, se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas voluntariamente de huida, defecación, etc., o bien obedecen

a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca. La ansiedad también se ha descrito como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas por el sujeto como una amenaza o peligro para su integridad, poniendo en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de, entre otras, una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, responsables de buena parte de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa (Tyrer, 1982). Rachman (1984) propone que la ansiedad dentro de la psicopatología actual corresponde a una respuesta condicionada, anticipatoria y funcional; este autor añade que, dentro de la visión científica de la ansiedad, no se presenta correlación positiva entre el peligro objetivo y la ansiedad, sino que ésta tiene un carácter irracional, es decir, se produce ante situaciones sin peligro real. Por su parte, Spielberger *et al.* (1984) definen el estado de ansiedad como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo, mientras que Tobeña (1997) la considera como una emoción que modifica los parámetros biológicos y se expresa a través de diferentes aparatos y sistemas.

A partir de los años noventa, se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, 1990). Tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, Miguel-Tobal (1990) propone que "la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser producida, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto".

Posteriormente, Miguel-Tobal (1996) las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación.

2.5. Teorías sobre ansiedad

2.5.1 Enfoque psicoanalítico

La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad con la que el psiconeurótico lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica.

Este autor identifica elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Por otra parte, carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza.

Además, Freud en 1894-1895 identifica tres teorías sobre la ansiedad:

1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea.

2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido,

no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetiva diferenciación entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido. Con respecto al primero, señala que produce la ansiedad objetiva o miedo de (Spielberger, 1966; Spielberger, Krasner & Solomon, 1988); dicha ansiedad neurótica ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello.

3) La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el super-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

2.5.2 Enfoque conductual

Frente a las teorías dinámicas, aparece un nuevo modelo que trata de acercar el término hacia lo experimental y operativo. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (*drive*) que provoca la conducta del organismo.

Desde esta perspectiva, Hull (1921, 1943, 1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente.

Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que producen una respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

El eje conductual en el que el individuo se mueve abarca, por ejemplo, desde un simple enfado hacia los demás por algún hecho concreto que le haya molestado, hasta moverse con inquietud, movimientos repetitivos e inconexos o, por el contrario, hasta intentar pasar desapercibido para el resto de las personas que se encuentran en ese entorno concreto.

En general, supone un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuales sean las consecuencias que deriven de ella, un escape de la situación sin permitir su desarrollo, o la evitación del peligro percibido por el individuo una vez que se propone iniciar la conducta; a esto se le conoce por reacción de lucha y huida.

Puede derivar en inhibición de la conducta, en comportamientos agresivos, en evitación de situaciones futuras que sean similares, en bloqueos momentáneos o en hiperactividad, según se trate de un individuo o otro.

2.5.3 Enfoque cognitivo-conductual

Después de la década de los años sesenta, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la Psicología, dando lugar al enfoque cognitivista.

Las formulaciones de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos.

La mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad.

Los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto.

Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se

iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad.

Las situaciones que producen una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de la misma; esto se explica de muy diversas formas pero, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación.

Algunas veces, el individuo reconoce que tal situación no es una amenaza objetiva, a pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad.

En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza.

En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir, él individuo apenas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio.

La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, pero esto no es totalmente cierto porque la situación que él percibe puede no constituir una amenaza real; dicha percepción suele venir acompañada de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración, etc.

En la actualidad, la ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestra incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad.

Por otra parte, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado (Akiskal, 1985). Por último, Beck y Clark (1997) describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un lado, y controlados por otro, al tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad.

La aparición de éste enfoque se vincula a autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual.

Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan.

Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad.

A partir de ahí surge la teoría interactiva multidimensional (Endler y Magnusson, 1976; Endler, Magnusson, Ekehammar y Okada, 1976; Endler y Okada, 1975), que concuerda con la hipótesis de la congruencia propuesta por Endler en 1977, la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos dé lugar al estado de ansiedad.

En el caso de la teoría tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras.

En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

2.5.4 La psicología de la personalidad

Se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones.

Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; así pues, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia.

Por otra parte, la ansiedad entendida como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva.

Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real.

La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996).

La ansiedad rasgo y estado se solapan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y la de tipo agudo; cuando ésta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo; también, puede haber un sentimiento de irrealidad o de "estar separado" del suceso o la situación.

Todo esto, indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica); la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella (Spielberger, Pollans y Wordan, 1984).

El sistema categorial dominante en la psicopatología actual promueve diferencias cualitativas tanto entre los sujetos clínicos y los normales como entre las categorías clínicas; la diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de carácter multicausal.

Al tomar como base un modelo multidimensional, la diferencia entre la ansiedad patológica y la normal se relaciona con el grado en que se manifiestan las dimensiones relevantes. Ante este razonamiento, se debe tomar conciencia de la

problemática de esta distinción (Belloch y Baños, 1986; Ibáñez y Belloch, 1982). Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Spielberger, 1966, 1972), traducéndose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo.

Por su parte, Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales); la primera está ligada a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la responsable de los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos. Por último, la ansiedad se puede dividir igualmente en primaria, cuando no deriva de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente, o secundaria, cuando acompaña a la mayoría de las afecciones primarias psiquiátricas. Asimismo, destaca una ansiedad reactiva que es conocida como las reacciones neuróticas de la angustia, o una ansiedad nuclear, donde destacan las crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

2.5.5 Otros

Las corrientes humanistas y existencialistas también se han ocupado del constructo de ansiedad, siendo el elemento común de las mismas la consideración de la ansiedad como el resultado de la percepción de peligro por parte del organismo.

CAPITULO 3

RELAJACIÓN

3.1. Antecedentes

Las relajaciones actuales son antecedidas por las prácticas religiosas orientales; tales como cantos, rituales, ejercicio de fijación de ojos, prácticas de meditación: la contemplación, la entrada en estados alterados de conciencia, lo que distingue a las escuelas de meditación occidentales de las orientales es el hecho de que estas últimas han enfatizado los aspectos de contemplación y de alteración de la conciencia, mientras que la cultura occidental se ha centrado en el componente de relajación de la meditación.

Como explica Amador:

“A partir del nacimiento de la medicina psicosomática , que da importancia tanto al aspecto psicológico de la persona como al físico, el estado de tranquilidad se refiere a ambos. Es decir que actualmente, la relajación abarca un proceso cuyo objetivo es la búsqueda de un estado de equilibrio cuerpo-mente como vía de bienestar y salud” (1989, p.31).

El interés por la relajación como tal aparece en Occidente dentro del campo de la medicina, y más concretamente como una derivación de fenómenos como el magnetismo y la hipnosis.

Existen referencias de la utilización de estas técnicas con fines terapéuticos en el templo de los sueños en el antiguo Egipto, y también entre los griegos y los druidas, cuando la medicina era una función sacerdotal. Los testimonios históricos concretos arrancan de hace tan sólo dos siglos, cuando el médico vienes Antonio Mesmer causaba furor entre la sociedad parisina de Luis XVI y Maria Antonieta, por las curaciones; se basaba en el principio de la polaridad magnética y los distintos efectos de uno y otro polo.

A mediados del siglo pasado habían proliferado en cierta medida unos hospitales o clínicas mesméricas, en los que el “sueño magnético” era empleado como método anestésico en cirugía; James Esdaile, llegó a fundar un hospital mesmérico en Calcuta con el apoyo del gobierno Bengala.

Por esta época el mesmerismo se había simplificado mucho, debido a Abate Faria, un monje portugués nacido en Goa, que utilizó y propago un método de inducción del sueño magnético en base a la concentración por "sugestión verbal".

La palabra sugestión quedaba así incorporada a este contexto, preparando el camino a la hipnosis propiamente dicha.

Un cirujano y oculista escocés llamado James Braid investigó, por primera vez de manera científica, el fenómeno del sueño provocado por un magnetizador. Braid propuso que los imanes y el magnetismo no eran los responsables del estado hipnótico y la consecuencia de las curaciones. Braid en 1843 utilizó la palabra "hypnos" que en griego significa sueño y explicó la naturaleza de este estado hipnótico, excluyendo la existencia de fluidos magnéticos emanados de las manos o de los ojos del magnetizador, ya que Braid era un oculista creyó que la fijación de la mirada en un punto luminoso cansaba los músculos alrededor de los ojos y que esta fatiga producía el estado hipnótico.

Como médico tuvo conocimiento de los fenómenos hipnóticos y le sorprendió la dificultad de los sujetos para mantener los ojos abiertos. Él que entre sus actividades médicas y quirúrgicas se encontraba la oftalmología y más concretamente la corrección del estrabismo, pensó que el cansancio producido por la fijación ocular producía unas alteraciones en el sistema nervioso que facilitaban el sueño.

De este modo y mediante un procedimiento "físico" se podía inducir el estado hipnótico en lo que vino a denominarse el "sueño nervioso", frente al "sueño lúcido" de Faria (era necesaria la concentración por parte del sujeto).

Braid diferenciaba el "sueño nervioso" del sueño convencional y lo utilizó con fines terapéuticos concretamente para el control del dolor, en lo que constituye una puerta a las aplicaciones clínicas de la hipnosis.

Con las aportaciones de Faria y Braid en los comienzos del S. XIX se rechaza al magnetismo, electricidad y otras explicaciones similares como provocadores de la hipnosis y se acepta que es la participación efectiva del sujeto la que pone en marcha el fenómeno.

Que dicho fenómeno puede ponerse en funcionamiento mediante la palabra o por acción de determinados cambios fisiológicos, inducidos
Mediante instrucciones verbales.

Fueron tan importantes los descubrimientos de Braid y tan efectiva su técnica, que actualmente todos los métodos para hipnotizar que se basan en la fijación de la mirada se conocen como método de Braid.

Posteriormente las dos escuelas "La Escuela Psicológica De Nancy" conformada por Liébeault y Bernheim y "La escuela Neurofisiológica de Paris del hospital la Salpêtrière" por Charcot

Ambroise August Liébeault (1823-1904) Introdujo la sugestión verbal, ya utilizada por Faria, principal fundamento de su propio método; incorporó también la sugestión colectiva y demostró de que podían hipnotizar personas psíquicamente normales.

Según Liébeault, influye la predisposición individual, en parte hereditaria y en parte adquirida, a "caer en estados de inercia mental", de donde deduce la idea de su prevención, de una especie de higiene mental destinada a conseguir la fortaleza frente a las sugestiones propias y ajenas.

Hippolite-Marie Bernheim (1837-1919): Psiquiatra, era profesor agregado de la facultad de Medicina de Estrasburgo, en el último cuarto del siglo XIX, cuando contactó con un médico rural, Liébeault, el cual había desarrollado un método hipnótico muy parecido al que hoy en día empleamos.

Juntos crearon la "Escuela psicológica de Nancy", auténtica pionera en el estudio de la hipnosis, y opuesta a la "Escuela neurofisiológica de París" del Hospital de la Salpêtrière, en la que el neurólogo francés más importante de aquellos tiempos, Charcot, impartía sus lecciones de neurología, pero también de psiquiatría e hipnosis. La doctrina de Charcot era que solamente se podía hipnotizar a los enfermos histéricos.

La escuela de Nancy, menos laureada en su época, trabajó de forma más callada. Las publicaciones de Bernheim son predecesoras de la moderna medicina psicosomática, y de las aplicaciones de la hipnosis en este tipo de enfermedades.

Bernheim en 1884 definía la hipnosis como un estado especial, producido artificialmente y que ponía en estado exaltado en diversos grados la sugestibilidad, o sea, la actitud para sufrir el efecto de una idea y poder ejecutarla. Juzgaba que para que la sugestión hipnótica tuviera efecto y se pudiera trabajar con ella, era necesario que existiera en el paciente una disposición o receptividad cerebral, y afirmaba que en un elevado porcentaje de personas se podía encontrar esta condición, por lo que no era posible reducir la hipnosis a pacientes neuróticos e histéricos como sostenía Charcot.

A pesar de que Bernheim y Liébeault en el último cuarto del siglo XIX estaban juntos en las investigaciones, existían algunas diferencias entre ellos. Para Liébeault la sugestión era un fenómeno propio de los estados hipnóticos. Bernheim, en cambio, tenía una concepción más amplia y consideraba que la sugestión estaba presente también en estado de vigilia, pudiendo ser utilizada en el mismo.

La Escuela de Nancy, se oponía a la Escuela de París en las concepciones sobre la hipnosis. Charcot sostenía una teoría exclusivamente somática, que reducía la hipnosis a histeria y la consideraba como una forma de neurosis experimental, mientras que Bernheim consideraba la hipnosis como sugestión, lo que demuestra la superioridad científica de su teoría respecto a la de Charcot.

La relajación progresiva se introdujo en occidente de la mano de Jacobson en el año de 1938. Veinte años más tarde, en 1958, Wolpe popularizó la relajación aplicando una versión reducida del procedimiento de Jacobson para incluirla en la técnica conductual de la desensibilización sistemática. En aquel tiempo, la terapia de la conducta estaba ganando popularidad y la desensibilización sistemática era una técnica muy útil y que cumplía muchos de los requerimientos (ej; observable, mensurable y de hallazgos repetibles) de la psicología conductual.

Según Jacobson(1938) La ansiedad y la relajación son 2 fenómenos exclusivos e independientes. 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, hasta llegar a percibir el efecto deseado de relajación en los músculos.

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 sensibilización 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 músculos al mismo tiempo que se presta atención a las sensaciones relacionadas con estados de tensión y de relajación (Payne,2009).

Los orígenes de la psicoterapia autógena han de buscarse en los estudios que sobre el sueño y la hipnosis realizaron a comienzos de este siglo los neurofisiólogos alemanes Oscar Vogt y K. Brodmann. Vogt observó que ciertos pacientes pueden alcanzar un estado hipnoide, mediante autosugestión de sensaciones de peso y calor en los miembros.

La práctica regular de ejercicios mentales de este tipo tenían un notable efecto reductor de la sensación de fatiga y tensión nerviosa, por lo que se denominó a la técnica “Reposo autohipnótico profiláctico”. J. H. Schultz, basándose en estos trabajos, trató de desarrollar un método de hipnoterapia que eliminara la pasividad del paciente y su dependencia en el terapeuta.

La concentración sobre sensaciones de peso y de calor en las extremidades llegaba a inducir en sus pacientes un estado de relajación profunda, que parecía diferente del estado de hipnosis. Según Schultz, la práctica repetida de los ejercicios aumenta la habilidad del paciente para inducir por sí mismo este estado

peculiar, alcanzando niveles cada vez más profundos de relajación y acumulando beneficios terapéuticos.

A causa de estos factores, Schultz decidió llamar a su método “Entrenamiento autógeno”, haciendo así hincapié en la naturaleza auto- inducida del fenómeno (esto es, independiente del terapeuta) y en la necesidad de una práctica regular de los ejercicios para obtener resultados terapéuticos palpables.

Otro concepto importante introducido por Schultz es el de “concentración pasiva”, actitud mental imprescindible para la práctica del entrenamiento autógeno, que la mayoría de los sujetos pueden desarrollar de manera casi intuitiva, si son debidamente guiados para ello. Este tipo de concentración es diferente de la concentración voluntaria o activa empleada a diario para la resolución de problemas, y sin embargo no tiene nada que ver con el abandono de la imaginación fácil de las mentes perezosas.

El siguiente paso importante en el desarrollo de la psicoterapia autógena fue la descripción por W. Luthe en 1966 del fenómeno de “descarga autógena”, consistente en manifestaciones de tipo motor, sensorial o psíquico durante el estado autógeno. Luthe consideró éstos fenómenos en relación con la historia traumática del individuo, y favorecedores de una eventual eliminación de tensión psíquica acumulada.

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).

Fue en el año 1970 cuando Wolfgang Luthe inició en su escuela de Montreal el empleo de los métodos autógenos en psicoterapia. Discípulo directo del fallecido J. Schultz, Luthe ha desarrollado los descubrimientos de su maestro hasta convertir hoy en día la psicoterapia autógena en uno de los métodos más eficientes para el tratamiento de alteraciones psicósomáticas y de neurosis, sobre todo aquéllas que tienen importante base traumática.

Para los autores Kazdin(1982) y De Silva(1984) las técnicas budistas deben ser consideradas como precursoras históricas de las técnicas cognitivo conductuales

modernas existentes y han de ocupar un lugar en la prehistoria de la modificación de conducta.

Una definición psicológicamente orientada afirma que la "Meditación es un conjunto de prácticas atencionales que provoca una modificación del estado o de un rasgo de la conciencia, caracterizado por una ampliación de la conciencia, una mayor presencia y un sentido más integrado de uno mismo" (Davis 1998).

La meditación se originó mucho tiempo antes del advenimiento de la psicología contemporánea. Comenzó en la India antigua hace más de 3000 años y ha existido en la práctica ritual de algunas religiones principales y en muchas organizaciones seculares. Hay dos tipos generales de meditación: la meditación por concentración y la meditación de atención plena (Barrows 2002).

La meditación por concentración tiene su mejor representación en la medicina moderna en dos programas: la Meditación Trascendental, introducida en Occidente durante los años sesenta, y la Respuesta de relajación de Herbert Benson (meditación Bensoniana), desarrollada posteriormente (Benson 1975). La meditación por concentración enfatiza el centrar la atención sobre un objeto y mantenerla hasta que la mente logre la calma. La relajación y claridad de la mente son resultado de la práctica continua.

La meditación de atención plena es otra clase de meditación, que se centra en mantener la conciencia abierta a cualquier contenido de pensamiento que surja. Después de un período de práctica, el paciente desarrollará una capacidad de observación atenta sostenida, sin reaccionar a sus propios pensamientos y emociones. El estado de toma de conciencia con ecuanimidad ayuda a reentrenar o desacondicionar el patrón previo de reacción, que generalmente es inadaptado a la realidad externa.

Las técnicas de meditación de atención plena, que se centran en la toma de conciencia para desarrollar una observación objetiva de los contenidos de la conciencia, pueden representar una potente estrategia de tratamiento cognitivo-

conductual para transformar las formas en las que se responde a los acontecimientos de la vida (Astin,1997).

La Sofrología nació en 1960, año en que el médico neuropsiquiatra A. Caycedo empezó a divulgarla, justo cuando laboraba en el Hospital Provincial de Madrid, España. El especialista, de origen colombiano, diseñó una técnica en pro de equilibrar la conciencia del ser humano, sano o enfermo, para lo cual investigó distintas formas de meditación, lo mismo en la India que en monasterios japoneses en los que estudió el zen (escuela budista), e incluso se entrevistó con el Dalai Lama.

Tras este periodo de aprendizaje, Caycedo estableció las bases de un método de entrenamiento adaptado a la mentalidad occidental, denominado relajación dinámica. Aunque esa primera versión se ha perfeccionado y ha pasado de tener tres grados a 12, conserva fundamentos de yoga, budismo y zen.

Además de trabajar el momento presente de la vida, la Sofrología emplea la imaginación para desarrollar la capacidad de recordar momentos pasados positivos (técnicas de preterización) y vislumbrar el futuro (técnicas de futurización) de forma armónica y optimista.

Así, el individuo aprende a descubrir y cambiar sus actuaciones negativas por otras neutras o positivas, de modo que logra control emocional y se vuelve capaz de programar y transformar su actitud de manera consciente, serena y positiva ante la vida.

La Sofrología ayuda a que el individuo adquiera la disposición mental que lo haga menos receptivo al estrés y las agresiones cotidianas, y ello tiene como consecuencia el desarrollo gradual de una mayor resistencia ante enfermedades de origen psicósomático (originadas por un proceso psíquico), pues se sabe que importante número de padecimientos tienen su origen en algún desequilibrio mental.

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

El taller que se propone en esta tesina utilizara la técnica de kundalini yoga como una estrategia de relajación para disminuir la ansiedad en padres con hijos Asperger.

Kundalini yoga es la tecnología de la conciencia humana, es una manera para establecer una relación alineada entre el cuerpo, la mente y el alma.

Yoga viene de la palabra bíblica yugo, esta se originó de la palabra raíz en sanscrito jugit; ambas significan juntar o unir. Yoga es la unión de la conciencia individual con la conciencia infinita.

Kundalini es tu potencial creativo. Lo experimentas cuando la energía del sistema glandular se combina con la energía del sistema nervioso para crear tal sensibilidad que la totalidad del cerebro reciba señales y las integre. Así pues, te vuelves total e íntegramente consiente, y tu potencial creativo se hace disponible para ti (Bhajan,2007).

Kundalini yoga te enseña cómo obtener un sistema inmunológico fuerte, glándulas vitales, un sistema nervioso fuerte, buena circulación y una conciencia del impacto de tus hábitos.

3.2. Definición y característica

La relajación se emplea prácticamente en todas aquellas situaciones cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo.

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

La relajación es preventiva y terapéutica pues permite a las personas 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, así como cambios cognitivos que implican sensaciones de tranquilidad, confort y sosiego.

Es una estrategia terapéutica utilizada en el ámbito de la psicología clínica, ya sea como un componente específico o como un componente más de otras técnicas, y se logran mejorías sustanciales si el individuo es consciente de que la relajación es una nueva habilidad que debe aprender, siguiendo una serie de instrucciones, que aunque diferentes en contenido según el método de que se trate, coinciden en presentarse de forma sencilla, monótona, ordenada, con frecuencia regular y disciplinada.

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

Funciones principales:

- Rejuvenecimiento en el sistema nervioso parasimpático.
- Distribución del prana (energía vital) estimulado por los ejercicios
- Liberación de patrones rígidos en los músculos y en el flujo sanguíneo
- Circulación de cambios glandulares
- Centrar las energías emocionales

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. Son técnicas fáciles de aprender, y de poner en práctica en cualquier lugar, y momento.

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

La 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).

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

De acuerdo al nivel de profundidad de la inhalación, se pueden establecer tres patrones respiratorios diferentes.

- a) La respiración clavicular, la más corta y superficial.
- b) La respiración torácica, en la que se implican los músculos del torax, la intervención del diafragma es poco relevante. Se asocia a la actividad del sistema nervioso simpático.
- c) La respiración diafragmática, la más profunda de todas, debido a que permite la 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 un mínimo esfuerzo. Este patrón respiratorio se asocia y puede estimular una respuesta parasimpática(Vazquez,2001).

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)

3.3 Principales técnicas de relajación y meditación

3.3.1 La relajación progresiva (RP) de Edmund Jacobson

La relajación progresiva es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos en los que es necesario un reposo muscular intenso.

El entrenamiento en relajación progresiva favorece una relajación profunda con poco esfuerzo, permitiendo establecer un control voluntario de la tensión y distensión muscular.

Es un método que favorece un estado corporal más energético pues favorece intensamente el reposo; permite reconocer la unión íntima entre tensión muscular

y estado mental tenso, mostrando con claridad como liberar uno, implicando liberar el otro. Todo el cuerpo percibe una mejoría, una sensación especialmente grata.

Esta relajación se llama progresiva debido a que va alcanzando estados de dominio y relajación de forma gradual aunque continua, poco a poco, pero cada vez más intensos, más eficaces. Es un método que conlleva tiempo, pero sus efectos son prolongados.

Jacobson nos enseña a relajar la musculatura voluntariamente como medio para alcanzar un estado profundo de calma interior, que se produce cuando la tensión innecesaria nos abandona. Liberarnos de la tensión física es el paso previo e imprescindible para experimentar la sensación de calma voluntaria.

Las zonas en que acumulamos tensión son múltiples, aprender a relajar los distintos grupos musculares que componen nuestro mapa muscular de tensión supone un recorrido por todo nuestro cuerpo, aunque en ocasiones no tengamos información de la tensión que se acumula en estas zonas no deja de ser un ejercicio interesante y sorprendente al mismo tiempo. Se logra disminuir la ansiedad, relajar la tensión muscular y facilita el sueño.

Este método tiene tres fases:

1. La primera fase se denomina de tensión-relajación. Se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente.
2. La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo.
3. La tercera fase se denomina relajación mental. En la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva, o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo.

Estas tres fases pueden durar entre 10 y 15 minutos; esta técnica se puede repetir varias veces al día.

1º FASE: Tensión-relajación.

Cierra los ojos, siéntate en una silla o acuéstate en la cama.

- Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):
 - Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.
 - Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
 - Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.
 - Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.
 - Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
 - Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.
 - Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.
 - Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
 - Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.
 - Relajación de brazos y manos o Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos.
 - Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.
 - Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
 - Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
 - Tórax: Inhala y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Exhala lentamente.
 - Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.
 - Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

2ª FASE: repaso.

- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

3ª FASE: relajación mental.

- Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

3.3.2 Desensibilización sistemática (DS)

La DS tal y como fue propuesta y desarrollada por Wolpe está basada en los principios del condicionamiento clásico, de tal forma que la intensidad de una respuesta condicionada como la ansiedad podía ser reducida estableciendo una respuesta incompatible con la misma, frente al estímulo condicionado por ejemplo el temor a una serpiente; es decir, la presentación de un estímulo ansiogénico (EC) cuando no puede producirse la respuesta de ansiedad (RC) facilitaría la ruptura de la asociación estímulo-ansiedad (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

Lo anterior nos hace referencia a la forma de revertir el condicionamiento clásico y fue denominada contra-condicionamiento por inhibición recíproca.

Este concepto de inhibición recíproca procedía del concepto fisiológico de Sherrington propuesto en 1961, donde establecía que no pueden darse simultáneamente dos estados fisiológicos incompatibles: relajación y ansiedad (Ángeles et al., 2012).

La idea básica de la Desensibilización Sistemática consiste en enseñar al paciente a relajar los músculos voluntarios durante una confrontación imaginaria con el estímulo del miedo (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers & Telch, 2010).

Una vez entrenado el paciente en relajación, elaborado la jerarquía de ansiedad y evaluado la capacidad imaginativa del paciente, se comienza con las sesiones de desensibilización (Ángeles et al., 2012).

Se comienza por acordar una señal que el paciente realizará para indicar que está relajado o por lo contrario si se siente con ansiedad. La sesión de desensibilización comienza con el paciente sentado en un lugar cómodo y

desarrollando la respuesta de relajación para la cual ya fue previamente entrenado, una vez indicada su señal se presenta el primer ítem de la jerarquía y se le pide que lo imagine con el mayor realismo posible.

Si ante la presentación del ítem el paciente indicase ansiedad considerando el límite de USAs que indican ansiedad, se le da la indicación de dejar de imaginar y volver a centrarse en la relajación.

En caso de que no se produzca ansiedad el ítem se mantiene en la imaginación durante unos 15 o 20 segundos, después de este tiempo se le pide al paciente centrarse nuevamente en la relajación (40 o 50 segundos) y se y se volverá a presentar el mismo ítem siguiendo las mismas pautas, si nuevamente no se produce ansiedad se realizará una nueva pausa para centrarse nuevamente en la relajación y después volver a presentar el ítem una tercera vez. Si no hay ninguna señal de la presencia de ansiedad durante la exposición, el tiempo de exposición del ítem se va haciendo un poco más largo en cada presentación (1ª:15-20 seg / 2ª: 25-30 seg / 3ª: 35-50 seg).

Si hay problemas de ansiedad el tiempo de presentación no se alargará hasta que la exposición no haya quedado libre de ansiedad (Ángeles et al., 2012). Es importante mantener siempre un tiempo de atención en la relajación no inferior a 40 segundos entre las exposiciones, pudiendo alargarse si aparecen señales de ansiedad. La presentación consecutiva de un ítem tres veces sin que se produzca ansiedad, o que la que se produzca no supere los 25 USAs es el criterio de desensibilización, en este momento es posible ya pasar al siguiente ítem en la jerarquía. En general, en una sesión de desensibilización suele dar tiempo a desensibilizar 3 o 4 ítems.

Si durante la exposición de un ítem se producen respuestas de ansiedad persistentes (se ha presentado ya cuatro veces y no hay reducción de la ansiedad), se retrocede al ítem desensibilizado anterior y terminar la DS para identificar el problema que pudiera ser ansiedad excesiva, dificultad en la imaginación o en la relajación (Ángeles et al., 2012).

3.3.3 Métodos autógenos (AT)

Terapia autógena (*autogenic therapy*, en inglés) es un término propuesto por Luthe y Schultz (Luthe y Blumberger, 1977 and Schultz y Luthe, 1969) que engloba toda una serie de técnicas y métodos psicoterapéuticos basados en un enfoque psicofisiológico del comportamiento humano.

El primer referente científico de la terapia autógena sería el entrenamiento autógeno descrito por Schultz en 1926, tras más de 20 años de investigación y que presenta en un libro seis años más tarde (Schultz, 1932).

Schultz, basándose en las investigaciones previas de los neurofisiólogos Vogt y Brodmann, acerca de los cambios psicofisiológicos de diferentes estados de control consciente como el sueño, estados de heterohipnosis y de autohipnosis, sistematiza un método de autohipnosis gradual utilizando seis pasos y que constituye el entrenamiento autógeno. Posteriormente, el mismo Wolfgang Luthe (Luthe, 1970b, Luthe, 1973 and Luthe y Blumberger, 1977) añadiría otras técnicas y procedimientos terapéuticos menos conocidos en el ámbito académico-científico, como son los procedimientos meditativos autógenos, las técnicas de modificación autógena a partir de fórmulas específicas de órgano y las fórmulas intencionales y las técnicas de neutralización autógena, que incluyen la verbalización y abreacción autógena. El uso integrado de estas técnicas dentro de un marco psicoterapéutico para promover la homeostasis, constituye la terapia autógena.

La terapia autógena tiene como ejes fundamentales de su acción la estimulación de las capacidades auto-reguladoras del organismo a través de una forma particular de entrenamiento atencional focalizado en un soporte corporal-emocional-experiencial, todo ello bajo una actitud de no interferencia con los procesos emergentes en la terapia. A diferencia de otros métodos terapéuticos, se basa en un enfoque basado en el proceso más que en la meta. La consecución de objetivos terapéuticos no son más que consecuencias directas de la focalización adecuada en los procesos mentales, tal como ya deja entrever Luthe (1970b) & Luthe y Blumberger (1977) señalando que el cerebro sabe bien qué tarea debe hacer para recuperarse, o como refiere en otras palabras, “el sistema del propio paciente es el que mejor sabe cómo ciertas alteraciones funcionales llegaron a

ocurrir y cómo reducir sus efectos perturbadores (neutralización)” (Luthe y Blumberger, 1977, p. 158).

En los métodos autógenos, de acuerdo con Schultz y Luthe (1969), la tarea del practicante facilita los procesos auto-reguladores a través de tres componentes:

- 1) El entrenamiento de un tipo de concentración mental, denominada concentración pasiva, que consiste en focalizar la atención en sensaciones propioceptivas.
- 2) una actitud mental denominada de aceptación pasiva, consistente en la adopción de una actitud de observación sin interferencia ante cualquier experiencia que surjan a lo largo del entrenamiento o método y;
- 3) la práctica consistente y persistente de la concentración pasiva con una frecuencia de al menos tres veces al día.

Es el propio practicante el que induce el denominado estado autógeno que promueve los procesos auto-reguladores, siendo las tareas del terapeuta la enseñanza, supervisión y facilitación de dichos procesos.

La concentración pasiva es un concepto básico del entrenamiento autógeno y por extensión de todos los métodos autógenos. A diferencia de la concentración mental más activa, la concentración pasiva se centra en el proceso más que en la meta, utiliza fórmulas mentales sugestivas de tipo propioceptivo para el desarrollo de la atención y lo hace de forma paradójica, es decir, la atención se dirige al cuerpo, pero sin que importen los efectos que se produzcan(Luthe y Blumberger 1977).

Tal como se desprende de esta definición, la concentración pasiva está íntimamente vinculada a una actitud de no interferencia con lo que ocurre en la misma experiencia de concentración, en la que la fijación ansiosa por algún resultado concreto es minimizada por completo.

Esta actitud de no interferencia en el practicante se denomina aceptación pasiva, consistente en mantener un rol de espectador ante cualquier experiencia que ocurra. Igualmente, la concentración pasiva como postura mental regulatoria facilita el afrontamiento de otro de los elementos esenciales del entrenamiento autógeno y de los métodos autógenos derivados: son las descargas autógenas.

Tal como explican Schultz y Luthe (1969) o Luthe (1970b) la inducción del estado autógeno puede generar en gran cantidad de practicantes procesos de descarga dirigidos por el cerebro, inesperados, tales como llanto espontáneo o reacciones perturbadoras, como por ejemplo dolor de cabeza, descargas musculares motoras, sentimientos de ansiedad y desasosiego, mareos, etc.

Estas reacciones pueden ser tanto motoras como sensoriales, intelectuales o afectivas y requieren del practicante una actitud de espectador ante las mismas. Las descargas autógenas fueron estudiadas en profundidad en los años 60, analizando sus correlatos con traumas físicos, trastornos psicógenos y acontecimientos estresantes asociados a traumas o a una educación rígida con adoctrinamientos religiosos, o con depravación, estimulación afectiva y sexual. Agrupa las descargas en 9 categorías: motoras (somatomotoras, motoras reflejas, víscero-motoras), sensoriales (somatosensoriales, viscerosensoriales, otras), vestibulares, auditivas, olfatorias, gustativas, visuales, afectivas e ideativas.

Las técnicas de la terapia autógena, aunque conforman un grupo integrado de técnicas con unos principios en la fundamentación del comportamiento humano y de los procesos de recuperación psicológica, se han utilizado de forma combinada con otras técnicas como el *biofeedback* o incluso dentro de técnicas de modificación de conducta como la desensibilización sistemática, creando el *biofeedback* autógeno y la modificación de conducta autógena.

No obstante, además de estas técnicas fruto de la combinación interdisciplinar, las técnicas propiamente y directamente relacionadas con la terapia autógena, aun teniendo como base común el entrenamiento autógeno, presentan una serie de diferencias conceptuales y de procedimiento que se muestran a continuación (para ampliación, consultar Schultz y Luthe, 1969):

- Entrenamiento autógeno

Es la técnica básica fundamental y más frecuentemente utilizada en los tratamientos con psicoterapia autógena. Se trata de una serie de 6 ejercicios graduados de concentración pasiva en sensaciones propioceptivas, a través de una serie de fórmulas estándar de tipo verbal sobre zonas topográficamente

diferentes (fórmulas de peso, calor, corazón, respiración, plexo solar y frescor en la frente).

El entrenamiento autógeno, desde un punto de vista psicofisiológico, tal como señalan Luthe y Blumberger (1977), está basado en la repetición mental de las fórmulas, la concentración pasiva y la reducción de estimulación aferente, este último aspecto adquirido de forma progresiva.

- **Modificación autógena**

La modificación autógena consiste en el entrenamiento autógeno más la aplicación de fórmulas específicas, basadas en aspectos psicológicos (fórmulas intencionales) o en aspectos fisiológicos (fórmulas de órgano).

Tal como señalan Luthe y Blumberger (1977), la modificación autógena es utilizada para producir efectos específicos que no se producen por la mera práctica de los ejercicios regulares del entrenamiento autógeno.

La modificación autógena utiliza unas fórmulas que podrían ser equivalentes a las sugerencias utilizadas en la hipnosis, aunque a diferencia de esta última se mantienen los principios básicos de no interferencia y aceptación pasiva de cualesquiera sensaciones que se produzcan.

- **Meditación autógena**

La meditación autógena consiste en una serie de ejercicios de focalización de la atención a partir del estado autógeno en determinados contenidos de la consciencia, con frecuencia creados a través de actividad visual-imaginaria.

Los contenidos de consciencia objeto de foco atencional en el estado autógeno son colores seleccionados o espontáneos, objetos concretos o abstractos, sentimientos, personas e incluso problemas y conflictos.

La meditación autógena, tal como refieren Schultz y Luthe (1969), requiere de un entrenamiento previo de la atención que posibilite el mantenimiento del estado autógeno durante un largo tiempo, de hasta 30 o 60 minutos. En estos ejercicios meditativos muchas imágenes pueden surgir directamente en la consciencia, y en otras ocasiones las imágenes son seleccionadas por el terapeuta.

- Neutralización autógena

La neutralización autógena incluye un grupo de técnicas que promueven lo que Luthe (1970b) denomina procesos dirigidos por el cerebro [*brain directed processes*], liberando registros neuronales perturbadores psicofisiológicamente. Es decir, el cerebro espontáneamente produce una actividad que da lugar a una normalización funcional del cerebro.

Las descargas espontáneas que surgen en el entrenamiento autógeno son más complejas en los procedimientos de neutralización y guardan semejanzas con ciertos fenómenos en algunas fase de sueño (descargas motoras, sueños, estados de sueño desincronizados o sueños con movimientos oculares rápidos), con fenómenos de aislamiento sensorial, con descargas en pacientes epilépticos y con descargas producidas directamente en estructuras corticales y subcorticales.

Las técnicas de neutralización autógena se utilizan cuando la técnica estándar del entrenamiento autógeno no ha sido suficiente para resolver las situaciones de tratamiento.

Las técnicas dentro de este grupo son la abreacción autógena y la verbalización autógena. La abreacción autógena es una técnica que pide al paciente/cliente una descripción de todos los fenómenos que experimente en el estado autógeno, con una actitud de carta blanca ante cualquier sensación o experiencia y sin ninguna restricción o juicio sobre lo que está describiendo. Se facilitan y se potencian procesos no voluntarios del cerebro, a diferencia de los procesos de control voluntario habituales que se hacen crónicos ante la tensión o experiencias traumáticas.

Las descripciones en este estado incluyen fenómenos muy variados sensoriales, auditivos, motores, intelectuales, auditivos, olfativos, afectivos y vestibulares.

Las sesiones de abreacción tienen una duración variable y finalizan en tanto en cuanto el paciente/cliente haya neutralizado de forma suficiente las experiencias que estén generando tensión interna.

Los criterios de neutralización correlacionan con la disminución de descargas en la sesión hasta un período de más o menos neutralidad emocional y psicofisiológica.

De esta forma, la abreacción finaliza cuando el período de descarga psicofisiológica termina, indicando que el impacto del material perturbador ha sido neutralizado.

La verbalización autógena, por el contrario, no se basa en la actitud de carta blanca fundamental de la abreacción autógena sino en el componente verbal de descripción sin restricciones y control en el estado autógeno.

La verbalización autógena se focaliza sobre un tema que previamente ha sido identificado (ejemplos: agresión, angustia, obsesión, etc.). La verbalización que se fomenta en esta técnica no tiene restricciones ni interferencias de juicio y dura hasta que el paciente/cliente note que su cerebro esté “vacío”, algo que según Luthe y Blumberger (1977) puede llevar un tiempo de 10 a 40 minutos.

En resumen, una verbalización sin control, hasta que se produce esa sensación de liberación o de vaciado. Todas las técnicas pertenecientes a la terapia autógena han sido combinadas con otras técnicas de distintos enfoques psicoterapéuticos. Así Luthe y Blumberger (1977) señalan la terapia de conducta autógena, y en particular la desensibilización sistemática autógena, el entrenamiento en *biofeedback* autógeno y ya, en combinación con sugerencias utilizadas en la hipnosis, la denominada hipnosis activa graduada.

3.3.4. Meditación Bensoniana

El Dr. Herbert Benson es un pionero en “Medicina del Comportamiento”, “Estudios del Cuerpo y de la Mente”, así como en “Espiritualidad y Curación”. A través de su trabajo, él definió la “Respuesta de la Relajación” y continúa conduciendo la investigación con eficacia para contrarrestar los efectos nocivos del estrés.

Ha recibido numerosos reconocimientos nacionales e internacionales, las conferencias del Dr. Benson y presentaciones sobre su trabajo son numerosas y extensas. Su maestría es buscada con frecuencia por medios de noticias nacionales, es invitado de programas de la televisión cada año y sus escritos aparecen en los principales periódicos. La investigación del Dr. Benson se extiende del laboratorio a la clínica y hasta las expediciones asiáticas. Su trabajo

sirve como puente entre la medicina y la religión, mente y cuerpo, así como entre fe y ciencia.

El Dr. Benson es profesor asociado del instituto médico del cuerpo y de la mente de la escuela de medicina de la Universidad de Harvard; jefe de la división de la medicina del Comportamiento en el Centro Médico de Beth Israel Deaconess; y el Presidente Fundador del Instituto Médico del Cuerpo y de la Mente.

Un graduado de la universidad de Wesleyan y de la Escuela de Medicina de Harvard, él es autor o el co-autor de más de 170 publicaciones científicas y de varios libros.

En 1967, el Dr. Herbert Benson, profesor de medicina de Harvard Medical School, temeroso de parecer demasiado raro, esperó hasta muy entrada la noche e infiltró a 36 meditadores trascendentales en su laboratorio para medir su ritmo cardíaco, su presión sanguínea, la temperatura de su piel y su temperatura rectal. Descubrió que mientras meditaban utilizaban un 17% menos de oxígeno, su ritmo cardíaco disminuía en tres latidos por minuto, y sus ondas cerebrales theta (aquellas que aparecen justo antes de dormir) aumentaban sin entrar en el patrón de ondas cerebrales correspondiente al verdadero sueño. En su best seller publicado en 1970 *The Relaxation Response* (La Respuesta de Relajación), Benson, fundador de Mind/Body Medical Institute (Instituto Médico Mente/Cuerpo), aseguraba que los meditadores neutralizaban el tipo de respuesta pelea-o-arranca inducida por el estrés y alcanzaban un estado de mayor calma y felicidad. “Todo lo que he hecho”, dice Benson, “es darle una explicación biológica a técnicas que la gente ha venido utilizando durante miles de años”.

El Dr. Herbert Benson, autor del libro “Curación sin tiempo, el poder y la biología de las creencias”, demostró a través de estudios científicos propios y de otros investigadores el efecto curativo de la fe. “Activar la mente para curar al cuerpo no es un proceso mítico”, asegura.

La existencia de numerosas prácticas curativas asociadas con la fe y las creencias, motivó al Dr. Herbert Benson a investigar la base científica y espiritual de la auto-curación. “Esto no significa que sea necesario creer en una religión para curarse, pero para mucha gente este tipo de herramientas resulta muy poderosa”.

Benson, sostiene que la salud y el bienestar se componen de tres aspectos: farmacéutica, cirugía y autocuidado. “De acuerdo a la práctica que se hace de la medicina, la tendencia es a utilizar los dos primeros, a pesar de que entre el 70% y el 90% de las consultas médicas corresponden al dominio ‘mente-cuerpo’ o están relacionadas con el estrés. Por consiguiente, en general se prescriben tratamientos orientados al uso de drogas o cirugía”.

Este criterio llevó a Benson (1960) el efecto placebo, hoy denominado por él como “recuerdo de bienestar”. En su trabajo con distintos pacientes descubrió que el lazo común entre los que mejoraban a partir del consumo de una píldora de azúcar, fue la creencia de que dicha píldora los ayudaría. Según su criterio, una persona con dolor de cabeza que recuerda cómo se siente en los momentos que no lo padece, puede disparar un cambio físico que calme o elimine el dolor.

Benson (1998) estudia la Meditación trascendental y le dedica una serie de profundos y completos estudios fisiológicos, en cierta forma demuestra experimentalmente su eficacia. Tras sus estudios plantea que los resultados obtenidos con este tipo de meditación no se deben al tipo específico de mantra, sino que prácticamente cualquier palabra repetida de forma continua y monótona tendría los mismos resultados. De hecho propone repetir cualquier palabra y sugiere “uno” como un sonido entre otros que tendría la misma eficacia que la M.T.

Al no encontrarse un resultado que marque claramente la diferencia en las mediciones fisiológicas, ni que determine que un sonido tenga más eficacia que otro podemos concluir en que el efecto de relajación no lo produce el sonido sino la repetición monótona de cualquier palabra; bien es cierto que si esa palabra forma parte de la tradición religiosa o cultural del alumno, es más probable que evoque sensaciones de calma y relajación.

Ejercicio de Benson:

a.- En primer lugar colocarse en una postura cómoda.

b.- Comenzar practicando en un lugar tranquilo en el que no se prevean interrupciones. Más adelante podrá hacerse paseando, sentado en el autobús o en condiciones similares.

c.- Elección de una palabra y repetición incesante de la misma, con un ritmo que habremos de encontrar por nosotros mismos, en voz no muy alta. Más adelante podremos repetirla como en un susurro, y posteriormente repetirla sin efectuar sonido alguno.

d.- Actitud pasiva frente al ejercicio, es como si el ejercicio se hiciera solo, de modo que suceda por sí mismo, que el sonido resuene en el interior, y observe con atención.

e.- La duración oscilará entre 5 y 20 minutos, siempre sin llegar a tener una sensación de cansancio ni aburrimiento, ni cualquier otra impresión que no sea placentera.

Herbert Benson desarrolla un ejercicio completamente nuevo sin proponérselo, aunque teniendo como modelo la Meditación Trascendental. Lo que queremos decir es que obtiene los mismos resultados de la M.T. de una forma simplificada y sin una implicación emocional con una de las tradiciones más antiguas de Oriente.

Benson pretende concluir con una desmitificación de la Meditación trascendental, podemos afirmar que lo que hace es probar la unidad intensa de todas las técnicas de relajación o meditación, que aún siendo aplicadas de forma simplificada parecen inducirnos a un especial estado de conciencia a la que la mayor parte de los occidentales serían, en condiciones normales, ajenos.

Con los estudios del Dr. Benson se abrió un amplio campo de estudio, investigación y experiencias positivas en el uso de la meditación en el campo

médico, psicológico y empresarial; desde los programas de reducción del Estrés basado en la conciencia plena (MBSR) del Dr. Jon Kabat-Zinn, hasta la Terapia Neurolingüística y otras terapias en boga hoy día. Los avances en Neurociencias, cada vez dan más soportes científicos de los beneficios en la salud Mente-cuerpo y en los resultados en productividad laboral con la práctica de la Meditación.

3.3.5. Kundalini yoga

El precursor de esta técnica en occidente fue Harbhajan Singh Puri, nació en un lugar de India que en 1948 formó parte de Pakistán, fue hijo de un médico. Pasó su juventud en ambientes privilegiados de colegios privados y veraneando en una exclusiva región montañosa de Himachal Pradesh. En su adolescencia, estudió en un colegio católico convencional.

En Septiembre de 1968, dejó India para ir a Canadá a enseñar Yoga a la Universidad de Toronto, junto a una carta de recomendación de Sir James George, alto comisionado canadiense en Nueva Delhi, quien fue también su alumno. Después de dos meses en Canadá, voló a Los Angeles llegando a donde no era conocido aún, Bhajan conoció a unos jóvenes hippies, los buscadores espirituales de esa época, quienes inmediatamente reconocieron que la experiencia de una conciencia más alta que trataban de encontrar con la droga, lo conseguían con la práctica de la técnica de Kundalini Yoga, mientras simultáneamente reconstruían sus sistemas nerviosos.

Rompiendo la antigua tradición del secreto del poder de la técnica de Kundalini Yoga; Bhajan comenzó a enseñarlo abiertamente; ofreció una alternativa efectiva a los posteriormente llamados “Baby boomers”, quienes prevalecían en una cultura de drogas. A esta alternativa, el lo llamo “Estilo de Vida 3HO” (healthy, happy, holy).

En Julio de 1969, la Fundación 3HO, Organización sin Fines de Lucro (Organización Healthy, Happy, Holy) fue incorporado en California. La Organización 3HO sirve a la humanidad a través de Kundalini Yoga, meditación y

la ciencia de Humanología, los cuales mejoran el bienestar físico como también la profundización del despertar espiritual.

Bajo su liderazgo como Director de Educación Espiritual, 3HO se ha expandido por todo el mundo, a 300 centros en 35 países. En 1994, 3HO se reconoce como miembro de las Naciones Unidas como ONG (Organización No Gubernamental) y tiene rango de asesor ante el Concilio Económico y Social de las Naciones Unidas, representando a la mujer, promocionando los derechos humanos y educación en medicina alternativa.

Profundo devoto del sikhismo, sus inspiraciones y ejemplos han motivado a miles de personas para adoptar el estilo de vida Sikh. A través de sus esfuerzos personales, Sikh Dharma fue legalmente incorporado y oficialmente reconocido como religión en Estados Unidos en 1971.

Cuando adquirió la ciudadanía estadounidense en 1976, Yogi Bhajan cambió su nombre y lo legalizó como Harbhajan Singh Khalsa Yogiji.

Sincero con su compromiso inicial, “ Yo no he venido a ganar alumnos, sino a formar profesores”, actualmente la Asociación Internacional de Profesores de Kundalini Yoga y KRI (Kundalini Research Institute) imparten los cursos de entrenamiento en el mundo.

Yogi Bhajan adoptó la ciencia de la Humanología y en 1980 obtuvo su Ph.D. en Psicología de la comunicación; con su tesis : Comunicación: Liberación o Condena.

La humanología es la psicología aplicada del ser humano, desde la perspectiva de kundalini yoga. Hu significa “rayo” o “el resplandor”. “Man significa “la mente”. Human (humano) significa el resplandor de la mente. La humanología presenta guías de estilo de vida práctica para el espectro entero de las capacidades y energías humanas (físicas, mentales y espirituales).

Decía Yogui Bhajan; nosotros no somos humanos nacidos para tener una experiencia espiritual, somos seres espirituales nacidos para una experiencia humana. Cuando vivimos nuestras vidas con esta consciencia, vivimos con dignidad, gracia, realeza y pureza en todas las situaciones.

Su frase: “Si no puedes ver a Dios en todo, no podrás ver a Dios en nada”

Su creencia: “No es la vida lo que importa, es el coraje que tú le das a ella.”

Su desafío ante los alumnos: “No me amen, amen mis enseñanzas. Conviértanse diez veces mejor que mí”

Harbhajan Singh Khalsa Yogiji, conocido como Yogui Bhajan entre los cientos de miles de seguidores en el mundo, dejó su cuerpo físico a las 9:05 pm del 6 de Octubre de 2004. Tenía 75 años.

Destacado pionero en muchas áreas con profundidad, y compasión hacia el interior de la condición humana, estableció instituciones permanentes, creó eventos espectaculares y produjo una prolífica organización de enseñanzas.

El maestro Bhajan decía: El yoga es una ciencia para toda la humanidad. Es el custodio del resplandor y la gracia humana, y guarda un gran futuro para todos los seres humanos. Proporcionar un calibre mental para tener propósito y prosperidad en la vida. El futuro del yoga es brillante, abundante y bienaventurado.

Alguno de sus efectos positivos se experimentan de inmediato. Mantiene el cuerpo en forma y entrena la mente para ser fuerte y flexible permitiendo afrontar mejor los cambios y el estrés. Hay un aumento de la capacidad de oxigenación junto a un flujo sanguíneo hacia las glándulas, lo que da como resultado una elevación de la conciencia y vitalidad. A través de las técnicas de respiración y meditación se puede alcanzar paz en la mente.

Cada alumno principiante participa a un ritmo que se acomode a su flexibilidad y fortaleza. Se recomienda usar ropa blanca, ancha y cómoda, preferiblemente de

algodón u otra fibra natural. Es mejor practicar sin calcetines para ayudar a estimular las terminaciones energéticas de los pies. Hay que dejar pasar entre dos o tres horas desde la última comida para realizar la práctica de yoga y meditación.

Cada clase de Kundalini Yoga comienza entonando el mantra: Ong Namó Guru Dev Namó. Este mantra significa: “Me inclino ante la conciencia creadora infinita, y el divino maestro interior”. Esta práctica centra y calma la mente para estar abierto a ser guiado, además de invocar a la conciencia de todos los Maestros de KY a través de las eras para proteger y guiar la práctica de yoga. A esto se le llama la Cadena Dorada.

Antes de cantar, reconoce tu estado interno. Ello aumentará tu autoconciencia para observar los efectos que experimentarás en tu sesión de Kundalini Yoga. Es posible observar cambios en tus pensamientos y en tus sensaciones corporales con un simple ejercicio.

Elementos utilizados en kundalini yoga:

❖ Pranayamas

Son técnicas de respiración, el control del movimiento del prana (la fuerza vital) a través de la expansión; Es la administración de la energía. El kundalini yoga emplea una gama amplia de técnicas de pranayama, usando el ritmo y la profundidad de la respiración para efectuar y administrar diferentes estados energéticos de salud, conciencia y emoción.

a) La respiración larga y profunda

Es la primera técnica que se enseña a los principiantes; esta utiliza la capacidad completa de los pulmones: la abdominal o inferior, pectoral o media y la clavicular o superior.

La respiración larga y profunda comienza inhalando llenando el abdomen, luego, expandiendo el pecho y finalmente levantando las costillas superiores y las

clavículas. La exhalación es lo inverso; primero, lo superior se desinfla, luego la parte media y finalmente se contrae el abdomen hacia adentro y hacia arriba, a la vez que el punto del ombligo se contrae hacia la dirección de la columna.

Beneficios de la respiración larga y profunda

- Relaja y calma, debido a la influencia sobre el sistema nervioso parasimpático.
- Incrementa el flujo de prana(energía vital).
- Reduce y previene la acumulación de toxinas en los pulmones al estimular la limpieza de los pequeños sacos de aire(alveolos).
- Estimula las endorfinas.
- Purifica la sangre.
- Estimula la glándula pituitaria, mejora la concentración e intuición.

b) Suspensión de la respiración

Suspender la respiración significa relajar los músculos del diafragma, costillas y abdomen. Se puede suspender la respiración en la inhalación, poniendo atención en las clavículas y costillas superiores; relajando hombros, garganta y la cara. O se puede suspender la respiración en la exhalación; se contrae el ombligo hacia la columna, se eleva la parte inferior del pecho y el diafragma, se relaja la parte superior de las costillas.

Beneficios de la suspensión de la respiración

- El reacondicionamiento gradual del sistema nervioso
- Suspender la respiración por dentro puede elevar temporalmente la presión sanguínea, impacta al sistema nervioso simpático
- Suspender la respiración al exhalar baja la presión sanguínea, relaja la circulación, impacta el sistema nervioso parasimpático.

c) La respiración de fuego

La respiración de fuego es rápida, rítmica y continua. La cantidad de aire es igual en la inhalación y en la exhalación, sin pausa entre ellas. Se practica con la boca cerrada, se inhala y exhala por la nariz, bombeando el punto del ombligo al exhalar.

Beneficios de la respiración de fuego

- Libera depósitos y toxinas de los pulmones.
- Expande la capacidad pulmonar e incrementa la fuerza vital.
- Fortalece el sistema nervioso para resistir el estrés.
- Promueve el equilibrio del sistema nervioso simpático y parasimpático.
- Incrementa el reparto de oxígeno al cerebro.
- Estimula el sistema inmunológico.

d) Respiración alternada por fosas nasales

La respiración siempre está relajada, es profunda y completa. Se pone la mano izquierda en gyan mudra (el dedo pulgar toca la yema del dedo índice) y recarga la muñeca izquierda sobre la rodilla izquierda. El pulgar derecho tapa la narina derecha y el dedo índice o anular de esa misma mano tapa la fosa nasal izquierda; el proceso es de la siguiente manera: tapa la fosa nasal derecha con el pulgar e inhala profundamente por la fosa nasal izquierda, luego tapa la fosa nasal izquierda con el dedo índice o anular y exhala por la narina derecha, enseguida inhala por la fosa nasal derecha y tapa la narina derecha y exhala por la izquierda, y se continua este proceso, se inicia por 3 minutos y se aumenta el tiempo conforme se domina este pranayama.

Beneficios de la respiración alternada por fosas nasales

- Equilibra los hemisferios cerebrales.
- Crea un sentido profundo de bienestar y armonía.
- Ayuda para quitar dolores de cabeza, migraña y disminuye el estrés.
- Otorga claridad de pensamiento y humor positivo.

e) Respiración de cañón

La respiración de cañón es una respiración de fuego hecha por la boca; se pone la boca en forma de O (la boca no debe estar muy fruncida ni los labios deben estar flojos). La presión de la respiración esta en las mejillas y por encima de la lengua, sin embargo no debe existir pandeo en las mejillas.

Beneficios de la respiración de cañón

- Limpia y fortalece los nervios parasimpáticos.
- Ajusta la digestión

f) Respiración segmentada

La respiración segmentada consiste en dividir la inhalación y la exhalación en diferentes partes iguales, con una ligera suspensión de la respiración separando cada parte, y con un punto inicial y final definido en cada segmento.

Beneficios de la respiración segmentada

- Estimulo el cerebro y el sistema glandular.
- 4 partes adentro: 1 afuera; sana, energiza y eleva.
- 4 partes adentro: 4 afuera; claridad mental y estimula glándulas.
- 8 partes adentro: 8 afuera; calma y centra.
- 8 partes adentro: 4 afuera; enfoca y energiza.
- 4 partes adentro: 8 partes afuera; calma y desbloquea.

❖ Mantras

Los mantras son sonidos o palabras para controlar la mente. Man significa mente. Tra(ng) son los movimientos u olas mentales. Mantra es una ola, una repetición de sonido y ritmo que dirige o controla la mente. Cuando recitas un mantra recibes un impacto por su significado, su patrón energético, su ritmo, y a través de los puntos reflejos que presiona dentro de la boca. Cuando se recita correctamente, el mantra activará áreas del sistema nervioso y el cerebro y permitirá experimentar su significado o la habilidad energética asociada con él.

❖ Asanas

Traducimos asana como postura. Conocemos el Kundalini Yoga como el Yoga de los ángulos y los triángulos. El uso de ángulos en Kundalini Yoga en combinación con pranayamas, mantras y mudras (posturas de las manos) es una de las principales razones por las que esta práctica trabaja tan rápido. Los ángulos ponen presión sobre las glándulas para secretar.

Cuando se relaja una postura y el cuerpo permanece quieto, las secreciones glandulares que han sido estimuladas tienen una oportunidad para circular libremente. El resultado es un sistema glandular equilibrado que tiene un efecto positivo sobre tu estabilidad emocional a través de la química de tu cuerpo.

❖ Mudras

Los antiguos yoguis dibujaron mapas de las manos identificando las partes del cuerpo y del cerebro asociadas a cada área. Cada zona de la mano representa también diferentes emociones y comportamientos. Curvando, cruzando, estirando y tocando los dedos o puntas de los dedos en configuraciones específicas. Es una técnica yóguica para comunicar con el cuerpo y la mente.

Cada clase de Kundalini Yoga termina con la canción del “Eterno Sol” y la entonación del mantra Sat Nam. Esta canción de bendiciones y el mantra te ayudan a tomar tierra, integrar los beneficios del yoga y prepararte para retomar las actividades de tu día.

“Que el eterno sol te ilumine, el amor te rodee y la luz pura interior guíe tu camino.
Sat Nam”

CAPITULO 4

SÍNDROME DE ASPERGER

4.1. Antecedentes

Tal vez fueron motivo de antiguas leyendas de niños cambiados por las brujas, según las que se creían que las brujas robaban un bebé humano y en su lugar dejaban a uno encantado. En algunas versiones del cuento, el niño cambiado era bello, pero extraño y alejado del género humano.

En enero de 1801, un médico francés, Jean-Marc- Gaspard Itard, se hizo cargo de un muchacho de unos doce años de edad, conocido como Víctor, “el niño salvaje de Aveyron”, al que habían encontrado viviendo en los bosques como un salvaje y capturado un año antes. La conducta del niño era extraña, y no hablaba.

Itard pensó que se debía al hecho de que había estado aislado del contacto humano desde muy corta edad. Philippe Pinel, otro médico eminente de la época, no estaba de acuerdo con Itard. Creía que el niño tenía desde el nacimiento serias dificultades generalizadas de aprendizaje. Harlan Lane, psicólogo especializado en el estudio del habla, la audición y el lenguaje, recopiló los escritos de Itard sobre Víctor y los publicó en su libro “el niño salvaje de Aveyron”.

Al leer ahora el relato, se puede ver que Víctor se comportaba como un niño con autismo. Todas las descripciones de su conducta resultarían familiares a cualquier padre de un típico niño con autismo en la actualidad, a pesar de una distancia en el tiempo de casi dos siglos. Al adentrarnos en el relato de Itard encontramos más y más ejemplos, de los que solo unos cuantos figuraban a continuación.

Víctor nunca aprendió a hablar, destruía los juguetes a pesar de que Itard le enseñaba como utilizarlos, Víctor tenía un gusto por el orden y se sentía mal si algo estaba fuera de su lugar. Algunos han sugerido que esta conducta se debía al hecho de haber estado aislado de los seres humanos desde la infancia, pero basándonos en los documentos de que disponemos, parece que se vio a Víctor por primera vez en 1971, cuando podría tener nueve o diez años.

Estaba desnudo y se alimentaba de frutas y cualquier tubérculo que se encontrara, además de los alimentos que ocasionalmente le daban los campesinos del lugar. Tenía una profunda cicatriz en la garganta, que sugería que habían intentado matarle. Parece mucho más probable que fuera separado de sus padres o que estos lo abandonaran en tiempos difíciles que siguieron a la revolución francesa, porque era autista y difícil de manejar.

Las ideas documentadas de Itard, pasaron a Edouard Séguin, y Maria Montessori, y todavía influyen en los métodos de la educación especial.

Algunos años más tarde, en 1809, John Haslam, en Inglaterra, se refirió a un niño que tuvo un grave sarampión cuando tenía un año. Su conducta posterior recuerda mucho a la de un tipo de niño con un trastorno autista, que tiene un habla muy repetitiva y una conducta impulsiva y agresiva. Ingreso en el Bethlem Royal hospital a la edad de cinco años.

En 1919, un psicólogo norteamericano, Lightner Witmer, escribió un artículo sobre Don, un niño de dos años y siete meses, que se comportaba como un niño con autismo en su forma típica y que fue aceptado en la escuela especial de Witmer. Una enseñanza individual mantenida durante un largo periodo contribuyó a que este niño hiciera progresos en el trabajo escolar y en la adquisición de destrezas prácticas.

Estos autores describían individuos, pero no tenían en consideración si había otros con problemas similares.

Se dio un paso adelante en la reflexión durante la primera mitad del siglo XX , cuando diferentes personas informaron sobre grupos de niños con extraños patrones de conducta. Todos pensaron que habían identificado un trastorno específico, pero se superponían muchos los rasgos de conducta que se describían. En especial, todos los niños a los que se referían se relacionaban con otras personas de una forma muy anormal.

Hoy es raro que se citen los escritos de la mayoría de autores, aparte de Leo Kanner y Hans Asperger.

Leo Kanner, en los Estados Unidos, observó que una serie de niños remitidos a su clínica tenían en común un patrón de conducta inusual, al que él llamó "autismo

infantil precoz”. Público su primer artículo sobre este trastorno en 1943. Daba descripciones detalladas de la conducta de los niños.

En 1944, Hans Asperger, en Austria, publico su primer artículo sobre un grupo de niños y adolescentes con otro patrón de conducta conocido ahora como el síndrome de Asperger. Los rasgos que selecciono como importantes eran: Una aproximación social a los demás ingenua e inadecuada, intereses intensamente circunscriptos a determinadas materias como los horarios de los ferrocarriles, buena gramática y vocabulario, pero una charla monótona utilizada en monólogos, no para conversaciones en dos direcciones, pobre coordinación motriz, nivel de capacidad en el límite, en niveles medios y superiores, pero frecuentemente con determinadas dificultades de aprendizaje en una o dos áreas, una considerable falta de sentido común.

Observo que los padres no percibían ninguna anomalía hasta después de los tres años o hasta que los niños comenzaban a ir a la escuela. Asperger creía que su síndrome era diferente del autismo de Kanner, aunque admitía que tenían muchas similitudes. Publicó en alemán a final de la primera guerra mundial, y transcurrieron muchos años hasta que apareció en idioma inglés.

En 1962 se estableció, en el Reino Unido, la primera asociación voluntaria del mundo para padres y profesionales preocupados por el autismo y que ahora se llama National Autistic Society. Aunque en su origen se centraba el autismo de Kenner, pronto quedo claro que había muchos niños que no encajaban exactamente en las descripciones de Kanner pero tenían problemas similares y necesitaban un tipo de ayuda parecida. Como resultado de los esfuerzos de asociaciones de este tipo.

Algunos psiquiatras infantiles consideraban que los trastornos autistas eran formas de la esquizofrenia infantil. Sin embargo una serie de estudios de Israel Kolvin y sus colegas en la década de 1970 demostró las diferencias entre el autismo y el trastorno, muy raro, de la esquizofrenia que se da en la niñez.

En los setenta y los ochenta, comenzó a considerarse seriamente la idea de que el autismo de Kanner formaba parte de un espectro más amplio de trastornos autistas, alentada, entre otros estudios, por el trabajo de Camberwell y Christopher

Gillberg y sus colegas en Suecia. Aun se están explorando las implicaciones de este punto de vista en las investigaciones y en la práctica clínica.

Los cambios en las ideas sobre los trastornos autistas se pueden observar en la historia de los dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, la clasificación internacional de enfermedades (ICD) publicada por la Organización Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Las primeras ediciones de la ICD no incluían en absoluto el autismo. La octava edición (1967) mencionaba sólo el autismo infantil como una forma de esquizofrenia y la novena edición (1977) lo incluía bajo el encabezamiento de "psicosis infantil".

La décima edición de la ICD (1992) y la tercera (1980), la tercera revisada (1987) y la cuarta (1994) del DSM adoptan el punto de vista actual de que hay un espectro de trastorno autista y que son trastornos del desarrollo, no psicosis.

El término utilizado en ambos sistemas de clasificación es el de "trastorno generalizado del desarrollo". A la mayoría de los padres del Reino Unido no les agrada este término y lo encuentran confuso. Prefieren "trastorno del espectro autista"

En el DSM-III-R (1986), aún no se recogía información específica de este síndrome, y los criterios se incluían dentro del trastorno autista.

En el DSM-IV-TR (2000), se incluye el síndrome de Asperger como un trastorno específico dentro de los trastornos generalizados del desarrollo.

En el DSM-V (2013), el concepto de Asperger se incluye dentro del trastorno del espectro autista (TEA) como novedad, y éste a su vez pertenece a los trastornos del neurodesarrollo. Los criterios diagnósticos pasan a ser comunes entre todos los que componen el espectro autista (trastorno autista/Asperger/trastorno generalizado del desarrollo).

4.2. Definición

Debido a que el Síndrome de Asperger (AS, sus siglas en inglés) pertenece al espectro autista, se comienza definiendo este término. Autismo, termino creado por Bleuler, tiene una etimología griega “autos” que significa “sí mismo” opuesto a “otro”. El autismo está caracterizado según él por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, llegándose a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior y a la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás.

El síndrome de Asperger se caracteriza por la presencia de interacciones sociales escasas, obsesiones, patrones del habla singulares y otras peculiaridades.

A menudo, muestran pocas expresiones faciales, dificultades para leer el lenguaje corporal de los demás; llegándose a implicar en rutinas obsesivas y presentar sensibilidad inusual a estímulos sensoriales.

Las personas que padecen este síndrome son capaces de funcionar adecuadamente en la vida cotidiana, pero tienden a ser inmaduras desde el punto de vista social, y son observados como personas excéntricas.

Entre las diferentes características del Asperger, se encuentran incluidos el retraso motor, la torpeza, intereses limitados y preocupaciones peculiares. Los adultos con este síndrome tienen problemas de empatía y continúan presentando dificultades en interacciones.

El Asperger sigue un curso persistente durante toda la vida, aunque los síntomas pueden aparecer y desaparecer a lo largo del tiempo, siendo de gran utilidad la intervención precoz. Walter (2012).

La primera persona en utilizar el termino Síndrome de Asperger fue Lorna Wing, quien recogió los escritos y las investigaciones de Asperger en el titulado “el síndrome de Asperger: un retrato clínico”, publicado en 1981.

Lorna Wing identifico tres grandes áreas afectadas, las cuales dieron lugar a la denominada triada de Wing, siendo estas áreas: 1) competencia de relación social, 2) comunicación, 3) inflexibilidad mental y comportamental.

Esta triada es considerada un denominador común dentro del autismo, situándose el Síndrome de Asperger, en el nivel de mejor funcionamiento y pronóstico dentro de los Trastornos del espectro autista (TEA).

4.3. Etiología

La etiología en la actualidad aun es desconocida teniendo en cuenta que la prevalencia se estima alrededor, de 3-7 por cada 1000 niños en edades entre 5 a 16 años, se tiene mas incidencia en varones.

El Síndrome de Asperger es un trastorno del neurodesarrollo, de base neurobiológica, que afecta al funcionamiento social y al espectro de actividades e intereses. Está vinculado a una disfunción de diversos circuitos cerebrales.

Tomando en consideración que el déficit nuclear del AS es el trastorno de la cognición social, parece razonable atribuir un papel central a la amígdala y a la relación entre la amígdala y circuitos fronto estriados, temporales y cerebelo, estructuras involucradas en el desarrollo de la relación social.

Por otro lado también existen teorías de que existe un componente genético claro, con uno de los padres (con más frecuencia el padre) que presenta un cuadro completo de Asperger o cuanto menos algunos rasgos característicos del mismo; los factores genéticos aparecen más a menudo en el AS que en el caso del autismo clásico.

En los familiares de niños con AS, los rasgos temperamentales que aparecen con más frecuencia, solos o combinados entre sí, son intereses intensos y limitados, estilo compulsivo o rígido y torpeza social o timidez. A veces, existe una clara historia familiar de autismo en parientes próximos, lo que reafirma la impresión de que el AS y el autismo son a veces síndromes relacionados entre sí.

Otros estudios han mostrado una incidencia relativamente alta de depresiones, tanto bipolares como unipolares, en los familiares de niños con AS, lo que sugiere una conexión genética, al menos en algunos casos.

Es probable que, tanto para el AS como para el autismo,, el cuadro clínico que observamos esté influenciado por muchos factores, entre ellos el factor genético, pero en la mayoría de los casos no existe una causa única identificable.

4.4. Consecuencias en cuidadores primarios

La mayoría de los estudios realizados sobre cuidadores informales se centra en el campo de la gerontología, fundamentalmente en los cuidadores de ancianos afectados de enfermedades degenerativas tipo Alzheimer.

Sin ser un campo de menor importancia por sus enormes repercusiones para la salud ha sido poco el esfuerzo invertido en la infancia y el ámbito de la discapacidad infantil.

Se ha demostrado que la provisión de cuidados diarios y de larga duración a niños con severa discapacidad supone una afectación para el bienestar del cuidador. Diversas investigaciones demuestran que ser madre de niños con retraso en el desarrollo es un importante factor de riesgo para la salud física y mental (Piven y Palmer, 1999; Ryde- Brant, 1990).

Padres de niños con discapacidad, experimentan frecuentemente fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción interpersonal(Bristol,1984).

La clase de discapacidad que el niño presenta, así como la gravedad de los trastornos de conducta presentes, afecta de manera diferente al estrés familiar (Cuxart, 1995; Honig y Winger,1997; Pozo, Sarriá y Méndez, 2006). De este modo, madres de niños con autismo experimentan mayores niveles de estrés que niños con otras enfermedades discapacitantes o niños sanos (Bromley, Hare, Davison y Emerson, 2004; Donovan,1988).

El autismo y los trastornos incluidos en el espectro autista es uno de los más complicados y serio del desarrollo infantil.

Las características clínicas de los trastornos del espectro autista suponen una constante fuente de estrés en el cuidador y la familia.

Los serios déficits en la comunicación y las relaciones sociales, las frecuentes conductas disruptivas, los comportamientos auto-lesivos, así como las conductas repetitivas y estereotipadas, alteran definitivamente la vida familiar y social del

cuidador, requiriendo el niño afectado intensos y continuos cuidados. Los comportamientos más graves y estresantes, son aquellos que comportan lesiones físicas, daño así mismos o agresión hacia las personas que los rodean.

Tales alteraciones provocan una grave desestructuración de la vida familiar y obliga a sus miembros a una constante readaptación (Rodrigue,Morgan y Geffken,1990;Roeyers y Mycke,1995; Senel y Hakkok,1996).

Pozo et al. (2006), encontraron en nuestro país niveles de estrés clínicamente significativos en las madre de niños diagnosticados de trastorno del espectro autista(a partir de ahora TEA).

Sharpley, Bitsika y Efremidis (1997) refieren que los mayores factores estresantes que afectan a los cuidadores de niños diagnosticados de TEA son tres: (1) la permanencia de la sintomatología en el niño; (2) la falta de aceptación del comportamiento autístico en la sociedad en general y los miembros de la propia familia; y (3) los bajos niveles de apoyo proporcionados por los servicios sanitarios y otros servicios sociales.

Existe una considerable evidencia científica que sugiere que madres y padres de niños diagnosticados de TEA están en mayor riesgo de experimentar dificultades en el bienestar psicológico que madres y padres de niños con otras formas de discapacidad(Donovan,1988;Dumas, Wolf, Fisman y Culligan,1991; Sanders y Morgan,1997; Wolf, Noh, Fisman y Speechley,1989).

En un estudio se obtuvieron mayores puntuaciones en depresión ,ansiedad y síntomas somáticos en madres de niños con autismo frente a madres de niños con retraso mental y niños sanos o sin discapacidad(Weiss,2002).

Varios autores han demostrado que madres de niños autistas sufren de más depresión y ansiedad que niños con síndrome de Down (Belchic,1996; Pisula, 2002; Shu, Lung y Chang,2000).

También se han observado mayores niveles de estrés en madres de niños con autismo frente a madres de niños con otras enfermedades físicas crónicas como la fibrosis quística (Bouma y Schweitzer, 1990).

TALLER PREVENTIVO DEL SINDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS ASPERGER, DISMINUYENDO LA ANSIEDAD MEDIANTE KUNDALINI YOGA.

Justificación

Se considera que el Síndrome de Asperger afecta de 3 a 7 por cada 1000 niños, entre 7 y 16 años de edad. Las cifras no son exactas, pero se reconoce que es un trastorno que afecta más frecuentemente a niños que a niñas. Los padres que tienen hijos con síndrome de Asperger, llegan a padecer lo que se conoce como síndrome de Burnout; es vivir día a día con un grado de estrés que al ser tan repetitivo y no tener una válvula de escape; llega a ser crónico. La falta de motivación de los padres al no observar resultados inmediatos en el progreso de sus hijos(en tratamiento), y que a la vez no van en paralelo con su desarrollo físico. Por otro lado en el contexto familiar son puestos en la mira como padres consentidores, debido a que muchas veces la familia no quiere aceptar que genéticamente pueden estar involucrados. En la parte social los padres dejan de ser invitados a las fiestas de compañeros de su hijo, porque las personas a veces no saben cómo comportarse ante un berrinche o conductas erráticas a la norma social; en la escuela las maestras presentan reportes de la conducta y los padres van observando que su hijo no tiene amigos y se vuelven personas solitarias y los padres también se van aislando. Sin embargo la mayor preocupación de un padre en estos casos es ¿Qué pasará con mi hijo, cuando yo no este en este plano?¿Logrará valerse por si mismo?¿Algún familiar podrá apoyarlo?¿Podrá formar una familia? Es bien sabido que el pensar en el futuro genera ansiedad, y las situaciones que se presentan día a día generan estrés crónico y depresión.

Con el objetivo de disminuir la ansiedad en los padres que tienen hijos con Síndrome de Asperger se sugiere un taller en el que se enseñara una secuencia

de ejercicios y técnicas de respiración de kundalini yoga. Evitando que esta ansiedad llegue a un estrés crónico y desemboque en el síndrome de Burnout.

Objetivo General

Practicar kundalini yoga, utilizando sus técnicas de respiración, realización de posturas, relajación y meditación; para disminuir la ansiedad y evitar incurrir en el síndrome de Burnout.

Objetivo específico

- Concientizar a los padres en que es el síndrome de Burnout, la ansiedad y síndrome de Asperger.
- Enseñar técnicas de respiración de kundalini yoga para lograr la relajación y evitar el estrés.
- Enseñar a vivir el aquí y ahora al respirar conscientemente, para evitar estar pensando en el futuro, que es una de las causas de la ansiedad.
- Por medio de las kriyas (serie de movimientos con un objetivo) de kundalini yoga obtener un sistema inmunológico fuerte, vitalidad en el sistema glandular, un sistema nervioso sano, buena circulación y una conciencia del impacto de los hábitos.
- Utilizar kundalini yoga como una herramienta de introspección.
- En un estado relajado tener la opción de actuar de una forma enfocada y madura en la toma de decisiones.
- Inspirar a sus hijos a estar en un estado relajado, pues al estar los padres tranquilos y ecuanímenes, los hijos actuarán de la misma forma.

Estructura del taller

I. Introducción teórica de los conceptos utilizados; síndrome de Burnout, el estrés, ansiedad, relajación y síndrome de Asperger.

II. Clase de Kundalini yoga:

II.I. Entonación del mantra Ong namo gurú dev namo

II.II. Pranayama (Técnica de respiración)

II.III. Calentamiento físico

II.IV. Kriya

II.V. Relajación

II.VI .Meditación

II.VII. Cierre de clase con retroalimentación de los participantes.

Población: Cuidadores primarios de niños con síndrome de Asperger.

Escenario: Cuarto cerrado, con ventilación e iluminación adecuada, con mat (tapete para yoga), con espacio libre y silencioso.

CARTA DESCRIPTIVA

# DE SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO ESTIMADO
1	<p>a) Fomentar la cohesión del grupo y explicar la finalidad del taller a los padres.</p> <p>b) Familiarizar al grupo con los conceptos a utilizar.</p>	<p>a) Dinámica de integración grupal; “Pásame la bola”</p> <p>b) Presentación de los conceptos que se utilizarán en el taller.</p>	<p>a) Todo el grupo se sienta en sillas formando un círculo. La persona que tenga el balón en las manos comienza presentándose (nombre, profesión, aficiones y lo que espera de este taller), al finalizar le pasará la pelota a otra persona que realizará la misma acción. La dinámica finaliza cuando se haya presentado la última persona del grupo.</p> <p>Se explica la forma en que se desarrollara este taller, en seis sesiones, se entregara el programa de trabajo y un manual, que incluirá cada concepto que se maneja por sesión, así como la técnica de respiración a utilizar, serie de asanas (posturas) a realizar y la meditación en turno; dejando al final una bitácora para que el participante describa sus sensaciones, emociones o pensamientos; para reflexionar conscientemente.</p> <p>b) Se expondrán los conceptos en presentación power point y al final se realizara un cuestionario.</p>	<p>Pelota Programa Manual</p> <p>Cañón Laptop Cuestionario</p>	<p>20 min</p> <p>30 min</p>

CARTA DESCRIPTIVA

# DE SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO ESTIMADO
	c) Enseñar la respiración larga y profunda, para aprovechar la máxima capacidad pulmonar.	c) Practicar la respiración profunda	c) Se utilizará un globo, se inflara y posteriormente se pondrá a la altura del abdomen, para hacer consciente el movimiento de la respiración. La respiración larga y profunda comienza inhalando, llenando el abdomen, luego, expandiendo el pecho y finalmente levantando las costillas superiores y las clavículas. La exhalación es lo inverso; primero, lo superior se desinfla, luego la parte media y finalmente se contrae el abdomen hacia adentro y hacia arriba, a la vez que el punto del ombligo se contrae hacia la dirección de la columna.	Globo	10 min

CARTA DESCRIPTIVA

# DE SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO ESTIMADO
2	a) Proporcionar información para sensibilizar en que consiste el síndrome de Burnout.	a) Estudio a profundidad del concepto de síndrome de Burnout .	a) Presentación en power point de los antecedentes, definición, etiología, consecuencias y enfoques han trabajado el Síndrome de Burnout. Espacio para preguntas	Cañón Laptop	20 min
	b)Reacondicionamiento gradual del sistema nervioso.	b) Practicar la técnica de suspensión de respiración.	b) Enseñar la técnica de suspensión de respiración; Suspender la respiración significa relajar los músculos del diafragma, costillas y abdomen. Se puede suspender la respiración en la inhalación, poniendo atención en las clavículas y costillas superiores; relajando hombros, garganta y la cara. O se puede suspender la respiración en la exhalación; se contrae el ombligo hacia la columna, se eleva la parte inferior del pecho y el diafragma, se relaja la parte superior de las costillas.	Ninguno	3 min
	c) Relajación física, mental y control del sueño.	c) Realizar rutina del anexo 1	c) Seguir las instrucciones de los ejercicios del anexo 1.	Tapete	11 min
	d) Sanación en relajación profunda.	d) Relajación	d) Relajación en postura de cadáver.	Tapete	30 min
	e) Obtener un sueño profundo y reparador.	e)Meditación	e) Seguir las Instrucciones de la meditación Shabd kriya, anexo 1.	Tapete	11 min

CARTA DESCRIPTIVA

# DE SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO ESTIMADO
3	a) Proporcionar información para sensibilizar en que consiste el estrés.	a) Estudio a profundidad del concepto estrés.	a) Presentación en power point de los antecedentes, definición, etiología, consecuencias y enfoques han trabajado el estrés. Espacio para preguntas	Cañón Laptop	20 min
	b) Liberación de depósitos y toxinas de los pulmones; e incremento la energía vital.	b) Practicar la técnica de respiración de fuego.	b) Enseñar la técnica de respiración de fuego; La respiración de fuego es rápida, rítmica y continua. La cantidad de aire es igual en la inhalación y en la exhalación, sin pausa entre ellas. Se practica con la boca cerrada, se inhala y exhala por la nariz, bombeando el punto del ombligo al exhalar.	Ninguno	3 min
	c) Hacer conscientes pensamientos que no son proactivos.	c) Realizar rutina del anexo 2	c) Seguir las instrucciones de la serie de ejercicios del anexo 2.	Tapete	22 min
	d) Sanación en relajación profunda.	d) Relajación.	d) Relajación en postura de cadáver.	Tapete	15 min
	e) Obtener focalización y claridad.	e) Meditación.	e) Seguir las instrucciones de la meditación Ganesha, anexo 2	Tapete	11 min

CARTA DESCRIPTIVA

# DE SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO ESTIMADO
4	a) Proporcionar información para sensibilizar en que consiste la ansiedad.	a) Estudio a profundidad de concepto ansiedad.	a) Presentación en power point de los antecedentes, definición, etiología, consecuencias y enfoques han trabajado la ansiedad. Espacio para preguntas	Cañón Laptop	20 min
	b) Equilibrar los hemisferios cerebrales	b) Practicar la técnica de respiración alternada por fosas nasales.	b) Enseñar la técnica de respiración alternada por fosas nasales; Se pone la mano izquierda en gyan mudra (el dedo pulgar toca la yema del dedo índice) y recarga la muñeca izquierda sobre la rodilla izquierda. El pulgar derecho tapa la narina derecha y el dedo índice o anular de esa misma mano tapa la fosa nasal izquierda; el proceso es de la siguiente manera: tapa la fosa nasal derecha con el pulgar e inhala profundamente por la fosa nasal izquierda, luego tapa la fosa nasal izquierda con el dedo índice o anular y exhala por la narina derecha, enseguida inhala por la fosa nasal derecha y tapa la narina derecha y exhala por la izquierda.	Ninguno	3 min
	c) Ejercitar el sistema nervioso simpático y parasimpático.	c) Realizar rutina del anexo 3	c) Seguir instrucciones de la serie de ejercicios del anexo 3.	Tapete	20 min
	d) Sanación en relajación profunda.	d) Relajación.	d) Relajación en postura de cadáver.	Tapete	30 min
	e) Cargar manos de energía sanadora y compensar deficiencias.	e) Meditación.	e) Seguir instrucciones de la meditación Satya Bandh, anexo 3.	Tapete	11 min

CARTA DESCRIPTIVA

# DE SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO ESTIMADO
5	a) Proporcionar información para sensibilizar en que consiste la relajación y kundalini yoga.	a) Estudio a profundidad de concepto relajación.	a) Presentación en power point de los antecedentes, definición, características y principales técnicas de relajación. Espacio para preguntas	Cañón Laptop	20 min
	b) Limpiar y fortalecer el sistema parasimpático y ajustar la digestión.	b) Practicar la técnica de respiración de cañón.	b) Enseñar la técnica de respiración de cañón, es una respiración de fuego hecha por la boca; se pone la boca en forma de O (la boca no debe estar muy fruncida ni los labios deben estar flojos). La presión de la respiración esta en las mejillas y por encima de la lengua, sin embargo no debe existir pandeo en las mejillas.;	Ninguno	3 min
	c) Fomentar la relajación muscular.	c) Realizar rutina del anexo 4	c) Seguir las instrucciones de la serie de ejercicios del anexo 4.	Tapete	30 min
	d) Sanación en relajación profunda.	d) Relajación.	d) Relajación en postura de cadáver.	Tapete	10 min
	e) Relajación por medio de la concentración en la respiración.	e) Meditación.	e) Meditación para aliviar el estrés, anexo 4	Tapete	11 min

CARTA DESCRIPTIVA

# DE SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO ESTIMADO
6	a) Proporcionar información para sensibilizar en que consiste el síndrome de Asperger.	a) Estudio a profundidad de concepto Síndrome de Asperger.	a) Presentación en power point de los antecedentes, definición, etiología y consecuencias en cuidadores primarios en el Síndrome de Asperger. Espacio para preguntas	Cañón Laptop	20 min
	b) Por medio de la respiración estimular un área, relajar y dirigir la atención a la percepción de la respiración.	b) Practicar la técnica de respiración segmentada.	b) Enseñar la técnica de respiración segmentada, La respiración segmentada consiste en dividir la inhalación y la exhalación en diferentes partes iguales, con una ligera suspensión de la respiración separando cada parte, y con un punto inicial y final definido en cada segmento.	Ninguno	3 min
	c) Presionar los nervios cerebrales y liberar de la impulsividad.	c) Realizar rutina del anexo 5.	c) Seguir las instrucciones de la serie de ejercicios del anexo 5.	Tapete	22 min
	d) Sanación en relajación profunda.	d) Relajación.	d) Relajación en postura de cadáver.	Tapete	10 min
	e) Evaluar la actitud positiva o negativa ante la vida, y la sensación de bienestar.	e) Meditación.	e) Seguir las instrucciones de la meditación anti-depresión y sincronía cerebral, anexo 5.	Tapete	11 min

CONCLUSIÓN

Este taller se imparte con el propósito de que los participantes conozcan la parte teórica de los conceptos involucrados en el curso, así como la parte práctica, y se continúen realizando en casa los ejercicios de kundalini yoga; pues es un requisito indispensable la disciplina y continuidad de la práctica de los ejercicios para disminuir la ansiedad de los padres con hijos que padecen síndrome de Asperger.

Al aprender las personas a respirar conscientemente se promueve un equilibrio en la homeostasis del sistema nervioso y por consiguiente en todo el cuerpo.

Promoviendo un espacio donde la persona se encuentra en un estado de relajación, por lo que se puede enfocar y estructurar un plan de acción, priorizando objetivos para encontrar un balance propositivo en su vida; y obtenga la fortaleza física y mental para realizar sus actividades cotidianas, con aceptación y entusiasmo ante las circunstancias que se le presenten.

Recordando la premisa que se utiliza en los aviones, cuando la sobrecarga da las explicaciones de que hacer en caso de despresurización; primero uno debe ponerse la máscara de oxígeno y luego a nuestros hijos. En este caso se busca el bienestar de los padres para que después ellos puedan proporcionárselo a sus hijos.

Se comprueba que en este siglo XXI la ciencia y las enseñanzas milenarias de oriente, en este caso el yoga; se utilizan de forma conjunta y propositiva con el fin de apoyar y proporcionar salud a la humanidad.

Cada día se le da mayor cabida a la medicina alternativa, y la psicología se abre más al campo holístico del ser humano, donde a pesar de que el espíritu no se puede comprobar científicamente, es una premisa a considerar para seguir estudiando, y reconocernos como seres conformados de materia y energía.

El Psicólogo como instructor de yoga cumple con los principales objetivos de la psicología; 1) La descripción de la conducta del ser humano y la explicación de su comportamiento. 2) Explicar desde una teoría en particular la conducta humana. 3) El predecir utilizando la información de cómo pensamos y actuamos; como podría volver a repetirse en el futuro, sino actuamos de manera diferente. 4) El que las personas hagan cambios constructivos y duraderos, en base a hacer consciente su historia de vida.

La psicología es el estudio científico del comportamiento y de los procesos mentales. La definición no solo abarca las acciones de las personas sino también sus pensamientos, sentimientos, percepciones, procesos de razonamiento, recuerdos e incluso las actividades biológicas que mantienen el funcionamiento corporal.

La inclusión se abre en todos los aspectos desde la parte humana, donde chic@s con síndrome de Asperger pueden acudir a una escuela regular; hasta la parte científica que se vale de conocimientos milenarios de oriente, como la yoga y la meditación para enriquecer los resultados del comportamiento humano.

REFERENCIAS

- Amutio, A.(1998). Nuevas perspectivas sobre la relajación.[Bilbao] : Desclee de Brouwer
www. Aspergeraragon.org.es consultada el 20 de marzo de 2017.
- Barnhill, G. P. (2016). Síndrome de Asperger: Guía para padres y educadores. *RET: revista de toxicomanías*, (77), 3-15.
- Barona, E. G., & Jiménez, J. C. R. (2005). Estrategias de prevención e intervención del Burnout en el ámbito educativo. *Salud Mental*, 28(5), 27-33.
- Burbano Muñoz, J. (2013). La meditación desde la práctica del Kundalini yoga como estrategia pedagógica para mejorar el rendimiento académico y el autoconcepto del estudiantado de la Universidad Jorge Tadeo Lozano.
- Cannon, W.B. Stresses and strains of homeostasis. *American Journal of medical Science*. 189:13-14, 1935
www.clinicaepsicologiadalinde.com.mx consultada el 08 de noviembre de 2016.
- Concha Mirauda, D. (2012). Kundalini Yoga y autoestima: un estudio cualitativo en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
<http://culturadelasalud.wordpress.com/2012/02/20/herbert-benson-phd/>
consultada 22 de febrero de 2017.
- García, O.(2016). Ansiedad rasgo y ansiedad estado y programa de intervención en técnicas de relajación (Tesis Licenciatura en psicología). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15(2), 261-268.
- Hannahoff-Khalsa, DS (2004). Una introducción a las técnicas de meditación Kundalini Yoga que son específicos para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. *El diario de alternativa y medicina complementaria* , 10 (1), 91-101.

- Krisanaprakornkit, T., & Laopaiboon, M. (2008). Terapia de meditación para los trastornos por ansiedad. *La Biblioteca Cochrane Plus*, (2)
<http://www.lareljacion.com/lareljacion/26benson.php> consultada 22 de febrero de 2017.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y proceso cognitivos*. México: Roca.
- Maldonado, M. D. (2000). Programa de intervención cognitivo-conductual y de técnicas de relajación Como método Para prevenir la ansiedad y el estrés en alumnos universitarios de enfermería y mejorar el rendimiento académico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (53), 43-57.
- Molina, k.,(2014). Síndrome de Burnout: Una muestra de trabajadores sociales del sector salud,
- Monte, P. R. G. (2002). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología científica. com*.
www.psicomed.net. Consultada el 16 de noviembre de 2016.
- Quiceno, J., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout:" síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 117-125.
- Salazar, A. J. V. (2016). Sobre el concepto de Asperger.
<http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/terapias-de-apoyo/sofrologia-mente-en-equilibrio.html>
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113052741630041X
- Seguí, J. D., Ortiz-Tallo, M., & De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo. *Anales de psicología*, 24(1), 100-105.
- Selye, H. The general adaptation síndrome and diseases of adaptation. *Journal of clinical Endocrinology*. 6:117-230, 1946
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- S Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15(2), 143-152.

www.uaeh.edu.mx/scig/boletin/atotonilco/n7/e7.html consultada 22 febrero de 2017.

www.ual.es/Universidad/Gabprensa/control_examenes/pdfs/capitulo08.pdf consultada el 20 de febrero de 2017.

Wing, L.(1998). El autismo en niños y adultos. Paidós, 23-28

ANEXOS

Anexo 1

KUNDALINI YOGA KRIYA CUIDANDO DE UNO MISMO

Yogí Bhajan 30 de Junio de 1986

1. Parado. Los brazos rodean el pecho cruzándose por delante. Las manos abrazan la espalda, justo por debajo de la caja torácica. Agarra las costillas lo más fuerte que puedas. Empieza a saltar ligeramente mientras tus piernas se levantan alternadamente frente a tu cuerpo, como si bailaras y patearas con tus piernas hacia delante. Esto se llama caminar la milla milagrosa. 3 1/2 minutos.



2. Mismo ejercicio básico que el anterior pero luego de patear una pierna y luego la otra te inclinarás hacia adelante y tocarás los dedos de tus pies. Luego, incorpórate rápidamente y patea con tus piernas hacia adelante nuevamente. Continúa alternando ambos movimientos. 2 minutos.



3. Sentado sobre tus talones, entrelaza tus manos y colócalas al tope de tu cabeza. Rota tu torso en círculos, moviéndote desde la cintura. Esto eliminará las toxinas de tus células que pueden eventualmente bloquear el flujo de tu sangre. 1 minuto.



4. Aún sentado sobre tus talones, presiona con las palmas de tus manos justo debajo de los huesos de los pómulos y levanta. Será el Monte de Venus de tu palma el que presiona hacia arriba debajo de tus pómulos y el que ejercerá suficiente presión como para impedir el habla. Inhala a través de la boca fruncida, tomando sorbos de aire profundos y exhala poderosamente a través de la nariz. 2 minutos.



5. Sentado en Posición Fácil y usando el mismo patrón de respiración que en el Ejercicio 4, apoya tus manos sobre las rodillas y dóblate desde la cintura hacia cada lado. Inhala profundamente a un lado y exhale profundamente hacia el otro lado. 2 minutos.



6. Recuéstate boca arriba, con tus brazos a los costados y duérmete por una hora. Escucha la música de Rakhe Rakhnhar. Relájate y déjate ir. 1 hora
Esta música tiene un ritmo de 8 tiempos, como tu corazón. Debes ser capaz de hipnotizarte a ti mismo para hacerte dormir.

COMENTARIOS: "Un yogui debe tener control sobre su sueño y debe ser capaz de prender el interruptor del sueño en cualquier momento. Esto se llama auto-hipnosis"

Anexo 1

KUNDALINI YOGA KRIYA SHABD KRIYA

Yogi Bhajan 1 de abril de 1974

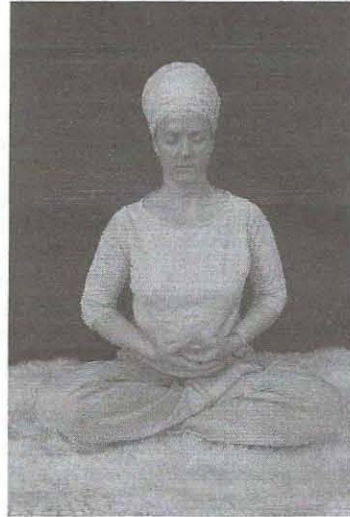
POSTURA: Siéntate en cualquier postura cómoda con la columna derecha.

MUDRA: Coloca las manos sobre tu regazo, con las palmas hacia arriba, la mano derecha sobre la izquierda. Los pulgares están juntos y apuntan hacia adelante.

OJOS: Enfoca tus ojos en la punta de tu nariz, los párpados están mitad cerrados.

RESPIRACION Y MANTRA: Inhala en 4 partes iguales, vibrando mentalmente el mantra Saa Taa Naa Maa. Suspende la respiración, vibrando el mantra 4 veces para un total de 16 tiempos. Exhala en 2 golpes iguales, proyectando mentalmente Wahe Guru.

TIEMPO: Continúa de 15 a 62 minutos.



COMENTARIOS: El mejor momento para practicar este kriya es cada noche antes de ir a dormir. Si se practica regularmente, el sueño será profundo y relajado y los nervios se regenerarán. Luego de algunos meses, el ritmo de tu respiración mientras duermas será regulado subconscientemente por este mismo ritmo! Pensarás mejor, trabajarás mejor, compartirás mejor, amarás mejor, ejercitarás mejor. Eventualmente, este mantra rítmico evolucionará hasta que incluso en tus actividades cotidianas escucharás automáticamente el mantra y adoptarás el ritmo de la respiración"

Místicamente, el efecto se entiende en numerología. El número 11 es el número del infinito en el mundo material y es el conquistador del reino físico. El número 22 es el número infinito del deseo y la maestría en el reino mental. La respiración es regulada en 22 tiempos y da a la mente el poder de estirarse hacia el infinito.

No existen alabanzas suficientes para esta meditación y su desarrollo produce un efecto positivo sobre la personalidad. Da radiancia y esta radiancia da paciencia que es la primera condición del Amor real. En el Amor, das sin fijarte en todos los errores del otro así como el sol da luz y calidez a toda las personas. Incorporar esta universalidad dentro de nuestra personalidad viene con la práctica disciplinada del Shabd Kriya.

Cuando Yogui Bhajan enseñó originalmente esta serie hizo que las mujeres empezasen con una entrada en calor rápida: Dos tandas del Kriya Aeróbico Har.

ANEXO 2

KUNDALINI YOGA KRIYA RESILIENCIA EMOCIONAL CORTANDO CON LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Yogui Bhajan • 16 de noviembre, 1989



1. Con tu dedo pulgar presiona firmemente hacia abajo tus dedos del Sol y de Mercurio.

Separa los dedos de Júpiter y de Saturno en forma de V. Colócalos frente a tu pecho mirándose entre sí con los dedos estirados apuntando hacia adelante. Presiona los codos contra las costillas. Haz movimientos de tijera con tus dedos, rápidamente. Abrelos y ciérralos completamente, como tijeras. Luego de 3 minutos comienza a sonsacar de tu inconsciente tus pensamientos más negativos. Sácalos, sin tregua. Continúa el movimiento de tijera con tus manos y corta tus pensamientos. 11 minutos.

Estás cortando con tu mala suerte, tus malos pensamientos, tu desgracia, con todo. A pesar de esto, te sentirás infeliz por otro medio minuto.

Si te digo que luego de hacer esto por media hora serás un rey, pero serás un rey infeliz, porque este ejercicio hace eso. Es automático. Es que el dedo de Júpiter con el de Saturno y el dedo del Sol con el de Mercurio están trabados hacia abajo por tu ego. Entonces restando tu ego, estás haciendo algo. Dios, te pondrá del revés. Pero sigue haciéndolo lo suficientemente rápido. Lo más rápido y completo que la hagas, mejores serán los resultados. Y serán proporcionalmente menores, si haces trampa. Cualificate, cualificate, que vale la pena.

a. Continúa moviendo tus dedos y comienza Respiración de Cañón sin redondear los labios. 90 segundos.

b. Continúa moviendo los dedos y comienza a crear un sonido 'pa pa', el sonido semilla básico, sólo con el movimiento natural de los labios. No digas el sonido. Continúa trayendo los pensamientos negativos y córtalos. 90 segundos.

c. Continúa moviendo tus dedos. Ahora imagina que estás insultando a alguien con tu boca y tus labios. Primero hazte odioso y luego ofensivo en tus pensamientos. Saca los pensamientos negativos, odiosos y ofensivos a la superficie y libéralos. 90 segundos. Inhala profundamente y relájate.

2. Entrelaza tus manos por detrás del cuello. Mueve tus codos hacia dentro y afuera mientras bailas desde el Punto del Ombligo hacia arriba. Hazlo con fuerza, enojo y de manera salvaje, mientras la parte de abajo de tu cuerpo permanece como una base sólida. Música: Tambores Punjabi. 6 minutos.

3. Inhala e inmediatamente trae tus brazos estirados por sobre tu cabeza. Separa bien los dedos, sin dejar que se toquen. Respiración de Cañón. 60 a 90 segundos. Inhala profundamente y estírate hacia arriba. Exhala. Inhala, estírate hacia arriba y sostén por 20 segundos. Inhala, estírate y haz respiración de Cañón rápidamente por 15 segundos. Exhala. Inhala, sostén por 20 segundos. Estírate y estira hacia arriba cada parte de ti. Exhala y relájate.

Anexo 2

KUNDALINI YOGA KRIYA MEDITACIÓN "GANESHA" PARA FOCALIZACIÓN Y CLARIDAD

Yogi Bhajan - 14 de mayo de 1997

POSTURA: Siéntate con la columna recta y los ojos cerrados.

MUDRA: El pulgar izquierdo y el meñique se extienden hacia afuera. Los otros dedos están cerrados en un puño con las yemas sobre los Montículos de la Luna (la raíz del pulgar que se extiende hacia abajo hasta la muñeca.)

(1 a) La mano izquierda y el codo están paralelos al suelo con la punta del pulgar izquierdo presionando en la muesca curva entre los ojos.

(1 b) Con la mano derecha y el codo paralelos al suelo, agarra el meñique izquierdo con la mano derecha y cierra la mano derecha en un puño, de manera que ambas manos ahora se extienden hacia afuera desde la cabeza. Empuja la muesca con la yema del pulgar izquierdo hasta que sientas un poco de dolor mientras respiras largo y profundo. Después de continuar practicando este dolor se reduce.

DURACIÓN: Haz esto por 3 minutos y no más. Con la práctica puedes extender esta meditación hasta 11 minutos. Pero si ya la dominas, solo necesitas 3 minutos para un enfoque inmediato y para detener el pensamiento negativo que te estaba llevando donde tú no querías ir.

PARA TERMINAR: Mantén la postura con los ojos cerrados, inhala. Empuja un poquito más y mete el punto del ombligo tensando los músculos del abdomen por 10 segundos, entonces exhala. Repite una vez más.



Anexo 3

KUNDALINI YOGA KRIYA ALIVIATE, RELÁJATE, REGARGATE

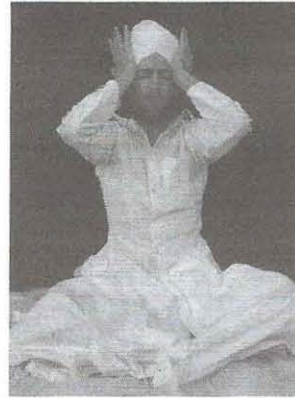
Yogui Bhajan • 1 de junio, 1986

1. Siéntate en una posición cómoda, como Postura Fácil, coloca las palmas sobre tus sienes. Respira largo y profundo. Al inhalar, presiona las sienes con tus manos. Al exhalar, afloja la presión. Continúa presionando y soltando las sienes con tu respiración. 4 minutos.

2. Continúa en una postura sentada cómoda y con tus dos manos, envuelve tu cuello desde los costados. Al inhalar, aplica presión en el cuello. Al exhalar, afloja la tensión. 3 minutos.

3. Cómodamente sentado, coloca tus manos en la cintura. Tus pulgares estarán en tu espalda y tus dedos hacia el frente. Los pulgares estarán en el área del riñón y tus dedos estarán en el área del hígado/vesícula biliar y bazo. Aplica presión con tus manos al inhalar y afloja la presión al exhalar. 2 minutos.

4. Forma puños con tus manos y golpea rítmicamente la parte superior del pecho, arriba de los pechos. Estás estimulando y haciendo circular el área linfática. Respirarás al dar el golpe, por lo que harás una Respiración de Fuego muy poderosa. 2 minutos.



Anexo 3

KUNDALINI YOGA KRIYA ALIVIASTE, RELÁJATE, REGARGATE

Yogui Bhajan • 1 de junio, 1986

5. Ahora, usando tus puños, golpea el Punto del Ombligo. Respiración de Fuego nuevamente. 1 1/2 minutos.

6. Golpea, con tus puños, el interior y la parte superior de los muslos. Continúa con una fuerte Respiración de Fuego. 1 minuto.

7. Ahora golpea los costados de la parte baja de tu espalda, en el área de los riñones. No muy fuerte, justo lo suficiente para estimular. Continúa con Respiración de Fuego. 1 minuto.

8. Ponte en Postura de Rana. En posición de parado, junta tus talones y coloca los pies ligeramente hacia afuera. Acuclíllate dejando los talones separados del suelo, la punta de los dedos de las manos apoyadas en el suelo con tus brazos entre las rodillas separadas. En esta posición de cuclillas, endereza la columna lo más que puedas. Luego extiéndete hacia arriba estirando tus piernas. Los talones permanecen separados del suelo. Esto debe realizarse con una respiración muy fuerte, inhalando arriba y exhalando abajo. 21 repeticiones.

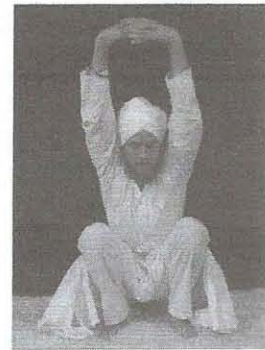


Anexo 3

KUNDALINI YOGA KRIYA ALÍVIATE, RELÁJATE, REGÁRGATE

Yogui Bhajan • 1 de junio, 1986

9. Parándote derecho, levanta los brazos hacia arriba por encima de tu cabeza. Tus manos están entrelazadas en Cerradura de Venus. Desde esta posición, te pondrás en cuclillas en Postura de Cuervo y te levantarás nuevamente hacia la posición de parado. Durante este ejercicio, las manos permanecen por encima de la cabeza. 41 repeticiones



10. Siéntate en Postura Fácil y entrecruza tus manos detrás del cuello. Trae la frente al suelo y luego levántate nuevamente. 21 repeticiones.

11. Siéntate en Postura Fácil y cruza tus brazos enfrente de tu pecho con tus manos trabadas sobre tus hombros. Flexiónate a la altura de la cintura de derecha a izquierda. Respira de lado a lado. 21 repeticiones.

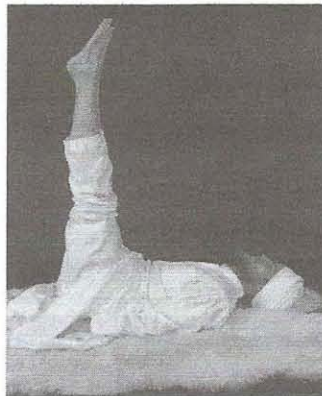
12. Acuéstate sobre tu espalda con tus manos a los costados. Si lo necesitas, también puedes poner tus manos debajo de tus caderas para sostener la espalda. Junta tus talones y al inhalar levanta las piernas a un ángulo de 90 grados. Al exhalar baja tus piernas. 42 repeticiones.



13. Baja tus piernas y acuéstate sobre tu espalda. Los brazos están a los costados. Te hipnotizarás a ti mismo y caerás en un largo y profundo sueño con Rakhe Rakhahar. 1 hora.



COMENTARIOS: Rakhe Rakhahar es la mejor oración en cuanto a la combinación entre sonido y palabras. Con él, no hay nada que se interponga entre Dios y el hombre.



Anexo 3

KUNDALINI YOGA KRIYA SATYA BANDH

Yogui Bhajan • 25 de Octubre, 1975

POSTURA: Siéntate en Postura Fácil.

MUDRA: Las palmas hacia abajo con la mano izquierda de 8 a 13 cm por debajo de la mano derecha. Esta distancia debe ser exacta. La mano derecha está encima de la izquierda, con la mano derecha paralela al piso justo debajo del mentón. Mantén el mentón hacia adentro y el pecho hacia afuera.

OJOS: Los ojos se abren un milímetro.

RESPIRACION: Lenta, larga y profunda a través de la nariz.

TIEMPO: 11 minutos.

Usa el mantra con la respiración. El mantra puede ser:

Sat Naam

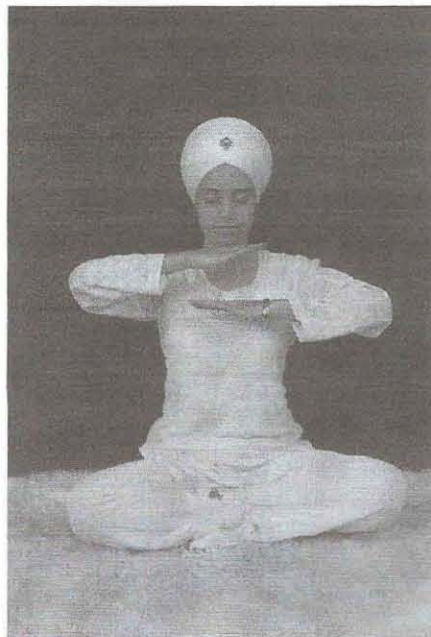
o cualquier otro mantra excepto un mantra personalizado (para un guru específico, como Guru Ram Das) Si practicas esta meditación para la sanación, usa el mantra:

Raa Maa Daa Saa (en la inhalación)

Saa Say So Hung (en la exhalación)

PARA TERMINAR: Inhala completamente y exhala completamente, luego repite el ciclo de la inhalación y la exhalación dos veces más. Luego relájate. El tiempo de práctica para esta meditación puede extenderse gradualmente hasta los 31 minutos.

COMENTARIOS: Este kriya carga tus manos de energía sanadora. Esta es una de las series de Meditaciones Agradables, Cómodas, Cohesivas. Estas tres meditaciones nos compensan todas nuestras deficiencias.



Anexo 4

KUNDALINI YOGA KRIYA LIBERANDO TU ESTRÉS EMOCIONAL

Yogui Bhajan. 9 de Noviembre, 1989

1. Siéntate en Postura Fácil. Comienza a aplaudir con tus manos siguiendo la siguiente secuencia:

- a. Golpea tus muslos.
- b. Aplaudes delante del pecho
- c. Abre las manos en forma de V (las manos están frente a los hombros)
- d. Aplaudes delante de tu pecho nuevamente
- e. Golpea tus muslos
- f. Repite el ciclo. (Al repetir el ciclo, golpearás los muslos dos veces seguidas.) Crea un ritmo. 3 minutos.

Para terminar: Inhala profundamente y suspende la respiración por 15 segundos. Cierra los ojos y no tengas ningún pensamiento. Exhala. Suspende nuevamente la respiración por 10 segundos. Inhala y suspende por 10 segundos, inhala más y suspende por otros 10 segundos. Exhala. Te habrás liberado del estrés en exactamente tres minutos. No tienes que hacer nada. Uno, dos, tres, cuatro, cinco. Uno, dos, tres, cuatro, cinco. Eso es todo, es algo musical. Tu cuerpo comenzará a librarse del estrés elemental.

2. Comienza a aplaudir nuevamente con la misma secuencia y ritmo que en el ejercicio 1. 1 minuto.

Para terminar: Inhala profundamente y suspende por 10 segundos. Exhala y relaja.

3. Entrelaza las manos delante del Centro del Corazón. Los dedos de cada mano están juntos y los pulgares se entrecruzan por encima. Haz que tus codos reboten contra los costados de la caja torácica. Golpea las costillas fuerte y rápidamente. 3 minutos.

Para terminar: Inhala profundamente, suspende por 10 segundos y presiona tu caja torácica con los codos. Firmemente. Exhala. Inhala profundamente y suspende por 10 segundos, suspende y aprieta los codos contra la caja torácica. Exhala. Inhala profundamente, suspende por hasta 30 segundos; exhala.

4. Siéntate con tus codos relajados y tus manos frente a tus hombros, con las palmas hacia delante. Entrecruza tus manos delante de tu cara, como si fueses un niño diciendo 'No, no' Crea tu propio ritmo, 2-1/2 minutos. Para terminar: Inhala profundamente, suspende por 10 segundos, exhala. Repite dos veces más y luego sacude tus manos.



Anexo 4

KUNDALINI YOGA KRIYA LIBERANDO TU ESTRÉS EMOCIONAL

Yogui Bhajan. 9 de Noviembre, 1989

5. En Postura Fácil, apoya tus manos en el suelo enfrente de ti, dejando que la columna se arquee ligeramente. Golpea el suelo con tus manos al ritmo de la música. Cierra los ojos y muévete rítmicamente. 3-1/2 minutos.

Música: Tambores de Punjab.

Relájate. Deja que tu cuerpo se mueva al ritmo.



6. Inmediatamente, comienza a bailar con tu cuerpo en la posición de sentado. Juega con el ritmo. Haz que tus hombros bailen. 7-10 minutos.

Para terminar: Inhala profundamente, suspende y exhala. Repite dos veces más.

Libérate de la artritis... tienes que mover la caja torácica para crear el equilibrio de calcio y magnesio.... Deja que tu cuerpo cambie su química, que se relaje. Libérate de toda tensión. ¡Baila! ¡Date una oportunidad!



7. Pon tus manos sobre el Centro del Corazón, la izquierda sobre la derecha, paralelas al suelo, una encima de la otra. Permaneciendo sentado, cierra los ojos y toma una siesta.

Música: Se toca el gong. 8-1/2 minutos.

Siéntate rítmicamente derecho y duérmete hipnóticamente.

8. Escucha y canta Chakkr Chattr Varti. 1 minuto. Si no conoces el mantra, sólo copia los sonidos.



Comentarios: "No tienes ningún enemigo, no tienes pobreza, no tienes deshonra, no hay nada malo contigo. Es el estrés elemental el que crea una zona de horror en ti y tú te vuelves la víctima de esto... La idea de la religión, de la meditación, de la conciencia elevada - llámalo como quieras- es que no debe existir ningún descontento en la persona. Una persona estable e iluminada mentalmente es aquella que disfruta del espíritu, de la vida. Si quieres decir que estás corrompido, estás corrompido con sólo decirlo.

No solamente hacerle mal a alguien es corrupción, no solamente tomar algo de otra persona es corrupción, es corrupción que Dios te dé el regalo de la vida y que tú ni lo puedas sentir... La vida es un regalo. Lo desperdiciamos con nuestros conflictos internos. Nos quejamos al mundo y el mundo entero se queja ante nosotros, pero nosotros debemos convertirnos en nuestros propios amigos."

Anexo 4

KUNDALINI YOGA KRIYA MEDITACIÓN PARA ALIVIAR TU ESTRÉS

Yogui Bhajan • 8 de Agosto, 1994

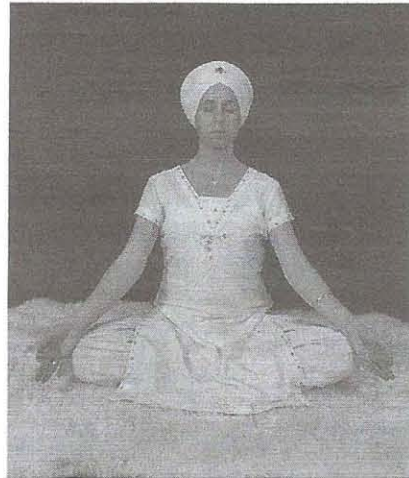
POSTURA: Siéntate en una postura meditativa cómoda con la columna derecha, el mentón adentro, el pecho erguido.

OJO: cierra tus ojos y concéntrate en tu respiración.

RESPIRACION: Inhala a través de la nariz en 8 partes iguales. Exhala a través de la nariz en una parte poderosa y profunda.

TIEMPO: 11 minutos

PARA TERMINAR: Inhala profundamente y suspende la respiración de 5 a 10 segundos. Exhala. Inhala profundamente y suspende la respiración de 15 a 20 segundos y rota tus hombros. Exhala poderosamente. Inhala profundamente y suspende la respiración de 15 a 20 segundos y rota los hombros tan rápido como puedas. Exhala y relaja.



Anexo 5

KUNDALINI YOGA KRIYA LIBERANDO LA FATIGA EMOCIONAL

Yogui Bhajan • 12 de marzo, 1996

1. Siéntate en un estado meditativo. Columna derecha. El mentón adentro y el pecho afuera. La mano derecha está arriba con el codo relajado hacia abajo y la palma mirando hacia afuera. Los dedos de Saturno y del Sol están separados – el saludo de "Vulcano"- trabando los dedos de Júpiter y de Saturno juntos y el Solar y el de Mercurio juntos. La mano izquierda con la palma hacia abajo, los dedos bien separados, con el codo relajado al costado. Mueve la mano izquierda de atrás a adelante. La mano se mueve como un péndulo, un golpe completo –izquierda y derecha- por segundo. Respira a través de la boca en forma de O, manteniendo el ritmo con el movimiento de la mano izquierda. **11 minutos.**



PARA TERMINAR: Inhala profundamente y entrelaza los dedos y estíralos por encima de la cabeza. Estírate. Exhala. Repite dos veces más y relaja.

Te liberará de tu fatiga interna para siempre. La fatiga, que tu cuerpo no puede remover, que te hace viejo, que te hace débil, desaparecerá en los primeros siete minutos. Bostezar es algo natural y normal. Deja que suceda.

Nota: No practiques por más de 11 minutos.



2. Mueve tus brazos vigorosamente – todo tu torso se mueve- ¡alócate! [no se toca ninguna música para no volverte sistemático, rítmico. ¡Alócate!] **3 minutos.**



3. Junta la punta de los pulgares, los dedos de Jupiter y Saturno de cada mano, luego levanta y balancea los brazos alternadamente por detrás y arriba de la cabeza en un movimiento como de bicicleta. Muévete rápidamente.

1 minuto.



4. Suelta el Mudra y siéntate derecho. Silba con la música. Silba fuerte. música: Ardas Bhaee, versión instrumental.

4 minutos.

Comienza a cantar si conoces la letra. **1 ½ minutos.**

Susurra el mantra. **1 minuto.**

Silba. **30 segundos.**



PARA TERMINAR: Inhala profundamente. Concéntrate en el Punto del Ombligo. Suspende la respiración. Contrae el ombligo hacia la columna. Exhala. Repite dos veces más.

"El éxtasis, la felicidad del Ser, es tan sublime, tan suprema, tan sutil, tan dulce que todo este mundo no es nada, absolutamente nada." – Yogui Bhajan

Anexo 5

KUNDALINI YOGA KRIYA MEDITACIÓN PARA LA ANTIDEPRESIÓN Y SINCRONÍA CEREBRAL

Yogui Bhajan • 23 de enero, 1975

1. Siéntate en Postura Fácil con la columna derecha. Las manos están en Gyan Mudra con el primer dedo y el pulgar tocándose.

(a) Levanta los antebrazos paralelos al suelo y trae el mudra frente a tus ojos de manera que los pulgares y los índices de cada mano se toquen al frente del puente de la nariz. Abre bien los ojos y mira más allá de las manos hacia el horizonte.
(b) Luego inhala profundamente y separa las manos de 90-115 cm mientras mantienes los ojos fijos. Inhala y regresa a la posición original. Los codos se moverán un poco, pero mantenlos relajados.

Comienza con un movimiento lento, un ciclo de respiración toma alrededor de 4 segundos. Cuando las manos van hacia fuera con la inhalación, vibra mentalmente Saa. Cuando regresan, vibra Taa. Luego, en la segunda repetición, vibra mentalmente Naa en la inhalación y Maa en la exhalación. Medita en la energía vital de la respiración. El sentimiento de estirar la respiración desde un único punto, representado por la unión de los mudras y la extensión completa hacia afuera de los mudras es esencial. Luego de 2 o 3 minutos, aumenta la velocidad a 3 o 4 segundos por cada ciclo de Sa-Ta-Na-Ma. Continúa por 3 minutos.

2. Inhala y relájate con los brazos y hombros totalmente entregados hacia abajo. No se necesita ningún mudra, sólo relájate. Medita en el Chakra Corona en el tope de la cabeza. Si debes concentrarte, enfoca toda tu energía en la parte anterior de la fontanela, en el tope del cráneo. Continúa por alrededor de 15 minutos.

TIEMPO: Puedes incrementar el tiempo de la meditación y la relajación lentamente a lo largo de un período de semanas. Con el tiempo, puedes hacer el Ejercicio 1 por 11 minutos seguido de una relajación por 31 minutos.

Yogui Bhajan- 23 de Enero, 1975



COMENTARIOS: Has nacido y fuiste hecho para ser positivo y creativo. La creatividad de tu existencia es ilimitada. Porque no establecemos el hábito de la constancia en el pensamiento y en la acción, creamos patrones negativos en nuestros pensamientos y acciones; generamos nuestras propias depresiones. Esta meditación te permitirá evaluar y medir cuan positivo o negativo eres. También te hará positivo y feliz. Se enfoca en el alcance de la respiración. En el subconciente, la respiración y la vida son sinónimos. Al meditar de esta forma, la depresión puede aliviarse. Si lo haces correctamente, habrá una presión tremenda sobre tus glándulas linfáticas. Los dos lados del cerebro se coordinan y separan. Aquella gente desafortunada que usó marihuana en algún momento de su vida tiene los hemisferios confundidos. El efecto es una dispersión periódica, falta de motivación, depresión o alineación. Esto puede reaparecer en cualquier momento a lo largo de la vida, aún luego de años de abstinencia del uso de la droga. El cuerpo necesita reajustarse a través de un ritmo apropiado y un ayuno de bananas. Este ejercicio ayuda a coordinar las funciones cerebrales.