

37
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

La Relajación Sistemática: Una Propuesta Terapéu-
tica para el Tratamiento Psicológico de Pacientes
que padecen Neurodermatitis.

T E S I S I N A
Que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a
LUCINA BLAS RUIZ



Directora: Lic. Rebeca Paz Padilla
Director de la Facultad: Dr. Arturo Bouzas Riaño

México, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16/1940.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO, A LA
FACULTAD DE PSICOLOGIA, POR
BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE
OBTENER UNA FORMACION
PROFESIONAL

A LA LIC. REBECA PAZ PADILLA POR
SU ACERTADA DIRECCION EN LA
REALIZACION DE ESTE TRABAJO Y
POR COMPARTIR GENEROSAMENTE
CONMIGO SU TIEMPO Y
EXPERIENCIA

AL HONORABLE JURADO POR SUS
OBSERVACIONES PARA MEJORAR
ESTE TRABAJO:

- LIC. ROSARIO MUÑOZ CEBADA
- LIC. JUAN CARLOS MUÑOZ
BOJALIL
- LIC. SAMUEL JURADO CARDENAS
- MTRA. ROCIO AVENDAÑO
SANDOVAL

DEDICATORIAS

**A LA MEMORIA DE MI PADRE:
PEDRO BLAS DE LOS ANGELES**

A MI MADRE: LIDIA RUIZ MENDEZ

**A MIS HERMANOS: RODRIGO,
CELESTINO, Y ESPECIALMENTE A
MONICA POR TODO SU APOYO Y
COMPRENSION**

**A LUPITA MANCILLA QUIEN SIEMPRE
ME ANIMO PARA CUMPLIR ESTE
COMPROMISO**

**A MIS QUERIDOS SOBRINOS: MONI Y
RODRI**

"LA PENA QUE NO SE DESAHOGA
EN LAGRIMAS PUEDE HACER
LLORAR A OTROS ORGANOS"

(HENRY MAUDSLEY)

INDICE

TITULO	PÁG.
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1: TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS	
1.1. Definición	6
1.2. Antecedentes del Concepto de Trastornos Psicosomáticos	9
1.3. Aportaciones Teóricas Respecto de los trastornos Psicosomáticos.	15
CAPITULO 2: EL ASPECTO EMOCIONAL Y LA NEURODERMATITIS	
2.1. Aspecto Emocional	25
2.2. La Piel	25
2.3. Definición Médica de la Neurodermatitis	26
2.4. Definición Conceptual de la Neurodermatitis	28
2.5. Incidencia	29
2.6. Implicaciones Psicológicas	29
2.7. Implicaciones Sociales	33
CAPITULO 3: LA RELAJACIÓN	
3.1. Definición	37
3.2. Antecedentes de la Relajación	41
3.3. Aplicaciones de la Relajación	46
3.4. Métodos de Relajación	50

**CAPITULO 4: LA RELAJACIÓN SISTEMÁTICA
UNA PROPUESTA TERAPÉUTICA PARA EL
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES
QUE PADECEN NEURODERMATITIS**

Introducción	58
4.1. Objetivos del Entrenamiento en Relajación Sistemática	59
4.2. Recomendaciones	60
4.3. Recursos Físicos y Materiales para la Relajación Sistemática	61
4.4. Descripción del Método de Relajación Sistemática	62
4.5. Especificación de Sesiones	67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
BIBLIOGRAFIA	96
ANEXOS	
Anexo 1	101
Anexo 2	102

INTRODUCCIÓN

Como es sabido no sólo los microbios y las toxinas pueden ser causa de las enfermedades en el ser humano, también los aspectos emocionales que participan en el manejo de la vida estresante, así como la capacidad para expresar esas emociones, el tipo de personalidad y la actitud hacia la vida son temas que dan respuesta a las enfermedades actuales conocidas como Trastornos Psicosomáticos o Psicofisiológicos.

El ser humano vive actualmente en una sociedad que le demanda constantemente respuestas que le permitan adecuarse a las circunstancias, ya sea porque su medio se caracteriza por un alto desarrollo científico y tecnológico o porque carece de ellas; en ambas situaciones se requiere de la adquisición de una personalidad fuerte, estable y a la vez suficientemente flexible para resolver los problemas de la vida diaria como: establecer relaciones, entender sentimientos, tomar decisiones, etc.

En la actual forma de vida, es común que tales demandas superen la capacidad del individuo para satisfacerlas, lo cual está en relación con ciertos factores como: la edad, la salud y la preparación intelectual son importantes; así como el nivel de experiencias y los valores aprendidos son también de relevancia y sobre todo de cómo son manejados por el sujeto. Si estos factores resultan insuficientes a las demandas los efectos se manifiestan de múltiples maneras, algunas personas muestran principalmente, síntomas físicos cuando están sometidos a un estrés excesivo; otros muestran síntomas menos precisos y se quejan de molestias

emocionales como: depresión, ansiedad, angustia, etc., las jaquecas leves, el insomnio y la indigestión son sencillamente las primeras señales físicas de que el estrés está afectando al cuerpo.

Un estrés prolongado dará como resultado el desarrollo de trastornos graves y duraderos como los psicósomáticos.

Tratar las enfermedades desde la perspectiva psicósomática que considera al paciente como un ente biopsicosocial, tiene ventaja sobre el modelo tradicional que ha centrado su atención en la enfermedad y los medicamentos que lo atacarían y no en los factores que subyacen y originan la enfermedad y, estos pueden ser desde psicológicos, sociales y culturales; es decir, que no toda persona que padece asma está enferma psicósomáticamente, y tampoco el diabético padece una enfermedad puramente física.

El punto de vista de que la mente, el cuerpo y las manifestaciones de ambos deben ser entendidos en relación con la totalidad de un organismo conformado de una parte psíquica y que existe en interacción continua con el ambiente personal e impersonal que lo rodea. Se ha convertido en uno de los postulados de la psicología moderna, a partir del cual se puede participar en el tratamiento y prevención de enfermedades como las psicósomáticas, favoreciendo de ésta forma a la salud individual, familiar, y así mismo a la sociedad.

Este trabajo se origina ante el interés de aplicar la psicología en el tratamiento de la neurodermatitis, uno de los padecimientos psicósomáticos más rebeldes a los tratamientos y terapéutica con que habitualmente se ha tratado. Se trata de practicar esta parte de la psicología que

enfatisa la conexión que existe entre las enfermedades médicas y sus implicaciones biopsicosociales.

La neurodermatitis como se expone en el capítulo II tiene en su origen y desarrollo factores psicológicos que el paciente no canaliza adecuadamente y que desencadena cambios fisiológicos que cuando se presentan de manera frecuente o prolongada, causan disfunción de algún órgano, dando como resultado trastornos como el que nos ocupa. Y, desde esta perspectiva se supone que este padecimiento representa la expresión inconsciente de un desequilibrio psicológico.

Por otro lado, la relajación sostiene en su principal postulado teórico que toda actividad psíquica o física comporta modelos neuromusculares. Toda acción consciente o inconsciente, pasa por los nervios y se manifiesta en algún músculo provocando su tensión o distensión lo que a su vez se traduce en respuestas fisiológicas como: cambio en las frecuencias cardíaca y/o respiratoria, sudoración, palidez, etc. (Jacobson, 1940 en Sánchez, 1992).

La distensión muscular que se obtiene mediante la relajación, conduce a un estado de bienestar corporal que facilitará a la persona a lograr una atención consciente y participar activamente en los procesos que se dan en su cuerpo, repercutiendo en su capacidad para manejar adecuadamente sus energías en beneficio de su estabilidad psicológica.

Se propone la "Relajación Sistemática" porque por medio de los ejercicios de tensión y distensión se le enseñara al paciente a hacer contacto con cada parte de su cuerpo hasta adquirir la capacidad de relajarse completamente. Se pretende también de que una vez que el paciente domine la técnica la va a utilizar en sustitución de la conducta de

rascado, cuando se manifiesta el prurito, síntoma que caracteriza a la neurodermatitis.

La trascendencia de proponer este tratamiento radica en que se trata de una técnica: inofensiva, porque no se introduce en el cuerpo algún agente externo como es el caso de los fármacos que en ocasiones producen efectos secundarios. Es natural, porque se emplea el propio cuerpo del paciente y sus energías para fortalecer su sistema inmunológico. Además, una vez que se ha habilitado a la persona en su uso le será sencillo disponer de ella para mantener el buen control de sus estados emocionales ante situaciones que la alteran.

Cabe señalar, que es importante que se lleve a cabo la práctica de esta propuesta, para evaluar su utilidad, así como sus limitaciones lo cual hará posible corregirlo o perfeccionarlo de acuerdo a sus resultados.

CAPITULO 1
TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

1.1. DEFINICIÓN

Para sustentar la propuesta de éste trabajo es necesario conocer la manera en que se ha desarrollado la medicina psicosomática, por lo que se describirán en éste capítulo algunas definiciones, antecedentes y aportaciones teóricas acerca de los conceptos de los trastornos psicosomáticos en general para después centrarse en un padecimiento en particular que es la neurodermatitis.

La definición propuesta por Kolb (1977) es: las reacciones que se incluyen bajo el título de Trastornos Psicofisiológicos viscerales y del sistema nervioso autónomo comprenden los padecimientos que con más frecuencia se denominan "Trastornos Psicosomáticos", que son las alteraciones que afectan a los órganos de la economía interna o de la función instintiva, o a la imagen corporal como un todo.

Posteriormente, Solomon (1978) dice: "Se da el nombre de Trastornos Psicosomáticos a los síntomas físicos que no proceden de una causa orgánica obvia y en los que la tensión emocional desempeña una función de primer orden". La palabra psicosomático según Solomon, se forma de la composición de dos vocablos griegos Psique (alma) y soma (cuerpo), de lo cual se ha confundido su significado hasta creer que el padecimiento es fruto de la imaginación. La verdad es que el dolor no es imaginario, así como tampoco lo es el daño tisular, en algunos casos el paciente puede morir por la enfermedad (Gallegos, 1996).

En esta definición se hace referencia al vínculo psicológico que es también emocional y conductual así como los cambios fisiológicos mutuamente influenciados, razón por la que el término psicosomático es aplicable a todas las enfermedades.

Por otra parte Sarnoff A. (1980) entre otros dicen acerca de la definición: "Se da el nombre de Trastornos Psicosomáticos a los desórdenes físicos debidos en parte a emociones y tensión psicológica". (Escamilla 1989)

Otra definición se encuentra en (Novoa, 1981) donde Fredmann y Kaplan dicen: "Los Trastornos Psicosomáticos son: desórdenes en los cuales existe una interacción significativa entre factores somáticos y psicológicos con grados variables de influencia de cada uno de ellos".

En otra perspectiva, Jeemmet (1982) expone: se define clásicamente por "Psicosomático" a todo trastorno somático que comporta en su determinismo un factor psicológico que interviene no de una manera contingente como puede ocurrir en cualquier afección, sino por una contribución esencial en el origen de la enfermedad.

En éste planteamiento se alude a la conexión psicológica que juega un papel esencial en el inicio de los procesos de las enfermedades así como en sus consecuencias, aunque las personas difieren psíquica y físicamente en la forma de reaccionar.

Camerón (1984), propone: hoy en día lo necesario es volver a definir los Trastornos Psicosomáticos como padecimientos en los que la mala adaptación domina y puede llevar a lesiones orgánicas o de tejidos irreversibles.

Según la definición de Grinker, la Psicología es un enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural. De hecho la noción psicología no se refiere ni a la fisiología o a la patofisiología ni a la psicología

o a la psicopatología, sino a un concepto de proceso entre los sistemas vivos y su elaboración social y cultural (Haynal, Pasini 1988).

El DSM-IV y el CIE-10 hacen referencia a estos padecimientos con el título de "Trastornos de Somatización", con la siguiente descripción: "la característica esencial del Trastorno de Somatización es un patrón de Síntomas Somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos; que causan deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo".

Los criterios, para el diagnóstico de estos trastornos que se describen en ambas obras son esencialmente equivalentes, tales como:

- Que los síntomas se presentan generalmente en el funcionamiento de órganos bajo control vegetativo (síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares, cutáneos, etc.)
- Antecedentes de al menos dos años de evolución de quejas relativas a síntomas somáticos múltiples y variables, los cuales no pueden ser explicados por trastornos orgánicos objetivables. Cualquiera de los trastornos orgánicos que pudieran estar presentes no explica la gravedad, difusión, variedad y persistencia de las quejas o de la invalidez social consecuente.
- Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados.

Para finalizar este apartado se concluye que: en las definiciones expuestas, coinciden al señalar que los Trastornos Psicósomáticos son resultado de causas

multifactoriales donde los aspectos psicológicos y sociales tiene una función preponderante.

1.2. ANTECEDENTES DEL CONCEPTO DE TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Abordar el tema de los trastornos psicosomáticos nos obliga a exponer una breve historia del origen de su conocimiento, el cual se remonta al alba de la medicina. Aquella hipótesis que mencionaba la existencia de un vínculo entre los estados del alma y las enfermedades, apareció primero como posición intuitiva y después como verdad especulativa filosófica. La brujería y las curaciones milagrosas en todas las épocas y culturas parecen mostrar la influencia de lo psicológico sobre la enfermedad pero sin probarlo científicamente (Haynal, Pasini 1988).

Sociedad Primitiva

En la sociedad primitiva las causas de las enfermedades se atribuían a fuerzas espirituales: El espíritu malo que entra y afecta el organismo debía ser expulsado con exorcismos, trepanaciones, etc.

Civilización Asirio Babilónica

En ésta época la religión dominaba la medicina y la mejor forma de tratamiento consistía en la sugestión. Sigerist: "la medicina de la Mesopotamia fue, en todos sus aspectos de índole psicosomática".

Civilización Griega

El mejor avance cultural de los griegos fue su aplicación sistemática del razonamiento objetivo a la comprensión de la naturaleza y de las experiencias personales.

Sócrates dijo: "así como no es propio curar los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, tampoco es propio curar el cuerpo sin el alma". Hipócrates: para curar el cuerpo humano, es necesario tener un conocimiento preciso de todo el conjunto.

Postrimerías de la Civilización Griega y Principios de la Romana

En éste tiempo la teoría de los humores de Galeno, postula que lo que causa las enfermedades son las "perturbaciones" que sufren los fluidos del cuerpo. La medicina enfoca holísticamente a la enfermedad.

Edad Media (época del oscurantismo)

El misticismo y la religión dominaron la medicina en esta época "pecar" era la causa de las enfermedades mentales y somáticas.

El Renacimiento

Época en que se renueva el interés por las ciencias naturales y por la aplicación de éstas a la medicina: Vesalio hace grandes descubrimientos en materia de anatomía, Morgani realiza la primera autopsia y Leeuwenhoek inventa

el microscopio. Por anticientíficas, se rechazan las influencias psíquicas sobre los procesos corporales, el estudio de la mente pasa a ser materia de religión y filosofía (Sarason, 1977).

Fue en el siglo XVIII cuando nuevamente se empezó a prestar atención a las relaciones entre la mente y los padecimientos físicos, y el primero en señalar en forma clara las interacciones mutuas entre eventos físicos y psicológicos, fue Reil en 1803. Pero el que introdujo la idea de que los conflictos internos son la base de los padecimientos mentales fue Heinroth (1818), utilizó por primera vez el término psicósomático y el somatopsíquico (1828). El primero expresaba su convicción de la influencia de pasiones sexuales sobre la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer, mientras que el segundo se refería a las enfermedades en las que el factor corporal modifica el estado psíquico (Haynal, 1988).

En el siglo XIX el esquema mente-cuerpo experimenta otra división. Con Pasteur y Virchow, surge la medicina moderna, basada en estudios de laboratorio. Virchow: "la enfermedad se origina en las enfermedades de las células". Se hace a un lado el enfoque psicósomático, pues toda enfermedad tenía que relacionarse con cambios estructurales de las células. Se trataba a la enfermedad no al paciente (Sarason, 1977).

Los grandes descubrimientos, también obligaron a los médicos a prestar atención a los factores emocionales, a las condiciones de vida de los enfermos, pero siempre fuera del campo científico, pues se entendían como aspectos difíciles de valorar por carecer de una metodología adecuada.

Fue Freud (1856 - 1939) quien reunió mente y soma usando a la memoria como "laboratorio" de la psique. Demostró la

importancia de las emociones en la formación de trastornos psicosomáticos. Con aportaciones de Transferencia y Contratransferencia desplazó la relación médico-paciente del campo de la religión para analizarla en función de mecanismos intelectualmente comprensibles abriendo así un nuevo campo dentro de la psicología. La palabra psicosomático no aparece citada en la extensa obra de Freud; sin embargo con Breuer inicia la utilización de los procesos psicológicos para descubrir el origen de la somatización en la histeria (Escamilla, 1989; Novoa, 1981).

Aunque el psicoanálisis esté considerado como una disciplina limitada al estudio de los problemas psíquicos, tuvo su origen en las alteraciones de las funciones somáticas cuya etiología no podía ser atribuida a daños orgánicos. Entre estas alteraciones; la histeria, la neurosis de ansiedad, la neurastenia y el comportamiento obsesivo-compulsivo. La histeria fue definida por Freud como: "una capacidad de conversión, la capacidad psicofísica de transmutar grandes cantidades de excitación en inervación somática". Aunque nunca fue explicado del todo el mecanismo por el que se producía dicha transmutación esta propuesta significó la antítesis de la función psicosomática (Lowen, 1985).

Además de Freud, Pavlov y Cannon también son considerados como los principales científicos que iniciaron el campo para el estudio de las relaciones psicosomáticas en las enfermedades (Santín, 1980).

Las exploraciones de Pavlov de los reflejos condicionados proporcionaron una importante herramienta para la inducción experimental de estados emocionales y para su medición en base a sus correlatos físicos. Señala Pavlov que aún los procesos cerebrales superiores más complejos fueron elaborados por medio de simples reflejos condicionados, y

que por lo tanto están sujetos a la inhibición y al reforzamiento.

Para Cannon, las emociones son energizadores del comportamiento, de tal forma que situaciones evocadoras del miedo o enojo podrían provocar cambios corporales importantes. Elaboró la descripción de la compleja interacción entre las glándulas endócrinas y las funciones vegetativas, mostrando que la tensión emocional puede conducirse a cualquier parte del cuerpo a través de las vías cortico-talámicas y las autónomas. Además desarrolló el concepto de homeostásis, al describir los mecanismos corporales por medio de los cuales el organismo mantiene un equilibrio dinámico, sin importar los cambios medio ambientales debido a que observó que la excitación del sistema nervioso autónomo junto con la secreción de la adrenalina es una reacción de urgencia del organismo.

Estos trabajos permitieron que a comienzos de éste siglo, se tuvieran modelos tanto psicológicos como neurofisiológicos de la unidad del organismo permitiendo con esto, según Whittower (1977), hacer mediciones objetivas de las emociones y la utilización de herramientas de acceso a los contenidos psicológicos inconscientes y reprimidos de los padecimientos psicosomáticos (Santín, 1980).

El enfoque actual de la medicina psicosomática, ha dado paso a un modelo estructural de los padecimientos psicosomáticos perspectiva que promueve la conciencia de la interacción entre la mente y el cuerpo y sobre todo de que las emociones afectan a los sistemas corporales.

Existe aquí un amplio campo para la aplicación de la psicología donde sus técnicas deben ser valoradas y

aceptadas en la medida que demuestren su validez en los resultados de la práctica cotidiana.

La psicología enfatiza su interés por la estabilidad emocional, pues esto conlleva la salud integral del individuo, de ahí también la importancia de brindar atención a las emociones positivas que pueden dar apoyo al funcionamiento adecuado del organismo.

Cabe señalar que desde la perspectiva de este trabajo el concepto de lo psicosomático, se comprende como el resultado del proceso de los fenómenos emocionales que en interacción con las circunstancias del medio ambiente encuentran la forma de expresarse en cualquier órgano del cuerpo humano.

La aceptación de la importancia de los factores psicológicos en las enfermedades, pone de manifiesto que no existen por separado enfermedades del cuerpo o de la mente, sino que, tienen que ser explicados y tratados desde un enfoque multidisciplinario y no únicamente por la medicina tradicional.

Es urgente que la ciencia médica atienda a las enfermedades desde un enfoque biopsicosocial para poder proporcionar una verdadera recuperación de la salud. No se puede hablar de curación en las enfermedades psicosomáticas si no se atiende el factor psicógeno como sucede en la actualidad.

1.3. TEORÍAS ACERCA DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Siguiendo las ideas de Cannon, se han desarrollado en el curso de los años teorías de los Trastornos Psicosomáticos. Estas se ocupan ante todo de dos cuestiones, a saber:

- 1) ¿Porqué desarrolla el individuo un trastorno psicosomático con preferencia a alguna otra forma de trastorno psicológico?
- 2) Cuando se tiene un trastorno psicosomático, ¿qué es lo que decide el lugar y el carácter del síntoma específico?.

Teoría de la Conversión.

La teoría de la conversión se trata de una extensión de la teoría psicoanalítica de la histeria que fue expuesta por psicoanalistas tales como: Georg Groddeck y Felix Deutsch, Alexander y Grotjahn (1966), la teoría sostiene en esencia que un síntoma psicosomático, al igual que el síntoma histérico, es el resultado simbólico de un conflicto neurótico. Las objeciones que se le hacen a ésta teoría son:

- 1.- Los síntomas histéricos aparecen casi siempre en órganos bajo el control consciente, en tanto que los síntomas psicosomáticos se producen generalmente en órganos que no están sujetos a dicho control.
- 2.- Los síntomas histéricos generalmente representan un intento encaminado a descargar una emoción mientras que en los trastornos psicosomáticos no son intentos de

descarga emocional sino más bien respuestas a una emoción persistente (Melvin y Emory, 1979).

La Teoría del Perfil de la Personalidad.

Flanders Dunbar se opuso a la teoría de la conversión y a mediados de los años treinta examinaba las pruebas para las bases psicogenéticas de una diversidad de trastornos físicos. En 1943 afirmó que existía una relación entre tipos específicos de personalidad y la aparición de determinados trastornos orgánicos.

Dunbar (1948) estudió un gran número de pacientes con enfermedades orgánicas utilizando la aplicación de escalas de personalidad, con lo cual pudo observar marcadas similitudes en los perfiles de personalidad de pacientes con los mismos padecimientos. A través de éste método pudo describir la personalidad ulcerativa y la coronaria entre otras. Postuló que estos perfiles podrían servir como instrumentos de diagnóstico y terapéutico de éstos padecimientos (Melvin y Emory, 1979; Santin, 1980).

Teoría de la Especificidad

En contraste con la investigación específica de personalidad de Dunbar, Alexander (1950) exploró las relaciones entre los conflictos psicológicos específicos y los estados patológicos. Este autor investigó algunas enfermedades consideradas trastornos psicósomáticos clásicos: úlcera péptica, asma bronquial, artritis reumatoide, colitis ulcerosa, hipertensión esencial y neurodermatitis. Con sus investigaciones intentó responder al planteamiento principal de la medicina psicósomática de los decenios de 1930 y 1940. ¿Porqué experimenta el individuo éstos síntomas específicos?.

Alexander creía que las enfermedades psicosomáticas se originaban en "neurosis visceral". Los cambios psicológicos acompañaban a los conflictos emocionales no resueltos y producían, por último alteraciones patológicas del sistema orgánico. Emitió la hipótesis de que los individuos que sufrían úlcera péptica eran víctimas de deseos infantiles de que otros les brindaran amor, apoyo, consejo y dinero. Cuando estos sujetos se veían frustrados, sus deseos se intensificaban, pero a continuación producían remordimientos y vergüenza en ellos, que querían dar la impresión de ser adultos independientes y capaces. El deseo de ser cuidado equivale al deseo infantil de alimentarse, y los impulsos conflictivos entre independencia y dependencia se expresaban como incremento de las secreciones gástricas. A su vez las secreciones producían úlceras (Stuart J. en Howard 1994).

Hipótesis de la Debilidad Somática

Al mismo tiempo que desarrollaba su teoría de la relación entre emociones y síntomas somáticos, Alexander admitía que había circunstancias bajo las cuáles unos factores puramente somáticos conducían al desarrollo de enfermedades físicas. Reconociendo que los mismos factores emocionales encontrados típicamente en personas que padecen un trastorno específico, por el estilo de una úlcera péptica, aparecían también en otras que no exhibían el trastorno, sugirió entonces que un conjunto de tres factores contribuían al desarrollo de la enfermedad.

- 1.- El individuo debe tener un grupo específico de conflictos psicológicos.
- 2.- Debe ocurrir una situación específica que desencadene la iniciación de la enfermedad (en el caso de la úlcera

péptica, esto podría consistir en la pérdida de una persona de la que dependía el paciente).

3. El individuo debe tener una vulnerabilidad constitucional un factor "X" que lo predispone biológicamente a esta enfermedad específica.

Las investigaciones de Alexander encontraron muchos obstáculos porque se basaban en el análisis retrospectivo. Pero, Mirsky (1958) investigó las ideas de Alexander en un ingenioso estudio a futuro en el que se valió de reclutas del ejército que estaban sometidos a entrenamiento básico. Los dividió en dos grupos, basándose en los niveles elevados o bajos de pepsinógeno en suero, rasgo determinado de manera genética que se relaciona con ciertos tipos de úlceras, aquellos que tenían concentraciones séricas elevadas de pepsinógeno manifestaban los rasgos infantiles sugeridos por Alexander; más aún, los clasificadores independientes que no conocían las concentraciones séricas de pepsinógeno de estos sujetos podían identificarlos por sus reacciones a las pruebas psicológicas. Los reclutas que desarrollaron a continuación úlceras relacionadas con estrés del entrenamiento básico, resultaron ser el grupo que tenía concentraciones elevadas de pepsinógeno.

El estudio de Mirsky tendió a confirmar algunas ideas de Alexander, pero dejó otras preguntas sin responder. ¿De qué manera el estrés producía formación de úlceras?, ¿Porqué los criterios psicoterapéuticos tienen un éxito tan variable en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos como las úlceras?

Una variante de la teoría de la debilidad del órgano fue sugerida por Wolf (1950), más que suponer que la debilidad

específica de un determinado sistema u órgano explica el desarrollo del síntoma, creía Wolf que cada individuo tiene una respuesta somática característica, de origen hereditario a la tensión generalizada. Esta predisposición rige determinados sentimientos, ajustes físicos y conducta, que tienen lugar de manera simultánea.

Fundamentalmente, esta teoría señala que un individuo determinado y su familia reaccionan a la tensión en forma análoga y distinta de aquella en que reaccionan los miembros de otros grupos de familias, mientras una persona permanece libre de tensión prolongada, su patrón personal de adaptación no se percibe; pero cuando una tensión prolongada provoca la aparición de su patrón de respuesta congénito, su naturaleza se pondrá de manifiesto en la forma de los trastornos producidos en determinados órganos. Wolf cree que cuando se presentan síntomas específicos, reacciones emocionales características los acompañan; y describe por consiguiente tipos ulcerativos, tipos de migraña, tipos de asma, etc. Este aspecto de la teoría de Wolf se parece de cerca al punto de vista de Dunbar. La diferencia entre los dos está en la sugerencia de Dunbar de que el estilo de personalidad causa los síntomas. En tanto que Wolf considera estos estilos como resultantes de la aparición de síntomas. Tres aspectos centrales de la teoría de Wolf son:

- 1.- Una persona determinada reacciona a diferentes tipos de tensión en la misma forma.
- 2.- La reacción del individuo a la tensión es típicamente una reacción característica de su familia.
- 3.- Personas distintas, en las que tienen lugar cambios físicos similares como resultado de tensión, poseen reacciones emocionales similares (Melvin, 1979).

La Teoría del Estrés

Esta teoría fue propuesta por Selye (1956), y afirma que los recursos del organismo pueden agotarse durante experiencias prolongadas de tensión que requieran una constante activación de los mecanismos de alarma-respuesta.

Aparecen entonces síntomas psicofisiológicos a los que Selye llamó enfermedades de adaptación. Los síntomas son precipitados o empeorados por la tensión. Sin embargo, aún no se sabe porque no todos reaccionan ante la experiencia de tensión manifestando síntomas físicos. Algunos trabajos de investigación señalan que si se dispone de una red social de amigos y parientes que apoyen los acontecimientos productores de tensión causarán menos enfermedad que si se carece de ellos, así, es posible que aquellos que disponen de fuerte apoyo social poseen además ciertas características de personalidad que les facilite superar la tensión, pero no es así, y es cuando las inclinaciones de la personalidad emiten determinados patrones psicofisiológicos en presencia de tensión (Selye, 1964; en Gallegos, 1996).

Otras Teorías

Engel, Holmes y Rahe (1967) valoraron los efectos de los acontecimientos estresantes sobre la ocurrencia de enfermedades físicas. En estudios tanto retrospectivos como a futuro, encontraron que el número y magnitud de los cambios de la vida (por ejemplo: duelo, nuevos trabajos, cambios de residencia) se relacionaban con el inicio o gravedad de la enfermedad. Su investigación, sugiere que los cambios de vida pueden fomentar el desarrollo de enfermedad pero de manera inespecífica.

Grinker y Cols. (1973), concluyeron que las fuerzas biológicas y psicosociales podrían interactuar para producir la enfermedad. El efecto de esta teoría consistió en que, señaló con claridad la insuficiencia del modelo unitario de causa directa de la enfermedad.

Reiser (1975) creía que existen tres fases relacionadas con los padecimientos psicosomáticos:

- a) Durante el periodo previo al desarrollo de la misma, el paciente se encuentra configurado por una constitución genética por experiencia psicosocial previa.
- b) Cuando aparece la enfermedad, se activa la "programación" previa a causa de tensiones psicosociales inespecíficas tales como el duelo.
- c) A continuación otros factores, como la exposición ambiental a virus o a la transformación maligna de células abruma al individuo ya sometido a tensión y le producen enfermedad. Y en esta fase, una vez iniciada la enfermedad, las fuerzas psicosociales operan modelando su evolución (Howard, 1994).

Modelo Biopsicosocial

Engel (1977) sintetizó los procesos de la medicina psicosomática al desarrollar el modelo biopsicosocial que reconoce que todas las enfermedades tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales. El modelo de Engel pone de relieve la opinión de que cada individuo está compuesto por sistemas y es, a su vez parte de sistemas exteriores de mayor tamaño. Cada persona está compuesta por moléculas, células y órganos, es también miembro de una familia,

comunidad, cultura, nación y mundo. Cada persona tiene una estructura biológica, psicológica y social que puede afectar a los otros niveles del sistema y, viceversa.

El modelo biopsicosocial proporciona un enfoque para estudiar la relación entre enfermedad y factores psicosociales. La investigación actual en la medicina psicosomática se centra a preguntas sobre él "¿Cómo?". Por ejemplo ¿De qué manera se traduce la experiencia de duelo en enfermedad física?, en otras palabras ¿Cómo se convierten las experiencias psicológicas en cambios corporales? (Stuart J. en Howard, 1994).

Para Lipowski (1990) el 80% de pacientes depresivos somatizan como una manera de comunicar, lo que en clínica es llamado estrés psicosocial, esto es apoyado por estudios realizados por Duer (1988), Hamilton (1989) y Fisch (1987), de lo cual se deriva la importancia de tratar de identificar las características de los individuos depresivos que parecen predisponerlos a la somatización (Gallegos, 1996).

De acuerdo a lo expuesto en este capítulo, los trastornos psicosomáticos están en relación directa con elementos psicológicos. También queda descrito que con el transcurso del tiempo y los resultados de las investigaciones fundamentan el conocimiento de que una variedad de factores son los que operan generalmente sobre tales trastornos.

La propuesta de este trabajo se apoya en la teoría del estrés, una de las citadas en páginas anteriores, ya que de acuerdo a las ideas de su autor Hans Selye, se puede decir que hoy en día el estrés se encuentra implicado en casi todas las enfermedades. Entendiéndose por estrés la fuerza que se genera en el interior del organismo como

consecuencia de la acción de una fuerza externa de suficiente magnitud para distorsionar su estructura psíquica y física (Selye, 1964, en Ranty, 1986).

Las condiciones cambiantes del actual estilo de vida, las crisis, el alto nivel de competencia, las prisas etc., ponen a prueba constantemente la capacidad del organismo para lograr su equilibrio, en este proceso un ajuste exitoso a dichas condiciones conduce a la salud: pero un ajuste sin éxito lleva a menudo a reacciones fisiológicas que causan enfermedades como las psicósomáticas, que por cierto, cada vez son más frecuentes; lo que puede indicar que probablemente las demandas para la adaptación están superando la capacidad del hombre moderno y, la psicología moderna juega un papel importante en el entendimiento y control de estas enfermedades.

La reducción del estrés es una de las principales metas de la psicoterapia y, por otro lado, el método de relajación hace referencia a un estado del organismo definible como ausencia de estrés o tensión que se manifiesta en tres niveles: fisiológico, conductal y subjetivo.

En este contexto, la aplicación de este método puede fortalecer al organismo para responder a las demandas de sus necesidades.

CAPITULO 2

EL ASPECTO EMOCIONAL Y LA NEURODERMATITIS

2.1. ASPECTO EMOCIONAL

El esquema emocional del ser humano parte de los estímulos internos y externos a que está expuesto en la vida diaria, estímulos que generan factores psicológicos como alegría, temor, vergüenza, ira, angustia, etc.; que son comunicados a través de patrones de conducta y en su expresión incluyen los órganos del cuerpo humano como la piel; no es raro escuchar que alguien enrojece de vergüenza, palidece de miedo o ira, suda de temor, o tensión, erizarse el cabello o adquirir piel de gallina por susto, así que las sensaciones o factores psicológicos pueden influir en las reacciones de la piel.

Son las emociones las que habitualmente mueven al individuo a actuar en determinada dirección para responder a las demandas de estos estímulos, dándose en este proceso una transacción entre fuerzas defensoras y ofensoras que permitan lograr el equilibrio en el funcionamiento del organismo (Amado, 1972; Moragas, 1994).

El esquema emocional desempeña entonces un papel central en la determinación de la conducta y en el equilibrio orgánico así como todos los órganos del cuerpo humano.

2.2. LA PIEL

La piel es una cubierta externa del organismo y frontera entre éste y el mundo exterior, capaz de revelar mucho sobre el estado emocional de una persona. Es considerada como el origen del yo corporal y está dotada totalmente de receptores sensoriales a través de los cuales se perciben sensaciones dolorosas, táctiles, térmicas, placenteras, etc. (Frazier, 1967; en Escamilla, 1996).

Es un órgano importante y por su completa estructuración y variedad de funciones, con igual facilidad se vuelve foco de lesión que fuente de alivio. Sus funciones están relacionadas con su posición especial entre el medio ambiente y el mundo interior; que son de protección y comunicación dirigidas también hacia el exterior o hacia el interior del individuo (Moragas, 1994).

Siendo la piel un órgano altamente innervado, vascularizado y sujeto a cambios del sistema neurovegetativo, responde con facilidad a los cambios emocionales como lo hace a las modificaciones de temperatura. Esas respuestas pueden tener un efecto estabilizador, fisiológico como lo es la queratinización, la actividad seborréica, sudoral, y pigmentaria. Pero también se ha descubierto que el eccema, la urticaria y las dermatosis representan una respuesta a las descargas fisiológicas de ansiedad del individuo que quizá no está utilizando el medio adecuado para la expresión de sus estados emocionales como la angustia, depresión, autocompasión, exhibicionismo y, las manifestaciones cutáneas psicósomáticas son un equivalente psicológico disfrazado (Camerón, 1984).

Bajo el título de alteraciones funcionales y dermatosis psicósomáticas se incluyen un gran número de padecimientos como son: el vitiligo, psoriasis, urticaria, líquen plano, hiperhidrosis, la neurodermatitis, etc. Para este trabajo se eligió la neurodermatitis por tratarse de uno de los trastornos más frecuentes y rebeldes a los tratamientos

2.3. DEFINICIÓN MÉDICA DE LA NEURODERMATITIS

Actualmente no existe una definición clara de este padecimiento, debido a que aún no se ha establecido con

certeza los determinantes que lo generan, solamente se conocen las manifestaciones clínicas que lo caracterizan.

El nombre mismo de la neurodermatitis ha sido motivo de discusión, se ha llamado de varias maneras: prúriga de Besnier, eczema constitucional, neurodermatitis diseminada, neurodermatitis atópica. Los más usados son: neurodermatitis diseminada, término europeo que hace alusión a los trastornos neurovegetativos y emocionales; y dermatitis atópica usado por la escuela sajona que se refiere a la intervención de una forma especial de hipersensibilidad llamada atopia, que a diferencia de las alergias es específica y adquirida, aquí es inespecífica y constitucional (Ruiz, 1981).

Para algunos autores el prefijo "neuro", enfatiza el concepto de neurosis cutánea o de alteración psicosomática.

La escuela mexicana de dermatología la designa como neurodermatitis diseminada y la considera entre las psicodermatosis.

En este trabajo se empleará el término de neurodermatitis para referirse a dicho trastorno.

Sheldon (1939), define la neurodermatitis como una inflamación de la piel de origen emocional que puede ser aguda, subaguda o crónica y, aunque se caracteriza por enrojecimiento de la piel, también puede ser circunscrita por pápulas o elevaciones pequeñas, conteniendo serúmen.

Según el diccionario de ciencias médicas (1980): neurodermatitis es el término general que se le da a las

dermatosis que se supone son debidas al prurigo de causa emocional.

Otra de las definiciones que se citan en Gallegos (1996), dice: "de acuerdo a la medicina, el término se define como una dermatosis localizada siempre en la nuca, cara interior de los muslos, región púbica y en el dorso de las manos. Es una afección crónica que produce prurito y es semejante al liquen (endurecimiento de la dermis), la lesión dermatológica se acompaña de profundos surcos debido a la constante irritación y rascaduras".

Dicha irritación y rascaduras podrían ser las manifestaciones de la prolongación de una fisiología anormal, que a su vez tiene su origen en los modos de reacción a los procesos vitales que se han desviado de la normalidad y que generan dificultades capaces de llegar a la autodestrucción (Garay 1991).

Con base en la revisión de la literatura sobre este padecimiento, se puede decir que es de origen constitucional con influencia psicológica y que el síntoma que lo caracteriza es el purito intratable e incontenible con exacerbaciones particularmente nocturnas y crisis frecuentes.

2.4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA NEURODERMATITIS

La neurodermatitis es un trastorno de la piel que produce alteraciones en el comportamiento de quien la padece, dando como resultado un círculo vicioso caracterizado por: prurito-rascado-liquenificación - purito. Donde el rascado se torna en mecanismo de descarga de tensión emocional (Amado, 1990).

Por otro lado, el prurito severo precipita en las personas hipersensibilidad, depresión, provocando una baja autoestima y problemas en sus relaciones familiares, laborales, y sociales. Y así como se forma un infarto, un cáncer, o una diabetes, empieza en reacciones de neurodermatitis o agrupándose en otras enfermedades más graves.

2.5. INCIDENCIA

La neurodermatitis es una de las afecciones de la piel más frecuentes, ocupa uno de los primeros lugares dentro de la patología dermatológica, puede presentarse en cualquier edad, afecta por igual a hombres que a mujeres y no hay predominio racial, pero suele verse más en personas de clase media alta (Amado, 1990).

Una posible explicación al porqué en la clase media alta se presenta más este padecimiento, puede deberse al estilo de vida que el individuo enfrenta en ese medio, que se caracteriza por prejuicios o formas preconcebidas de interpretar la realidad, para la cual no ha sido preparado, provocándole cierta pérdida de seguridad que, además se ve obligado a reprimir, ya que expresarlo equivale al menoscabo de su estatus. Por lo tanto la expresión de sus necesidades psicológicas se hace por medio de la sintomatología orgánica.

2.6. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

La actividad cotidiana de un individuo está influida por necesidades instintivas conscientes e inconscientes. Las conscientes se regulan automáticamente, ya sea de inmediato o postergándolas; pero las inconscientes si no

encuentran una ruta de satisfacción buscan vías consoladoras sustitutos de descarga que no serán satisfactorios, por lo tanto serán repetitivos y duraderos, como el síntoma que caracteriza a la neurodermatitis (Jeemmet, 1982).

Para regular la expresión de las necesidades instintivas conscientes o inconscientes, intervienen los mecanismos de defensa que son los procesos de personalidad que tienen como propósito mantener a pesar de los conflictos y contradicciones un estado de integración mental, de relativa congruencia interior que permite al individuo funcionar unitaria y efectivamente ante los problemas que le plantean las situaciones externas.

A continuación se mencionarán algunas teorías del campo de la psicología que tratan de explicar el origen de la neurodermatitis.

Kolb (1977) señala que en el área familiar de pacientes que padecen neurodermatitis suele existir una relación hostil y dependiente respecto a la madre; el prurito y el rascado pueden simbolizar la ira contra la figura materna y el manejo masoquista de la misma puede deberse a sentimientos de culpa.

En niños con neurodermatitis se ha observado la existencia de rechazo proveniente de la madre, se presume que en estos casos el trastorno emocional se expresa en forma primaria a través de un mecanismo psicofisiológico que produce vesiculación, que son precipitadas por situaciones que producen resentimiento o frustración, a consecuencia de una amenaza a determinada relación importante de dependencia (Kolb 1977).

Otros estudios relacionados con este padecimiento muestran que los pacientes comparten ciertas características de personalidad como: irritabilidad, tensión, ansiedad, depresión, hipersensibilidad, introversión. Las observaciones psicoanalíticas hechas por Miller en pacientes con neurodermatitis destacan las tendencias sadomasoquistas y exhibicionistas, el rascarse que tiene suma importancia en la mayoría de los trastornos de la piel, cuando éstos se han desarrollado, expresan a menudo conflictos psicológicos específicos: el papel de los impulsos tanto hostiles como eróticos (masturbación), en esta actividad está bien establecido.

Saul y Bernstein han descrito una correlación específica entre dicho síntoma y el llanto inhibido; Kepecs y sus colaboradores han referido estudios experimentales sobre la relación que existe entre el llanto y la exudación de la piel. Encontraron que el llanto va acompañado por una creciente secreción del fluido dentro de la piel (empleando una ampolla producida experimentalmente), mientras que la inhibición del llanto produce al principio un descenso de cantidad de exudación seguido por un ascenso si se mantiene la inhibición.

El prurito y el rascarse que provocan cambios cutáneos como resultado de los traumas crónicos en la piel, están íntimamente relacionados con la erotización de las diferentes partes del cuerpo (como el ano); en tales casos el rascarse proporciona a menudo un placer erótico consciente y es un claro equivalente de la masturbación (F. Alexander y otros, 1978).

Estas observaciones clínicas tienen el inconveniente de no contar con estudios sistemáticos que las apoyen.

Los resultados de estudios realizados (Santa María, 1978; Tapia y Dorado, 1984; Mondragón, 1986; y Gallegos, 1996), para obtener el perfil de personalidad de las personas que padecen neurodermatitis concluyen que los rasgos que estas personas comparten son: irritabilidad, tensión, hipersensibilidad e introversión.

Gallegos (1996), en los resultados de su investigación describe que las características comunes a estas personas tanto hombres como mujeres son: tendencia a la depresión, retraimiento, desconfianza, no expresan lo que sienten y lo más sobresaliente es que los problemas o situaciones cotidianas les produce ansiedad y angustia que tratan de manejar a través de conductas obsesivas - compulsivas, lo que a la vez les genera problemas en sus relaciones interpersonales.

Situaciones conflictivas que angustian a la persona, como la concentración de un examen, como disgustos familiares, noticias de accidentes familiares, es decir, generalmente a la enfermedad la precede un factor emocional que desencadena cambios fisiológicos, bioquímicos e inmunológicos; en ciertas personas se manifiestan en enfermedades como la neurodermatitis. Los cambios emocionales producen alteraciones bioquímicas en la piel y estos a su vez influyen en la persona alérgica al reducir el umbral del prurito, vasodilatación y sudoración. Como consecuencia del rascado, con el subsecuente desarrollo de una erupción en el área rascada. El rascado inicial bien puede ser una salida emocional.

Las necesidades de dependencia persisten en todo lo largo de la vida como componentes normales de la interdependencia humana. Lo mismo ocurre con las necesidades de autoafirmación y de independencia y con las necesidades de mostrar enojo en ocasiones. También son

aspectos normales de la experiencia y de la conducta humana la capacidad de manifestar ansiedad, miedo, agresividad, confianza y afecto cuando las condiciones lo permiten. Lo difícil está en lograr un buen equilibrio entre esas capacidades y, dentro de los límites permisibles, liberar adecuadamente las emociones.

De la fuente (1975) considera que existe una estrecha relación entre lo que una persona siente y quiere con su estado de salud y enfermedad. Menciona que para comprender la psicogénesis de una enfermedad, basta considerar los conflictos psicológicos de los enfermos y verlos con la misma objetividad con que se observa el funcionamiento de cualquier órgano del cuerpo. Desde el criterio psicogenético, el síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental, y otras veces, es la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes. Pero no solo aquellas emociones que el sujeto experimenta abiertamente, sino también aquellas que reprime, particularmente la hostilidad y la dependencia. El hecho de que no nos percatemos de la existencia de los procesos psicológicos no significa que no exista o que no imprimen fuerza motivadora a nuestra conducta. Precisamente su existencia se infiere por sus efectos, en ocasiones el síntoma puede tener significados especiales para el paciente, como el satisfacer una necesidad personal de afecto, seguridad, atención o prestigio, otras veces el paciente está sufriendo las consecuencias de sus tensiones no resueltas.

2.7. IMPLICACIONES SOCIALES

La neurodermatitis así como otros trastornos psicósomáticos, parecen ser fenómenos que resultan de las condiciones adversas que detienen o desvían el sano desarrollo del individuo, que tiene que desenvolverse en la sociedad

actual, donde sus patrones culturales tienden a un estado de desorientación originando, desequilibrio y estancamiento que no permitirán la satisfacción de sus necesidades psicológicas.

Las formas individuales de experiencia y expresión emocional surgen y se diferencian con base en relaciones interpersonales específicas. Pero también elementos de orden social y cultural, tienen gran influencia en la manera que se expresan esas experiencias y emociones.

La aprobación a experimentar y a manifestar las emociones en el cuerpo es un dato estrechamente ligado a los modelos educativos, a las condiciones de aprendizaje propias de cada cultura.

Por otro lado, la enfermedad también modifica la situación social del individuo en la comunidad familiar, con el cónyuge, en la comunidad profesional, incluso en la sociedad, ya que de ello pueden derivarse "beneficios secundarios", que suelen ser importantes si la enfermedad es crónica (Haynal, Pasini, 1988).

Así como la vida social tiene también influencia sobre la salud, los cambios en el entorno o medio ambiente que incluye alguna pérdida importante para el individuo y sus consecuencias psicológicas, son los que tienen una acción esencial en el desencadenamiento de los trastornos psicósomáticos como la neurodermatitis, pues las defensas somáticas, inmunológicas y otras se debilitan. Sin embargo, la tolerancia varía según el individuo.

Dado que los conflictos psicológicos se originan en el vivir una relación recíproca con otros individuos que portan

metas, ideales, restricciones y prohibiciones dentro de un grupo o sociedad; es necesario para entender las causas de la salud o la enfermedad tomar en cuenta las circunstancias, el ambiente y la cultura del individuo. Por ello cuando un individuo enferma es porque el padecimiento ocurrió en un momento biológico y psicológico de la existencia del paciente y porque sus factores físicos, químicos u orgánicos y acontecimientos personales en su relación con otros individuos, han coincidido. La historia personal de cada sujeto determina su vulnerabilidad a los agentes ofensores.

El aumento del estrés, caracteriza nuestra civilización, pero también los cambios culturales, los cambios de valores dentro de una misma civilización, y las diferencias de adaptación que de ellos se desprenden, propician el desarrollo de las enfermedades psicosomáticas. Probablemente la dificultad de adaptarse a una sociedad para la cual no ha sido preparado termine en una cierta pérdida de seguridad. Entonces el individuo se encuentra forzado a recurrir a su propio cuerpo como instrumento de expresión.

CAPITULO 3
LA RELAJACIÓN

3.1. DEFINICIÓN DE LA RELAJACIÓN

La relajación es un estado fisiológico y emocional caracterizado por baja frecuencia cardíaca, reposo en la tonicidad muscular, que conduce a la reducción de ansiedad y a una sensación de bienestar corporal, que actúa como contraparte del estrés, el cuál está presente como consecuencia del ritmo acelerado de la existencia humana en la actualidad (Merani 1979, Cautela 1985).

La necesidad de una higiene física y psíquica que permita adaptarse a las nuevas condiciones de la existencia es cada vez más apremiante, para resistir a las demandas de adaptación, obligando al ser humano a soportar el ruido, las aglomeraciones, las exigencias que representan las relaciones interpersonales, los horarios rígidos, las normas de conducta y otras amenazas a su seguridad y autoestima. Es pues, urgente la incorporación de métodos que permitan a hacer frente a esta forma de vida que induce al desarrollo de padecimientos psicosomáticos.

Los métodos de relajación representan una alternativa como procedimientos terapéuticos bien definidos que tratan de obtener en el individuo una "descontracción muscular psíquica" con la ayuda de ejercicios apropiados la descontracción neuromuscular produce un "tono de reposo" que es la base para la liberación física y psíquica, debido a que la relajación es una técnica que busca reposo lo más eficazmente posible, al mismo tiempo que la economía de las fuerzas nerviosas puestas en juego por la actividad general del individuo (Durand, 1992).

Cuando los músculos funcionan alcanzan dos estados límites y opuestos: tensión y relajación. La tensión muscular implica un exceso de actividad de todo el organismo y puede ser

normal o anormal, determinado músculo puede encontrarse en tensión normal cuando corresponde a un acto útil y presenta intensidad adecuada. La tensión anormal o contracción, por consecuencia, es aquella que corresponde a un acto inútil o perjudicial o bien carece de la intensidad adecuada.

Para comprender mejor la relajación consideremos primero su opuesto: la contracción; cuando enviamos un impulso desde el cerebro al músculo, con una adicional provisión de energía, el músculo se contrae. La energía pasa por los nervios, llega al músculo, lo contrae y se mueve el miembro que deseamos lo haga. Lo mismo ocurre en todos los actos conscientes o inconscientes de nuestro cuerpo. En los primeros, las facultades conscientes envían un mensaje a la mente, que enseguida, obedece la orden y envía una corriente al punto deseado. En los actos inconscientes la mente no espera órdenes actúa de por sí y ante sí.

Toda acción consciente o inconsciente consume cierta cantidad de energía y si ésta excede la acumulada por el organismo, sobreviene el abatimiento y el individuo se agota. La fatiga de un músculo determinado es algo diferente, proviene del trabajo insólito a que se ha sometido a causa de la insólita cantidad de energía que se le envió para contraerlo. El músculo es un componente esencial de la emoción, y al mismo tiempo, el lugar donde la misma se manifiesta. Es evidente pues, el valor que tiene la relajación en el manejo de la actividad muscular, actividad que está presente en cualquier proceso mental (Díez, 1975).

Siempre se ha asociado el estado de reposo físico y mental al relajamiento de la tensión muscular. En todas las civilizaciones podríamos encontrar técnicas de reposo que utilizan la distensión muscular y tratan de favorecerla o bien de provocarla.

Los principios actuales de la psicología y biología moderna se basan en procesos de reducción o equilibrio de tensiones. Cannon introdujo en fisiología la noción de homeostásis, hoy en día familiar "estados constantes del organismo que se mantienen por medio de procesos fisiológicos". Selye, describió las reacciones debidas al estrés, a la perturbación orgánica y a la agresión exterior, reacciones que tratan de restablecer el equilibrio biológico.

Por otro lado, desde el punto de vista psicológico, Freud (1885), volviendo a las ideas de Fechner (1873), trata de aplicar a su concepción dinámica del funcionamiento de la personalidad principios análogos. Uno de los principios fundamentales que gobierna, según él la conducta y la experiencia del hombre, lo describe utilizando el principio de constancia: se puede definir como la tendencia del organismo a reducir las tensiones conduciéndolas a un nivel tan bajo, o como mínimo tan constante como sea posible. Este principio que se manifiesta tanto en los procesos de descarga como en los de defensa, siempre conduce al organismo a restablecer las tensiones a un nivel tan moderado como se pueda.

La respuesta del organismo ante una amenaza es de alerta para el ataque, este proceso se traduce en una serie de cambios físicos observables, así por ejemplo las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza. Los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada hacia el cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer así los procesos mentales que están ocurriendo. Las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan. Este tipo de respuestas le sirven al ser humano como una defensa en el medio natural, pero en las ciudades que actualmente se vive no son más que innecesarios y causantes de enfermedades, ya que estas respuestas se activan con el ruido constante y el ritmo acelerado de vida que el cuerpo siente como presión y tiene como resultado

una constante preparación para el ataque, posiblemente una de las causas de las neurosis colectiva que afecta a las grandes ciudades (Davis 1985).

De la misma manera la respuesta del cuerpo ante la relajación es opuesta y es la que devuelve al organismo su estado natural de equilibrio, así las pupilas, la presión de la sangre, el ritmo cardíaco, el oído, la respiración, la circulación vuelven a la normalidad y, de esta forma corren paralelas ciertas modificaciones psicológicas del individuo y varía la forma en que es vivida la tensión.

La relajación según los pacientes tiene varios objetivos. A corto termino y con bastante rapidez aportará la relajación muscular y mental, permitiendo a la vez libertad individual, pero también el dominio de los comportamientos. En su aspecto psicoterapéutico más específico, la relajación debe originar procesos de cambio gracias a la transmisión y al trabajo de elaboración psíquica de la vivencia corporal.

En estas condiciones, según la patología del paciente, la relajación permitirá remodelar una imagen del cuerpo, proporcionar un mejor conocimiento de uno mismo, reestructurar una unidad y una identidad, aportar una mayor autonomía, proteger los funcionamientos somáticos de las descompensaciones, movilizandó el imaginario abatido o reprimido, disminuir e incluso resolver las angustias, reorganizar el deseo y el placer y, en fin liberar del cuerpo palabras que los conflictos y traumatismos tenían encerradas. La relajación debe aportar también, a partir de cierto momento, la libertad en su totalidad, no solamente de expresión corporal, sino también de expresión verbal como una representación del bienestar interior (Ranty, 1986).

3.2. ANTECEDENTES DE LA RELAJACIÓN

Los medios para la relajación tienen un origen muy antiguo, pero su estudio y aplicación científicas son relativamente recientes y representan el alcance de dos grandes corrientes.

Los métodos analíticos con un punto de partida fisiológico basados en trabajos de fisiología muscular son representados esencialmente por la técnica de Edmund Jacobson y se caracterizan principalmente por una toma de conciencia de la contracción y del relajamiento muscular, con educación progresiva de la secuencia contracción - descontracción.

Los métodos globales, con un punto de partida psicoterapéutico, se basan esencialmente en el método de J.H. Schultz y proceden de la tradición de la hipótesis médica de los psicoterapeutas franceses y alemanes de finales de siglo XIX. En éste método se utilizan las técnicas de concentración mental: el tono y su control se conciben en la óptica de un conjunto relacional de toda la personalidad en lucha con sus tensiones tanto musculares como psíquicas (Durand, 1992).

Schultz y Jacobson son los grandes pioneros del estudio y práctica de la relajación en el occidente. Edmund Jacobson de estados Unidos, partiendo de experimentos psicofisiológicos llegó a interesarse en la tensión muscular, inicialmente trataba de verificar un postulado propio de concepción neurofisiológica de la época: el de la transferencia de energía psíquica al campo somático. De aquí que pretendiera establecer el grado de relación entre estados de alteración emotiva y respuestas involuntarias de sobresalto. Pero sus conclusiones pronto le llevaron a negar

aquella transferencia y a postular que la mayor o menor capacidad de sobresalto involuntario estaba en relación directa y exclusiva con el grado previo de tensión muscular: "en igualdad de condiciones un sujeto, cuanto más tenso estaba, más se sobresaltaba; mientras que cuando se hallaba completamente distendido no manifestaba sobresaltos ni perturbación nerviosa".

Jacobson se apoyaba en los datos que la fisiología iba proporcionando sobre la actividad y el tono muscular, cuyas variaciones de intensidad podían medirse gracias a complicadas técnicas electromiográficas y así pudo observar que el simple pensamiento relativo a un acto motor desencadenaba en la musculatura correspondiente potenciales de acción mínimos, pero medibles sin que clínicamente se registrara ningún movimiento, así la mera intención de hablar generaba potenciales de acción en la esfera laringe y facial, y un estado de preocupación podía afectar a la zona visceral. De acuerdo con esto Jacobson pensaba que todo estado de "nerviosidad, la emoción, la reflexión, la imaginación y los demás procesos mentales comportan modelos neuromusculares transitorios medibles con precisión". Por lo tanto, solo el aprendizaje zona por zona de una relajación corporal progresiva podría permitir el reposo, desde el punto de vista cerebral de las regiones del mismo correspondientes a las partes del cuerpo así relajadas. Esto explica el nombre de "Relajación Progresiva" que lleva su método, al que define como una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono o actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente.

El fundamento del método consiste en hacer que el sujeto se perciba de cómo contrae un grupo muscular y que observe seguidamente como él mismo se va relajando. De esta manera el sujeto se capacita para percibir sus propias tensiones neuromusculares y aprende a relajarlas hasta llegar a la anulación del tono muscular. Es pues, un método

puramente fisiológico y Jacobson piensa que el aprendizaje del dominio de las diferentes partes de la musculatura corporal basta por sí solo para alcanzar el nivel óptimo de relajación (Sánchez Rivera y otros, 1992).

Jacobson (1939, 1940) demostró que la relajación muscular profunda hacía disminuir la frecuencia del pulso y la presión arterial. Posteriormente Wolpe (1964) señaló que durante la relajación aumenta la resistencia de la piel y se hace más lenta y más regular la respiración. Después aparecieron otros estudios (Paul 1969) concluyendo que la relajación muscular produce efectos opuestos a los de la respuesta de ansiedad en el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la conductancia de la piel (Geisman 1976, en Vázquez 1992).

Respecto a Johannes Heinrich Schultz médico berlinés, neurólogo y psiquiatra, conocedor del incipiente psicoanálisis de aquella época y practicante de diversas técnicas hipnóticas en la terapéutica de enfermedades nerviosas, iba a centrarse progresivamente en aquel aspecto, dando luego paso al primer y más conocido método occidental de relajación "el entrenamiento autógeno" de Schultz.

Schultz había reunido una serie de observaciones comunes en los relatos poshipnóticos de sus pacientes: todos coincidían en que (durante la hipnosis) su cuerpo se sentía más pesado que en estado normal, y que lo recorría una sensación "difusa de calor" (Sánchez - Rivera y otros, 1979).

También en la antigua literatura sobre magnetismo había encontrado abundantes descripciones de estas vivencias de peso y calor, que fisiológicamente cabía considerar como expresiones efectivas de un relajamiento muscular y una dilatación vascular periférica. Sobre esta base Schultz se formulaba la hipótesis: si tales vivencias no son un mero

fenómeno concomitante de los estados sugestivos, sino un factor básico de los mismos, entonces debería ser posible alcanzar tales estados a partir de la provocación de aquellas sensaciones de peso y calor. Más aún: los propios sujetos podrían ser entrenados para producir en sí mismo a voluntad tales vivencias y el estado consiguiente de desconexión propio de las técnicas sugestivas. De aquí el nombre de "Entrenamiento Autógeno" que dará a su método, a diferencia de las distintas formas de hipnosis, basadas en una heterosugestión. Esto es en determinadas manipulaciones por otra persona (Sánchez - Rivera y otros, 1979).

Schultz dice al comienzo de su obra: "el principio del método es inducir mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales una "desconexión" generalizada del organismo que, por analogía con antiguas observaciones sobre la hipnosis, permite todas las realizaciones propias de los estados auténticamente sugestivos, que favorecen la concentración sobre la vida corporal". Esta concentración es la que va a llevar consigo lo que el autor considera como objetivo del método, la aparición del estado autógeno que va a permitir la desconexión del organismo, una especie de distanciamiento del estrés, para continuar en otro estado que consiste en una concentración interior para la búsqueda de un sentimiento propio y adquirir la capacidad de mantener el equilibrio físico y emocional (Ranty, 1986).

La originalidad del método de Schultz radica en haber probado que mediante la relajación se podría llegar no solamente a modificaciones fisiológicas, sino también a modificaciones psicológicas.

Desde su origen la relajación ha pasado por 3 etapas: La primera fue la de los fundadores Schultz y Jacobson quienes

trataron la relación entre el cuerpo y la psique por mediación del tono muscular.

La segunda etapa corresponde a la técnica de De Ajuriaguerra "la reeducación psicotónica" que se diferencia del método de Schultz en los siguientes aspectos: no es sugestiva, insiste sobre el primer tiempo tónico y analiza las resistencias.

La reeducación psicotónica surgió de la experiencia de la relajación que el equipo de De Ajuriaguerra adquirió en el hospital Henry Roussele apoyándose además en los trabajos teóricos referentes a la relación que une la vida tónica y la vida emocional. El tono muscular está estrechamente ligado a la actividad, es decir, a la esfera relacional de la persona. Toda emoción se apoya en modificaciones tónicas y se crea así poco a poco, una dialéctica tónico-afectiva que preside todas las actitudes del sujeto adulto, De Ajuriaguerra lo llamó "diálogo tónico" (Ranty, 1986).

La tercera etapa la integran los sucesores psicoanalistas o no psicoanalistas que han ampliado la relación entre el cuerpo y la psique y han sobrepasado la simple noción del tono para hablar del yo corporal o más ampliamente de la vivencia corporal como expresión del funcionamiento psíquico (Cautela, 1975).

Estos son los antecedentes que abrieron paso a las psicoterapias de relajación, la gran variedad de métodos que actualmente existen parten de una u otra forma de los precursores mencionados.

3.3 APLICACIONES DE LA RELAJACIÓN

La relajación ha sido empleada como herramienta terapéutica en el tratamiento psicológico de una variedad de padecimientos que están relacionados con el estrés, mejor conocidos como trastornos psicósomáticos. Las estrategias para aplicar la relajación han variado desde la meditación trascendental y la retroalimentación de ondas alfa, hasta las comunes como el entrenamiento autógeno, la retroalimentación electromiográfica y de la temperatura (Durand, 1992).

Dichas estrategias tienen un común denominador fenomenológico, que es la capacidad de producir modificaciones en la conciencia y crear con ello un estado psicofísico especial global, que conduce a la obtención de la salud psíquica y física.

El cuerpo representa un punto de referencia y un medio de elaboración de respuestas que solo se pueden comprender con respecto a un fondo tónico muscular. Con la modificación del tono muscular corren paralelas modificaciones psicológicas del individuo que cambian a su vez la manera como viven la tensión.

Los métodos de relajación también se utilizan a menudo desde el punto de vista preventivo en personas que no presentan ningún síndrome patológico claro y, así mismo, resultan de utilidad en el manejo adecuado de las múltiples molestias de la vida cotidiana, las personas en entrenamiento notan con frecuencia modificaciones globales en su manera de comportarse, aparte de los síntomas por los que van a consulta por razón de su aprendizaje dirigido inicialmente contra un síntoma (Diez, 1975; Durand, 1992).

La intrínseca relación que existe entre el tono muscular y las emociones se ve expresada en la fisiología de todos los aparatos del sistema orgánico: circulatorio, respiratorio, digestivo, glandular. Se nota una vasoconstricción central o periférica (palidez de la piel), variaciones en el ritmo cardíaco y respiratorio, modificaciones del peristaltismo intestinal, paro en las secreciones salivares (boca seca) y gástricas (supresión del apetito), secreción de las cápsulas suprarrenales (adrenalina) que perturban las constantes sanguíneas, modificaciones de la musculatura general (escalofríos, temblores, parálisis de miembros).

Algunos estudios han revelado que las emociones intensas o prolongadas pueden producir trastornos profundos del organismo y lesiones orgánicas irreversibles (Durand, 1992).

Sin embargo, los cambios violentos de los sistemas vascular y muscular que se manifiestan en trastornos orgánicos pueden ser evitadas por técnicas de relajación dando a la persona la posibilidad de poner en estado de reposo sus sistemas. La supresión de las consecuencias biológicas de la emoción permiten afrontar de manera apropiada sus necesidades y no abandonarse a reacciones motrices de descarga y de malestar. La resonancia corporal de las emociones queda anulada y permite al sujeto suprimir las reacciones afectivas perturbadoras, pequeñas o grandes, según el grado de dominio técnico (Durand, 1992).

Ha sido evidente el valor que tiene la relajación como tratamiento de las alteraciones emocionales pues la actividad muscular está presente en cualquier proceso mental. Ciertas mediciones especiales realizadas durante los procesos mentales, han revelado la existencia constante del elemento motor (el músculo) en todo pensamiento (Diez, 1975).

La tensión muscular coexiste siempre con los procesos de la mente y este es un hecho fundamental, téngase en cuenta que lo psíquico y lo muscular coexisten invariablemente, y que esa coexistencia se determina de modo muy distinto en los casos normales y en los de enfermedad, cuando se acepta que lo psíquico influye sobre los músculos, también se puede admitir que a través del músculo se influye sobre lo psíquico; efecto que se consigue con la relajación.

En toda angustia hay tensión muscular y este síntoma puede curarse mediante la relajación que, cuando se practica convenientemente, sustituye la respuesta angustia-tensión, con la de relajación-bienestar (Diez, 1975).

En estado de relajación de los músculos no existe desaprovechamiento de energía ya que, se gasta solo la estrictamente necesaria para mantener el organismo en condiciones normales además, descansan los nervios y los músculos y la energía sobrante se acumula y conserva en vez de emplearla en una actividad innecesaria.

La relajación combinada con cualquier tipo de terapia, actúa reforzando los efectos de dicho tratamiento acortando en ocasiones su duración y tiene además la ventaja de estimular la actividad del paciente, quien en tal circunstancia actúa como colaborador de su propio tratamiento y no como receptor pasivo de la acción del terapeuta. Como coadyuvantes de algún otro tratamiento terapéutico y, en ocasiones como única base de tratamiento; la relajación ha hecho más amplia y clara la comprensión del mecanismo psicossomático de ciertas enfermedades y ha dado al terapeuta familiarizado con la relajación una visión completa del mecanismo del padecimiento (Diez, 1975).

Los efectos de la relajación se notan en: descanso corporal, rápida recuperación de toda clase de fatiga, mejoría del funcionamiento del cuerpo en general, modificación de los trastornos originados por hiperactividad o tensión, aumento de la energía física y psíquica. Los pacientes se muestran menos ansiosos, menos sensibles a las frustraciones de la vida cotidiana, adquieren la capacidad de controlar el estrés (Ranty, 1986).

Como en el adulto, la relajación también puede ayudar a los niños que no entran en un cuadro patológico preciso, pero que manifiestan mucha agresividad, o son muy inhibidos, o que presentan problemas de concentración, de atención; factores que influyen en la disminución de su rendimiento escolar (Ranty, 1986).

Uno de los principales objetivos de la psicoterapia de relajación es la de ofrecer al paciente la posibilidad de reencontrar el lenguaje verbal, cuando, él solamente utiliza el lenguaje del cuerpo para expresar sus conflictos. Esto es, favorecer la toma de conciencia del propio cuerpo, de sus órganos y funciones, ayudar a vivirse a sí mismo como una unidad armónica integrada, conciencia, pensamiento y sentimiento.

Por lo anterior se puede concluir que la relajación es un recurso psicoterapéutico extensamente aplicado y que, debido a la importancia que le asigna a la coexistencia de las funciones psíquicas y orgánicas, sus métodos buscan a través de los ejercicios fisiológicos una distensión psíquica que favorezca la reorganización de la vida emocional.

3.4. MÉTODOS DE RELAJACIÓN

Se mencionarán en este apartado algunos métodos de relajación que han sido empleados como tratamiento psicológico.

A) **Métodos Analíticos.**- Se refieren a los procedimientos que se enfocan al aspecto fisiológico de la relajación en el que la atención se centra sobre la musculatura estriada periférica, donde se aplica el entrenamiento para sentir los músculos así como la toma de conciencia de las modalidades de su funcionamiento en la pareja contracción- relajación, correlativo a la pareja tensión- relajación. Por tanto la relajación aquí se entiende como una conducta fisiológica cuyo aprendizaje se deriva de una técnica (Durand, 1992).

Los métodos analíticos más representativos son:

- **La Relajación Progresiva de Edmund Jacobson:** Esta técnica consta de dos fases, la primera se dirige al aprendizaje de la sensibilidad muscular en donde la persona aprende a distinguir la tensión muscular, mediante la contracción - relajación de los distintos grupos musculares y dirigir su atención en las sensaciones que las acompaña. En la segunda fase el paciente es entrenado para lograr la relajación diferencial, que consiste en relajar los músculos que están relacionados con la ejecución de una tarea en particular, por ejemplo si se está sentado las piernas pueden estar relajadas.

La parte crítica según Jacobson (1938), es la práctica diaria recomendando que se realice de una a dos horas

diarias. Los padecimientos tratados por esta técnica han sido el insomnio, hipertensión y en particular los trastornos psicósomáticos. (Geissman. 1972; En Santin. 1980).

- La Relajación Estático Dinámica o Técnica de Jarreau y Klotz: La característica principal de esta técnica es la asociación de ejercicios estáticos y ejercicios de movimiento, los estáticos se hacen en dos posiciones: tendido y sentado con el objeto de obtener una relajación muscular global tan satisfactorio como se pueda, extendiéndose progresivamente a la espalda, cabeza, cuello, tronco; globalizando una vivencia de pesadez. Los ejercicios dinámicos comprenden movilizaciones realizadas en diferentes posiciones y ejercicios respiratorios, que consisten en estiramientos, elevaciones caídas, oscilaciones pendulares, ejercicios de flexiones fraccionadas del eje corporal.

Las movilizaciones introducen en la actividad la regularización de economía tónica que conlleva la libertad y flexibilidad como oposición a la rigidez, facilitan la resolución de las paratonías regionales resistentes, acentúan una profundización en la relajación general y finalmente revelan la existencia de lo que los autores llaman la interrelaciones tónicas. Una interrelación tónica significa que la distensión de un grupo muscular está con frecuencia bajo la dependencia de la distensión de otro grupo. Para los autores esta técnica comprende tres etapas que son: aprendizaje, experiencia y una vivencia nueva. (Ranty, 1986).

B) Métodos Globales.- Se caracterizan por su concepción global de la personalidad, emplean procedimientos con un punto de partida mental. La desconstrucción muscular y visceral es utilizada como medio, como punto de apoyo

para obtener un relajamiento psicológico. Estos métodos concentran su atención sobre la significación psicológica del relajamiento fisiológico, la relación entre la personalidad y su "juego tónico" es considerado aquí en primer plano.

Entre éstos métodos se encuentran:

- El entrenamiento Autógeno de J.H. Schultz: que consiste en dos ciclos sucesivos; El ciclo inferior pretende un adiestramiento del sujeto o sujetos en la autoinducción de la sensación corporal generalizada de peso o calor. Esto se consigue mediante ejercicios de concentración imaginativa en zonas parciales del propio cuerpo, que se van generalizando en la medida y de acuerdo con el ritmo en que el sujeto va dominando el proceso.

Consta de seis ejercicios progresivos en los que, se emplean fórmulas sugestivas sencillas. El primer ejercicio se centra en la experiencia de sensación de peso, comenzando por el brazo, hasta generalizarla a todo el cuerpo. De igual forma se procede en el segundo ejercicio que tiende a producir la sensación de calor. Los siguientes cuatro ejercicios buscan profundizar ambas sensaciones: en el tercero se invita al paciente a sentir su corazón, con la fórmula "mi corazón late tranquilo y fuerte"; el cuarto dirige la atención hacia la respiración "mi respiración es tranquila"; "algo respira en mi": el quinto pretende la experiencia del calor localizada al nivel del plexo solar, el sexto finalmente induce una sensación de agradable frescor en la frente.

El ciclo superior presupone un dominio de la relajación corporal, para iniciar la práctica de concentración, reflexión conocimiento del sí mismo, lograr una progresiva

sensibilización y aprender a utilizarlo para la exteriorización de ideas y sentimientos (Sánchez - Rivera, 1979).

- La Reeducción Psicotónica: Técnica perfeccionada por el equipo de De Ajuriaguerra, que tiene como objetivo la profundización de la relación interpersonal del terapeuta y del paciente.

Adopta los dos primeros tiempos de pesadez y de calor de la técnica de Schultz, pero acentúa la atención al aprendizaje del relajamiento muscular, del dominio de la musculatura estriada. Desde el principio se solicitará la colaboración activa del paciente pidiéndole que exprese en palabras lo que ha sentido y vivido en su cuerpo durante la relajación, de esta manera se le encamina a una actitud activa en su tratamiento.

Esta técnica utiliza el aspecto relacional del tono motor bajo la forma de diálogo tónico entre el que relaja y el ritmo cardiaco. Se presenta la relajación como un descubrimiento del cuerpo, de lo que en él se siente en la relación con el otro. Se comienza pidiendo al sujeto que ponga atención en su brazo, luego en el otro, en las piernas, la espalda, el rostro, luego sobre la respiración y el ritmo cardiaco.

La vivencia corporal, las resistencias para la relajación, las fantasías, la memorización de los recuerdos y la transferencia con el que relaja manifestada por tensiones o contrariamente por distensión muscular, constituyen una especie de lenguaje del cuerpo que hay que analizar e interpretar (Durand, 1992).

C) Métodos de orientación Psicoanalítica.

Sus seguidores consideran la relajación como una técnica activa con mediación corporal en el que se favorece la pasividad y la regresión, lo cual permite la elaboración del sentido psicoanalítico de la relación que se establece entre el terapeuta y su paciente. Significa además dar privilegio al cuerpo, el mismo que el paciente ha elegido para presentar como asiento de su dolor como es el caso de los pacientes con padecimientos psicosomáticos con quienes han reconocido sus mejores aplicaciones (Sapir, 1981).

- **Relajación por Inducciones Múltiples:** El equipo de terapeutas encabezado por Michel Sapir son los seguidores de la técnica de "Relajación por Inducciones Múltiples" inspirada en el psicoanálisis. Se practica individualmente o en pequeños grupos, su flexibilidad varía de acuerdo a cada caso y su objetivo principal es obtener una regresión profunda.

Sapir toma del entrenamiento autógeno las inducciones referidas a la vivencia de pesadez, calor, ritmo cardíaco, etc., pero sus consignas son variadas continuamente (de aquí el nombre de la técnica "Relajación por Inducciones Múltiples") algunas veces en las consignas son mencionados los órganos, en otras son evocados en su vivencia durante las sesiones precedentes, dejando al paciente la posibilidad de comentar lo que ha sentido. El terapeuta escucha atentamente ya que de esos comentarios podrán surgir las elecciones de las inducciones posteriores. También se emplean inducciones largas, descriptivas o se usan palabras con un significado global, esta variabilidad según Sapir tiene como fin, estimular el potencial de imágenes del paciente (Sapir, 1981; Ranty, 1986).

Así que, el lenguaje está en primer plano es ésta técnica tanto por el papel de nombrar como el de envolver o penetrar directamente el cuerpo del paciente, a veces no es el lenguaje propiamente dicho sino el sonido de la voz, su modulación, su ritmo, los que influirán al otro según el grado de regresión.

También, el contacto físico del relajador al paciente es muy importante para demostrar directamente la existencia de tensión corporal o por el contrario para liberar esa tensión así mismo, actúa como facilitador en la evocación de fantasías o de conflictos (Sapir, 1981; Durand, 1992).

En este tipo de relajación, el cuerpo se emplea como vínculo de intercambio que por medio del contacto y de las múltiples y variadas inducciones favorece el surgimiento de expresiones verbales que manifiestan lo que el paciente siente e imagina, lo cual será analizado e interpretado descubriendo nuevas perspectivas para enfrentar sus conflictos.

D) Método de Biofeed Back (Retroalimentación)

El método de Biofeed Back conocido también con el nombre de Retroalimentación Biológica, es una técnica de relajación que requiere la utilización de instrumentos electrónicos para medir, procesar e indicar la actividad inmediata de funciones fisiológicas tales como; ritmo cardíaco, temperatura de la piel, respiración etc., los registros que hacen dichos instrumentos se convierten en señales perceptibles por el sujeto que lo utiliza y le permite tomar conciencia de esas funciones y, llegado el caso modificarlas y mejorar el control sobre sus respuestas al medio ambiente y al posible estrés que este le provoca (Masson, 1985; Carrobles, Godoy, 1987).

El empleo de ésta técnica permite que se agudice la sensibilidad propioceptiva e interoceptiva hasta el punto de permitir al sujeto sentir mensajes sensitivos cada vez más tenues y habitualmente poco conscientes. El Biofeedback es un procedimiento artificial, pero más rápido que otros métodos de relajación. Sin embargo no contiene la misma interiorización ni la misma visión psicológica de la imagen y de la idea que se forja la persona de su propio cuerpo (Masson 1985).

Otros métodos de relajación son, los que están dirigidos para niños como: El de Bergés y Bounes, el método de Relajación por movimientos pasivos de Wintrebert.

CAPITULO 4

LA RELAJACIÓN SISTEMÁTICA UNA PROPUESTA TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES QUE PADECEN NEURODERMATITIS

INTRODUCCION

El objetivo de la presente tesina es proponer un modelo terapéutico basado en la relajación, considerando que, tanto su perspectiva teórica como sus técnicas pueden ser de gran utilidad para explicar y modificar los patrones de conducta característicos a este tipo de pacientes a fin de que logren restaurar su bienestar físico y psicológico.

La relajación ha adquirido una posición respetable dentro de las técnicas psicoterapéuticas contemporáneas, sin embargo abundan personas que la practican, de tal forma que la desacreditan dando una imagen que hace que se perciba como una actividad no profesional y como si no requiriera de una amplia preparación. En muchos casos la relajación es practicada por personas improvisadas convirtiendo a este procedimiento en un lugar común utilizado por varias disciplinas. Este mismo exceso en la utilización indiscriminada de que ha sido objeto le ha restado seriedad científica.

Esto implica que la relajación debe proponerse de forma exigente dentro de la perspectiva que tiene en cuenta la evolución de las sensibilidades actuales en materia de tratamientos.

Por ese motivo se plantea la relajación sistemática como modelo terapéutico capaz de abordar el desarrollo de la relajación así como, la búsqueda de nuevas prácticas en un intento por crear y producir conocimiento en el campo de la psicología.

La Relajación Sistemática, es un método que se basa en los principios teóricos de los orígenes de la relajación; el cuál

presta atención al proceso corporal incluyendo la percepción de las sensaciones, la conciencia y la expresión emocional, con lo cual puede hacerse más eficaz el trabajo terapéutico.

La técnica que aquí se expone consiste en un procedimiento accesible para su comprensión, aplicación y; también representa un recurso que puede llegar a la población de escasa capacidad económica, quienes generalmente son los que se abstienen de un tratamiento psicológico.

4.1. OBJETIVOS DEL ENTRENAMIENTO CON LA TÉCNICA DE LA RELAJACIÓN SISTEMÁTICA

1.- Objetivo General.- El interés por enseñar la práctica de la relajación Sistemática a pacientes que padecen neurodermatitis, está centrada básicamente, en que el paciente se autoaplique ésta técnica en el momento que se hagan presentes las señales que genera el prurito a fin de utilizarla como sustituto de la conducta de rascado.

2.- Objetivos Específicos:

a) Al finalizar la fase de establecimiento de la relajación el paciente será capaz de obtener el estado de relajación profunda.

b) Al finalizar la fase de mantenimiento A el paciente será capaz de obtener el estado de relajación profunda, haciendo uso de solo la mitad del tiempo inicial de ejecución logrado en la fase anterior.

c) Al finalizar la fase de mantenimiento B el paciente será capaz de obtener el estado de relajación profunda, en un tiempo menor al de la fase anterior.

d) Al finalizar la fase de generalización el paciente será capaz de lograr un estado de relajación profunda, ante situaciones y posturas corporales diferentes, en un tiempo menor al de la fase anterior.

4.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda que el entrenamiento en relajación se debe iniciar una vez que el paciente ha aceptado y comprometido a cumplir con los objetivos del tratamiento, y después de que el terapeuta haya dado respuestas satisfactorias a todas las preguntas hechas por el paciente.

Contraindicaciones

El método de relajación que aquí se propone es una forma de reeducación que el terapeuta lleva a cabo con el paciente. Su avance se observa a través de un período de práctica. Para alcanzar una relajación profunda y satisfactoria, se requiere la supervisión constante y directa de personas adecuadamente capacitadas. Y, aunque no existen contraindicaciones concluyentes es preferible no emplear la técnica de relajación de manera inmediata o directa en los siguientes casos:

- 1.- El paciente que presenta falta de toda colaboración.
- 2.- El paciente que carece de toda confianza en sí mismo y que se apoya absolutamente en el terapeuta.
- 3.- En pacientes con trastornos profundos de capacidad de atención, lo cuál impide el seguimiento adecuado de instrucciones.

- 4.- En pacientes con fuertes manifestaciones de angustia en donde se hace necesario la intervención anticipada de un tratamiento farmacológico.

Sesiones previas al entrenamiento en Relajación Sistemática

En sesiones previas, el terapeuta le explicará al paciente de manera clara y precisa, en un lenguaje que el paciente comprenda en lo que consiste el tratamiento. Se debe crear en esta etapa un ambiente de confianza, seguridad y apoyo que permita al paciente expresar libremente su situación y así involucrarse en el tratamiento siguiendo las indicaciones que se le proporcionan.

4.3. RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES PARA LA RELAJACIÓN SISTEMÁTICA

1.- Ambiente Físico.- Lo ideal es contar con una habitación silenciosa y serena, con el menor número de distracciones que funjan como fuentes de estimulación ajenas a la relajación.

2.- Mobiliario.- Principalmente debe contemplarse el mueble en el cual el cuerpo del paciente quede completamente apoyado, evitando que tenga que realizar algún esfuerzo para lograr tal apoyo, puede usarse un diván, cualquier sillón reclinable y acojinado o en su defecto el piso puede ser utilizado, empleando una almohada y una colchoneta para evitar el contacto directo con el piso.

Un espejo de cuerpo entero adherido a una de las paredes de la habitación también es necesario, que

cumplirá la función de proyectar la imagen del paciente durante la sesión de reconocimiento muscular.

3.- Instrumentos de Medición: Cronómetro y hojas de registro (ver anexo 2)

4.4. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO DE RELAJACIÓN SISTEMÁTICA

El método de Entrenamiento de Relajación Sistemática que aquí se propone está programado, para llevarse a cabo en 15 sesiones; las cuales están divididas en cuatro fases, en cada una de estas fases hay actividades específicas que se realizan en cada sesión.

Primera Fase (Línea Base)

Durante esta primera fase se integra la historia clínica del paciente, para lo cual el paciente responderá a las preguntas realizadas por el terapeuta. Las preguntas están encaminadas a recopilar la mayor información sobre los aspectos tales como: ambiente familiar, escolar y/o laboral, según sea el caso. Lo fundamental es el de estructurar en base a la información que se obtenga la historia del padecimiento, así como su estado actual.

Segunda Fase (Establecimiento)

El objetivo de esta fase es, primero enseñar al paciente a tensar y relajar siete grandes grupos de músculos y posteriormente realizar el encadenamiento de estos grupos de músculos por medio de ejercicios de tensión y distensión.

Esta fase se inicia con una primera sesión que se denomina "reconocimiento muscular", se realiza un recorrido a base de ejercicios de tensión y distensión de los 19 grupos de músculos principales que se trabajan durante la relajación y que son subagrupados en un número de siete.

El orden en que se trabajarán con estos músculos es el siguiente:

1.- Brazo

1o. Derecho	Superior (bíceps-tríceps)
2o. Izquierdo	Inferior (antebrazo - mano)

2.-piernas

1o. Derecho	Glúteos, muslo - bíceps del
2o. Izquierdo	muslo, pantorrilla y pie.

3.- Hombros

Ambos a la vez	Deltoides, trapecios, pectorales y latissimus dorsi.
----------------	--

4.- Cuello

Músculo posteriores Cuello

Músculos Anteriores Garganta

5.- Músculos de la cara I

Mandíbula y Globos Oculares

6.- Músculos de la cara II

Cuero Cabelludo y Frente

7.- Abdomen

Región Abdominal y Tórax

La segunda parte de esta fase corresponde al entrenamiento de respiración profunda o abdominal.

Las siguientes sesiones consisten en la obtención de la relajación corporal a través de ejercicios de tensión - distensión de cada uno de los siete grupos de músculos. Atendiendo que en cada sesión se lleve a cabo el encadenamiento de los ejercicios anteriores.

En la última sesión de esta fase se mide el tiempo total que lleva el paciente en realizar toda la secuencia de ejercicios; esto desde la primera respiración profunda hasta el momento en que logra una relajación profunda. Es importante medir y determinar este tiempo, para pasar a la siguiente fase.

Tercera Fase (Mantenimiento)

Esta fase se subdivide en dos A y B

El objetivo de la fase de mantenimiento es la disminución del tiempo requerido para obtener un estado de relajación profunda.

Subfase A.- Se repiten los ejercicios de tensión / distensión en la secuencia establecida, pero con la variante de que en ésta ocasión se trabajan las extremidades superiores al mismo tiempo, así como las extremidades inferiores. Una variante más es que, en el momento de tensar cada grupo muscular, estará acompañado por la inhalación y retención del aire, en el momento de la distensión muscular se hará acompañar por exhalación gradual del aire.

Subfase B.- Se continúa con la reducción del tiempo empleado para obtener la relajación profunda. En esta subfase solo se trabaja con respiración profunda o abdominal y la representación imaginaria de cada grupo muscular (por evocación), esto es, se eliminan los ejercicios físicos tensión / distensión, pero se evocan las sensaciones de relajación profunda antes aprendidas.

Una vez concluida esta fase y obtenida la relajación profunda en un mínimo de tiempo, se pasa a la última fase.

Cuarta Fase (Generalización)

En esta última fase lo importante es aplicar lo aprendido con las siguientes variantes: diferentes posturas corporales, semiacostado o sentado; así como en diferentes situaciones físicas, en un lugar donde el paciente no ha sido entrenado con anterioridad (otro consultorio, otro cubículo) y en presencia de otro terapeuta; tratando de emplear el menor tiempo posible para lograr el estado de relajación profunda.

Durante el tiempo del entrenamiento se toma la frecuencia cardíaca/respiratoria del paciente antes y después de cada sesión, para confirmar que el cuerpo realmente se ha relajado. Al finalizar cada sesión, se le pregunta al paciente acerca de sus experiencias en relación al trabajo realizado con el propósito de atender cualquier dificultad que impida la ejecución adecuada de cada práctica. Y también al final de cada sesión se le da al paciente una descripción del procedimiento de práctica a seguir, "asignación de tareas".

Debe quedar claro para el paciente que, la relajación debe ser practicada para perfeccionarla. El terapeuta deberá motivar y convencer al paciente a que se practique lo

aprendido en cada sesión todos los días, dos veces al día preferentemente en las mañanas y por las noches. El terapeuta y el paciente deberán tratar a detalle la situación de la práctica en casa.

4.5. ESPECIFICACION DE SESIONES

SESIÓN 1 Y 2

Primera Fase (Línea base)

Objetivo: Al finalizar esta fase se obtendrá la integración de la historia clínica del paciente.

Actividades:

- Tomar las frecuencias cardíaca y respiratoria antes y después de la sesión.
- Aplicación del Inventario de Indicadores de tensión (ver anexo 1)
- Elaboración de preguntas para integrar la historia clínica.

SESIÓN 3: RECONOCIMIENTO MUSCULAR

Segunda Fase (Establecimiento)

Objetivo: Al finalizar la sesión de Reconocimiento Muscular, el paciente enumerará los 19 grupos de músculos que se trabajarán en las sesiones de relajación. También reconocerá el estado de tensión como el acortamiento de la fibra muscular y la diferenciará

de la del estado de distensión como su opuesto, en los grupos musculares indicados.

- Actividades:**
- Ejecución de ejercicios de tensión / distensión de cada grupo muscular.
 - Repetición verbal de cada grupo muscular.
 - Señalamiento de cada grupo muscular en su propio cuerpo.

Posición Corporal: De pie y frente a un espejo.

INSTRUCCIONES DE CONTRACCIÓN Y DISTENSIÓN MUSCULAR.

- 1.- CUERO CABELLUDO Y FRENTE:** Cierre fuertemente los ojos y ábralos alternativamente, de éste modo podrá contraer y relajar los músculos del cuero cabelludo y la frente.
- 2.- GLOBOS OCULARES:** Sienta los ojos haciendo girar los globos oculares en el sentido de las agujas del reloj (derecha a izquierda), y luego en sentido contrario.
- 3.- MANDÍBULA - BOCA:** Para sentir estas partes se realiza la sencilla operación de bostezar, sosteniendo el bostezo por unos segundos. Cerrar la boca.
- 4.- GARGANTA:** Eche hacia atrás la cabeza y mire el techo, estirando así los músculos de la garganta, sostener unos segundos y regresar a la posición inicial.

5.- CUELLO: Estos músculos pueden tensarse girando la cabeza de un lado a otro, haciendo resistencia con las manos, sostener unos segundos. Regresar a la posición inicial.

6.- TRAPÉCIOS: Junte las palmas de sus manos y manténgalas junto al cuerpo, a la altura del pecho, los brazos tienen que estar con los codos ligeramente doblados. Ahora, adelante los hombros y tire hacia abajo con las manos juntas de este modo sobresaldrán los trapecios. Sostenga unos segundos y regrese a la posición inicial.

7.- DELTOIDES: Con los brazos pegados al cuerpo y los dorsos de las manos hacia adelante, levante los brazos tensándolos hasta formar un ángulo recto con el cuerpo, mantenga la posición durante tres segundos y luego vuelva a la posición original. El principal trabajo lo realizan los deltoides anteriores. Ahora eleve las manos a cada lado del cuerpo, con los nudillos hacia fuera, hasta poner los brazos en línea con los hombros, utilizando los deltoides laterales. Para emplear los deltoides posteriores lleve los brazos hacia atrás lo más posible. Sostenga en cada ocasión unos segundos para notar la tensión. Regresar a la posición original.

8.- LATISSIMUS DORSI: Ponga las manos sobre las caderas y presionando con los dedos sobre los lados, contraiga estos músculos. En la espalda se extienden en forma de grandes cuñas, por delante se asoman las axilas, sostenga unos segundos y vuelva a la posición inicial.

9.- ABDOMINALES: Inclínese hacia adelante ligeramente y presionando con las manos sobre los muslos contraiga los

músculos abdominales, sostenga por unos segundos y regrese a la posición inicial.

10.- PECTORALES: Junte las palmas de las manos manteniéndolas frente al cuerpo a la altura del pecho. Los codos deberán estar ligeramente doblados, presione las manos una contra otra y se proyectarán en el espejo los músculos del pecho. Sostenga la tensión y luego regrese a la posición inicial.

11.- TRÍCEPS: Extienda ambas manos a cada lado del cuerpo hasta formar con los brazos una línea al nivel de los hombros. Apretar los puños y volverlos hasta que las palmas de las manos queden hacia arriba, flexionar los antebrazos y poner las manos sobre los hombros. Volver ahora las manos a la posición inicial. Hágalo lentamente concentrándose siempre en los tríceps. Sostener la tensión y después regresar a la posición inicial.

12.- BÍCEPS: Poner la mano derecha sobre la cabeza sin apretar. El codo tiene que estar en la misma línea que los hombros, presionar la mano contra la cabeza para contraer y relajar alternativamente el bíceps. Realizar lo mismo con el bíceps izquierdo. Sostener la tensión por unos segundos y regresar a la posición inicial.

13.- ANTEBRAZO: Extender las manos con las palmas hacia arriba cierre y abra los puños para contraer y relajar los músculos de los antebrazos, sostenga la tensión por unos segundos y regrese a la posición inicial.

14.- MANOS Y DEDOS: Se realiza el ejercicio anterior.

15.- GLUTEOS: Separar los pies, flexionar un poco las rodillas de ésta forma se puede tensar fácilmente los glúteos. Sostenga por unos segundos y regrese a la posición inicial.

16.- BÍCEPS DEL MUSLO: Juntar los talones, levantar un pie hacia atrás como si se quisiera tocar los glúteos con el talón. Hacerlo lentamente sin mover la parte superior de la pierna, sólo se mueve la pierna de la rodilla hacia abajo, repetir el ejercicio con la otra pierna, sostener en cada ocasión la tensión por unos segundos y regresar a la posición inicial.

17.- PANTORRILLA: Dar un paso hacia adelante con una pierna para doblarla por la rodilla, hasta formar un ángulo recto con el cuerpo y el muslo. Al descender, apunte con los dedos del pie hacia abajo para pronunciar la contracción de los músculos de la pantorrilla, se repite el ejercicio con la otra pierna. Sostener la tensión por unos segundos y regresar a la posición inicial.

18 - 19.- PIES Y DEDOS DE LOS PIES: Girar los pies en varias direcciones (arriba, abajo, derecha e izquierda) durante aproximadamente un minuto. Se termina sacudiéndolos y dejarlos caer del tobillo hacia abajo. Este ejercicio se realiza sentado.

Así termina la serie de ejercicios de "Reconocimiento Muscular". Para concluir ésta sesión se pide al paciente que mencione los nombres y señale cada uno de los 19 grupos de músculos que se ejercitaron. A fin de evaluar su conocimiento al respecto, si el paciente no obtiene el 80% de aciertos se recomienda repetir la sesión.

RECOMENDACIONES A SEGUIR A PARTIR DE LA 4ª SESIÓN

1.- Posición Corporal.

Recostado, boca arriba: está recostado boca arriba a lo largo de su cuerpo, ponga la cabeza alineada con éste, las piernas deben estar juntas con los talones casi tocándose. Sus brazos quedan sueltos a lo largo del cuerpo y cerca de él. Cierre los ojos.

2.- El terapeuta verificará que cada instrucción se lleve a cabo y tomará el tiempo correspondiente indicándole al paciente el momento para empezar y suspender el ejercicio.

3.- Al inicio y al final de cada sesión se toma y registra la frecuencia cardíaca y respiratoria del paciente.

4.- Al inicio y final de cada sesión se dan instrucciones para la realización de ocho respiraciones profundas. (después de cada respiración profunda el paciente realizará 3 o 4 respiraciones normales).

5.- Al final de cada sesión se realiza lo siguiente:

a) Dejar descansar al paciente durante dos minutos (con respiración normal)

b) Pedir al paciente que a la cuenta de 10 abra los ojos (contar del 1 al 10)

c) Preguntar al paciente como se siente

d) Dar al paciente retroalimentación con respecto al trabajo realizado.

SESIÓN 4: ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN PROFUNDA

Objetivo: Al finalizar la sesión el paciente será capaz de ejecutar la respiración profunda o abdominal en seis tiempos.

INSTRUCCIONES PARA EL ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN PROFUNDA O ABDOMINAL:

- Después de dar las instrucciones de la posición corporal.

(10 segundos) silencio

- Ahora, aprenderá la técnica de respiración profunda o abdominal. Cierre los ojos.

(5 segundos) silencio

- Enfoque su atención en los pulmones: piense en ellos como si estuvieran divididos en tres partes; las parte inferior, parte media y superior, si utiliza esta representación podrá aprender mejor la técnica completa de respiración profunda.

(diez segundos) silencio

- Coloque su mano derecha sobre el abdomen y manténgala ahí. Iniciemos inhalando aire solo por la nariz, lenta y deliberadamente, permitiendo que los músculos abdominales se expandan, como si se extendieran, sostenga el aire (5 seg.) ahora, suelte lenta y

gradualmente ese aire y note como su abdomen se contrae. (se realiza 6 veces este ejercicio con cinco segundos de descanso entre cada uno).

NOTA: Para facilitar el movimiento abdominal, el terapeuta puede presionar ligeramente sobre la región de las costillas y pecho impidiendo el movimiento de estos músculos.

- Colocar la mano izquierda en el pecho y la derecha en el abdomen, para que note los tres movimientos de la caja torácica, durante la inhalación del aire.

En esta posición repetir seis veces el ejercicio anterior. Después del último ejercicio.

(10 segundos) silencio

- Bien ahora va a practicar la retención del aire, ¿listo? inhale por la nariz hasta que llene el abdomen, continúe jalando aire y ahora son las costillas las que se extienden, el aire sigue entrando y se extiende el pecho. Retenga el aire (10 seg.) va a soltar a la cuenta de 10.

(10 segundos) silencio.

Este ejercicio se hace ocho veces y estas son las instrucciones cada vez que el paciente tenga que realizar las respiraciones profundas.

SESIÓN 5: ENTRENAMIENTO EN TENSION / DISTENSION MUSCULAR DE BRAZOS Y PIERNAS

Objetivo: Al término de la sesión el paciente será capaz en lo sucesivo de llevar a cabo el proceso de encadenamiento que corresponde a la respiración profunda más los ejercicios de tensión/distensión

de brazos, + tensión / distensión de piernas, logrando con ello los primeros cambios con tendencia a la disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria.

- En la sesión de hoy vamos a iniciar con ejercicios en los que aprenderá a tensar y relajar brazos. Dar instrucciones para la posición corporal y ocho respiraciones profundas. Después de la última respiración.

(5 segundos) silencio

- Su respiración es ahora lenta, suave y rítmica.

- Haga una respiración profunda, retenga el aire. Ahora suelte muy lentamente y experimente una sensación de hundimiento a la vez que siente como si flotara, relájese, deje que toda la tensión salga de su cuerpo.

(10 segundos) silencio

- Ahora guíe su atención a lo largo de todo su cuerpo como si fuera una linterna alumbrando los distintos músculos que ya conoce.

(5 segundos) silencio

- Comencemos con los músculos de sus brazos, lo hará en dos partes, primero con los antebrazos y después con la parte alta de los brazos que incluye bíceps y tríceps.

(5 segundos) silencio

- Enfoque su atención en sus antebrazos y en sus manos y apriete los puños; apriete muy fuerte, sostenga la tensión en sus antebrazos. Está ahora sintiendo la sensación de

tensión en manos y antebrazos, asegúrese de sentir la tensión no la suelte.

(15 segundos) silencio

- Ahora, muy lentamente comience a soltar la tensión de sus manos y antebrazos, déjela salir muy lentamente, deje que se vuelvan pesados, flexibles, relajados.

(10 segundos) silencio

Repetir una vez más este ejercicio.

- Trabajaremos ahora con la parte superior de los antebrazos, esto es del hombro hacia el codo. Presione con sus manos con fuerza la superficie en donde está descansando y note la presión que se produce en los músculos de la parte superior de sus brazos, ésta es la tensión en los bíceps y tríceps. Empuje con fuerza haciendo tensión en la parte alta de los hombros, presione hacia abajo fuertemente para asegurarse de que siente la tensión.

(15 segundos) silencio

- Ahora, lentamente relaje, note las sensaciones de relajación que van penetrando y la tensión que se va disolviendo en la parte alta de sus hombros. Deje que ambos brazos se vuelvan sueltos y flexibles, tan relajados como sea posible, y que usted se sienta bien.

(10 segundos) silencio

Se repite el ejercicio dos veces más.

- Sus brazos están ahora relajados, compruebe si hay tensión en algunos de ellos, tendrá que dejarlo escapar. Anime suavemente a éstos músculos que se relajen, no

tiene que producir esfuerzo alguno. Relajarse no es hacer, sino dejar que se vaya algo.

NOTA: El paciente no deberá pasar a otra parte del cuerpo hasta no sentir relajado los músculos que está trabajando. Por lo tanto se le estimulará verbalmente hasta que logre el relajamiento de cada grupo muscular correspondiente.

- Bien ahora se comunicará con los músculos de las piernas
(5 segundos) silencio

- Concéntrese en sus piernas y pies, estire sus piernas todo cuando pueda, tratando de doblar sus pies hacia fuera, intente lo más que pueda, sostenga la tensión que se produce en sus piernas en éste momento sienta la sensación de tensión y sosténgala.

(15 segundos) silencio

- Ahora muy lentamente comience a soltar esa tensión de sus pies y sus piernas, deje que se vuelvan pesadas, flexibles y relajadas. Sienta que los dedos de sus pies se están extendiendo mientras los músculos se relajan. Sienta la sensación y compare, entre el estar tenso y relajado.

(10 segundos) silencio

Se repite una vez más este ejercicio.

Se termina esta práctica cuando se logre el relajamiento de los músculos de brazos y piernas.

- Para terminar esta sesión va a realizar ocho respiraciones profundas: dar instrucciones y tiempos.

SESIÓN 6: ENTRENAMIENTO EN TENSIÓN / DISTENSIÓN MUSCULAR DE HOMBROS Y CUELLO

Objetivo: Al término de la sesión, el paciente será capaz en lo sucesivo de llevar a cabo el siguiente proceso, de encadenamiento: ocho respiraciones profundas + tensión / distensión de brazos + tensión / distensión de piernas + tensión / distensión de hombros + tensión / distensión de cuello + ocho respiraciones profundas, logrando con ello disminución en las frecuencias cardíaca y respiratoria.

INSTRUCCIONES DE TENSIÓN / DISTENSIÓN DE HOMBROS Y CUELLO

- En esta sesión va a aprender a tensar y relajar los músculos de sus hombros y cuello.

- Dar instrucciones para la posición corporal del paciente y las respiraciones profundas.

Después de la última respiración profunda

(10 segundos) silencio

- Su respiración es ahora lenta y suave. Va a guiar su atención a los diferentes músculos con los que ha trabajado.

(5 segundos) silencio

- Inicie relajando sus brazos y piernas, para continuar con los demás músculos (observar que el paciente realice los ejercicios en la secuencia adecuada, corregir si es necesario).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- Ahora, comuníquese con los músculos de sus hombros.

- Enfoque su atención en estos músculos.
(10 segundos) silencio

- Va a trabajar con ellos y la mejor forma es encogiendo los hombros, tratando de mantener los músculos de los antebrazos sueltos.

- Trate de levantar los hombros hasta las orejas, produciendo tensión en los músculos traseros del cuello y en los hombros encoja sus hombros con mucha fuerza de modo que pueda sentir una sensación de acalambramiento en la nuca, así como en la parte alta de los hombros, mantenga esta sensación hasta que realmente sienta la tensión fuerte.
(15 segundos) silencio

- Ahora, relaje lentamente esta tensión de sus hombros, permítale bajar poco a poco, deje que la tensión se escape. Note la sensación de alivio al sentir la tensión y darle paso a la relajación.
(10 segundos) silencio

Se repite una vez más este ejercicio

Dar las instrucciones y tiempos necesarios hasta que el paciente logre el relajamiento de cada uno de los músculos correspondientes.

- Ahora, haga contacto con los músculos de su cuello, centre su atención en estos músculos.
(5 segundos) silencio

- Bien, tratando de mantener los brazos muy relajados, y los hombros muy relajados, presione su cabeza hacia atrás contra el diván; presione la cabeza hacia atrás, creando tensión en los músculos posteriores del cuello. Presione a manera de sentir la tensión de esos músculos del cuello. No la suelte.

(15 segundos) silencio

- Ahora suelte lentamente la tensión, y sienta el alivio al alejarse la tensión y dar paso a la relajación, deje que su cabeza gire de un lado a otro, muy suavemente, como si no hubiera músculos en su cuello. Continúe soltando poco a poco.

(10 segundos) silencio

Se repite una vez más este ejercicio.

Se dan instrucciones y tiempos necesarios hasta lograr la relajación

- Terminemos esta sesión con 8 respiraciones profundas.
- Dar las instrucciones y tiempos hasta concluir las 8 respiraciones profundas.

SESION 7: ENTRENAMIENTO EN TENSION / DISTENSION MUSCULAR DE LA CARA

Objetivo: Al término de esta sesión el paciente será capaz en lo sucesivo de llevar a cabo el siguiente proceso de encadenamiento; 8 respiraciones profundas + tensión / distensión de brazos + tensión / distensión de piernas + tensión / distensión de hombros + tensión / distensión de

cuello + tensión / distensión de MC+ 8
respiraciones profundas.

INSTRUCCIONES DE TENSIÓN / DISTENSIÓN DE MUSCULOS DE LA CARA (MC)

- En la sesión de hoy trabajaremos con algunos músculos de la cara (quijada, lengua, ojos, músculos de la frente y cejas). Dar instrucciones y tiempos para realizar las ocho respiraciones profundas.

De la misma forma que en la sesión anterior se dan las instrucciones y pausas necesarias para tensar y relajar, repitiendo cada ejercicio mínimo dos veces con cada músculo. El terapeuta deberá verificar paso a paso el proceso apropiado del encadenamiento de los músculos que correspondan.

Las siguientes instrucciones pueden apoyar la actividad de tensión, sin embargo el terapeuta podrá abundar o simplificarlos de acuerdo a cada caso.

QUIJADA: Muerda levemente, ahora lo suficientemente fuerte para producir tensión en la quijada, sienta esa tensión, localícela y sosténgala.

OJOS: Apriete los ojos, poniéndolos muy juntos, apriete los párpados muy fuerte y sostenga esta posición hasta que sienta la tensión en los músculos de sus ojos.

MUSCULOS DE LA FRENTE: Frunza el ceño a manera de formar dos arrugas verticales sobre su nariz, frúnzalo lo más que pueda.

CEJAS: Levante sus cejas como si estuviera sorprendido, levante sus cejas y note dónde está la tensión, manténgalas alzadas y sienta la tensión.

Se concluye esta sesión cuando se logre la relajación profunda de los músculos trabajados y las respiraciones profundas.

SESIONES 8 Y 9: ETAPA DE MANTENIMIENTO

Objetivo: Al finalizar la etapa de mantenimiento A, el paciente habrá obtenido una reducción del 50% aproximadamente en el tiempo total de ejecución en relación a los ejercicios de relajación de la fase inmediata anterior, manteniendo la tendencia a la disminución de las frecuencias cardíaca y respiratoria.

INSTRUCCIONES PARA LA ETAPA DE MANTENIMIENTO A

En ésta sesión, lo más importante a lograr es la reducción del tiempo en la ejecución de los ejercicios de tensión / distensión para obtener un estado de relajación. Y, para esto se hará lo siguiente:

- En las sesiones anteriores, se trabajó con brazos y piernas en forma alternada, primero derecha y luego izquierda respectivamente. En ésta etapa, al enfocar la atención en los brazos se hará de manera simultánea (derecho e izquierdo), así también las piernas.
- Una variante más en esta etapa es el hecho de que cada grupo muscular trabajado con ejercicios de tensión /

distensión, se hará acompañar por respiraciones profundas de la siguiente manera: Al ir inhalando el aire, el grupo muscular respectivo se pondrá en tensión, manteniéndola hasta el momento en que el aire se suelta, y la tensión de ese grupo de músculos se suelta también. Por tanto la relajación completa se obtendrá apareando cada respiración (7 respiraciones profundas), con los ejercicios de tensión / distensión muscular de los siete grandes grupos de músculos.

- Después de verificar la posición corporal del paciente.
(5 segundos) silencio

- Se inicia con las 8 respiraciones profundas.

~~Dar las instrucciones para realizar las respiraciones profundas. Y, después de la última respiración.~~

(10 segundos) silencio

- Ahora enfoque su atención en sus brazos, trabajará con los dos al mismo tiempo.

- Inhale, jale el aire lentamente a la vez que llena su abdomen y costillas, estire sin levantar los brazos y apriete los puños, llene el pecho de aire y sostiene la tensión. Brazos estirados y puños apretados, sostenga el aire y la tensión, controle.

(10 segundos) silencio

- Ahora, suelte el aire con la tensión de sus brazos. Sus brazos se van a relajar, se vuelven pesados, relajados.

(15 segundos) silencio

- Repita este ejercicio, recuerde que al inhalar se infla el abdomen y se tensan los brazos, al soltar el aire se va con él la tensión lentamente, deje escapar el aire.

(10 segundos) silencio

- Continúe con el resto del cuerpo, recuerde que en el momento que tensa el músculo jala aire, retiene la tensión a la vez que retiene el aire, suelte la tensión cuando suelte el aire cada músculo se tensa y se relaja mínimo dos veces. Tome el tiempo necesario para cada grupo muscular.

El terapeuta observará cuidadosamente el desempeño del paciente, para determinar si está preparado para continuar con la siguiente fase del entrenamiento.

-
- Compruebe ahora si hay tensión en los músculos de su cuerpo, si no hay tensión tendrá una sensación de tranquilidad, descanso y calor en todo su cuerpo.
 - Pero si siente tensión en alguna parte de su cuerpo, déjela escapar.

(5 segundos) silencio

- Anime a su cuerpo que se relaje, suavemente.

(15 segundos) silencio

- Esta sesión se concluye realizando las 8 respiraciones profundas

- Dar las instrucciones: Abdomen... Costillas... el pecho... retiene (20 seg.) y suelta el aire lenta y gradualmente, el

aire se aleja con toda su tensión. (de ésta manera hasta concluir con las respiraciones).

- En las siguientes sesiones, practicaremos esta forma de relajación procurando disminuir el tiempo de ejecución a 15 o 20 minutos máximo, sin perjudicar la calidad de la relajación.

SESIONES 10 Y 11: ETAPA DE MANTENIMIENTO B

Objetivo: Al finalizar la etapa de manteniendo B, el paciente habrá obtenido una reducción del 50% aproximadamente en el tiempo total de ejecución de los ejercicios de relajación, en relación a la fase inmediata anterior, manteniendo la tendencia a la disminución de las frecuencias cardíaca y respiratoria.

INSTRUCCIONES PARA LA ETAPA DE MANTENIMIENTO B

- En estas sesiones se hará una variante más con la relajación. Lo más importante es continuar con la reducción del tiempo en la ejecución de los ejercicios de tensión / distensión. Para obtener un estado de relajación, se seguirá el siguiente orden:
 - Dar instrucciones para la posición corporal del paciente
(5 segundos) silencio
 - Cierre los ojos
(5 segundos) silencio

- En ésta ocasión se relajará completamente son solo 8 respiraciones profundas y lo hará de la siguiente manera.

- En la primera respiración hará contacto con todo su cuerpo, se comunicará con él imaginándose todas sus partes.

(10 segundos) silencio

- Segunda respiración, imagine sus brazos, imagine que está trabajando con sus brazos y estos se ponen pesados.

(10 segundos) silencio

- Tercera respiración, imagine sus piernas que se vuelven pesadas y sienta un calor que fluye por sus pies

(10 segundos) silencio

- 4ª respiración, imagine sus hombros, dibújelos en su mente y ordéneles que se relajen.

(10 segundos) silencio

- 5ª respiración, imagine su cuello, imagine la presión del cuello, ordénele a su cuello que se relaje profundamente.

(10 segundos) silencio

- 6ª respiración, imagine su rostro vea su quijada tensa, la lengua y los ojos tensos, ahora suéltelos. La quijada se relaja, la lengua se alarga y los ojos se mueven lentamente.

(10 segundos) silencio

- 7ª Respiración, imagine su ceño y sus cejas, ordéneles que se relajen que la tensión se vaya, solo imagine y sienta.

(10 segundos) silencio

- 8ª Respiración imagine su abdomen, siéntalo y ordénele que se relaje, que sus movimientos sean lentos, suaves y rítmicos.

(10 segundos) silencio

- Ahora, sienta su cuerpo que está cayendo en la profundidad de la relajación, sienta el calor que está fluyendo en sus brazos y piernas. Repita en silencio y para sí mismo: mis brazos y piernas están pesadas y calientes, el calor fluye por mis brazos y piernas, repita esto en silencio una y otra vez.

(10 segundos) silencio

- Compruebe si hay tensión en algún músculo de su cuerpo. Si no hay tensión, tendrá una sensación de tranquilidad y descanso, mucho descanso, pesadez y calor en todo el cuerpo. Pero, si detecta alguna tensión déjala escapar y relaje suavemente.

(5 segundos) silencio

- Anime a su cuerpo que se relaje profundamente.

(15 segundos) silencio

- En las siguientes sesiones practicará esta forma de relajación procurando disminuir el tiempo de ejecución, sin perjudicar la calidad de la relajación.

SESIONES 13, 14 Y 15: ETAPA DE GENERALIZACIÓN

Objetivo: Al finalizar la etapa de generalización el paciente será capaz de lograr una relajación profunda en un tiempo mínimo y con tan solo una respiración profunda. Ante diferentes terapeutas, así como diferentes escenarios y posiciones corporales. Mostrando disminución en las frecuencias cardíaca y respiratoria, reportando también un estado físico de descanso y tranquilidad.

INSTRUCCIONES:

SESIÓN 13: A partir de esta sesión va a mostrar su dominio de la relajación, lográndolo en diferentes situaciones.

Iniciaremos con el cambio de cubículo, en donde la postura también será diferente (semiacostado).

Se relajará solo con respiración y la representación mental de sus músculos.

SESIÓN 14: Hoy se relajará en el mismo cubículo, pero estará sentado (ángulo recto) y sólo hará respiraciones con la representación mental de las partes de su cuerpo.

SESIÓN 15: Hoy se relajará estando de pie y con sólo las ocho respiraciones y repitiendo en silencio para usted. Mis brazos están pesados y calientes, el calor fluye por mis manos.

Se concluye de esta forma la descripción de las sesiones que componen la técnica de Relajación Sistemática.

Es importante señalar que la guía de instrucciones que se propone en esta tesina, se somete a consideración del terapeuta quién decidirá las indicaciones convenientes a cada caso. Con el fin de lograr el objetivo de cada etapa del entrenamiento.

También se hace notar, que la efectividad de la práctica de la Relajación Sistemática, dependerá del esfuerzo y dedicación de parte del paciente y la adecuada supervisión del terapeuta; lo cual se verá reflejado en los registros empleados en cada sesión.

Los registros son un recurso complementario para asegurar el cumplimiento de la práctica terapéutica, además de prolongar el efecto del contenido de las sesiones a lo largo de la actividad cotidiana. Así mismo, el paciente lo puede utilizar como guía de sus conocimientos y de sus progresos en la práctica de la relajación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

Los trastornos psicosomáticos constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes en la actualidad, las consecuencias que ocasionan suponen una enorme carga emocional y económica tanto para el cuidado como el tratamiento de quienes los padecen, lo cual lleva al perjuicio del bienestar individual, del núcleo familiar y de la sociedad en general.

De acuerdo a la definición referida por Solomon (1978), postula que los trastornos psicosomáticos son síntomas físicos en los que no existe una causa orgánica obvia y, en los que los factores emocionales o psicológicos como las preocupaciones y tensiones desempeñan un papel preponderante favoreciendo en ocasiones a su desarrollo o en otros casos impidiendo su curación.

Se acepta esta definición, pues la referencia que hace de los aspectos psicológicos permite concebir al ser humano integrado de psique y soma que en interacción con el medio ambiente da lugar a conductas que son estudiadas por la psicología dando una orientación diferente para el cuidado de los pacientes, pues el hecho de que puedan someterse a un tratamiento psicoterapéutico no solo abre un amplio campo para la práctica de la psicología sino también para su futuro desarrollo.

La teoría psicosomática (Diez, 1975), ha pasado de los postulados unitarios de la enfermedad a un enfoque que integra los factores psicosociales y biológicos. Sostiene que,

el descubrimiento de la importancia del factor psíquico en estos trastornos pone de relieve, el hecho de que la salud no es simplemente un estado biológico del organismo; si no que está referida al ajuste total del individuo en su situación vital. El cual incluye: el autoconocimiento, la identificación, la expresión y manejo del estrés y ansiedad. Estas aptitudes son interpersonales, como resultado de la interpretación de las tendencias sociales y emocionales; el prestar atención, el ser capaces de resistir las influencias negativas, ponerse en el lugar de los otros, y comprender cuál es el comportamiento adecuado para cada situación.

La mayoría de los pacientes que acuden a una consulta médica se quejan de alguna sintomatología física predominante que sirve de representación. Traducen sus conflictos y tensiones psíquicos en síntomas físicos, con lo cual no son capaces de percibir subjetivamente y formular en palabras los principales determinantes psíquicos de su enfermedad física, como tampoco encontrar una solución a corto plazo. No se quejan del miedo, la ambivalencia o los problemas de relación sino, piden ser liberados de síntomas físicos concretos, cuyas raíces no suponen que estén en la historia individual de su vida.

Es por tanto, favorable para la salud integral del ser humano la postura de esta teoría que considera al ser humano como un conjunto de hábitos y conductas aprendidas donde los síntomas tienen el valor de un mensaje y una función de comunicación.

Ahora bien, el término "psicosomático" es aplicable a todas las enfermedades ya sean psíquicas o físicas pues siempre están presentes en ellas ambos elementos. Y, desde esta perspectiva se hacen posibles nuevas formas de pensamiento y de acción sin que para ello se desestimen los conocimientos y habilidades de que se disponen para ampliar

las posibilidades de tratamientos que conduzcan a una salud conjunta del individuo. Los síntomas y signos de una enfermedad acompañada de transformaciones patológicas del cuerpo y sus funciones, pueden ser entendidas como expresión del estado afectivo del paciente, de sus conflictos personales y sus dificultades para la adaptación social. Sobre todo, en aquéllas enfermedades que no responden positivamente a los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos.

La piel, situada como está en posición de interfaz entre el organismo y su entorno, no solo se le confiere su función anatomo-fisiológica. Sino que desde el punto de vista psicológico, la piel es un medio de contacto a través del cual el individuo establece relaciones consigo mismo y el medio que lo rodea y, con frecuencia es elegida como blanco para la manifestación somática de las emociones. Las expresiones como: "enrojecer de rabia", "palidecer de miedo", precedieron a cualquier exposición formal de los conceptos psicósomáticos.

La neurodermatitis Gorden (1976), Domonkos (1985); forma parte de las afecciones psicósomáticas cutáneas, cuya aparición supone una causa multifactorial. Este trastorno consiste básicamente en inflamación de las células de la piel, que se caracteriza por comezón, enrojecimiento y a veces aparecen pequeñas ampollas que secretan fluidos, que produce un incontenible prurito; síntoma principal de este padecimiento. Como en todas las enfermedades crónicas pruriginosas de la piel, los pacientes adquieren patrones reflejos de conducta: el prurito lleva al rascado y el rascado frecuentemente aumenta la sensación de prurito; vulnerando de diversas formas la vida emocional de quien la padece.

Se ha constatado que gran proporción de personas afectadas de este trastorno, desarrollan los síntomas después de una época de dificultades o bien, observan que cuando surgen problemas emocionales empeoran. Las manifestaciones psicológicas características son: autoagresión, ansiedad, insomnio, depresión, manipulación, dependencia e irritabilidad entre otros signos.

La existencia de alteraciones somáticas de la piel tiene considerables repercusiones en el aspecto social de la persona: el hecho de que la piel y las enfermedades dermatológicas sean visibles, les confiere una dimensión psicosocial especialmente importante que puede tener lugar en ambos sentidos. Puede afectar tanto en el terreno profesional (bajo rendimiento, cambios frecuentes de puesto, pérdidas de empleo), como en lo personal en el que puede ocasionar alteraciones estéticas. Además por la supuesta transmisividad y malignidad puede provocar en las personas que les rodean, reacciones de rechazo que limiten sus relaciones, y sus posibilidades de superación.

2. RECOMENDACIONES

Es un deber fundamental del médico considerar no solo la importancia del tratamiento de la enfermedad dermatológica, sino también las posibles facetas psicosociales para determinar y valorar las interrelaciones que la producen. Es por tanto, impostergable la necesidad de un trabajo interdisciplinario para la atención de este problema, donde el rol del psicólogo es indispensable.

Todos los métodos agrupados bajo el nombre común de psicoterapia son procesos psicológicos fundados con el propósito de facilitar la expresión adecuada de aquellas

fuerzas que están siempre latentes y que no se exteriorizan. La relajación es uno de estos métodos.

Se propone la relajación sistemática como una alternativa de tratamiento psicológico para el trastorno que nos ocupa, porque por medio de su procedimiento, el paciente puede hacer contacto con su esfera corporal para lograr una distensión física y psíquica que favorecerá a la reorganización de su energía y al reencuentro del lenguaje verbal, para desplazar el lenguaje del cuerpo que ha utilizado para expresar sus conflictos.

Se espera que esta propuesta sea un medio para inducir al paciente a considerar al componente psicológico de su padecimiento, con cambios de actitud y constituirse una forma para su manejo terapéutico. Contribuyendo de esta manera a su salud física y psíquica en los siguientes aspectos:

- **Psicológico:** El beneficio en este aspecto se refleja en la capacidad que adquiere la persona que practica la relajación, para distribuir adecuadamente su energía psíquica, desarrollando nuevas formas de relación con el entorno, satisfacer sus necesidades sin tensión y sin distorsión de conflictos. Esta técnica, además tiene la cualidad de poderse convertir en un instrumento de autoayuda que contribuye al equilibrio afectivo, evitando el desgaste innecesario de energía.

- **Preventivo:** Los beneficios se pueden apreciar en el mejoramiento de la función del sistema orgánico en su totalidad. Y, un buen funcionamiento de órganos, redundará en una adecuada resistencia o capacidad de reacción defensiva ante posibles enfermedades. Esto, le puede brindar al individuo una mejor calidad de vida,

además de participar en la reducción de demandas asistenciales.

- Hospitalario: En enfermos ansiosos y contraídos, la relajación (descontracción muscular) puede disminuir la vivencia dolorosa y facilitar por esta misma razón el tratamiento. Los ejercicios cotidianos les permite lograr un control sobre su estado emocional y hacer desaparecer; los insomnios, detener las crisis cuyo inicio perciben. Esto a la vez va eliminando la aplicación de fármacos no indispensables. El enfermo puede reconsiderar su actitud hacia el dolor y junto con su médico determinar si los medicamentos que se le están aplicando son necesarios o no.

Lo anterior puede fomentar el potencial curativo del paciente, lo cual ayudaría a reducir los costos en el campo de la asistencia y seguridad social.

La propuesta de esta tesina, también tiene la intención de que mediante su aplicación se aporten datos que amplíen los conocimientos del tema tratado, en el campo psicológico contribuyendo de esta forma al fortalecimiento de la psicología como disciplina científica que participa en la solución de problemas psicosomáticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Amado, S. (1990) Lecciones de Dermatología. México: Francisco Méndez Cervantes.
- Amaya, J. (1986) Características de Personalidad en Pacientes con Neurodermatitis Diseminada. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina UNAM.
- Atlas (1988) Tomo I Dermatología en Medicina General. México: Médica Panamericana.
- Bank, M. (1979) La Psicología Clínica y la Psicósomática la Migraña-. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología UNAM.
- Benson, H. (1980) El efecto Mente Cuerpo. México: Grijalvo.
- Cameron, N. (1984) Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México: Trillas.
- Carrobles, J., Godoy, I. (1987) Biofeedback Principios y Aplicaciones. Barcelona: Martínez Roca.
- CIE-10 (1993) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. Madrid: Meditor.
- Cortés, J. (1972) Dermatología Clínica. México: Clínicas de Alergia.
- Davis, M., Matthew, M. (1985) Técnicas de Autocontrol Emocional. Barcelona: Martínez Roca.
- De la Fuente, R (1978) Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Diéz, M., (1975) Proceso Psicósomático Terapéutico - Tomo I -. México: Trillas.
- Domonkos, A., Harry, L., Odoni, B. (1985) Tratado de Dermatología. Barcelona: Salvat Editores.
- Dongier, M. (1971) Psicología y Ciencias Humanas. Madrid: Guadarrama.

- Dorado, Y. (1984) Estudio Comparativo de Algunas Características de Personalidad en Pacientes con Psoriasis y Dermatitis por Contacto. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM
- Dropsy, J. (1987) Vivir en su Cuerpo. Buenos Aires: Paidos.
- DSM – IV (1995) Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Barcelona: Mason.
- Durand, de B., (1992) La Relajación. Barcelona: Paidotribo.
- Encyclopedia of Psychology (1994) Second Edition Volume I. Ed. Raymond J. Corsini PP. 405-406.
- Escamilla, L. (1989) Rasgos de Personalidad y Calidad de Vínculos en Madres de hijos con Neurodermatitis. Tesis de Licenciatura: Facultad de Psicología UNAM.
- Freyberger, J. (1995) Diagnostic Criteria for use in Psychosomatic Research. Psychother Psychosom. 63: 1-8.
- Franz, A., Szaez, T. (1979) Psiquiatría Dinámica. México: Paidos.
- Gallegos, Ma. de L. (1996) Características de personalidad de un grupo de personas que padecen Neurodermatitis. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM:
- Glieler, U. (1994) Factitious Disease in the Fiel of Dermatology. Psychother Psychosom. 62; 48-55.
- Goldfried, M., Davinson, G. (1981) Técnicas Terapéuticas Conductistas. Argentina: Paidos.
- Gordon, C. (1976) Enfermedades de la Piel. México: Interamericana.
- Haynal, Pasini (1988) Manual de Medicina Psicosomática. Barcelona: Toray Mason.

- Howard, G. (1994) Psiquiatría General. México: Manual Moderno
 - Ian, G. (1970) Psiquiatría Clínica. México: Interamericana.
 - Jeemmet, M. (1982) Manual de Psicología Médica. Barcelona-México: Masson.
 - Kolb, L (1977) Psiquiatría Clínica Moderna. México: Prensa Médica Mexicana.
 - Liberman, D., Grassano, E. y Cols. (1986) Del cuerpo al Símbolo (Sobreadaptación y Enfermedades Psicosomáticas). Buenos Aires: Trieb.
 - Loen, A. (1985) El Lenguaje del Cuerpo. Barcelona: Herder
 - Luban-Plozza, B. y otros (1997) El enfermo Psicomatico en la practica. Barcelona: Herder.
-
- Magaña, Lozano M., Magaña Garcia M. (1991) Introducción a la Dermatología. México: Francisco Méndez Oteo
 - Masson, S. (1985) Las Relaxaciones. Barcelona: Gedisa.
 - Melvin, Z., Emory, L. (1979) Psicopatología. México: Interamericana.
 - Milton, O., I.Malbach M. (1994) Dermatología. México: Manual Moderno.
 - Moccio, F. (1986) Terapia del Estrés- Un método de Relaxación. Buenos Aires: Cinco.
 - Moragas, J.M. (1994) Atlas y Texto de Dermatología. Barcelona:
 - Novoa, J. (1981) Trastornos Psicosomáticos Consideraciones Terapéuticas. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.
 - Onnis, L. (1990) Terapia Familiar de los Trastornos Psicosomáticos. México: Paidós.

- Ranty, Y. (1986) Entrenamiento Autógeno Progresivo. Barcelona: Paidotribo.
- Sánchez-Rivera, De Casso, y Sánchez, A. (1979) Interpretación Corporal y Psicología Humanística. Madrid: Marova.
- San Martín, H. (1981) Salud y Enfermedad. México: Prensa Médica Mexicana.
- Santin, J. (1980) La Biorretroalimentación, su Aplicación en las Enfermedades Psicosomáticas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Sapir, M. y otros. (1981) Técnicas de relajación y Psicoanálisis. México: Paidos.
- Sauri, M.R. (1994) Terapia Psicocorporal: 3 Enfoques Teóricos. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Schneider, (1985) Psicología Aplicada a la Práctica Moderna. México: Paidos.
- Sarason, I. (1977) Psicología Anormal. México: Trillas
- Sheldon, J. (1972) Psychosomatic Disorders: USA: Brendon Maher (Series Editor)
- Smith, J. (1992) Entrenamiento Cognitivo Conductual para la Relajación. Bilbao: Desclee de Brower, S.A.
- Wittkower, E., Cleghorn, R. y Col. (1996) Progresos en Medicina Psicosomática. Argentina: Universitarios.
- Van Moffaert (1992) Psycho-Dermatology an Overview, Special Article. Psychoter Psychosom; 58 pp. 25-136

ANEXOS

INVENTARIO DE INDICADORES DE TENSION Y ANSIEDAD

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Las personas sienten de diferentes formas que están tensas o ansiosas. Señale a continuación aquellas formas que se pueden aplicar a su caso:

1.- Usted siente tensión en:

- a) La frente ()
 b) La parte de atrás del cuello ()
 c) El pecho ()
 d) Los hombros ()
 e) El estómago ()
 f) La cara ()
 g) Otras partes del cuerpo _____

2. Usted suda ()

3. Su corazón late deprisa ()

4. Puede sentir los latidos de su corazón ()

5. Puede oír los latidos de su corazón ()

6. Siente rubor o calor en la cara ()

7. Siente su piel fría y húmeda ()

8. Le tiemblan:

- a) las manos ()
 b) las piernas ()
 c) otras partes ()

9. Nota es su estómago una sensación similar a la que siente cuando se para de repente un ascensor ()

10. Siente náuseas en el estómago ()

11. Nota que sujeta con demasiada fuerza las cosas (por ejemplo, el volante del coche o el brazo de la silla) ()

12. Se rasca una parte del cuerpo ()

Zona que se rasca: _____

13. Cuando tiene las piernas cruzadas mueve la que está encima, arriba y abajo ()

14. Se muerde las uñas ()

15. le rechinan los dientes ()

16. Tiene problemas con el lenguaje ()

REGISTRO DEL ESTADO DE RELAJACION

INSTRUCCIONES: Puntúese usted mismo en el espacio correspondiente en escala del 0 al 10, antes y después de haber realizado los ejercicios de relajación.

Nombre: _____

FECHA DEL AL	ANTES DE LA SESION			DESPUES DE LA SESIÓN			*TIEMPO EMPLEADO 10'-50'
	SIGNOS FISIOLÓGICOS		PUNTUACIÓN 1-10	SIGNOS FISIOLÓGICOS		PUNTUACIÓN 1-10	
	F/C	F/R		F/C	F/R		
SESIÓN 1							
SESIÓN 2							
SESIÓN 3							
SESIÓN 4							
SESIÓN 5							
SESIÓN 6							
SESIÓN 7							
SESIÓN 8							
SESIÓN 9							
SESIÓN 10							
SESIÓN 11							
SESIÓN 12							
SESIÓN 13							
SESIÓN 14							
SESIÓN 15							

SIGNOS FISIOLÓGICOS

F/C = FRECUENCIA CARDIACA
(60 – 80 x min.)
F/R = FRECUENCIA RESPIRATORIA
(16 – 20 x min.)

PUNTUACION 1 - 10

- | | |
|---|--------------------------|
| 1.- Totalmente relajado
no hay tensión | 6.-Ligeramente tenso |
| 2.- Muy relajado | 7.- Bastante tenso |
| 3.- Moderadamente relajado | 8.- Moderadamente tenso |
| 4.- Bastante relajado | 9.- Muy tenso |
| 5.- Ligeramente relajado | 10.-Extremadamente tenso |