



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**PROGRAMA DE TECNICAS DE RELAJACIÓN, CON
PACIENTES DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO "20 DE NOVIEMBRE"**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

CÉSAR CORREA CAMACHO

DIRECTORA: MTRA. LILIA JOYA LAUREANO

REVISORES:

MTRO. ANGEL JAIME GRADOS ESPINOZA

MTRO. JORGE ALVAREZ MARTINEZ

ASESORES:

DR. ROBERTO PEIMBERT RAMOS

MTRA. ALICIA MIGONI RODRIGUEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi madre (Concha) que por sus esfuerzos, sacrificios, su ayuda y comprensión me ha dejado ser como yo he querido, sus enseñanzas de sencillez y alegría me ha ayudado a enfrentarme con valor y confianza todos los proyectos que me he propuesto.

A mi padre (Antonio) que por su disciplina y dedicación al trabajo y sacrificios me forjo para tener un carácter fuerte y confiar en las habilidades porque al ser constante en lo que uno quiere logra sus objetivos.

A mi novia (Yare) la cual agradezco todas las vivencias y experiencias en este tiempo, por su comprensión, su alegría y que todos los momentos vividos nos ayudan a crecer, gracias por compartir tu tiempo.

A mi familia cercana por estar conmigo (Mago, Rita, Alberto) que son los que están ahí en lo que se requiere muchas gracias.

A Margarita por ser una excelente psicóloga, prima, amiga y hermana que influyo en mí de manera indirecta para escoger esta carrera te agradezco todos lo vivido prima.

A mis amigos que gracias a ellos supe tener el concepto de hermandad de diferente manera porque al pasar experiencias pude ver que se puede vivir la vida de manera más alegre: (Luis, Alfonso, Jorge, Miguel, Diego, Eli, Ana, Amaranta, Ble, Fátima.

A mis Mentores:

Mtra. Lilia Joya Laureano que me enseñó una parte excelente de conocimiento lo que se realiza dentro del área de la Psicología de la Salud y que su apoyo fue esencial para la realización de este trabajo. A nivel personal le agradezco la apertura de no solo ser una maestra convencional en el aspecto de lo didáctico, sino que también ayudo con sus experiencias a crecer a nivel personal y ver que ante todas las adversidades y heridas que te deja la vida uno puede ir con la frente en alto y seguir sonriendo y ser feliz.

Al Doc (Mtro. Jaime Grados Espinoza) quien me tendió la mano y confió en mi para estar como adjunto de su clase y que apartir de toda esa experiencia me ayudo a crecer a nivel personal y profesional, por su alegría y carisma a la hora de dar curso me ayudo a ver que la adquisición del conocimiento se puede ser de manera lúdica.

A la Maestra Elda Sánchez que me ayudo también a concretizar muchos conceptos de este trabajo.

A mis revisores y sinodales Doc. Peimbert, Mtro. Jorge Alvarez, Mtra. Alicia Migoni que por su conocimiento y experiencia ayudaron a que este trabajo se realizara perfectamente.

INDICE

Resumen.....	6
CAPITULO I.....	7
1.1 Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio.....	7
1.2 Misión.....	7
1.3 Visión.....	8
1.4 Valores.....	8
1.5 Ubicación física.....	8
1.6 Tipo de institución.....	8
1.7 Población a la que se le atiende.....	8
1.8 Objetivo del programa de la institución.....	9
1.9 Programas y acciones realizadas dentro del servicio de psiquiatría.....	10
objetivos del informe de servicio social.....	10
CAPITULO II.....	11
2.1 Descripción de las actividades realizadas.....	12
2.2 Asistencia a sesiones bibliográficas y clínicas.....	12
2.3 Programa de técnicas de relajación.....	13
CAPITULO III.....	20
3.1 Definición de ansiedad.....	21
3.2 Definición de angustia.....	23
3.3 Definición y clasificación de ansiedad en el DSM IV.....	25
3.4 Definición y clasificación de ansiedad en el CIE10.....	25

3.5 Definición del estrés.....	26
3.5.1 Causa del estrés.....	30
3.6 Neurobiología de la ansiedad.....	31
3.6.1 Sistemas Hormonales Implicados en la ansiedad.....	33
CAPITULO IV.....	35
4.1 Tratamientos no convencionales, (masajes).....	36
4.2 Tratamiento Médico o Farmacológico.....	37
4.3 Tratamiento Cognitivo Conductual (Pavlov, Watson, Beck, Ellis).....	39
CAPITULO V.....	43
5.2 Orígenes de las Técnicas de Relajación.....	44
5.3 Fisiología de la relajación y sus beneficios.....	45
5.4Respiración diafragmática.....	48
5.5Relajación muscular progresiva.....	49
5.5.1 Contraindicaciones de técnicas musculares.....	50
5.6 Técnicas autogénicas.....	51
5.6.1Desventajas de las técnicas de relajación autogénicas.....	52
5.7 Técnicas de Visualización o imaginiería.....	52
5.8Biofeedback.....	53
Resultados Obtenidos.....	55
Aprendizajes y habilidades obtenidas.....	63
Conclusiones.....	63
Sugerencias.....	64
Bibliografía.....	65

RESUMEN

El presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) permite reflexionar sobre las actividades realizadas dentro del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", se describe el nivel de importancia de las actividades que realiza el psicólogo dentro del servicio de psiquiatría, desde la evaluación, calificación e interpretación de pruebas con los pacientes referidos. Este informe, describe de forma detallada el manejo de las sesiones de técnicas de relajación (técnica de respiración diafragmática; técnica de relajación muscular progresiva, técnica de relajación autógena) y por último la sesión de evaluación en donde se da de alta al paciente del servicio de psicología. La descripción se sustenta de manera teórica con base a un marco teórico referencial y también de forma descriptiva a nivel práctico, ello se obtuvo a partir de la experiencia con los pacientes, los cuales contaban con edades desde los tres años hasta personas de la tercera edad y a los cuales se les evaluó psicológicamente y se les entrenó en técnicas de relajación.

Dentro del informe también se describe la dinámica en la institución y adicionalmente otras actividades realizadas como la asistencia a las sesiones clínicas y bibliográficas con el equipo de médicos y residentes del área de psiquiatría.

Palabras clave: técnicas de relajación, ansiedad, estrés, técnica de respiración diafragmática, técnica muscular progresiva, técnica de relajación autógena,

CAPITULO I

1.1 CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.

El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” tiene como objetivo atender a derechohabientes de toda la república del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Al ser un hospital de Tercer nivel, brinda el apoyo y la atención de alta especialidad a los usuarios que lo requieran.

La historia y el origen Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE (2014), inició con su construcción en el año de 1940 por el empresario Antonio Fajer, su objetivo era crear un hospital de iniciativa privada pero por falta de ingresos quedó inconclusa la obra. Pasaron diez años para que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) adquiriera el inmueble para crear un hospital de atención a maestros y la edificación de una escuela de enfermería.

El 16 de mayo de 1961 se inauguró el hospital teniendo como inversión total del proyecto que fue 100, 000,000.00 pesos moneda nacional.

En 1966 cambio a Hospital regional ampliando la capacidad de servicios otorgados al derechohabiente.

En el año de 1994 se modifican las actividades del servicio de psiquiatría y se adapta la transformación de Hospital General Centro Médico para la mejor atención a los derechohabientes.

1.2 MISIÓN

El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), tiene como misión brindar atención médica de alta especialidad, satisfaciendo las necesidades de la

derechohabencia del instituto. Por medio de eficiencia, efectividad y trato humanitario, acorde a la normatividad vigente.

1.3 VISIÓN

El personal que labora en la Institución (Médicos, enfermeras y personal administrativo) tienen como visión ser la cúspide del sistema de servicios de salud, mediante el fortalecimiento como unidad de atención medica de excelencia tanto asistencial como científico académica; acordes a las necesidades de la derechohabencia.

1.4 VALORES:

- ✓ Ética
- ✓ Honestidad
- ✓ Desarrollo
- ✓ Respeto
- ✓ Espíritu de servicio.

1.5 UBICACIÓN FISICA:

Av. Félix Cuevas #540, Col. Del Valle, Código Postal 03229 Delegación Benito Juárez México D.F. Edificio de Consulta Externa 9no Piso.

1.6 TIPO DE INSTITUCIÓN:

Pública

1.7 POBLACION A LA QUE SE ATIENDE:

El hospital "20 de Noviembre" ofrece su atención a Derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE dado que es un Centro Médico de alta especialidad da atención a personas de toda la República Mexicana.

El centro médico nacional según Gobierno Autónomo de Santa Cruz (2014) es parte importante de la red de servicios conformado por el nivel de complejidad cuyo objetivo consiste en proporcionar a la población asistencia de forma integral, completa, oportuna y de calidad en tanto a la promoción, protección y rehabilitación con orientación preventiva, cuyos servicios externos y de gestión se proyecten hacia el ámbito comunitario y familiar.

1.8 LOS OBJETIVOS QUE TIENE UN CENTRO MÉDICO NACIONAL SON LOS SIGUIENTES

- Prestar asistencia pública de manera oportuna, eficiente, eficaz, a las personas tanto en servicio de emergencia, consulta externa, e internación.
- Brindar y prestar atención médica las 24 horas del día todo el año.
- Realiza programas nacionales, departamentales y locales en materia de salud.
- Aplica normas de bioseguridad que garantizan tanto al personal como a las personas seguridad e higiene adecuada en cada uno de los servicios.
- Implementa actividades y mejoramiento en calidad.
- Aplica y evalúa el cumplimiento de protocolos oficiales de servicios de salud.
- Hacer valido los derechos que tiene los pacientes.

En docencia e investigación:

- Ejecuta programa de docencia e investigación, promoción e investigación en salud intra y extra hospital, con base a programas de docencia asistencial de acuerdo a la realidad epidemiológica de su área de influencia, así como la capacitación permanente del personal de salud mediante revisiones bibliográficas y sesiones clínicas semanales.
- Capacita al personal de la red de salud.
- Aplica normas y desarrolla investigación de la mortalidad e infecciones nosocomiales.

1.9 PROGRAMAS Y ACCIONES REALIZADAS DENTRO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

El servicio de psiquiatría se caracteriza por tener una forma colaborativa e integrativa, ya que los médicos y especialistas que están inscritos se dividen de esta manera:

- Ψ Atención Psiquiátrica en adultos.
- Ψ Atención Psiquiátrica en Niños.(Paído psiquiatría)
- Ψ Diagnostico e Intervención Psicológica.
- Ψ Diagnóstico y rehabilitación Neuropsicológica.

1.10 OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El objetivo de titulación por informe Profesional de Servicio Social (IPSS) consiste en:

- Describir experiencias a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos durante mi estancia dentro del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"; así como conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de la licenciatura en Psicología.
- Realizar recomendaciones o sugerencias, que contribuyan a un enriquecimiento tanto para mi desarrollo personal y profesional como para el propio programa de psicología que se encuentra dentro del área de psiquiatría de este hospital.

CAPITULO II:

**DESARROLLO DE
ACTIVIDADES
REALIZADAS
DENTRO DEL
SERVICIO SOCIAL**

2.1 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DEL SERVICIO SOCIAL

El área de psicología se encuentra integrada al servicio de psiquiatría.

Dentro de las funciones del servicio de psiquiatría se encuentran:

- Ψ Evaluación psicológica en niños, adolescentes y adultos.
- Ψ Evaluación Psiquiátrica.
- Ψ Estudios Psicológicos Completos.
- Ψ Intervención psicoterapéutica individual y familiar.
- Ψ Intervención psico farmacológica.

La atención psicológica tanto en área de evaluación como de intervención surge de la solicitud mediante la interconsulta de los servicios del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" como del servicio de Psiquiatría, ya sea para pacientes vistos en consulta externa o en hospitalización. Algunas de las evaluaciones hechas son parte del protocolo de cirugía Bariátrica.

Dentro de las intervenciones psicoterapéuticas individuales se encuentran el programa de técnicas de relajación individual.

En actividades del programa de servicio social se colaboró en la evaluación e intervención de manera individual.

2.2 ASISTENCIA A SESIONES BIBLIOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

Durante la estancia dentro del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" se asistió a sesiones bibliográficas y clínicas, estas se realizaban los días jueves y viernes respectivamente en la sesiones bibliográficas dentro del aula del Servicio de Psiquiatría, en donde los residentes de la especialidad de primer, tercer y cuarto año, médicos y psicólogos exponían artículos científicos y se discutía con base en

otros artículos presentados por el resto del equipo. Generalmente sobre trastornos mentales.

En las sesiones clínicas cada uno de los residentes presentaba un caso clínico, el cual a partir de la descripción de la historia clínica todo el equipo del servicio los médicos adscritos (psiquiatras), los psicólogos adscritos al servicio, los residentes y los psicólogos pasantes discutían el diagnóstico por el cual el paciente acudía y las alternativas terapéuticas que se podrían implementar según fuera el caso.

2.3 PROGRAMA DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Las funciones que se realizaron en el hospital, fueron la impartición de técnicas para el manejo de ansiedad con pacientes del área de psiquiatría. Existen diversos tipos de tratamientos, los cuales se utilizan para la disminución de la ansiedad, hay desde los tratamientos médicos (fármacos) y psicológicos (terapia cognitiva conductual); en los tratamientos cognitivos conductuales (dicha actividad se realizaba los días viernes), las técnicas de relajación se realizan de acuerdo al programa de cuatro sesiones.

1ra SESIÓN INTRODUCCIÓN A LAS TÉCNICAS Y MANEJO DE LA TÉCNICA DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Antes de que ingrese el paciente al consultorio, se revisa el expediente clínico, donde se ven las notas clínicas de los servicios por los cuales ha pasado, qué padecimientos tiene y los padecimientos psiquiátricos por los cuales fueron referidos a las técnicas de relajación.

Ya teniendo el conocimiento de qué enfermedades tiene el paciente se le pide ingresar al consultorio. El terapeuta encargado de la sesión se presenta y hace una pequeña entrevista en la cual se preguntan datos generales del mismo como:

- ✓ Nombre completo.
- ✓ Edad.
- ✓ Estado civil.
- ✓ Enfermedades significativas.

- ✓ Motivo por el cual se realizó la interconsulta para el manejo de las técnicas de relajación.

Los motivos de la interconsulta o la canalización al servicio de psiquiatría son indicadores en donde no sólo es el padecimiento orgánico por el cual ingresaron al hospital, sino una enfermedad psiquiátrica que requiera su atención.

Los pacientes del área de psiquiatría que son ingresados al programa de técnicas de relajación son evaluados por médicos psiquiatras adscritos al servicio, los cuales determinan si son candidatos a ingresar y en colaboración al tratamiento farmacológico, ayudan a disminuir la sintomatología ansiosa de la enfermedad psiquiátrica en cuestión.

Después de recabar estos datos del paciente viene una explicación psicoeducativa de lo que es la ansiedad y el proceso del estrés. A continuación se describirá qué es la psicoeducación y posteriormente se explicará sobre la ansiedad.

Los objetivos que se persiguen en la psicoeducación en general son los siguientes:

- Informar al paciente y a sus familiares sobre el proceso de la enfermedad que tienen y sean capaces de entenderla y manejarla de la manera más adecuada y óptima posible.
- Ayudar a eliminar los prejuicios que se le tienen a la enfermedad mental.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento.
- Reducir el riesgo de recaídas.
- Ayudar de manera significativa a manejar los aspectos emocionales.

Al tener mayor información de la enfermedad el paciente y la familia tienen mayores recursos de entenderla y ver las alternativas de cómo abordarla de manera eficaz Unioviado (2014).

En este apartado se le explica al paciente los siguientes aspectos:

Ψ ¿Qué es la ansiedad?

Ψ ¿Cómo surge la ansiedad como respuesta evolutiva?

- Ψ ¿Cómo detectar las reacciones físicas de la ansiedad?
- Ψ ¿Cómo influye los pensamientos en el proceso del estrés?
- Ψ ¿Qué estímulos influyen en la aparición de los síntomas de la ansiedad?
- Ψ ¿Cómo podemos contrarrestar o disminuir los síntomas ansiosos?

Con estos conceptos se inicia con la técnica de relajación diafragmática.

Antes de que se instruya a la técnica de respiración diafragmática se mide la temperatura periférica con un termómetro, se le pide que ponga su dedo índice 10 segundos en el termómetro. Se le explica al paciente que cuando estamos ansiosos la temperatura de nuestro cuerpo disminuye. Es importante señalar que se utiliza el termómetro diseñado por el psicólogo mexicano Benjamín Domínguez, el cual nos indica si la persona está estresada o relajada, esto por medio de los colores que aparecen en el termómetro.

A continuación se describirán los mismos:

- 1.- Cuando la coloración suele ser oscura (color negro y café) indican que la persona está estresada.
- 2.- Los rangos de color intermedio significan que no se está ni estresado ni relajado y se refleja con colores (verde y verde agua).
- 3.- Los estados donde existe un nivel de relajación (color azul) significa que la persona ha aumentado la temperatura periférica produciendo un estado de relajación-

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

El entrenamiento en respiración diafragmática consiste en enseñar a tener el control voluntario de la respiración para lo cual las personas deben de centrar su respiración por la vía de la nariz y utilizar el musculo diafragma. La práctica de esta técnica tiene como finalidad que el paciente se relaje y disfrute de los efectos de la misma.

A continuación se describirá cómo se desarrolla dicha técnica:

- ✓ Se le pide al paciente que se siente cómodamente con sus brazos y piernas de forma extendida, ahora se le pide que cierre sus ojos.
- ✓ Después se le indica que haga una respiración profunda observando los movimientos, habitualmente las personas realizan respiraciones cortas.
- ✓ Se corrige la respiración, diciéndole que el aire que inhala va directamente al estómago, ya corregido este paso, se le indica que respire dejando entrar aire sin prisa de forma lenta y profunda de manera que pueda sentir como su estómago sube y baja.
- ✓ Se hace notar a este, el ritmo lento de su respiración y se le indica que trate de respirar sin esfuerzo ni presión.
- ✓ Se deja que paciente respire de esta manera por dos minutos.
- ✓ Finalmente se da la indicación que empiece a abrir poco a poco los ojos.
- ✓ Terminando la técnica se vuelve a evaluar con el termómetro de temperatura periférica, observando si hubo cambios fisiológicos ejecutados por la técnica.

Además se comentan los cambios, en caso de no lograr la respiración diafragmática se le deja de tarea ejercitarse inflando un globo.

2da SESIÓN TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON

Al inicio de la segunda sesión se le pregunta cómo le fue a lo largo de la semana con la implementación de la técnica de relajación muscular progresiva, después de eso se evalúa de manera inmediata la temperatura periférica del paciente y se le pide que haga la técnica que se le enseñó la vez pasada. Si existen errores en la ejecución se corrigen, ya que es muy importante que logre la relajación. Al terminar de evaluar esta técnica, se le indica la siguiente técnica de relajación (muscular progresiva).

Se le pide al paciente que se acueste en el diván de la manera más cómoda que pueda, ubicando los brazos en los costados y la posición de las piernas lo más

relajadas posibles. También se le pide que apoye su espalda completamente en el diván.

Ya que se encuentre de forma cómoda se le dice al paciente que se le va a indicar ciertos grupos de músculos a los cuales tiene que tensar y relajar lentamente. Es muy importante que se concentre para que registre lo relajado que estuvo el musculo y que poco a poco vaya aumentando progresivamente la tensión del mismo, llegando a un punto máximo el cual no debe de ejercer malestar al paciente.

Se le pide que al escuchar la numeración del 1 al 5, la tensión aumente progresivamente en cada zona muscular la cual se menciona de la siguiente manera según Cautela (1995):

- ✓ Cuando escuche el número uno el musculo está totalmente relajado.
- ✓ En dos nota que el musculo aumenta un poco la tensión.
- ✓ En tres aumenta un poco más la tensión ejercida en esa zona.
- ✓ Cuatro, la tensión ejercida en esta zona es mayor casi llegando al punto máximo.
- ✓ Cinco, la tensión del musculo llega a su punto máximo. Se hace énfasis en la experiencia de los músculos tensos sin que sea una sensación incomoda. Y se le deja en esta tensión por un periodo de cinco segundos.

A continuación se le pide que relaje los músculos de manera gradual y se realiza el conteo inverso, del cinco al uno..

Los grupos musculares son los siguientes:

- Los pies tratando de hacer puntas.
- Contracción de glúteos.
- En el abdomen presionándolo hacia la espalda.
- En el pecho inhalando un poco de aire, metiendo en la parte alta.
- Haciendo los hombros hacia atrás, para arquear la espalda.
- La cabeza se inclina hacia atrás provocando tensar el cuello.

- La zona de la boca oprimiendo los labios.
- En el área de los ojos tratar de cerrar lo más fuerte posible.
- En el entrecejo tratar de tensarlo como si estuviera enojado.

Por último, se le deja respirando lenta y profundamente al paciente durante 2 minutos haciendo que se reincorpore lentamente, finalizando así el ejercicio. De forma inmediata se le vuelve a evaluar con el termómetro de temperatura periférica y se le da la recomendación de hacer esta técnica acostado (ya sea al despertarse o al acostarse a dormir) y se le ve hasta la siguiente semana. Si es necesario se realizan observaciones de corrección y se aclaran dudas.

3ra SESIÓN TÉCNICA DE RELAJACIÓN AUTÓGENA.

Como en la sesión número dos se le pregunta cómo le fue a lo largo de la semana en la ejecución de la técnica y se evalúa como está la temperatura del paciente en ese momento. A continuación se le pide que haga la técnica de relajación progresiva para observar si se requiere alguna

Ahora se le pide que se siente de manera que este lo más cómodo posible y cierre los ojos, siguiendo las instrucciones de respirar lenta y profundamente. A continuación se le indica lo siguiente: Te voy a decir una frase y esta la va a repetir en su mente continuamente.

- “Tengo las manos calientes, tengo las manos relajadas... Tengo las manos calientes tengo las manos relajadas”
- Se le deja durante tres minutos aproximadamente al paciente repitiendo esta frase y después se le pide que abra los ojos.
- Al finalizar la técnica se evalúa con el termómetro y se da la recomendación de hacerla de 3 a 5 veces al día y en situaciones estresantes.

4ta SESIÓN EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS.

Como en las sesiones pasadas se le pregunta al paciente cómo le fue en la semana durante la ejecución de esta técnica. Además se le toma la temperatura para ver si está ansioso o no.

Se revisa la ejecución de las técnicas y se hacen los comentarios pertinentes, se realizan una lluvia de ideas con el paciente para que de acuerdo a su estilo de vida realice actividades que favorezcan la relajación. En algunos casos se canalizan a psicoterapia cognitiva cuando los síntomas ansiosos están asociados con algún padecimiento psicológico que requiera de un manejo de reestructuración cognitiva.

CAPITULO III
SOPORTE
METODOLÓGICO
ANSIEDAD

3.1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

El diccionario de la Real Academia Española define a la ansiedad como un estado de preocupación o inquietud causadas por la inseguridad o el temor, que puede llevar a la angustia.

Mercado (1992) la define como una emoción que se caracteriza por sentimientos que expresan un peligro aproximarse, la cual activa el Sistema Nervioso Autónomo producido por la tensión y la angustia.

Kaplan (1999) la define como un sentimiento de aprehensión que produce cierta anticipación del peligro, el origen puede ser interno como externo.

Por su parte Prado (2004) afirma que actualmente se estudia como un modelo de enfermedad psíquica, la cual se puede dividir en cinco rubros que son: la respuesta vivencial, la fisiológica, la conductual, la cognitiva y la asertiva. En donde los factores desencadenantes se dividen tanto en externos e internos los cuales están hechos por creencias, recuerdos, ideas y pensamientos que se vuelven estímulos activadores y que pueden ser controlados.

El estado de ansiedad es una reacción emocional compleja ya que aparece cuando existe una situación en específica por lo que puede manifestar diversos tipos de respuestas tal como la huida o evitación, así como una respuesta agresiva, de protección o depresión.

Lang (1998) comenta que se divide en tres los componentes que constituyen el sistema de respuesta de la ansiedad: el cognitivo, el fisiológico y el motor. El cognitivo es la reacción cognitiva primaria y se manifiesta como sentimientos de terror, en donde engloba pensamientos e imágenes en específico que evocan la respuesta. El fisiológico se asocia a la activación del Sistema Nervioso Autónomo y

el Sistema Nervioso Simpático, donde se activan cambios cardiovasculares y activa la respuesta galvánica en la piel aumentando su conductancia provocando tensión en los músculos, baja temperatura periférica y aumento de la presión sanguínea. A nivel motor se modifica a partir de las cogniciones y del estado fisiológico.

La ansiedad puede manifestarse en la persona y se puede hacer una diferencia en cuatro clasificaciones: los síntomas físicos, emocionales, conductuales y psicológicos. A continuación se describe a grandes rasgos cada uno.

En los síntomas físicos se puede decir que existe rigidez en el pecho, con aumento de la frecuencia cardíaca, indigestión, la respiración más rápida y entrecortada, náuseas, dolor de cabeza y musculares, alteraciones cutáneas tales como la dermatitis. Además trastornos intestinales, tics nerviosos, aumento o disminución de peso en poco tiempo, fatiga, desmayos y en las mujeres alteraciones en el ciclo menstrual.

En el área emocional se pueden manifestar cambios de humor repentinos como tensión, ira, sentimientos de culpa, vergüenza, falta de entusiasmo al realizar actividades profesionales o personales, cinismo, pérdida de control emocional, impulsividad, baja concentración y bajo autoconcepto.

A nivel conductual se observa un bajo rendimiento laboral, con mayor riesgo de sufrir accidentes, tener alguna tendencia de consumo de sustancias tales como el tabaco y el alcohol, un aumento o disminución considerable del apetito, en el ciclo de sueño existen alteraciones como insomnio, despertar continuamente en la noche y en algunos casos hay disminución del apetito sexual.

A la Ansiedad se le ha dado una connotación negativa ya que muestra aspectos que en exceso se vuelven desadaptativos y a largo plazo puede ser un factor de riesgo para padecer alguna patología física. Sin embargo, tiene un lado positivo ya que evolutivamente fungió como una función adaptativa porque ha ayudado a mantenerse vivas a las personas cuando estas hallan en riesgo su integridad, hasta llegar a preservar la especie humana.

Además el tener cierto nivel de ansiedad óptimo puede ayudar a lo largo de la vida de la persona para tener deseos de obtener algo o de alcanzar cierto tipo de objetivo y cumplirlo, ya que si no existiera sería indiferente a casi cualquier cosa que suceda hasta el punto de dejarse morir por no tener alguna precaución para salvaguardar su vida. La ansiedad sana preserva la vida, se puede describir en términos como inquietud, vigilancia o precaución porque le ayuda a obtener lo que quiere, de la misma forma evitar lo que no desea. Como consecuencia se puede tener el control sobre ella, existe la posibilidad de un buen manejo emocional para las situaciones difíciles o peligrosas de forma eficaz previniendo daños potenciales.

La ansiedad desadaptativa puede producir que se pierda el control del manejo emocional y que se reaccione de manera errónea al confrontarse, abordándolo de una manera desastrosa produciendo secuelas que deterioran la salud de las personas. Esta ansiedad desadaptativa se puede denominar y puede tomar la forma de pánico, terror, horror, fobias, temblores, estados de shock, entumecimiento y reacciones físicas y psicosomáticas; lo anterior se presenta dado que existen factores que los produzcan o que realmente no existan estas adversidades externas, si no internas, el origen de éstas tiene un componente de un miedo irracional y poco realista.

3.2 DEFINICION DE ANGUSTIA

La primera vez que se abordó el tema de la angustia fue por Freud (1894) en donde menciona que la angustia de las personas que tienen alguna neurosis tiene un origen en gran parte con temas relacionados con la sexualidad. Afirmaba que la sintomatología que tienen las personas con angustia son las siguientes:

- i. Excitabilidad general, insomnio e hiperestesia auditiva.
- ii. La espera angustiada, en donde después se modificó al término de ansiedad anticipatoria, especificando que esta aparece latentemente.
- iii. Perturbaciones cardíacas, palpitaciones, arritmias breves, taquicardia duradera.

- iv. Perturbaciones de la respiración, distintas formas de disnea nerviosa, ataques análogos de asma. En estos ataques se pueden percibir o no.
- v. Ataques de sudor en ocasiones nocturnos.
- vi. Temblores y convulsiones.
- vii. Ataques de bulimia acompañada de mareos o vértigo.
- viii. Diarrea.
- ix. Ataques de congestiones o de aquello a lo que se le ha nombrado neurastenia nerviosa.

Freud afirmaba que “la angustia surge de una transformación de tensión acumulada” en donde esta tensión de naturaleza física o psíquica ayuda a generarse la histeria y la neurosis de angustia. Pero en la histeria esta excitación psíquica toma otra dirección la cual produce reacciones somáticas, diferenciando a una neurosis somática en donde la tensión física ejercida no se puede descargar.

Pasaron más de 20 años para que se retomara y hablara sobre la angustia en su obra “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) en donde describe la modificación del concepto que tenía hacia la angustia. Freud (1926) “Antes, consideraba a la angustia como una reacción general del yo sometido a las condiciones de displacer” en donde estableció una relación entre la angustia y la libido la cual considera al yo como solo y único lugar de la angustia. Esta modificación se dio gracias a O. Rank (1930) el cual describe el origen de la angustia por el trauma de nacimiento. En donde la reacción de la angustia se ve como una situación de peligro. A la modificación que se le dio en esta obra también le asigno dos fuentes diferentes de la raíz de la angustia. La primera es involuntaria, con reacción automática en la cual tiene un mecanismo inconsciente y la cual se manifiesta cuando existe una supuesta situación de peligro que pone en riesgo la vida. La segunda es la angustia voluntaria y existe de forma consiente, sería producida por el yo ante una situación de peligro real que amenaza; esta tiene la función de evitación de ese peligro. Reconstruyendo el concepto Freud hace la distinción entre dos niveles en donde la primera, en la angustia, es un afecto entre sensación y sentimiento y en la segunda, es una reacción a una pérdida a una separación.

Es esta parte de la angustia, que Freud califica de «originaria», la que sería producida por el estado de desamparo psíquico del lactante separado de la madre, «que satisface todas sus necesidades sin demoras» En el segundo, la angustia es un afecto señal, como reacción al peligro de castración en un tiempo «en que el yo del sujeto intenta sustraerse de la hostilidad de su superyó». Se trata aquí, para Freud, de la angustia que sobreviene en un sujeto «en el momento de la fase fálica»

3.3 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN EN EL DSM IV

El Manual de Diagnostico Estadístico (DSM IV) Realizó una clasificación de los padecimientos relacionados con la ansiedad:

- Ψ Crisis de Angustia.
- Ψ Agorafobia.
- Ψ Trastorno de Angustia sin agorafobia.
- Ψ Trastorno de Angustia con Agorafobia.
- Ψ Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- Ψ Fobia Específica.
- Ψ Fobia Social.
- Ψ Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- Ψ Trastorno de estrés post Traumático.
- Ψ Trastorno por estrés agudo.
- Ψ Trastorno de ansiedad Generalizada.
- Ψ Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.

3.4 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN EN EL CIE 10

Dentro del CIE 10 se clasifican de la siguiente manera:

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- Ψ F40 Trastornos de ansiedad fóbica.
- Ψ F40.0 Agorafobia.

Ψ F40.1 Fobias sociales.

Ψ F40.2 Fobias específicas (aisladas).

Ψ F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

Ψ F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

Ψ F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

Ψ F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

Ψ F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

Ψ F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

Ψ F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

3.5 DEFINICIÓN DE ESTRÉS

Existen diferentes definiciones del estrés y han sido descritas por diferentes profesionales tales como médicos, psicólogos, ingenieros, etc. Por ejemplo, los médicos lo definen en términos fisiológicos, los ingenieros como términos de soporte de energía, los psicólogos lo describe como un cambio conductual.

A continuación se hace una recapitulación del origen como del término estrés.

La palabra estrés tiene un origen inglés en donde surgió aproximadamente del siglo XII y XVI según Fontana (1992). Surge del idioma francés antiguo *destresse* que significaba ser colocado bajo estrechez u opresión. Su forma original en inglés era *distress*. Al paso del tiempo se perdió el vocablo "di" por mala pronunciación. Por lo tanto en el habla inglesa esta *stress* y *distress*, las cuales tienen un significado totalmente diferente ya que el primero tiene una connotación ambigua y la segunda se define como un síntoma desagradable.

Canon (1929) (citado por Peña 2010) lo define como una reacción de lucha o huida ante situaciones, postulando que su biología dependía de la estimulación del sistema simpático-adrenal.

Selye en 1956 (citado por Payne en 2007), estudió el concepto de estrés el cual denominó como una respuesta no específica del cuerpo a cualquier exigencia que se le ponían enfrente ya que no es específica, se refiere a que puede tener la misma reacción aunque no difiera la intensidad de los estímulos mostrados. Identifico tres etapas: Alarma, resistencia y agotamiento.

- **Alarma:** se da cuando existe la aparición del estímulo el cual produce la reacción de liberación de hormonas y sustancias químicas, en donde su objetivo primordial es la modificación de reacciones fisiológicas. Cuando estas se inhiben, desaparece el estímulo estresor.
Cuando el estímulo se queda por mucho tiempo, se desarrolla un nivel de adaptabilidad.
- **Resistencia:** se produce un desgaste de los recursos en el organismo, esta fase tiene un tiempo limitado y cuando estos recursos se agotan surge la siguiente etapa.
- **Agotamiento:** en esta pueden aparecer síntomas que se manifestaban en la respuesta de alarma en donde como se mencionaba anteriormente se van eliminando los recursos, lo cual produce la evitación o huida de la lucha, aparecen síntomas depresivos, abatimiento, fatiga, además provocando enfermedades importantes.

Cox y Mackay (1976) lo definen como “un fenómeno perceptual que emerge de la comparación entre la demanda impuesta a la persona y su capacidad para afrontar, cuando existe un desequilibrio da lugar a la experiencia del estrés y da la respuesta al estrés, depende de la percepción del individuo y de las herramientas o habilidades que tenga el sujeto para afrontar la situaciones.

La OMS define al estrés como una reacción de respuestas fisiológicas que prepara al organismo para su activación.

Fontana (1996) lo define como una exigencia a las capacidades de la adaptación de la mente y el cuerpo.

El estrés puede surgir en cualquier persona independientemente de su sexo, edad, su situación económica o situación académica.

Selye 1992 (citado en Prado 2004) hizo la diferenciación entre el buen estrés y el mal estrés al cual denomino eustres y distres.

El eustres surge cuando el estrés se trasforma y se canaliza de forma pro activa o positiva, la cual es una respuesta deseable del estrés. En ciertas situaciones y en ciertos lugares es deseable tener un cierto grado de estrés ya que si no se ejerce cierta presión puede decaer el rendimiento de la persona. Cuando no hay estrés el rendimiento es pobre con poca motivación a la realización de objetivos. El nivel óptimo de estrés es diferente a cada persona. Si se utiliza adecuadamente puede dar origen a un progreso personal porque gracias a él se da un desarrollo personal óptimo, lo que mejora la motivación y la creatividad en la resolución de los problemas.

Amutio (1998) describe que los efectos del estrés se pueden dividir en tres rubros tales como: los efectos cognitivos, los efectos emocionales y los efectos conductuales en donde se definen de esta manera:

Los efectos cognitivos abarcan los pensamientos y el conocimiento, se pueden observar las siguientes alteraciones:

- Ψ Deterioro de periodo de concentración y atención ya que hay dificultad para sostener la concentración.
- Ψ Deterioro de memoria a corto y a largo plazo ya que existe reducción de la misma, se reduce la capacidad de reconocimiento y recuerdo y falta de reconocimiento de información que en primera instancia es familiar.
- Ψ Existe un aumento de la distractividad ya que comúnmente se pierde la secuencia de lo que se está pensando y diciendo, obstaculizando la capacidad de seguir la estructura de pensamiento o del habla para terminar la frase.

- Ψ Entorpece la velocidad de la respuesta. La velocidad de respuesta se reduce produciendo el tomar decisiones de manera correcta, produciendo una inadecuada valoración o ninguna valoración como tal para la elección correcta.
- Ψ Aumento de la frecuencia de los errores ya que existe un incremento por lo anterior de errores a nivel cognitivo y manual, haciendo difícil el manejo correcto de decisiones y de tareas bien realizadas.
- Ψ Existe un deterioro en la capacidad para organizar y planear objetivos a realizar por la falta de evaluación con precisión de las condiciones que existen, ni sus consecuencias a futuro.

Neidhardt (1992) describe los efectos a nivel conductual, pues es ahí se ven cómo se modifica la forma de actuar y reaccionar de las personas, por lo que a continuación se muestra como se modifica por el estrés:

- Ψ Aumento de problemas del habla ya que incrementa la tartamudez y vacilación ya que aparecen cuando aparece el estrés.
- Ψ Disminución de los intereses personales y de entusiasmo. Hay una reducción de metas vitales, se dejan de lado los pasatiempos.
- Ψ Aumento de ausentismo donde las enfermedades son reales o imaginarias, aumento de excusas, retardos o falta de cumplimiento de tareas asignadas.
- Ψ Aumento de consumo de drogas para mitigar algunos síntomas, los más comunes es el consumo de alcohol, cafeína, nicotina y otras drogas prescritas o ilegales.
- Ψ Existen alteraciones en los patrones de sueño ya que hay dificultad para dormir (insomnio) o dormir prolongadamente (hipersomnia).
- Ψ Descenso de los niveles de energía sin ninguna razón aparente.
- Ψ Poca capacidad de ser asertivo, siendo agresivo ante situaciones laborales, con tendencia a culpar a los demás.
- Ψ Se rechazan formas de pensar diferente ante los demás.
- Ψ Se le adjudica la responsabilidad a terceras personas.

Ψ Se resuelven los problemas más superficialmente, no profundizando o concretizándolos de la manera correcta.

Ψ Pueden hacer amenazas de suicidio.

3.5.1 CAUSAS DEL ESTRÉS

En los años 60's hubo investigaciones en las cuales se quería observar los factores externos por los cuales las personas pueden tener estrés. Uno de los investigadores que profundizo sobre esto fue Holmes (1967) el cual hizo la escala de clasificación y reajuste social la cual se muestra a continuación:

Tabla de Evaluación y clasificación del reajuste social

Acontecimiento	Nivel de estrés %	Acontecimiento	Nivel de estrés %
Muerte de la esposa	100	Ejecución del préstamo hipotecario	30
Separación matrimonial	65	Cambio en las responsabilidades laborales	30
Daños personales o enfermedad grave	63	Hijo o hija que se marcha de casa	29
Matrimonio	50	Problemas con los familiares	28
Pérdida del empleo	47	Gran éxito personal	28
Reconciliación matrimonial	45	La esposa empieza o deja de trabajar	24
Jubilación	45	Modificación de costumbres personales	23
Cambios de la salud de algún miembro de la familia	38	Problemas con el jefe del trabajo	20
Embarazo	40		
Dificultades sexuales	39		
Entrada en la familia de un nuevo miembro	39		

Cambio de la situación académica	38	Cambio en el horario de trabajo	20
Muerte de un amigo íntimo	37	O en las condiciones laborales.	20
Cambio en la situación económica	36	Cambio de residencia	19
Aumento o disminución de las discusiones con la esposa	35	Cambio de Escuela	18
Obtener un préstamo hipotecario sobre la casa	31	Cambio de diversiones	18
		Cambio de actividades sociales	17
		Solicitud de préstamo pequeño hipotecario	16
		Cambio de hábitos al dormir	15
		Cambio en el número de reuniones familiares	15
		Cambio de hábitos alimenticios	13
		Vacaciones	11
		Pequeñas violaciones a la ley	10

En esta escala se ven los acontecimientos externos por los cuales una persona puede someterse a estrés y el nivel de intensidad que ocasiona que una persona pueda sentir el estrés de diferente manera.

3.6 NEUROBIOLOGIA DE LA ANSIEDAD

Investigaciones relacionadas con la fisiología las describe Spielberger (1990).

Selye (1930) inicio sus experimentos relacionados con la tensión en los procesos fisiológicos A partir de la tesis, el **estrés** o **síndrome general de adaptación** pasó a resumir todo un conjunto de síntomas psicofisiológicos. Selye fue capaz de separar los efectos físicos del estrés de otros síntomas sufridos por sus pacientes

a través de su investigación. Observó que sus pacientes padecían trastornos físicos que no eran causados directamente por su **enfermedad** o por su condición médica.

Por otro lado Canon (1932) realizó investigaciones con animales en donde los movimientos viscerales se interrumpían como resultado de las alteraciones emocionales de los animales de laboratorio le llevó a investigar el sistema nervioso simpático considerándolo de forma global. Descubrió así que la inhibición de los movimientos viscerales depende principalmente de las descargas simpáticas emanadas de los nervios espláncnicos. Sus trabajos de más de veinte años sobre la influencia del sistema nervioso autónomo en la regulación de las funciones gastrointestinales le condujo a afirmar que en condiciones de estrés por excitación, dolor, hipoglucemia o asfixia, la sangre transporta una mayor cantidad de adrenalina que promueve cambios útiles en el organismo.

Baeza y Cols (2008) definen a la respuesta fisiológica de la ansiedad como una respuesta primitiva, dicho proceso de defensa se perfeccionó a lo largo de miles de años de evolución. La estructura encargada de coordinar dicha actividad motora y los cambios físicos se le conoce como, Sistema Nervioso Autónomo o también llamado Sistema Nervioso Vegetativo.

El Sistema Nervioso Autónomo es parte del Sistema Nervioso Periférico el cual regula funciones como la circulación sanguínea, la respiración, el metabolismo, la digestión. A su vez este sistema se divide en dos:

- Ψ Sistema Nervioso Simpático: se encarga del cuerpo para la acción y producción de energía que necesita y libera los neurotransmisores adrenalina y noradrenalina que se encargan de activar el mecanismo de (lucha o huida).
- Ψ Sistema Nervioso Parasimpático: se encarga de los procesos opuestos al del Sistema Nervioso Simpático, su función es contrarrestar el efecto de activación inhibiendo las capacidades y respuestas de alerta, proporciona el estado de homeostasis en el organismo.

Cuando el cuerpo se activa para luchar o huir tienen que ver los siguientes elementos:

- Ψ Sistema Muscular.
- Ψ Visión.
- Ψ Sistema Cardiovascular.
- Ψ Sistema respiratorio.
- Ψ Sistema endocrino.

Respecto a los neurotransmisores que actúan en el proceso de la ansiedad (Coplan 2000 citado por Baeza 2008) los describe de la siguiente manera:

Noradrenalina: Este neurotransmisor está implicado en el trastorno de pánico, en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno de Estrés Post- Trauma. Coplan (2000) reporta que cuando aparece el trastorno de angustia los niveles de noradrenalina aumentan y que disminuye la sintomatología de la misma con fármacos que inhiben la respuesta de la noradrenalina.

Serotonina: El sistema serotoninérgico está implicado en el trastorno de pánico, utilizando fármacos que aumenten la secreción de serotonina disminuye la sintomatología de ansiedad en los pacientes.

Gaba: Este neurotransmisor aumenta con los fármacos como benzodiacepinas, (alprazolam, clonacepam) y disminuye los síntomas de ataques de pánico.

3.6.1 SISTEMAS HORMONALES IMPLICADOS EN LA ANSIEDAD

En el sistema endocrino las hormonas controlan ciertas funciones implicadas en el organismo. Baeza (2008) menciona los dos ejes que se relacionan en la ansiedad y son los siguientes:

El primero el Eje HPA eje Hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, este trabaja en colaboración con el sistema nervioso vegetativo cuya función se activa cuando hay una situación estresante (real o amenaza) y el cuerpo se prepara para huir-luchar.

En el se produce e incrementa la segregación de adrenalina y noradrenalina, adicionalmente también se segrega cortisol. Al ser segregadas estos neurotransmisores activan al organismo, haciéndolo más susceptible a los estímulos externos, también hace que se incremente la respuesta cardíaca y la capacidad respiratoria. Al exceder los recursos que tiene el organismo para efectuar de manera eficaz las tareas asignadas se pueden tener las siguientes alteraciones:

- Ψ Dolor de cabeza.
- Ψ Temblor.
- Ψ Insomnio.
- Ψ Ansiedad.
- Ψ Tensión muscular.
- Ψ Problemas de respiración.

Hay otro eje que también tiene un papel importante dentro de este proceso, lo describe Baeza (1998). Dicho eje es el hipotálamo-hipofiso-tiroideo el cual se encarga de segregar la hormona tiroidea en la tiroides, además de dos hormonas segregadas: la tiroxina, (T4) y (T3) triyodotirmonina. Estas dos hormonas están implicadas a enfermedades tales como el hipertiroidismo y el hipotiroidismo que están ligados a ansiedad y problemas con el estado de ánimo. Del 20 a 30% de los pacientes con trastornos mixtos ansiosos depresivos tienen deficiencias en este eje.

De tal manera que estos sistemas actúan en conjunto durante la respuesta de la ansiedad.

CAPITULO IV

TRATAMIENTOS

DE LA ANSIEDAD

4.1 TRATAMIENTOS NO CONVENCIONALES: LOS MASAJES.

Los efectos de la ansiedad como ya se mencionaron ha llamado a la búsqueda de alternativas que disminuyen su efecto en el cuerpo por lo que su trascendencia histórica que tienen consigo los tratamientos no convencionales para el manejo y control de la ansiedad es importante por su nivel de efectividad, actualmente continúan vigentes la gran mayoría de estos métodos, además la población en general los ha aceptado, y por ende han tenido un importante lugar en el tratamiento de la ansiedad.

La palabra masaje tiene la etimología *mash* cuyo origen árabe y significa apretar suavemente, a nivel histórico han sido una de las técnicas más antiguas de la relajación. Los primeros datos que hacen referencia a los masajes son en Egipto, la India y China. Beck (1980)

A lo largo de la historia se ha utilizado estos métodos para la reducción de malestares físicos, uno de los que lo utilizaron con este propósito fue Hipócrates el padre de la medicina moderna, uno de los recursos más utilizados por él fue el masaje y se extendió como recurso terapéutico en la cultura griega y romana.

Los japoneses los utilizan desde hace 1300 años por lo que surgió con ellos el masaje Shiatsu, haciendo una escuela especializada la cual le da un hincapié a puntos de presión que se encuentran en todo el cuerpo. Así varias culturas fueron enfocando la utilización del masaje de forma curativa y terapéutica para diversos malestares.

En la actualidad la forma de implementación del masaje de forma terapéutica se le adjudica al psicólogo sueco Per Heirink Ling, el cual elaboró el sistema Ling de masaje en 1813.

Una de las definiciones existentes para el masaje en este ámbito fue creada por el psicólogo Beck en 1988 y señala que "Los masajes son una manipulación sistemática de los tejidos suaves del cuerpo mediante movimientos tales como frotar, amasar, apretar, enrollar, pegar manotazos, cuyo objetivo primordial es la

estimulación sanguínea y líquidos linfáticos, la relajación de músculos y disminución del dolor, regulando el metabolismo. (Citada en Amutio, 1998).

Por otra parte el psicólogo J.M. Sánchez Rivera (1986) en su obra integración y psicología humanística, menciona los masajes de tipo estético y relajante.

Los componentes de los masajes terapéuticos son los siguientes.

- Razonamiento: Es el primer contacto que se tiene con la persona cuyo objetivo es relajarlo.
- Fricción: Es donde la presión hacia la piel es mucho mayor provocando en el sujeto cambios en los tejidos que se encuentran bajo la piel.
- La presión está relacionado con el componente anterior y tiene que ver con las zonas del cuerpo con las cuales se ejerce la misma y puede ser con las manos y los dedos.
- Amasamiento: Similar a la metáfora de amasar el pan pero no con tanta fuerza que produzca malestar.
- Percusión: Es el golpeteo repetitivo en la piel de la persona para destensar los músculos contracturados.
- Pellizcamiento: La intensidad de los pellizcos se relacionan con la intensidad y ayuda al mayor flujo sanguíneo.
- Vacilamiento: Es el paso sobre las zonas como la cintura para relajarlas.
- Descorche: Este se utiliza para relajar dedos de los pies y de las manos y se hace sujetándolos con el pulgar y el dedo índice haciendo movimientos circulares.

4.2 TRATAMIENTO MÉDICO O FARMACOLÓGICO

En la actualidad una de las formas para disminuir los síntomas de la ansiedad ha sido el uso de factores externos y ejemplo de ello es la farmacología por lo que es importante tocar las implicaciones que esta tiene:

Una de las especialidades médicas dedicadas al manejo a nivel farmacológico de los trastornos de ansiedad es la psiquiatría. Baeza (2008) en su libro higiene y

prevención de la ansiedad comenta que hay dos tipos de medicamentos utilizados para el manejo de la ansiedad.

1. Los ansiolíticos
2. Los antidepresivos

Los ansiolíticos son los medicamentos más utilizados para el manejo de ansiedad a nivel farmacológico, este grupo está asociado con las benzodiazepinas, (alprazolam, lorazepam, diazepam, clonacepam, etc.) que tienen un efecto tranquilizante y paulatinamente va disminuyendo la frecuencia de los episodios de ansiedad. El uso de estos medicamentos tiene efectos secundarios como la somnolencia, dificultades en la memoria, alteraciones en la atención y en el deterioro de habilidades cognitivas (solamente cuando las dosis del medicamento han sido en concentraciones altas y por un tiempo elevado). Otro efecto es la adicción y tolerancia a este tipo de fármacos, por ende puede producir dependencia.

Los antidepresivos constituyen la otra parte del tratamiento farmacológico, los medicamentos más utilizados y más eficaces son los ISRS (inhibidores selectivos de recapitulación de serotonina). En investigaciones se ha demostrado que uno de los principales neurotransmisores implicados en los trastornos de ansiedad es la serotonina aunque hay muchos otros neurotransmisores implicados en este proceso.

Los principales inhibidores de los receptores de la serotonina son la fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram; son altamente eficaces para el manejo de ansiedad, las ventajas de estos medicamentos es que no producen dependencias y sus efectos se muestran a largo plazo. Sus efectos secundarios son náuseas, dolor de cabeza, incremento transitorio de la ansiedad, etc. Otros efectos secundarios, son la disminución del apetito sexual, aumento de peso y la disminución del apetito. Por lo que es muy importante tener controladas las dosis.

4.3 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

John B. Watson (1878 – 1958) plantea la psicología vista como ciencia natural cuyo objetivo es describir, predecir y controlar la conducta, que es divisible en elementos más simples: estímulos y respuestas del organismo. Rechazó la introspección como método y orientó la psicología por caminos más objetivos. Propone una psicología sin apelar a la mente o la fisiología, se basa en el entorno y pretende establecer criterios objetivos sobre la conducta.

El conductismo fue desarrollado por los teóricos del aprendizaje. Ivan Pavlov (1849 – 1936) es el creador del <<condicionamiento clásico>> introduce el concepto de reflejo condicionado como unidad elemental de análisis de toda actividad aprendida de los organismos.

El condicionamiento clásico es un tipo de aprendizaje asociativo en donde un estímulo que en apariencia pudiera ser neutro termina provocando la misma respuesta al cual el estímulo que se está asociado. Ivan Pavlov (1904) estudió la respuesta de la salivación de los perros ante la presencia de un plato de comida.

Más tarde, B. Frederik Skinner (1904–1991), en su obra *La conducta de los organismos* (1938) describe la conducta operante que está en función de sus consecuencias. Los conductistas consideran que la conducta es un fenómeno susceptible de observación y de cuantificación y que las leyes que rigen el comportamiento son compartidas por cualquier especie.

Años después Watson (1920) aplicó los principios del condicionamiento clásico para crear el condicionamiento instrumental u operante en donde se asocia un estímulo neutro al estímulo que emite el estímulo aversivo. En el modelo de aprendizaje operante están implicados en la adquisición y mantenimiento de algunos problemas de ansiedad.

Con respecto al manejo de estrés Seyle menciona que “la ansiedad o estrés es una respuesta inespecífica en el organismo a toda demanda hecha por él.” (Citado por

Rivera 2008). Desde este modelo se puede decir que el estímulo y la intensidad varían de persona a persona y van modificándose los niveles de intensidad de reacción ante la ansiedad u estrés. Desde esta perspectiva el denominador por el cual puede ser desencadenada la sintomatología ansiosa es la percepción que se tiene del estímulo. Esta puede ser peligrosa o desagradable para la persona por lo que queda en claro la premisa del estímulo respuesta efectuada en el condicionamiento clásico, aunque las variantes son las diferencias individuales.

Lazarus (1966) propuso varias evaluaciones cognitivas que intermedian las respuestas en su entorno, años después en 1984 describe que la actividad cognitiva es una precognición necesaria de la emoción. Ya que la emoción que experimenta se evalúa para comprender si su situación es mejor o peor. Esta evaluación primaria es el resultado de la evaluación respecto a su relevancia si es benigno o estresante. También evalúa los eventos peligrosos y cuáles son las alternativas disponibles. Dentro de esta evaluación se divide en varios puntos tales como la aceptación a la situación, una decisión de actuar y la decisión necesita más información. En la evaluación se evalúan los recursos tanto personales como del entorno que dispone una persona para afrontar la situación

Meichembaum (1974) fue uno de los que propusieron la implementación de las técnicas cognitivo conductuales, uniendo estas dos disciplinas haciendo una mejora e implementación de nuevas técnicas y herramientas, el objetivo principal es facilitar el cambio conductual mediante la reestructuración cognitiva o de pensamiento. El (1977) desarrolló ampliamente este concepto, ya que él afirmaba que la conducta es gobernada en gran medida por el manejo del autodiálogo, el cual practicamos día a día y gracias a esta interpretación podemos construir nuestra propia realidad, esta percepción tiene dos efectos uno de forma positiva y otro de manera negativa. De modo en el que sí es un auto-diálogo positivo va a modificarse o a ayudar en la realización de los objetivos o metas propuestas haciendo que aumente la confianza de uno mismo y por el contrario el diálogo negativo trae consigo sentimientos de fracaso.

Lazarus y Folkman (1984) desarrollaron un modelo transaccional definiendo el afrontamiento como aquellos procesos cognitivos y conductuales que constantemente se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos. Se caracteriza por un conjunto de respuestas ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de una situación estresante, como un intento del individuo para manejar los estresores.

Dentro del modelo cognositivista Cia (2007) describe como antecedente histórico a Lang el cual le da un énfasis a las cogniciones donde la percepción del estímulo es la que crea cambios fisiológicos los cuales son vivenciados como emociones.

Beck (1995) describió a este proceso como una representación de esquemas en los cuales se guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de información, mediante ellos los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados mientras que la información inconsciente e irrelevante es olvidada. El nivel de relevancia respecto a la ansiedad en lo descrito anteriormente es que existen esquemas de pensamientos automáticos los cuales son típicos en los procesos de ansiedad ya que cuando el sujeto percibe un peligro inminente estos pensamientos automáticos se activan y estos mismos son utilizados para darle interpretación y evaluación al suceso. La versión final de todo el proceso es la interacción entre el evento y estos esquemas.

La terapia cognitivo-conductual es una de las ramas de la psicología que, actualmente, se alza como una de las más usada por los profesionales. Su nomenclatura procede de su realidad intrínseca, ya que une características de la Terapia Cognitiva y de la Terapia Conductual, resultando un punto intermedio que centra su atención tanto en el pensamiento como en la conducta del individuo.

Dentro del conjunto de toda la psicología científica, esta terapia va más allá de aquellas de donde recibe sus fundamentos. Por un lado, acepta la teoría conductista referente a que nuestra conducta humana es aprendida, tal como apunta la

Psicología Conductivista. No obstante, se distancia en el momento de apuntar que este aprendizaje procede de la respuesta innata que evoluciona de los estímulos y las respuestas, sino que apuesta por la respuesta que aporta la Psicología Cognitiva: respuestas asociadas a los esquemas cognitivos que desarrollamos y a los que aportamos un significado personal.

En resumen, la Terapia Cognitivo-Conductual responde a la idea de que los individuos ejecutamos conductas según un patrón mental interiorizado y aprendido (ya sea correcta o erróneamente) en el transcurso de nuestra historia y nuestra experiencia y bagaje personal.

La TCC tienen en cuenta que la forma de entender y actuar de un individuo afecta directamente a su percepción del mundo, a sus sentimientos y pensamientos. En este sentido, el tratamiento se focaliza en ayudar y guiar al paciente a modificar su pensamiento (parte "cognitiva") y sus actos (parte "conductual"), que inevitablemente se correlacionan, de modo que pueda lograr un mayor bienestar personal.

Así pues, el profesional trata de explorar el mecanismo que ha desarrollado el paciente y le ayuda a guiar la relación de su conducta y pensamientos hacia otro punto de beneficiencia. ¿Por qué? Básicamente porque está demostrado que nuestros pensamientos tienen un efecto directo en nuestra conducta y nuestro estado físico.

Con la TCC debemos de tener en claro que un componente importante en este proceso es el aprendizaje Baeza (2008) ya que con el aprendizaje se ve como se adapta la persona ante el medio. En la adaptación hay cambios conductuales en los cuales en algunos casos estos al no ser compatibles por lo que al no tener los recursos necesarios produce la sintomatología ansiosa. Por lo que existe un mal aprendizaje.

CAPITULO V
RELAJACIÓN Y
TÉCNICAS DE
RELAJACIÓN

5.1 RELAJACIÓN

En la actualidad al tratar de definir el concepto de relajación se identifican diferentes concepciones tales como el cambio fisiológico mediante el cual se regula el organismo, existe el cambio de la estructura del pensamiento para llegar al estado de homeostasis. Lazarus y Folkman (1986) la definen como la inclusión de técnicas somato-fisiológicas que influyen en la modificación de las respuestas fisiológicas y de la estructura del pensamiento para la disminución de la tensión ejercida por la ansiedad, propiciando que haya mayor posibilidad de que la persona tenga la sensación de bienestar, aumentando las habilidades necesarias para afrontar situaciones que le produzcan malestar.

Por su parte Vázquez (2001) señala que las técnicas de relajación son aquellos procedimientos cuyo objetivo primordial es instruir a las personas para el manejo adecuado de sus niveles de activación, ya que al mantener esta activación excesiva o crónica, existe la posibilidad de la generación y mantenimiento de distintos trastornos psicológicos y de índole psicofisiológicos. Benson (1975) la describe como una respuesta generalizada de bajo nivel de activación fisiológica.

El objetivo principal de las técnicas de relajación como herramienta preventiva y de intervención no reside en la eliminación total de la tensión ya que si esto fuera posible no habría motivación para realizar la tarea. Es necesario tener cierto nivel suficiente de tensión para realizar las actividades lo cual hace que exista el buen funcionamiento en las tareas cotidianas de la persona.

La relajación desde la perspectiva de Payne (2002) significa liberar tensión y el alargamiento de las fibras musculares, en contraposición al acortamiento que acompaña a la tensión o contracción muscular.

Sweenney (1978) lo describe como un estado o respuesta en la cual existe una percepción positiva que promueve que la persona sienta alivio de la tensión o del agotamiento. Así que la relajación tiene como principales pilares los siguientes postulados:

- Ψ A nivel preventivo, ya que ayuda a la protección de órganos del cuerpo de un desgaste innecesario y especialmente a los órganos implicados en las enfermedades relacionadas con el estrés.
- Ψ A nivel terapéutico, facilita al alivio del estrés en enfermedades tales como la hipertensión, cefaleas, insomnio, asma y ansiedad.
- Ψ Y por último para ayudar a enfrentar las situaciones difíciles, tratando de modificar el pensamiento, provocando calma y clarificar el pensamiento.

La clasificación que hace Cautela y Graden (1985) distingue varios tipos de relajación:

- Al respirar profundamente y mantener la respiración para después liberar poco a poco el aire provoca un estado de relajación.
- La relajación muscular profunda, es aquella en donde el tensar y relajar sucesivamente los músculos en una secuencia ordenada para cada grupo de músculos del cuerpo en donde se concentran la tensión provocada por el estrés.
- La relajación sin tensión, en ella se cierran los ojos respirando tranquilamente, induciendo un estado de relajación.

Por último existen en la relajación diversas posiciones tales como en movimiento y estáticos que ayudan para aclarar la mente y disminuir los niveles de ansiedad.

5.2 ORÍGENES DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Muchas de las técnicas implementadas para el manejo de las técnicas de relajación se encuentran en prácticas religiosas o mágicas, así tenemos casos como cantos, rituales, ejercicios de relajación, ejercicios de fijación de ojos, prácticas de meditación, etc.

Una de las técnicas utilizadas ampliamente para el manejo de ansiedad desde la perspectiva cognitivo conductual es la meditación, su origen es milenario ya que

data de la cultura oriental, las religiones como la hindú, taoísta y budista la han utilizado.

Núñez (2000) señala la historia referente a las técnicas en donde una de las prácticas más comunes son las técnicas yoguísticas en el siglo VII antes de cristo.

En el occidente uno de los precursores con los cuales iniciaron con las técnicas de relajación e hipnosis es Mesmer, ya que sus trabajos fueron enfocados por el principio de la polaridad magnética que al utilizar recursos auditivos como olfativos pasaban las personas a un estado de ensoñación. Esta técnica tiene un impacto considerable ya que se llega a utilizar de forma analgésica en las cirugías.

A partir de entonces se fueron creando y utilizando varias técnicas, este es el caso de la hipnosis utilizada en Inglaterra por James Braid en 1843. Berheim en 1875 empleo la sugestión verbal para provocar estados hipnóticos.

La relajación se profundizará más ampliamente en el desarrollo de la técnica de relajación autógena creada por Schultz (1932) donde se crea un estado de sugestión en el cual se entrena al paciente para que él solo vaya dirigiendo su atención, dirigiéndose poco a poco a un punto de relajación óptimo. Posteriormente Jacobson (1938) publica su obra Relajación Progresiva en donde descubrió la importancia de la activación y tensión muscular implicada en su aplicación.

5.3 FISIOLÓGÍA DE LA RELAJACIÓN Y SUS BENEFICIOS

La parte contraria del estrés y la ansiedad es la relajación, por lo que a nivel fisiológico lleva consigo un estado de disminución de la tensión, cabe destacar que es la no extinción de ésta, ya que en niveles controlados de estrés, nos da pauta para el buen funcionamiento en las tareas asignadas o el afrontamiento adecuando de las situaciones que pueden desequilibrar a las personas.

A nivel físico regula las siguientes funciones:

Ψ Frecuencia cardiaca.

Ψ Disminución o desaparición de la sudoración ante situaciones estresantes.

- Ψ Baja tonicidad muscular, principalmente los brazos, cuello, espalda y piernas.
- Ψ Manejo de estados emocionales intensos negativos como en el enojo, Mendoza (2010).
- Ψ Capacidad de quedarse quieto.
- Ψ Entrada adecuada de aire al respirar provocando oxigenación al cerebro y a músculos.

A nivel emocional las ventajas son las siguientes según Neidhardt (1992):

- Ψ Adecuada capacidad de atención y concentración en las actividades asignadas.
- Ψ Mayor facilidad en la toma de decisiones.
- Ψ Incrementa la confianza en uno mismo.
- Ψ Estados emocionales positivos.
- Ψ Contenido del pensamiento tranquilo y relajado.
- Ψ Manejo adecuado de las creencias irracionales.

A nivel conductual los beneficios son:

- Ψ Al estar relajados no es necesario que las personas consuman cigarrillos, medicamentos (ansiolíticos) o cualquier otra sustancia.
- Ψ Disminución de padecer síntomas relacionados con ansiedad como los tics nerviosos y diferentes tipos de manías.
- Ψ Menor proclividad a los accidentes.
- Ψ Un adecuado manejo del consumo de alimentos y regulación del consumo de alcohol.
- Ψ Ciclos de sueño óptimos.

5.4 TECNICA DE RELAJACIÓN: RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Como se mencionaron anteriormente las técnicas desarrolladas dentro del marco psicológico describiré todas las técnicas utilizadas dentro del proyecto. Técnica de respiración diafragmática, técnica de relajación muscular progresiva y técnica de relajación autógena.

La respiración ha sido el pilar de las técnicas de relajación ya que desde los inicios del yoga, en la cultura hindú, los métodos de regulación de la respiración llevan miles de años ayudando en la disminución de la ansiedad (Amutio, 1998).

Uno de los primeras investigaciones con respecto al manejo de ansiedad con esta técnica fue de Pepper y Cols., (1987) en donde aplicaron esta técnica a 16 pacientes asmáticos en sesiones de 16 minutos, a los cuales incrementaron el volumen máximo y normal de respiración en un 48% después de dar la instrucciones de la técnica y 26% de aumento después de dar la retroalimentación.

Vázquez (2004) hace un mapa comparativo entre la respiración torácica y la respiración diafragmática y argumenta que la respiración que tiene mejor eficacia para la disminución de la ansiedad es la técnica de respiración diafragmática, ya que al ser más profunda, se utiliza totalmente la capacidad pulmonar haciendo que el oxígeno se disperse de manera adecuada por todo el torrente sanguíneo haciendo que se regulen los sistemas implicados en este proceso.

Los beneficios de implementar esta técnica en la vida cotidiana según Labrador (1995) (citado por Villavicencio 2003) son los siguientes: “Al instruir al paciente los beneficios repercuten significativamente en la disminución de la tensión muscular, a nivel emocional baja los niveles de irritabilidad e incrementan la motivación para la realización de actividades, regularizando activamente la frecuencia cardiaca y provocando la desaparición de la sintomatología ansiosa, lo que favorece los estados de tranquilidad y felicidad”.

5.5 RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON

La relajación progresiva ha tenido un papel importante, ya que su creador Edmund Jacobson (1938) estableció su trabajo respecto a la respuesta de tensión- relajación del músculo, como un proceso que naturalmente hace cualquier persona. Sin embargo, cabe destacar que el tipo de relajación progresiva es de liberación de tensión de forma sistemática y eficaz ante cierto tipo de estímulos y situaciones estresantes.

El origen de la técnica de relajación data de 1930 en donde el médico-fisiólogo Jacobson, investigaba la reacción de alarma que seguía a un fuerte ruido repentino, él registraba y observaba cuando instruía a los pacientes a relajarse y después el sobresalto del susto.

Al no saber cómo medir los niveles de tensión vio la manera con la cual a nivel físico se pudiera medir la tensión muscular por lo que inventó el electromiógrafo que mide la actividad eléctrica de los músculos, este le ayudo de forma significativa en la medición de los niveles de tensión ejercida y la distinción de qué factores estresantes producen respuestas fisiológicas.

Jacobson notó que hay un descenso de la tasa de la frecuencia cardiaca y de la presión sanguínea, después de la ejecución de esta técnica.

El electromiógrafo se usa en la actualidad como uno de varios instrumentos utilizados para la medición y el control de las respuestas autónomas del estrés con el biofeedback.

Otro investigador que ayudó en la forma y en la evolución de las técnicas de relajación desde el enfoque progresivo muscular, fue el psicólogo Joseph Wolpe (1958) quien descubrió como en gatos se eliminaba una reacción condicionada del miedo evocando una respuesta incompatible usando la relajación muscular progresiva como una forma de sensibilización sistemática.

El objetivo primordial de esta técnica es que la gente pueda darse cuenta de la diferencia entre un estado de tensión provocado por estrés y otro en donde pueden controlar de forma voluntaria la contracción del músculo para disminuir los niveles de estrés en el organismo. Además de la identificación temprana de que estímulos y en qué momento del día uno puede estar tenso o ansioso y la intervención oportuna de la técnica.

González (2000) describió los efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares, en su investigación identificó los niveles de efectividad en la disminución de la tasa de frecuencia cardiaca y en la presión arterial en sujetos con hipertensión.

5.5.1 CONTRAINDICACIONES DE LAS TÉCNICAS MUSCULARES

Payne (2004) menciona cuales son las contraindicaciones de este tipo de técnicas de relajación:

1. No es recomendable usar los métodos de técnicas de relajación como método único o suplantando el tratamiento médico o psicológico.
2. No se puede aplicar esta técnica a pacientes con alucinaciones, delirios o sintomatología psiquiátrica.
3. Las personas que hacen los ejercicios con excesiva presión puede llegar al punto en donde pueda producir calambres, el nivel de tensión siempre debe de llegar al punto en donde no sea molesto el hacerlas.
4. En algunos pacientes el miedo a estar relajados les produce angustia, por lo que lo más recomendable es la cancelación de la técnica.
5. Durante la relajación hay personas que pueden cambiar su estado de ánimo y pueden llegar a enojarse, del mismo modo es recomendable suspender la técnica.

5.6 TÉCNICA RELAJACION AUTOGÉNICA

La evolución de las técnicas de relajación autogénicas datan de la hipnosis estilo mesmeriano en donde se llega a una situación llamada trance, en donde se suspenden facultades críticas y los límites de las creencias son temporalmente alterados, siendo susceptible de ser receptor de otro tipo de funcionamiento de la estructura cognitiva.

En 1932 el psiquiatra alemán Johannes Schütz que trabajaba en el Instituto Neurobiológico de Berlín, descubrió que en algunos pacientes habían aprendido a estar en un corto trance hipnótico, situando su mirada en una imagen de pesadez y de calor y que estos síntomas de pesadez habían ayudado en el mejoramiento de la salud por lo que le acuñó el nombre de trance autogenerado o "autogénico".

Las técnicas de relajación autógenas son de las técnicas más usadas en toda Europa ya que es de fácil aplicación. Vázquez (2004) comenta y describe cuatro principios básicos aplicados dentro de estas técnicas:

1. Son repeticiones de frases a través del pensamiento durante periodos de tiempo cortos que al realizarlos provocan cambios fisiológicos en el organismo.
2. La obtención de la concentración pasiva del paciente está determinada por la desconexión que se da a los estímulos externos y a la focalización de las representaciones mentales internas.
3. La reducción de la estimulación externa y el aumento de las sensaciones corpóreas.
4. Las frases mencionadas en el punto número uno van dirigidas a estos puntos centrales que son: La pesadez en los brazos y piernas, el calor ejercido en brazos y piernas, la disminución de los latidos del corazón y la producción de niveles regulares, estabilización de la respiración, aumento

de la temperatura del plexo solar y disminución de la temperatura en la frente.

5.6.1 DESVENTAJAS DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN AUTÓGENAS

En algunos pacientes con dificultades gástricas se requiere suspender la técnica ya que pueden aumentar la inflamación gástrica produciendo malestar e incomodidad. Con personas con enfermedades psiquiátricas como esquizofrenia no es recomendable ya que al someterlos a estados de sugestión en la temperatura periférica del cuerpo, podrían manifestar un incremento considerable de la temperatura produciendo sintomatología ansiosa.

5.7 VISUALIZACIONES O IMAGINERÍA.

Las visualizaciones de acuerdo a Achterberg (citado en Payne, 2002), son un proceso del pensamiento que evoca e invoca las sensaciones de los sentidos (vista, oído, gusto, olfato y tacto) por lo que existe la ausencia de todo estímulo externo, ya que al pensar necesitamos hacer una visualización de las imágenes conceptuales. Decía Aristóteles que sin imágenes el pensamiento sería imposible. Albert Einstein afirmaba que las visualizaciones es un factor importante en la construcción del pensamiento.

Existen diversos tipos de visualizaciones aplicados en las intervenciones clínicas como lo son:

- Ψ La visualización con un solo sentido.
- Ψ Visualización como símbolo.
- Ψ Visualización como metáfora.
- Ψ Color de la visualización.
- Ψ Visualización guiada.

Estas a su vez tienen como principales objetivos que el cliente tenga un mayor autocontrol corpóreo y del manejo emocional, además es una forma donde existe

la confrontación o afrontamiento de situaciones que producen conflicto o que incrementan indicadores fisiológicos de estrés, Michembauhn (1985).

La imaginación la define Smith (1986) como la producción de una representación mental encubierta de un estímulo externo, como soñar despierto.

El contenido del pensamiento de cada individuo varía de persona a persona por lo que es importante detectar los estímulos relajantes que se pudieran utilizar para focalizar la atención en ellos.

5.8 BIOFEEDBACK

La técnica de Biofeedback es otra herramienta importante ya que en la actualidad dado a los avances que se han dado a nivel tecnológico se ha dado un gran avance en cómo medir fisiológicamente el estado en el cual se encuentra el paciente. Vázquez (2004) lo describe como la unión de varios componentes para proporcionar al paciente información reciente del estado fisiológico en el que se encuentra y para tener el control o entrenarlo para que posteriormente en el momento en el cual requiera implementarlo. Además una de las funciones primordiales es la detección de los factores estresores por los cuales la persona o paciente le producen ansiedad. Los principales elementos que componen el biofeedback son: la respuesta electromiográfica, respuesta electro dérmica, la temperatura, la frecuencia cardíaca y por último la respuesta electro cerebral, en la siguiente tabla se describe brevemente como está fundamentado para producir relajación y como se aplica en diversas enfermedades.

PRINCIPALES ASPECTOS FISIOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL ESTADO DE RELAJACIÓN, FUNDAMENTOS PARA SU UTILIZACIÓN Y APLICACIONES CLÍNICAS

Registros Fisiológicos	Descripción	Fundamentos para la inducción de relajación	Principales Aplicaciones
Respuesta Electromiografica	Actividad Eléctrica del Músculo	Se basa en el supuesto de que existen músculos clave (músculos frontales) que al relajarse dan un efecto en cadena al relajar los demás músculos.	Ansiedad, alcoholismo, asma, diabetes, dismenorrea, dolor crónico, hipertensión hiperactividad, insomnio, obsesiones y cefaleas tensionales
Respuesta Electrodermal	Conductancia de la piel	La conductancia depende del nivel de activación simpática por lo que su control es útil para reducir esta activación.	Hipertensión, ansiedad, insomnio, cefaleas, taquicardias, hiperhidrosis.
Temperatura	Temperatura de la zona del cuerpo donde esté ubicado el sensor.	La temperatura tiene que ver en gran parte del riego sanguíneo, el cual depende a su vez del nivel de	Migrañas, enfermedad de Raynaud, colitis, ulcerosa, artritis, hipertensión, dismenorrea.

		<p>activación simpática (a mayor activación mayor vasoconstricción y menor temperatura.</p>	
Frecuencia Cardíaca	<p>Latidos Cardíacos por unidad de Tiempo</p>	<p>La tasa cardíaca varía en la respuesta del estrés y su desaceleración es un indicador de la reducción de la actividad simpática.</p>	<p>Taquicardias, hipertensión, ansiedad, fobias.</p>
Respuesta Electroencefalografía	<p>Actividad Eléctrica en la corteza cerebral.</p>	<p>El control de los ritmos cerebrales estos pueden servir para elicitar los ritmos propios del estado de relajación</p>	<p>Insomnio, ansiedad, dolor crónico, epilepsia, hiperactividad, obsesiones.</p>

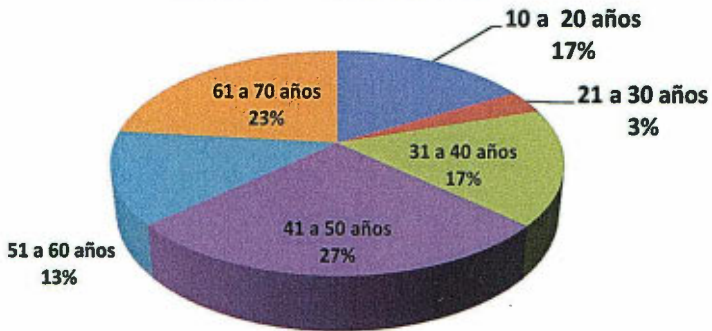
RESULTADOS OBTENIDOS

Durante el tiempo de desarrollo del servicio social dentro del Hospital General de México "20 de Noviembre" tuve la oportunidad de practicar y mejorar las habilidades y competencias que son necesarias dentro del ámbito clínico, como son: la entrevista, aplicación, calificación e interpretación de instrumentos psicológicos, así también la realización de reportes psicológicos, principalmente y se destacan las habilidades como terapeuta en el manejo de las sesiones de técnicas de relajación, conducción del grupo, expresión psicoeducativa, guía de técnicas de relajación y retroalimentación.

Dentro del periodo de estancia en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" se asignaron al programa de técnicas de relajación a 35 pacientes de los cuales a continuación se hace un análisis descriptivo, hay 5 casos faltantes debido a que no se pudieron encontrar en el archivo.

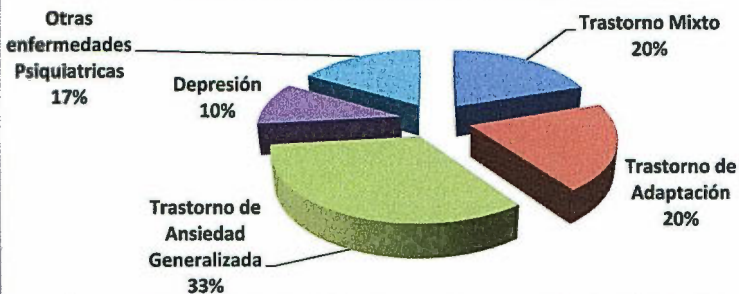
Los 30 casos restantes se muestran de forma descriptiva plasmados en el gráfico número 1, los rangos de edad de los pacientes que ingresaron al programa de técnicas de relajación son de entre rango mínimo y máximo y se distribuyen de la siguiente manera:

Grafica 1: Rango de edad de pacientes de técnicas de relajación



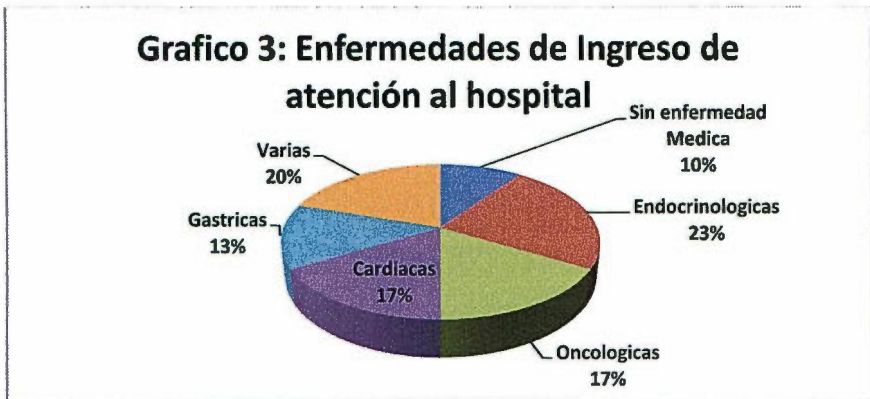
Este tiene una mediana de edad de 41 a 50 años siendo este el 27% de la población total. Seguido de un 23% que abarca un rango de 61 a 70 años. El grupo de edad con menor incidencia son los pacientes de 21 a 30 años, ya que sólo un 3% de la población oscila en este rango de edad. El rango de edad de las personas que más asistieron a técnicas de relajación denota que son personas que están en la etapa de adultez, en donde existen más responsabilidades y en donde se tienen mayores responsabilidades tanto laborales y personales (pareja, hijos, familia).

Grafico 2 Trastorno Psiquiatricos



En la gráfica anterior se aprecia que los pacientes que asisten al programa en su mayoría tienen diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada con un 33% de la población, esto se puede explicar ya que los médicos psiquiatras adscritos al servicio son los que en su mayoría canalizan a los pacientes que requieren como complemento a su tratamiento farmacológico o psicológico las técnicas de relajación. Por otra parte, el grupo que tuvo menor incidencia en asistencia a técnicas de relajación son los que tienen depresión, lo cuales también se ven beneficiados con la combinación del medicamento y las técnicas de relajación.

En la mayoría de los casos de los pacientes de psiquiatría no ingresan al hospital de manera directa al servicio, sino que son interconsultantes por diversos servicios y padecimientos médicos que se describen en la siguiente grafica



Dentro de los pacientes atendidos en el programa de técnicas de relajación del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" con relación a sus enfermedades medicas fueron la mayoría fueron por enfermedades endocrinológicas tales como hiper e hipotiroidismo, diabetes, etc. Representando así el 23% de la población.

Otros motivos por los cuales ingresaron al hospital fueron por cardiopatías y enfermedades oncológicas que igualan el porcentaje de asistencia en un 17%. Por último, en este rubro destaca que un 10% de la población no tiene una enfermedad médica anterior a la asistencia al servicio de psiquiatría y de este servicio fueron canalizados al programa de técnicas de relajación.

Cabe destacar que todos estos pacientes reaccionaron adecuadamente a las técnicas de relajación, al mostrar una elevación de temperatura periférica.

A continuación se describen los resultados de las sesiones

TABLA POR SESIONES DE EVALUACIÓN:

NOMBRE DE LA TÉCNICA	NIVEL DE EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA EN PORCENTAJE
Técnica de respiración diafragmática	100%
Técnica muscular progresiva de Jacobson	63%
Técnica de relajación Autógena	100%

Por medio de los reportes dados por los pacientes se puede decir que tanto la técnica de respiración diafragmática y la de relajación autógena fueron eficaces al 100%. Es importante considerar que en la técnica muscular progresiva se presentaron fallas en la ejecución por los pacientes en el momento de realizar la

evaluación de ésta los pacientes reportan un 33% de error al recordar todos los grupos musculares, presentando un nivel de efectividad menor

Para determinar el éxito de las técnicas de relajación en relación a la enfermedad psiquiátrica y la relajación y enfermedad somática, se realizaron tablas contingencia de que se presentan a continuación.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
ENFER.PSIQUIATRICA RESP.RELAJACION	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

Tabla de contingencia ENFER.PSIQUIATRICAS Y RESPUESTA DE RELAJACION

			RESP.RELAJACION	
			EXCELENTE	BUENA RESPUESTA
ENFER.PSI QUIATRICA	TRASTORNO MIXTO	Recuento	0	6
	ANSIOSO DEPRESIVO	% del total	0.0%	100%
	TRASTORNO DE ADAPTACIÓN	Recuento	3	3
		% del total	50.0%	50.0%
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Recuento	3	7
		% del total	30.0%	70.0%
	DEPRESIÓN	Recuento	0	3
		% del total	0.0%	100.0%
	OTRAS ENFERMEDADES (NO CLASIFICABLES)	Recuento	2	3
		% del total	40.0%	60.0%

En el análisis de los resultados podemos observar que conforme al trastorno psiquiátrico en el trastorno mixto ansioso depresivo todos los pacientes con esta patología (100%) tuvo una buena respuesta al realizar las técnicas de relajación por lo que es significativo señalar este nivel de efectividad, al tener episodios de ansiedad las técnicas ayudan en el paciente modificar las reacciones fisiológicas y desviar la atención de los pensamientos que evocan la sintomatología ansiosa depresiva.

Por otro lado en el trastorno de ansiedad generalizada destaca que en un 30% de los casos tuvieron una excelente respuesta a las técnicas ya que con estos pacientes es una herramienta eficaz para contrarrestar las reacciones fisiológicas que conlleva la ansiedad, sin embargo también obtuvieron una buena respuesta un 70% de la población con esta patología.

En el 100% de los casos con depresión (3 pacientes) hubo mejoría y buena respuesta con respecto a las técnicas por lo que puede ser un buen complemento al tratamiento farmacológico como psicológico a este grupo de pacientes.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
ENFER.MEDICAS RESP.RELAJACION	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

Tabla de contingencia ENFER.MEDICAS Y RESP.RELAJACION

			RESP.RELAJACION	
			EXCELENTE	BUENA RESPUESTA
ENFER.MED	ENDOCRINOLOGICAS	Recuento	3	4
		% del total	42.0%	68.0%
		Recuento	1	2

SIN ENFERMEDAD MEDICA	% del total	33.3%	67.7%
ONCOLOGICAS	Recuento	0	6
	% del total	0.0%	100.0%
CARDIACAS	Recuento	2	3
	% del total	40.0%	60-0%
GASTRICAS	Recuento	2	1
	% del total	67.7%	33.3%
NO CLASIFICABLE	Recuento	0	6
	% del total	0.0%	100.0%

Dentro del análisis por enfermedad podemos decir que tuvieron una excelente respuesta el 42% de los pacientes que tienen enfermedades endocrinológicas (3 pacientes) y una buena respuesta en el 68% de los casos (4 personas) con enfermedades tales como fallas o alteraciones en la tiroides (hiper o hipo tiroidismo) Diabetes etc. por lo que puede ser un buen complemento con respecto al tratamiento que se le da.

Por otro lado los pacientes oncológicos tienen una buena respuesta en el 100% de los casos (6 pacientes) por lo que se puede observar que es un buen complemento terapéutico para disminuir la ansiedad a partir de este padecimiento.

Adicionalmente se puede observar que en las enfermedades cardiacas tienen un nivel de efectividad con un 60% de los participantes resultaron con una buena respuesta y el otro 40% con una excelente respuesta.

Por último se describe enfermedades no clasificables que se engloban de esta manera ya que al ser padecimientos muy dispersos era difícil clasificarlos estos padecimientos como alteraciones visuales, etc.

Habilidades:

- Ψ Dentro de las habilidades adquiridas se incluyen la capacidad de observación y la utilización del lenguaje oral y escrito que son necesarios para la atención psicológica, realización de estudios psicológicos y notas clínicas en los expedientes electrónicos de los pacientes.
- Ψ Discriminar con base a la sintomatología diversos trastornos psiquiátricos.
- Ψ Escucha Activa ya que como co-terapeuta escuchábamos las problemáticas que tenían los pacientes y al final de la sesión se comentaban los puntos clave que se revisaron en la sesión.

Aprendizajes:

- Ψ Dentro de la Institución se fortalecieron habilidades tales como manejo de entrevista e historia clínica, creación de reportes psicológicos, manejo de técnicas de relajación, implementación y evolución de las mismas.

Para finalizar este apartado es conveniente resaltar la importancia del aprendizaje como terapeuta, la tutoría que se realizó durante la estancia dentro del Servicio Social, ya que permitió la aplicación teórica-práctica por lo que ha ayudado sustancialmente en el desarrollo profesional y personal.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados podemos decir que el programa de técnicas de relajación individual presenta un nivel de éxito para los pacientes que son atendidos.

El enfoque cognitivo conductual puede dar metodológicamente estrategias para que paso a paso se realicen las técnicas de relajación, estas pueden variar o modificarse ya que de persona en persona, por rango de edad o nivel educativo y condición física.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

A continuación se describen cuáles fueron las limitaciones encontradas dentro del programa de servicio social:

1. El Centro Médico Nacional da atención a toda la república, el nivel de afluencia en atención psicológica, tanto evaluación, psicoterapia y manejo de técnicas de relajación sobrepasa a la capacidad de los psicólogos adscritos al servicio de psiquiatría. Además de los espacios físicos para los psicólogos dentro del servicio son insuficientes para atender de manera eficaz a la población.
2. Es fundamental pedir a los médicos (psiquiatras) adscritos al servicio de psiquiatría en las citas subsecuentes con los pacientes que fueron canalizados al programa de técnicas de relajación para evaluar, dar seguimiento a los logros de los pacientes y si continúan manejándolas.
3. Es importante la evaluación pre post de la intervención con instrumentos enfocados a la evaluación de ansiedad (Pruebas como Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Ansiedad de Hamilton etc.)
4. Dada la rapidez en aplicación de éstas técnicas, se pueden hacer dentro del servicio de psiquiatría con fines de eficacia, sin embargo, se sugiere capacitar a los prestadores de servicio social en otras técnicas de relajación para diversificar las habilidades y tener más herramientas necesarias para las patologías psiquiátricas y médicas del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ψ Amutio Alberto (1998) Nuevas perspectivas sobre la relajación. Bilbao. 3ra Edición Editorial Descles de Brouwer.
- Ψ Baeza J.C. Higiene y prevención de la ansiedad. 2008. Madrid, España. Editorial De los Santos.
- Ψ Cautela, Joseph. (1986) Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial. Barcelona España 1ra Edición Editorial Martine Roca
- Ψ Cia Alfredo (2007) La ansiedad y sus trastornos. Buenos Aires. Editorial Polemos.
- Ψ Davis Martha. (1990) Técnicas de autocontrol. Barcelona 2da edición Editorial Martínez Roca
- Ψ Dominguez, Benjamin. (2002) Manejo y conocimiento del estrés en niños. México 1ra Edición. Editorial Plaza y Valdez
- Ψ Gangara J.(2000) Angustia y Ansiedad, Causas, síntomas y Tratamiento. Madrid España Editorial Piramide
- Ψ Kaplan H. y Sadock B. (1999) Sinopsis de Psiquiatría. Madrid Editorial Médica Panamericana S. A.
- Ψ Kerloinger F. Lee B. (2000) Investigación del comportamiento. México D.F. Mc GrawHill
- Ψ Labrador, Francisco Javier (1995) Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid 1ra edición. Editorial Piramides

Lazarus R. y Folkman S. (1991) Estrés y Procesos Cognitivos . Barcelona . España
Martinez Roca Editoriales

- Ψ Lazarus R. S. Estrés Emoción Manejo e implicación en nuestras salud. Bilbao. Descles de Brouwer
- Ψ Mckay M. (1988) Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona..2da. Edición. Editorial Martínez Roca.

- Ψ Mercadp G. (1992). Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos. Tesis de licenciatura UNAM. México D.F
- Ψ Moccio Fidel (1986)Terapia del stress, un método de relajación Bio feed back Buenos Aires, Argentina Editorial Cinco.
- Ψ Moniz Luis Joyce (2013) Sugestion y autosugestión. México D.F. Editorial AMAPSI.
- Ψ Neidhardt Joseph. (1992) Seis Programas para prevenir y controlar el estrés. Mexico D.F. Editorial Planeta.
- Ψ Nuñez Patricia (2000) La relajacion y las autoinstrucciones en la respuesta de impulsividad en el niño con trastorno de defcid de atención con hiperactividad. Tesjs de Licenciatura UNAM México D.
- Ψ Rivera Salome (1992) la ansiedad como causa de accidentes laborales . Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM México D.F.
- Ψ Spielberger (1880) Tensión y ansiedad. México D.F. Harla S.A. de C.V.
- Ψ Vazquez, Isabel (2001) Técnicas de relajación y respiración. Madrid. Editorial Sintesis
- Ψ Villavicencio, Miguel Alejandro (2003) Propuesta de curso “técnicas de Relajación para el control de estrés basado en la teoría instruccional de Robert M. Gagne. Tesis de licenciatura , UNAM.México D.F.
- Ψ <http://www.issste-cmn20n.gob.mx/> Revisado el 14 de Agosto del 2014.