

11226
2el
27

RECEPCION
SECRETARIA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

“Estudio Comparativo del Tratamiento de la Neurosis de Ansiedad con Terapia Conductual y Clordiazepoxido”

TESIS RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO
UNIVERSITARIO COMO:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. ARMANDO AVILA LEYVA

Hospital General de Zona No 68
Edo. de Méx.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN 984



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.

I N D I C E

	Página
I.- INTRODUCCION.	1
II.- JUSTIFICACION.	4
III.- ANTECEDENTES.	6
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
V.- OBJETIVOS.	11
VI.- HIPOTESIS	12
VII.- VARIABLES.	13
VIII.- UNIDAD DE INVESTIGACION.	14
IX.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.	16
X.- TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.	16
XI.- RESULTADOS.	21
XII.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.	39
XIII.- CONCLUSIONES.	44
XIV.- COMENTARIOS.	48
XV.- SUGERENCIAS.	50
XVI.- BIBLIOGRAFIA.	51

I.- INTRODUCCION.

Las neurosis tradicionalmente descritas como trastornos de la personalidad por la escuela psicoanalítica, forma parte importante dentro de la patología de la conducta del ser humano.- Es de trascendental importancia su pleno conocimiento, y que éste sea lo más cercano a la realidad ya que esto repercutirá en beneficio de los pacientes afectados por este padecimiento.

Sin embargo, aún la mayor parte del personal relacionado con la medicina cuenta con muy poca información científica acerca de las neurosis, y la que posee generalmente es errónea ó mal fundamentada, por lo que consecuentemente su diagnóstico y manejo carece de bases, esto trae como consecuencia que la curación sea casi imposible.

"Los médicos que no aprecian los factores psicológicos que actúan en la producción de los síntomas, en ocasiones cometen el error de no reconocer que los factores precipitantes que producen ataques de angustia son psicológicos y no fisiológicos, y diagnostican los ataques como padecimientos cardiacos, tirotoxicosis, hiperinsulinismo ó trastornos insulínicos de otro tipo." (8).

La posición de la escuela psicoanalítica respecto a la génesis de la neurosis de ansiedad es bastante cuestionable ya que carece de fundamento científico.

En cuanto a la explicación que se expone respecto a la neurosis de ansiedad por parte de esta corriente se dice que el padecimiento se debe a el esfuerzo que hace el individuo para manejar problemas psicológicos internos, privados y específicos en situaciones que provocan angustia y que el paciente

mismo es incapaz de manejar sin tensión ó de otra forma recurriendo a los llamados mecanismos de defensa psicológicos.

Afortunadamente en la actualidad contamos con nuevas formas de pensamiento que nos han dado la pauta a seguir para la adquisición de un conocimiento más científico y por lo tanto más valioso acerca de los trastornos de la conducta del ser humano.

Desde el punto de vista del análisis experimental de la conducta, la neurosis de ansiedad no cuenta con una causa obscura ó desconocida ni tampoco se le considera como enfermedad mental, sino por el contrario como un trastorno de la conducta con causas bien conocidas y con explicaciones de sus fenómenos basadas en un criterio científico.

"A menudo se llama neurótica a la persona que manifiesta los efectos conductuales de la ansiedad por largos periodos, durante las situaciones complejas que surgen en su diario vivir. Una prolongada conducta de tipo emocional del tipo llamado ansiedad constituye una notable interferencia con otras operantes en funcionamiento y puede decirse que el neurótico esta mal ajustado simplemente por que, en vez de dedicarse a operantes que le darian reforzadores positivos, manifiesta las supresiones características de la ansiedad". (11)

Conociendo aunque en forma muy somera las dos posiciones que actualmente rigen en el campo de la psicología para el conocimiento y manejo de los trastornos psicológicos; podemos de esta forma tener una visión más amplia de los aspectos a tratar en el presente estudio.

Es importante mencionar que la corriente psicoanalítica acepta de antemano el uso de fármacos en el manejo de la neurosis de ansiedad. Aunque se dice estos deberán combinarse con Psicoterapia

para obtener mejores resultados.

Considerando que la neurosis de ansiedad verdaderamente se trata de un trastorno de la conducta es lógico suponer que la forma más correcta de tratarla será modificando positivamente esa conducta de desadaptación.

Desde luego debemos considerar dos aspectos fundamentales-- para el manejo de este padecimiento. Primero.- Las técnicas para modificación de conductas requieren de disposición, esfuerzo, intereses y tenacidad en un grado más ómenos importante. y, Segundo.- Se debe recordar que el ambiente que rodea al individuo determinará en forma importante su conducta habitual así como cualquier intento de modificación en la misma.

II.- JUSTIFICACION.

El desarrollo tecnológico, social y económico de nuestra sociedad actual ha condicionado la presentación de nuevos desordes en la esfera psíquica del ser humano, algunos de ellos tal vez totalmente desconocidos en épocas pasadas y otros con algún grado de intensidad menor que los actualmente considerados como alteraciones importantes de la conducta. Dados los factores anteriormente mencionados se ha presentado un estado patológico ya conocido anteriormente y manifestado por algunos pacientes, pero que actualmente ha adquirido relevada importancia por la proporción que ha alcanzado, la intensidad de sus síntomas y el número creciente de sus complicaciones, que consecuentemente deteriora la integridad del individuo así como a la sociedad de la que forma parte.

La neurosis de ansiedad que hace algunos años se consideraba un padecimiento poco común; actualmente debido a factores sociales, culturales y ecológicos es más frecuente su presentación. Debido a que la especie humana se encuentra en constante evolución y en forma especial a la tecnificación y modernización en el "modus vivendi" de nuestra sociedad actual, así mismo el sistema social ha adoptado una configuración suigénereis muy distante de parecerse a la de hace algunos años. Entre muchas de las consecuencias de este cambio encontramos que una de las que afectan directamente al individuo y a los que lo rodean es un padecimiento catalogado por los modernos psicólogos como una conducta de desadaptación y que tradicionalmente se le ha designado como "Neurosis de Ansiedad".

En nuestra sociedad actual se han creado normas, reglas, leyes, obligaciones etc., para su adecuado funcionamiento y equilibrio; sin embargo esto ha condicionado que el ser humano se vea sujeto a presiones externas que le imponen una forma de conducta la mayor de la veces disonante. Esto generalmente se percibe como una agresión del medio externo y que necesariamente modifica el medio interno del individuo. Estas modificaciones intrínsecas son mediadas por el sistema Nervioso Central (Simpático) en respuesta a estímulos específicos los cuales son manifestadas en forma de taquicardia, hipertensión arterial, Sudoración, Hipertonía muscular etc...(1).

La importancia de esto estriba en que la frecuencia de presentación del Síndrome de Activación ó su cronicidad va directamente relacionado con el promedio de vida del ser humano y que este será menor mientras más frecuente sea la presentación de este síndrome. Necesariamente existen otras complicaciones inherentes a este padecimiento las cuales tienen repercusiones que alteran desde la positiva dinámica familiar hasta el funcionamiento armónico de la más compleja estructura social.

Por lo anteriormente comentado podemos deducir que el problema de la neurosis de ansiedad es de tal magnitud que requiere de acciones inmediatas por parte del personal Médico tendientes a abordar el problema en forma racional, ética y con todo el profesionalismo que se merece.

Considerando que la neurosis de ansiedad es un trastorno de la conducta se deduce fácilmente que la forma más correcta de tratarla debería de ser modificandola con un criterio racional y científico. Por este motivo se propone a la terapia conductual como el método más idóneo para el manejo de este trastorno.

III.- ANTECEDENTES.

Existen actualmente Médicos generales y algunos Psiquiatras que consideran a la ansiedad como una fuente dinámica común de las neurosis y agregan además que los síntomas que estos trastornos presentan consisten ya sea en una manifestación de angustia ó bien en esfuerzos automáticos para controlar dicha angustia por medio de los llamados mecanismos de defensa psicológicos.

Tradicionalmente en la escuela Psicoanalista se ha propuesto a la represión como el principal mecanismo de defensa para el control de la ansiedad, no obstante algunos autores de esta escuela mencionan que la represión nunca basta para impedir que aparezcan cualquier manifestación de ansiedad o evitar que se formen técnicas inconscientes y repetitivas destinadas a controlarla. "Las adaptaciones neuróticas nunca son del todo satisfactorias puesto que en forma secundaria producen sentimientos de incompetencia, vergüenza y culpa". (5).

Así mismo los psicoanalistas describen a la ansiedad como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpressable o de una sensación de expectación aprensiva y que puede presentarse en cualquier situación que constituya una amenaza -- para la personalidad. Además se menciona que en mayor ó menor intensidad el paciente sufre de taquicardia, opresión precordial, náusea, diarrea, deseo de orinar, disnea, sensación de ahogo ó sofocación, las pupilas se dilatan, la cara se congestiona, la pi el transpira, el enfermo sufre de parestesias, se experimenta de bilidad ó sensación de muerte inminente. (8).

Finalmente esta corriente psicológica enuncia que el tratamiento de la neurosis de ansiedad se basa en la psicoterapia ya-

ya que es el método que proporciona el apoyo emocional que el enfermo necesita; así mismo argumenta que cuando el enfermo comprende "los factores psicodinámicos" , la culpa y la vergüenza se resuelven. Si esto no funcionara se acepta además el uso de fármacos de los llamados ansiolíticos del tipo de las benzodiazepinas que son los más comúnmente utilizados.

Como podemos observar el enfoque que se le da a este padecimiento es poco científico y sus apreciaciones un tanto subjetivas así en el origen y forma de evolución del padecimiento como en las bases que sustentan para el tratamiento.

Lo más grave de la situación actual en cuanto al manejo de los pacientes con neurosis de ansiedad es que los médicos generales y algunos Psiquiatras se han olvidado ó muy probablemente ignoran las bases teóricas del proceso dinámico y multicausal - que implica el correcto conocimiento de este padecimiento. Consecuentemente el diagnóstico y tratamiento carecen del fundamento científico que se merece. Tal vez lo más incongruente de este problema lo vemos en el fenómeno conocido de que dentro del tratamiento de este padecimiento, la psicoterapia es la base -- para el manejo de los pacientes con este problema; sin embargo lo que mas comúnmente observamos es que tanto médicos generales y algunos Psiquiatras sustentan dicho manejo unicamente en los llamados medicamentos ansiolíticos ó tranquilizantes.

Es poco frecuente que se utilice la psicoterapia como método de tratamiento en estos pacientes y sin embargo lo que -- más comúnmente observamos es que tanto médicos generales y psiquiatras recurren al uso algunas de las veces en forma indiscriminada de los mencionados fármacos ansiolíticos. Así mismo es importante mencionar que la psicoterapia es utilizada en --

forma poco frecuente tal vez por que implica mayor esfuerzo y -
disposición por parte del médico así mismo se arguye también --
que en algunas circunstancias las necesidades y normas de la --
institución no facilitan su adecuada aplicación.

El uso de los medicamentos llamados ansiolíticos se ha he--
cho ya tradicional en el manejo de la neurosis de ansiedad y en
no pocas ocasiones en forma indiscriminada e irracional para el
control de los llamados " Desordenes Mentales " .

Los medicamentos Benzodiazepínicos (Clordiazepoxido, Diazepan, Oxacepan, etc.). Se utilizan frecuentemente contra la ansiedad y poseen acción relajante muscular de tipo central.

" La farmacología de las benzodiazepinas fundamentalmente es similar a la de los barbitúricos excepto en algunas pruebas en las que puede lograr efecto sin provocar acción sedante ni ataxia excesiva " . (7) .

La semidesintegración del Clordiazepoxido en el cuerpo es del orden de 24 hrs. El diazepam también es de acción prolongada aunque en algunos estudios se ha comprobado que los niveles del Clordiazepoxido se mantiene por tiempo más prolongado.

Actualmente el uso de estos medicamentos continua siendo -- la base del tratamiento de las neurosis de ansiedad y en muy pocas ocasiones la Psicoterapia tradicional.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se menciona en los antecedentes los principales problemas que actualmente afronta el médico en relación al manejo y control del paciente ansioso; y recordamos que el tratamiento de estos pacientes se basa principalmente en la Psicoterapia y la farmacoterapia a base de los medicamentos llamados ansiolíticos

Los resultados obtenidos en estos tratamientos son cuestionables y en algunos casos sin mejoría. Esto nos hace sentir la necesidad de implementar dentro del plan de tratamiento nuevas técnicas y métodos de manejo del paciente con neurosis de ansiedad .

Poca importancia se le ha concedido al campo de la Psicología conductual en nuestro medio ya sea por ignorancia o por resistencia a aceptar un cambio tan radical en una forma de pensamiento arraigada por años de formación profesional. Sin embargo una actitud verdaderamente científica permitirá un cambio de conducta en el médico y esto consecuentemente repercutirá en beneficio del paciente.

Está por demás mencionar las ventajas del tratamiento de la ansiedad con métodos de terapia conductual en comparación con las tradicionales técnicas de terapia analítica. A pesar de todo, los métodos de terapia conductual son desconocidos para la mayoría de los profesionales de la salud en nuestro medio; lo cual se debe principalmente a que en los actuales programas educacionales de nuestras escuelas no se incluye esta importante disciplina.

durante el presente estudio se tratará de comprobar la eficacia de los métodos conductuales en el manejo de la neurosis -

de ansiedad . Considerando que actualmente el esquema de manejo del paciente ansioso, tiene muchas deficiencias y es poco práctico; se siente la necesidad de proponer y ejecutar nuevas alternativas que resuelvan radicalmente este problema que por su magnitud es de relevante importancia en el campo de la medicina moderna.

V.- OBJETIVOS .-

- 1.- Valorar la posibilidad de que el Médico Familiar previo -
adiestramiento maneje a sus pacientes con Neurosis de An-
siedad por medio de la terapia conductual.
- 2.- Establecer un plan de tratamiento radicalmente diferente,
accesible a todo paciente y práctico para cualquier Méd-
ico.
- 3.- Que el Médico Familiar cuente con un método práctico y e-
ficáz en el manejo del paciente ansioso en la consulta ex
terna.
- 4.- Crear en el Médico Familiar una actitud conciente y rea-
lista de que el manejo de la neurósis de ansiedad requie-
re de una actitud cien por ciento científica.
- 5.- Modificar las conductas del paciente con neurósis de ansi-
edad y consecuentemente disminuir su intensidad.
- 6.- Disminuir el abuso de los medicamentos llamados Ansiolíti-
cos.
- 7.- Mejorar el nivel de salud del paciente ansioso reincorpo-
randolo a sus actividades en la sociedad.
- 8.- Que los interesados en el mejoramiento de la terapéutica-
mencionada propongan nuevas alternativas o modificaciones
al tratamiento propuesto.

VI.- HIPOTESIS.

" SI LA NEUROSIS DE ANSIEDAD ES UNA ALTERACION DE LA CONDUCTA
ENTONCES LA TERAPIA CONDUCTUAL ES EL MEJOR METODO DE TRATA-
MIENTO DE ESTE PADECIMIENTO. "

VII.- VARIABLES.

- 1.- Independiente: El tratamiento.
- 2.- Dependiente: Los cambios de conducta en el paciente.

VIII.- UNIDAD DE INVESTIGACION.

1. - Sujetos de investigación: Paciente con Diagnóstico - Clínico de Neurósis de Ansiedad.
- 2.- Criterios de inclusión:
 - 2.1.- Ser derechohabiente del IMSS.
 - 2.2.- Con algún síntoma de Neurosis de Ansiedad.
 - 2.3.- Disponibilidad absoluta.
 - 2.4.- No haber recibido tratamiento medicamentoso 15 - días antes y hasta el momento del inicio de esta investigación.
 - 2.5.- No presentar invalidés importante.
 - 2.6.- Edad entre 20 a 40 años y de ambos sexos.
 - 2.7.- Nivel educativo (mínimo saber leer y escribir).
 - 2.8.- Sin antecedentes de toxicomanias.
- 3.- Criterios de exclusión:
 - 3.1.- Todos los pacientes que no cumplan con los de inclusión.

4.- Tipo de muestra : Probabilística

5.- TIPO DE MUESTREO: Al azar simple.

6.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

6.1.- Veinte pacientes en total. (tomados al azar simple).

6.2.- Diez fueron manejados con Terapia conductual.

6.3.- Diez fueron manejados con Clordiazepóxido.

IX.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Se trata de un estudio :

- 1.- Comparativo (simultáneo por pareamiento).
- 2.- Experimental (intervencionista).
- 3.- Analítico.
- 4.- Longitudinal (prospectivo).

X.- TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

1.- Organización de la muestra:

- 1.1.- Se tomó la muestra de la consulta externa de Medicina familiar con la colaboración de los Médicos-adscritos; solicitando el envío de pacientes con Dx de Neurosis de Ansiedad.
- 1.2.- Estos pacientes fueron seleccionados al azar hasta completar veinte.
- 1.3.- Los veinte paciente fueron divididos en 2 grupos de diez al azar simple por orden progresivo.
- 1.4.- Se inicio el estudio con 10 pacientes los cuales fueron manejados con terapia conductual.
- 1.5.- Los otros diez pacientes fueron manejados con --- Clordiazepoxido.

2.- Descripción de los métodos:

- 2.1.- Pacientes manejados con Clordiazepoxido:
 - a).- Se elaboró historia Clínica en la primera entrevista
 - b).- Se les citó cada 15 días para orientación y control.
 - c).- La dosis de Clordiazepoxido se ajustó en cada paciente de acuerdo a su sensibilidad y grado de tolerancia.

- d).- Cada dosis de Clordiazepóxido se administró a razón de 10 mgu. diariamente como promedio.
- e).- Según la evolución y respuesta se ajustó la dosis en cada paciente.
- f).- Se evaluó la respuesta al término del estudio mediante la aplicación de cuestionario escrito.

2.2.- Pacientes manejados con terapia conductual:

- a).- Se elaboró historia clínica en la primera entrevista.
- b).- Los diez pacientes recibieron orientación en forma grupal acerca del método.
- c).- La relajación muscular que forma parte de la Desensibilización Sistemática fue el método de tratamiento que se utilizó en el manejo de estos pacientes.
- d).- Se les citó una vez por semana durante los dos primeros meses y posteriormente cada 15 días.
- e).- Se orientó y se adiestró al paciente en la identificación de situaciones de tensión; ó en la presentación de cualquier síntoma de ansiedad.
- f).- Después de lograr la confianza del paciente progresivamente y por aproximaciones sucesivas hasta lograr el dominio de la técnica de relajación muscular.

2.3.- Técnica utilizada para el logro de la relajación muscular: (descripción por pasos).

- 1ero. Identificará correctamente sus grupos musculares.
- 2o. Efectuará contracción intensa de estos músculos, en forma progresiva iniciando desde la cabeza hasta los pies.

3ero.- Posterior a la contracción relajará sus musculos violentamente.

4o.- Deberá notar la diferencia de sensaciones percibidas durante la contracción y durante la relajación.

5o.- Los pasos anteriores los efectuará tantas veces sean necesarias para lograr un control absoluto y dominio de la relajación muscular.

6o.- El dominio de ésta técnica la adquirira progresivamente iniciando en la clínica desde la primera sesión de adiestramiento, posteriormente en su lugar de residencia y finalmente la pondra en práctica en situaciones que le causen ansiedad.

7o.- La práctica continua de la relajación muscular en la forma descrita es requisito indispensable para mantener vigentes los beneficios del tratamiento.

2.4.- Duracion del estudio: 6 meses. De Mayo a Octubre de 1983.

2.5.- Forma de evaluación:

a).- Se aplicó cuestionario al inicio y al término del estudio para detectar la sintomatología más sobresaliente.

b).- Se concentraron los sintomas más frecuentes por grado de intensidad en tablas comparativas.

c).- Se investigó el valor del estudio mediante la aplicación de un cuestionario de 18 preguntas al finalizar el estudio. (se anexa forma de cuestionario)

d).- Los resultados obtenidos fueron analizados en forma directa y objetiva.

CUESTIONARIO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 No. de Filiación: _____ Domicilio: _____

1.- Desde el inicio del tratamiento hasta el momento ha notado-
 mejoría?

SI NO

2.- Persisten algunas de las molestias que usted presentaba al-
 inicio del tratamiento?

SI NO

3.- Considera usted que el tratamiento es efectivo?

SI NO

4.- Considera usted que el tratamiento es muy complicado?

SI NO

5.- Le ha sido difícil adaptarse al plan de tratamiento?

SI NO

6.- Le ha causado algún transtorno el tratamiento?

SI NO

7.- Considera usted que el tratamiento ha mejorado sus rela-
 ciones con los demás?

SI NO

8.- Ha notado algún cambio positivo en sus labores diarias
 y ó mayor disposición para el trabajo?

SI NO

- 9.- Cuantas veces lloró o se angustió en abril?
- 10.- Cuantas veces lloró ó se angustio en el ultimo mes.
- 11.- Cada cuanto gritaba en abril.
- 12.- Cada cuanto grita actualmente.
- 13.- Cada cuanto platicaba con su pareja en abril.
- 14.- Cada cuanto plática con su pareja actualmente.
- 15.- Cada cuanto le dolia la cabeza en abril.
- 16.- Cada cuanto le da dolor de cabeza actualmente.
- 17.- Cada cuanto tenia dificultad para conciliar el sueño en el mes de abril.
- 18.- Cada cuanto tiene dificultad para conciliar el sueño actualmente.

XI.- RESULTADOS.

Es importante mencionar que los resultados del presente estudio se encuentran divididos en dos partes; la primera se desprende de la comparación de dos tablas de síntomas, una que contiene los referidos al iniciar el estudio y la otra que cuenta con los obtenidos al finalizar el presente estudio. Esto facilitará la comparación y evaluación de los cambios referidos durante la investigación.

La otra parte de los resultados se encuentra representada por la información obtenida de la aplicación de un cuestionario de 18 preguntas, cuyas respuestas fueron concentradas en cuadros comparativos donde además se encuentran los porcentajes para cada respuesta.

Para ambas partes de los resultados se incluye la descripción detallada de los mismos.

La primera parte de los resultados que consta de los síntomas más frecuentes referidos por los pacientes al inicio y al final del estudio, se encuentran representados en cuatro cuadros, en los cuales los síntomas se reportan de acuerdo a la intensidad referida en un intervalo de; mínima, media y alta esquemmatizándose con 1, 2 y 3 cruces respectivamente. Se consideró como mínima, aquella en la que los síntomas referidos no lograban causar un desequilibrio en la homeostásis biopsicosocial; como media aquella en la que sí se causaba un desequilibrio más o menos importante pero que se lograba controlar; y como máxima aquella en la que el desequilibrio causaba alteraciones importantes, las cuales lo incapacitaban para continuar con sus labores normales ó las consecuencias de este desequilibrio hacían más grave el problema ya existente.

CUADRO NO. 1

SINTOMAS REFERIDOS POR LOS PACIENTES AL INICIO DEL ESTUDIO.

PACIENTES GRUPO 1 .	INFRANQUILIDAD (NERVIOSISMO)	LLANTO (CRISIS)	GRITOS	ENFADO	DIÁFORESIS	TEMBLOR	CEFALEA	INSOMNIO
1.- VME (M)	+		+	+++	+		+	++
2.- JPI (M)	+++	+	++	++	+	++		++
3.- PGJ (M)	++	+		+++	++		+++	+
4.- AIA (M)	+++		+	+++	+	+	+	++
5.- APS (M)	++	+	+	++			++	+
6.- FGM (H)	+++			+++	++	+	+	+
7.- SGM (H)	+		++	+++	+		+	
8.- SSJ (H)	+++			+		+		+

GRUPO 1 : PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL

+ Grado mínimo

++ Grado medio

+++ Grado alto

NOTA: Solo se incluyeron los pacientes que persistieron hasta el final del estudio.

CUADRO NO. 2

SINTOMAS REFERIDOS POR LOS PACIENTES AL INICIO DEL ESTUDIO

PACIENTES GRUPO 2	INTRANQUILIDAD (NERVIOSISMO)	LLANTO (CRISIS)	GRITOS	ENFADO	DIÁFORESIS	TEMBLOR	CEFALEA	INSOMNIO
1.- RAS (H)	++		+	++	++	+	+	++
2.- GGJ (H)	++		++	+++	+	++		+
3.- ASM (H)	+++		++	++	+	+		++
4.- AGA (M)	++	+	+	+		+	++	
5.- BNT (M)	+++	++	++	+++		++	+	++
6.- DGL (M)	+++	+	+	+++	++	+	++	++
7.- APS (M)	++		+	++	+	++	+	++

GRUPO 2 : PACIENTES MANEJADOS CON CLORDIAZEPOXIDO.

+ Grado mínimo

++ Grado medio

+++ Grado alto

NOTA: Solo se incluyeron los pacientes que persistieron hasta el final del estudio.

CUADRO NO. 3

SINTOMAS REPORTADOS POR LOS PACIENTES AL FINALIZAR EL ESTUDIO

PACIENTES GRUPO I	IMPETUOSIDAD (NERVIOSISMO)	LLANTO (CRISIS)	GRITOS	ENFADO	DIÁFORESIS	TREMOR	CEFALEA	INSOMNIO
1.- VME (M)	+		+	+	+		+	+
2.- JPI (M)	+	+	++	+	+	+		+
3.- PGJ (M)	++	+		++	++		++	+
4.- ATA (M)	++		+	+++	+	+	+	+
5.- APS (M)	+			+			+	+
6.- PGM (H)	++			++	++	+	+	
7.- SGM (H)			+	+	+		+	
8.- SSJ (H)	+			+		+		+

+ Grado mínimo
 ++ Grado medio
 +++ Grado alto

CUADRO NO. 4

SINTOMAS REFERIDOS POR LOS PACIENTES AL FINALIZAR EL ESTUDIO

PACIENTES GRUPO 2 .	INTRANQUILIDAD (NERVIOSISMO)	LLANTO (CRISIS)	GRITOS	ENFADO	DIÁFORESIS	TEMBLOR	CEFALEA	INSOMNIO
1.- RAS (H)	++		+	++	++		+	
2.- GGJ (H)	++		++	+++	+			
3.- ASM (H)	++		++	++	+	+		+
4.- AGA (M)	++	+	+	+		+	++	
5.- BNT (M)	+++	++	++	+++		++	+	+
6.- DGL (M)	+++	+	+	++	++	+	++	+
7.- APS (M)	++		+	++	+	++	+	

+ Grado mínimo

++ Grado medio

+++ Grado alto

CUADRO NO. 5

INFORMACION OBTENIDA DEL CUESTIONARIO

PREGUNTAS (1era. parte)	GRUPO 1		GRUPO 2	
	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>
1.-	87%	12%	28%	71%
2.-	37%	62%	85%	14%
3.-	100%	0%	14%	85%
4.-	37%	62%	0%	100%
5.-	12%	87%	71%	28%
6.-	0%	100%	57%	42%
7.-	75%	25%	28%	71%
8.-	62%	37%	14%	85%

GRUPO 1 : PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL.

GRUPO 2 : PACIENTES MANEJADOS CON CLOROTALEPOXIDO.

NOTA: SOLO PERSISTIERON 9 PACIENTES DEL GRUPO 1 y 7 PACIENTES DEL GRUPO 2 .
SIENDO ESTOS LOS INCLUIDOS EN EL PRESENTE CUADRO.

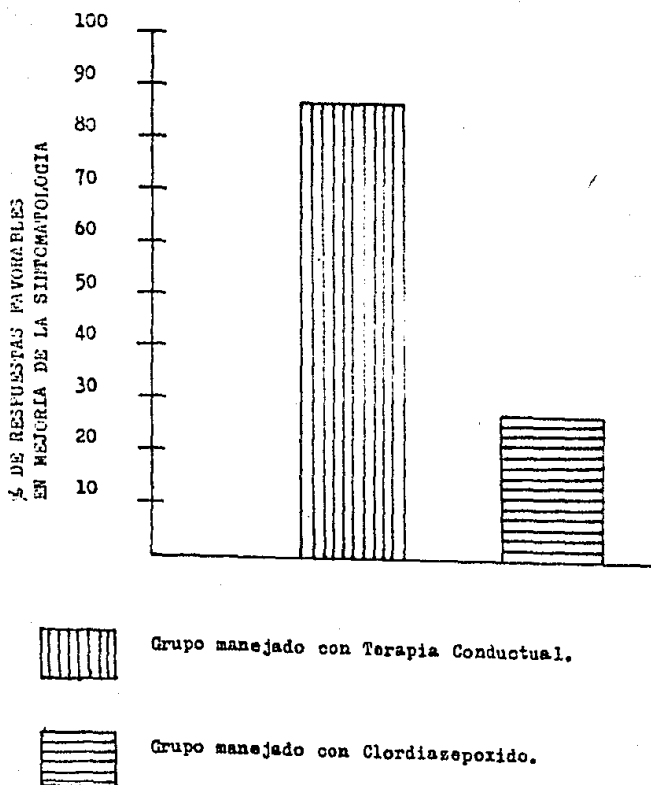
PREGUNTAS (2a. PARTE).	GRUPO 1			GRUPO 2		
	0 - 5	5 - 10	10 ó más	0 - 5	5 - 10	10 ó más
9.-	25%	37%	37%	28%	28%	42%
10.-	87%	12%		28%	71%	
11.-	37%	62%		57%	42%	
12.-	100%	0%		71%	28%	
13.-	87%	12%		71%	18%	
14.-	12%	12%	75%	85%	14%	
15.-	62%	37%			71%	28%
16.-	87%	12%			85%	14%
17.-	75%	25%		85%	14%	
18.-	75%	25%		85%	14%	

GRUPO 1 : PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL.

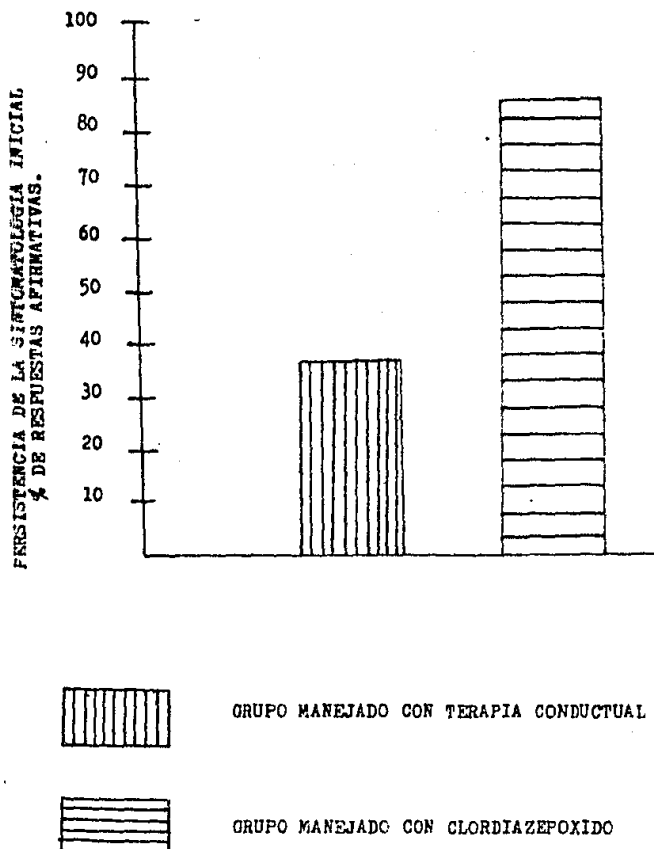
GRUPO 2 : PACIENTES MANEJADOS CON CLORDIAZEPOXIDO

NOTA: Los intervalos propuestos para cada grupo se refieren a la frecuencia por mes.

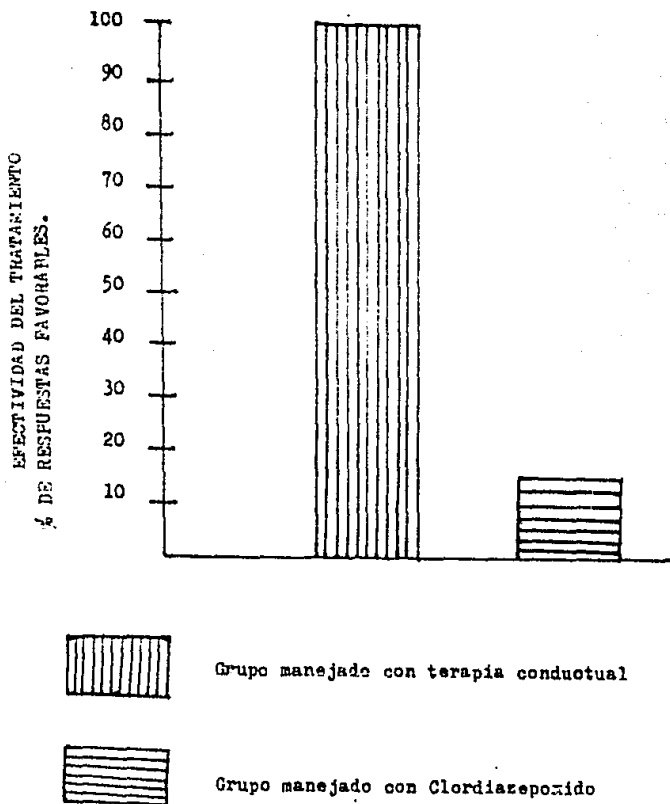
REACTIVO NO. 1.- En cuanto a mejoría de la sintomatología inicial, podemos observar que el porcentaje de respuestas favorables fue mayor para el grupo manejado con terapia conductual (87 %)- y menor para los manejados con Clordiazeporido (28 %).



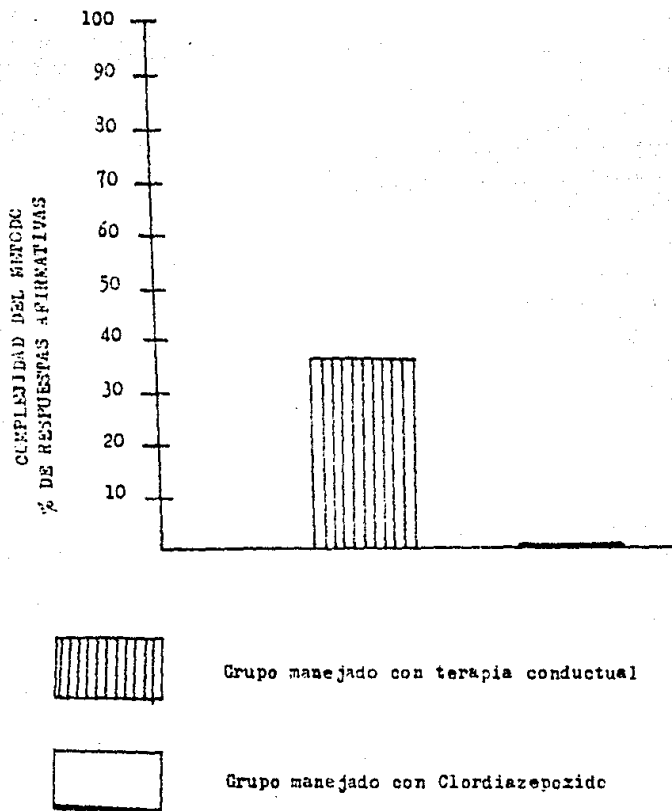
REACTIVO NO. 2 .- Respecto a la persistencia de la sintomatología inicial observamos que los pacientes manejados con terapia conductual, solo el 37 por ciento de ellos refiere continuar — con algún sintoma de los referidos al inicio del estudio, en contraste con los pacientes manejados con Clordiazepoxido de los cuales el 85 por ciento refieren la continuación de la sintomatología inicial.



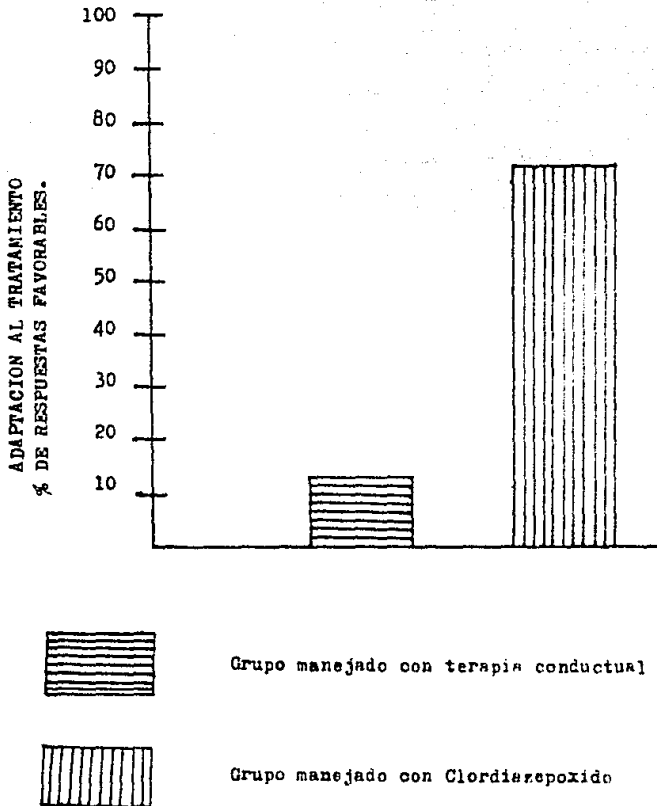
REACTIVO NO. 3 .- La efectividad del tratamiento en ambos — grupos muestra considerable diferencia tambien; ya que los pacientes manejados con terapia conductual refieren en un 100 % respuestas favorables; y los manejados con Clordiazepoxido solo el 14 % respondieron favorablemente.



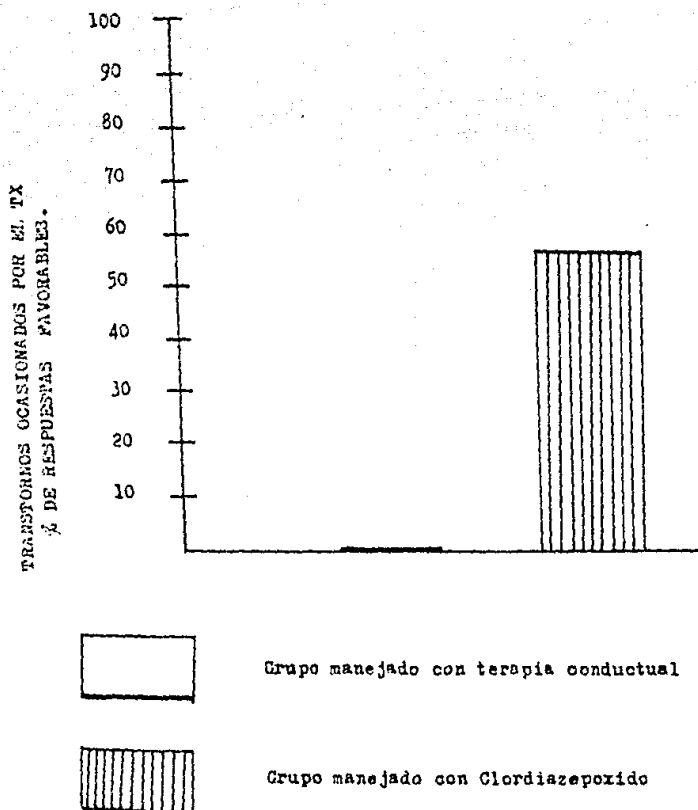
REACTIVO NO. 4 .- Se puede observar en el aspecto de complejidad del método de tratamiento, que los pacientes manejados -- con Clordiazepoxido ninguno manifestó algún grado de dificultad, en cambio el 37 % de los pacientes manejados con terapia conductual sí refieren cierto grado de complejidad en el método.



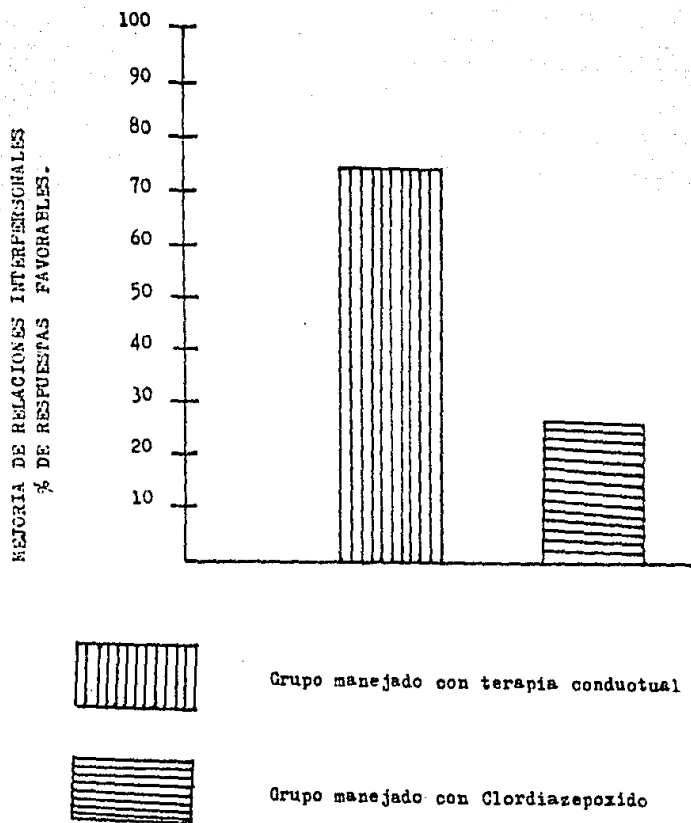
REACTIVO NO. 5.- La adaptación al plan de tratamiento fue referida como más difícil para el grupo manejado con Clordiazepoxi do en un 71 % ; no así para el grupo manejado con terapia conduc tual que solo el 12 % de este grupo refiere algún grado de difi cultad para adaptarse.



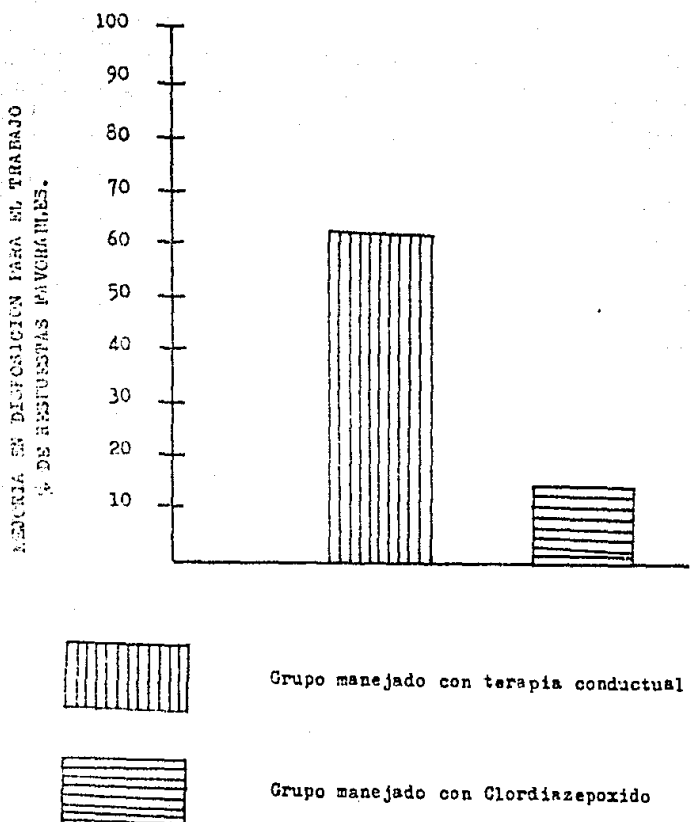
REACTIVO NO. 6 .- Dentro del manejo de estos pacientes en lo que se refiere a trastornos ocasionados directamente por el método, del grupo manejado con terapia conductual nadie refiere --- trastorno alguno; en cambio el 57 % de los manejados con Clor--- diazepoxido refieren algún efecto colateral.



REACTIVO NO. 7 .- Las relaciones interpersonales mejoraron en forma más importante en el grupo tratado con terapia conductual, siendo el 75 % los que refieren dicha mejoría en comparación con el 28 % de los manejados con Clordiazepoxido.



REACTIVO NO. 8 .- En cuanto a disposición para el trabajo -- y la presentación de algún cambio positivo en sus labores diarias el 62 % de los manejados con terapia conductual y el 14 % de los manejados con Clordiazepoxido respondieron afirmativamente.



La segunda parte del cuestionario esta compuesta de preguntas con respuesta de tipo cuantitativo, para facilitar su registro comparación e interpretación.

Para cada grupo se proponen tres intervalos diferentes de frecuencia por mes (0 - 5 , 5 - 10 y 10 ó más). Aclarando que los intervalos propuestos son arbitrarios ; pero consideramos — sin embargo no dejan de ser representativos.

REACTIVO 9.- Se interrogo a los pacientes de la frecuencia con que se angustiaban ó lloraban en el mes de abril. Aclarando que la pregunta lleva la doble intención de compara a los dos grupos, pero ademas la de valorar el resultado ó cambio durante el periodo de estudio; apreciandose que del grupo tratado con terapia — conductual el 25% refiere una frecuencia de 0 - 5 , el 37% de — 5 - 10 y el otro 37% menciona una frecuencia de 10 ó más. Así — mismo el grupo tratado con Clordiazepoxido el 28% reporta una — frecuencia de 0 a 5, otro 40% reporta de 5 - 10 y el 42% restante reporta una frecuencia de más de 10 durante el mes de abril.

REACTIVO 10.- Observamos en esta pregunta que los pacientes — de ambos grupos muestran una diferencia significativa de la sintomatología inicial; tendiendo a la disminucion en la frecuencia de presentación de manera más importante en el grupo manejado — con terapia conductual, en el cual el 27% refieren haberse angustiado ó llorado de 0 - 5 veces en el ultimo mes, y solo el — 12% de 5 - 10 en el mismo mes (octubre). Comparando con el — grupo manejado con Clordiazepoxido solo el 28% se angustio de — 0 - 5 veces en el mes de octubre y el 71% de 5 - 10 veces en el mismo mes.

REACTIVO 11.- Se puede apreciar que la frecuencia de episodios de gritos a que se refiere en este reactivo la distribución en - ambos grupos es más o menos uniforme; así el grupo manejado con terapia conductual el 37% refiere una frecuencia de 0 - 5 en el mes de abril y el 62% de 5 - 10 . De la misma forma el grupo manejado con Clordiazepoxido el 57% refiere una frecuencia de presentación de 0 - 5 y el 42% de 5 - 10 en el mismo mes de abril.

REACTIVO 12.- En este reactivo se trata de ver la frecuencia actual con la que los pacientes presentan episodios de gritos; notando que los manejados con terapia conductual el 100% refieren una presentación de 0 - 5 en el mes, en cambio los manejados con Clordiazepoxido solo el 71% refieren una presentación de 0 - 5 - y el 28% de 5 - 10 al mes.

REACTIVO 13.- Notamos que en cuanto a la relación con su pareja y específicamente a la frecuencia de plática con la misma en el mes de abril, los pacientes del grupo tratados con terapia - conductual el 87% refieren una frecuencia de 0 - 5 en ese mes y el 12% de 5 - 10 veces en ese mismo mes; así mismo los maneja-- dos con Clordiazepoxido el 71% refiere una frecuencia de 0 - 5 - y el 28% de 5 - 10 veces en ese mes.

REACTIVO 14.- Comparando con el reactivo anterior la frecuencia de plática con su pareja actualmente; se nota un cambio -- más importante en el grupo manejado con terapia conductual en el cual el 12% refiere una frecuencia de 0 - 5 al mes, otro -- 12% de 5 - 10 veces y el 75% más de 10 veces al mes, en comparación al grupo manejado con Clordiazepoxido de los cuales el - 85% menciona una frecuencia de 0 - 5 al mes y el 14% de 5 - 10 en el mismo intervalo.

REACTIVO 15.- La frecuencia de presentación de cefalea en el mes de abril para el grupo manejado con terapia de la conducta es de 62% de 0 - 5 veces en el mes y el 37% de 5 - 10 veces, y para el grupo manejado con Clordiazepoxido el 71% refieren una frecuencia de 0 - 5 en el mes de abril y el 28% más de 10 veces en ese mismo mes.

REACTIVO 16.- La presentación de cefalea actualmente en los pacientes manejados con terapia de la conducta fue referida por el 87% de ellos en el intervalo de 0 - 5 veces al mes, y el 12% de 5 - 10 en ese mismo mes. Comparando los manejados con Clordiazepoxido el 85% presentan la cefalea en el intervalo de 5 a 10, y el 14% en el de más de 10 al mes.

REACTIVO 17.- En cuanto a la frecuencia de presentación de insomnio durante el mes de abril del grupo manejado con terapia conductual, el 50% se ubican en intervalos de 0 - 5, un 25% en el de 5 - 10 y otro 25% en más de 10 al mes; así mismo de los manejados con Clordiazepoxido el 42% se encuentra en el intervalo de 0 - 5, otro 42% en el de 5 - 10 y un 14% en más de 10 al mes.

REACTIVO 18.- Observamos que en este reactivo la frecuencia de presentación de insomnio en la actualidad del grupo manejado con terapia conductual el 75% caen en el intervalo de 0 - 5 en un mes y solo el 25% refiere una frecuencia de 5 - 10 al mes; de la misma forma el grupo tratado con Clordiazepoxido el 85% se ubican en el intervalo de 0 - 5 veces al mes y solo el 14% mencionan una presentación de 5 - 10 veces al mes.

XII.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

En base a la postura de Skinner los métodos estadísticos—son innecesarios en los procesos conductuales ya que la conducta atribuida a la actividad mental es compleja, por lo que se debe—analizar en forma directa y objetiva.

Es necesario hacer incapie en que el tipo de estudio que se realizó es observacional y por lo tanto la interpretación de — los resultados deberá ser mediante el análisis directo sin re—currir a la estadística. Skinner propone: " Las técnicas estadísticas, inyectan a menudo una demora destructiva entre la condu—cción de un experimento y el descubrimiento de la significación—de los datos; es una violación fatal de un principio fundamental del reforzamiento" . (12)

Considerando lo anterior procedemos a hacer el análisis di—recto de los resultados obtenidos. Se debe aclarar que los resul—tados del presente estudio se dividen en dos partes; la primera—consta de de una evaluación de los síntomas, referidos al inicio del estudio y otra al término del mismo, mediante mediante inte—rogatorio directo, y presentados en dos tablas para facilitar — su análisis y comparación. La segunda parte de los resultados — consta de una evaluación practicada a los pacientes por medio de un cuestionario aplicado al finalizar el presente trabajo y que—consta de 18 preguntas, las cuales serán analizadas particular—mente en forma directa.

Asi mismo es pertinente aclarar que tanto en la primera — parte de los resultados como en la segunda, se incluyeron solo—los datos de los pacientes que persistieron hasta el final del—estudio. De la misma forma se notará en las dos partes de los — resultados que se incluyen por separado los dos grupos estadia—

dos para facilitar su comparación.

A.- PRIMERA PARTE DE LOS RESULTADOS.

En los cuadros 1 y 2 de síntomas referidos al inicio del estudio podemos observar los síntomas que se tomaron en cuenta para hacer la comparación recíprocamente entre los dos grupos y de manera más importante con los datos referidos al finalizar el estudio, para evaluar la calidad y efectividad de los métodos estudiados.

Es importante mencionar que se registro la información por medio de cruces en un intervalo de una a tres cruces en relación a la intensidad o frecuencia de los síntomas.

De los cuadros 1 y 2 (síntomas al inicio del estudio) podemos observar en forma general que los síntomas frecuentes referidos por los pacientes fueron los mencionados como nerviosismo y enfado, siguiéndoles en frecuencia insomnio y cefalea, gritos, diaforesis y temblor; siendo los menos frecuentes crisis de llanto y taquicardia.

Notese que los pacientes del sexo femenino refieren con mayor frecuencia síntomas como crisis de llanto, gritos y cefalea en ambos grupos sin diferencia importante.

La intensidad con la que se refiere la sintomatología mencionada es bastante importante para los síntomas de nerviosismo o enfado.

En los cuadros 3 y 4 encontramos cambios importantes con respecto a la sintomatología inicial, notando a "grosso modo" una disminución importante de la sintomatología referida como nerviosismo y enfado, en el grupo manejado con terapia conduc-

tual; no así para el grupo manejado con Clordiazepóxido quienes la mayor parte refieren continuar con la sintomatología inicial.

Observese que en los pacientes manejados con terapia conductual refieren mejoría importante por lo menos en alguno de los síntomas que se presentaban al inicio del estudio; por otra parte algunos de ellos mencionan un cambio casi radical en forma positiva acerca de su conducta inicial.

Sin embargo notamos en los cuadros 3 y 4 que para los síntomas enfado y gritos el cambio no es muy importante en ambos grupos; debiendo aclarar que es menos perceptible para los manejados con Clordiazepóxido.

Es de llamar la atención y resulta obvio como se puede observar en los cuadros 3 y 4 que los pacientes manejados con Clordiazepóxido refieran una disminución importante del insomnio; sin embargo para los manejados con terapia conductual también se nota una disminución aunque no tan importante.

Finalmente debemos considerar en esta primera parte de los resultados que en términos generales la mejoría fue mucho más notable para el grupo manejado con terapia conductual, no así para los manejados con Clordiazepóxido en quienes dicha mejoría fue apenas perceptible.

B.- SEGUNDA PARTE DE LOS RESULTADOS.

En cuanto a esta parte los resultados fueron registrados mediante la aplicación de un cuestionario de 18 preguntas al finalizar el estudio, el cual se incluye dentro del presente trabajo para mejorar su información de los parámetros evaluados. El mencionado cuestionario consta de 2 tipos de preguntas un tanto diferentes; pero con la intención de obtener la mayor veracidad

posible respecto a los cambios en los síntomas referidos por los pacientes estudiados.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del mencionado cuestionario fueron concentrados en dos cuadros donde se incluyen los dos grupos estudiados para facilitar su interpretación, análisis y comparación.

En una parte posterior se hace una descripción más detallada de los datos contenidos en el cuadro mencionado, formando parte del análisis e interpretación de los resultados mencionados. Dentro de esta descripción se encuentran plasmadas las gráficas correspondiente a cada parámetro evaluado.

Tomando en cuenta lo anterior solo hacemos las siguientes observaciones:

- 1.- En cuanto a la mejoría de la sintomatología inicial; el mayor porcentaje correspondió al grupo manejado con terapia conductual en forma por demás evidente; debemos hacer notar que este parámetro es la parte más importante de nuestros resultados.
- 2.- Respecto a la persistencia de los síntomas iniciales el mayor porcentaje correspondió al grupo manejado con Clordiazepóxido.
- 3.- Se evaluó la complejidad del tratamiento así como la dificultad para adaptarse al mismo y se observó en términos generales que en ambos grupos existe uniformidad en cuanto a que la complejidad es de término medio. En cuanto a este aspecto del cuestionario debemos tomar en cuenta que el nivel educativo y cultural de los pacientes estudiados es generalmente deficiente.

4.- Se puede observar que los efectos colaterales desprendidos -- del tratamiento fueron mucho más marcados en los manejados con -- Clordiazepoxido en comparación con la nulidad reportada por el -- grupo manejado con terapia conductual, lo que le confiere a este -- método las mayores ventajas en este aspecto.

5.- Se investigo mejoría respecto a las relaciones sociales y dis posición para el trabajo apreciándose mayor porcentaje de respues tas favorables para los manejados con terapia conductual. De consi derable valor es el beneficio para el paciente y para la sociedad la mejoría en este aspecto de la problemática del individuo estu diado. Así mismo otro atributo más para el método de terapia con ductual.

6.- Al evaluar la frecuencia de presentación de estado de angus ta, llanto, gritos notamos disminución importante al término del estudio en el grupo manejado con terapia conductual, aunque tam — bien los manejados con Clordiazepoxido reportan disminución de la frecuencia de presentación no es tan importante y en proporción — es insignificante.

7.- Las relaciones familiares y específicamente con la pareja — también fueron modificadas positivamente en forma marcada para — el grupo manejado con terapia conductual los cuales refieren un — incremento importante en la frecuencia de comunión mutua no — así en los manejados con Clordiazepoxido.

8.- Un número importante de pacientes referían dentro de su sín tomatología la presencia de cefalea e insomnio en ambos grupos — estudiados; los cuales al ser evaluados el mayor porcentaje que — refiere mejoría con respecto a cefalea corresponde al grupo mane — jado con terapia conductual; aunque es importante hacer notar — que en lo que respecta a insomnio el grupo manejado con Clordia-

zepoxido reportan una disminución más importante en su frecuencia de presentación.

XIII.- CONCLUSIONES.

El análisis experimental de la conducta es actualmente el marco de referencia de cualquier estudio psicológico serio, formal y honesto que intente predecir y controlar la conducta humana. Así el presente estudio trato de apearse a las normas que rigen cualquier investigación científica en el campo de la psicología.

Considerando los resultados anteriormente mencionados nos encontramos en posibilidades de poder emitir un juicio respectoa la eficacia, calidad y ventajas que nos proporciona la terapia conductual; ya que como lo demuestran los resultados queda plenamente comprobado y fuera de toda duda que este método supera en todos los aspectos al empleo del clordiazepoxido en el manejo de la neurosis de ansiedad.

Con base en lo anterior es importante recalcar los siguientes aspectos relacionados con el presente estudio:

A.- La apatia, la indiferencia, el ocio, y otras circunstancias que escapan a nuestro control fueron las causas de la deserción de algunos pacientes que iniciaron el estudio junto con los 15 que persistieron hasta el final. Sin embargo es loable la persistencia y tenacidad de algunos pacientes los cuales demostraron interés por modificar positivamente conductas que ellos mismos percibieron como inadecuadas.

B.- Además de su indudable valor terapéutico nos parece importante recalcar la inocuidad del método empleado en el pre-

sente estudio ; así como los beneficios adicionales inherentes a este tipo de tratamiento, lo cual le confiere mayor grado de efectividad.

C.- Aunque fue más laborioso y complejo el trabajo realizado en los pacientes manejados con terapia conductual los resultados obtenidos nos deja la satisfacción de haber realizado un cambio positivo en las conductas de los pacientes estudiados.

D.- Durante el presente estudio nos fue posible percibir de manera más objetiva que cada individuo presenta diferencias que lo hacen distinguirse de los demás y conformarle una personalidad única. Lo anterior nos explica el por que de la variabilidad de respuestas de algunos pacientes ante los mismos estímulos y algunas veces en circunstancias similares.

E.- En forma general la mejoría referida por los pacientes manejados con terapia conductual no deja la menor duda; aunque en algunos esta mejoría se reporta como mínima, pero sin embargo no deja de ser valiosa si tomamos en cuenta que proporcionalmente ésta es mayor que la reportada por los pacientes manejados con Clordiazepóxido.

F.- La mayor complejidad del método de terapia conductual utilizada en este estudio no le resta el mérito que merece si tomamos en cuenta que los resultados obtenidos tienen una ventaja considerable en relación a lo referido por los pacientes manejados con Clordiazepóxido.

G.- Tomando en cuenta que la mejoría más evidente fue para los síntomas referidos como nerviosismo y enfado en los pacientes manejados con terapia conductual; es importante mencionar que dicha mejoría repercutió también en forma importante en el

aspecto social modificando positivamente sus relaciones interpersonales .

H.- Respecto a efectos colaterales generados por el tratamiento pudimos observar que el manejo con terapia conductual es totalmente inocuo, a comparación del tratamiento con Clordiazepóxido del cual sí se reportan efectos colaterales importantes; sumando con esto otro punto más a la serie de atributos correspondientes a la terapia conductual.

I.- Considerando que uno de los efectos del Clordiazepóxido es el de ser sedante; es fácil entender el por que los pacientes - refirieron mejoría del insomnio y algunos (pocos) también de la - Cefalea. En este aspecto el Clordiazepóxido fue reportado con - mayor porcentaje de respuestas favorables, sin embargo algunos - pacientes refirieron persistir con el efecto sedante parte del día lo que interfería en algunos casos con sus actividades diarias. Esto último le resta cualidades al tratamiento con Clordi - azepóxido.

J.- Debemos recalcar que factores como: el sexo, edad, escolaridad, nivel cultural, y nivel socioeconómico; influyen en forma importante para el desarrollo del trabajo y consecuentemente - en los resultados. Durante el transcurso del estudio fue evidente la influencia determinante del ambiente ya que el comportamiento presentó variaciones importantes de acuerdo al lugar donde se realizaba el entrenamiento, principalmente de - los pacientes manejados con terapia conductual.

K.- Finalmente y tomando como referencia lo antes mencionado, - en términos generales podemos considerar sin lugar a duda que la terapia conductual superó en todos los aspectos al empleo - del Clordiazepóxido para el manejo de la neurosis de ansiedad.

Debemos hacer incapie en que la terapia conductual se encuentra al alcance del Médico familiar y que solo basta que éste modifique sus actitudes en forma positiva adoptando formas de conducta que tiendan a cambiar su forma de pensamiento; que en muchas ocasiones se caracteriza por ser anacrónico y lleno de apatía e indiferencia.

XIV.- COMENTARIOS.

- 1.- Consideramos que los resultados obtenidos en el presente estudio le brindan al médico familiar la alternativa ventajosa de manejar a sus pacientes con neurosis de ansiedad por medio de la terapia conductual.
- 2.- El plan de tratamiento es relativamente sencillo y solo requiere el entusiasmo y la absoluta disponibilidad del médico familiar; ya que los beneficios son de incalculable valor si se aplica adecuadamente.
- 3.- Las modificaciones de conducta en los pacientes tratados con terapia conductual proporcionan un doble beneficio; ya que además de causarle mejoría al paciente la probabilidad de que ésta repercuta positivamente en su núcleo familiar es grande.
- 4.- Sin lugar a duda aquellos pacientes que en mayor ó menor grado dependen de los fármacos llamados tranquilizantes, lograron prescindir ó por lo menos disminuir considerablemente la ingestión del fármaco. Este aspecto del estudio es de relevada importancia ya que nos proporciona la posibilidad de disminuir el abuso de los tranquilizantes.
- 5.- Es lógico pensar que si se logra modificar las conductas inadecuadas en nuestros pacientes, consecuentemente el nivel de salud se mantendrá alto, modificando de es-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ta manera en forma importante la movilidad y mortalidad en nuestra población.

XV.- SUGERENCIAS.

- 1.- Los interesados en el mejoramiento de la técnica utilizada en el presente estudio, cuentan con la alternativa de asociar a la de relajación muscular otra (s) técnicas ó métodos en una probabilidad muy alta de mejorar los resultados obtenidos hasta el momento.
- 2.- Es conveniente mantener en constante practica las técnicas utilizadas para la modificación de conductas, ya que si esta práctica se abandona las conductas inadecuadas - persistirán.
- 3.- Mediante pláticas, sesiones, cursos, etc... hacer conciencia en el médico familiar que la mayor parte de las enfermedades son el resultado de conductas inadecuadas y - que el ambiente determina en forma importante su presentación, de esta manera logrará intervenir más acertadamente en la solución de los problemas de salud.
- 4.- Sería muy beneficioso que en el plan de estudios de la carrera de medicina se incluya como materia obligatoria el Analisis Experimental de La Conducta, ya que actualmente aún se continúa impartiendo conceptos de Psicología - tradicional que son anacrónicos, obsoletos y fantasiosos, esto desgraciadamente a corto ó mediano plazo resulta - perjudicial para el médico en formación y para el paciente así como a la sociedad de la que forma parte.

XVI.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Rimm, David. Masters, John C. Terapia de la conducta.
Trillas: México, 1980. 17-100.
- 2.- Aubrey, Yates J. Teoría y práctica de la terapia conductual.
Trillas: México, 1977. 109-125.
- 3.- Wolpe, Josep. Práctica de la terapia de la conducta.
Trillas: México, 1981. 210-221.
- 4.- Swartz, Paul. Psicología. El estudio de la conducta.
C.E.C.S.A. México, 1980. 176-210.
- 5.- De la Fuente Muñiz, Ramón. Psicología Médica.
Fondo de Cultura Económica: México, 1981. 185-198.
- 6.- Goodman Gilman, Alfred. "y col" . Las bases farmacológicas de la terapéutica. Panamericana: Argentina, 1982. --
308-312.
- 7.- Goth, Andres. Farmacología Médica.
Interamericanas: México, 1975. 98-107.
- 8.- Vazquez Lopez, Armando. "y col" Problemas comunes de salud mental; Instituto Mexicano de Psiquiatría.S.S.A. ---
México, 1981. 128-142.
- 9.- Centeno Avila, Javier. Metodología y técnicas en el proceso de la investigación. Contraste: México, 1981. 51-126.

- 10.- Bavareasco de Prieto, Aura M. Las técnicas de la investigación. South Western: E.U.A. 1979. 10-118.
- 11.- Millenson, J.R. Principios de análisis conductual. Trillas: México, 1979. 190-193.
- 12.- Skinner, B.F. Contingencias de reforzamiento. Trillas: México, 1979. 105-109.
- 13.- Travis, Thompson. Gradoweki, John. Programas de Reforzamiento y Análisis multioperante. Trillas: México, 1978. 221-245.
- 14.- Rives Llésta, Emilio. Técnicas de modificación de conducta. Trillas: México, 1976. 109-176.
- 15.- T. Tapp, Jack. Reinforcement and Behavior. Academic Press, Inc. U.S.A. 1969. 197-210.
- 16.- Alcaraz, Victor Manuel. Modificación de conducta. Trillas: México, 1979. 88-97.
- 17.- Speller, Paulo. Análisis de la conducta. Trabajos de investigación en Latinoamérica. Trillas: México, 1978. 256-287.
- 18.- Sigman, Maxine, Amit, Zalmant. Progressive Relaxation exercises and human gastric acid output--astudy using telemetric measurements. Behav. Res. Ther. 1982; 20 (6). 605-622.

- 19.- Philips, C. Hunter, M. The treatment of tension Headache-I.--
muscular abnormality and biofeedback. Behav. Res. Ther.
1981; 19 (6) : 485-495.
- 20.- Dalton, F. Family treatment of an obsessive-compulsive child:
a case report. Fam. Process. 1983; 22 (1): 99-105.
- 21.- Rapp, MS. Thomas, M.R. Reyes, EC. Mega-doses of behaviour therapy
for treatment-resistant acrophobics. Can J Psychiatry.
1983; 28 (2): 105-108.
- 22.- Eroglu, R.N. Keel, R.C. Speight, T.M. Avery, G.S. Clobazam: a review
of its pharmacological properties and therapeutic use in
anxiety. Drugs. 1980; 20 (3): 161-176.