

320825

F.
Zey



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**LA DESENSIBILIZACION SISTEMATICA
COMO PROCEDIMIENTO CONDUCTUAL
EN EL TRATAMIENTO DE LOS
TRASTORNOS PSICOSOMATICOS.
(UN ESTUDIO DE CASOS)**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

PRESENTA

Carlos Rodríguez Malpica E.

México

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1989



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 está 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

	pag.
INTRODUCCION.....	5
CAPITULO I. TERAPIA CONDUCTUAL.....	5
- Orígenes de la Terapia conductual.....	5
- Algunas Contribuciones a la Terapia Conductual en México.....	21
- Características y definición de Terapia conductual.	25
CAPITULO II. TRASTORNOS PSICOSOMATICOS.....	29
- Historia de los trastornos psicossomáticos.....	29
- Teorías de los trastornos psicossomáticos.....	34
- Definición de los trastornos psicossomáticos.....	40
CAPITULO III . TERAPIA DE DESENSIBILIZACION SISTEMATICA	42
- Contracondicionamiento, extinción y habituación -- como constructos explicativos de la desensibilización sistemática.....	42
- Técnica de la desensibilización sistemática.....	46
- Investigaciones sobre desensibilización sistemática	49
- Críticas a la desensibilización sistemática.....	58
CAPITULO IV. ASPECTOS METODOLOGICOS.....	65
CAPITULO V. RESULTADOS.....	98
CAPITULO VI. DISCUSION.....	154
ANEXOS.....	167
BIBLIOGRAFIA.....	241

INTRODUCCION

El propósito del presente trabajo es observar los efectos de un procedimiento de desensibilización sistemática aplicado en pacientes con trastornos psicossomáticos evaluado por medio de la reducción de síntomas.

El procedimiento de desensibilización sistemática se utilizó para reducir la sintomatología somática en cuatro pacientes que presentan trastornos por somatización, dos (2) pacientes del sexo femenino y dos (2) del -- sexo masculino.

Para el estudio se utilizó un diseño conductual A-B-C. Donde A es - línea base y consistió en el registro y valoración, de los sujetos psicossomáticos de acuerdo a entrevistas directivas, historias clínicas, un cuestionario obtenido del DSM-III, expedientes clínicos de los pacientes, valoración de los médicos especialistas y autoreporte del paciente.

Para la fase B o de entrenamiento se utilizó el procedimiento de desensibilización sistemática desarrollado por Wolpe, (1958), que consiste - en tres etapas.

B₁ - Entrenamiento en relajación muscular.

B₂ - Construcción de Jerarquías.

B₃ - Presentación de las Jerarquías.

Para la fase C de seguimiento se aplicó el mismo cuestionario obtenido del DSM-III, auto-reporte y la valoración de los médicos especialistas, para observar los posibles efectos de la desensibilización sistemática sobre los Trastornos Psicossomáticos.

"La desensibilización sistemática es una técnica que se emplea en el tratamiento de las fobias y la ansiedad y consiste en que después de haber

le explicado al paciente los fundamentos teóricos terapéuticos que se emplearán en su caso, se recoge una cuidadosa anamnesis, haciendo particular atención en los factores susceptibles de provocar una reacción ansiosa en el paciente. En la fase sucesiva se identifican, con la colaboración del enfermo, los estímulos ansiógenos y se establece una escala del estímulo, desde los más ansiógenos hasta los menos ansiógenos. Antes de iniciar la desensibilización propiamente dicha, se enseñarán algunas técnicas sencillas de relajación muscular, verbalmente o con ayuda instrumental. En sesiones sucesivas se presentarán los estímulos ansiógenos, iniciando por los grados inferiores de la escala construida con anterioridad. A la primera aparición de la ansiedad, el paciente es inducido a relajarse y enseguida se repite la presentación del estímulo. De esta manera el paciente logra progresivamente soportar sin ansiedad estímulos cada vez más intensos hasta llegar a "controlar" por completo los síntomas fóbicos o ansiosos" (Pancrini 1982, P. 374).

Dada la importancia que actualmente se le da a la Psicología Clínica y la necesidad de trabajar interdisciplinariamente con otras áreas, específicamente con la Medicina, surge la motivación de la presente investigación. Dado que la Psicología Clínica es de primordial importancia en los ambientes hospitalarios, y es aquí donde son más obvios los trastornos psicossomáticos. Debido a la creencia de los pacientes de que toda sintomatología es producida por causas orgánicas, por esta razón acuden a los hospitales para su revisión. De esto surge la siguiente situación de visitas repetidas a los hospitales presentando la misma problemática, sin recuperación alguna, o desaparición de los síntomas, momentáneamente. Esto es debido a que los trastornos psicossomáticos son considerados como entidades separadas,

y desligadas de los factores psicológicos, emocionales y medio ambientales que pueden ser los verdaderos estímulos desencadenantes de la manifestación somática.

Por esta razón surge la inquietud por parte del investigador de atacar el problema desde el punto de vista de la Psicología Clínica apoyándose en la Medicina especializada para lograr el máximo objetivo de estas -- dos Ciencias que es el bienestar del ser humano. Para esto el investigador se basó en una técnica o procedimiento más objetivo que por sus características propias es idónea para actuar frente al problema psicossomático.

La Desensibilización Sistemática, es el procedimiento que se utilizó en este tipo de problema dado que en los trastornos Psicossomáticos existen fondos de ansiedad desencadenantes y productora de las reacciones somáticas y esta técnica o procedimiento es para eliminación de la ansiedad neurótica (Wolpe, 1983).

Las contribuciones de la presente investigación parten del hecho de -- que en el Hospital Naval de Veracruz no existen antecedentes de haberse -- aplicado o investigado sobre dicho procedimiento en los trastornos Psicossomáticos, ni siquiera otro tipo de investigación, relacionada o no con el -- tema. Sin embargo, la importancia fundamental de la presente investigación es que la terapia de desensibilización sistemática en cuanto a su -- aplicación puede ser generalizada a otros ambientes hospitalarios para el tratamiento de cualquier problema desadaptativo que produzca cualquier alteración somática. Además se puede utilizar como herramienta terapéutica aportada de la Psicología conductual a la Medicina, si partimos del -- hecho de que no todos los trastornos son producidos por causas orgánicas.

El carácter de la presente investigación nos permitirá probablemente

conocer de una manera más específica la relación que existe entre los trastornos psicósomáticos y su repercusión en el ser humano, así como su tratamiento. De esta forma esta investigación nos dará las pautas para entender de una manera práctica al paciente psicósomático y de igual manera será de utilidad para aquellos profesionales de la salud mental que mantengan una relación constante en el trato directo con estos pacientes.

Por otro lado, en el presente trabajo se revisan algunos aspectos de la terapia conductual desde sus inicios en el extranjero y en México, así como también se consideraron algunos aspectos relevantes de los trastornos psicósomáticos y la interpretación de las diferentes teorías acerca de dichos trastornos. Además, se presentan investigaciones relacionadas con el procedimiento de desensibilización sistemática aplicado a otro tipo de conductas y en particular a los trastornos psicósomáticos. Por otra parte se revisan las bases teóricas y metodológicas de la terapia de desensibilización sistemática.

En este estudio se pudo observar la efectividad de la Desensibilización sistemática sobre los trastornos por somatización ya que en los cuatro pacientes se redujo la sintomatología somática en un (77%) e inclusive en algunos se eliminó totalmente en el periodo de seguimiento. Bajo esta situación se pudo comprobar la hipótesis de que la desensibilización sistemática produjo la reducción de síntomas en los sujetos con trastornos psicósomáticos.

C A P I T U L O 1

T E R A P I A C O N D U C T U A L

ORIGENES DE LA TERAPIA CONDUCTUAL

Desde la perspectiva de Sarin (1982), el antecedente de la Terapia Conductual dentro de un nivel científico sienta sus bases en el conjunto de Teorías del Pavlovismo y el Condicionamiento, derivándose posteriormente el desarrollo experimental de las Teorías del Aprendizaje. De esta forma, surge la terapia conductual como objeto científico, concentrando -- sus postulados teóricos en el siglo XX, apoyándose en la doctrina neurofisiológica de Pavlov.

Las investigaciones de laboratorio realizadas por Pavlov, (1927-1928) encaminadas hacia el estudio de la fisiología del Aparato digestivo lo introdujeron casualmente al estudio del aprendizaje, originándose la fundamentación teórica de este autor sobre el condicionamiento clásico.

Dada la relevancia de las investigaciones realizadas por Pavlov, así como la importancia de su obra vinculadas con el tema del presente capítulo, expondremos en forma general a manera de introducción el contenido de sus estudios: Pavlov, al investigar los procesos digestivos en los perros, se dió cuenta que al colocar alimento en el hocico del animal se provocaba salivación en la boca y secreción gástrica en el estómago, de esta manera, observó que la salivación estaba presente cada vez que se presentaba el -- alimento y antes de que el perro lo hubiera probado. Por consiguiente, -- llegó a darse cuenta de que la respuesta de salivación al gusto del alimento está en relación con la presencia de éste, porque la vista del alimento siempre precede al gusto del mismo en la boca, si este es el caso. La hipótesis de este autor sugería que la respuesta de salivación a la vista -- del alimento podría ser producido por otro estímulo que precede a éste. -- Para verificar esta hipótesis, se prendía y se apagaba inmediatamente una

luz y después, aproximadamente, medio segundo más tarde, se colocaba el -- alimento directamente en la boca del animal, la salivación se presentaba - cuando era colocado en la boca, pero no cuando se prendía la luz. Sin embargo, después de varias presentaciones, ocurrió la salivación cuando se - prendía la luz. Posteriormente al repetir el procedimiento de prender - la luz y después administrar el alimento iba en aumento el flujo salival, como respuesta a la luz, hasta que finalmente la luz sola provocaba un flujo mayor de esta secreción. De esta forma se pudo ver que el estímulo de la luz y la respuesta de la salivación van asociados. El animal aprendió que el alimento siempre le es dado poco después de que la luz se prendía y se apagaba (En Whittaker, 1977).

Hasta este momento el planteamiento de Pavlov se ha limitado a un marco descriptivo, por lo que se hace necesario dar una explicación teórica -- acerca de los elementos que conforman el condicionamiento clásico, en base a dichas investigaciones: "Según Davidson al suministrar carne pulverizada al perro, éste salivaba instintivamente, sin aprendizaje previo. Puesto - que la carne pulverizada provocaba automáticamente la salivación, se le --- llamó "Estímulo incondicionado" (EINC), y la respuesta de salivación fue - llamada "Respuesta incondicionada" (RINC), sin embargo, Pavlov hizo otro -- descubrimiento más importante en el sentido de que cuando el "Estímulo incondicionado" había sido precedido varias veces de un "Estímulo condicionado" era capaz de provocar una respuesta de salivación "Respuesta condicionada" (Davidson, 1983 P.P. 64-65).

Las investigaciones de Pavlov fueron encaminadas a estudiar fenómenos generales de diferentes estímulos asociados a respuestas neurofisiológicas.

A pesar de que dichas investigaciones fueron realizadas con perros en laboratorios, dieron pauta para investigaciones posteriores vinculadas con el condicionamiento clásico y el ser humano, de aquí la importancia de -- estas aportaciones como antecedentes de la terapia conductual. La influencia de la Psicología Pavloviana tuvo gran aceptación en la Psicología de todo el mundo, y en la década de 1920 a 1930 surgen aplicaciones a los principios del condicionamiento a la "Conducta Anormal con humanos". Ejemplo de éstas son los trabajos de Watson y Rayner, (1920) y Jones, - - (1924).

La investigación de Watson y Rayner (1920) que realizaron con el pequeño Alberto es una de las contribuciones más importantes al desarrollo de la Terapia Conductual y consistía en probar en un niño de nueve meses de edad, mediante un estímulo sonoro, tres hipótesis fundamentales:

PRIMERO: "El establecimiento de respuestas emocionales condicionadas" mediante la presentación al niño de una rata blanca. Cuando el niño pretendía tocarla se efectuaba un ruido con un martillo sobre una barra de metal, esto provocaba teóricamente -- una fobia experimental. En sesiones subsiguientes se presentó únicamente la rata provocando inmediatamente la reacción de miedo. Observando así, el condicionamiento a dicha reacción.

SEGUNDO: "La transferencia de una respuesta emocional condicionada de un objeto a otro". Esto consistía en que después de estar instalada la respuesta "emocional" de miedo en el niño, la respuesta de miedo era generalizada a otros objetos mediante presentaciones sucesivas de diferentes objetos y materiales:

primero se le presentó un conejo blanco provocando inmediatamente una respuesta de miedo "interno" y por consiguiente la huida del niño. Posteriormente se le presentaron objetos y animales tales como: perro, saco de piel, paquete de algodón y un caballo de juguete, provocando la misma respuesta pero con diferente intensidad. Los resultados de la segunda hipótesis demostraron que se produjo una transferencia emocional" mostrando que una reacción condicionada puede llegar a ser muy extensa".

TERCERO: "La eliminación de una respuesta emocional condicionada". - Desgraciadamente no se pudo realizar una técnica experimental para eliminar la respuesta condicionada, dado que el niño abandonó el hospital" (Ulrich, 1978 P.P. 127-131).

De los estudios realizados por Watson y Rayner (1920) se derivaron investigaciones acerca del mismo tópico. Así, Jones (1924) realizó una investigación acerca de Fobias infantiles con un niño, describiendo su experimento como sigue: "Durante un periodo de hambre, el niño es colocado en una silla alta y se le da algo de comer. El objeto temido se le pone enfrente, lo cual inicia una respuesta negativa. Luego, el objeto se aparta gradualmente hasta que se encuentra a distancia suficiente para no interferir con la comida del niño. La fuerza relativa del impulso de miedo y el impulso de hambre puede evaluarse, por la distancia que es necesario retirar el objeto temido. Mientras el niño está comiendo, el objeto se va acercando lentamente a la mesa, luego es colocado encima de ella y por último, conforme aumenta la tolerancia, se le acerca a distancia suficiente para tocarlo. Como no se podía interferir con el programa regular de comidas, se eligió el momento del almuerzo para hacer el experimento. Por

lo general, esto aseguraba un cierto grado de interés por la comida y el éxito correspondiente de nuestro tratamiento" (Wolpe, 1983, P. 18).

Las aportaciones de Jones sobre estas investigaciones es haber señalado la relación de las leyes existentes entre los fenómenos estudiados en dicha investigación, así también, demostró la aplicabilidad terapéutica general del método de contra-condicionamiento, mismo que se expone más ampliamente en el capítulo III.

Siguiendo la importancia de otras contribuciones Guthrie (1935), quien permaneció más cerca de la posición de Watson sobre una Psicología del aprendizaje, sostiene la tesis, de que para que se dé el aprendizaje, es necesario que se dé una respuesta en una situación determinada y que entonces, dicha situación cambie. En tal fenómeno único, la respuesta es condicionada a los estímulos de la situación, y sólo puede eliminarse al condicionar una nueva respuesta para los mismos indicios o situación determinada (En Hilgard y Marquis 1980).

El sistema de este autor supone entonces que el aprendizaje depende sólo de la continuidad del estímulo y la respuesta, es decir, del hecho de que ocurran juntas, según esto, aprendemos mediante la acción pero no mediante el éxito o el refuerzo (En Hill, 1966). Así este investigador llega a la conclusión de que la regla más simple para romper los hábitos es encontrando los indicios. De esta forma destaca la necesidad de controlar la situación, de tal manera que el indicio de la respuesta original estuviera presente mientras prevalecía otra conducta (En Wolpe, 1983).

Quizá la aportación más importante de Guthrie, es haber creado una teoría más sencilla en contraposición a las múltiples complejidades que encierra el condicionamiento. Se hace hincapié en el principio basado, en la

contigüidad, basándose en la asociación del condicionamiento y el aprendizaje (Hilgard y Bower, 1982).

Otra figura importante dentro de las teorías del Aprendizaje en la década de los treinta fue Thorndike quien influenció a investigadores posteriores en las nuevas teorías del aprendizaje. Este autor refiere que el aprendizaje se produce por medio de las conexiones, las cuales pueden ser "tanto un estado cerebral como una situación externa, a menudo las conexiones se dan en largas series, en las cuales la respuesta a una situación es otra situación que produce la respuesta siguiente y así sucesivamente. -- Puede tratarse de parte de elementos o rasgos de una situación o la situación como un todo. Las conexiones pueden estar en gran parte determinadas por hechos que precedieron a sus estímulos inmediatos o por una parte mayor o menor de la actitud concomitante, o incluso por la constitución -- total del sujeto. Llevan la respuesta de disposición o falta de disposición, de toma de conciencia, de atención, de interés, de aceptación y de rechazo, de énfasis y de restricción, de diferenciación y relación de dirección y coordinación. Los casos conectados pueden ser relaciones sustitutas o actitudes e intenciones inestables" (Marx y Hillix, 1980 P. 136).

En 1938 aproximadamente, ubicamos a B.F. Skinner, creador de la Teoría Neoconductista apoyada en el condicionamiento clásico de Pavlov y el conexionismo de Thorndike.

De esta forma partimos del supuesto que la Teoría Neoconductista implantada por Skinner sienta sus bases teóricas influenciado por las aportaciones de Pavlov y Thorndike.

Dentro de un marco teórico y experimental, las contribuciones fundamentales de Skinner a la humanidad y en sí, a la Terapia conductual son el

conjunto Teórico del condicionamiento operante el cual se define como: "Una ciencia experimental de la conducta". En una forma más estricta, el término condicionamiento operante se refiere a un proceso en el cual la frecuencia con que está ocurriendo una conducta se modifica o se altera debido a las consecuencias que esa conducta produce y consiste en un conjunto de principios acerca de la conducta y del medio ambiente, los cuales pueden ser usados para dar una descripción científica y objetiva de la conducta y del medio ambiente dentro del cual se manifiesta. El condicionamiento operante se interesa en la relación existente entre la conducta de un organismo y el medio en que habita. El conocimiento que el condicionamiento operante obtiene a través de su investigación experimental, se refiere a los efectos que se producen en la conducta cuando se modifica sistemáticamente el medio ambiente" (Reynolds, 1977, P.P. 1 y 2).

Otras aportaciones importantes de Skinner a la Terapia conductual son los programas de refuerzo intermitente, método de moldeamiento y conducta verbal.

Marx (1977) describe los conceptos de programas de refuerzo intermitente y de moldeamiento de la siguiente manera: "Existen cuatro programas básicos de reforzamiento intermitente. Dos de estos son programas de "razón", en los cuales la frecuencia de reforzamiento es determinada por el número de respuestas emitidas. Un programa de razón fija (RF) proporciona el reforzamiento después de un número "fijo" de respuestas, y un programa de razón variable (RV) luego de un número "variable" de respuestas. Los programas de "intervalo" son el intervalo fijo (IF) que da el reforzamiento para la primera respuesta después de un intervalo de tiempo "fijo" a partir del último reforzamiento, y el intervalo variable (IV), que ofrece

el reforzamiento a la primera respuesta que ocurra después de intervalo de tiempo variables a partir del último reforzamiento....El moldeamiento se refiere al uso deliberado del reforzamiento selectivo con fin de desarrollar nuevas respuestas y combinaciones de respuestas. El proceso básico del moldeamiento consiste en las "aproximaciones sucesivas". Esta frase simple quiere decir que para reforzar al sujeto, el estímulo impera hasta que ocurra una conducta similar a la que se desea desarrollar" (P.P. 37-39).

En cuanto a la conducta verbal, ha realizado algunas investigaciones y en su libro "Conducta Verbal", se plantean todas las explicaciones teóricas y experimentales sobre esta conducta (Skinner, 1981).

De todas las aportaciones de este autor anteriormente mencionadas se puede deducir que el refuerzo es un factor fundamental para el aprendizaje de cualquier sujeto y acerca de esto se puede decir que para él es importante descubrir cuales son los estímulos que provocan la respuesta, así -- como los reforzadores que la mantienen; y define como reforzador al estímulo que incrementa la probabilidad de emitir nuevamente la respuesta. De esto, nos permite diferenciar dos tipos de conducta: La conducta respondiente que es provocada por estímulos conocidos, como el reflejo rotuliano y la contracción pupilar. En cambio la conducta operante se caracteriza porque opera sobre el medio ambiente y es emitida por el organismo (En -- Slim, 1984).

No cabe duda que Skinner es uno de los principales representantes de la Terapia conductual por sus aportaciones a la misma, aunque su obra es mucho más prolifera, desde nuestro punto de vista las contribuciones anteriormente mencionadas son básicas para este investigador. Por esta razón ubicamos a Skinner como personaje principal en cualquier investigación

en Terapia conductual.

Hasta este momento las bases de la terapia conductual se derivan de las teorías del aprendizaje, esencialmente del condicionamiento clásico y del -- condicionamiento operante, así otra aportación importante sobre el condicio-
 namiento clásico y teórico del aprendizaje en la década de los treinta fue--
 ron las investigaciones sobre enuresis realizadas por Mowrer (1938) en la --
 cual crea un aparato para el control de la enuresis el cual consistía: En -
 un cojincillo sensible al líquido. Este cojín se coloca en la cama del ni-
 ño, tan pronto como éste se orina se cierra un circuito y se activa una alar_
 ma. La alarma sirve como un estímulo incondicionado provocando posterior-
 mente el despertar antes de la emisión y el sonido de la alarma (En Kazdin,
 1982). En esta investigación se demuestra la aplicabilidad del condicio-
 namiento clásico a los trastornos esfinterianos y la versatilidad de dicha -
 técnica para la corrección de otros trastornos. Sin embargo, la obra de -
 este investigador es más extensa, así hizo aportaciones sobresalientes al --
 análisis de los procesos de personalidad en términos de estímulo respuesta, _
 sus investigaciones presentaron una combinación exploratoria de sus estudios
 de laboratorio con animales, con la teoría psicológica de conceptos básicos _
 de la etiología de los desórdenes del comportamiento que había propuesto ---
 Freud. Mowrer ha proporcionado un lenguaje especializado para la etiolo--
 gía y el esclarecimiento de la patología humana en base a una teoría del ---
 aprendizaje, en contraposición a modelos teóricos no conductuales (En Kanfer
 y Phillips, 1976).

La Teoría del Aprendizaje de Mowrer (1947) es de naturaleza más gene-
 ral y la más afín a una teoría general de la conducta. Mowrer desiste a -
 tratar de reunir a toda conducta en un sólo sistema y así, se transforma su

teoría en bifactorial. La teoría del aprendizaje de Mowrer, se considera ba adaptable al estudio de la personalidad; implica a la vez reforzamiento y contigüidad. El reforzamiento tiene y probablemente seguirá teniendo innumerables significados. Pero, en general, representa el fortalecimiento de una respuesta, sea esta positiva o negativa. Contigüidad significa la cercanía de dos objetos en tiempo o espacio pero también significa la -- cercanía de dos experiencias para el mismo organismo o para la personalidad (En Bishop, 1983, P.P. 577-578).

La importancia de las aportaciones de Mowrer es la conjugación de dos teorías, la Dinámica y la conductual para fundamentar su teoría del aprendizaje, así como la aplicabilidad a la conducta y personalidad del ser humano en términos menos complicados.

Sorin (1982), al realizar una descripción de los antecedentes y orígenes de la terapia conductual sugiere que los personajes sobre los cuales -- recedan estos orígenes son: Watson, Guthrie, Skinner y otros. Sin embargo, es a partir de Skinner y su modelo de aprendizaje del cual se desprenden -- las mayores aportaciones a la terapia de la conducta. Además indica el -- autor la aparición de Mowrer, Wolpe y Eysenck, quienes se caracterizaron -- por su militancia vigorosa e iconoclasta en la crítica de otras orientaciones terapéuticas.

Las aportaciones de Wolpe y Eysenck surgen en la década de los años 50 y así, Wolpe en sus investigaciones con animales consolidó el principio de Antagonismo entre las conductas de miedo y las de alimentación y aplica a -- la clínica humana la siguiente hipótesis: "Si en presencia de un estímulo -- ansioso se logra controlar una conducta incompatible con la ansiedad, puede debilitar el enlace entre los estímulos ansiógenos y la respuesta ansiosa"

(Wolpe, 1983 P. 9). Con esta hipótesis, Wolpe desarrolló el procedimiento de inhibición recíproca el cual se deriva de la Terapia de desensibilización sistemática, la cual se describe completamente en el capítulo IV.

Por las contribuciones de Wolpe a la terapia conductual, durante mucho tiempo fue considerado precursor dentro de esta área.

Por otra parte, Eysenck (1968, 1974), investigando sobre extinción de temores condicionados existiendo paralelismo con los trabajos de Wolpe da una explicación acerca del condicionamiento del temor y sugiere que el "estímulo condicionado no reforzado produce respuestas simpáticas de temor - (respuesta condicionada) que son desagradables a la experiencia y por consiguiente conducen a un reforzamiento de la conexión Estímulo condicionado-respuesta condicionada. Lo que de hecho se está sugiriendo es que el condicionamiento pone en movimiento un ciclo positivo de retroalimentación en el que la respuesta condicionada misma, proporciona reforzamiento al estímulo condicionado, es decir con la implicación de cada uno de los temores --- puede de alguna manera exacerbar al otro... así tenemos que Eysenck ha definido constantemente que los métodos de tratamiento de trastornos neuróticos deben estar incluidos dentro de un marco teórico de extinción y preservación de la ansiedad y con frecuencia sostiene que las fobias y ciertos -- síntomas neuróticos pueden considerarse como comportamiento de excitación - que es reforzada porque ayuda eficazmente al individuo a escapar de indicadores que provocan ansiedad. Por consiguiente, el comportamiento de excitación, es un intento para proteger a la persona de un temor condicionado, adquirido durante su vida y que continúa evocando una ansiedad intensa"(En D. Martín, 1980 P.P. 74-75).

Tanto las investigaciones de Wolpe como Eysenck fueron encaminadas a

estudiar los trastornos fóbicos y sobre todo la clínica de la neurosis, por esto se consideran protagonistas en el desarrollo de la terapia conductual.

Según Ardila (1983) refiere que en sus inicios, la terapia del comportamiento se denominó Terapia del condicionamiento y debe su comienzo con la obra de Joseph Wolpe en Sudáfrica en 1948; Poco después, Han, Eysenck y M.B. Shapiro en el Maudsley Hospital de Londres quienes aplicaron la Teoría del aprendizaje de Hull y el condicionamiento Pavloviano al tratar la ansiedad neurótica.

Como se mencionó anteriormente, el término Terapia conductual, apareció a mediados de la década de los 50 y fue atribuido a Lazaruz, quien no tardó en aparecer como un iconoclasta en relación a los esquemas teóricos - experimentales y clínicos de las décadas precedentes.....Lazaruz, al observar que "el mundo real del sufrimiento humano y las vicisitudes del crecimiento psíquico, piden más de lo ofrecido por los psicólogos" tomaba claramente distancia de un estrecho y mecánico concepto y no vaciló nunca más en expresarse en términos mentalistas y subjetivos sin salirse del campo conductual por ello" (En Sorin, 1985, P. 15).

El propio Lazaruz, acredita los orígenes del concepto de Terapia conductual a Skinner (1953), en una investigación para determinar la aplicabilidad de la Técnica del condicionamiento operante al análisis experimental de los pacientes psicóticos. Lazaruz en 1958 fue el primero en utilizar el término de Terapia conductista cuando trata de destacar la necesidad de agregar herramientas terapéuticas objetivas, derivadas de los procedimientos de laboratorio, a las técnicas psicoterapéuticas más ortodoxas. - Casi un año después de Lazaruz, Eysenck (1959) utiliza el término de terapia conductual en forma independiente, para la ruptura definitiva con el psico-

análisis, sosteniendo que la respuesta neurótica se adquiere simplemente -- por condicionamiento clásico (En Lazaruz, 1980).

Otras aportaciones a la terapia conductista fueron realizadas en el -- Hospital de Maudsley de Londres bajo la supervisión de M.B.S. Shapiro director de la Sección Clínica docente de dicho Hospital entre los años de 1950 y 1963 y refería que la Terapia conductista, era, en esencia, el "intento de establecer una interacción entre las teorías derivadas de la psicología experimental y los datos empíricos extraídos de los estudios controlados -- efectuados para cada paciente en particular " (En Yates, 1983 P. 28).

Hasta estos momentos nos podemos dar cuenta claramente que la Terapia conductual funda sus bases teóricas y experimentales en el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante y que el término "Terapia conductual" debe sus inicios a Wolpe (1948), Shapiro (1950), Skinner (1953), Lazaruz -- (1958) y Eysenck (1959). Sin embargo de estos investigadores se derivan otras aportaciones a la terapia conductual surgiendo nuevas aplicaciones a dicha terapia como: Terapia racional emotiva (TRE) o reestructuración cognitiva, aprendizaje social y modificación de conducta, las cuales prevalecen actualmente en los medios psicológicos con gran aceptación.

La Terapia racional emotiva (TRE) y sus primeras aplicaciones surge en la década de los años 60 y su principal representante fue el Dr. Albert -- Ellis con un enfoque integrador de las diferentes corrientes de Terapia conductual dando origen a la Terapia Racional Emotiva (TRE), Ellis, describe -- los principales principios de la Terapia racional emotiva y el por qué del enfoque integrador de las diferentes aportaciones de la terapia conductual.

La Terapia Racional Emotiva (TRE), consiste en establecer cuales son las creencias (o hipótesis) irracionales de la persona sobre sí misma y --

sobre los demás y luego discute tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales. Al mismo tiempo que hace mucho hincapié en el Análisis cognoscitivo y filosófico, la TRE constituye un enfoque amplio del tratamiento psicológico, ya que especifica e intensamente emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales y esto los ayuda a discutir y a desechar tales ideas. Se supone que las personas se trastornan en forma compleja (es decir, cognoscitivas, emotivas y conductuales). Por lo tanto existe el modo sencillo de ayudarse ellos mismos a estar menos alterados. Lo que podríamos llamar sus problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas acerca de lo que les sucede en el punto A) (Acontecimientos o experiencias activantes). Debido a que el "trastorno" incluye elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales, la TRE proporciona un análisis multifacético y ataca a dichos elementos, por lo que es casi invariablemente, un acercamiento a la terapia CEC (Cognoscitiva-emotiva-conductual). Desde el punto de partida cognoscitivo y filosófico, la TRE parte de la suposición o hipótesis de lo que llamamos nuestras consecuencias o reacciones emocionales (Punto C) proceden principalmente de nuestras ideas o creencias conscientes e inconscientes (Punto B) o de nuestras evaluaciones, interpretaciones y filosofías acerca de lo que nos ocurre en el punto A (experiencias activantes). Esto es el sistema A-B-C de formación y cambio de personalidad que la TRE ha hecho ahora algo famosa (Ellis, 1986).

La importancia de las contribuciones de Ellis es haber creado un enfoque integrador entre las corrientes de terapia conductual incorporando elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales en contraposición a otros modelos teóricos sin salirse por ello del campo conductual.

En la década de los 60 como se refiere con la terapia racional emotiva de Ellis, se destacan los factores cognoscitivos como elementos importantes en el origen de diferentes conflictos del ser humano. De contenido similar son las aportaciones de Bandura, (1962, 1965, 1971, 1972, 1977) estableciéndose así su Teoría de la medición cognoscitiva del aprendizaje por observación la cual refiere que el aprendizaje ocurre durante el proceso de observación del modelo y en ausencia de actividad manifiesta de parte del observador. Por lo tanto, el aprendizaje seguramente se debe a alguna actividad encubierta, a saber, los procesos del pensamiento del observador. Según los argumentos de Bandura, dos son los tipos de actividades cognoscitivas importantes en la adquisición de una nueva conducta: Los procesos de atención y los procesos de retención. Los procesos de atención tienen que ver con la observación que el organismo hace de los aspectos pertinentes de la conducta del modelo y sus consecuencias y los procesos de retención consiste en llevar a cabo mentalmente la conducta del modelo (En Chance 1984).

"El desarrollo de la modificación de la conducta cognoscitiva aparece en 1969 con el libro clásico de Bandura, "Principios de modificación de conducta", el cual resume la literatura dirigida hacia la mediación cognoscitiva-simbólica. De esos momentos, las experimentaciones en este tema han tenido un desarrollo rápido, sin embargo se ha encontrado con muchas críticas de los psicólogos operantes los cuales se negaron en volver a entrar a la "introspección mentalista", a pesar de la indiferencia de sus colegas, los pioneros de estas áreas presentaron datos de relevancia y utilidad científica sobre viables cognoscitivas-simbólicas" (En Mahoney, 1983, P.17).

Como se puede observar se ha utilizado indiscriminadamente el término

de terapia conductual y de modificaciones de conducta por lo tanto se considera conveniente hacer una diferenciación entre dichos términos. De acuerdo a Lazaruz (1980), "El primer informe escrito restringe el término terapia conductista al condicionamiento operante, mientras que el primer informe publicado la conceptuó como un suplemento psicoterapéutico útil. No obstante, el término terapia conductista se vincula principalmente al origen y al tratamiento de las respuestas ansiosas mal adaptativas, dentro del marco de referencia del contracondicionamiento. Mientras que a los Wolpeanos se les permite usar técnicas de condicionamiento operante y de moldeamiento, los partidarios de estos últimos métodos suelen evitar el término terapia y se consideran "modificadores de conducta" (P. 17).

En la década de los 70, así como en la de los 80, la modificación de conducta ha tomado numerosas direcciones nuevas. Krasner (1971) "sugiere que la investigación futura de la terapia conductual" estaría dirigida tanto dentro del organismo, al relacionar el funcionamiento autónomo y neurológico con el proceso de cambio de conducta; como fuera de él, al relacionarlo con las múltiples variables del medio social. En cierta medida este ya es el caso.....Actualmente se enseña en forma más amplia la terapia conductual a los Psicólogos, Psiquiatras, no profesionales, y cada vez más, a los maestros que están utilizando economía de fichas e ingeniería en aulas. La terapia conductual ha seguido creciendo en el occidente de Europa y en América Latina. Existe un programa de maestría en modificaciones de conducta en la UNAM, ENEP, Iztacala, México desde 1978" (En Stunphauser, 1983, P.P. 25, 26).

Actualmente existe un amplio campo de investigación de diferentes áreas dentro de la modificación de conducta, ejemplo de estos son los estudios --

realizados sobre: Aplicaciones sociales (Bijou y Becerra, 1979), en sistemas internos de respuestas y condicionamiento (Alcaraz, 1979) en el análisis de la agresión y la delincuencia (Bandura y Ribes, 1980), en el desarrollo infantil (Bijou y Baer, 1982) en el retardo del desarrollo (Ribes, 1982), en educación (Keller y Ribes, 1982), sobre cognición y modificación de conducta (Mahoney, 1983), en educación especial (Galindo, 1987) y en conducta infantil (Ross, 1987). Muchos de estos investigadores y los anteriormente mencionados en el desarrollo de este capítulo son los que prevalecen --- actualmente tanto en la modificación de conducta como en la terapia conductual.

En conclusión, podemos decir que la terapia conductual ha tenido un -- gran desarrollo desde sus primeras aplicaciones hasta la actualidad y lo seguirá teniendo debido a que el ser humano manifiesta muchas conductas ya -- sean internas o externas, y mientras existan estas conductas existirá la terapia conductual, que hasta estos momentos se ha revisado desde un punto de vista de sus orígenes a nivel de autores y países extranjeros. Por lo --- cual se considera prudente hacer una revisión de los antecedentes en México de la terapia conductual.

2) ALGUNAS CONTRIBUCIONES A LA TERAPIA CONDUCTUAL EN MEXICO.

Habiendo fundamentado los antecedentes teóricos y experimentales de la terapia conductual en el inciso anterior, nos podemos dar cuenta claramente que en sus inicios la terapia conductual se basa en la investigación con -- animales, y posteriormente con seres humanos, por lo que se considera necesario revisar algunas contribuciones en México sobre el análisis de la conducta animal.

A continuación mencionaremos brevemente algunas investigaciones sobre

este tema realizadas la mayoría en la Universidad Nacional Autónoma de México y referidos por Oblitas (1988).

Estudio de las contingencias y programas de tiempo fijo (López, 1977) en reforzamiento contingente (Ribes, Daza y López, 1978), en respuestas con corrientes bajo un programa definido temporalmente (Ribes y López, 1979, -- y 1979 b) en programas de intervalo fijo (Yoseff, Guerrero y López, 1980).

Sobre farmacología conductual y efectos del thinner en las ratas bajo un programa de intervalo fijo (Colotla y Zardel, 1978), en efectos del haloperidol y condicionamiento (Velázquez, Bermudez y Prado, 1981), con estímulos aversivos utilizando fármacos (Miranda y Arzate, 1982, 1985).

En conductas y moldeamiento (Arriaga y Gutiérrez, 1980); Brunner 1981, 1982 a 1983; Brunner y Londaverde, 1985).

Como podemos ver, se plantearon algunas investigaciones sobre las muchas existentes en conducta animal utilizando técnicas de modificación de conducta y en nuestra opinión es de aquí donde se desprenden la mayoría de las aplicaciones de terapia conductual al ser humano.

En México la historia de la Terapia Conductual y la modificación de conducta, es relativamente reciente y puede señalarse su inicio con el trabajo de tesis de Francisco Montes en 1967 en la U.N.A.M., donde se hace la primer revisión sistemática de los principios y procedimientos de técnicas de modificación de conducta. En 1968 se ubica en la Escuela de Psicología de la Universidad Veracruzana un grupo de psicólogos que empieza a defender los hallazgos del área de modificación de conducta, este grupo lo formaban Arturo Bouzas, Gustavo Fernández, Emilio Ribes, Florente López y Víctor Alcaráz. En el mismo año se funda la clínica de la conducta de la Universidad Veracruzana y se inicia el servicio a la población de Jalapa

con las técnicas de modificación de conducta. Se inicia un programa de maestría en Psicología en modificación de conducta y se cuenta con la asesoría del Dr. Sidney Bijou, en el área de desarrollo infantil; del Dr. Montrose Wolf en manejo de autistas y entrenamiento a padres de familia, del Dr. John Burchard en manejo de delincuentes, del Dr. Gerald Davison en desensibilización sistemática y factores cognitivos. En 1969 se funda el Centro de Entrenamiento y Educación Especial de la misma Universidad, que atendía a niños con retraso en el desarrollo y se elaboran programas en lectura, escritura, discriminación, etc. Este grupo de trabajo continúa hasta 1971 en que muchos de ellos regresan a la UNAM, donde se integran a nuevos programas y se amplía el área de influencia, se trabaja en Hospitales psiquiátricos (Ribes y Domínguez); Prisiones (Domínguez), etc. Se empiezan a utilizar estas técnicas en programas de evaluación a nivel nacional: Proyecto de Evaluación Artística y Tecnológica (Castro y Peralta) Proyecto de Educación intensiva para adultos (Peralta y Castro), etc., De este grupo inicial se han formado un gran número de gentes, y encontramos actualmente grupos de trabajo en todo tipo de Instituciones como la Industria --- (Herman), Escuela Básica (Vázquez), Educación Especial (Macotela, Molina), Educación Superior (Peralta, Sánchez Sosa, Mercado), Hospitales Psiquiátricos (Ayala, Domínguez), Prisiones (Domínguez), práctica Privada, etc. (En Gavito, 1980).

Más aún, Coletla y Gallegos (1978), en su artículo: La Psicología en México, refieren que el pionero del "análisis conductual aplicado" dentro de la modificación de conducta fue Florente López Rodríguez quien formó-- con otros compañeros el programa de la Universidad Veracruzana en Jalapa -- iniciando algunos trabajos aplicados en el Hospital Infantil de Jalapa en -

el Estado de Veracruz. Posteriormente ubicado en la UNAM y junto con Víctor Alcaraz realizaron un programa activo de investigación en los laboratorios de análisis experimental de la conducta y de Psicofisiología. En estos laboratorios se han realizado las siguientes investigaciones: "Control de ritmos -- corticales (Alcaraz y Díaz de León, 1975), discriminación de letras con similitudes Topográficas (Gómez y Rayek, 1975), ejecución de niños en un programa de reforzamiento diferencial de bajas tasas de respuestas (Espinosa y Santoyo, 1974), ingestión inducida de barbitúricos en ratas (Larrazolo y Posadas, 1976) y efectos de las contingencias temporales de reforzamiento en operantes concurrentes (Cabrer, Dosa y Ribes, 1975) (En Ardila, 1981).

Harrsch (1985) menciona que recientemente se han creado en nuestro país asociaciones que apoyan el desarrollo de la Terapia conductual como: La Sociedad Mexicana de Psicología, Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, el Colegio de Psicología y la asociación Mexicana de Terapia Familiar. También menciona algunas investigaciones de Psicólogos que han estudiado diferentes tópicos como: "Aprendizaje y Tecnología conductual (López Olivós y Castro, 1975 y 1976; García y Garza, 1977); Programas para el aprendizaje de la lectura escritura (Chardon, 1982); Memoria (Aguilar, 1980); Lenguaje (Grinberg, Cueli y Szydio, 1978 y 1981); Sentimientos y Emociones en relación a trastornos --- Psicofisiológicos (Zermeño, 1980); Personalidad y Tecnología conductual (Ribes, 1975); el estudio de la ansiedad a través del análisis experimental de la conducta (Ramírez, 1976). Se puede constatar entonces que la modificación de conducta en México ha tenido un gran desarrollo y un número de aportaciones importantes, por lo cual se puede considerar a nuestro País, dentro de los más prolíferos en el desarrollo de dichas técnicas.

3) CARACTERISTICAS Y DEFINICION DE TERAPIA CONDUCTUAL.

Después de haber descrito brevemente los orígenes de la Terapia conductual tanto en el extranjero como en México haremos una descripción de algunas características y definiciones de Terapia Conductual.

Según Kazdin y Wilson (1978), la Terapia Conductual se caracteriza por:

- a) Enfocar más los determinantes actuales de la conducta, que los históricos.
- b) Enfatizar el cambio de conducta explícita como criterio práctico de evaluación.
- c) Especificar objetivamente el tratamiento como para hacer posible su repetición.
- d) Confiar en la investigación básica en Psicología como fuente de hipótesis para técnicas específicas de tratamiento y e) Especificar para definir, manejar y evaluar las metas de tratamiento (En Sorin, 1985, P. 23).

Más aún, Rimm y Master (1984), resumen en siete puntos fundamentales las características de la Terapia conductual de la siguiente manera:

1.- "En relación a la Psicoterapia, la Terapia conductual tiende a -- concentrarse en la conducta maladaptativa por sí misma, más que en alguna -- causa presumible subyacente. En el modelo médico del desorden psicológico, la conducta maladaptativa se toma como síntoma de un estado patológico -- subyacente del aparato intrapsíquico.

2.- La Terapia conductual asume que las conductas maladaptativas son -- adquiridas en un grado considerable a través del aprendizaje, de la misma -- manera que cualquier conducta aprendida. (Aunque por supuesto no todo en -- la conducta maladaptativa es aprendido, existen también causas funcionales, -- neurológicas, etc.)

3.- La terapia conductual asume que los principios psicológicos espe-- cialmente los principios de aprendizaje, pueden ser extremadamente efectivos

en modificación de conducta maladaptativa.

4.- La terapia conductual comprende objetivos de tratamiento claramente definidos y lugares específicos. El terapeuta conductual se centra en ayudar a aliviar o corregir los problemas específicos que están interviniendo con las funciones del cliente. De esta manera, hace un estudio del -- control de estímulos que intervienen en él.

5.- La terapia conductual adapta sus métodos de tratamiento al problema del cliente.

6.- La terapia conductual se centra en el aquí y ahora.

7.- Se asume que cualquier técnica sustentada por la terapia conductual ha sido sujeta a pruebas empíricas que la sostienen para ser relativamente efectiva.

Dentro de las características de la terapia conductual, se puede deducir que, cubre todos los requerimientos para un proceso gradual, es sencillo, amplio en el tratamiento de cualquier alteración conductual, dando -- pautas objetivas y bien estructuradas a cualquier psicólogo interesado en dicha terapia.

A continuación se consideran algunas definiciones de terapia conductual, de acuerdo a varios investigadores. Al parecer, hasta estas alturas, nos podemos dar cuenta de que existen tantas definiciones como autores, por consiguiente veremos algunas:

Lazarus.- Describe la terapia conductual como un "recurso psicoterapéutico útil, junto con técnicas tan tradicionales como el apoyo, la catarsis, la gufa, el insight, la interpretación etc., además de técnicas objetivas destinadas a inhibir -- patrones neuróticos específicos"(Lazarus, 1980 P. 16).

- Eysenck (1964).- Definió la terapia conductual como "el intento para alterar la conducta y las emociones humanas de un modo beneficioso y de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje" (En Yates, 1979, P. 19).
- Franks (1969).- En su artículo "Behavior Therapy and its Pavlovian -- Origins", define la terapia conductual de la siguiente manera: "La terapia conductual, puede ser definida como la modificación benéfica de la conducta de acuerdo con principios experimentales establecidos basados sobre conceptos de aprendizaje E-R y las propiedades biofísicas del organismo" (En Bartolomé, 1980, P. 10).
- Stumphauer (1983).-Refiere que, "la modificación de conducta o terapia conductual puede ser definida como la aplicación sistemática de los principios psicológicos del aprendizaje en la modificación de la conducta humana" (P. 19).
- Wolpe.- Dice:"La terapia de la conducta o terapia condicionante, es el empleo de principios del aprendizaje establecido experimentalmente con el propósito de cambiar conductas inadaptadas. Hábitos inadaptados son debilitados y eliminados; hábitos adaptados son iniciados y fortalecidos (Wolpe 1983, P. 9).
- Yates.- Asevera: "La terapia del comportamiento es el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimiento empíricos y teóricos que han resultado de la aplicación del método experimental en psicología y sus disciplinas afines (Fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la -

génesis y el mantenimiento de patrones anormales de comportamiento; y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de esas anomalías por medio de estudios -- experimentales controlados del caso individual, tanto descriptivo como correctivos (Yates, 1983, P. 31).

Rimm y Masters.- Dos teóricos actuales de la terapia conductual incluyen "bajo el rótulo de terapia conductual una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación. (Rimm y Masters, 1984 P. 17).

Ross .- A pesar que sus trabajos fueron dirigidos hacia la conducta infantil refiere: "Que la terapia de la conducta en -- general, aborda los trastornos psicológicos desde un punto de vista empírico. Supone una evaluación continua de -- intervenciones terapéuticas y, por lo tanto, requiere términos definidos de manera objetiva así como procedimientos mesurales. (Ross, 1987. P. 19).

En conclusión, y habiendo revisado algunas definiciones de terapia -- conductual, podemos decir a nuestro criterio, que la terapia conductual es el empleo de los principios del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y principios del aprendizaje aplicados a problemas o trastornos -- mal adaptativos, apoyándose en procedimientos experimentales y en algún momento dado basándose también en elementos empíricos.

Habiendo establecido los orígenes, las características y definición de la terapia conductual de manera general, podemos pasar ahora al análisis de los trastornos psicósomáticos en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

1) HISTORIA DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

La relación que guardan los estados psicológicos y las enfermedades físicas, ha intrigado desde hace mucho tiempo a médicos, psiquiatras y psicólogos y en general a los profesionales de la salud.

Desde las sociedades primitivas, 1000 a.c., diferentes pueblos creían que la aparición de la enfermedad era provocada por los poderes espirituales atemorizantes que controlaban el ambiente. Una persona caía enferma debido a la maldición de otro ser humano que había invocado poderes espirituales para afectarlos o por algún diablo que había logrado el control del cuerpo del paciente y de sus acciones, de esto se deriva que, algunas tribus primitivas practicaban trepanaciones en el cráneo, facilitando así, la salida del espíritu maligno del cuerpo, pero como trabajo real, éste apareció en los rituales del chamán que exorcisaba el espíritu del cuerpo afectado, existiendo pruebas de trepanación desde las sociedades neolíticas. Posteriormente y hacia el año 2500-500 a.c., la civilización Asiria Babilónica postulaba que la religión dominaba la medicina y la mejor forma de tratamiento consistía en la sugestión, es decir, confiaban en tratamientos mágicos religiosos muy complicados. Por esa misma época los hebreos creían que la enfermedad era provocada por un castigo, a raíz de la desobediencia de las leyes de Yahvé y así, la persona llevaba sobre sí la enfermedad mental o física por desobediencia a su Dios. De esta forma, la devoción era la solución hacia una buena salud. En las postrimerias de la civilización griega y principios de la romana aproximadamente del año 1000 a.c., - 400 d.c., se consideraba que la enfermedad era producida por trastornos dentro del cuerpo natural. Por falta de homeostasis entre los distintos humores y fluidos que circulaban por el cuerpo. Galeno es quien postuló esta

teoría. Aunque las causas naturales predominaban sobre las religiosas; la psiqué y el soma se consideraban como unidad. Posteriormente se conservó la aproximación holística a la Medicina, que después fue rota por la invasión de los bárbaros, trayendo superstición y los miedos de las sociedades primitivas (En Freedman y Kaplan, 1982).

Tal parece, que desde las sociedades primitivas hasta las postrimerias del Imperio Romano, los trastornos psicósomáticos eran atribuidos o producidos por entidades mágicas y religiosas, no existiendo aparentemente ninguna relación con el cuerpo humano, sino, con cuestiones fantasiosas y así continuaron estas creencias, inclusive dentro de la edad media.

Según Kapla , (1967) la edad media de 500-1500 d.c. fue una época de oscurantismo donde el misticismo y la religión dominaban la Medicina, - -- "pecar" era la causa de enfermedades mentales y somáticas. Sin embargo, en la época del Renacimiento de 1500-1700 d.c. surge de nuevo el interés por las ciencias naturales y por su aplicación a la Medicina; Vasalio hace grandes descubrimientos en materia de Anatomía. Margagni realiza la primera autopsia, y Leeuwenhoek inventa el microscopio. Por anti-científicas, se rechazan las influencias psíquicas sobre los procesos corporales; el estudio de la mente pasa a ser materia de la religión y la filosofía (En Sara--son, 1981).

Es evidente que en esta época los procesos mentales han sido relegados a términos religiosos y filosóficos y que progresivamente fueron ignorándose, sin embargo es evidente también que por esa misma época se empieza a -- dar importancia a los procesos mentales.

Descartes en 1649, en contraposición a los que se negaron a creer en -- la relación mente- cuerpo, refería que el alma y el cuerpo se ponía en re--

lación con la hipófisis o glándula pineal. Es obvio que Descartes tuvo la intuición del sustrato de las emociones y de las neurohormonas. Entendía la relación entre el alma y el cuerpo en el sentido de que la primera recibía a través de un intérprete (un centro nervioso), información procedente de los espíritus animales (las partes más vivas y sutiles de la sangre, los neurofármacos), (En Caso, 1979).

Por esa misma época, es decir, en el siglo XVIII, las principales figuras fueron Voltaire y Montesquieu los cuales creían firmemente que la razón liberaría a los hombres de la ignorancia y de la superstición, siendo esta ideología denominada como "ilustración" cuyos lemas fueron "atrévete a saber" y "la razón te hará libre". A pesar de esto y hacia 1770, con el surgimiento de Rousseau, se empieza a sospechar de la razón y se gesta una actitud que se desarrolla hasta el siglo XIX. Las aportaciones del siglo XIX fueron realizadas por los biólogos, principalmente por Darwin, quien en 1859 publicó "El Origen de las especies" y es en este mismo siglo que surge el idealismo con Kant, Hegel, etc., renaciendo la emoción y la imaginación, en contraposición a modelos matemáticos que habían tratado de eliminarlos de la vista del hombre. Conforme a esta actitud, se pudo ver que la enfermedad mental se debe a causas naturales y en el año de 1792 señala, con los trabajos de Pinel, un cambio de rumbo. Así Pinel logró con su iniciativa y prestigio personal la reducción de los procedimientos inhumanos aplicados a los enfermos mentales. Pinel utilizó técnicas bondadosas dando muy buen resultado en el tratamiento con sus pacientes. Con los trabajos de Pinel se derivan en este siglo otras aportaciones, ejemplo de ello son los trabajos de Esquivel, quien continuó la obra de Pinel, y la hizo extensiva a otras partes del país y en el extranjero. Tuke instituyó

en Inglaterra una granja campestre para enfermos mentales y Rush en América quien publicó uno de los primeros textos psiquiátricos y se le consideró una figura en la transición hacia la Psiquiatría y la Psicología Médica Modernas (En Fuentes, 1962).

Entre los años 1800-1900 d.c. surge la Medicina moderna con Pasteur y Virchow. Este último basado en estudios de laboratorio menciona que la enfermedad se origina en enfermedades de las células, se hace a un lado el -- enfoque psicósomático, pues toda enfermedad tiene que relacionarse con cambios estructurales de las células. Se trata a la enfermedad y no al paciente (En Kapla, 1962).

Al parecer en este siglo tampoco se le dá importancia a los trastornos psicósomáticos ni a los conflictos psicológicos como causa de la enfermedad, sin embargo, por esa misma época y en el año de 1819, Heinroth fue el prime ro en referirse a los psicósomático y Jacobi habló de lo somatopsíquico en 1838, ambos en Alemania. En el siglo XX Flanders Dunbar en la década de los 20 dijo que el enfoque psicósomático presenta una imagen estereoscópica para enfrentar al estudio de todas las enfermedades (En González, 1987).

Anteriormente a Dunbar a finales del siglo XIX y principios del XX, con el descubrimiento del Psicoanálisis, Freud integró nuevamente la separación entre el cuerpo y la mente en el estudio de la enfermedad. Freud con sus - descubrimientos vuelve a darle importancia a las emociones como elementos - importantes en la producción de los trastornos mentales y físicos en contra posición a la causalidad religiosa. Por este siglo y en la década de los - 50 surgen algunos conceptos actuales de la medicina psicofisiológica. Por un lado Franz Alexander, en Freedman y Kaplan (1982) decía que cuando en una per sona se presenta un conflicto específico reprimido como la dependencia a la

hostilidad, esta persona reacciona con ansiedad, la cual pone en marcha una constelación de defensas psicológicas. Al mismo tiempo, las emociones de excitación que son estimuladas van acompañadas de fenómenos simpáticos y -- parasimpáticos del sistema nervioso autónomo fenómenos que afectan los órganos viscerales. La ansiedad crónica provocada por conflictos característicos o específicos reprimidos mantiene excitado al sistema nervioso autónomo y puede conducir a la disfunción orgánica y eventualmente a una patología".. Por otro lado y en oposición a lo que exponía Franz Alexander, Harid Wolff -- no creía que los síntomas psicósomáticos fuesen defensivos y llegaran a ser simbólicos para el paciente. Wolff estudió los efectos de los estímulos -- psicológicos sobre la fisiología y la patología de los órganos. Observa -- por ejemplo, una hiperfunción o una hipofunción en la actividad vascular y secretora de la mucosa de los sistemas gastrointestinales y respiratorios; -- alteraciones prolongadas de esta naturaleza pueden producir patología, relacionada la hostilidad con la hiperfunción y el miedo a la tristeza con la -- hipofunción. El que un conflicto específico produzca hostilidad o miedo depende no tanto de la naturaleza del propio conflicto, como del paciente, de sus pautas de reacción establecidos y de toda la historia de su vida.

Como nos podemos dar cuenta es en la década de los 50 que el término -- "psicósomático" tiene su mayor auge y es el siglo XX donde se derivan las mayores aportaciones sobre trastornos psicofisiológicos. Además, desde -- nuestro punto de vista, es de esta época donde surgen las bases de la Medicina y Psicología psicósomática actual.

De acuerdo a Díez, "La Medicina moderna ha descubierto un buen número -- de padecimientos cuya causa primordial es de carácter inespecífico. La --

rama o especialización médica que se ocupa de estos malestares se denomina Medicina psicosomática. Esta corriente, surgida de la moderna investigación científica, concibe al individuo como una unidad indisoluble formada de psique (mente) y soma (cuerpo). El propósito fundamental de la Medicina psicosomática es tratar al paciente considerándolo como un todo, en el que sus órganos tomados como algo aislado por la Medicina especializada se vinculen al funcionamiento general del individuo"... Además Diez define la Medicina psicosomática como: "Una ciencia que estudia las relaciones -- entre fenómenos psicológicos y biológicos tal como se dan en el hombre, y su influencia en el ambiente social y físico, tanto en la salud como en la enfermedad, teoría y acción psicosomática no son una extensión de la teoría psicoanalítica" (Diez, 1975 P. 75).

Desde el punto de vista de Diez podemos decir que los trastornos psicosomáticos están determinados por diferentes factores involucrando en los mismos: los biológicos, psicológicos y sociales.

Actualmente en la década de los 80, en la Medicina psicosomática se contabilizan varios modelos importantes, cientos de teorías etiopatogénicas, más de mil trabajos anuales y decenas de libros monográficos (Valdez y Flores, 1983).

Teniendo como antecedentes la exposición histórica de los trastornos psicosomáticos, describiremos las diferentes teorías relacionadas con dichos trastornos.

2) TEORIAS DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMATICOS.

2.1) Punto de vista dinámico de los trastornos psicosomáticos:

"Básicamente, la misma interpretación psicoanalítica aplicada a la neu

rosis se ha hecho extensiva a los trastornos psicossomáticos. Los desórdenes psicossomáticos se discuten en términos de la relación que existe entre los efectos de activación emocional prolongada, conflicto inconsciente y niveles elevados de reactividad psicofisiológica. En una reacción psicossomática se identifican comúnmente dos etapas del desarrollo; Primero, la estimulación crónica y excesiva provoca perturbaciones de un órgano vegetativo y, segundo, hay una transición del desorden funcional crónico o daños tisulares y enfermedades. Las respuestas psicofisiológicas forman parte de la preparación para la acción, pero el organismo no actúa. Desde el punto de vista dinámico, este fracaso en actuar resulta de la fijación o regresión a una etapa más primitiva de relacionarse con los objetos. La fijación, se cree, es acompañada por concomitantes específicos de la forma de los patrones de actuación fisiológicamente inmaduros y patógenos" (Sara son, 1991 P. 254).

Más aún, Mackinnon (1995) refiere que el "temor de pérdida de relaciones dependientes constituye a menudo un factor importante. Un resentimiento crónico, por necesidades de dependencia no satisfechos y frustradas, no puede expresarse abiertamente por los interesados, sin exponerse al riesgo de una pérdida mayor de atención dependiente, por consiguiente, dichas personas reprimen respuestas de enojo y resentimiento que son descargados luego fisiológicamente. Es decir, la enfermedad física inicia fuertes tendencias regresivas en todo individuo. Según esto, la estructura básica de carácter de un paciente, podrá someterse a dichas tendencias regresivas y caer en un estado de desamparo y dependencia, en tanto que otro negará la enfermedad e insistirá en proseguir sus actividades usuales; algunos pacientes se sentirán deprimidos como resultado de su incapacidad para proseguir sus

ocupaciones habituales. Negociar es el mecanismo central de defensa que -- opera a través de la cadena entera de acontecimientos psicológicos. Puesto que el paciente no piensa en términos psicológicos, tiende a negar la existencia de conflictos y sus emociones resultantes, y cuando el reconocimiento del conflicto emocional es ineludible, niega la relación del conflicto con sus síntomas" (P. 88). Sin embargo, Mackinnon menciona que se han propuesto constelaciones psicodinámicas específicas para cada uno de los trastornos -- psicofisiológicos importantes, por otro lado, los intentos de predecir síntomas psicósomáticos a partir de formulaciones dinámicas han fallado en gran parte. No sólo son los conflictos psicológicos no específicos, sino que su importancia en la etiología de cada estado es desconocida y varía con probabilidad considerablemente .

2.2) Punto de vista biológico sobre los desórdenes psicósomáticos:

Por una parte, la teoría de la debilidad somática postula que: "los -- factores genéticos, enfermedades anteriores, dietas, y otros casos pueden -- incapacitar selectivamente a un sistema orgánico particular, el cual puede -- entonces volverse débil y vulnerable ante la tensión. De acuerdo a esto, la relación entre la tensión y determinado desorden psicofisiológico se encuentra en la debilidad de un órgano corporal. Por ejemplo, una debilidad -- congénita en el sistema respiratorio puede predisponer al individuo a padecer asma. Por otra parte, la teoría de la reacción específica sostiene que cada individuo responde en distinta forma a la tensión y que esta diferencia quizá se encuentra genéticamente determinada. Así, los individuos responden a la tensión en forma particular, de modo que en el sistema más -- afectado se puede originar más fácilmente un desorden psicofisiológico. --

Por ejemplo, quien reacciona ante la tensión con hipersecreción de ácido en el estómago puede estar más propenso a padecer úlcera (Davison y Neale, -- 1983, P. 189).

Las dos teorías biológicas mencionadas anteriormente no son las únicas que tratan de explicar el origen de los trastornos psicósomáticos. Así tenemos que otras corrientes tratan de definir dichos trastornos por medio -- del estrés.

Esta supone que el término de estrés recupera, efectivamente, toda la agresión del organismo, de origen interno o externo, llegando a trastornar el equilibrio homeostático: esta agresión puede ser física o sensorial y - cognitiva, luego entonces, la perturbación concierne al sistema de relación de la persona con su entorno. Selye, (1962) ha descrito el conjunto de -- reacciones fisiológicas en el estrés bajo el nombre de Síndrome general de adaptación ; el cual se desarrolla en tres tiempos, un periodo de alarma o de "shock", un periodo de adaptación o de resistencia y, por último, un periodo de apaciguamiento; mientras que las defensas del organismo se encuentran sumergidas. Según esto, una gran variedad de estímulos pueden provocar un mismo conjunto de modificaciones, comportando una descarga adrenér-- gica y una activación del eje hipofisosurrenaliano y pueden ser modulados - por diversas formas de condicionamientos. Los efectos periféricos serán variables, según los individuos. La alteración de diferentes órganos, su pone predisposición de uno o varios blancos somáticos y también la repeti-- ción del estrés (En Jeammet y Reynaud, 1982).

Es evidente que en la teoría del estrés se manejan caracteres tanto de la teoría de debilidad somática, como la de las reacciones específicas. -- También se puede observar que maneja términos de las teorías del aprendizaje

por este hecho se puede deducir que las teorías biológicas y las teorías -- del aprendizaje van muy unidas en la explicación de los desórdenes psicossomáticos.

2.3) Punto de vista de las Teorías del Aprendizaje sobre los trastornos psicossomáticos.

Según Martin (1976), refiere que "el mismo síntoma psicossomático puede resultar de diversas variaciones en la predisposición biológica y en las experiencias de aprendizaje. Podrían estar implicadas combinaciones diferentes de las experiencias de aprendizaje basadas en el condicionamiento clásico, el aprendizaje operante o el aprendizaje por observación; por ejemplo, si las respuestas digestivas van relacionadas con la conducta de crianza de la madre, puede conducir a una asociación condicionada entre los pensamientos (deseos o fantasmas) de gratificación dependientes y las respuestas digestivas. Las respuestas autónomas también pueden modificarse sobre las bases de los procesos de aprendizaje instrumental; esto es, por las consecuencias resultantes al dar tal respuesta. Si una persona recibe -- atención y cariño o puede evitar alguna situación desagradable después de haber tenido un ataque de asma o de diarrea, entonces la respuesta puede ser reforzada y a partir de este momento es más factible que ocurra en el futuro bajo circunstancias similares. Asimismo, si un niño "observa que uno de sus padres desarrolla un síntoma psicossomático, después puede imitar este modelo. Desde luego, en este caso debe haber una prueba visible del -- síntoma, aunque puede ser posible que el exceso de quejas verbales del padre pueda servir también para el propósito" (P. 128).

Quizá el modelo interactivo más importante en la actualidad y que conjunta las teorías biológicas con las teorías del aprendizaje es la retroali

mentación biológica.

La retroalimentación biológica viene a ser la aplicación de un principio básico con el cual se regulan los diversos sistemas orgánicos. Si la retroalimentación biológica se expresa en términos de operaciones realizadas por el organismo, se tiene entonces el modelo de condicionamiento --operante. "Por ejemplo, cuando en forma contingente con una respuesta --visceral se dió estimulación intracraneana directa en las áreas asociadas con autoestimulación, se llegó a observar un aumento en la frecuencia con la que se producía una reacción visceral, es decir, empezó a darse una emisión operante de dichas respuestas, no evocada por estímulos antecedentes. El añadir una señal estereceptiva que sigue paso a paso las variaciones de la actividad visceral, permite que los seres humanos y los animales, cambien el sentido de una determinada respuesta apoyándose en la guía que les proporciona la señal estereceptiva. Por esta razón, la base del procedimiento de retroalimentación biológica viene a ser el proporcionar receptores artificiales (las señales estereceptivas que varían en función de la actividad de los órganos que se pretende controlar) a sistemas que carecen de ellos o que tienen una pobre inervación sensorial" (Álcaraz, 1985 - P.P. 160-161).

En conclusión, la retroalimentación biológica es una aportación de la Medicina conductual aplicada a los trastornos psicofisiológicos utilizando técnicas del condicionamiento operante. De aquí, la importancia de las teorías del aprendizaje en el tratamiento de dichos trastornos.

Por otro lado, se deduce que los trastornos psicósomáticos surgen de la interacción de los factores psicológicos, biológicos y sociales como lo refiere Pierloot (1979).

"La enfermedad psicósomática vendría a ser considerada como el resultado de la interacción de los aspectos psicológicos, social y somático. -- Así, la psicogénesis podría ser considerada como un proceso lineal en el que las influencias psicológicas desencadenan el desorden psicósomático -- como un componente del amplio campo interaccional bio-psico-social" (Pierloot, 1979 P. 32).

3) DEFINICION DE TRASTORNOS PSICOSOMATICOS.

Guyton (1975) define los trastornos psicósomáticos como un efecto físico o somático, producido por estímulos psicológicos.

Pierloot (1979) se refiere a la enfermedad psicósomática como...."un proceso lineal en el que las influencias psicológicas desencadenan el desorden psicósomático como un componente de amplio campo interaccional bio- -- psico-social" (P. 32).

Jeammet y Reynaud (1980) definen como psicósomático a "todo trastorno somático que comparte en su determinismo un factor psicológico que interviene, no de una manera contingente, como se puede ocurrir en cualquier afección, sino por una contribución esencial en el origen de la enfermedad" -- (P. 169).

Freedman y Kaplan (1980) sugieren que los trastornos psicósomáticos -- son "trastornos psíquicos caracterizados por síntomas físicos de origen -- psíquico . Que afectan habitualmente a un único sistema orgánico. Las modificaciones fisiológicas y orgánicas son consecuencia de un trastorno - emocional prolongado, denominadas anteriormente trastornos psicósomáticos" (P. 861).

La American Psychiatric Association define en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) (1984), a los trastornos -

por somatización como "aquellas alteraciones que se caracterizan por síntomas físicos que sugieren una alteración física, en los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismo fisiológico conocido y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos" (P. 253).

Sarason y Sarason (1986) dicen que los trastornos psicósomáticos son "Patologías físicas y daños reales de los tejidos producidos por la movilización emocional continuada del cuerpo durante periodos de estrés interrum-pidos" (P. 223).

Tal parece que estas definiciones guardan alguna relación entre sí, al describir los trastornos psicósomáticos, y se puede deducir entonces que todas manejan los factores psicológicos, biológicos y sociales como causas de la enfermedad, sin embargo pueden influenciarlos otra variedad de fenómenos, como el medio ambiente y los factores físicos, etc.

Habiendo descrito brevemente los antecedentes, teorías y definiciones de los trastornos psicósomáticos, especificaremos a continuación las características de la terapia de desensibilización sistemática, así como algunas aplicaciones de la misma a diferentes conductas y en especial, el tratamiento de los trastornos psicósomáticos en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

TERAPIA DE DESENSIBILIZACION SISTEMATICA

1) CONTRACONDICIONAMIENTO, EXTINCION Y HABITUACION COMO CONSTRUCTOS EXPLICATIVOS DE LA DESENSIBILIZACION SISTEMATICA

De acuerdo a Yates (1983), la desensibilización sistemática se "refiere a un conjunto general de procedimientos experimentales que pueden incluir el empleo del contracondicionamiento (inhibición recíproca) o de la extinción, o ambos procedimientos" (P. 80). Sin embargo, menciona que no hay que confundir estos términos como sinónimos de la desensibilización sistemática, debido a que son también procedimientos experimentales individuales.

Por esta razón, consideramos necesario dar una explicación del contracondicionamiento, extinción y habituación como entidades separadas, pero que de alguna manera son las bases teóricas de la desensibilización sistemática.

Según Mahoney (1983), en la terminología experimental de laboratorio, el contracondicionamiento se refiere a un "supuesto proceso en el cual se modifica la valencia de un estímulo a través de su asociación con un estímulo de diferente valencia. Las valencias implicadas generalmente son dicotómicas (positiva-negativa). Por ejemplo, un estímulo aversivo (es decir, un estímulo que el organismo trabajaría para terminarlo, reducirlo o evitarlo) puede presentarse en forma atenuada, contigua seguido inmediatamente por un estímulo altamente positivo (es decir, un estímulo que el organismo trabajaría para producir, incrementar o mantener). De esta manera, un estímulo negativo puede adquirir una valencia neutralmente positiva, y un estímulo anteriormente positivo puede adquirir propiedades aversivas" (P. 89).

Según esto, en el contracondicionamiento el estímulo condicionado se

aparea con un estímulo que produce una respuesta incompatible con la respuesta condicionada indeseable (de ser posible), al mismo tiempo que se elimina el estímulo significativo con que el estímulo incondicionado había sido apareado. Skinner (1953) dice que las agencias funerarias -- utilizan este procedimiento. La presencia del cadáver constituye un estímulo condicionado a respuestas emocionales negativas y llanto. El gerente de la funeraria cuida que el cadáver esté rodeado, en forma ostensible, de buena cantidad de flores. Estas producen respuestas emocionales incompatibles con la tristeza, y por tanto, disminuyen la pena de las personas. Otros ejemplos al respecto fueron las investigaciones de Watson (1920) y Jones (1924) en las cuales fue utilizado el procedimiento de contracondicionamiento (En Chance, 1984).

Desde nuestro punto de vista, el contracondicionamiento es un procedimiento que utiliza la desensibilización sistemática y consiste en sustituir una respuesta emocional por otra como respuesta condicionada, partiendo del hecho que dos respuestas emocionales son incompatibles y que la más fuerte tiende a inhibir a la más débil.

El contracondicionamiento no es el único elemento de la desensibilización sistemática como lo mencionamos anteriormente, sino también la extinción, la cual veremos a continuación.

"Cuando se ha establecido una respuesta condicionada por el apareamiento repetido del estímulo incondicionado, el estímulo condicionado ha adquirido la capacidad de provocar la respuesta que había aparecido previamente sólo cuando se presentó el estímulo incondicionado. El estímulo -- condicionado retendrá esta capacidad de provocar la respuesta en ausencia del estímulo incondicionado durante algún tiempo, pero después de cierto -

periodo esta capacidad disminuirá a menos que el estímulo incondicionado -- reaparezca de manera ocasional. Esta disminución de la capacidad del estímulo condicionado para producir la respuesta condicionada representa una "extinción" de la respuesta condicionada. La extinción se manifiesta por una disminución gradual y la desaparición final de la respuesta condicionada" (Ross, 1987 P.P. 29-30).

Desde el punto de vista de Wolpe (1983), la extinción consiste en el "debilitamiento progresivo de un hábito a través de la provocación repetida, sin reforzamiento, de las respuestas que la manifiestan. De modo que la conducta que generalmente ha sido seguida por comida como reforzamiento, se hace cada vez más débil si las provocaciones de esta conducta dejan de ser seguidas por comida. De modo similar, la conducta de evitación, generalmente disminuye si no es reforzada al menos algunas veces por un evento nocivo, como un choque eléctrico. La ejecución de una respuesta motora tiene consecuencias que debilitan su hábito a menos que sus efectos sean contrarrestados por los efectos del reforzamiento" (P. 35).

Tal parece que el contracondicionamiento y la extinción son los únicos procedimientos que utiliza la desensibilización sistemática como bases teóricas y experimentales, sin embargo, otros investigadores incluyen otros -- procedimientos como constructos explicativos a dicha terapia.

Van Egeren (1970) intenta explicar los procedimientos que utiliza la desensibilización sistemática y afirma que en su origen, el "término inhibición recíproca significaba la inhibición momentánea y fácilmente reversible de un proceso nervioso mediante otro, con la inhibición recíproca de músculos esqueléticos opuestos. Habitación significa, la disminución temporal y reversible de una respuesta tras de que un estímulo repetitivo la -

había evocado varias veces, en especial si el estímulo era de poca fuerza. Extinción significa la disminución más duradera y quizá hasta permanente - de una respuesta cuando repetidamente se la evocaba no habiendo reforzamiento (allí donde anteriormente se le había reforzado). Contracondicionamiento significaba eliminar una relación estímulo-respuesta al unir al estímulo una respuesta alterna de mayor fuerza que la original (que entonces, en --- principio, quedaba disponible si la nueva respuesta llegara a extinguirse o a no estar disponible)" (En Yates, 1979 P. 177).

Habiendo examinado los procedimientos implícitos en la desensibilización sistemática podemos llegar a la conclusión de que dicha terapia utiliza procedimientos de contracondicionamiento, extinción y habituación para - el tratamiento de deficiencias conductuales. Por lo cual, consideramos ne cesario y a manera de introducción para el próximo inciso, hacer una des--- cripción de la desensibilización sistemática de acuerdo a Kazdin (1978).

La desensibilización sistemática es una técnica que se ha utilizado -- para extinguir las respuestas de evitación. "Derivado del condicionamiento clásico, la desensibilización intenta alterar la valencia de los estímulos condicionados para que dejen de provocar ansiedad. Se reúnen los estímulos condicionados productores de ansiedad con los estados de no ansiedad del paciente. Para lograr un estado de no ansiedad se le enseña al pa ciente a que se relaje profundamente. Se aparea el relajamiento con "ima ginar" situaciones que provoquen ansiedad; mientras que el paciente se relaja e imagina, asimismo, en situaciones que sólo provoquen una ansiedad -- moderada. Conforme progresa el tratamiento y el individuo haya asociado - con éxito el relajamiento con estas escenas que despierten ansiedad. Final mente, el sujeto puede imaginarse estas escenas sin ansiedad. Los estimu-

los que previamente provocan ansiedad ya no lo despiertan. Los cambios -- logrados en la respuesta de ansiedad del paciente no están restringidas a -- las imágenes o pensamientos acerca de las situaciones, sino que abarcan las mismas situaciones reales. De esta forma, los cambios logrados en la terapia persisten en las situaciones verdaderas a las que se enfrenta el paciente (Kazdin, 1978 P.P. 15-16).

2) TECNICA DE LA DESENSIBILIZACION SISTEMATICA.

Por definición y de acuerdo a Wolpe (1983), la desensibilización sistemática (DS) es " alguno de los métodos para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad. En el cual, se induce al paciente un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular, y luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad durante unos segundos. Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuesta de ansiedad. Luego se van presentando estímulos sucesivamente "más fuertes" , que son tratados en forma semejante" (P. 111). La D.S. tiene sus orígenes en el laboratorio experimental (Wolpe, 1948, -- 1952, 1958). Después de producir neurosis experimental con gatos encerrados en jaulas pequeñas y aplicándoles choques eléctricos. Estas investigaciones las plantearemos posteriormente en el inciso (3).

La D.S. como la referimos en el inciso (1), se basa en los procedimientos de contracondicionamiento y extinción. Así Wolpe (1952) formula el principio de inhibición recíproca.

La inhibición recíproca consiste en que "si se puede hacer que la respuesta que inhibe a la respuesta de ansiedad ocurra en presencia de los -- estímulos que provocan la respuesta de ansiedad, dicha respuesta debilitará

el vínculo existente entre estos estímulos y la respuesta de ansiedad ---
(Wolpe, 1983 P. 32).

Esquemáticamente, la D.S. se representa como sigue de acuerdo a Zermme
ño (1985):

		Cognitivo-Verbal
	Ra	Autónomo-fisiológico
		Motor -conductual
Ea		
	Rb	Cognitivo-Verbal
		Autónomo-fisiológico
		Motor- conductual

Donde: "Ea representa cualquier estímulo medioambiental o personal --
(mediante cualesquiera de los tres niveles) que provoca ansiedad. La res-
puesta de ansiedad condicionada está representada por Ra, que puede impli-
car como ya se vió, respuestas en uno o varios de los niveles. Por ejemplo,
el aumento de la frecuencia cardíaca, respiratoria, etc.; disminución de la
eficacia conductual, tendencia a la evitación, deseos de confrontarse con -
el estímulo provocador de ansiedad; y reportes verbales de angustia en cues-
tionarios y en la conversación del paciente centrada en sus miedos. Rb ---
representa cualquier respuesta antagónica, emitida mediante cualquier nivel,
que se condiciona al estímulo de ansiedad, de modo que eventualmente la pre-
sentación de este estímulo sea progresivamente capaz de provocar una res-
puesta como la relajación, suficiente para inhibir la respuesta Ra" (Zermme-
ño, 1985 P.P. 148-149).

De esta manera, la D.S. consiste en tres etapas fundamentales, de acuerdo a Wolpe (1983); las cuales se describen a continuación:

2.1) Adiestramiento en relajación muscular profunda.

Esta técnica consiste en enseñar al paciente a relajarse por medio de ejercicios de tensión-relajación de acuerdo al método de Jacobson (1936), modificado por Wolpe (En Delgado, 1983). El cual se describe ampliamente y paso por paso en el capítulo (IV) en el procedimiento de esta investigación.

2.2) Construcción de las Jerarquías.

"Una jerarquía de respuestas de ansiedad es una lista de estímulos referentes a un tema, ordenados de acuerdo con la intensidad de la respuesta de ansiedad que provocan.....La construcción de las jerarquías empieza generalmente más o menos al mismo tiempo que el entrenamiento de relajación y está sujeta a alteraciones o adiciones en cualquier momento. Después de que se ha hecho una lista de todas las fuentes identificadas de perturbación neurótica, el terapeuta las clasifica por temas" (Wolpe, 1983 P. 126).

La construcción de las jerarquías depende en gran parte de una escala de ansiedad para el ordenamiento de las mismas. Esto se refiere a que las jerarquías tienen que ir ordenadas en forma descendente, es decir de la que provoque menos ansiedad a la que provoque más. El procedimiento de la construcción de las jerarquías se plantea en la metodología de esta investigación en el capítulo (IV).

2.3) Desensibilización (Ansiedad contra relajación)

En esta etapa se va a confrontar la ansiedad del paciente expresada en las jerarquías con sus posibilidades de relajarse obtenidas en el entrenamiento previo .

Esta fase se inicia con una escena "control" la cual es aquella que no

provoca ansiedad al sujeto, ejemplo: un bosque, el mar, etc. Esta escena es propuesta por el paciente; después de que el paciente está relajado se van presentando las jerarquías ansiógenas gradualmente con la posibilidad de relajarse. Si las jerarquías continúan provocando ansiedad se vuelve a relajar al paciente hasta que esta ansiedad es virtualmente eliminada y así se continúa hasta terminar todas las jerarquías. Al igual que las dos etapas mencionadas anteriormente, ésta se plantea en forma amplia y descriptiva en el capítulo (IV).

Después de haber revisado la técnica y el procedimiento para la aplicación de la D.S., podemos pasar a revisar algunas contribuciones a dicha terapia.

3) INVESTIGACIONES SOBRE DESENSIBILIZACION SISTEMATICA.

Dado que la D.S. en sus inicios se basa en la investigación con animales, describiremos a continuación los estudios básicos de Wolpe (1952-1958) para pasar posteriormente a la revisión de algunas investigaciones sobre D.S.

Wolpe llevó a cabo experimentos con gatos para lo cual utilizó una jaula de 1.16 m. de largo por 0.50 m. de ancho y 0.50 m. de altura. Para producir neurosis experimental en los gatos, se le permitía a uno de ellos acostumbrarse a la jaula, y luego, a través de una rejilla colocada en el piso de la misma, se le aplicaba en las patas un choque eléctrico muy perturbador, aunque físicamente inocuo, de unos dos segundos de duración. El animal se revolcaba en la jaula, aullaba, y mostraba respuestas autónomas tales como dilatación pupilar, piloerección, y respiración rápida. Todo el complejo de respuestas se calmaba al terminar el choque eléctrico. Pero cuando dicho choque era repetido varias veces el complejo de respuestas

persistía con fuerza creciente entre estos choques. Los estímulos ambientales habían adquirido el poder de provocar las mismas respuestas producidas por el choque. De ahí en adelante, aparecía la misma conducta agitada siempre que el animal era colocado en una jaula experimental. El gato no mostraba ninguna tendencia a la extinción, ya fuera que se le colocara en la jaula día tras días, o que se le mantuviera lejos de ella por semanas o meses. Al mismo tiempo había inhibiciones sorprendentes de la función -- adaptativa. Si al gato se le dejaba sin comer durante 48 horas, y luego era colocado en la jaula experimental, en cuyo piso se había esparcido con liberalidad pedazos de carne fresca, no comía esta carne así se dejase por muchas horas. También había generalización del estímulo. El animal presentaba respuestas de ansiedad en el piso del laboratorio experimental, y -- menos respuestas de ansiedad en otros cuartos, según se semejanza con el laboratorio. Como la respuesta de ansiedad inhibía tan decisivamente la alimentación en los gatos "neuróticos", parecía razonable pensar que si la comida se hiciera disponible en circunstancias en que la respuesta de ansiedad se inhibiría. Era posible hacer experimentos con esta idea en los diversos cuartos que se mencionaron anteriormente, a los cuales se había generalizado la respuesta de ansiedad. Al animal se le ofreció comida en esos cuartos siguiendo un orden descendente de semejanza con el laboratorio experimental. Siempre pudo encontrarse un cuarto en donde el animal comiera a pesar de que mostrase algún grado de respuesta de ansiedad. Mientras comía un cierto número de carne ahí, su respuesta de ansiedad se calmaba enteramente en ese cuarto, y luego aceptaba la comida en un cuarto más semejante al laboratorio experimental. Procediendo sistemáticamente de un cuarto a otro, fue posible hacer que el animal comiera en la jaula experimental y,

finalmente, que se superara por completo las respuestas de ansiedad de gran intensidad que previamente habían sido provocadas y condicionadas en ese -- lugar (Wolpe, 1983). De esta investigación se derivan muchas otras sobre -- D.S. y diferentes tópicos, de las cuales mencionaremos algunos de mayor relevancia.

Valins y Allen (1967) investigaron los efectos de la desensibilización cognoscitiva sobre la conducta de evitación, partiendo del hecho que la modificación de esta conducta debido a la D.S., depende de la manipulación de conocimientos sobre las reacciones internas. Se realizaron dos experimentos para determinar si tales condiciones pudieron afectar los comportamientos de evitación a las serpientes. En ambos experimentos los sujetos fueron llevados a creer que el estímulo-serpiente no los afectaba internamente. Estos sujetos, en comparación con sujetos de control satisfactorio, fueron después observados manifestando una conducta de más acercamiento cuando se les confrontó con una serpiente viva. Este efecto fue significativo para -- los sujetos que tenían miedo moderado a las serpientes y para aquellos cuyo miedo era más que moderado. En los dos experimentos se indujo a los pacientes ideas concernientes a reacciones fisiológicas ante el estímulo "serpientes": Los sujetos pensaron que tal estímulo no afecta su ritmo cardíaco, -- mientras que otros que provocan miedo, shock eléctrico, sí lo afectan. Ellos deben entonces creer que su miedo a las serpientes no está asegurado. Se ha hecho la hipótesis de que estos sujetos manifestarán en mayor grado -- una conducta de acercamiento cuando sean expuestos subsecuentemente a una -- serpiente viva que los sujetos de control variado. Los resultados del primer experimento muestran que la mayoría de los sujetos experimentales acceptaron los falsos latidos como verídicos y pudieron distinguir que los desliza-

mientos de las serpientes no afectaron su ritmo cardiaco. Mostrando que los resultados para comprobar la hipótesis, fueron satisfactorios. En el segundo experimento todos los sujetos experimentales aceptaron que los sonidos correspondían a los latidos de su corazón. Resulta claro a partir de los resultados de estos experimentos que la conducta de evitación puede ser modificada por la información concerniente a las reacciones internas, los sujetos que pensaron que el estímulo serpiente no los afectaba internamente fueron más dados a sostener una serpiente viva o requirieron menos presión para tocar a una serpiente que los sujetos que no obtuvieron información sobre sus reacciones internas. La similitud entre la manipulación retroalimentaria del falso ritmo cardiaco y el procedimiento de relajación de la D.S resulta obvio. Ambos procedimientos llevaron a los sujetos a creer que los estímulos fóbicos tienen pocos efectos internos.

Otro tipo de investigación en relación a las habilidades interpersonales, fueron realizadas por Curran y Gilbert (1975). Los cuales investigaron una prueba de la efectividad relativa a un programa de D.S. y de un programa de entrenamiento de habilidades interpersonales con sujetos ansiosos a causa de citas. El propósito de este estudio fue comprobar la efectividad de estas dos técnicas conductuales. De 850 sujetos, sólo treinta y cinco, todos ellos estudiantes universitarios, fueron arbitrariamente asignados a los dos grupos de tratamiento o a un grupo de control de contacto mínimo. La información sobre sí mismos e indicadores conductuales de ansiedad y habilidad fue lo que se recolectó en una sesión post-tratamiento y en una continuación de la sesión seis meses después. Uno de los grupos de tratamiento consistió en un programa de D.S. desarrollado por Wolpe (1958). Las respuestas de los sujetos del cuestionario fueron usadas para la cons---

trucción de las jerarquías presentándolas en la fase de desensibilización. Las primeras tres sesiones fueron utilizadas para la relajación. La fase de desensibilización se aplicó durante las últimas cinco sesiones. Ambos grupos de tratamiento demostraron decrementos significativos en los indicadores de ansiedad en las ocasiones de prueba, no encontrando diferencias -- significativas.

Spiegler y Cooley (1976), hicieron una comparación experimental entre los procedimientos que siguen al paradigma de contracondicionamiento tradicional y un paradigma de auto-control de la desensibilización sistemática. Los sujetos fueron estudiantes universitarios que presentaban ansiedad. Se realizaron ocho sesiones de tratamiento durante cuatro semanas consecutivas, en grupos de cinco, dirigidos por tres terapeutas. Las variables dependientes incluyeron la escala de la prueba de ansiedad, la cédula de medición de miedo (las cuales fueron administradas cuatro semanas antes y ocho semanas después del tratamiento, bajo circunstancias independientes de tratamiento), y una medida de estrés situacional. Como se predijo, en las -- tres mediciones, los procedimientos de auto-control fueron superiores a los procedimientos de contracondicionamiento y a las condiciones de control, -- aunque sólo la medida de la escala de la prueba de ansiedad fue estadísticamente importante. Los descubrimientos son discutidos en términos de las -- ventajas del paradigma de auto-control para la desensibilización sistemática en la reducción de la ansiedad. Además, se encontró que la D.S. es un procedimiento más activo, en contraposición al contracondicionamiento que -- resultó ser más pasivo.

Otra investigación sobre ansiedad, pero en el sueño utilizando la .D.S fue realizado por Espínola y Martínez, en la cárcel preventiva de Villa --

Alvaro Obregón en 1978.

El objetivo de este estudio fue reducir la ansiedad creando incompatibilidad entre una tarea reforzante y una situación de estímulo que produce ansiedad. Para esto se utilizó un sujeto de 30 años de edad que presentaba alteraciones en el sueño. Se tomaron en cuenta cuatro conductas: hora de acostarse, número de veces que se despertó, hora de despertar y hora de levantarse. En esta investigación se utilizó un diseño cuasi-experimental o conductual A.B.A. en donde A es línea base, B fase experimental y A periodo de reversión. Los resultados muestran que en la línea base inicial y en las últimas cinco sesiones la hora de despertar se encuentra entre las 4:30 y 5:10 de la mañana. En la fase experimental de 4:50 a 5:20 de la mañana y en la línea base final entre 4:50 y 5:00, observándose una ganancia de 20 minutos de sueño. Para la hora de acostarse en la línea base inicial el periodo se encuentra entre las 20:30 a 20:10 horas. En la fase experimental entre las 21:20 a 22:20 horas y en la reversión entre 19:30 y las 20:00 horas, entonces se pudo observar que el sujeto dormía más. Estos resultados sugieren una reducción en la ansiedad debido a la desensibilización creada en el sujeto por medio de la tarea dada (Espinola y Martínez - 1978).

De las investigaciones descritas anteriormente se puede deducir la efectividad de la desensibilización sistemática (D.S.) como técnica en el tratamiento de varios problemas desadaptativos. Para apoyar esta efectividad mencionaremos otras investigaciones de diferentes conductas utilizando la D.S. : Borkavec (1972) estudió los efectos de la expectancia en la D.S. Asher y Donner (1972) aplicaron la D.S. en pacientes alcohólicos. Staats y Gross (1973), apoyándose en la D.S., estudiaron la hetero

sexualidad.

Brown (1973) estudió la manipulación de la expectancia en la D.S.

Es evidente la versatilidad de la Técnica de D.S. en el tratamiento de las deficiencias conductuales, sin embargo son pocos los estudios realizados sobre trastornos psicossomáticos. A continuación veremos algunos:

Existe un estudio de un procedimiento modificado de desensibilización sistemática desarrollado para tratar el miedo-pánico de un niño asmático, - cuya temprana edad e hiperquinesia impedían el uso de los procedimientos -- terapéuticos acostumbrados o usuales. El tratamiento médico que se le proporcionaba a este niño de 6 años durante los ataques asmáticos era interfe-- rido por su "panico". Su hiperquinesia y su corta edad sugirieron el uso de un procedimiento de condicionamiento operante junto con desensibiliza--- ción sistemática. Primero se requería configurar su estado de relajación. El niño obtendría fichas cuando lograra esta condición y el terapeuta le -- iría describiendo las condiciones de su asma. El procedimiento para ganar fichas consistía en proporcionar una por cada minuto que consiguiese estar relajado el niño, así, entre más minutos de relajación, más fichas; los ar-- gumentos que "asustaban" al niño dados por el terapeuta iban apareados con la advertencia de que no sería dañado. Los puntos eran acumulados durante las sesiones, pero sólo eran intercambiables hasta el final del tratamiento. Los resultados reportaban no haber encontrado evidencia de disminución del asma como resultado de la Terapia de desensibilización. Esto concordaba - con la poca o nula relación de factores psicológicos en el desencadenamien-- to de sus ataques asmáticos; encontrada en los datos de la historia clínica, contrariamente a como sucede en otro tipo de paciente asmático. Lo que sí se logró fue una notable mejoría en la conducta general del niño, hecho que

se comprobó a través de un registro de su conducta. Se logró disminuir el pánico relacionado con los ataques, el tratamiento médico ya no fue rechazado, la hiperventilación durante los ataques se redujo ostensiblemente --- (Miklič 1973).

Más aún, Yorkston y Col. (1974) llevaron a cabo un estudio con 14 asmáticos adultos (42 años promedio) en igualdad de circunstancias en cuanto a la dosificación de fármacos. Se les dió un tratamiento adicional que -- serviría para investigar los efectos a corto y largo plazo de la desensibilización verbal. Se tomó una historia detallada de los pacientes con referencia particular al asma, por ejemplo, descripciones de sus síntomas de asma (en atención a sentimientos y pensamientos y circunstancias en las cuales ocurriría el ataque de asma). La situación principal en la cual ocurría el ataque de asma, fue graduada y jerarquizada en orden de incremento de severidad. Seguidamente, al paciente se le entrenaba en relajación --- hasta que lo consiguiera por sí mismo, sin instrucciones. Cuando ésto se hubo logrado, se les entrenó en la discriminación, para que conocieran cuando los efectos de las frases o informes que se les proporcionaba, les perturbaban en su estado de relajación. En cuanto a la técnica de desensibilización verbal, los terapeutas jerarquizaron cuidadosamente las frases o informes que se les proporcionarían a los pacientes, cuidando que éstos se adaptasen a las frases acerca de su asma (circunstancias, pensamientos o -- sentimientos, que ellos habían descrito como perturbadores), antes de pasar a la siguiente jerarquía. Finalmente, lo que los autores llamaron desensibilización práctica, consistió en que una vez desensibilizado el sujeto, verbalmente pudiera sostenerse relajado diariamente ante cualquier circunstancia. Acerca de los pacientes asignados al entrenamiento de relajación,

fueron instruidos respecto al método, pero evitando la posibilidad de instrucción alguna en desensibilización verbal, no haciendo mención de síntomas de asma o del contexto en que ocurrían. Los resultados se vieron favorecidos hacia el grupo de desensibilización verbal, en cuanto a una mejora significativamente mayor que en el grupo que recibió relajación únicamente. Esta diferencia se mostró a través de resultados durante el entrenamiento, y los cambios a largo plazo en las dosis de esteroides y otros fármacos y mediante asesoría clínica. Los autores sostienen la tesis de que algunos pacientes pueden desarrollar estreñez bronquial o asma como una reacción a sus propios pensamientos.

Se puede observar en estas dos investigaciones, el éxito de la D.S. - aplicado a los trastornos psicósomáticos y en específico al asma, sin embargo, existe otra investigación aplicada a la neurodermatitis que utiliza la D.S. combinados con otras técnicas conductuales.

Bartolomé (1980), en su tesis "Terapia Conductual de Amplio Espectro - en el Tratamiento de la Neurodermatitis", se apoyó en el tratamiento de D.S. para tratar a un paciente femenino que presentaba alteraciones conductuales como ansiedad y fobias, que unidos provocaban la neurodermatitis. El entrenamiento en relajación muscular se aplicó en seis sesiones, después se entrenó al paciente en relajación diferencial con duración de dos sesiones. Posteriormente se realizó la construcción de las jerarquías para pasar después a la D.S. propiamente dicha. El objetivo de esta investigación era - reducir la ansiedad provocada por la acrofobia, es decir temor a ver pelear, a las voces altas, a la gente enojada, discusiones entre personas y a manejar automóviles. Los resultados de la D.S. mostraron una disminución bastante significativa de las conductas fóbicas. En cuanto a la agorafobia,

se notó que el paciente, al final de tratamiento no tenía a las alturas y habiendo reducido la ansiedad se observó claramente un descenso en la neurodermatitis.

Habiendo descrito algunas investigaciones sobre D.S. se puede deducir la importancia que tiene esta técnica en el tratamiento de diferentes conductas incluyendo también los trastornos psicossomáticos. Es evidente que en todas las investigaciones hubo una reducción de la sintomatología a tratar. Por esta razón, y desde nuestro punto de vista, consideramos que la D.S. es de relevante importancia como técnica conductual en el tratamiento actual de los desórdenes psicossomáticos. Sin embargo, como cualquier otra terapia, presenta ventajas y desventajas.

4) CRITICAS A LA DESENSIBILIZACION SISTEMATICA.

Las críticas a la D.S. se basan esencialmente en sus tres operaciones, es decir, en el entrenamiento en relajación muscular profunda, construcción de las jerarquías de estímulos y en la desensibilización propiamente dicha.

"Existen discusiones muy controvertidas acerca de qué tan importante es el entrenamiento en relajación en la D.S. En general existe evidencias (ver Bandura, 1969; Kanfer y Philips, 1979) que muestran que la relajación muscular tiene un papel facilitador, más no esencial en el procedimiento de D.S. Rochman y Bergold (1976), argumentan también que una desensibilización puede efectuarse en ausencia de relajación del sujeto; aún más, también adjuntan evidencia experimental que demuestra que puede aparecer la ansiedad cuando el individuo se encuentra relajado; también puede registrarse contracciones musculares cuando el sujeto reporta que se siente totalmente tranquilo" (En Zermeno, 1985 P. 149).

Existen estudios experimentales que ponen en duda el papel de la rela-

jación en la D.S. "Aponte y Aponte (1971), demostraron que no era necesario aparear el relajamiento con la imaginación durante la desensibilización; Benjamín, Marks y Huson (1972), en un estudio sobre fobias cefálicas, encontraron que en nada afectaba el que los pacientes estuvieran o no relajados entre los reactivos de las jerarquías; Linder y McGlynn (1971) demostraron que no era necesario que los sujetos repitieran partes del procedimiento de relajación si no se encontraban suficientemente relajados. --- McGlynn (1973) demostró que no era necesario aparecer el relajamiento con una imaginación graduada, para tener buen éxito con la desensibilización". (En Yates, 1979 P. 170).

De acuerdo a los estudios experimentales referidos por Zermeno (1985) y Yates (1979), ponen en duda el papel del relajamiento en la D.S., sin embargo, a pesar de estas críticas es indudable que la relajación juega un papel importante en la aplicación de la D.S. aunque sea un procedimiento -- facilitador y no esencial.

En cuanto a la construcción de las jerarquías, se derivan dos problemas fundamentales. El primero, como lo refiere Wolpe y Lazarus en la década de los sesentas, la construcción de las jerarquías, es, en algunos aspectos, la parte más vital de todo el procedimiento. Se pueden incluir -- items no pertinentes por ejemplo, se confía en la propia construcción del paciente, al mismo tiempo que también se pueden omitir items importantes.... Un segundo problema, se refiere a la pregunta de si las jerarquías deben -- construirse para cada individuo, o si, en algunas circunstancias se pueden utilizar jerarquías estandarizadas. Wolpe (1958) ha hecho gran énfasis en el primer procedimiento, manifestando que una jerarquía estandarizada puede tener items individuales que estén graduados incorrectamente para un sujeto

particular y de esta forma pueden ser demasiado "difíciles" o demasiado -- "fáciles" (En Yates, 1983).

Desde nuestro punto de vista, se considera necesario que la construc-- ción de las jerarquías deban ser propuestas por el sujeto debido a que las causas que provocan ansiedad son diferentes en cada persona.

Otro problema dentro de la desensibilización propiamente dicha "es el uso frecuente del estímulo imaginario. Aunque algunas veces se emplean -- jerarquías de la vida real (en vivo), la modalidad del estímulo predominan-- te en la desensibilización es encubierta. Se supone que las respuestas -- aprendidas en presencia de estos eventos encubiertos se generalizaron a sus referentes externos. Aunque algunas veces hay poca pérdida en la transfe-- rencia, la evidencia sugiere una amplia variabilidad en esta generalización (Bandura, 1969). "El aprendizaje de conducta adaptativa parece ser facili tado con el empleo de estímulos reales desencadenantes de miedo durante el entrenamiento" (Mahoney, 1983 P. 90).

Por otro lado, otra crítica de la D.S. es que a "menudo pasan por alto los puntos interpersonales de una comunicación deficiente, suposiciones --- irracionales, falsos ideales y expectativas, exigencias infantiles, atadu-- ras dobles, incertidumbres vagas y confusiones; que presentan la mayoría de los pacientes. Los terapeutas propensos a aplicar métodos de D.S. a menu-- do pasan por alto los rasgos depresivos y psicóticos de sus pacientes y --- optan por una exposición graduada, cuando en realidad se debería aplicar la quimioterapia" (Lazaruz, 1980 P.92).

Es evidente que tanto Mahoney (1983) como Lazaruz (1980), directa o in-- directamente manifiestan la importancia de los procesos cognitivos dentro - de la D.S. Estos procesos cognitivos al parecer no han sido considerados

por muchos terapeutas como parte importante en la aplicación de la D.S., sin embargo, existen ciertos estudios que ponen en evidencia los procedimientos que utiliza la D.S. propuestos por Wolpe (1958).

Tori y Worell (1973), en su estudio sobre la reducción de la conducta de evitación realizaron una comparación de las aproximaciones de contracondicionamiento, expectancia e información cognoscitiva. Este estudio fue diseñado para comparar la eficacia en la reducción del miedo de los procedimientos basados en las tres principales teorías que han sido propuestas para estimar el éxito de la terapia de la desensibilización sistemática: a) almacenamiento y recuperación de la información cognoscitiva, b) expectancia cognoscitiva, c) contracondicionamiento. Para llegar a esto, se utilizaron cuatro grupos de tratamiento: a) un tratamiento de contracondicionamiento conducido sin instrucciones terapéuticas o demandas implícitas, b) tratamiento de placebo de alta expectancia y, c) dos tratamientos de enfrentamiento al conocimiento. Finalmente, un grupo de control de no tratamiento fue empleado para mostrar los efectos de una exposición repetida al objeto fóbico. Los resultados mostraron que en análisis preliminares no hubo diferencias importantes de pre-prueba entre los grupos de tratamiento. Lo que es más, los resultados de los análisis factoriales de medidas repetidas bifactoriales sobre el sexo, los pre-marcadores, la prueba de acercamiento de continuación, y los resultados de medición del miedo; demostraron que los hombres y las mujeres no respondieron de manera diferente a los tratamientos. Los importantes efectos de tratamiento indican que ciertos tratamientos resultaron ser más efectivos que otros para elevar la conducta de aproximación y disminuir la reducción del miedo. La prueba de rango múltiple de Duncan se aplicó para hacer todas las comparaciones posibles entre -

los cinco grupos acerca de su post-desempeño combinado, y su desempeño en la prueba de aproximación de continuación y en la medición del miedo. Es necesario señalar que en la prueba de acercamiento el grupo placebo de alta expectativa y los dos grupos de enfrentamiento cognoscitivo no fueron muy diferentes uno del otro, pero fueron considerablemente superiores a los grupos de contracondicionamiento y de control de no-tratamiento. Este es también el caso para la medición del miedo, excepto por la insignificante diferencia entre el grupo de control cognoscitivo y el de control de no-tratamiento. Datos del cuestionario de post-tratamiento: La post-prueba se terminó haciendo a los sujetos llenar un cuestionario de post-tratamiento. Los análisis unilaterales de la diferencia mostrada de cada una de las preguntas no revelaron discrepancias importantes, entre los grupos. Por lo tanto, no hubo diferencias entre los sujetos, referentes al grado de relajación. Es más, todos los sujetos de control cognoscitivo específico, control cognoscitivo general, y de placebo de alta expectativa; sintieron que la racionalidad del tratamiento y de los procedimientos era creíble, y que el tratamiento que habían recibido era una ayuda moderada para superar su miedo a las serpientes.

Estos resultados apoyan el punto de vista de que la reducción de la conducta humana de evitación parece ser primordialmente dependiente de las variables de la expectativa cognoscitiva, en vez de serlo sobre el condicionamiento de "respuestas antagónicas". Específicamente, las reducciones en el miedo y en la conducta de evitación ocurrieron cuando los sujetos fueron expuestos a un conjunto de procedimiento científico sensibles y estructurados que lo convencieron de que podrían ser capaces de acercarse al objeto temido con mayor ecuanimidad. Debe notarse de cualquier manera, que en

nuestro tratamiento de alta expectancia, tanto las variables de demanda y de expectancia fueron operativas. Esto significa que además de convencer a los sujetos de que serían capaces de acercarse al objeto fóbico con mayor facilidad; se les colocó bajo una gran presión para que fueran cooperativos y para que mostraran los avances terapéuticos deseados; esto es una conducta de acercamiento elevada y el reporte de un menor miedo; estas variables de demanda probablemente juegan un rol muy importante en cualquier estudio que emplean estudiantes universitarios y que sean conducidos en una atmósfera académica desafiante. Puesto que la separación de las variables de demanda y expectancia no se trató en nuestro experimento, no fue posible determinar separadamente el monto de los cambios conductuales y de auto-reporte que podrían ser atribuidos a la expectancia alterada concerniente al estímulo temido y a las demandas de la situación experimental. De cualquier forma, lo que puede concluirse es que cuando los sujetos son colocados en un tratamiento complejo e impresionante "científico", tenderán a ser cooperativos y a mostrar los cambios conductuales esperados. Por ello, un aspecto extremadamente importante de la psicoterapia exitosa, incluye la provisión de evidencias internas y externas sobre la cual los sujetos pueden basar su expectancia de cambio y que simultáneamente crea una demanda razonable de mejoramiento. Aparentemente, el ser incluido en lo que se cree que es una condición de tratamiento poderosa y efectiva impulsará a los sujetos a iniciar los cambios conductuales, cognoscitivos y emocionales requeridos para "resolver" un problema psicológico. Finalmente, debe resaltarse el hecho de que aunque hemos tratado al contracondicionamiento, a la expectancia cognoscitiva, y a los procedimientos de enfrentamiento cognoscitivo, como dependientes. Bien podría ser que alguna combinación de estos --

resultados más efectivos, que cada uno de ellos de manera aislada.

Según esta investigación, se mostró que la eficacia de la D.S. depende en gran parte de los procesos cognoscitivos, no queriendo decir con --- esto, que tanto el contracondicionamiento como la expectancia no sean importantes dentro de la D.S. sino además, se deduce que el éxito de la D.S. va a radicar en la combinación de los tres procedimientos en contraposición a la aplicación de los mismos en forma independiente.

CAPITULO IV

ASPECTOS METODOLOGICOS

1).- PROBLEMA.

¿Cuáles son los efectos de la desensibilización sistemática en los trastornos psicósomáticos?

2).- Objetivo General.

Identificar si la aplicación de la desensibilización sistemática, -- produce efectos de reducción de síntomas en los trastornos psicósomáticos.

3).- Objetivos Específicos.

- 3.1) Comprobar si la desensibilización sistemática produce la reducción de síntomas en los sujetos con trastornos psicósomáticos.
- 3.2) Identificar si existe alguna diferencia en los resultados entre la aplicación de un procedimiento de desensibilización sistemática, aplicado por pasantes y uno aplicado por el investigador.
- 3.3) Verificar si los síntomas de los trastornos por somatización se reducen más rápidamente en los sujetos de un sexo que en los de otro.
- 3.4) Comprobar si los efectos de la desensibilización sistemática se mantienen más en un periodo de tiempo en los sujetos de un sexo que en los de otro.
- 3.5) Identificar si la información proporcionada a los sujetos antes del tratamiento influye en la reducción del padecimiento psicósomático.
- 3.6) Verificar si existe diferencia en los resultados entre los sujetos a los que se les informó y a los que no se les informó acerca de la terapia.

4).- Hipótesis.

- H₁.- El procedimiento de la desensibilización sistemática produce la reducción de síntomas en los sujetos con trastornos psicossomáticos.
- H₂.- No existe diferencia en los resultados entre la aplicación del procedimiento de desensibilización sistemática aplicado por pasantes y el aplicado por el investigador.
- H₃.- Los síntomas de los trastornos psicossomáticos se reducen más rápidamente en los sujetos de un sexo que en los de otro.
- H₄.- Los efectos de un procedimiento de desensibilización sistemática se mantienen más, en un periodo de tiempo, en los sujetos de un sexo que en los de otro.
- H₅.- La información proporcionada a los sujetos de la terapia antes del tratamiento produce efectos de reducción de síntomas en los sujetos con trastornos psicossomáticos.
- H₆.- En los sujetos a los que se les informó acerca del procedimiento antes de la intervención, se produce una reducción de síntomas más rápidamente que a los que no se les informó.
- H₀.- No existe ningún efecto de reducción de síntomas en la aplicación de un procedimiento de desensibilización sistemática en los sujetos que presentan trastornos psicossomáticos.

5).- Definición de términos.

5.1) Definiciones conceptuales.

- 5.1.1) Desensibilización sistemática. "Es un método para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad. Se induce en el paciente un estado fisiológico inhibitorio a la respuesta de ansiedad por medio de relajación muscular y luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad durante unos segundos. Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad. Luego se van presentando estímulos sucesivamente, "mas fuertes" que son tratados en forma semejante" (Wolpe, 1958 P. 111).
- 5.1.2) Trastornos por somatización: "Trastornos que se caracterizan por síntomas físicos que sugieren una alteración física, en los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos" (DSM-III, 1984 P. 253).
- 5.1.3) Síntomas: "Cualquier fenómeno patológico o desviación de la normalidad de una función, apariencia o sensación experimentado por el paciente como señal de enfermedad" (Freedman y Kaplan, 1982 P. 856).
- 5.1.4) Somatización: Manifestación somática de presumible origen psicógeno. Se tiende a ampliar específicamente como soma-

tización de la ansiedad o de la depresión. En la nosología USA, cuando se expresa como entidad y no como hecho -- aislado, es sinónimo de Síndrome de Briquet, conjunto de -- quejas somáticas prolongadas, crónicas y fluctuantes no debidas a trastornos físicos. Este trastorno suele comenzar antes de los 30 años y las quejas se presentan a menudo de forma drámatica y complicada. Se suele asociar a un estado ansioso o deprimido. Existen criterios para diagnóstico de somatización, como la edad de comienzo y la referencia de, al menos, 14 síntomas en la mujer y 12 en hombres, teniendo en cuenta que se considera el síntoma como presente cuando ha creado la necesidad de tomar fármacos, ha alterado su vida o ha obligado a buscar médico. Los síntomas no pueden explicarse por un trastorno o lesión. El curso evolutivo es crónico y fluctuante (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1986 P. 56).

5.2) Definiciones Operacionales.

5.2.1) Desensibilización sistemática. Se divide en tres fases: -

Técnica de relajación muscular: Se define como una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono y actividad de los músculos y del sistema nervioso motor (Wolpe, 1983).

Construcción de jerarquías: Lista de estímulos sobre un tema, con sus elementos ordenados de acuerdo con la intensidad de la ansiedad que ellos provocan, las jerarquías -- contienen una lista de estímulos ordenados en forma ascen-

dente que se miden en base a una escala arbitraria. La escala está basada sobre 10 unidades, correspondiendo el --- "10" a la más severa sensación de ansiedad que haya vivido el paciente, y el "0" cero a un estado de calma absoluta. Desensibilización (Ansiedad contra relajación). En esta - etapa se confronta la ansiedad del paciente expresada en - la jerarquía o jerarquías elaboradas con sus posibilida-- des de relajarse, obtenidas en el entrenamiento previo.

5.2.2) Trastornos por somatización (Criterios)

Historia de síntomas físicos de varios años de duración, - que empieza antes de los 30 años (DSM-III, 1984).

Quejas de al menos 14 síntomas en la mujer y 12 en el hom- bre, sobre 37 síntomas enunciados más adelante. Para po-- der considerar un síntoma como presente, el individuo debe manifestar que este síntoma le ha creado la necesidad de - tomar alguna medicina (diferente a la aspirina), que ha alterado su forma de vida o que le ha obligado a buscar un - médico.

Desde el punto de vista del clínico, los síntomas no se explican adecuadamente a través de algún trastorno o lesión_ física y no son efectos secundarios de medicaciones o de - drogas o de alcohol. El clínico necesita estar convenci- do de que el síntoma se encuentra realmente presente (por_ ejemplo, que la paciente estuvo vomitando durante todo su embarazo), el hecho de que el síntoma sea narrado por el - paciente ya es suficiente. El sujeto considerada que ha -

estado enfermo durante parte de su vida (P.P. 255-256).

A continuación se presenta la relación de síntomas:

- Síntomas de conversión o pseudoneurológicos.
- Dificultad para tragar, pérdida de la voz, sordera, visión doble, visión borrosa, ceguera, debilidad o pérdida de la conciencia, pérdida de la memoria, crisis o convulsiones, dificultad para andar, parálisis, debilidad muscular, retención de la micción y dificultad en la micción.
- Síntomas gastrointestinales. Dolores abdominales, náuseas, crisis de vómito (distintos al embarazo), distensión (gases), intolerancia (sentar mal la comida) respecto a una gran variedad de alimentos, y diarrea.
- Síntomas relativos al sistema reproductor femenino. La propia interesada considera que estos síntomas son más frecuentes o más graves que en la mayoría de las mujeres. -- Menstruación dolorosa, irregularidad menstrual, hemorragias excesivas, vómitos graves durante el embarazo que obligan a la hospitalización durante este periodo.
- Síntomas psicosexuales. Durante la mayor parte de la vida del individuo, después de tener actividad sexual; aparece indiferencia sexual, falta de placer durante la relación sexual o dolor durante ella.
- Dolor. Dolor de espalda, de las articulaciones de las extremidades, del área genital (distinto que durante el coito), dolor durante la micción, u otros dolores (distintos a la jaqueca).

- Síntomas cardiopulmonares. Respiración superficial, palpitaciones, dolores precordiales y mareos.

5.2.3) Reducción. Se entiende por decremento de la sintomatología somática en cuanto a su intensidad; esto desde el punto de vista de una escala de intensidad del síntoma, en donde la intensidad máxima le corresponde un valor numérico de tres (3); a la intensidad moderada dos (2), y la intensidad mínima, uno (1).

Frecuencia de aparición. Es el número de veces que aparece el síntoma en un periodo de 24 horas.

Momento de aparición. Son las circunstancias bajo las cuales aparece el síntoma, es decir, los factores para provocarlos o mantenerlos. Y esto dividido en tres periodos de tiempo, matutino: de cinco (5) horas a.m. a doce (12) horas p.m., el tiempo vespertino; de doce (12) horas p.m. a ocho (8) horas p.m. y el turno nocturno; de ocho (8) horas p.m. a cinco (5) horas a.m.

Duración del síntoma. Consiste en el tiempo en que se mantiene el síntoma somático, es decir en horas, minutos o segundos.

6).- Definición o características de la Población.

La población en general se encuentra enmarcada en un servicio médico Institucional. Es toda aquella población de militares y familiares derechohabientes, que acuden a la consulta externa en el Hospital Naval de Veracruz, solicitando los servicios de Medicina General --- como especialidades, a su vez son referidos al servicio de psicopatología

logía cuando son detectados trastornos que competen al área psiquiátrica y psicológica de dicho nosocomio.

Actualmente se encuentra con una población total en todos los servicios de 79,672 derechohabientes tanto militares como familiares de los cuales 33,482 corresponden a consultas para Medicina general y 46,190 consultas de Medicina especializada.

Específicamente para el servicio de Psicología corresponde una población de 2,264 pacientes, que equivalen al 6.76% de la población total, esto de acuerdo a 6 días hábiles a la semana y 283 días hábiles al año.

Para seleccionar a los sujetos, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional debido a que los pacientes acuden a consulta externa de Psicología referidos por otros servicios, por presentar algún tipo de trastorno que compete al área de Psicología.

6.1) Definiciones y características de los sujetos. La investigación se realizó con sujetos de ambos sexos, que acuden al servicio de Psicología en el Hospital Naval de Veracruz y les fueron detectados los síntomas de los trastornos por somatización. Para esta investigación la cantidad de la muestra fue de cuatro sujetos de ambos sexos; dos sujetos de sexo masculino y dos sujetos de sexo femenino. No queriendo decir con esto, que será un grupo, sino que el tratamiento será individual ya que los síntomas de los trastornos por somatización no son los mismos en todos los sujetos.

En cuanto a la descripción de las características más importantes de la muestra se hizo por medio de una historia clínica

ca conductual de cada uno de los sujetos, de los expedientes -- clínicos de los mismos, y de los datos obtenidos en las entrevistas directivas aplicadas ante la investigación.

Antes de la aplicación de la investigación, fueron candidatos a selección aquellos sujetos que manifestaron en los motivos de consulta, alguna queja o sintomatología somática y que cumplieron con los criterios diagnósticos de los trastornos por somatización.

Se utilizó un criterio de exclusión por medio de un diagnóstico diferencial, ya que fué necesario descartar los trastornos físicos que se presentaron con síntomas somáticos por medio de la valoración de médicos especialistas.

7).- Definición de Instrumentos.

7.1) Entrevista directiva. (Historia clínica conductual). La entrevista directa se dividió en dos partes. La primera fue para obtener los datos demográficos y de carácter abierto, y la segunda para obtener las características clínicas conductuales.

El tipo de preguntas que se utilizó fueron de carácter cerrado para los datos demográficos y de carácter abierto para las características clínicas conductuales. El número de preguntas -- cerradas para los datos demográficos fue de diez (10) y el número de preguntas abiertas para las características clínicas -- fue de nueve (9).

La importancia de este tipo de entrevista e historia clínica radica en la obtención de datos específicos de los trastornos de somatización, la historia del paciente y detectar causas que --

provocan la conducta o la mantienen (Anexo 1).

- 7.2) Cuestionario. Se aplicó para identificar objetivamente la sintomatología de los trastornos por somatización, en base a los criterios diagnósticos del DSM-III de síntomas presentes y ausentes (Anexo 2).

El manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-III), de la Sociedad Americana de Psiquiatría evalúa los diferentes trastornos mentales y los organiza jerárquicamente en clases diagnósticas de la variedad de síntomas. "La evaluación mutiaxial del DSM III garantiza que cierta información que puede ser de valor para planificar el tratamiento y predecir la evaluación de cada individuo se registra en cada uno de 5 ejes" (P. 11) -- Los ejes I y II incluyen todos los trastornos mentales (dos clases de trastornos mentales); los trastornos específicos o graves del desarrollo en el caso de los niños, en adultos es de personalidad son asignados al eje II, mientras que el Síndrome psiquiátrico general es asignado al eje I. Los estados y trastornos de físico o somático son asignados al eje III. El eje IV es la intensidad del stress psicosocial, y el eje V es el máximo nivel de adaptación en el último año. La confiabilidad y validez se obtuvo mediante una serie de estudios de campo patrocinados por la NIMH (División de Biometría Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental de la Sociedad Psiquiátrica Americana). Después de dos estudios pilotos en los que se emplearon los primeros borradores del DSM III, en septiembre de 1977, empezó otro estudio formal de 2, en este estudio se em--

plearon los primeros borradores del DSM III, en septiembre de 1977, empezó otro estudio formal de 2, en este estudio se empleó la versión 1/15/78 del DSM III para la primera fase, con un suplemento en el que se exponían criterios revisados para la segunda fase. Apoyándose éstos, en la fiabilidad entre diferentes evaluadores, lista de componentes, y participantes en el proyecto (DSM-III, 1984).

- 7.3) Expediente clínico del sujeto. (Hospital Naval de Veracruz). Del cual se obtendrá toda aquella información que puede esclarecer la Historia clínica anterior del sujeto y sobre todo la sintomatología psicósomática actual, visita al médico y tratamientos médicos que no han dado resultado en dichos trastornos. La importancia del expediente clínico radica en que son registrados por los servicios de especialidades y Medicina general. Todas aquellas consultas de los sujetos y sobre toda la definición sintomatológica de los trastornos en general, la terapéutica a seguir, y el seguimiento de los sujetos, así como también la valoración médica antes y después del tratamiento psicológico.
- 7.4) Dada la participación de médicos especialistas, se utilizaron algunos instrumentos para obtener información, así como para valoración clínica del paciente obteniéndose de esta manera un criterio más amplio de medición.
- 7.4.1) Anamnesis: Consiste en recabar los antecedentes previos del padecimiento que aqueja al paciente como:

Heredo-familiares
 personales-patológicos
 personales-no patológicos

- 7.4.2) Anamnesis de padecimiento actual, los cuales consisten en investigar la sintomatología subjetiva y objetiva que presenta el paciente en el momento de consulta.
- 7.4.3) Exploración física que consiste en maniobras que aplica el médico para investigar el proceso patológico que refiere el paciente.
- 7.4.4) Exploración manual, es aquella en la cual el médico especialista utiliza los órganos de los sentidos en la revisión del paciente, se divide:
- Cl. 1 - Inspección por medio de la vista.
 - Cl. 2 - Palpitación por medio del tacto.
 - Cl. 3 - Percusión por medio del tacto.
- 7.4.5) Exploración armada. Consiste en la utilización de instrumentos para coadyuvar en la exploración del paciente.
- Instrumentos de uso general:
- Estetoscopio, baumanómetro, martillo reflejos, termómetro y lámpara.
- 7.4.6) Diagnóstico presuncional, se emite con base en la anamnesis y a la exploración física la cual es de tipo clínico, dado que no se utiliza en este momento ayudas diagnósticas.
- 7.4.7) Ayudas diagnósticas. Métodos de laboratorio y gabinete que se utilizan para coadyuvar el diagnóstico definitivo del paciente.

7.4.8) Exámenes de laboratorio.

- Análisis de sangre.
- Análisis de orina.
- Análisis de excremento.
- Análisis de secreciones.
- Análisis de enzimas.
- Análisis de líquidos y electrolitos.
- Análisis de tejidos (Biopsias)
- Análisis de Proteínas (Inmunidad)
- Análisis de Bacteriológicos.

7.4.9) Exámenes de gabinete:

- Estudios de rayos X
- Estudios de Medicina nuclear.
- Estudios de electrocardiografía.
- Estudios de E.E.G.
- Estudios de Fisiología respiratoria.
- Estudios Endoscópicos.
- Estudios Audimétricos.

7.5.) Diagnóstico definitivo: Es el que se establece al término de la exploración clínica y de la recopilación de resultados de las ayudas diagnósticas.

7.5.1) Esta sintomatología será considerada en función del padecimiento que se trate.

8).- Definición del personal.

8.1) La aplicación de la investigación fué efectuada por el propio investigador y por dos pasantes que cursan el noveno semestre

de la Licenciatura en Psicología Clínica, que prestan servicio social en el Departamento de Psicología del Hospital Naval de Veracruz, realizando actividades, tales como entrevistar, valorar, diagnosticar y dar terapia, así como también la intervención en el área de hospitalización de pediatría.

La inclusión de pasantes de dicha investigación parte del hecho de controlar los efectos de la intervención del investigador evitando así la influencia del investigador y la tendencia a la inflación de los resultados. Para controlar esta variable se utilizó la equilibración de Craig y Metz (1982).

- 8.2) Médicos y especialistas. Dado el tipo de la investigación que se realizó y para obtener una valoración más exacta que descartara la causa orgánica y la necesidad de que varias áreas trabajen interdisciplinariamente es de relevante importancia la inclusión de médicos especialistas: En la presente investigación se contó con el apoyo de la medicina especializada del Hospital Naval de Veracruz; especialidades tales como: Medicina Interna, Cardiología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Psiquiatría, así como también, los médicos químicos farmacobiólogos en el área de laboratorio.
- La función que tuvieron los médicos especialistas en esta investigación fue la de realizar los estudios médicos pertinentes a cada sujeto de investigación para descartar causas orgánicas, que produjeran un tipo de trastorno que no fuera inherente a los trastornos por somatización. Además de cuantificar por medio de sus técnicas, algún trastorno psicósomático.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA⁷⁹

La importancia de la participación de los médicos especialistas fue para reforzar los estudios psicológicos acerca de los sujetos, así como también diagnosticar que la sintomatología psicósomática no fue producida por un trastorno orgánico, --- además de obtener un criterio más de medición.

9).- Método de Investigación.

9.1) Diseño de investigación. En la presente investigación se utilizó un diseño cuasiexperimental, del cual su paradigma es:

A - B - C en donde:

9.1.2) A Línea base. Que fueron todas aquellas mediciones antes -- del tratamiento.

9.1.3) Cuestionario (DSM III) que consistió en obtener los síntomas presentes y ausentes así como también la intensidad del síntoma de acuerdo a una escala arbitraria en donde tres (3) fue - intensidad máxima, dos (2) intensidad moderada y (1) intensidad mínima.

El cuestionario está dividido en seis (6) grupos de trastornos somáticos (Anexo 2) el cual se aplicó antes y después del tratamiento.

9.1.4) Auto-reporte. Que consistió en el autoregistro de la conducta somática por parte del sujeto, antes, durante, después del tratamiento y fuera del área hospitalaria, se tomaron en cuenta a los síntomas de mayor intensidad (Anexo 3).

La medición de la sintomatología somática se hizo en base a - frecuencias de aparición, momento de aparición y duración del síntoma.

Frecuencia de aparición consistió en el registro de cuántas veces apareció el síntoma en 24 horas al día.

Momento de aparición. Consistió en registrar en qué momento aparece la sintomatología somática. Esto se basó en tres periodos de tiempo: Matutino de 5:00 horas a.m. a 12:00 horas p.m., vespertino de 12:00 horas p.m. a 8:00 horas p.m., y el nocturno de 8:00 horas p.m. a 5:00 horas a.m.

Duración del síntoma. Consistió en registrar la duración -- del síntoma, segundo, minutos y horas antes y después del -- tratamiento.

9.1.5) Valoración de médicos. Que consistió en la revisión y valoración de los sujetos antes y después del tratamiento de --- acuerdo al padecimiento que se trata, tomando en cuenta los diez síntomas de mayor intensidad (Anexo 4).

9.2) Tratamiento (Desensibilización sistemática) el cual se dividió en tres fases:

9.2.1) Relajación muscular. Se utilizó el método de Jacobson modificado por Wolpe (En Delgado, 1983). "El cual consiste en - la reducción progresiva y voluntaria de la contracción tono y actividad de los músculos y del sistema nervioso motor"-- (P.P. 151-155).

9.2.2) Construcción de las jerarquías. Listas de estímulos sobre un tema con sus elementos ordenados de acuerdo con la intensidad de la ansiedad que ellos provocan (Wolpe, 1983).

9.2.3) Aplicación de las jerarquías (ansiedad contra relajación) - En esta se confrontó la ansiedad del paciente en la jerar--

quía o jerarquías elaboradas, con sus posibilidades de relajarse, obtenidas en el tratamiento previo.

9.3) Seguimiento. Que consistió en la aplicación después del tratamiento del mismo cuestionario DSM-III, autoreporte y la valoración de los médicos especialistas, es decir fueron las mismas características de la fase A (Línea base) para obtener los resultados. Este seguimiento tuvo duración de una semana.

10).- Variables independientes.

10.1) Variable independiente. Terapia de desensibilización sistemática, es un instrumento terapéutico para el tratamiento de la ansiedad neurótica y se dividió en tres fases:

10.1.1) Técnica de relajación muscular (método de Jacobson modificado por Wolpe (En Delgado 1983). "Se define como una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono o actividad de los músculos y del sistema nervioso motor" (P.P. - 151-155).

10.1.2) Construcción de las jerarquías. Lista de estímulos sobre un tema con sus elementos ordenados de acuerdo con la intensidad de la ansiedad que ellos provocan (Wolpe, 1985) es decir las jerarquías contienen una lista de estímulos ordenados en forma ascendente y que se midieron en base a una escala arbitraria del cero (0) al diez, la escala está basada sobre 10 unidades, correspondiendo el 10 a la más severa sensación de ansiedad que haya sido vivida por el paciente y el del 0, para un estado de calma absoluta (Anexo 5).

10.1.3) Desensibilización (Ansiedad contra relajación). En esta etapa se confrontó la ansiedad del paciente expresada en la jerarquía o jerarquías elaboradas, con sus posibilidades de relajarse obtenidas en el entrenamiento previo.

11).- Variable dependiente.

Fueron los efectos que produjo la desensibilización sistemática sobre los trastornos por somatización.

Se midieron cuatro formas:

11.1) Por medio de un cuestionario basado en los criterios diagnósticos del DSM-III de los trastornos por somatización en cuanto a los síntomas presentes y ausentes. Y a la intensidad de los mismos; tres para máximo, dos para moderado y uno para mínimo.

11.2) Por medio de la escala arbitraria de ansiedad. En donde las jerarquías fueron ordenadas en forma ascendente, es decir, de las que produjeron menos ansiedad a la que produjo más ansiedad. Se otorgó cero "0" a un estado de calma absoluta y diez "10" a la más severa sensación de ansiedad. Esta escala se utilizó exclusivamente para la D.S., en donde se permitió la verbalización del sujeto.

11.3) Dependiendo del trastorno psicósomático de mayor prevalencia, se evaluó por medio de los estudios médicos pertinentes al tipo de trastorno que se detectó. Es decir, se hizo una valoración antes y después del tratamiento, por medio de los instrumentos de la Medicina usados por médicos especialistas, sin intervención del investigador (Anexo 4).

- 11.4) Un registro por medio de auto-reporte de los sujetos. Que -- consistió en registrar fuera del área experimental, antes, du-- rante, y después del tratamiento la frecuencia de aparición -- de los síntomas somáticos, en periodos de momento de apari--- ción dividido en tres turnos, matutino de 5:00 a.m a 12:00 -- a.m., vespertino de 12:00 p.m. a 8:00 p.m. y nocturno de 8:00 p.m. a 5:00 a.m. La duración del síntoma es en base a horas, minutos y segundos.
- 11.5) Serán los efectos de la información proporcionada antes del - tratamiento. Y esto se observará en los resultados.

12).- Variables controladas.

- 12.1) Variables extrañas: Como luz, ruido, calor, interrupciones -- del personal de enfermería, etc., se controló por medio de -- eliminación y constancia de las condiciones.
- 12.2) Sexo. Se controló por equilibración, ya que de los cuatro -- sujetos que se investigaron, dos fueron del sexo masculino y dos del sexo femenino.
- 12.3) Efectos del investigador. Se controló por medio de equilibra-- ción en donde cada investigador, dos pasantes y el realizador de esta investigación, se les asignaron de los cuatro sujetos, uno del sexo masculino y otro del sexo femenino (Craig y Metze 1982).
- 12.4) Efectos de la intervención directa del investigador: Se con-- troló por medio de equilibración, en donde la aplicación de - la investigación fue realizada por el propio investigador y - los dos pasantes (Craig y Metze, 1982).

13) .- Condiciones experimentales- ambientales.

La investigación se realizó en el Hospital Naval de Veracruz, que se encuentra ubicado en la Ciudad de Veracruz. Es un establecimiento de apoyo logístico, a mandos y Unidades a quienes otorgan los servicios Médicos necesarios para el desempeño de sus funciones.

Desde un punto de vista de la atención que proporciona es un establecimiento de concentración regional, especializado de tipo agudo, que da atención Médico-Integral a su población amparada.

El Hospital Naval de Veracruz, es un establecimiento que depende en lo militar, de la Comandancia de la Tercera Zona Naval Militar, de Veracruz, Ver., y en lo técnico-Administrativo a la Dirección General de Sanidad Naval en México, D.F.

La aplicación de la investigación se efectuó en el consultorio de Psicología, marcado con el número 16, de 3 por 5 metros; el cual contó con luz de neón de control manual, 2 ventiladores, diván, escritorios con tres sillas, archiveros, lavamanos y 2 puertas de acceso, una para pacientes y otra para psicólogos.

14).- Procedimiento.

14.1) Etapa preterapéutica: (Fase A línea base).

14.1.1) Entrevista inicial (Raport). El terapeuta y el paciente interactuaron por medio de pláticas, acerca de los intereses y gustos del paciente, para fomentar la confianza y romper la tensión que produce la primera entrevista.

14.1.2) Entrevista directiva. Se inició con los motivos de consulta. Si el paciente refería quejas y síntomas somáticos, -

era candidato a seleccionar; si no lo manifestaba se usaba el criterio de eliminación. Si el paciente manifestaba -- quejas de síntomas se continuaba con entrevistas subsecuentes para obtener información del sujeto y así poder formar la historia clínica, poniendo énfasis en la sintomatología actual y en los factores para provocarlos. Apoyándose en los expedientes clínicos del paciente para una información más exacta (Anexo 1).

- 14.1.3) La duración de las entrevistas fue de cincuenta minutos y el número de éstas, las que fueran necesarias.
- 14.1.4) Terminadas las entrevistas se aplicó el cuestionario basado en los criterios diagnósticos de los trastornos por somatización del DSM-III (Anexo 2).
- 14.1.5) Obtenidos los datos de la entrevista, historia clínica, expedientes clínicos y el cuestionario; se procedió a obtener los síntomas de mayor prevalencia.
- 14.1.6) Tomando en cuenta la sintomatología de mayor prevalencia, se procedió a la valoración por parte de los médicos especialistas. La valoración de éstos fue en base a la sintomatología que presentara cada uno de los sujetos, y así se obtuvo otro criterio más de valoración (Anexo 4).
- 14.1.7) Habiendo cumplido lo anteriormente expuesto se procedió a la precisión de metas terapéuticas mediante la negociación o acuerdo con el paciente.
- 14.2) Etapa terapéutica. (Fase B aplicación de la terapia)

- 14.2.1) Se informó y se explicó al paciente con detalles acerca -- del uso del autoreporte con duración de una semana antes - de iniciar la fase B.
- 14.2.2) Para producir confianza en la terapia, se hicieron algunas consideraciones generales de los éxitos obtenidos por esta técnica, y aquí se les informó a dos sujetos y a dos no, - para que al final de la investigación se verificara si hubo algún efecto en la información proporcionada a los sujetos.
- 14.2.3) Se permitió que el paciente expresara sus dudas, respondiendo al terapeuta explícitamente a éstas.
- 14.3) Fase B. Se inició el tratamiento en relajación muscular. (Delgado, 1983).
- 14.3.1) Se le explicó al paciente la diferencia entre tensión y relajación. A continuación se obtuvo una escena control que produjera tranquilidad al paciente, por ejemplo: Un paisaje nevado, un bosque, el mar, etc.
- 14.3.2) Se le invitó a recostarse boca arriba en el diván y se le - pidió que se pusiera lo más cómodo posible. Aflojándose la ropa apretada, no debía cruzar las piernas y todas las partes del cuerpo deberían descansar en el diván. Luego se le pidió que hiciera una aspiración profunda y que sacara el - aire lentamente.
- 14.3.3) La duración de las sesiones fue de treinta minutos y el número de sesiones, para esta fase fue de seis.
- 14.3.4) La duración tanto de los ejercicios de tensión como de rela

jación fue de diez segundos. Cada ejercicio de tensión-relajación se presentó dos veces. Cada vez que se presentó la relajación se combinó con la escena control, en caso que no se lograra la relajación de alguna parte del cuerpo se repitió el ejercicio hasta lograrla.

14.3.5) Realizado lo anteriormente expuesto se procedió a aplicar la relajación muscular.

14.3.6) Relajación de los brazos.

Déjese relajar lo más que pueda. Bien, ahora mientras se relaja, cierre el puño derecho, ciérrelo y apriételo más y más, observando (con sus ojos cerrados) la tensión que se produce al apretarlos. Sienta la tensión en su mano, en su antebrazo derecho. Concéntrese en esa tensión, pausa (diez segundos); ahora relájese. Deje que los dedos de su mano derecha se aflojen poco a poco y concéntrese en la diferencia de sensaciones. Antes la tensión molesta, incómoda y ahora la relajación cómoda agradable, pausa (diez segundos). Ahora, déjese ir trate de aflojar y de relajar todo su cuerpo más y más. Bien, repita el ejercicio una vez más con su puño derecho. Apriételo y sienta la sensación de tensión en su antebrazo, pausa (diez segundos). Ahora deje de abrir los dedos y sienta la relajación. Deje ir todo su cuerpo, pausa (diez segundos). Observe la diferencia una vez más. Repita lo mismo con el puño izquierdo, ciérrelo mientras el resto de su cuerpo se encuentra totalmente relajado. Cierre el puño, apriételo más y sienta la

tensión, pausa (diez segundos). Ahora relájese, estudie el contraste y disfrútelo; pausa, (diez segundos). Repita el ejercicio una vez más, cierre el puño izquierdo, -- póngalo tenso y apriételo, pausa (diez segundos). Continúe relajándose por un rato y disfrute qué agradable sensación. Ahora cierre ambos puños, sienta la tensión de los antebrazos, estudie sus sensaciones, pausa (diez segundos). Relájese, deje que sus dedos se abran, se estiren y sienta la relajación, pausa (diez segundos). Continúe - relajando las manos, los antebrazos, más...más y más. - Ahora doble los brazos y ponga en tensión los bíceps fuertemente. Sienta la tensión, pausa (diez segundos), bien estire ahora los brazos, déjelos relajar, sienta la agradable diferencia, pausa (diez segundos). Permita que se relajen más y más.

De nuevo ponga en tensión sus bíceps, mantenga la tensión y obsérvela cuidadosamente, pausa (diez segundos), estire ahora los brazos y relájese, cuanto pueda, pausa (diez -- segundos). Cada vez que lo haga estudie la diferencia - de sensaciones cuando se está en tensión o cuando se está relajado. La tensión es incómoda, molesta, mientras que la relajación es agradable, disfrútela.

Ahora estire los brazos, póngalos muy tensos de manera que sienta la mayor tensión en los músculos los tríceps los -- cuales quedan en la parte de atrás de sus brazos, mantenga los brazos estirados y mantenga la tensión, pausa (diez --

segundos). Ahora relájese y sienta la diferencia; pausa (diez segundos). Coloque los brazos en una posición cómoda y deje que la relajación continúe, sentirá sus brazos agradablemente pesados mientras se relajan. De nuevo estire los brazos para sentir la tensión en sus tríceps estírelos, sienta la tensión más, más, pausa (diez segundos). Ahora aflójelos relájelos, pausa (diez segundos). Ponga los brazos en una posición cómoda y déjelos relajar más y más, cada vez más. Aunque parezcan que están totalmente relajados, intente ir más allá, trate de lograr niveles más profundos de relajación.

14.3.7) Relajación del área facial, la nuca, los hombros, y la parte superior de la espalda.

Deje que sus músculos se aflojen pesadamente. Ahora arrugue su frente, arrúguela más, más, apretándola, pausa (diez segundos). Ahora desarrúguela alísela, relájela. Imagine que toda su frente y su cuero cabelludo se alisan más a medida que aumenta la relajación, pausa (diez segundos). Ahora repita el ejercicio, y una vez que sienta la tensión en su frente permita de nuevo la relajación; pausa (diez segundos). Ahora cierre los ojos, apriéte los más y más hasta que sienta la tensión, pausa (diez segundos). Ahora relájese, pausa (diez segundos) Mantenga sus ojos cerrados suave y confortablemente y observe la relajación. Disfrútela. -- Ahora apriete sus mandíbulas, apriete el maxilar superior contra el inferior y sienta la tensión que invade su mandí-

bula, pausa (diez segundos). Relájelo ahora deje que sus labios se entreabran suavemente y aprecie la relajación, pausa (diez segundos). Ahora presione su lengua fuertemente contra el paladar superior y sienta la tensión, pausa (diez segundos), luego relájese y permita que su lengua vuelva a su posición cómoda, relajada, pausa (diez segundos); ahora apriete sus labios y observe la tensión, pausa (diez segundos). Relájese, pausa (diez segundos), ahora deje relajar toda su cara más y más. Observe y sienta lo agradable de esa situación. Estudie la relajación en su cuero cabelludo, frente, ojos, cara, mandíbulas. Relajese más y más, es una sensación de tranquilidad, muy agradable que provoca profundizar en sí misma. Ahora extienda los músculos del cuello. Inclíne la cabeza hacia atrás lo más que pueda, hasta sentir la tensión en su cuello, gire la cabeza hacia la derecha y observe como se moviliza la tensión, haga lo mismo hacia el lado izquierdo y estudie la tensión, pausa (diez segundos). Ahora lleve su barbilla hacia adelante y hacia abajo, e intente presionar su pecho, deje que su cabeza retorne a una posición cómoda, permita que se relaje más y más, pausa (diez segundos). Sienta su cuello sin tensión, una sensación agradable que debe dejar progresar. Encoja sus hombros bien hacia arriba y mantenga la tensión, siéntala pausa (diez segundos). Ahora relájese, pausa (diez segundos). Encoja de nuevo sus hombros y muévalos a la dere-

cha y a la izquierda, llévelos hacia adelante y hacia atrás, y sienta la tensión en los hombros y en la parte superior de la espalda. Mantenga la tensión y estudie la sensación, pausa (diez segundos). Ahora deje caer los --- hombros y relájese, pausa (diez segundos).

Deje que la relajación se extienda por sus hombros, más y más que continúe por los músculos de la espalda, así, agradablemente, deje que se relaje la nuca y el cuello, las -- mandíbulas y la cara, cada vez más...más...deje que todo - su cuerpo se relaje, disfrute esa sensación y deje que --- cada vez sea más y más profunda.

14.3.8) Relajación del tórax, estómago y parte inferior de la espalda.

Respire tranquila y libremente, tome aire, expúlselo tranquilamente y observe como aumenta la relajación cuando usted expele aire. Ahora tome aire de nuevo, llene sus - pulmones inhalando profundamente, sostenga la respiración, estudie la tensión, siéntala, pausa (diez segundos). Ahora expire, permita que las paredes del tórax se aflojen y empujen por sí solas el aire hacia afuera de los pulmones, - continúe relajándose, respire suave y profundamente sienta la relajación, disfrútela, pausa (diez segundos). Mantenga el resto de su cuerpo relajado sin tensión alguna, llene los pulmones de aire una vez más, aspire profundamente y mantenga la respiración, pausa (diez segundos). Bien, - expulse el aire y sienta el agradable alivio de la tensión,

pausa (diez segundos) continúe respirando tranquila y rítmicamente, deje que su tórax se relaje más, más, deje que se relaje, se extiende hacia la espalda, a los hombros, el cuello, déjese ir y disfrute de esa sensación tan agradable que es la relajación. Ponga atención ahora a los músculos de su estómago. Apriete los músculos del estómago, endurezca el abdomen, observe la tensión, pausa (diez segundos). Ahora relájese, pausa (diez segundos). Hágalo de nuevo y sienta la tensión, pausa (diez segundos). Ahora relájese pausa (diez segundos), déjelo relajar más y más. Deje que la tensión se desaparezca a medida que aumenta la relajación cada vez que aspire sienta como aumenta la agradable sensación de relajación en su tórax y en su estómago. Dirija ahora su atención hacia la parte inferior de la espalda. Arquéeela hacia arriba, intentando hacer un hueco en la parte inferior de la espalda sienta la tensión a lo largo de la columna vertebral. Estudie y trate de mantener el resto del cuerpo relajado, concéntrese en la tensión de su espalda, pausa (diez segundos). Bien, ahora -- relájese, primero la parte inferior, ahora la parte superior. Sienta la relajación, pausa (diez segundos). Ahora relaje su estómago, el tórax aumenta cada vez que expelle el aire. Los hombros, los brazos, su cara, relájese más, más, respire tranquilo y cómodamente, y sienta cómo se relaja más, más y más profundamente.

14.3.9) Relajación de caderas, músculos, tobillos, seguida de relajación completa del cuerpo.

Flexione los talones hacia abajo cuanto pueda y mantenga esa tensión, pausa (diez segundos). Sienta la sensación en sus caderas, estire las rodillas y sienta la tensión en sus caderas y los muslos, bien, presione los dedos y los pies hacia abajo, de manera que los músculos del tobillo se pongan en tensión, concéntrese en la sensación, relájese; pausa (diez segundos), estire la punta de sus dedos -- hacia arriba, hacia la cara y sienta la tensión en la parte interna de la pierna, mantengalos estirados y sienta la tensión, pausa (diez segundos). Relájese, pausa (diez segundos). Sienta la relajación en sus piernas, relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las caderas, sienta la agradable pesadez de la parte inferior de su cuerpo a medida que avanza la relajación. Deje que la relajación se extienda al estómago, ahora a la cintura en la parte inferior de la espalda; el tórax. Respire tranquilamente, sienta cómo se relaja más cuando estira, relaje los hombros, los brazos, continúe relajándose más y más profundamente. No debe haber ninguna tensión en su cuello, aflójeló, relaje las mandíbulas, entreabra los labios suavemente, relaje toda su cara. Continúe relajándose más, abandónese totalmente a la relajación, es muy agradable...muy agradable...Ahora usted puede conseguir niveles más profundos de relajación, simplemente respire tranquilamente y cuando

bote el aire sentirá como relaja más y más. Mantenga sus ojos cerrados, así nada lo perturbará respire profundamente y tranquilamente; sienta como se vuelve más pesado, como se extiende a cada respiración la pesadez y la relajación a lo largo de su cuerpo, tranquilo, relajado, imagine el intenso esfuerzo que requería para levantar su brazo -- derecho siga relajado. Usted decide no levantar el brazo, desea continuar relajado...así, agradablemente respirando tranquila y profundamente, sin nada que perturbe que disfrute de esa maravillosa sensación...la relajación manténgase así...sin ninguna tensión...cuando decida levantarse cuente regresivamente de cuatro hacia uno, lentamente, luego abra los ojos, sentirá una sensación de frescura, tranquilidad, serenidad.

14.4) Fase B₂

Construcción de las jerarquías.

14.4.1) Los datos para la construcción de las jerarquías se obtuvo de tres fuentes:

- Historia clínica del paciente.
- Cuestionario de DSM-III
- Sondeos especiales, para obtener mayor información, dejándole al paciente la tarea casera de hacer una lista de todas las situaciones, pensamientos, los sentimientos que encuentren perturbaciones de ansiedad y que provoca la manifestación somática (Anexo 5).

- 14.4.2) A continuación se obtuvo una lista de las fuentes de perturbaciones neuróticas que se agruparon en temas.
- 14.4.3) La construcción de las jerarquías se realizaron conjuntamente con el paciente, asegurándose que éste participara activamente.
- 14.4.4) El número de temas o jerarquías fue de acuerdo a la problemática de cada paciente; las cuales fueron situaciones concretas y realistas que hayan sido experimentadas anticipadamente por el sujeto.
- 14.4.5) El terapeuta vigiló tanto que los estímulos contiguos como los estímulos adyacentes no fueran similares o difirieran demasiado.
- 14.4.6) Aquí se utilizó la escala arbitraria, para precisar la magnitud de la ansiedad, en donde "10" fue la más severa ansiedad y "0" es un estado de calma absoluta. La diferencia entre un estímulo y otro no deberá ser superior a 5 ó 10 Unidades de la escala.
- 14.4.7) Fue preciso vigilar que cada estímulo sea el producto de una proposición del paciente, que se pudiera precisar y ordenarse con la ayuda del terapeuta, pero nunca se impuso.
- 14.5) Fase B₃-
Aplicación de las jerarquías.
- 14.5.1) En esta etapa del procedimiento se confrontó la ansiedad del paciente expresada en la jerarquía o jerarquías elaboradas con sus posibilidades de relajarse obtenidas en el entrenamiento previo.

- 14.5.2) La primera sesión de sensibilización comenzó permitiendo -- los minutos suficientes para que el paciente lograra un -- efectivo estado de relajación, comunicándose con el terapeuta para indicarle que se encuentra relajado, mediante -- la elevación del índice de la mano derecha lo cual no perturbó el proceso de relajación.
- 14.5.3) Presentación de las escenas control, que una vez bien lograda en la imaginación, fue mantenida por espacio de 15 -- segundos.
- 14.5.4) Presentación de las escenas, se presentaron las veces que fue necesario con un máximo de exposición para la primera escena de cinco segundos con incrementos graduales para -- las siguientes hasta de 10 segundos.
- 14.5.5) Los estímulos de las jerarquías se presentaron en orden -- ascendente, comenzando con el más bajo de la lista.
- 14.5.6) Interrupción de las escenas. Cada escena fue interrumpida por la voz del terapeuta, quien dijo: "detenga la escena", de inmediato pidió al paciente que calificara de acuerdo -- con la escala arbitraria, cuando fue perturbado, expresándose en unidades del 1 al 10, aquí se permitió la verbalización del sujeto.
- 14.5.7) Repetición de las escenas. Se hizo hasta que la ansiedad que provocan las jerarquías haya sido virtualmente eliminada, sólo entonces podría introducirse la próxima escena.
- 14.5.8) El terapeuta se aseguró que, entre la presentación de dos escenas, no hubiese ansiedad alguna. Esto se comprobó .

hasta que la ansiedad de la primera escena fuera reducida a cero.

- 14.5.9) Escena por sesión. Se presentaron cuatro escenas por -- cada sesión, en caso de que no se presentara ansiedad en las cuatro escenas se presentaron dos más.
- 14.5.10) Duración de la sesión, fue de 50 minutos.
- 14.6) El número de sesiones dependió del tipo de caso tratado y de las características de los sujetos (Anexo 1)
- 14.6.1) El número de sesiones fue de dos sesiones a la semana.
- 14.6.2) Conclusión de las sesiones. El terapeuta se aseguró de no interrumpir la sesión si se presentara el caso de manifestaciones de ansiedad por parte del paciente. Si -- esto no fuera el caso se daba por terminada.
- 14.6.3) Cada sesión se inició presentando al paciente la última escena trabajada en la sesión anterior.
- 14.7) Fase C.
Seguimiento.
- 14.7.1) Terminada la desensibilización sistemática se procedió a la fase de seguimiento.
- 14.7.2) Una semana después de la aplicación de la desensibilización sistemática, se presentó el mismo cuestionario basado en los criterios diagnósticos de los trastornos por - somatización del D.S.M. III
- 14.7.3) A continuación se hizo la revisión por parte de los médicos especialistas de los sujetos, cuantificando por medio de sus técnicas los efectos de la desensibilización sistemática sobre algún trastorno psicossomático.
- 14.7.4) Se continuó con la aplicación del auto-reporte una semana después del tratamiento.

CAPITULO V
RESULTADO S

V.- RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron de las siguientes cuatro formas:

- 1).- Por medio del cuestionario del DSM-III de trastornos por somatización (anexo 2), el cual se aplicó a los sujetos antes y después del tratamiento, tomando en cuenta el número de síntomas presentes en las seis partes del cuestionario. La primera parte corresponde a 14 síntomas pseudoneurológicos o de conversión, la segunda parte con seis síntomas gastrointestinales, la tercera parte con cuatro síntomas relativos al aparato reproductor femenino (Este apartado no se aplica a los pacientes masculinos), la cuarta parte con tres síntomas psicosexuales, la quinta parte con seis síntomas correspondientes al dolor, y por último, la sexta parte con un total de cuatro síntomas cardíopulmonares. A partir de esto se obtuvo un porcentaje de síntomas presentes por cada grupo de los mencionados anteriormente, por medio de una fórmula basada en una regla de tres:

$$\text{FORMULA } \frac{\text{SP} \times 100}{\text{TST}} = \% \text{ SP}$$

En donde TST: Corresponde al total de síntomas

SP: Corresponde a los síntomas presentes

%SP : Corresponde al porcentaje de síntomas presentes en cada grupo de síntomas.

Para obtener el porcentaje total se hará la misma operación.

$$\frac{\text{TSP} \quad \times \quad 100}{(\text{T S C})} = \% \text{TSP}$$

En donde TSC: Corresponde al total de síntomas de cuestionario

TSP: Corresponde al total de síntomas presentes.

% TSP: Corresponde al porcentaje de síntomas presentes en total.

Para obtener el porcentaje de síntomas presentes de los cuatro -- sujetos se tomó el total de síntomas que presentaron los mismos y se aplicó una regla de tres, la cual se expresa a continuación:

$$\text{FORMULA} \quad \frac{\text{TSP} \quad \times \quad 100}{\text{TSC}} = \% \text{SP}$$

En donde TSP: corresponde al total de síntomas presentes.

TSC: corresponde al total de síntomas del cuestionario

% SP: corresponde al porcentaje de síntomas presentes.

Posteriormente para obtener el porcentaje total de reducción de -- los síntomas de los cuatro sujetos, se realiza en segundo lugar, otra regla de tres que se describe de la siguiente manera:

$$\text{FORMULA} \quad \frac{\text{T.S.P.A.} \quad \times \quad 100}{\text{T.S.P.C.}} = \% \text{S.P.T.}$$

En donde TSPA: Corresponde al total de los síntomas presentes en la fase A.

100: corresponde al equivalente del porcentaje total de los síntomas presentes.

TSPC: Corresponde al total de los síntomas presentes en la fase C.

SPT: Corresponde al porcentaje total de síntomas presentes.

Consecutivamente se efectuó una sustracción entre el equivalente - del porcentaje total de síntomas presentes y el total de síntomas presentes de la fase C, obteniéndose así el porcentaje total de - reducción de los síntomas.

De manera similar se obtuvo el porcentaje total de reducción para los sujetos a los cuales el procedimiento de desensibilización --- sistemática les fue aplicado por el investigador y por los pasantes, igualmente para los sujetos de ambos sexos y, además, sobre el manejo de la información terapéutica proporcionada a los pacientes antes del tratamiento.

Al final de la investigación se comparó el porcentaje obtenido por los cuatro sujetos en la fase A o de línea base, y la fase C o de seguimiento; así se observaron los efectos del tratamiento sobre los trastornos psicossomáticos.

1.1) Otra forma para obtener los resultados dentro del mismo cuestionario, fue por medio de la intensidad del síntoma, en donde el criterio que se tomó fue de uno (1), para la intensidad mínima, (2) para la intensidad moderada y tres (3) para la intensidad máxima.

De cada grupo de síntomas se obtuvo un porcentaje por medio de una regla de tres, en donde se sumaron las intensidades mínima, moderadas y máximas obtenidas en cada grupo de síntomas y se multiplicaron

ron por (100), después fueron divididos entre el total de intensidades que cuenta cada grupo de síntomas.

Formula para obtener el porcentaje de la intensidad:

$$\text{FORMULA } \frac{I.O \times 100}{I \text{ TS}} = \% I$$

En donde I TS: Intensidad total de los síntomas.

I.O: Intensidad obtenida.

% I: Porcentaje de intensidad.

Las mismas operaciones mencionadas anteriormente se realizaron para -- obtener el porcentaje general de síntomas presentes y de intensidad de los cuatro pacientes, así se pudo observar los efectos de la desensibilización -- sistemática sobre los trastornos psicósomáticos en todos los sujetos.

1.2) Auto-reporte. La valoración de éste fue en base a la fre---
cuencia del síntoma en donde se registró el número de veces
que aparece el síntoma en un periodo de 24 horas, tomán-
dose en cuenta los síntomas de mayor intensidad. Momento
de aparición del síntoma que se registró en el periodo en
que surgió el síntoma, esto en base a tres momentos: El
primer periodo es el matutino, que abarcó de las 5 horas --
A.M. a las 12 horas P.M. el vespertino de 12 horas P.M. a
8 horas P.M., el nocturno de 8 horas P.M. a 5 horas A.M., -
tomando en cuenta los 10 síntomas de mayor intensidad. Para
obtener los resultados del auto-reporte se realizaron suma--
torios de la frecuencia, duración y momento de aparición -
obteniéndose un total por sujeto, posteriormente se

sumaron los totales de los cuatro sujetos en las diferentes - fases de la investigación, y así se observó el efecto del - tratamiento, de la misma forma se obtuvo la sumatoria total - sobre el manejo de la información, diferencia entre sexos y - sobre el tipo de aplicación.

El auto-reporte se aplicó desde una semana antes de iniciar - el tratamiento y se suspendió una semana después; es decir, - que el auto-reporte se utilizó en la línea base, en el trata- miento y en el seguimiento.

1.3) Valoración de médicos, dependió de la sintomatología que se - trató, esta valorización fue antes y después del tratamiento_ sin intervención del investigador. En dicha valoración se -- tomaron en cuenta los síntomas de mayor prevalencia en cuanto a su intensidad y dependiendo de la cuantificación de los --- médicos especialistas (Anexo 4).

1.4) Solamente para la fase de desensibilización se utilizó la es- cala arbitraria del (0) al (10), específicamente para la cons- trucción de las jerarquías y para la intensidad de las je- rarquías disminuyó o aumentó con cada presentación (Anexo 5).

2) Descripción de los resultados.

Los resultados son representados en forma de tablas. Para facilitar el posterior análisis de los mismos, se muestran en dos condiciones. La primera muestra los datos obtenidos para cada uno de los su- jetos y la segunda, muestra los datos en forma de porcentajes pro- medios para la totalidad de los sujetos, es esta última la que des-

cribiremos a continuación. Debido a que en estas tablas comprobaremos nuestras hipótesis.

La tabla 5 muestra el porcentaje de síntomas presentes (% SP) de los cuatro sujetos correspondientes a la fase A (línea base) y C (Seguimiento) del cuestionario D-S-M III. En el caso del grupo de síntomas Pseudoneurológicos muestra que para la fase A fueron 21 (S-P) es decir un 37% (% S-P) y para la fase C fue de 3 (S-P) es decir un 5% de (% S-P). Para los síntomas gastrointestinales se obtuvo en la fase A un porcentaje de 7 (S-P), es decir, un 29% de --- (% S-P), y para la fase C el puntaje obtenido fue de 3 (S-P) que --- equivale a un 12% (% S-P). Concerniente a los síntomas relativos al aparato reproductor femenino se muestra en la fase A un puntaje de 4 (S-P) correspondiendo a un 5% de (%S-P) y en la fase C fue de 3 (S-P), es decir, un 37% de (% S-P). En relación a los síntomas sexuales se pudo observar en la fase A un puntaje de 2 (S-P) equivalente al 16% de (% S-P). Fase A un puntaje de 2 (S-P) equivalente al 16% de (% S-P) y para la fase C el puntaje fue de 1 (S-P) es decir un 8% de (% S-P). En el caso de los síntomas de dolor, el puntaje obtenido en la fase A fue de 13 (S-P) equivalente al 54% de (% S-P) y en la fase C el puntaje fue de 3 (S-P), es decir, un 12% de (% S-P). Para los síntomas cardiopulmonares se obtuvo para la fase A un puntaje de 13 (S-P) correspondiendo al 81% de (% S-P) y para la fase C el puntaje fue de 1 (S-P), es decir, 5% de (% S-P). En total de los seis grupos de síntomas de los cuatro sujetos se muestra que para la fase A un puntaje de 60 (S-P) que equivale al 43% de (% S-P) y en la fase C fue de 14 (S-P) correspondiendo a un 10% de (% S-P).

Para la revisión individual de los resultados del % de S-P por sujeto ver las tablas (1,2,3, y 4).

La tabla 6 muestra la comparación del porcentaje de síntomas presentes (% S-P) entre la aplicación del investigador y los pasantes en la fase A y C del cuestionario D-S-M III. En el caso de los síntomas Pseudoneurológicos el porcentaje obtenido en la fase C fue de 32% para el investigador y 42% para los pasantes, en la fase A fue de 7% para el investigador y 3% para los pasantes. El porcentaje obtenido en los síntomas gastrointestinales en la fase A fue de 41% para el investigador y 16% para los pasantes, en la fase C 16% para el investigador y 8% para los pasantes. En relación a los síntomas relativos al aparato reproductor femenino se muestra que para la fase A un porcentaje de 50% para el investigador y 50% para los pasantes, en la fase C el porcentaje fue del 25% para el investigador y 50% para los pasantes. En el caso de los síntomas Psicosexuales el porcentaje obtenido en la fase A fue de 16% para el investigador y 16% para los pasantes, en la fase C fue de 16% para el investigador y 0% para los pasantes. Para los síntomas de dolor el porcentaje resultante en la fase A fue de 50% para el investigador y 50% para los pasantes, en la fase C fue de 25% para el investigador y 0% para los pasantes. Por lo que corresponde a los síntomas cardiopulmonares el porcentaje obtenido en la fase A fue de 75% para el investigador y 87% para los pasantes, en la fase C fue 0% para el investigador y 12% para los pasantes. El total del porcentaje de síntomas presentes (% S-P) de los seis grupos de síntomas en la fase A fue de 45% para el investigador y 43% para los pasantes, en la fase C

fue de 13% para el investigador y 7% para los pasantes.

La tabla 7 muestra el porcentaje de síntomas presentes (% S-P) obtenidos por los sujetos masculinos y femeninos en las fases A ---- (línea base) y C (seguimiento) del cuestionario D-S=M III. En relación a los síntomas Pseudoneurológicos el porcentaje obtenido en la fase A fue de 35% para los masculinos y 39% para los femeninos, en la fase C fue de 10% para los masculinos y 0% para los femeninos. Para los síntomas gastrointestinales en la fase A se obtuvo un porcentaje de 41% para los masculinos y 16% para los femeninos, en la fase C fue de 25% para los masculinos y 0% para los femeninos. En el caso de los síntomas relativos al aparato reproductor femenino, el porcentaje obtenido en la fase A fue de 50% y en la fase C fue de 37% para los femeninos (este grupo de síntomas no es aplicable al -- sexo masculino). Por lo que respecta a los síntomas psicosexuales, el porcentaje resultante en la fase A fue de 0% para los masculinos y 33% para los femeninos, en la fase C fue de 0% para los masculinos y 16% para los femeninos. El porcentaje obtenido por los sujetos en síntomas de dolor en la fase A fue de 60% para los masculinos y 41% para los femeninos, en la fase C fue de 8% para los masculinos y 16% para los femeninos. En relación a los síntomas cardiopulmonares el porcentaje obtenido en la fase A fue de 75% para los masculinos y 87% para los femeninos, en la fase C fue de 0% para los masculinos y --- 12% para los femeninos. El total del porcentaje de síntomas presentes en la fase A fue de 43% para los sujetos masculinos y 41% para los femeninos, en la fase C fue de 10% para los masculinos y 9% para los femeninos.

La tabla 8 representa el porcentaje de los síntomas presentes (% S -P) obtenidos por los sujetos a los cuales se les informó y - no se les informó de la terapia antes del tratamiento en la fase A (Linea base) y C (seguimiento) del cuestionario D-S-M III. En el -- caso de los síntomas pseudoneurológicos, el porcentaje obtenido en - la fase A fue de 32% a los que se les informó y 42% a los que no se les informó, en la fase C fue de 3% a los que se les informó y 7% a los que no se les informó. Para los síntomas gastrointestinales el porcentaje obtenido en la fase A fue de 33% a los que se les informó y 25% a los que no se les informó, en la fase C fue de 8% a - los que se les informó, y 16% a los que no se les informó. En rela ción a los síntomas relativos al aparato reproductor femenino, el - porcentaje obtenido en la fase A fue de 50% a los que se les informó y 50% a los que no se les informó. El porcentaje obtenido por los sujetos en los síntomas psicosexuales en la fase A fue de 16% a los que se les informó y 16% a los que no se les informó, en la --- fase C fue de 16% a los que se les informó. Para los síntomas de - dolor el porcentaje obtenido en la fase A fue de 58% a los que se les informó y 50% a los que no se les informó, en la fase C fue de 16% a los que se les informó y 8% a los que no se les informó. Por lo que respecta a los síntomas cardiopulmonares el porcentaje obtenido en la fase A fue de 100% a los que se les informó y 62% a los que no se les informó en la fase C fue de 0% a los que se les informó y 12% a los que no se les informó. El total del porcentaje de - síntomas presentes (% S-P) en la fase A fue de 44% a los que se -- les informó y 41% a los que no se les informó, en la fase C fue de

8% a los que se les informó y 11% a los que no se les informó.

La tabla 13 muestra el porcentaje de intensidad (% I) de los cuatro sujetos correspondientes a la fase A (línea base) y C (Seguimiento) del cuestionario D-S-M III. En el caso del grupo de síntomas Pseudoneurológicos muestra que la intensidad obtenida (I-0) - en la fase A fue de 8 para mínima, 8 moderada y 27 máxima es decir un 14% para mínima, 7% moderada y 8% máxima de (% I) y en la fase C fue de 3 para mínima, 0 para moderada y 0 para máxima de (I 0) es - decir un 5% para mínima, 0% moderada, 0% máxima de (% I). Para los síntomas gastrointestinales la (I-0) en la fase A fue de 3 para mínima, 4 moderada y 0 máxima es decir un 12% para mínima, 8% moderada y 4% máxima de (% I), en la fase C fue de 0 para mínimo, 4 moderada y 0 máxima de (I-0) correspondiéndole 0% para mínima, 3% moderada y 0% máxima de (% I). En relación a los síntomas relativos al aparato reproductor femenino la (I-0) en la fase A fue de 0 para mínima, 0 moderada y 12 máxima correspondiéndole un 0% para mínima, - 0% para moderada y 25% máxima de (% I), en la fase C fue de 0 para mínima, 2 moderada y 6 máxima de (I-0) que es equivalente a un 0% - para mínima, 4% moderada y 12% de (% I). Por lo que respecta a -- los síntomas psicosexuales la (I-0) en la fase A fue de 0 para mínima, 2 moderada y 3 máxima, es decir un 0% para mínima, 8% moderada y 4% máxima de (% I), en la fase C fue de 0 para mínima, 0 moderada y 3 máxima de (I-0) que corresponde a un 0% para mínima, 0% moderada y 4% máxima de (% I). Para los síntomas de dolor la (I-0) en la fase A fue de 1 para mínima, 10 moderada y 21 máxima que es igual a un 4% para mínima, 20% moderada y 14% máxima de (% I), en la fase C

fue de 0 para mínima, 4 moderada y 0 máxima de (1-0) que equivale a 0% para mínima, 8% moderada y 0% máxima de (% I). La (1 0) en la fase A para los síntomas cardiopulmonares fue de 1 para mínimo, 8 moderado y 18 máxima es decir un 6% para mínima, 22% moderada y 18% máxima de (% I), en la fase C fue de 1 para mínima, 2 moderada y 0 máxima de (1-0) correspondiéndole un 6% para mínima, 5% moderada y 0% máxima de (% I). En total la intensidad obtenida (I 0) en la fase A fue de 13 para mínima, 36 moderada y 87 máxima que equivale a un 8% para mínima, 12% moderada y 9% máxima de (% I), en la fase C fue de 4 para mínima, 10 moderada y 9 máxima de (I 0), es decir - un 2% para mínima, 3% moderada y 1% máxima de (% I).

Para mayor información de los resultados de la intensidad obtenida (I.0) y del porcentaje de intensidad (% I) por sujeto ver tablas (9,10,11,12).

La tabla 14 muestra el porcentaje de intensidad (%I) obtenidos en la aplicación del investigador y los pasantes en la fase A - (línea base) y C(següimiento) del Cuestionario D-S-M III. En el caso de los síntomas pseudoneurológicos el (%I) en la fase A fue de 42% en mínima, 0% moderada, 10% máxima para el investigador y de -- 14% en mínima, 28% moderada, 21% máxima para los pasantes, en la -- fase C fue de 14% en mínima, 0% moderada, 0% máxima en el caso del investigador y de 7% en mínima, 0% moderada, 0% máxima para los pasantes. El (% I) en los síntomas gastrointestinales en la fase A fue de 16 % en mínima, 33% moderada, 8% máxima para el investigador y de 33% en mínima, 0% moderada, 0% máxima para los pasantes, en la fase C fue de 0% en mínima, 16% moderada, 0% máxima en el caso del

investigador y de 0% en mínimo, 16% moderada, 0% máxima para los pasantes. En relación a los síntomas relativos al aparato reproductor femenino: el (% I) obtenido en la fase A fue de 0% en mínimo, 0% moderado, 25% máximo para el investigador y de 0% en mínima, 0% moderado, 25% máximo para el investigador y de 0% en mínima, 0% moderada, 25% máxima para los pasantes, en la fase C fue de 0% en mínima, 0% moderada, 12% máxima, en el caso del investigador y de 0% en mínima, 25% moderada, 12% máxima para los pasantes. Para los síntomas psicosexuales: el (% I) en la fase A fue de 0% en mínima, 0% moderada, 16% máxima para el investigador y 0% en mínimo, 33% moderada, 0% máxima para los pasantes, en la fase C fue de 0% en mínima, 0% moderada, 16% máxima en el caso del investigador y de 0% en mínimo, 0% moderado, 0% máximo para los pasantes. En relación a los síntomas cardiopulmonares el (% I) en la fase A fue de 0% en mínima, 50% moderada, 33% máxima para el investigador y de 16% en mínima, 33% moderada, 24% máxima para los pasantes, en la fase C fue de 0% en mínima, 32% moderada, 0% máxima en el caso del investigador y de 0% en mínima, 0% moderada, 0% máxima para los pasantes. Por lo que corresponde a los síntomas de dolor el (% I) en la fase A fue de 0% en mínima, 100% moderada, 25% máxima para el investigador y de 33% en mínima, 50% moderada, 50% máxima para los pasantes, en la fase C fue de 0% en mínima, 25% moderada, 0% máxima en el caso del investigador y de 25% en mínima, 0% moderada y 0% máxima para los pasantes. El total de (% I) en la fase A fue de 20% en mínima, 26% moderada, 18% máxima para el investigador y de 17% en mínima, 26% moderada, 20% máxima para los pasantes, en la fase C fue de

0% en mínima, 8% moderada, 2% máxima en el caso del investigador y de 5% en mínima, 5% moderada, 1% máxima para los pasantes.

La tabla 15 muestra el porcentaje de intensidad (% I) obtenidos por los sujetos de ambos sexos en la fase A (Línea base) y C -- (Seguimiento) del cuestionario D-S-M III. Para los síntomas pseudo neurológicos el (% I) en la fase A fue de 35% en mínima, 28% moderada, 3% máxima para los masculinos y de 21% en mínima, 0% moderada, 28% máxima para los femeninos, en la fase C fue de 21% en mínima, 0% moderada, 0% máxima para los masculinos y de 0% en mínimo, 0% moderado, 0% máximo para los femeninos. En el caso de los síntomas gastrointestinales el (% I) en la fase A fue de 33% en mínima, 33% moderado, 8% máxima para los masculinos y de 16% en mínima, 0% moderada, 8% máxima para los femeninos, en la fase C fue de 0% en mínima, 32% moderada, 0% máxima para los femeninos. En relación a los síntomas relativos al aparato reproductor femenino el (% I) en la fase A fue de 0% en mínima, 0% moderada, 50% máxima, en la fase C fue de 0% en mínima, 25% moderada, 24% máxima para los sujetos femeninos (este grupo de síntomas no es aplicable al sexo masculino). por lo que respecta a los síntomas psicosexuales el (% I) en la fase A fue de 0% en mínima, 0% moderada, 0% máxima para los masculinos y de 0% en mínima, 33% moderada y 16% máxima para los femeninos en la fase C fue de 0% en mínima, 0% moderada, 0% máxima para los masculinos y de 0% en mínima, 0% moderada, 16% máxima para los femeninos. El (% I) obtenido en los síntomas cardiopulmonares en la fase A fue de 16% en mínima, 83% moderada, 16% máxima para los masculinos y de 0% en mínima, 0% moderada, 41% máxima para los fe-

meninos, en la fase C fue de 0% en mínima, 16% moderada, 0% máxima para los masculinos y de 0% en mínima, 16% moderada, 0% máxima para los femeninos. En los síntomas de dolor muestra un (% I) en la -- fase A de 8% en mínima, 100% moderada, 25% máxima para los masculinos y de 25% en mínima, 50% moderada, 50% máxima para los femeninos, en la fase C fue de 0% en mínima, 25% moderada, 0% máxima para los masculinos y de 25% en mínima, 0% moderada, 0% máxima para los femeninos. En total el (% I) obtenido en la fase A fue de 24% en mínima, 45% moderada, 8% máxima para los masculinos y de 13% en mínima, 7% moderada, 30% máxima para los femeninos, en la fase C fue de 9% en mínima, 9% moderada, 0% máxima para los masculinos y de 2% en -- mínimo, 4% moderada, 3% máxima para los femeninos.

La tabla 16 muestra el porcentaje de intensidad (% I) obtenido por los sujetos a los cuales se les informó y a los que no se les informó de la terapia antes del tratamiento en las fases A (línea base) y C (Seguimiento) del cuestionario D S M III. En el caso de los síntomas pseudoneurológicos el (% I) en la fase A fue de 21% en mínima, 28% moderada, 7% máxima para los que se les informó y de -- 35% en mínima, 0% moderada, 24% máxima para los que no se les informó, en la fase C fue de 7% mínima, 0% moderada, 0% máxima para los que se les informó y de 14% en mínima, 0% moderada, 0% máxima para los que no se les informó. En relación a los síntomas gastrointestinales el (% I) en la fase A fue de 49% en mínima, 0% moderada, -- 8% máxima para los que se les informó y de 0% en mínima, 33% moderada, 8% máxima para los que no se les informó, en la fase C fue de -- 0% en mínima, 16% moderada, 0% máxima para los que se les informó y

de 0% en mínima, 16% moderada, 0% máxima para los que no se les informó. Para los síntomas relativos al aparato reproductor femenino el (% I) en la fase A fue de 0% en mínima, 0% moderada, 25% máxima para los que se les informó y de 0% en mínima, 0% moderada, 25% máxima para los que no se les informó, en la fase C fue de 0% en mínima 0% moderada, 12% máxima para los que se les informó y de 0% en mínima, 25% moderada, 12% máxima para los que no se les informó. -- Por lo que respecta a los síntomas psicosexuales el (% I) obtenido en la fase A fue de 0% en mínima, 0% moderada, 16% máxima para los sujetos a los que se les informó, de 0% en mínima, 33% moderada, -- 0% máxima para los sujetos a los que se les informó, en la fase C fue de 0% en mínima, 0% moderada, 16% máxima para los que se les informó y de 0% en mínima, 0% moderada, 0% máxima para los que no se les informó. El (% I) en los síntomas cardiopulmonares en la fase A fue de 16% en mínima, 33% moderada, 33% máxima para los sujetos que se les informó y de 0% en mínima, 50% moderada, 24% máxima para los que no se les informó, en la fase C fue de 0% en mínima, 16% moderada, 6% máxima para los que se les informó y de 0% máxima para los que no se les informó. En los síntomas de dolor el (% I) fue de 8% en mínima, 100% moderada, 50% máxima para los que se les informó y de 25% en mínima, 50% moderada, 25% máxima para los que no se les informó, en la fase C fue de 0% en mínima, 0% moderada, 0% en máxima para los que se les informó y de 25% en mínima, 25% moderada, 0% máxima para los que no se les informó. En total el (% I) en la fase A fue de 20% en mínima, 29% moderada, 18% máxima para -- los que se les informó, y de 17% en mínima, 23% moderada, 20% máxima

para los que no se les informó, en la fase C fue de 3% en mínima, - 5% moderada, 2% máxima para los que se les informó y de 8% en mínima, 8% moderada, 1% máxima para los que no se les informó.

La tabla 29 muestra la frecuencia de síntomas de los cuatro -- sujetos en total, correspondiente a la fase A (línea base), fase B (tratamiento) dividida en tres condiciones B_1 (relajación), B_2 --- (Construcción de las jerarquías), B_3 (aplicación de las jerarquías) y la fase C (seguimiento) del autoreporte. En el caso del sujeto - número uno la frecuencia obtenida en las diferentes fases fue de : Fase A-7, fase B y en B_1-0 , B_2-0 , B_3-0 y en la fase C-0. Para el sujeto número dos la frecuencia obtenida fue de: Fase A 23, fase B y en B_1-8 , B_2-8 , B_3-9 y en la fase C -0. La frecuencia obtenida - por el sujeto número tres fue de: Fase A-16, fase B y en B_1-8 , B_2-3 B_3-2 y en la fase C-0. El sujeto número cuatro obtuvo una frecuen- cia de: Fase A-22, fase B y en B_1-4 , B_2-1 , B_3-0 y en la fase C-0. La frecuencia total de los cuatro sujetos fue de: Fase A-68, fase - B y en B_1-20 , B_2-12 , B_3-11 y en la fase C-0.

Para mayor información sobre la frecuencia de cada síntoma y - los resultados individuales por sujeto ver las tablas (17,18,19 y - 20).

En la tabla 30 se representa la duración de los síntomas obtenidos por los cuatro sujetos en total, correspondientes a la fase A (línea base), B (tratamiento) dividido en tres condiciones B_1 (relajación), B_2 (construcción de las jerarquías) B_3 (aplicación de las jerarquías) y la fase C (seguimiento) del autoreporte. Para el su- jeto número uno la duración de los síntomas en las diferentes fases

fue de: Fase A-5 hs, 2 min, fase B y en B₁ - 0 hs, B₂ - 0 hs, B₃ 0 hs y en la fase C 0 hs. En el caso del sujeto número dos fue de : Fase A 251 hs, 12 min, 7 seg. fase B y en B₁ 64 hs, 5 min, B₂-22 - hs, 33 min, B₃ -93 hs, 3 min y en la fase C 0 hs. La duración obtenida por el sujeto número tres fue de: Fase A-3 hs, 30 min, fase B y en B₁- 3 hs, 1 min, B₂- 2 hs, 17 min, B₃- 1 h, 33 min, y en la fase C - 0 hs. Para el sujeto número cuatro la duración fue de : - Fase A-60 hs, 16 min, 30 seg, fase B y en B₁ 11 min, 25 seg, B₂-25 min, B₃- 0 hs y en la fase C 0 hs. La duración total de los cuatro sujetos fue de: fase A 320 hs, 37 seg, fase B y en B₁- 67 hs, - 17 min, 5 seg, B₂ 24 hs, 45 min, B₃ 94 hs, 36 min y en la fase C 0 hs.

Para la revisión individual de la duración de los síntomas por sujeto ver las tablas (21,22,23,24).

En la tabla 31 se representa los momentos de aparición de los síntomas de los cuatro sujetos en total correspondiente a la fase A (línea base) B (tratamiento) dividido en tres condiciones B₁ (relajación), B₂ (Construcción de las jerarquías), B₃ (aplicación de las jerarquías) y la fase C (seguimiento) del autoreporte. Para el sujeto número uno, el momento de aparición en las diferentes fases y en los turnos matutino, vespertino y nocturno fue de: Fase A 1-6-0, fase B y en B₁ -0-0-0 , B₂ -0-0-0, B₃ -0-0-0 y en la fase C -0-0-0. Por lo que respecta al sujeto número dos el momento de aparición -- fue de: Fase A 16-14-18, fase B y en B₁ 6-3-3, B₂ 3-3-5 , B₃ 6-5-5, y en la fase C -0-0-0. El momento de aparición para el sujeto número tres fue de: Fase A 11-6-1, Fase B y en B₁6-3-0, B₂1-20, - ---

B_3 1-1-0 y en la fase C -0-0-0. Para el sujeto número cuatro el momento de aparición fue de: Fase A -8-11-15, fase B y en B_1 1-2-1, - B_2 -0-1-0, B_3 0-0-0 y en la fase C-0-0-0. En momento de aparición en total fue de: Fase A 36-37-24, fase B y en B_1 12-8-4, B_2 -4 6-2, B_3 7-6-5 y en la fase C 0-0-0.

Para la revisión individual del momento de aparición de los -- síntomas por sujeto ver las tablas (25,26,27,28).

La tabla 32 muestra la comparación entre sujetos de la frecuencia total de los síntomas en relación al tipo de aplicación, sexo e información correspondientes a las fases A (línea base), B (tratamiento) dividida en tres condiciones B_1 (relajación), B_2 (Construcción de las jerarquías), B_3 (Aplicación de las jerarquías) y la fase C (seguimiento) del autoreporte. En el caso del investigador - la frecuencia obtenida en las diferentes fases fue de: Fase A -45, fase B y en B_1 -12, B_2 -9, B_3 -9 y en la fase C-0, en los pasantes la frecuencia fue : A-23, fase B y en B_1 -8, B_2 -3, B_3 -2 y en la fase C 0. Para los sujetos del sexo masculino fue de: Fase A-29, fase B y en B_1 -4, B_2 -1, B_3 -0 y en la fase C -0, en los sujetos femeninos la frecuencia fue de: Fase A-39, fase B y en B_1 -16, B_2 -11, B_3 -11 y en la fase C -0. Por lo que respecta a los sujetos que se les - informó de la Terapia antes del tratamiento la frecuencia obtenida fue de: Fase A-30, fase B y en B_1 -8, B_2 -8, B_3 -9 y en la fase C -0, en los sujetos a los cuales no se les informó la frecuencia fue de: Fase A-38, fase B y en B_1 -12, B_2 -4, B_3 -2 y en la fase C-0.

En la tabla 33 se presenta la comparación entre sujeto de la - duración total de los síntomas, en relación al tipo de aplicación,

sexo e información correspondientes a la fase A (línea base) B --- (tratamiento) dividido en tres condiciones B_1 (relajación), B_2 (construcción de las jerarquías), B_3 (aplicación de las jerarquías) y la fase C (seguimiento) del autoreporte. Para el investigador la duración obtenida en las diferentes fases fue de: Fase A-311 hs, 28 -- min, 37 seg, fase B y en B_1 -75 hs, 30 min, B_2 22 hs, 28 min, - -- B_3 93 hs, 36 min, y en la fase C-0 hs, en los paréntesis la dura-- ción fue de: Fase A 7 hs, 42 min, 7 seg, fase B y en B_1 3 hs, 1 - min, B_2 2 hs, 17 min, B_3 1 h, 33 min, y en la fase C-0 hs. En el caso de los sujetos del sexo masculino la duración obtenida fue de: Fase A-65 h, 18 min, 37 seg, fase B y en B_1 11 min, 25 seg, B_2 25 min, B_3 0 hs, y en la fase C -0 hs, en los sujetos del sexo fe-- menino fue de: Fase A-254 hs, 42 min, 7seg, fase B y en B_1 67 hs, -- 6min, B_2 24 hs, 20 min, B_3 -94 hs, 36 min, y en la fase C -0 hs. - Por lo que respecta a los sujetos que se les informó de la Terapia antes del tratamiento la duración obtenida fue de: Fase A-256 hs, 14 min, 7 seg, fase B y en B_1 64 hs, 5 min, B_2 -22 hs, 3 min, -- B_3 93 hs, 3 min, y en la fase C -0 hs, en los sujetos a los cuales -- no se les informó la duración fue de: Fase A-3 hs, 46 min, 3 seg, fase B y en B_1 3 hs, 12 min, 25 seg, B_2 2 hs, 42 min, B_3 1 h, 33 min, y en la fase C 0 hs.

La tabla 34 muestra la comparación entre los sujetos del momen-- to de aparición de los síntomas en total y está en función del tipo de aplicación, sexo e información proporcionada antes del tratamien-- to, correspondiente a las fases A (línea base), B (tratamiento) di-- vidida en tres condiciones B_1 (relajación), B_2 (construcción de --

jerarquías), B₃ (aplicación de las jerarquías) y la fase C (seguimiento) del autoreporte. En el caso del investigador el momento de aparición en las diferentes fases y en los turnos matutino, vespertino y nocturno fue de: Fase A-24-25-23,, fase B y en B₁ 7-5-4, -- B₂3-4-2, B₃ 6-5-5 y en la fase C -0-0-0, en los pasantes el momento de aparición fue de: Fase A 12-12-1, fase B y en B₁ 5-3-0, B₂1-2-0, B₃ 1-1-0 y en la fase C-0-0-0. Para los sujetos del sexo masculino el momento de aparición en los tres turnos fue de: Fase A -9-17-5, fase B y en B₁ 1-2-1, B₂0-1-0, B₃0-0-0 y en la fase C -0-0-0, en los sujetos femeninos fue de: Fase A 27-20-19, fase B y en B₁ 11-9 3, B₂ 4-5-6, B₃ 7-6-5 y en la fase C -0-0-0. Por lo que respecta a los sujetos que se les informó de la terapia antes del tratamiento, el momento de aparición en los tres turnos fue de: Fase A 17-20 18, Fase B y en B₁ 6-3-3, B₂ 3-3-2, B₃ 6-5-5 y en la fase C -0-0-0, a los sujetos que no se les informó fue de: Fase A 19-17-6, fase B y en B₁ 6-5-1, B₂ 1-3-0, B₃ 1-1-0, y en la fase C 0-0-0.

En la tabla 35 se representan el número de sesiones utilizadas en la investigación por sujeto en grupo, correspondientes a las fases A (línea base), B (tratamiento) dividida en tres condiciones, - B₁ (relajación), B₂ (construcción de las jerarquías), B₃ (aplicación de las jerarquías) y la fase C (seguimiento). Para el sujeto número uno del sexo masculino al cual se le informó de la terapia antes del tratamiento, el número de sesiones en las diferentes fases fue de: Fase A-9, fase B y en B₁ -7, B₂-3, B₃-4 y en la fase C -7, con un total de sesiones de 30. En relación al sujeto número dos del sexo femenino al cual se le informó también de la terapia -

antes del tratamiento el número de sesiones fue de: Fase A-9, Fase B y en B₁ -8, B₂ -8, B₃ -10 y en la fase C -7, con un total de sesiones de 42. Por lo que respecta al tercer sujeto del sexo femenino al cual no se le informó de la terapia antes del tratamiento el número de sesiones fue de: Fase A -9, Fase B y en B₁-8, B₂-2, B₃6 y en la fase C-7, con un total de 39. Para el cuarto sujeto masculino al cual no se le informó de la terapia antes del tratamiento - el número de sesiones fue de: Fase A-9, fase B y en B₁ -8, B₃-7 y en la fase C -7, con un total de sesiones de 39. El total de sesiones por grupo fue de: Fase A-36, fase B y en B₁ -31, B₂ -21, - B₃ -27 y en la fase C-28, con un total de sesiones de 143.

Tabla 1

Porcentaje de síntomas presentes en el primer sujeto masculino correspondiente a la fase A y C del cuestionario D-S-M- III.

Grupo de Síntomas	Fase	T-S-T	S-P	%S-P
Pseudoneurológicos	A	14	5	35%
	C	14	1	7%
Gastrointestinales	A	6	2	33%
	C	6	1	16%
Femenino únicamente	A	-	-	-
	C	-	-	-
Psicosexuales	A	3	0	0%
	C	3	0	0%
Dolor	A	6	4	66%
	C	6	0	0%
Cardiopulmonares	A	4	4	100%
	C	4	0	0%
Total	A	33	15	45%
	C	33	2	6%

Nota.

- A Línea base
 C Seguimiento
 T-S-T Total de síntomas en cada grupo de trastornos
 S-P Síntomas presentes
 %S-P Porcentaje de síntomas presentes

Tabla 2

Porcentaje de síntomas presentes en el primer sujeto femenino correspondiente a la fase A y C del cuestionario D-S-M- III.

Grupo de Síntomas	Fase	T-S-T	S-P	%S-P
Pseudoneurológico	A	14	4	28%
	C	14	0	0%
Gastrointestinales	A	6	2	33%
	C	6	0	0%
Aparato reproductor (F)	A	4	2	50%
	C	4	1	25%
Psicosexuales	A	3	1	33%
	C	3	1	33%
Dolor	A	6	3	50%
	C	6	2	33%
Cardiopulmonares	A	4	4	100%
	C	4	0	0%
Total	A	37	16	43%
	C	37	4	10%

Nota.

A Línea base

C Seguimiento

T-S-T Total de síntomas en cada grupo de trastornos

S-P Síntomas presentes

%S-P Porcentaje de síntomas presentes

F Sexo femenino

Tabla 3

Porcentaje de síntomas presentes en el segundo sujeto femenino correspondiente a la fase A y C del cuestionario D-S-M- III.

Grupo de Síntomas	Fase	T-S-P	S-P	%S-P
Pseudoneurológico	A	14	7	50%
	C	14	0	0%
Gastrointestinales	A	6	0	0%
	C	6	0	0%
Aparato reproductor (F)	A	4	2	50%
	C	4	2	50%
Psicosexuales	A	3	1	33%
	C	3	0	0%
Dolor	A	6	2	33%
	C	6	0	0%
Cardiopulmonares	A	4	3	75%
	C	4	1	25%
Total	A	37	15	40%
	C	37	3	8%

Nota.

A Línea base
 C Seguimiento
 T-S-T Total de síntomas en cada grupo de trastornos
 S-P Síntomas presentes
 %S-P Porcentaje de síntomas presentes
 F Sexo femenino

Tabla 4

Porcentaje de síntomas presentes en el segundo sujeto masculino correspondiente a la fase A y C del cuestionario D-S-M- III.

Grupo de Síntomas	Fase	T-S-T	S-P	%S-P
Pseudoneurológicos	A	14	5	35%
	C	14	2	14%
Gastrointestinales	A	6	3	50%
	C	6	2	33%
Femenino unicamente	A	-	-	-
	C	-	-	-
Psicosexuales	A	3	0	0%
	C	3	0	0%
Dolor	A	6	4	66%
	C	6	1	16%
Cardiopulmonares	A	4	2	50%
	C	4	0	0%
Total	A	33	14	42%
	C	33	5	15%

Nota.

A Línea base

C Seguimiento

T-S-T Total de síntomas en cada grupo de trastornos

S-P Síntomas presentes

%S-P Porcentaje de síntomas presentes

Tabla 5

Porcentaje de síntomas presentes de los cuatro sujetos correspondientes a la fase A y C - del cuestionario D-S-M- III.

Grupo de Síntomas	Fase	T-S-T	S-P	%S-P
Pseudoneurológicos	A	56	21	37%
	C	56	3	5%
Gastrointestinales	A	24	7	29%
	C	24	3	12%
Aparato reproductor (F)	A	8	4	50%
	C	8	3	37%
Psicosexuales	A	12	2	16%
	C	12	1	8%
Dolor	A	24	13	54%
	C	24	3	12%
Cardiopulmonares	A	16	13	81%
	C	16	1	6%
Total	A	140	60	43%
	C	140	14	10%

Nota.

A Línea base

C Seguimiento

T-S-T Total de síntomas en cada grupo de trastornos

S-P Síntomas presentes

%S-P Porcentaje de síntomas presentes

F Sexo femenino

Tabla 6

Porcentaje de síntomas presentes obtenidos por el investigador y los pasantes en las fases A y C del cuestionario D-J-M III.

Grupo de Síntomas	Fase	Investigador	Pasantes
		%-S-P	%-S-P
Pseudoneurológicos	A	32%	42%
	C	7%	3%
Gastrointestinales	A	41%	16%
	C	16%	8%
Aparato reproductor (F)	A	50%	50%
	C	25%	50%
Psicosexuales	A	16%	16%
	C	16%	0%
Dolor	A	58%	50%
	C	25%	0%
Cardiopulmonares	A	75%	87%
	C	0%	12%
Total	A	43%	43%
	C	13%	7%

Nota.

A Línea base
 C Seguimiento
 %-S-P Porcentaje de síntomas presentes
 F Sexo femenino

Tabla 7

Porcentaje de síntomas presentes obtenidos por los sujetos masculinos y femeninos en las fases A y C del cuestionario 0-S-M III

Grupo de Síntomas	Fase	Masculino	Femenino
		%-S-P	%-S-P
Pseudoneurológicos	A	35%	39%
	C	10%	0%
Gastrointestinales	A	41%	16%
	C	25%	0%
Aparato reproductor (F)	A	-	50%
	C	-	37%
Psicosexuales	A	0%	33%
	C	0%	16%
Dolor	A	66%	41%
	C	8%	16%
Cardiopulmonares	A	75%	87%
	C	0%	12%
Total	A	43%	41%
	C	10%	9%

Nota.

A Línea base
 C Seguimiento
 %-S-P Porcentaje de síntomas presentes
 F Sexo femenino

Tabla 8

Porcentaje de síntomas presentes obtenidos por los sujetos a los cuales se les informa y no se les informa de la terapia en las fases A y C - del cuestionario D-S-M III.

Grupo de Síntomas	Fase	Se informa	No se informa
		%-S-P	%-S-P
Pseudoneurológicos	A	32%	42%
	C	3%	7%
Gastrointestinales	A	33%	25%
	C	8%	16%
Aparato reproductor (F)	A	50%	50%
	C	25%	50%
Psicosexuales	A	16%	16%
	C	16%	0%
Dolor	A	58%	50%
	C	16%	8%
Cardiopulmonares	A	100%	62%
	C	0%	12%
Total	A	44%	41%
	C	8%	11%

Nota.

A Línea base
 C Seguimiento
 %-S-P Porcentaje de síntomas presentes
 F Femenino

Tabla 9

Porcentaje de intensidad del primer sujeto masculino correspondiente a la fase A y C del cuestionario D-S-M- III.

Grupo de Síntomas	Fase	T-I-S			I-O			%I		
		Min	Mod	Max	Min	Mod	Max	Min	Mod	Max
Pseudoneurológicos	A	14	28	84	1	8	0	7%	28%	0%
	C	14	28	84	1	0	0	7%	0%	0%
Gastrointestinales	A	6	12	36	2	0	0	33%	0%	0%
	C	6	12	36	0	2	0	0%	16%	0%
Femenino unicamente	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicosexuales	A	3	6	18	0	0	0	0%	0%	0%
	C	3	6	18	0	0	0	0%	0%	0%
Dolor	A	6	12	36	1	4	3	16%	33%	8%
	C	6	12	36	0	0	0	0%	0%	0%
Cardiopulmonares	A	4	8	24	0	4	6	8%	50%	25%
	C	4	8	24	0	0	0	0%	0%	0%
Total	A	33	66	198	4	16	9	12%	24%	4%
	C	33	66	198	1	2	0	3%	3%	0%

Nota.

A Línea base

C Seguimiento

I-T-S Intensidad total de los síntomas

I-O Intensidad obtenida

%I Porcentaje de intensidad

Tabla 10

Porcentaje de intensidad del primer sujeto femenino correspondiente a la fase A y C del cuestionario D-S-M III.

Grupo de Síntomas	Fase	T-1-S			I-0			%I		
		Min	Mod	Max	Min	Mod	Max	Min	Mod	Max
Pseudoneurológicos	A	14	28	84	2	0	6	14%	0%	7%
	C	14	28	84	0	0	0	0%	0%	0%
Gastrointestinales	A	6	12	36	1	0	3	16%	0%	0%
	C	6	12	36	0	0	0	0%	0%	0%
Aparato reproductor (F)	A	4	8	24	0	0	6	0%	0%	0%
	C	4	8	24	0	0	3	0%	0%	12%
Psicosexuales	A	3	6	18	0	0	3	0%	0%	16%
	C	3	6	18	0	0	3	0%	0%	16%
Dolor	A	6	12	36	0	0	9	6%	0%	25%
	C	6	12	36	0	2	0	6%	16%	0%
Cardiopulmonares	A	4	8	24	0	4	6	0%	50%	25%
	C	4	8	24	0	0	0	0%	0%	0%
Total	A	37	74	222	3	4	33	8%	5%	14%
	C	37	74	222	0	2	6	0%	2%	2%

Nota.

- A Línea base
- C Seguimiento
- I-T-S Intensidad total de los síntomas
- I-0 Intensidad obtenida
- %I Porcentaje de intensidad
- F Sexo femenino

Tabla 11

Porcentaje de intensidad del segundo sujeto femenino correspondiente a la fase A y C del cuestionario D-S-M III.

Grupo de Síntomas	Fase	I-T-S			I-O			%I		
		Min	Mod	Max	Min	Mod	Max	Min	Mod	Max
Pseudoneurológicos	A	14	28	84	1	0	18	7%	0%	21%
	C	14	28	84	0	0	0	0%	0%	0%
Gastrointestinales	A	6	12	36	0	0	0	0%	0%	0%
	C	6	12	36	0	0	0	0%	0%	0%
Aparato reproductor (F)	A	4	8	24	0	0	6	0%	0%	25%
	C	4	8	24	0	2	3	0%	25%	12%
Psicosexuales	A	3	6	18	0	2	0	0%	33%	0%
	C	3	6	18	0	0	0	0%	0%	0%
Dolor	A	6	12	36	0	0	6	0%	0%	16%
	C	6	12	36	0	0	0	0%	0%	0%
Cardiopulmonares	A	4	8	24	1	0	6	25%	0%	25%
	C	4	8	24	1	0	0	25%	0%	0%
Total	A	37	74	222	2	2	36	5%	2%	16%
	C	37	74	222	1	2	3	2%	2%	1%

Nota.

- A Línea base
- C Seguimiento
- I-T-S Intensidad total de los síntomas
- I-O Intensidad obtenida
- %I Porcentaje de intensidad
- F Sexo femenino

Tabla 12

Porcentaje de intensidad del segundo sujeto masculino correspondiente a la fase A y C del cuestionario D-S-M III.

Grupo de Síntomas	Fase	I-T-S			I-O			%I		
		Min	Mod	Max	Min	Mod	Max	Min	Mod	Max
Pseudoneurológica	A	14	28	84	4	0	3	28%	0%	3%
	C	14	28	84	2	0	0	14%	0%	0%
Gastrointestinales	A	6	12	36	0	4	3	0%	33%	8%
	C	6	12	36	0	2	0	0%	16%	0%
Femenino unicamente	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicosexuales	A	3	6	18	0	0	0	0%	0%	0%
	C	3	6	18	0	0	0	0%	0%	0%
Dolor	A	6	12	36	0	6	3	0%	50%	8%
	C	6	12	36	0	2	0	0%	16%	0%
Cardiopulmonares	A	4	8	24	0	4	0	0%	50%	0%
	C	4	8	24	0	2	0	0%	25%	0%
Total	A	33	66	198	4	14	9	12%	21%	4%
	C	33	66	198	2	4	0	6%	6%	0%

Nota.

A Línea base
 C Seguimiento
 I-T-S Intensidad total de los síntomas
 I-O Intensidad obtenida
 %I Porcentaje de intensidad

Tabla 13

Porcentaje de intensidad de los cuatro sujetos correspondientes a la fase A y C del cuestionario D-S-M III.

Grupo de Síntomas	Fase	I-T-S			I-O			%I		
		Min	Mod	Max	Min	Mod	Max	Min	Mod	Max
Pseudoneurológicos	A	56	112	336	8	8	27	14%	7%	8%
	C	56	112	336	3	0	0	5%	0%	0%
Gastrointestinales	A	24	48	144	3	4	6	12%	8%	4%
	C	24	48	144	0	4	0	0%	8%	0%
Aparato reproductor (F)	A	8	16	48	0	0	12	0%	0%	25%
	C	8	16	48	0	2	6	0%	4%	12%
Psicosexuales	A	12	24	72	0	2	3	0%	8%	4%
	C	12	24	72	0	0	3	0%	0%	4%
Dolor	A	24	48	144	1	10	21	4%	20%	14%
	C	24	48	144	0	4	0	0%	8%	0%
Cardiopulmonares	A	16	36	96	1	8	18	6%	22%	18%
	C	16	36	96	1	2	0	6%	5%	0%
Total	A	148	296	888	13	36	87	8%	12%	9%
	C	148	296	888	4	10	9	2%	3%	1%

Nota.

- A Línea base
- C Seguimiento
- I-T-S Intensidad total de los síntomas
- I-O Intensidad obtenida
- %I Porcentaje de intensidad
- F Sexo femenino

Tabla 14

Porcentaje de intensidad obtenidos por la aplicación de el investigador y los pasantes en las fases A y C del cuestionario D-S-M III.

Grupo de Síntomas	Fase	Investigador			Pasantes		
		% - I			% - I		
		Min	Mod	Max	Min	Mod	Max
Pseudoneurológicos	A	42%	0%	10%	14%	28%	21%
	C	14%	0%	0%	7%	0%	0%
Gastrointestinales	A	16%	33%	8%	33%	0%	0%
	C	0%	16%	0%	0%	16%	0%
Aparato reproductor (F)	A	0%	0%	25%	0%	0%	25%
	C	0%	0%	12%	0%	25%	12%
Psicosexuales	A	0%	0%	16%	0%	33%	0%
	C	0%	0%	16%	0%	0%	0%
Cardiopulmonares	A	0%	50%	33%	16%	33%	24%
	C	0%	32%	0%	0%	0%	0%
Dolor	A	0%	100%	25%	33%	50%	50%
	C	0%	25%	0%	25%	0%	0%
Total	A	20%	26%	18%	17%	26%	20%
	C	0%	8%	2%	5%	5%	1%

Nota.

- A Línea base
- C Seguimiento
- %-I Porcentaje de intensidad
- F Sexo femenino

Tabla 15

Porcentaje de intensidad obtenidos por los sujetos de ambos sexos en las fases A y C del cuestionario D-S-M III.

Grupo de Síntomas	Fase	Mascullinos			Femeninos		
		% - I			% - I		
		Min	Mod	Max	Min	Mod	Max
Pseudoneurológicos	A	35%	28%	3%	21%	0%	28%
	C	21%	0%	0%	0%	0%	0%
Gastrointestinales	A	33%	33%	8%	16%	0%	8%
	C	0%	32%	0%	0%	0%	0%
Aparato reproductor (F)	A	-	-	-	0%	0%	50%
	C	-	-	-	0%	25%	24%
Psicosexuales	A	0%	0%	0%	0%	33%	16%
	C	0%	0%	0%	0%	0%	16%
Cardiopulmonares	A	16%	83%	16%	0%	0%	41%
	C	0%	16%	0%	0%	16%	0%
Dolor	A	8%	100%	25%	25%	50%	50%
	C	0%	25%	0%	25%	0%	0%
Total	A	24%	45%	8%	13%	7%	30%
	C	9%	9%	0%	2%	4%	3%

Nota.

A Línea base
 C Seguimiento
 %-I Porcentaje de intensidad
 F Sexo femenino

Tabla 16

Porcentaje de intensidad obtenido por los sujetos - a los cuales se les informó y a los que no se les informó de la terapia en las fases A y C del cuestionario D-S-M III.

Grupo de síntomas	Fase	Se informó			No se informó		
		% - I			% - I		
		Min	Mod	Max	Min	Mod	Max
Pseudoneurológicos	A	21%	28%	7%	35%	0%	24%
	C	7%	0%	0%	14%	0%	0%
Gastrointestinales	A	49%	0%	8%	0%	33%	8%
	C	0%	16%	0%	0%	16%	0%
Aparato reproductor (F)	A	0%	0%	25%	0%	0%	25%
	C	0%	0%	12%	0%	25%	12%
Psicosexuales	A	0%	0%	16%	0%	33%	0%
	C	0%	0%	16%	0%	0%	0%
Cardiopulmonares	A	16%	33%	33%	0%	50%	24%
	C	0%	16%	6%	0%	16%	0%
Dolor	A	8%	100%	50%	25%	50%	25%
	C	0%	0%	0%	25%	25%	0%
Total	A	20%	29%	18%	17%	23%	20%
	C	3%	5%	2%	8%	8%	1%

Nota.

- A Línea base
- C Seguimiento
- %-I Porcentaje de intensidad
- F Sexo femenino

Tabla 17

Frecuencia de síntomas del primer sujeto masculino correspondiente al autoreporte.

Síntomas	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Dolor Precordial	1	0	0	0	0
Respiración Superficial	2	0	0	0	0
Palpitaciones	0	0	0	0	0
Debilidad muscular	0	0	0	0	0
Dolor de articulaciones	2	0	0	0	0
Dolor de brazo	1	0	0	0	0
Mareos	0	0	0	0	0
Visión borrosa	1	0	0	0	0
Naúseas	0	0	0	0	0
Vómito	0	0	0	0	0
Total	7	0	0	0	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 18

Frecuencia de síntomas del primer sujeto femenino correspondiente al autoreporte.

Síntomas	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Dolor de Espalda	6	3	1	3	0
Dolor de corazón	1	0	1	0	0
Dolor de pierna	1	0	0	0	0
Dolor de cabeza	5	3	4	4	0
Dolor de cadera	2	1	2	0	0
Indiferencia Sexual	0	0	0	0	0
Dolor de articulaciones	0	1	0	0	0
Respiración superficial	1	0	0	0	0
Palpitaciones	1	0	0	0	0
Mareos	6	0	0	2	0
Total	23	8	8	9	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 19

Frecuencia de síntomas del segundo sujeto femenino correspondiente al autoreporte.

Síntomas	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Visión doble	2	0	0	0	0
Visión borrosa	0	0	1	0	0
Dificultad para andar	0	0	0	0	0
Debilidad muscular	1	0	0	0	0
Dolor de Espalda	0	0	0	0	0
Dolor de cadera	2	3	1	1	0
Dolor de cabeza	5	5	0	1	0
Respiración superficial	2	0	1	0	0
Naúseas	4	0	0	0	0
Dolor precordial	0	0	0	0	0
Total	16	8	3	2	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 20

Frecuencia de síntomas del segundo sujeto masculino correspondiente al autoreporte

Síntomas	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Retención en la misión	3	1	0	0	0
Diarrea	6	0	0	0	0
Dolor de cabeza	4	1	0	0	0
Dolor de espalda	2	1	0	0	0
Dolor de articulaciones	1	0	1	0	0
Dolor de extremidades	0	0	0	0	0
Palpitaciones	2	0	0	0	0
Dolor Precordial	3	1	0	0	0
Dolor Abdominal	0	0	0	0	0
Distensión	1	0	0	0	0
Total	22	4	1	0	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías.
- C Seguimiento.

Tabla 21

Duración de síntomas del primer sujeto masculino
correspondiente al autoreporte

Síntomas	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Dolor Precordial	1h	0	0	0	0
Respiración Superficial	1h	0	0	0	0
Palpitaciones	0	0	0	0	0
Debilidad muscular	0	0	0	0	0
Dolor de articulaciones	2h 17"	0	0	0	0
Dolor de brazo	30"	0	0	0	0
Mareos	0	0	0	0	0
Visión borrosa	15"	0	0	0	0"
Naúseas	0	0	0	0	0
Vómito	0	0	0	0	0
Total	5h 2"	0	0	0	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 22

Duración de síntomas del primer sujeto femenino
correspondiente al autoreporte

Síntomas	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Dolor de Espalda	144h	31h 30"	3h	5h	0
Dolor de corazón	4"	0	3"	0	0
Dolor de pierna	2h	0	0	0	0
Dolor de cabeza	99h	30h	2h	88h	0
Dolor de cadera	6h	3h	7h	0	0
Indiferencia sexual	0	0	0	0	0
Dolor de articulaciones	0	5"	0	0	0
Respiración superficial	3"	0	0	0	0"
Palpitaciones	2"	0	0	0	0
Mareos	3"7"	0	0	3"	0
Total	251h12"7"	64h5"	223"	93h 3"	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 23

Duración de síntomas del segundo sujeto femenino correspondiente al autoreporte

Síntomas	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Visión doble	10"	0	0	0	0
Visión borrosa	0	0	2"	0	0
Dificultad para andar	0	0	0	0	0
Debilidad muscular	5"	0	0	0	0
Dolor de espalda	0	0	0	0	0
Dolor de cadera	15"	36"	2h	3"	0
Dolor de cabeza	1h 50"	2h 25"	0	1h 30"	0
Respiración superficial	30"	0	15"	0	0
Naúseas	40"	0	0	0	0
Dolor precordial	0	0	0	0	0
Total	3h 30"	3h 1"	2h 17"	1h 33"	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 24
Duración de síntomas del segundo sujeto masculino
correspondiente al autoreporte

Síntomas	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Retención en la misión	30"	10"	0	0	0
Diarrea	28h	0	0	0	0
Dolor de cabeza	27h30'	15"	0	0	0
Dolor de espalda	1h35'	10'	0	0	0
Dolor de articulaciones	2h	0	25'	0	0
Dolor de extremidades	0	0	0	0	0
Palpitaciones	3'	0	0	0	0
Dolor precordial	8'	1'	0	0	0
Dolor Abdominal	0	0	0	0	0
Distensión	1h	0	0	0	0
Total	60h1630"	1125"	25'	0	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Momento de aparición de síntomas del primer sujeto masculino correspondiente al autoreporte.

Síntomas	Turno	Fase A	Fase B			Fase C
			B ₁	B ₂	B ₃	
Dolor precordial	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	1	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Respiración superficial	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	2	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Palpitaciones	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Debilidad muscular	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor de articulaciones	matutino	1	0	0	0	0
	vespert.	1	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor de brazo	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	1	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Mareos	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Visión borrosa	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	1	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Náuseas	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Vómito	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Total	matutino	1	0	0	0	0
	vespert.	6	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0

Momento de aparición de síntomas del primer sujeto
femenino correspondiente al autoreporte.

Síntomas	Turno	Fase A	Fase B			Fase C
			B ₁	B ₂	B ₃	
Dolor de Espalda	matutino	6	3	0	2	0
	vespert.	6	1	0	1	0
	nocturno	6	2	1	1	0
Dolor de corazón	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	1	0	1	0	0
Dolor de pierna	matutino	1	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor de cabeza	matutino	5	2	2	4	0
	vespert.	5	2	2	4	0
	nocturno	6	1	0	4	0
Dolor de cadera	matutino	2	0	1	0	0
	vespert.	1	0	1	0	0
	nocturno	2	0	0	0	0
Indiferencia sexual	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor de articulaciones	matutino	0	1	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Respiración superficial	matutino	1	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Palpitaciones	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	1	0	0	0	0
Mareos	matutino	1	0	0	0	0
	vespert.	2	0	0	0	0
	nocturno	2	0	0	0	0
Total	matutino	16	6	3	6	0
	vespert.	14	3	3	5	0
	nocturno	18	3	2	5	0

Momento de aparición de síntomas del segundo sujeto femenino correspondiente al autoreporte.

Síntomas	Turno	Fase A	Fase B			Fase C
			B ₁	B ₂	B ₃	
Visión doble	matutino	1	0	0	0	0
	vespert.	1	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Visión borrosa	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	1	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dificultad para andar	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Debilidad muscular	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor de Espalda	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor de cadera	matutino	2	2	1	1	0
	vespert.	0	1	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor de cabeza	matutino	3	3	0	0	0
	vespert.	4	2	0	1	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Respiración superficial	matutino	1	0	0	0	0
	vespert.	0	0	1	0	0
	nocturno	1	0	0	0	0
Náuseas	matutino	4	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor precordial	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Total	matutino	11	5	1	1	0
	vespert.	6	3	2	1	0
	nocturno	1	0	0	0	0

Tabla 28

Momento de aparición de síntomas del segundo sujeto masculino correspondiente al autoreporte.

Síntomas	Turno	Fase A	Fase B			Fase C
			B ₁	B ₂	B ₃	
Retención de la mición	matutino	2	0	0	0	0
	vespert.	1	0	0	0	0
	nocturno	0	1	0	0	0
Diarrea	matutino	2	0	0	0	0
	vespert.	3	0	0	0	0
	nocturno	2	0	0	0	0
Dolor de cabeza	matutino	1	0	0	0	0
	vespert.	3	1	0	0	0
	nocturno	3	0	0	0	0
Dolor de espalda	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	2	1	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor de articulaciones	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	1	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor de extremidades	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Palpitaciones	matutino	1	0	0	0	0
	vespert.	1	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor precordial	matutino	2	1	0	0	0
	vespert.	1	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Dolor abdominal	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	0	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Distensión	matutino	0	0	0	0	0
	vespert.	1	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
Total	matutino	8	1	0	0	0
	vespert.	11	2	1	0	0
	nocturno	5	1	0	0	0

Tabla 29

Frecuencia de síntomas de los cuatro sujetos en total, correspondiente al autoreporte.

Sujetos	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
No. 1	7	0	0	0	0
No. 2	23	8	8	9	0
No. 3	16	8	3	2	0
No. 4	22	4	1	0	0
Total	68	20	12	11	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 30

Duración de síntomas de los cuatro sujeto en total, correspondiente al autoreporte.

Sujetos	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
No. 1	5h 2'	0	0	0	0
No. 2	25h12'7"	6h 5'	22h 3'	9h 3'	0
No. 3	3h30'	3h 1'	2h 17'	1h33'	0
No. 4	60h16'30"	11'25"	25'	0	0
Total	320h 37"	67h17'5"	24h 45'	94h 36'	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 31

Momento de aparición de síntomas de los cuatro sujetos en total correspondiente al autoreporte.

Sujetos	Turno	Fase A	Fase B			Fase C
			B ₁	B ₂	B ₃	
No. 1	matutino	1	0	0	0	0
	Vespert.	6	0	0	0	0
	nocturno	0	0	0	0	0
No. 2	matutino	16	6	3	6	0
	vespert.	14	3	3	5	0
	nocturno	18	3	5	5	0
No. 3	matutino	11	6	1	1	0
	vespert.	6	3	2	1	0
	nocturno	1	0	0	0	0
No. 4	matutino	8	1	0	0	0
	vespert.	11	2	1	0	0
	nocturno	5	1	0	0	0
Total	matutino	36	12	4	7	0
	vespert.	37	8	6	6	0
	nocturno	24	4	2	5	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 32

Comparación entre sujetos en relación a frecuencia total de los síntomas, tipo de aplicación, sexo e información

Aplicación	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Investigador	45	12	9	9	0
Pasantes	23	8	3	2	0
Masculinos	29	4	1	0	0
Femeninos	39	16	11	11	0
Se informó	30	8	8	9	0
No se informó	38	12	4	2	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 34

Comparación entre sujetos en relación
a momento de aparición total de los síntomas
tipo de aplicación, sexo e información.

Aplicación	Turno	Fase A	Fase B			Fase C
			B ₁	B ₂	B ₃	
Investigador	matutino	24	7	3	6	0
	vespert.	25	5	4	5	0
	nocturno	23	4	2	5	0
Pasantes	matutino	12	5	1	1	0
	vespert.	12	3	2	1	0
	nocturno	1	0	0	0	0
Masculino	matutino	9	1	0	0	0
	vespert.	17	2	1	0	0
	nocturno	5	1	0	0	0
Femenino	matutino	27	11	4	7	0
	vespert.	20	9	5	6	0
	nocturno	19	3	5	5	0
Se informó	matutino	17	6	3	6	0
	vespert.	20	3	3	5	0
	nocturno	18	3	2	5	0
No se informó	matutino	19	6	1	1	0
	vespert.	17	5	3	1	0
	nocturno	6	1	0	0	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 33

Comparación entre sujetos en relación a duración total de los síntomas, tipo de aplicación sexo e información.

Aplicación	Fase A	Fase B			Fase C
		B ₁	B ₂	B ₃	
Investigador	311h28'37"	75h 30'	22h 28'	93h 36'	0
Pasantes	7h42'7"	3h 1'	2h 17'	1h 33'	0
Masculinos	65h1837"	11'25"	25"	0	0
Femeninos	254h42'7"	67h 6'	24h20'	94h36'	0
Se informó	256h14'7"	64h 5'	22h 3'	93h 3'	0
No se informó	63h46'30"	3h12'25"	2h 42'	1h 33'	0

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

Tabla 35

Número de sesiones por sujeto y en grupo correspondientes a las fases A, B y C de la investigación.

Sujetos	Sexo	Información	Fase A	Fase B			Fase C	total parcial
				B ₁	B ₂	B ₃		
1	M	se informó	9	7	3	4	7	30
2	F	se informó	9	8	8	10	7	42
3	F	no se informó	9	8	2	6	7	32
4	M	no se informó	9	8	8	7	7	39
Total general			36	31	21	27	28	143

Nota.

- A Línea base
- B Tratamiento
- B₁ Relajación
- B₂ Construcción de jerarquías
- B₃ Aplicación de jerarquías
- C Seguimiento

CAPITULO VI

DISCUSION

VI. DISCUSION

En la presente investigación se ha presentado una alternativa más para el tratamiento de los trastornos psicosomáticos.

El procedimiento de desensibilización sistemática ha mostrado su eficacia para producir la reducción de síntomas somáticos en los sujetos del presente estudio. Lo cual se puede constatar a través de las tres formas de valoración que fueron utilizadas.

En base al porcentaje de síntomas presentes e intensidad de los síntomas del cuestionario DSM-III, se observó los siguientes resultados (Tabla 5 y 13): Con respecto al porcentaje de síntomas presentes de los cuatro sujetos de investigación se obtuvo en la fase de línea base un porcentaje total de 43% y en la fase de seguimiento un 10%, por lo cual se puede considerar que el empleo de la desensibilización sistemática en la presente investigación fue factor que afectó en la reducción de la sintomatología somática.

Por otra parte y con respecto a la intensidad de los síntomas de los cuatro sujetos se redujo de una intensidad mínima de 8%, una moderada de 12% y una máxima de 9% en la línea base, a una intensidad mínima de 2%, una moderada de 3% y una máxima del 1% en la fase de seguimiento, lo cual indica una disminución sobre la intensidad de los síntomas.

Por lo concerniente al autoreporte y en función de la frecuencia, duración y momento de aparición de los síntomas de los cuatro sujetos, se pudo observar que de una frecuencia de síntomas de 68 en la línea base, se redujo a cero en la fase de seguimiento. De una duración total de 320 hs, 37 min, se redujo a cero hs, y de un momento de aparición de 36 para el turno matutino, 37 para el vespertino y de 24 para el nocturno, se redujo a cero para los tres turnos, indicando en efecto la desensibilización sistemática (Tablas

29, 30, 31).

Lo cual nos lleva a aceptar nuestra primera hipótesis de investigación (H_1) la cual plantea que "El procedimiento de desensibilización sistemática produce la reducción de síntomas en sujetos con trastornos psicósomáticos". Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad (H_0). Estos resultados --- muestran similitud en relación a las investigaciones realizadas por Miklich (1973); Yorkston y Col. (1974); Bartolomé (1980).

Dentro de un segundo plano y en lo que respecta al tipo de aplicación realizada por el investigador y los pasantes, se observó que de un 43% de síntomas presentes en la línea base para ambas aplicaciones, se redujo en la fase de seguimiento un 13% para el investigador y un 7% para los pasantes -- (Tabla 6), obteniéndose un porcentaje total de reducción para el primero de 70% y para el segundo de 84%, respectivamente. Lo cual nos indica que la reducción fue mayor para los pasantes.

Por otro lado y en cuanto a la intensidad de los síntomas en la aplicación del investigador se redujo de una mínima de 20%, una moderada de 26% y una máxima de 18% en la línea base a una intensidad mínima de 0%, una moderada de 8% y una máxima de 2%, sin embargo, en la aplicación por los pasantes se redujo de una mínima de 17% en la línea base a 5% en el seguimiento, de una intensidad moderada de 26% a 5% y de una intensidad máxima de 20% a 1% (Tabla 14). De esta manera se puede observar que la reducción de la intensidad fue mayor en la aplicación por el investigador, siendo la diferencia de un punto porcentual.

En los resultados sobre la frecuencia, duración y momento de aparición de los síntomas del autoreporte (Tabals 32, 33, 34) se observó lo siguiente: Para el investigador en la línea base se obtuvo una frecuencia de síntomas -

de 45 y de cero para la fase de seguimiento, para la duración de 311 hs, 28 min y 37 seg en la línea base y de cero hs para el seguimiento. Para el momento de aparición en la línea base se observó un puntaje de 24 para el turno matutino, 25 para el vespertino y 23 para el nocturno, en la fase de seguimiento el puntaje fue de cero para los tres turnos. En la aplicación de los pasantes se observó una frecuencia de 23 en la línea base y de cero en el seguimiento. La duración en la línea base fue de 7 hs, 42 min, 7 seg. y en el seguimiento cero hs. El momento de aparición en la línea base fue de 12 para el turno matutino, 12 para el vespertino y 1 para el nocturno, en el seguimiento fue de cero para los tres turnos. Bajo estos resultados se --- puede deducir que tanto en la aplicación del investigador como en la de los pasantes en los concerniente al autoreporte, se logró la reducción a cero de los síntomas. Sin embargo, en los resultados del cuestionario existen diferencias en relación a la reducción de los síntomas presentes, ya que para el investigador, el porcentaje total de reducción fue del 70% y para los pasantes del 84%. Siendo esta diferencia de 14 puntos porcentuales. En cuanto a la intensidad, fue de un punto porcentual a favor del investigador, fuera de estas diferencias no se encontraron otras en el autoreporte, por lo tanto se podría decir que si existen diferencias en la aplicación del procedimiento de desensibilización sistemática aplicado por el investigador y el aplicado por los pasantes. Rechazándose con esto la Hipótesis (H_2). Sin embargo, se podría pensar que las diferencias entre ambas aplicaciones radica en el hecho de que los sujetos no fueron seleccionados al azar, esto se puede explicar de bido a que los dos sujetos que presentaban mayor sintomatología fueron atendi dos por el investigador y los que presentaban menos por los pasantes. Si -- tomamos en cuenta para futuras investigaciones la selección al azar de nuestra muestra, es muy probable que tengamos mayor éxito en nuestra investigación.

En cuanto a la aplicación de la Terapia a los sujetos de ambos sexos en función del cuestionario (Tabla 7), los resultados mostraron que los sujetos del sexo masculino obtuvieron un porcentaje de síntomas presentes de 43% en la línea base y de 10% en el seguimiento y los sujetos femeninos de 41% en la línea base y un 9% en el seguimiento, observándose un porcentaje total de reducción de 76% para los sujetos masculinos y un 78% para los femeninos, indicándonos que la reducción fué mayor en 2 puntos porcentuales para los sujetos femeninos.

Por lo que respecta a la intensidad de los síntomas, los sujetos masculinos obtuvieron un porcentaje de intensidad mínima de 24%, moderada de 45% y de máxima 8% en la línea base, y en el seguimiento de 9% para mínima, 9% para moderada y 0% para máxima. Para los sujetos femeninos, el porcentaje de intensidad en la línea base fue de 13% para mínima, 7% para moderada y 30% para máxima, reduciéndose en fase de seguimiento en un 2% para mínima, 4% para moderada, y 3% para máxima, indicando que el porcentaje de reducción en los sujetos del sexo femenino fue mas efectiva que en los sujetos del sexo masculino (Tabla 15).

En los resultados del auto-reporte (Tabla 32, 33 y 34) en cuanto a la frecuencia, duración y momento de aparición de los síntomas se pudo observar que para los sujetos del sexo masculino en la línea base se obtuvo una frecuencia de síntomas en total de 29 y en el seguimiento de cero. Para la duración de 65 hs, 18 min, 37 seg para la línea base y cero hs en el seguimiento. Para el momento de aparición en la línea base se observó un puntaje de 9 para el turno matutino, 17 para el vespertino, 5 para el nocturno y el seguimiento de cero para los tres turnos. Para los sujetos femeninos en la línea base se observó una frecuencia total de síntomas de 39 y de cero en el seguimiento, una duración de 254 hs, 14 min, 7 seg en la línea base y ---

cero horas en el seguimiento y para el momento de aparición el puntaje fue de 27 para el turno matutino, 20 para el vespertino y 19 para el nocturno - en la línea base y en seguimiento de cero. De acuerdo a los resultados del autoreporte se pudo deducir que en ambos sexos tuvo un efecto sobre los síntomas que redujeron a cero.

Se deduce entonces que la terapia de desensibilización sistemática en cuanto a su aplicación fue mas efectiva en los sujetos de sexo femenino; sin embargo, la hipótesis (H_3) plantea que "los síntomas de los trastornos por somatización se reducen más rápidamente en los sujetos de un sexo que en los de otro". Bajo estas circunstancias se revisan a continuación la rapidez - en la reducción de los síntomas.

Para los sujetos masculinos en cuanto a la frecuencia de los síntomas - en la fase de línea base obtuvieron un puntaje de 29, en el periodo de tratamiento dividido en tres subfases: relajación, construcción de jerarquías y aplicación de jerarquías presentando un puntaje de 4, 1, 0 respectivamente y en el seguimiento de cero. Para los sujetos femeninos en la línea base el puntaje fue de 39, en el periodo de tratamiento y en las subfases de relajación, construcción de jerarquías, aplicación de jerarquías el puntaje fue - de 16, 11, 11, respectivamente y cero en el seguimiento.

La duración en los sujetos masculinos en la línea base fue de 65 hs, - 18 min, 7 seg, el periodo de tratamiento en sus tres subfases fue de 11 min, 25 seg para la relajación, 25 min para la construcción de las jerarquías y - de cero hs para la aplicación de jerarquías y la fase de seguimiento. En - los sujetos femeninos la duración en la línea base fue de 254 hs, 42 min, -- 7 seg, en la fase de tratamiento y para la relajación fue de 67 hs, 6 min, - en la construcción de las jerarquías de 24 hs, 20 min, en la aplicación de -

las jerarquías de 94 hs, 36 min y de cero hs en el seguimiento.

En lo que respecta al momento de aparición de los sujetos masculinos en la línea base, presentaron un puntaje de 9 para el turno matutino, 17 en el turno vespertino y 5 en el nocturno. En el periodo de tratamiento y -- para la relajación fue de 1, 2, 1 en los tres turnos respectivamente para la construcción de jerarquías fue de 0, 1, 0 para la aplicación de las jerar-- quías y la fase de seguimiento la puntuación fue de cero para los tres tur-- nos. Los puntajes de los sujetos femeninos en la línea base fue de 27,20, 19 para el turno matutino, vespertino y nocturno respectivamente. En el pe-- riodo de tratamiento y para la relajación 11, 9, 3 en la construcción de las jerarquías 4, 5, 6 en la aplicación de las jerarquías 7,6, 5 en el seguimien-- to de cero en los tres turnos.

Bajo estas circunstancias se puede inferir que en los sujetos del sexo masculino se reducen más rápidamente la sintomatología somática que en los -- femeninos y se puede corroborar en los resultados, ya que en los sujetos --- masculinos se redujo a cero desde la fase de tratamiento específicamente en la aplicación de las jerarquías, mientras que en los sujetos femeninos la -- reducción de cero fue en la fase de seguimiento, ésto tanto en la frecuencia duración como en el momento de aparición del autoreporte. Por lo tanto, y de acuerdo a estos resultados se acepta la hipótesis (H_2).

Por otra parte, y en cuanto al manejo de la información de la Terapia proporcionada antes del tratamiento (Tabla 8), se pudo observar que a los su-- jetos que se les informó obtuvieron un porcentaje en el cuestionario de 44% en la línea base y 8% en el seguimiento, reduciéndose en 36 puntos porcentua-- les mientras que a los sujetos que no se les informó fue de 41% en línea base y de 11% en el seguimiento, reduciéndose en 30 puntos porcentuales, siendo --

la diferencia entre ambos de 6 puntos porcentuales. Como se puede observar, estos resultados muestran que la información proporcionada sobre la -- Terapia antes del tratamiento produjo efectos de reducción de síntomas, indicando la importancia del manejo de la información dentro de la terapia. Corroborándose de esta forma la propuesta establecida por Delgado (1983, P. 110), la cual refiere el hecho de proporcionar información al paciente -- de los éxitos de esta técnica puede ser un factor importante para su recuperación.

Por lo que respecta a la intensidad de los síntomas dentro del mismo cuestionario (Tabla 16), los sujetos a los cuales se les informó obtuvieron en la línea base un porcentaje de intensidad de 20% para mínima, 20% para -- moderada y 18% para máxima. En cambio, los sujetos a los cuales no se les informó presentaron un porcentaje de intensidad en la línea base de 17% -- para mínima, 23% para moderada y 20% para máxima. En el seguimiento fue -- de 8% para mínima, 8% para moderada y 1% para máxima. Estos resultados -- mostraron un descenso de un punto porcentual en la intensidad de los síntomas de los sujetos a los cuales se les informó, indicando que la informa--- ción proporcionada antes del tratamiento es de relevante importancia en la desensibilización sistemática.

En los resultados del autoreporte (Tabla 32, 33 y 34) en cuanto a la -- frecuencia, duración y momento de aparición de los síntomas se pudo observar que los sujetos a los cuales se les informó, en la línea base obtuvie-- ron una frecuencia de síntomas de 30 y cero en el seguimiento. De una duración de 256 hs, 14 min, 7 seg en la línea base a cero horas en el segui-- miento. Para el momento de aparición en la línea base se observó un punta je de 17 en el turno matutino, 2 en el vespertino y 18 en el nocturno, en -- la fase de seguimiento, el puntaje fue de cero para los tres turnos. Para

Los sujetos a los cuales no se les dió información, la frecuencia en la línea base fue de 38 y en el seguimiento de cero. De una duración de 63 hs, 46 min, 30 seg en la línea base a cero hs en el seguimiento. En el momento de aparición para la línea base se observó un puntaje de 19 en el turno matutino, 17 en el vespertino y 6 en el nocturno, en el seguimiento el puntaje fue de cero en los tres turnos. De acuerdo a los resultados del auto-reporte se puede inferir, que los sujetos a los que se les informó y a los que no se la terapia antes del tratamiento, mostraron la reducción de síntomas en función de la frecuencia, duración y momento de aparición en la fase de seguimiento, la cual fue de cero para ambos.

En conclusión, se acepta la hipótesis (H_2) la cual plantea que: "La información del procedimiento presentado antes de la intervención produce efectos de reducción de síntomas en los sujetos del cuestionario, ya que a los sujetos a los cuales se les informó obtuvieron un porcentaje de reducción mayor y, por lo tanto, una disminución mayor de la intensidad de los síntomas.

En relación a la rapidez de reducción de los síntomas se pudo observar que los sujetos a los cuales se les informó presentaron en el autoreporte los siguientes resultados (Tabla 32, 33, y 34): En la línea base y en relación a la frecuencia obtuvieron un puntaje de 30, en el periodo de tratamiento dividido en tres subfases de relajación, construcción de jerarquías y aplicación de jerarquías el puntaje fue de 8, 8, 9, respectivamente, y en el seguimiento de cero. Para los sujetos a los cuales no se les informó en la línea base el puntaje obtenido fue de 38, en el periodo de tratamiento y en las subfases de relajación, construcción de jerarquías y aplicación de las mismas el puntaje fue de 2, 4, 2 respectivamente y cero en el segui-

miento.

En cuanto a la duración de los síntomas de los sujetos a los que se les informó en la línea base, presentaron una duración de 256 hs, 14 min, - 7 seg, en el periodo de tratamiento y en las tres subfases de relajación --- 64 hs, 5 min, construcción de jerarquías 22 hs, 3 min, en la aplicación de las mismas 93 hs, 3 min, y en el seguimiento cero hs.

Para los sujetos a los cuales no se les informó obtuvieron en la línea base, una duración de 63 hs, 46 min, 30 seg. En el periodo de tratamiento y en las tres subfases de relajación 3 hs, 12 min, 25 seg, construcción de jerarquías 2 hs, 42 min, aplicación de jerarquías 1 hora, 33 min y en el -- seguimiento cero horas.

En lo que respecta al momento de aparición en los sujetos a los que se les informó en la línea base presentaron un puntaje de 17 para el turno matutino, 20 para el vespertino y 8 para el nocturno. En el periodo de tratamiento y para la relajación fue de 6, 3, 3 en los tres turnos respectivamente, en la construcción de jerarquías fue de 3, 3, 2 para la aplicación de las jerarquías fue de 6, 5, 5 y en el seguimiento fue de cero. Los puntajes de los sujetos a los cuales no se les informó en la línea base fueron de 19, 17, 6 para el turno matutino, vespertino y nocturno respectivamente. En el periodo de tratamiento y para la relajación 6, 5, 1 en la construcción de las jerarquías 1, 3, 0 en la aplicación de las mismas 1, 1, 0 y en el seguimiento fue de cero.

En relación a los resultados obtenidos en el autoreporte y de acuerdo a la frecuencia, duración y momento de aparición, se pudo observar que los sujetos a los que no se les informó obtuvieron una disminución de los síntomas más rápidamente que los sujetos a los que se les informó, por lo tanto

se rechaza la hipótesis (H_0) la cual plantea que: " En los sujetos a los -- que se les informó acerca del procedimiento antes de la intervención, se -- produce una reducción de síntomas más rápidamente que a los que no se les - informó". Sin embargo, hay que hacer notar que los sujetos a los que se les informó presentaban la sintomatología somática más arraigada, que a los que no se les informó.

De igual manera que a los sujetos que se les informó, los sujetos a -- los cuales la terapia fue aplicada por el investigador y los sujetos femeni nos mostraron una sintomatología de mayor intensidad, frecuencia, duración y momento de aparición. Por lo cual se puede decir que la rapidez en la - disminución de los síntomas va estar en función de la intensidad de los sín tomas y no en el manejo de la información y diferencia entre sexos o el --- tipo de aplicación, no queriendo decir con esto que la información propor-- cionada antes del tratamiento no influyó en el padecimiento psicossomático.

Con relación a la hipótesis (H_4) la cual plantea que "Los efectos de un procedimiento de desensibilización sistemática se mantienen más, en un periodo de tiempo, en los sujetos de un sexo que en los de otro". De los cuatro pacientes a los que se les aplicó el procedimiento de desensibiliza ción sistemática ninguno se ha vuelto a presentar al servicio de Psicología, sin embargo, estos pacientes se han presentado a los servicios de Medicina General y de especialidades por referir problemas de tipo médico relaciona dos con trastornos orgánicos y no alteraciones psicossomáticas. Desde nues tro punto de vista se puede comentar que el efecto de la desensibilización - sistemática sobre los trastornos psicossomáticos es igual en ambos sexos.

Por otro lado y en relación a la valoración de los médicos especialis-- tas se pudo observar la disminución de la sintomatología somática desde su -

perspectiva, lo cual se encuentra representado en el resumen de los sujetos, en el que se plantean las valoraciones de los médicos especialistas antes y después del tratamiento, es decir, en la línea base inicial y el periodo de seguimiento (Ver anexo 4).

Como en toda investigación en cuanto a su desarrollo, surgen una serie de limitaciones, mismas que nuestro interés no deja pasar por desapercibidas y que expondremos de manera general a continuación: En primer lugar, y con respecto a la muestra, nos podemos dar cuenta claramente que es una población limitada y, si bien que el procedimiento de desensibilización sistemática produjo efectos importantes sobre nuestros sujetos, desde un punto de vista realista no nos permite acreditar el éxito total a la desensibilización sistemática debido a lo limitado de nuestra muestra. Si para futuras investigaciones se toma en cuenta lo anteriormente expuesto es muy probable que se alcance el objetivo fundamental de esta investigación.

Por otro lado se pudo observar que los sujetos femeninos presentaron mayor sintomatología somática que los sujetos masculinos, además es evidente que estos trastornos prevalecen más en el sexo femenino. Con esto se hace hincapié que en posteriores investigaciones relacionadas con el tema de investigación se contemple la posibilidad de llevar a cabo el estudio -- por separado en lugar de buscar diferencias entre sexos.

En segundo término y en cuanto a la metodología de la terapia de desensibilización sistemática se hace necesario tomar en cuenta que existen otras formas de aplicación de dicha terapia, lo cual pudiera sugerirnos una mayor efectividad en el tratamiento de un sujeto u otro. En general, queremos -- decir con esto que la exposición verbal de la desensibilización sistemática no es necesariamente la más efectiva (Delgado, 1983).

Por otro lado, y desde mi muy particular punto de vista, el éxito en el tratamiento de los desórdenes psicósomáticos puede ser más efectivo si se -- utilizan combinaciones de terapia conductual, en este sentido estamos de -- acuerdo con las propuestas realizadas por Bartolomé (1980).

Sin embargo, existen dentro de esta investigación dos elementos que se han pasado por alto, el primero concierne a la naturaleza reactiva del auto reporte o automonitoreo, cuyos efectos hasta donde se sabe son variables y -- de corta vida. El automonitoreo es una de las principales estrategias dentro de las llamadas técnicas de autocontrol. Se pretende con el automonitoreo que la persona no solamente observe su misma conducta sino que la registre con el propósito de que esto le proporcione al mismo tiempo retroalimentación y evaluación. Mahoney y Thoresen (1974 P. 23) han indicado que -- "el individuo que registra su propia conducta, se vuelve más consciente de -- sí mismo y además recibe una retroalimentación "inmediata y acumulativa" sobre lo que está (o no está) haciendo". Por otro lado, los datos objetivos que pueden proveer el automonitoreo tienen importancia definitiva en la forma que el individuo se autoevalúa. Si sus registros indican que su conducta está cambiando en la dirección deseada, el sujeto tiene una base objetiva -- para experimentar mayor satisfacción consigo mismo. Sin embargo, se desconoce en la presente investigación la influencia del autoreporte en los resultados; por lo cual se hace necesario conformar futuros estudios con el propósito de determinar cuáles son las técnicas terapéuticas responsables del cambio.

El segundo elemento que pudo afectar a la sintomatología somática probablemente fue el número de sesiones, sin embargo, para corroborar o desmentir esta proposición podemos revisar la tabla 35 en la cual se plantean el-

número de sesiones realizadas con los sujetos y lo cual nos indica que tanto el sujeto número dos como el número cuatro se les aplicaron el mayor número de sesiones, 42 para el primero y 39 para el segundo. Estos sujetos, con respecto al cuestionario D-S-M III en términos del porcentaje de síntomas presentes (% S-P) y porcentaje de intensidad (% I) fue mayor en comparación con los sujetos número uno y tres, en los cuales el número de sesiones fue de 30 y 32 respectivamente. Esto nos indica que los sujetos que recibieron el mayor número de sesiones la sintomatología somática se redujo en menor -- proporción que los sujetos con menos número de sesiones, es decir, que la reducción de los síntomas somáticos no está en función del número de sesiones. Por esta razón se descarta el hecho de la influencia de esta variable.

Por otra parte, la presente investigación ha demostrado concluyentemente que la desensibilización sistemática produce efectos de reducción en los síntomas de los trastornos psicósomáticos. Por lo tanto, se deduce que para investigaciones posteriores puede ser utilizado dicho tratamiento en la disminución o reducción de cualquier otro trastorno en el que se observen síntomas somáticos.

A N E X O S

A N E X O 1

ENTREVISTA CLINICA CONDUCTUAL

ENTREVISTA CLINICA CONDUCTUAL

I. Ficha de Identificación.

Nombre: M.A.F.

Edad: 41 años.

Sexo: masculino

F.N. : 13/VI/46

Ocupación: Radio operador

Escolaridad: 2º secundaria

Religión: Católica

Estado Civil: Casado

Dirección: Ley de Matrimonio civil manzana B # 4

Tel:

II.-Motivos de Consulta.

Paciente referido por el servicio de medicina general, por presentar dolor tipo punzante en área precordial, antes fue valorado por cardiología dándolo sano.

III.-Sintomatología actual.

Presenta según lo refiere el paciente alteraciones de la visión, cefaleas, debilidad o pérdida de la conciencia en ocasiones, así como dolores corporales, cefalea y alteraciones cardiopulmonares.

IV.-Historia del Padecimiento.

El paciente menciona que aproximadamente hace un año inició su sintomatología y que los síntomas iban apareciendo poco a poco y uno por uno, -- haciéndose más intensos bajo situaciones estresantes para él.

V.- Causas para provocar el síntoma y mantenerlo.

Las causas para exacerbar la sintomatología según lo afirma el paciente son producidos por discusiones en el hogar por dinero, en el trabajo por el turno nocturno y muchas veces por lo que piensa que puede pasar.

VI.- Datos clínicos.

Hipertensión que según el punto de vista de los especialistas no provocan ninguno de los malestares somáticos.

VII.- Historia personal.

Paciente que desde niño aparentemente fue sano y que a la edad de 17 años dejó los estudios por necesidad de trabajar, quedándose en 2º de secundaria. Se casó a la edad de 21 años, actualmente lleva 20 años de casado y tiene cuatro hijos.

VIII.- Historia laboral

Empezó a trabajar a la edad de 17 años en una tienda, cambiando de empleos continuamente. En 1967 ingresó a la Armada que es su empleo actual, sus relaciones interpersonales son aceptables sin conflictos aparentes. Cambio de turno de trabajo constantemente.

IX.- Información sexual.

La primera información sexual la obtuvo por amigos, revistas. Refiriendo que nunca tuvo la orientación de sus padres. Refiere llevar una vida sexual satisfactoria.

X.- Historia familiar.

Tercero de cinco hijos de padres separados. vivió con la madre que lo --- golpeaba. Se casó a los 21 años , a los 22 tuvo su primer hijo, actualmente tiene cuatro hijos.

XI.-Observaciones.

-Aplicación por el Pasante.

-Se le informó de la Terapia.

ENTREVISTA CLINICA CONDUCTUAL

I.- Ficha de identificación.

Nombre: M. CH. O.

Edad: 25 años

Sexo: femenino

F.N. 18/enero/62

Ocupación: Hogar

Escolaridad: 6ª de primaria.

Religión: Católica.

Estado Civil: Casada

Dirección: Col. Los Pinos casa # 9

Tel:

II.- Motivos de Consulta.

Paciente que acude al servicio de psicología por presentar quejas somáticas sin fondo orgánico aparente como reacción a conflictos familiares y matrimoniales.

III.-Sintomatología actual.

La paciente refiere presentar dolor de cabeza, dolor de espalda, pérdida del placer, mareos, dolor precordial, problemas respiratorios, irregularidad menstrual y hemorragia excesiva.

IV .-Historia del padecimiento.

El inicio de los padecimientos fue hace 10 años por interferencia de la familia del marido en su vida privada, iniciando con dolores de espalda y de cabeza. Posteriormente hace 8 ó 9 años aproximadamente sufre crisis conversiva con síntomas de mareos y apneas. Refiere que los síntomas se han incrementado actualmente, apareciendo además pérdida del placer, dolores precordiales e irregularidad menstrual.

V.- Causas para provocar el síntoma y mantenerlo.

Dentro de las causas más significativas se encuentran discusiones con el marido, intromisión en su vida privada, casa desordenada y que los hijos no obedezcan.

VI.- Datos clínicos.

No existen datos clínicos de importancia.

VII.- Historia personal.

Desde niño fue una persona enfermiza. Refiere que su niñez fue muy triste por conflictos entre sus padres que se separaron cuando la paciente tenía 15 años, por tal razón se casó a esa edad, teniendo su primer hijo a los 16 años.

VIII.-Historia laboral.

Se ha dedicado al hogar desde que se casó.

IX.-Información sexual.

Nunca tuvo información sexual hasta que se casó. Inclusive estando embarazada no sabía como nacían los niños.

X.- Historia familiar.

Tercera de nueve hermanos, de padres separados que viven actualmente. Con su marido tiene cuatro hijos. Existe de promedio una vida familiar desagradable por los conflictos que tiene con su marido al grado de tener relaciones extramaritales.

XI.-Observaciones.

- Aplicación por el investigador.
- Sí se le informó de la Terapia.

ENTREVISTA CLINICA CONDUCTUAL

I.- Ficha de Identificación.

Nombre: A .M.S.

Edad: 39 años

Sexo: Femenino

F.N.: 7 julio 1949

Ocupación: Hogar

Escolaridad: 2º Primaria

Religión: Católica

Estado Civil: Casada

Dirección: Calle Hernandez Lote No. 1

Tel:

II.- Motivos de Consulta.

La paciente acude al Servicio de Psicología referido por urgencias por presentar supuesto dolor en la espalda, falta de aire, entumecimiento de la cara y de los labios, así como parálisis de manos y piernas.

III.- Sintomatología actual.

Según refiere la paciente presenta dolor de cabeza a nivel parieto-occipital, agotamiento, debilidad muscular, dolor de columna vertebral, irregularidad menstrual, dolores precordiales y síntomas cardiopulmonares.

IV.- Historia del Padecimiento.

Aproximadamente hace 20 años inició con los padecimientos somáticos sin disminución de los mismos hasta la actualidad. Hace un año presentó un ataque de tipo conversivo con dolor de cabeza, temblor en el cuerpo, un -- segundo ataque se presentó el 26-II-88 estando bajo mucha tensión.

V.- Causas para provocar el síntoma y mantenerlo.

Problemas familiares, tensión cuando no le hacen caso los hijos, ver al marido tomando alcohol, miedo a padecer cualquier enfermedad.

VI.- Datos clínicos.

De acuerdo a la valoración del Ortopedista los síntomas no son producidos por factores orgánicos.

VII.- Historia personal.

Niñez supuestamente sana, creció con sus abuelos teniendo una niñez muy triste. La paciente manifiesta haberle tenido miedo al papá desde pequeña, carencias económicas y sociales, padre golpeador. A la edad de 23 años se fugó con su marido y posteriormente se casó.

VIII.- Historia Laboral.

Inició a trabajar desde temprana edad haciendo tortillas, lavando ropa, a los 20 años trabajó en una refresquería, a los 22 años trabajó de sirvienta. Actualmente se dedica al hogar.

IX.- Información sexual.

Desconoció cualquier información hasta que se casó.

X.- Historia familiares.

Quinta de nueve hermanos de padres campesinos con problemas socioeconómicos severos. Actualmente tiene con su marido cuatro hijos de los cuales uno es adoptivo. Aparentemente el Núcleo familiar se encuentra integrado.

XI.- Observaciones.

- Aplicación por el pasante.
- No se le informó de la terapia.

ENTREVISTA CLINICA CONDUCTUAL

I.- Ficha de Identificación.

Nombre: E.R.H.

Edad: 57 años.

Sexo: Masculino

F.N.: 10/IX/1931

Ocupación: Marino retirado

Escolaridad: 5º año de primaria

Religión: Católico

Estado Civil: Casado

Dirección: Col. 1º de Mayo

Tel:

II.- Motivos de consulta.

Paciente referido por el Servicio de Medicina General por presentar cuadro frecuente de ansiedad, supuestos intentos de suicidio los cuales fueron por conducta histérica y no por alguna depresión. Además presenta visión borrosa.

III.- Sintomatología actual.

El paciente presenta cuadro de dolores abdominales y problemas gastrointestinales, así como dolor de cabeza y en general dolores corporales.

IV.- Historia del Padecimiento.

Hace 7 años inició el padecimiento con diferentes quejas somáticas producidas por tensión laboral y disgustos familiares. Incrementándose la intensidad de los síntomas a partir de su retiro. Actualmente presenta la sintomatología arriba mencionada.

V.- Causas para provocar el síntoma y mantenerlo.

Problemas económicos, discusión con la esposa, problemas familiares, disgustos frecuentes.

VI.- Datos clínicos.

No existen datos clínicos importantes.

VII.- Historia personal.

Niñez aparentemente sana sin conflictos familiares. Estudió hasta el 5º año de primaria posteriormente se dedicó a trabajar. Refiere que tuvo una niñez feliz que fue hijo deseado (El paciente no refiere más datos).

VIII.- Historia laboral.

Inició a trabajar desde temprana edad, a los 17 años ingresó a la Armada - el cual ha sido su único empleo. Dentro de la Armada se especializó en - Mecánica de Buques empleo que siguió hasta que se retiró. Actualmente -- vive del salario de su retiro.

IX.- Información sexual.

El paciente no tuvo información sexual por parte de sus padres, sino que la obtuvo de amigos y revistas.

X.- Historia familiares.

Segundo de cuatro hermanos de padres casados sin conflictos familiares - aparentes. Actualmente tiene 30 años de casado procreando con su esposa cuatro hijos. El paciente refiere tener problemas familiares.

XI.- Observaciones.

- Aplicación por el investigador.
- No se le informa de la terapia.

A N E X O 2

CUESTIONARIO DSM - III

QUESTIONARIO DSM-III

NOMBRE: MANUEL ANGULO FLORES APLICADO: Pasante CARLOTA ZUÑIGA
 EDAD: 41 AÑOS SEXO: masculino SIMBOLISMO: PRESENTE: "P" AUSENTE: "A"
 FECHA: 26/OCT/87 INICIO DE SINTOMAS: UN AÑO DURACION DE SINTOMAS: UN AÑO FASE: "A"

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
A) SINTOMAS PSEUDONEUROLOGICOS					
Dificultad para tragar		A			
Pérdida de voz		A			
Sordera		A			
Vision doble		A			
Vision borrosa	P		X		
Ceguera		A			
Debilidad o pérdida de la conciencia	P				
Pérdida de la memoria		A			
Crisis o convulsiones	P				X
Dificultad para andar	P				X
Parálisis		A			
Debilidad Muscular	P				X
Retención en la micción		A			
Dificultad en la micción		A			
B) SINTOMATOLOGIA POR SOMATIZACION					
B1) SINTOMAS GASTROINTESTINALES					
Dolores abdominales		A			
Náuseas	P		X		
Crisis de vómito (distintas al embarazo)	P		X		
Distensión(gases)		A			
Intolerancia (Sentar mal la comida)		A			
Diarreas		A			
B 2) SINTOMAS RELATIVOS AL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.					
Menstruación dolorosa					
Irregularidad menstrual					
Menorragia excesiva					
Vómitos graves del embarazo					

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
B3) SINTOMAS PSICOSEXUALES					
Indiferencia sexual Falta de placer (en la relación) Dolor durante la relación sexual		A A A			
B4) DOLOR					
1.- Dolor de espalda 2.- Dolor de articulaciones 3.- Dolor de extremidades 4.- Dolor del área genital (distintos al coito) 5.- Dolor durante la micción 6.- Otros dolores (distintos a la jodueca)	P P P P	 A A	X 	 X X 	 X
B5) SINTOMAS CARDIOPULMONARES					
1.- Respiración superficial 2.- Palpitaciones 3.- Dolores precardiales 4.- Mareos	P P P P	 	 	 X X	 X X
TOTAL					
C) OBSERVACIONES PARA CONSIDERAR UN SINTOMA COMO PRESENTE					
C1) Enfermizo: El paciente considera que ha estado enfermo durante una buena parte de su vida.		SI	NO	TIEMPO	
C2) Ha tenido la necesidad de tomar medicamentos (diferentes a las aspirinas)		SI	NO		
C3) Desde el punto de vista clínico los síntomas no se explican a través de un trastorno o lesión, y no son efectos secundarios de medicación.		SI	NO		
D) 14 síntomas en la mujer y 12 en el hombre, sobre los 37 síntomas enumerados anteriormente.		TOTAL DE SINTOMAS			
		HOMBRE	MUJER		
		15			

QUESTIONARIO DSM-III

NOMBRE: MANUEL ANGULO FLORES APLIC: Pasante CARLOTA ZUÑIGA
 EDAD: 41 AÑOS SEXO: masculino SIMBOLISMO: PRESENTE: "p" AUSENTE: "A"
 FECHA: 16/DIC/87 INICIO DE SINTOMAS: UN AÑO DURACION DE SINTOMAS: UN AÑO FASE: "c"

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
A) SINTOMAS PSEUDONEUROLOGICOS					
Dificultad para tragar		A			
Pérdida de voz		A			
Sordera		A			
Visión doble		A			
Visión borrosa	P		X		
Ceguera		A			
Debilidad o pérdida de la conciencia		A			
Pérdida de la memoria		A			
Crisis o convulsiones		A			
Dificultad para andar		A			
Parálisis		A			
Debilidad muscular		A			
Retención en la micción		A			
Dificultad en la micción		A			
B) SINTOMATOLOGIA POR SOMATIZACION					
B1) SINTOMAS GASTROINTESTINALES					
Dolores abdominales		A			
náuseas		A			
Crisis de vómito (distintas al embarazo)		A			
Distensión (gases)	P			X	
Intolerancia (Sentar mal la comida)		A			
Diarreas		A			
B 2) SINTOMAS RELATIVOS AL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.					
Menstruación dolorosa					
Irregularidad menstrual					
Hemorragia excesiva					
Vómitos graves del embarazo					

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
B3) SINTOMAS PSICOSEXUALES					
Indiferencia sexual Falta de placer (en la relación) Dolor durante la relación sexual		A A A			
B4) DOLOR					
1.- Dolor de espalda 2.- Dolor de articulaciones 3.- Dolor de extremidades 4.- Dolor del área genital (distintas al coito) 5.- Dolor durante la micción 6.- Otros dolores (distintos a la jaqueca)		A A A A A A			
B5) SINTOMAS CARDIOPULMONARES					
1.- Respiración superficial 2.- Palpitaciones 3.- Dolores precordiales 4.- Mareos		A A A A			
TOTAL					
C) OBSERVACIONES PARA CONSIDERAR UN SINTOMA COMO PRESENTE					
C1) Enfermizo: El paciente considera que ha estado enfermo durante una buena parte de su vida.		SI	NO	TIEMPO	
C2) Ha tenido la necesidad de tomar medicamentos (diferentes a las aspirinas)		SI	NO		
C3) Desde el punto de vista clínico - los síntomas no se explican a través de un trastorno o lesión, y no son efectos secundarios de medica-		SI	NO		
D) 14 síntomas en la mujer y 12 en el hombre. sobre los 37 síntomas enumerados anteriormente.		TOTAL DE SINTOMAS			
		HOMBRE	MUJER		
		2			

QUESTIONARIO DSM-III

NOMBRE: MARGARITA CHAVEZ DE ORTIZ

APLICADO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.

EDAD: 25 AÑOS SEXO: Femenino SIMBOLISMO: PRESENTE: "P"

AUSENTE: "A"

FECHA: 22/OCT/87 INICIO DE SINTOMAS: 10 AÑOS DURACION DE SINTOMAS: 10 AÑOS FASE: "A"

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
A) SINTOMAS PSEUDONEUROLOGICOS					
Dificultad para tragar		A			
Pérdida de voz		A			
Sordera		A			
Visión doble		A			
Visión borrosa	P		X		
Ceguera		A			
Debilitado o pérdida de la conciencia	P		X		
Pérdida de la memoria		A			
Crisis o convulsiones	P				X
Dificultad para andar	P				X
Parálisis		A			
Debilidad Muscular		A			
Retención en la micción		A			
Dificultad en la micción		A			
B) SINTOMATOLOGIA POR SOMATIZACION					
B1) SINTOMAS GASTROINTESTINALES					
Dolores abdominales		A			
Náuseas		A			
Crisis de vómito (distintas al empuje 320)		A			
Distensión gástrica	P		X		
Intolerancia (Sentar mal la comida)	P				X
Diarrea		A			
B 2) SINTOMAS RELATIVOS AL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.					
Menstruación dolorosa		A			
Irregularidad menstrual	P				X
Hemorragia excesiva	P				X
Vómitos graves del embarazo		A			

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
B3) SINTOMAS PSICOSEXUALES					
Indiferencia sexual Falta de placer (en la relación) Dolor durante la relación sexual	P	A A			X
B4) DOLOR					
1.- Dolor de espalda	P				X
2.- Dolor de articulaciones		A			X
3.- Dolor de extremidades	P	A			X
4.- Dolor del área genital (distintas al coito)		A			
5.- Dolor durante la micción		A			
6.- Otros dolores (distintos a la jaqueca)	P				X
B5) SINTOMAS CARDIOPULMONARES					
1.- Respiración superficial	P				X
2.- Palpitaciones	P				X
3.- Dolores precordiales	P			X	
4.- Mareos	P			X	
TOTAL					
C) OBSERVACIONES PARA CONSIDERAR UN SINTOMA COMO PRESENTE					
C1) Enfermizo: El paciente considera que ha estado enfermo durante una buena parte de su vida.		SI X	NO		TIEMPO
C2) Ha tenido la necesidad de tomar medicamentos (diferentes a las aspirinas)		SI X	NO		
C3) Desde el punto de vista clínico - los síntomas no se explican a través de un trastorno o lesión, y no son efectos secundarios de medicación		SI	NO		
D) 14 síntomas en la mujer y 12 en el hombre, sobre los 37 síntomas enumerados anteriormente.	TOTAL DE SINTOMAS				
	HOMBRE		MUJER		
			16		

QUESTIONARIO DSM-III

NOMBRE: MARGARITA CHAVEZ DE ORTIZ APLICADO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E
 EDAD: 25 AÑOS SEXO: Femenino SIMBOLISMO: PRESENTE: "p" AUSENTE: "A"
 FECHA: 11/DIC/87 INICIO DE SINTOMAS: 10 AÑOS DURACION DE SINTOMAS: 10 AÑOS FASE: "c"

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
A) SINTOMAS PSEUDONEUROLÓGICOS					
Dificultad para tragar		A			
Pérdida de voz		A			
Sordera		A			
Visión doble		A			
Visión borrosa		A			
Ceguera		A			
Debilidad o pérdida de la conciencia		A			
Pérdida de la memoria		A			
Crisis o convulsiones		A			
Dificultad para andar		A			
Parálisis		A			
Debilidad muscular		A			
Retención en la micción		A			
Dificultad en la micción		A			
B) SINTOMATOLOGÍA POR SOMATIZACIÓN					
B1) SINTOMAS GASTROINTESTINALES					
Dolores abdominales		A			
Náuseas		A			
Crisis de vómito (distintas al embarazo)		A			
Distensión(gases)		A			
Intolerancia (Sentar mal la comida)		A			
Diarrea		A			
B2) SINTOMAS RELATIVOS AL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.					
Menstruación dolorosa		A			
Irregularidad menstrual		A			
Hemorragia excesiva	P	A			
Vómitos graves del embarazo		A			X

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
B3) SINTOMAS PSICOSEXUALES					
Indiferencia sexual Falta de placer (en la relación) Dolor durante la relación sexual	P	A A			X
B4) DOLOR					
1.- Dolor de espalda 2.- Dolor de articulaciones 3.- Dolor de extremidades 4.- Dolor del área genital (distintas al coito) 5.- Dolor durante la micción 6.- Otros dolores (distintos a la jaqueca)	P P	A A A A		X X	
B5) SINTOMAS CARDIOPULMONARES					
1.- Respiración superficial 2.- Palpitaciones 3.- Dolores precordiales 4.- Mareos		A A A A			
TOTAL					
C) OBSERVACIONES PARA CONSIDERAR UN SINTOMA COMO PRESENTE					
C1) Enfermizo: El paciente considera que ha estado enfermo durante una buena parte de su vida.		SI X	NO		TIEMPO
C2) Ha tenido la necesidad de tomar medicamentos (diferentes a las aspirinas)		SI X	NO		
C3) Desde el punto de vista clínico - los síntomas no se explican a través de un trastorno o lesión, y no son efectos secundarios de medicación		SI	NO		
D) 14 síntomas en la mujer y 12 en el hombre, sobre los 37 síntomas enumerados anteriormente.		TOTAL DE SINTOMAS			
		HOMBRE	MUJER		
			4		

CUESTIONARIO DSM-III

NOMBRE: ANGELINA MEJIA APLICADO: Pasante CARMEN VAZQUEZ
 EDAD: 39 AÑOS SEXO: Femenino SIMBOLISMO: PRESENTE: "P" AUSENTE: "A"
 FECHA: 9/MAR/88 INICIO DE SINTOMAS: 19 AÑOS DURACION DE SINTOMAS: 20 AÑOS FASE: "A"

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
A) SINTOMAS PSEUDONEUROLOGICOS					
Dificultad para tragar		A			
Pérdida de voz		A			
Sordera	P		X		
Visión doble	P				X
Visión borrosa	P				X
Ceguera		A			
Debilidad o pérdida de la conciencia		A			
Pérdida de la memoria		A			
Crisis o convulsiones	P				X
Dificultad para andar	P				X
Parálisis	P				X
Debilidad Muscular	P				X
Retención en la micción		A			
Dificultad en la micción		A			
B) SINTOMATOLOGIA POR SOMATIZACION					
B1) SINTOMAS GASTROINTESTINALES					
Dolores abdominales		A			
Naúseas		A			
Crisis de vómito (distintas al embarazo)		A			
Distensión(gases)		A			
Intolerancia (Sentar mal la comida)		A			
Diarrea		A			
B 2) SINTOMAS RELATIVOS AL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.					
Menstruación dolorosa		A			
Irregularidad menstrual	P				X
Hemorragia excesiva		A			
Vómitos graves del embarazo	P				X

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
B3) SINTOMAS PSICOSEXUALES					
Indiferencia sexual Falta de placer (en la relación) Dolor durante la relación sexual	P	A A		X	
B4) DOLOR					
1.- Dolor de espalda 2.- Dolor de articulaciones 3.- Dolor de extremidades 4.- Dolor del área genital (distintos al coito)	P	A A A			X
5.- Dolor durante la micción 6.- Otros dolores (distintos a la jaweca)	P	A			X
B5) SINTOMAS CARDIOPULMONARES					
1.- Respiración superficial 2.- Palpitaciones 3.- Dolores precordiales 4.- Mareos	P P P	A	X		X X
TOTAL					
C) OBSERVACIONES PARA CONSIDERAR UN SINTOMA COMO PRESENTE					
C1) Enfermizo: El paciente cans para que ha estado enfermo durante una buena parte de su vida.		SI X	NO	TIEMPO	
C2) Ha tenido la necesidad de tomar medicamentos (diferentes a las aspirinas)		SI X	NO	Neomelubrina, L53, Herenfoial.	
C3) Desde el punto de vista clínico - los síntomas no se explican a través de un trastorno o lesión, y no son efectos secundarios de medica-		SI	NO		
D) 14 síntomas en la mujer y 12 en el hombre, sobre los 37 síntomas enumerados anteriormente.		TOTAL DE SINTOMAS HOMBRE		MUJER	15

QUESTIONARIO DSM-III

NOMBRE: ANGELINA MEJIA APLICADO: Pasante CARMEN VAZQUEZ
 EDAD: 39 AÑOS SEXO: Femenino SIMBOLISMO: PRESENTE: "p" AUSENTE: "A"
 FECHA: 13/IV/88 INICIO DE SINTOMAS: 19 AÑOS DURACION DE SINTOMAS: 20 AÑOS FASE: "C"

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
A) SINTOMAS PSEUDONEUROLÓGICOS					
Dificultad para tragar		A			
Pérdida de voz		A			
Sordera		A			
Visión doble		A			
Visión borrosa		A			
Ceguera		A			
Debilidad o pérdida de la conciencia		A			
Pérdida de la memoria		A			
Crisis o convulsiones		A			
Dificultad para andar		A			
Parálisis		A			
Debilidad Muscular		A			
Retención en la micción		A			
Dificultad en la micción		A			
B) SINTOMATOLOGIA POR SOMATIZACIÓN					
B1) SINTOMAS GASTROINTESTINALES					
Dolores abdominales		A			
náuseas		A			
Crisis de vómito (distintas al embarazo)		A			
Distensión(gases)		A			
Intolerancia (Sentar mal la comida)		A			
Diarrea		A			
B 2) SINTOMAS RELATIVOS AL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.					
Menstruación dolorosa		A			
Irregularidad menstrual	P	A		X	
Hemorragia excesiva		A			
Vómitos graves del embarazo	P				X

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
B3) SINTOMAS PSICOSEXUALES					
Indiferencia sexual Falta de placer (en la relación) Dolor durante la relación sexual		A A A			
B4) DOLOR					
1.- Dolor de espalda 2.- Dolor de articulaciones 3.- Dolor de extremidades 4.- Dolor del área genital (distintos al coito) 5.- Dolor durante la micción 6.- Otros dolores (distintos a la jaqueca)		A A A A A			
B5) SINTOMAS CARDIOPULMONARES					
1.- Respiración superficial 2.- Palpitaciones 3.- Dolores precordiales 4.- Mareos	P	A A A	X		
TOTAL					
C) OBSERVACIONES PARA CONSIDERAR UN SINTOMA COMO PRESENTE					
01) Enfermo: El paciente considera que ha estado enfermo durante una buena parte de su vida.		S.	NO	TIEMPO	
02) Ha tenido la necesidad de tomar medicamentos (diferentes a las aspirinas)		SI	NO		
03) Desde el punto de vista clínico - los síntomas no se explican a través de un trastorno o lesión, y no son efectos secundarios de medicación.		SI	NO		
D) 14 síntomas en la mujer y 12 en el hombre, sobre los 37 síntomas enumerados anteriormente.		TOTAL DE SINTOMAS			
		HOMBRE	MUJER		
			3		

QUESTIONARIO DSM-III

NOMBRE: ELADIO DE LA RIVA HUERTA APLICADO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 57 AÑOS SEXO: Masculino SIMBOLISMO: PRESENTE AUSENTE: A
 FECHA: 4/1/89 INICIO DE SINTOMAS: 7 AÑOS DURACION DE SINTOMAS: 7 AÑOS FASE: A

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
A) SINTOMAS PSEUDONEUROLOGICOS					
Dificultad para tragar		A			
Pérdida de voz		A			
Sordera		A			
Visión doble		A			
Visión borrosa	P		X		
Ceguera		A			
Debilidad o pérdida de la conciencia		A			
Pérdida de la memoria	P		X		
Crisis o convulsiones		A			
Dificultad para andar	P		X		
Parálisis		A			
Debilidad Muscular	P		X		
Retención en la micción	P				X
Dificultad en la micción		A			
B) SINTOMATOLOGIA POR SOMATIZACION					
B1) SINTOMAS GASTROINTESTINALES					
Dolores abdominales	P			X	
Índigos		A			
Crisis de vómito (distintas al embarazo)		A			
Distensión(gases)	P		X		
Intolerancia (Sentar mal la comida)		A			
Diarrea	P				X
B 2) SINTOMAS RELATIVOS AL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.					
Menstruación dolorosa					
Irreg. aridad menstrual					
hemorragia excesiva					
Vómitos graves del embarazo					

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
B3) SINTOMAS PSICOSEXUALES					
Indiferencia sexual Falta de placer (en la relación) Dolor durante la relación sexual		A A A			
B4) DOLOR					
1.- Dolor de espalda 2.- Dolor de articulaciones 3.- Dolor de extremidades 4.- Dolor del área genital (distintas al coito) 5.- Dolor durante la micción 6.- Otros dolores (distintos a la jarveca)	P P P P	 A A		X X X	 X
B5) SINTOMAS CARDIOPULMONARES					
1.- Respiración superficial 2.- Palpitaciones 3.- Dolores precordiales 4.- Mareos	 P P	 A A		 X X	
TOTAL	14	19	4	14	9
C) OBSERVACIONES PARA CONSIDERAR UN SINTOMA COMO PRESENTE					
C1) Enfermizo: El paciente considera que ha estado enfermo durante una buena parte de su vida.		SI	NO	TIEMPO	
C2) Ha tenido la necesidad de tomar medicamentos (diferentes a las aspirinas)		SI	NO		
C3) Desde el punto de vista clínico - los síntomas no se explican a través de un trastorno o lesión, y no son efectos secundarios de medicación.		SI	NO		
D) 14 síntomas en la mujer y 12 en el hombre, sobre los 37 síntomas enumerados anteriormente.			TOTAL DE SINTOMAS		
			HOMBRE	MUJER	
			14		

QUESTIONARIO DSM-III

NOMBRE: ELADIO DE LA RIVA HUERTA APLICADO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 57 AÑOS SEXO: Masculino SIMBOLISMO: PRESENTE: P AUSENTE: A
 FECHA: 20/11/84 INICIO DE SINTOMAS: 7 AÑOS DURACION DE SINTOMAS: 7 AÑOS FASE: "c"

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
A) SINTOMAS PSEUDONEUROLOGICOS					
Dificultad para tragar		A			
Pérdida de voz		A			
Sordera		A			
Visión doble		A			
Visión borrosa		A			
Ceguera		A			
Debilidad o pérdida de la conciencia		A			
Pérdida de la memoria	P		X		
Crisis o convulsiones		A			
Dificultad para andar		A			
Parálisis		A			
Debilidad muscular	P		X		
Retención en la micción		A			
Dificultad en la micción		A			
B) SINTOMATOLOGIA POR SOMATIZACION					
B1) SINTOMAS GASTROINTESTINALES					
Dolores abdominales	P				
Nauseas		A			
Crisis de vómito (distintas al embarazo)		A			
Distensión(gases)		A			
Intolerancia (Sentar mal la comida)		A			
Diarrea	P			X	
B 2) SINTOMAS RELATIVOS AL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.					
Menstruación dolorosa					
Irregularidad menstrual					
Hemorragia excesiva					
Vómitos graves del embarazo					

SINTOMAS	PRESENTE	AUSENTE	INTENSIDAD DEL SINTOMA		
			MINIMO 1	MODERADO 2	MAXIMO 3
B3) SINTOMAS PSICOSEXUALES					
Indiferencia sexual Falta de placer (en la relación) Dolor durante la relación sexual		A A A			
B4) DOLOR					
1.- Dolor de espalda 2.- Dolor de articulaciones 3.- Dolor de extremidades 4.- Dolor del área genital (distintas al coito) 5.- Dolor durante la micción 6.- Otros dolores (distintos a la jaqueca)	P	A A A A		X	
B5) SINTOMAS CARDIOPULMONARES					
1.- Respiración superficial 2.- Palpitaciones 3.- Dolores precordiales 4.- Mareos		A A A A			
TOTAL	5	28	2	4	0
C) OBSERVACIONES PARA CONSIDERAR UN SINTOMA COMO PRESENTE					
C1) Enfermizo: El paciente considera que ha estado enfermo durante una buena parte de su vida.		SI	NO	TIEMPO	
		_____	_____	_____	
C2) Ha tenido la necesidad de tomar medicamentos (diferentes a las aspirinas)		SI	NO		
		_____	_____		
C3) Desde el punto de vista clínico - los síntomas no se explican a través de un trastorno o lesión, y no son efectos secundarios de medica-		SI	NO		
		_____	_____		
D) 14 síntomas en la mujer y 12 en el hombre, sobre los 37 síntomas enumerados anteriormente.		TOTAL DE SINTOMAS			
		HOMBRE		MUJER.	
		5			

A N E X O 3

A U T O R E P O R T E

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MANUEL ANGULO FLORES APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA F
 EDAD: 41 años SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 3 octubre 1987
 FECHA DE TERMINACION: 10 octubre 1987 FASE: "A"

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor Precordial	F	X							1
	D	1 h							1h
Respiración Superficial	F	x	x						2
	D	30'	30'						1h
Palpitaciones	F								
	D								
Debilidad Muscular	F								
	D								
Dolor de articulaciones	F				xx				2
	D				2h17'				2h17'
Dolor de brazo	F	x							1
	D	30'							30'
Mareos	F								
	D								
Visión borrosa	F				x				1
	D				15'				15'
Náuseas	F								
	D								
Vómito	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor precordial	MATUTINO								
	VESPERTINO	x							1
	NOCTURNO								
Respiración Superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO	x	x						2
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad Muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones.	MATUTINO					x			1
	VESPERTINO				x				1
	NOCTURNO								
Dolor de brazo	MATUTINO								
	VESPERTINO	x							1
	NOCTURNO								
Mareos	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO				x				1
	NOCTURNO								
Náuseas	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Vómito	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MANUEL ANGULO FLORES APLICADO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA
 EDAD: 41 años SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 10 de noviembre 1987.
 FECHA DE TERMINACION: 17 noviembre 1987 FASE: B₁

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor Precordial	F								
	D								
Respiración Superficial	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Debilidad Muscular	F								
	D								
Dolor de articulaciones	F								
	D								
Dolor de brazo	F								
	D								
Mareos	F								
	D								
Visión borrosa	F								
	D								
Náuseas	F								
	D								
Vómito	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)

D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor precordial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de brazo	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Mareos	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Náuseas	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Vómito	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.

VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.

NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MANUEL ANGULO FLORES APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 41 AÑOS SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 17/Noviembre 1987
 FECHA DE TERMINACION: 19 de Noviembre 1987 FASE: B₂

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor precordial	F								
	D								
Respiración Superficial	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Debilidad Muscular	F								
	D								
Dolor de Articula- ciones	F								
	D								
Dolor de brazo	F								
	D								
Mareos	F								
	D								
Visión borrosa	F								
	D								
Náuseas	F								
	D								
Vómito	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor precordial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de brazo	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Mareos	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Náuseas	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Vómito	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MANUEL ANGULO FLORES APLICADO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA
 EDAD: 41 AÑOS SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 7 diciembre de 1987
 FECHA DE TERMINACION: 10 diciembre de 1987 FASE: B₃

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor precordial	F								
	D								
Respiración superficial	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Debilidad Muscular	F								
	D								
Dolor de articulaciones	F								
	D								
Dolor de brazo	F								
	D								
Mareos	F								
	D								
Visión borrosa	F								
	D								
Náuseas	F								
	D								
Vómito	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día);
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor precordial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de brazo	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Mareos	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Náuseas	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Vómito	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.

VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.

NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MARVEL ANGULO FLORES APLICADO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 41 AÑOS SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 10 diciembre de 1987.
 FECHA DE TERMINACION: 16 diciembre de 1987 FASE: C

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor precordial	F								
	D								
Respiración superficial	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Debilidad muscular	F								
	D								
Dolor de articulaciones	F								
	D								
Dolor de brazo	F								
	D								
Mareos	F								
	D								
Visión borrosa	F								
	D								
Náuseas	F								
	D								
Vómito	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)

D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor precordial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de brazo	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Mareos	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Náuseas	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Vómito	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MARGARITA CHAVEZ DE ORTIZ APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA F.
 EDAD: 25 AÑOS SEXO: Femenino FECHA DE INICIACION: 3 Noviembre de 1987
 FECHA DE TERMINACION: 10 de Noviembre de 1987 FASE: A

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor de espalda	F	x		x	x	x	x	x	6
	D	24h		24 h	24 h	24h	24h	24h	144h
Dolor de corazón	F				x				1
	D				4'				4'
Dolor de pierna	F		x						1
	D		2h						2h
Dolor de cabeza	F	x		x	x	x	x		5
	D	3h		24h	24h	24h	24h		99 h
Dolor de cadera	F					x		x	2
	D					3h		3h	6h
Indiferencia sexual	F								0
	D								0
Dolor de articulaciones	F								0
	D								0
Respiración superficial	F		x						1
	D		3'						3'
Palpitaciones	F				x				1
	D				2'				2'
Mareos	F		x	x	x			xxx	6
	D		1'	1"	1"			2'2"3"	3' 7"

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor de espalda	MATUTINO	x		x	x	x	x	x	6
	VESPERTINO	x		x	x	x	x	x	6
	NOCTURNO	x		x	x	x	x	x	6
Dolor de corazón	MATUTINO								0
	VESPERTINO								0
	NOCTURNO				x				1
Dolor de pierna	MATUTINO		x						1
	VESPERTINO								0
	NOCTURNO								0
Dolor de cabeza	MATUTINO			x	x	x	x	x	5
	VESPERTINO	x			x	x	x	x	5
	NOCTURNO	x		x	x	x	x	x	6
Dolor de cadera	MATUTINO				x		x		2
	VESPERTINO						x		1
	NOCTURNO					x		x	2
Indiferencia sexual	MATUTINO								0
	VESPERTINO								0
	NOCTURNO								0
Dolor de articula-	MATUTINO								0
	VESPERTINO								0
	NOCTURNO								0
Respiración super-	MATUTINO		x						1
	VESPERTINO								0
	NOCTURNO								0
Palpitaciones	MATUTINO								0
	VESPERTINO								0
	NOCTURNO				x				1
Mareos	MATUTINO			x					1
	VESPERTINO		x	x					2
	NOCTURNO				x			x	2

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

NOTA:
 MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MARGARITA CHAVEZ DE ORTIZ APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 25 AÑOS SEXO: Femenino FECHA DE INICIACION: 3 noviembre de 1987
 FECHA DE TERMINACION: 10 noviembre de 1987 FASE: B₁

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor de espalda	F					x	x	x	3
	D					3h	24h	4:30h	31h30'
Dolor de corazón	F								
	D								
Dolor de pierna	F								
	D								
Dolor de cabeza	F					xx	x		3
	D					5-1 h	24h		30 h
Dolor de cadera	F						x		1
	D						3h		3h
Indiferencia sexual	F								
	D								
Dolor de articulaciones	F							x	1
	D							5'	5'
Respiración superficial	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Mareos	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor de espalda	MATUTINO					x	x	x	3
	VESPERTINO						x		1
	NOCTURNO						x	x	2
Dolor de corazón	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de pierna	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO					x	x		2
	VESPERTINO					x	x		2
	NOCTURNO						x		1
Dolor de cadera	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Indiferencia sexual	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO							x	1
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Mareos	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.

VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.

NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MARGARITA CHAVEZ DE ORTIZ APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E
 EDAD: 25 AÑOS; SEXO: Femenino FECHA DE INICIACION: 17 noviembre de 1987
 FECHA DE TERMINACION: 24 noviembre de 1987 FASE: B₂

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor de espalda	F				x				1
	D				3h				3h
Dolor de corazón	F			x					1
	D			3'					3'
Dolor de pierna	F								
	D								
Dolor de cabeza	F	x	x	xx					4
	D	6h	2h	4h					12h
Dolor de cadera	F				x	x			2
	D				5h	2h			7h
Indiferencia sexual	F								
	D								
Dolor de articula- ciones	F								
	D								
Respiración super- ficial	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Mareos	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)

D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO					x			1
Dolor de corazón	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO					x			1
Dolor de pierna	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO	x	x						2
	VESPERTINO			xx					2
	NOCTURNO								
Dolor de cadera	MATUTINO				x				1
	VESPERTINO					x			1
	NOCTURNO								
Indiferencia sexual	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Mareos	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

NOTA:
MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MARGARITA CHAVEZ DE ORTIZ APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 25 AÑOS SEXO: Femenino FECHA DE INICIACION: 24 noviembre de 1987
 FECHA DE TERMINACION: 3 de diciembre de 1987 FASE: B₃

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor de espalda	F	xx		x					3
	D	4h		1h					5h
Dolor de corazón	F								
	D								
Dolor de pierna	F								
	D								
Dolor de cabeza	F	x	x	x	x				4
	D	24h	24h	24h	24h				89h
Dolor de cadera	F								
	D								
Indiferencia sexual	F								
	D								
Dolor de articulaciones	F								
	D								
Respiración superficial	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Mareos	F		x	x					2
	D		1'	2'					3'

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor de espalda	MATUTINO	x		x					2
	VESPERTINO			x					1
	NOCTURNO	x							1
Dolor de corazón	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de pierna	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO	x	x	x	x				4
	VESPERTINO	x	x	x	x				4
	NOCTURNO	x	x	x	x				4
Dolor de cadera	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Indiferencia sexual	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Mareos	MATUTINO		x	x					2
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.

VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.

NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: MARGARITA CHAVEZ DE ORTIZ APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA F.
 EDAD: 25 AÑOS SEXO: Femenino FECHA DE INICIACION: 3 diciembre de 1987
 FECHA DE TERMINACION: 10 de diciembre de 1987 FASE: c

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
		Dolor de espalda	F						
	D								
Dolor de corazón	F								
	D								
Dolor de pierna	F								
	D								
Dolor de cabeza	F								
	D								
Dolor de cadera	F								
	D								
Indiferencia sexual	F								
	D								
Dolor de articula- ciones	F								
	D								
Respiración super- ficial	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Mareos	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNOS	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de corazón	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de pierna	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cadera	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Indiferencia sexual	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Mareos	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

NOTA:
 MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ANGELINA MEJIA DE VIGIL APLICADO: Pasante CARMEN VAZQUEZ
 EDAD: 39 años SEXO: femenino FECHA DE INICIACION: 14 marzo de 1988
 FECHA DE TERMINACION: 21 de marzo de 1988 FASE: A

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble	F	x		x					2
	D	5'		5'					10'
Visión borrosa	F								
	D								
Dificultad para andar	F								
	D								
Debilidad muscular	F				x				1
	D				5'				5'
Dolor de espalda	F								
	D								
Dolor de cadera	F	x			x				2
	D	5'			10'				15'
Dolor de cabeza	F	x		x	xx	x			5
	D	20'		20'	30' 30'	10'			1h 50'
Respiración superficial	F	x		x					2
	D	10'		20'					30'
Náuseas	F	x	x		x	x			4
	D	10'	10'		10'	10'			40'
Dolores precordiales	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble	MATUTINO			x					1
	VESPERTINO	x							1
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dificultad para andar	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO				x				1
	NOCTURNO								
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cadera	MATUTINO	x			x				2
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO	x		x	x				3
	VESPERTINO	x		x	x	x			4
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO	x							1
	VESPERTINO								
	NOCTURNO			x					1
Naúseas	MATUTINO	x	x		x	x			4
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores precordiales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA: (Anotar en que turno aparece el síntoma)

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ANGELINA MEJIA DE VIGIL APLICADO: Pasante CARMEN VAZQUEZ
 EDAD: 39 AÑOS SEXO: Femenino FECHA DE INICIACION: 22 de marzo de 1988.
 FECHA DE TERMINACION: 29 marzo de 1988 FASE: 0

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble	F								
	D								
Visión borrosa	F								
	D								
Dificultad para andar	F								
	D								
Debilidad muscular	F								
	D								
Dolor de espalda	F								
	D								
Dolor de cadera	F	xx					x		3
	D	5' - 30'					1'		36'
Dolor de cabeza	F	xx	xx				x		5
	D	30'30'	20'35'				30'		2h25'
Respiración superficial	F								
	D								
Náuseas	F								
	D								
Dolores precordiales	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dificultad para andar	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cadera	MATUTINO	xx							2
	VESPERTINO						x		1
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO	xx					x		3
	VESPERTINO		xx						2
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Náuseas	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores precordiales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA: (Anotar en que turno aparece el síntoma)
 MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ANGELINA MEJIA DE VIGIL APLICADO: Pasante CARMEN VAZQUEZ
 EDAD: 39 AÑOS SEXO: Femenino FECHA DE INICIACION: 29 marzo de 1988
 FECHA DE TERMINACION: 30 marzo de 1988 FASE: B₂

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble	F								
	D								
Visión borrosa	F	x							1
	D	2'							2'
Dificultad para andar	F								
	D								
Debilidad muscular	F								
	D								
Dolor de espalda	F								
	D								
Dolor de cadera	F		x						1
	D		2h						2h
Dolor de cabeza	F								
	D								
Respiración superficial	F	x							1
	D	15'							15'
Náuseas	F								
	D								
Dolores precordiales	F								
	D								

NOTA:
 F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO	x							1
	NOCTURNO								
Dificultad para andar	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cadera	MATUTINO		x						1
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO	x							1
	NOCTURNO								
Náuseas	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores precordiales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ANGELINA MEJIA DE VIGIL APLICO: Pasante CARMEN VAZQUEZ
 EDAD: 39 AÑOS SEXO: Femenino FECHA DE INICIACION: 30 marzo de 1988
 FECHA DE TERMINACION: 5 de abril de 1988 FASE: B₂

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble.	F								
	D								
Visión borrosa	F								
	D								
Dificultad para andar	F								
	D								
Debilidad muscular	F								
	D								
Dolor de espalda	F								
	D								
Dolor de cadera	F						x		1
	D						3'		3'
Dolor de cabeza	F						X		1
	D						1.30 h		1h 30'
Respiración superficial	F								
	D								
Náuseas	F								
	D								
Dolores precordiales	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dificultad para andar	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cadera	MATUTINO						x		1
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO								
	VESPERTINO						x		1
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Náuseas	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores precordiales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ANGELINA MEJIA DE VIGIL APLICADO: Pasante CARMEN VAZQUEZ
 EDAD: 39 AÑOS SEXO: Femenino FECHA DE INICIACION: 5 de abril de 1988
 FECHA DE TERMINACION: 12 de abril de 1988 FASE: C

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble	F								
	D								
Visión borrosa	F								
	D								
Dificultad para andar	F								
	D								
Debilidad muscu- lar	F								
	D								
Dolor de espalda	F								
	D								
Dolor de cadera	F								
	D								
Dolor de cabeza	F								
	D								
Respiración super- ficial	F								
	D								
Náuseas	F								
	D								
Dolores precordia- les	F								
	D								

NOTA:
 F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Visión doble	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Visión borrosa	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dificultad para andar	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Debilidad muscular	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cadera	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Respiración superficial	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Náuseas	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores precordiales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

NOTA:
 MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ELADIO DE LA RIVA H. APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 57 AÑOS SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 8 enero de 1989
 FECHA DE TERMINACION: 16 enero de 1989 FASE: A

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la micción	F		x		x			x	3
	D		10"		5"			15"	30'
Diarrea	F	xxxx		x			x		6
	D	24h		3h			1h		28h
Dolor de cabeza	F		x	x			x	x	4
	D		24h	1h			2h	30'	27h30'
Dolor de espalda	F	x						x	2
	D	1h						35'	1h 35'
Dolor de articula-	F					x			1
	D					2h			2h
Dolor de extremidades	F								
	D								
Palpitaciones	F					x	x		2
	D					1'	2'		3'
Dolores precordia- les	F	x		x			x		3
	D	5'		2'			1'		8'
Dolores abdominales	F								
	D								
Distensión	F							x	1
	D							1h	1h

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)

D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la micción	MATUTINO		x					x	2
	VESPERTINO				x				1
	NOCTURNO								0
Diarrea	MATUTINO	xx							2
	VESPERTINO	x		x			x		3
	NOCTURNO	x		x					2
Dolor de cabeza	MATUTINO		x						1
	VESPERTINO		x	x			x		3
	NOCTURNO		x				x	x	3
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO	x						x	2
	NOCTURNO								0
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO					x			1
	NOCTURNO								
Dolor de las extremidades	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Paipitaciones	MATUTINO					x			1
	VESPERTINO						x		1
	NOCTURNO								0
Dolores precordiales	MATUTINO			x			x		2
	VESPERTINO	x							1
	NOCTURNO								
Dolores abdominales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Distensión	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ELADIO DE LA RIVA H APLICADO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 57 AÑOS SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 16 enero de 1989
 FECHA DE TERMINACION: 23 enero de 1989 FASE: B 1

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la Micción	F		x						x
	D		10"						10"
Diarrea	F								
	D								
Dolor de cabeza	F				x				1
	D				15"				15"
Dolor de espalda	F		x						1
	D		10'						10'
Dolor de las articulaciones	F								
	D								
Dolor de las extremidades	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Dolores precordiales	F	x							1
	D	1'							1'
Dolores abdominales	F								
	D								
Distensión	F								
	D								

NOTA:
 F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la micción	MATUTINO								
	VESPERTINO			.					
	NOCTURNO			x					1
Diarrea	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO								
	VESPERTINO				x				1
	NOCTURNO								
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO		x						1
	NOCTURNO								
Dolor de las articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de las extremidades	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores precordiales	MATUTINO	x							1
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores abdominales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Distensión	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ELADIO DE LA RIVA H. APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E
 EDAD: 57 AÑOS SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 23 enero de 1989
 FECHA DE TERMINACION: 30 enero de 1989 FASE: B₂

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la Micción	F								
	D								
Diarrea	F								
	D								
Dolor de cabeza	F								
	D								
Dolor de espalda	F								
	D								
Dolor de articulaciones	F								
	D				x 25'				1 25'
Dolor de las extremidades	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Dolores precordiales	F								
	D								
Dolores abdominales	F								
	D								
Distensión	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la micción	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Diarrea	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO				x				1
	NOCTURNO								
Dolor de las extremidades	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores precordiales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores abdominales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Distensión	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ELADIO DE LA RIVA H APLICADO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 57 AÑOS SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 30 enero de 1989
 FECHA DE TERMINACION: 6 enero de 1989 FASE: B₂

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la micción	F								
	D								
Diarrea	F								
	D								
Dolor de cabeza	F								
	D								
Dolor de espalda	F								
	D								
Dolor de articulaciones	F								
	D								
Dolor de las extremidades	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Dolores precordiales	F								
	D								
Dolores abdominales	F								
	D								
Distensión	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la micción	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Diarrea	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de las articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de las extremidades	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores precordiales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores abdominales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Distensión	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.
 VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.
 NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

AUTO-REPORTE

NOMBRE: ELADIO DE LA RIVA H. APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.
 EDAD: 57 AÑOS SEXO: Masculino FECHA DE INICIACION: 6 Febrero 1989
 FECHA DE TERMINACION: 13 febrero 1989 FASE: C

SINTOMAS	FRECUENCIA DURACION	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la micción	F								
	D								
Diarrea	F								
	D								
Dolor de cabeza	F								
	D								
Dolor de espalda	F								
	D								
Dolor de articulaciones	F								
	D								
Dolor de las extremidades	F								
	D								
Palpitaciones	F								
	D								
Dolores precordiales	F								
	D								
Dolores abdominales	F								
	D								
Distensión	F								
	D								

NOTA:

F Frecuencia (anotar las veces que aparece el síntoma en el día)
 D Duración (anotar el tiempo que dura el síntoma en un día)

AUTO-REPORTE DE MOMENTO
DE APARICION.

SINTOMAS	TURNO	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	Total
Retención en la micción	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Diarrea	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de cabeza	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de espalda	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de articulaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolor de las extremidades	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Palpitaciones	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores precordiales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Dolores abdominales	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								
Distensión	MATUTINO								
	VESPERTINO								
	NOCTURNO								

NOTA:

MATUTINO: 5:00 hrs. A.M. a 12:00 hrs. P.M.

VESPERTINO: 12:00 hrs. P.M. a 8:00 hrs. P.M.

NOCTURNO: 8:00 hrs. P.M. a 5:00 hrs. A.M.

(Anotar en que turno aparece el síntoma)

A N E X O 4

RESUMEN DEL EXPEDIENTE CLINICO Y
DE LA VALORACION DE LOS MEDICOS ESPECIALISTAS.

El presente anexo fue realizado con el objetivo de plantear las valoraciones de los médicos especialistas antes y después del tratamiento de los cuatro sujetos de investigación. En este anexo se muestra en forma resumida las observaciones y diagnósticos, así como las fechas en que fueron realizadas dichas valoraciones y por qué servicio fueron efectuadas. Este resumen se presenta como opción alternativa, debido a que el expediente clínico de los pacientes no puede ser extraído de su lugar de origen, es decir, del Hospital Naval de Veracruz. Por la razón de proteger al paciente de un supuesto mal manejo de sus expedientes. Por otro lado, el resumen puede resultar mas práctico para el análisis de los datos proporcionados por los médicos especialistas.

SUJETOS	OBSERVACIONES Y DIAGNOSTICO	FECHAS	SERVICIOS
(1)	Dolor tipo punzante en área precordial sin compromiso orgánico.	23/09/87	MEDICINA GRAL.
	El sujeto presenta mareos y es valorado por medicina interna.	6/10/87	MEDICINA INTERNA
	Fase A: Dolor punzante a nivel precordial sin características de alteración coronaria. - Trazo del electrocardiograma: Normal. Se considera trastorno psicósomático.	3/11/87	MEDICINA INTERNA
	Fase C: Trastorno psicósomático (dolor precordial) asintomático, no se encuentra patología ni signos orgánicos, paciente de 42 años que ha respondido al TX por el servicio de psicología.	28/12/87	MEDICINA INTERNA
(2)	Presenta síntomas pseudoneurrológicos y cardiopulmonares.	13/10/87	URGENCIAS

SUJETOS	OBSERVACIONES Y DIAGNOSTICO	FECHAS	SERVICIOS
(2)	Primera entrevista con el servicio de psicología.	22/10/87	PSICOLOGIA
Fase A:	Se detectan síntomas psicossomáticos, pseudoneurológicos, cardiopulmonares, relativos al aparato reproductor femenino. Se solicita la valoración de medicina interna y Urología.	24/10/87	PSICOLOGIA
	Femenino 25 años de edad sin antecedentes de patología cardiopulmonar ni problemas metabólicos. Refiere presentar dolor precordial sin relación de la actividad física. No hay características de insuficiencia coronaria. No patología cardiovascular.	03/11/87	MEDICINA INTERNA
	Enterado del problema de dolor renal. Paciente enviada por psicología, se sospecha I.D. Litinsis se solicita pruebas radiológicas: simples de abdomen.	04/11/87	UROLOGIA
	Se revisó nuevamente a la paciente en la cual no existe ningún tipo de dolor que desapareció espontáneamente y según la placa simple de abdomen no hay datos de litinsis lo cual hace sospechar que su problema es de origen psicológico. ID Clínico y radiológicamente sana. alta y control por psicología.	05/11/87	UROLOGIA
Fase C:	Clinicamente No hay patología urinaria, cardiopulmonar, está sin tratamiento médico no refiere malestares.	17/12/87	UROLOGIA
(3)	Femenino 39 años que presentó hace unos días crisis conversiva, se aprecia gran cantidad de síntomas somáticos, Dolor de columna vertebral, se cita a Ortopedia.	29/02/88	PSICOLOGIA
Fase A:			

SUJETOS	OBSERVACIONES Y DIAGNOSTICO	FECHAS	SERVICIO
(3)	Femenino 39 años con dolor lumbar bajo y aparente sensación de inestabilidad, existen trastornos psicológicos que hacen que la paciente tienda a magnificar y a somatizar a la exploración. Presencia de columna alineada y no hay datos de contractura muscular, movilidad completa ni datos de radiculopatía sólo -- hiperlordosis. DX Trastornos -- psicósomáticos contra lumbalgia dinámica.	19/03/88	ORTOPEDIA
	Fase C: Referido por psicología, asintomática por tratamiento psicológico. Se da de alta.	19/04/88	ORTOPEDIA
(4)	Presenta quejas somáticas, dolores gastrointestinales, problemas esfinterianos, se solicita interconsulta a cirugía general.	05/01/89	PSICOLOGIA
	Fase A: Enterado del caso de este paciente quien refiere molestias vagas tanto abdominales a nivel ofálico y trastornos de esfínter aunque no hay tal, ya que a preguntas expresas se descarta disfunción. No hay alteraciones -- abdominales aparentes. Manejo -- por su médico tratante (Psicología).	06/01/89	CIRUGIA GRAL.
	Fase C: Se presenta nuevamente a la consulta referido por el servicio -- tratante para revaloración. Hay mejoría importante de los datos que refería en la consulta anterior hasta casi desaparecer. -- Alta para el servicio tratante.	18/03/89	CIRUGIA GRAL.

A N E X O 5

FASE B₃

PRESENTACION DE LAS JERARQUIAS

PRESENTACION DE JERARQUIAS

NOMBRE: MARGARITA CHAVEZ DE ORTIZ APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA F.
 EDAD: 25 AÑOS SEXO: Femenino SIMBOLISMO: PRESENTACION
 FECHA DE INICIO: 24 Nov. 1987 FECHA DE TERMINACION 3 diciembre 1987 FASE: B₃

Nivel de ansiedad general I	JERARQUIAS TEMA: MATRIMONIAL	ENSAYOS / NIVEL DE ANSIEDAD									
		1-P	2-P	3-P	4-P	5-P	6-P	7-P	8-P	9-P	10-P
1	Pensar que ya es tarde para llegar	8	7	5	3	1	0	0			
2	Ver que son las 2:40 P.M.	6	4	0	0						
3	Ver que son las 2:50 P.M.	0	0								
4	Ver que son las 3:00 P.M.	0	0								
5	Ver que son las 3:10 P.M.	0	0								
6	Ver que son las 3:30 P.M.	0	0								
7	Llegar al pueblo a las 3:30 P.M.	6	6	5	4	3	2	0	0		
7	Llegar al pueblo a las 3:30 P.M.	0	0								
8	Pensar que al llegar va a tener problemas.	0	0								
9	Llegar a casa despues de su marido	0	0								
10	Ver al marido enojado	0	0								
11	Discutir con el marido	0	0								

Nivel de ansiedad general II	JERARQUIAS TEMA: PEDIR PERMISO	ENSAYOS / NIVEL DE ANSIEDAD									
		1-P	2-P	3-P	4-P	5-P	6-P	7-P	8-P	9-P	10-P
1	Pedir permiso de ver a su hijo 5 días	1	0								
2	Faltan 4 días y le recuerda a su marido.	2	0								
3	Faltan 3 días	2	1	0							
4	Faltan 2 días	3	1	0							
5	Falta 1 día	4	2	0							
6	Piensa que le negarán el permiso	3	2	0							
7	Le recuerda al marido y se niega	4	3	1	0						
8	En el día planeado le recuerda y se niega.	3	4	3	2	0					
9	Para que no se vaya le quita el dinero	8	6	5	4	1	0				
10	Le dice al marido que va a ver a su amante.	10	7	5	4	2	1	0			

PRESENTACION DE JERARQUIAS

NOMBRE: ELADIO DE LA RIVA H. APLICO: CARLOS RODRIGUEZ MALPICA E.EDAD: 57 AÑOS SEXO: Masculino SIMBOLISMO: PRESENTACIONFECHA DE INICIO: 30/Enero 1989 FECHA DE TERMINACION 6 Febrero 1989 FASE: B₃

Nivel de ansiedad general	JERARQUIAS	ENSAYOS/ NIVEL DE ANSIEDAD									
		1-P	2-P	3-P	4-P	5-P	6-P	7-P	8-P	9-P	10-P
1	TEMA: ECONOMIA										
1	Cobrar la quincena	3	2	0	0						
3	Dar la quincena a su esposa	3	1	0	0						
4	Ver que le queda poco	4	5	3	2	1	0	0			
5	Tener que pagar deudas	6	5	4	2	0	0				
6	Pagar dos deudas	5	4	3	2	1	0	0			
7	No le alcanza el dinero	6	7	6	5	4	3	1	0	0	
7	Pensar que le van a cobrar	7	6	4	2	0	0				
8	Quedarse sin dinero	8	7	6	5	4	3	1	0	0	
9	Tener que pedir prestado	9	8	7	5	3	2	0	0		
10	No le quieren prestar	10	9	8	6	4	2	2	1	0	0

Nivel de ansiedad general	JERARQUIAS	ENSAYOS/ NIVEL DE ANSIEDAD									
		1-P	2-P	3-P	4-P	5-P	6-P	7-P	8-P	9-P	10-P
11	TEMA: FAMILIAR										
1	La esposa quiere hablar	1	0	0							
2	Decirle que hay problemas	2	1	0	0						
3	Los hijos no obedecen	2	3	0	0						
4	Van mal en la escuela	4	2	1	0	0					
6	Empezar a discutir	5	6	4	2	0	0				
8	Echarle la culpa a él	8	7	6	4	2	1	0	0		
9	Ponerse a gritar	9	7	5	3	2	1	0	0		
10	Salir peleados	10	10	9	8	7	7	6	4	0	0
10	No hablarse	10	9	8	5	3	0	0			

BIBLIOGRAFIA

- Alcaráz, V.M. **Modificación de conducta: El condicionamiento de los sistemas internos de respuestas.** 1º ed. Editorial Trillas, México, 1979.
- Alcaráz, V.M. Las determinantes del método en la conformación de una disciplina conductual. *Revista Mexicana de Psicología.* 1985 2 (2) pags. 160-161.
- Ardilas, R. **La profesión del Psicólogo.** 1º ed. México. Editorial Trillas 1981, pags. 69-78.
- Ardilas, R. **Psicología y terapia del comportamiento.** *Revista del Hospital psiquiátrico de la Habana.* 1983, 24 (4) pags. 507-521.
- Asher, B. y Donner, L. Covert sensitization with alcoholics: Controlled replication. *Behavior research and therapy.* 6, 1968, pags. 7-12.
- Bandura y Rives. **Modificación de Conducta: Análisis de la agresión y la delincuencia.** México, Editorial Trillas, 1980.
- Bartolomé, H. E. **Terapia conductual de amplio espectro en el tratamiento de la neurodermatitis; Un estudio de caso.** (Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología U.N.A.M.), México, 1980, pag. 10.
- Bijou y Becerra. **Modificación de Conducta: Aplicaciones sociales.** México, - Editorial Trillas, 1979.
- Bijou y Baer. **Psicología del desarrollo infantil: Lecturas en el análisis experimental.** 4ª reimpresión, Editorial Trillas, México, 1, 1982.
- Bishop, S. **Interpretación de las teorías de la personalidad: Enfoque de poder explicativo y capacidad predictiva.** 5ª reimpresión, México, 1983, -- pags. 577-578.
- Borkovec, T.D. **Effects of expectancy on the outcome of systematic desensitization: Behavior Therapy.** 2, 1972, pags. 29-40.
- Brown, H. A. **Role of expectancy manipulation in systematic desensitization: Journal of consulting and clinical psychology.** 41, 1973, pags.405-411.
- Caso. **Fundamentos de psiquiatría.** México, Editorial Limusa, 1979, pags. --- 917-918.
- Craig, J. y Metzger, L. **Métodos de la investigación psicológica.** México, Editorial Interamericana, 1982, pags. 62-63.
- Curran, J. P. y Gilbert, F.S. **A test of the relative effectiveness of a - - systematic desensitization program and program with date anxious subjects: Behavior therapy,** 6, 1975, pags. 510-521.
- Chance, P. **Aprendizaje y conducta.** México, Editorial Manual Moderno, 1984, pags. 69-71, 208.

- Davison, G. y Neal, J. *Psicología de la conducta anormal: Enfoque clínico - experimental*, México, Editorial Limusa, 1983, pags. 64-65 y 189.
- Delgado, F. *Terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas*. México, Editorial Trillas, 1983, pag. 113.
- Diccionario Enciclopédico de educación especial. Madrid, Editorial Diagonal Santillana, 1986, pags. 18-56.
- Díez, M. *Proceso psicósomático terapéutico: Relajación dinámico-concentrativa*. México, Editorial Trillas, 1975, 1, pag. 75.
- Espínola, E. y Martínez. *Uso de la desensibilización para la reducción de la ansiedad durante el sueño: Análisis de la conducta investigación y -- aplicaciones*. Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. México, Editorial Trillas, 1978, pags. 115-120.
- Freeman, Kaplan y Sadock. *Compendio de Psiquiatría*. México, Editorial Salvat, 1982, pags. 470-472, 856, 861.
- Fuentes, R. *Psicología Médica*. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1962, pags. 40-42.
- Galindo, E.; Bernal, T; Padilla, T: *Modificación de Conducta en la Educación -- Especial: Diagnósticos y Programas*. México, Editorial Trillas, 1987.
- Gavito, M. *Terapia Conductual en el Asma*. (Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología U.N.A.M.) México, 1980, pags. 18-19.
- González, E. *Bases de la medicina psicósomática: Conferencia dentro del programa didáctico del Colegio Nacional de Medicina Psicósomática*. *Revista de Psicología para todos*. 1 (4) 1987, México, pags. 13-16.
- Guyton, H. *Fisiología humana*. México, Editorial Interamericano, 1975, pag. 336.
- Harrsch, C. *El psicólogo ¿Qué hace?*. México, Editorial Alhambra Mexicana, 1985, pags. 121-140.
- Hilgard y Marquiz. *Condicionamiento y aprendizaje*. México, Editorial Trillas, 1980, pag. 40-41.
- Hilgard, E. y Bover, G. *Teorías del aprendizaje*. México, Editorial Trillas, 1982, pag. 94-95.
- Hill, W. F. *Teoría contemporánea del aprendizaje*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1966, pag. 60.
- Jammet, P. H. y Reynaud, M. *Manual de Psicología Médica*. México, Editorial, Masson. 1982, pags. 176-177; 169.

- Kanfer, F. y Phillips. Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento. México, Editorial Trillas, 1976, pags. 17-62.
- Kazdin, A. Modificaciones de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas. México, Editorial Manual Moderno, 1982, pags. 15-16.
- Keller y Rives. Modificación de conducta: Aplicaciones a la educación. México, Editorial Trillas, 1982.
- Lazaruz, A. Terapia conductista: Técnicas y perspectivas. México, 1ª ed. Editorial Paidós, 1980, pags. 16-18, 92.
- Mackinnon. Psiquiatría Clínica Aplicada. México, Editorial Interamericana, 1985, pags. 88-105.
- Mahoney, M. Cognición y modificación de conducta. México, 1983, pags. 16-17; 89-90.
- Martín, B. Psicología anormal. México, Editorial Manual Moderno, 1976 pag. 128.
- Martín, D. Condicionamiento. Eysenck H. y V. Wilson. Texto de psicología humana. Editorial Manual Moderno, México, 1980, pag. 74-75.
- Marx, M. Procesos del aprendizaje. México, Editorial Trillas, 1977, pag. 37-39
- Marx y Hillix. Sistemas y Teorías. México, Editorial Paidós, 1980, pag. 136.
- Miklich, D.R.O. Present conditioning procedures with systematic desensitization in a hyperkinetic asthmatic boy: Journal behavior therapy an experimental psychiatry. 1973, 4, pag. 177-182.
- Oblitas, L. La Contribución de la UNAM al análisis de la conducta animal. - Universidad Intercontinental. Revista Intercontinental de psicología y educación. México, 1, 1988, pag. 125, 136.
- Pancheri, P. Manual de psiquiatría clínica. México, Editorial Trillas, 1983, pag. 374.
- Pierloot, R.A. La psicogénesis del desorden psicósomático: Un enfoque totalizador: En psychoterapy and psychosomatics. 1979, pags. 27,32.
- Reynolds, S. Compendio de condicionamiento operante. México, Editorial Ecccá, 1977, pag. 1-2.
- Rimm y Masters. Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos. México, 1984, pag. 17, 21-34.
- Ribes, F. Técnicas de modificación de conducta: Sus aplicaciones al retardo en el desarrollo. México, Editorial Trillas, 1982.

- Ross, A. *Terapia de la conducta infantil: Principios y procedimientos. --- Bases teóricas.* México, Editorial Limusa, 1987, pag. 19, 29-30.
- Sarason, I. *Psicología anormal: Los problemas de la conducta desadaptada.* - México, Editorial Trillas, 1981, pag. 251-254.
- Sarason y Sarason. *Psicología anormal.* México, Editorial Limusa, 1986.
- Skinner, B.F. *Conducta verbal.* México, Editorial Trillas, 1981.
- Slim, M. *Psicología y aprendizaje.* México, Editorial Macgraw-Hill, 1984, - pag. 101-102.
- Sociedad Psiquiátrica Americana DSM-III. *Manual diagnóstico y estadístico - de los trastornos mentales.* México, Editorial Masson, 1984, pag. 253-255, 482-485.
- Sorin, M. *Terapia conductual y rehabilitación en psiquiatría: Revista del - Hospital Psiquiátrico de la Habana, Cuba.* 23 (3), 1982.
- Sorin, M. *Terapia conductual en la actualidad. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, Cuba.* 1985, 26 (1), pag. 15-30.
- Spiegler, M. D., Cooley, E. J., Marshall, G.J. *A self- control versus a -- counter conditioning paradigm for systematic desensitization, and experimental comparison: Journal of counseling psychology.* 1976, 23 (1) pag. 83-86.
- Staats, A. W., y Gross, M. C. *Personality and social systems and attitude-Reinforcer- discriminative theory: Interest (attitude) formation, function and measurement: Journal of personality and social psychology.* 1973, 26 - (2), pag. 251-261.
- Stumphauer. *Terapia conductual.* México, Editorial Trillas, 1983, pags. 19-25-26.
- Thoresen, C.E. y Mahoney, M.J. *Behavioral self- control.* New York: Holt, -- Rinehart and Winston, 1974.
- Tori, C. y Worell, L. *Reduction of human avoidant behavior: A comparison of - counter conditioning, expectancy, and cognitive information approaches: - Journal consulting and clinical psychology.* 1973, 41 (2) pags. 269-278.
- Ulrich, R. y Stachnik, T. *Control de la conducta humana.* México, Editorial Trillas, 1, 1978, pag. 125-131.
- Valdez, M. Flores, T. *Medicina psicósomática: Bases psicológicas y fisiológicas.* México, Editorial Trillas, 1983, pag. 9.
- Valins, S. y Allen, R.A. *Effects of cognitive desensitization on avoidance behavior: Journal of personality and social psychology.* 1967, 7 (4), pag. 345-350.

- Whitaker, J. *Psicología*. México, Editorial Interamericana, 1977, pag. 235-236.
- Wolpe, J. *Terapia conductual*. México, Editorial Trillas, 1983, pag. 9, 18, 19, 35, 111-145.
- Yarkston, N. J. y col. Verbal desensitization in bronkial asthma: *Journal of psychosomatic reseurch*. 1974, pag. 371-376.
- Yates, A. *Terapia del comportamiento*. México, Editorial Trillas, 1983, pag. 28-31, 79-89.
- Yates, A. *Teoría y práctica de la terapia conductual*. México, Editorial Trillas, 1979, pag. 19-20, 170-177.
- Zermeño, E. Técnicas experimentales en el tratamiento de los problemas de ansiedad. *Revista Mexicana de psicología*. 1985, 2 (2), México, pag. 148-149 154.