

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

12,
2ef**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**MODIFICACION DE LOS RASGOS DE ANSIEDAD
MEDIANTE UN METODO DE RELAJACION
EN PACIENTES HIPERTENSOS**

TESIS PROFESIONAL

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

PRESENTA:

ELIA MARINA OJEDA LOPEZ



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CAPITULO I.		PAG
1.1	INTRODUCCION	4
1.2	ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS	6
1.3	DEFINICION DE TERMINOS CLAVE	7
1.4	INFORMACION PREVIA GENERAL	8
1.5	LIMITACIONES	23
1.6	NATURALEZA Y ORDEN DE PRESENTACION	24
CAPITULO II.	ANSIEDAD	27
2.1	ANSIEDAD Y ANGSTIA	27
2.2	CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA ANGSTIA	29
2.3.1	TEORIAS SOBRE LA ANGSTIA	31
2.3.2	TEORIA PSICONALISTA	33
2.3.3	TEORIA CULTURALISTA	38
2.3.4	TEORIA DE LA RADICACION Y APRENDIZAJE	41
2.3.5	TEORIA FACTORIALISTA	43
2.3.6	TEORIA FISIOLOGICA	45
2.3.7	TEORIA CONDUCTISTA	47
2.4	CLASIFICACION DE LA ANGSTIA	49
2.4.1	GENERALIDADES	49
2.4.2	ANSIEDAD NEUROTICA	49
2.4.3	REACCION DE ANGSTIA	50
2.4.4	REACCION DE ANGSTIA ESPECICA	51
2.4.5	ATAQUES DE ANGSTIA	51
2.4.6	REACCIONES DE PANICO	53
2.4.7	TRASTORNO POR ANGSTIA	55
2.4.7.1	TRASTORNO POR ANGSTIA	55
2.4.7.2	TRASTORNO POR ANGSTIA GENERALIZADA	56
2.5	TECNICAS DE MEDICION DE LA ANGSTIA	56
2.5.1	GENERALIDADES	60
2.5.2	CUESTIONARIOS	62
2.5.3	MEDICION POR TEST MENTALES	63
2.5.4	MEDICION FISIOLOGICA	64
2.5.5	TRATAMIENTO DE LA ANGSTIA	67
CAPITULO III.	LA HIPERTENSION ARTERIAL	70
3.1	ANTECEDENTES	72
3.2	EFECTOS DE LOS PSICOSOMATICOS	74
3.3	FACTORES PSICOSOMATICOS EN LA HIPERTENSION	75
3.4	DETERMINANTES PSICOLOGICOS DE LA HIPERTENSION ESENCIAL	77
3.5	TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION	79
CAPITULO IV.	LA RELAJACION	81
4.1	ANTECEDENTES	82
4.2	DEFINICION DE RELAJACION	83

	4.3	PRINCIPIOS DE LA RELAJACION	23
	4.4	TENSION MUSCULAR Y ACTIVIDADES VENTILAS	24
	4.5	PSICOLOGIA DEL SOFIA MUSCULAR	24
	4.6	INDICACIONES ORTOGONOSTICAS	25
	4.7	INDICACIONES EN LA RESPIRACION	25
	4.8	INDICACIONES DEL TIPO DE APNEAS	25
CAPITULO V.		METODOLOGIA	29
	5.1	ESTABLECIMIENTO DE HIPOTESIS	34
	5.2	ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS	35
	5.3	POBLACION Y MUESTRA	35
	5.4	VARIALES	35
	5.5	DESCRIPCION DEL ESCENARIO	35
	5.6	DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO	34
CAPITULO VI.		ANALISIS DE DATOS	102
	6.1	ANALISIS ESTADISTICOS DE LAS HIPOTESIS	102
CAPITULO VII.		CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	116
ANEXOS:			117
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS			122

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo responsables de invalidez o muerte en un gran número de seres humanos, ocupando siempre los primeros lugares en las estadísticas de la salud.

La hipertensión arterial es más común en la ciudad que en el campo. Esto se ve reflejado en los hábitos de consumo de los intelectuales y de los artistas, que a los trabajos matutinos, dan preferencia después del almuerzo de la sencillez de la falta de ejercicios físicos y por otra parte de las preocupaciones, responsabilidades sobre fatiga intelectual, los otros factores importantes tabaquismo, alcoholismo, consumo de las experiencias psicológicas y la herencia. Así como las depresiones, los shock emocionales agudos o los disgustos a largo tiempo silenciosamente también son factores psicológicos que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

Se ha observado el aumento en el consumo de la nicotina y alcohol en las comunidades urbanas.

condición. - Análisis cerebrales como resultado de los esfuerzos intensivos para lograr el estado de relajación con el diagnóstico. - Tratamiento oportuno a partir de los datos recibidos.

No todo está la educación para modificar conductas así como el uso de diversas técnicas de relajación, en las que se requiere un ambiente tranquilo, postura cómoda, la repetición de una palabra, un sonido, una oración o frase cada vez que uno expira, y desecha otros pensamientos. Se cree si el relajir la mente y el cuerpo se obtiene el mismo efecto que tendrían algunos fármacos para la presión sanguínea.

En esta investigación se intentará de contestar a las siguientes cuestiones:

- La ansiedad en los pacientes hipertensos disminuirá después de un entrenamiento de relajación?

- Es efectivo el entrenamiento de relajación?

- El entrenamiento de relajación contribuye a disminuir la hipertensión arterial esencial?

LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.- Comprobar si existe modificación de la ansiedad 'Rasgo' en pacientes con hipertensión esencial después del tratamiento de relajación profunda en el grupo experimental.
- 2.- Comparar el grado de ansiedad Rasgo entre el grupo control y experimental después del tratamiento de relajación profunda.
- 3.- Obtener una base para la programación posterior de investigaciones que complementen los hallazgos expuestos.

Esta investigación fue realizada con una muestra de pacientes con hipertensión esencial de la clínica Hc-SE del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Guadalajara, Jalisco.

DEFINICIÓN OPERATIVA: "Es el aumento de la tensión arterial que se da como consecuencia de una sustancia, la presión sanguínea, que aumenta, pero si no se acompaña de alteración de la circulación, no se trata de hipertensión arterial verdadera." (1)

HIPERTENSIÓN ESENCIAL: "La hipertensión esencial es un trastorno fisiopatológico multifactorial." (2)

ESTADO DE ANSIEDAD: "Es conceptualizado como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de opresión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo." (3)

GRADO DE ANSIEDAD: "Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad." (4)

TIPO DE RELAJACION: "En el concepto de relajacion, entre la relajacion, el progreso del sujeto al estado de relajacion y tambien del no-que seguir utilizando técnicas".(12)

RELAJACION PROGRESIVA: "Es una tecnica de relajacion muscular profunda, consiste en poner al paciente tenso, y relajarse despues grupos grandes de musculos del cuerpo en un orden fijado y sistemático".(13)

PACIENTE HIPERTENSIVO: Es el paciente que padece de un aumento de la presion diastolica mayor de 90mm.

ENFERMEDAD PSICOGENICA: "Las enfermedades psicogenicas son esencialmente enfermedades de accion o reaccion, por situaciones de estres intenso, insistentemente repetidas o prolongadas".(14)

Desde la época de Galeno se sabe que los cambios de influencias sobre diversos parámetros vasculares, incluso en sujetos quienes han tenido ocasión de comprobar que la primera medida de presión arterial sobre todo la sistólica en pacientes normales y hipertensos en los hipertensos manifiestos, se de generalmente valores a la efectuada posterior de un diálogo tranquilizador en entrevistas subsiguientes.

En 1930 Charles Laury, encontró que la "hipertensión" en sus casos en la ciudad que en el campo. Ataca más a menudo a los hombres de negocios, a los intelectuales y a los artistas que a los trabajadores sencillos. Para Florence Dumas, el retrato psíquico de la hipertensión es un mecanismo de defensa, una puesta en guardia, los estudios de Kleringer y Goss, citados por la Dra. Dumas revelaron que los sujetos hipertensos mostraban afabilidad y gran control, pero falta de estas características pudo descubrirse un componente de agresividad y angustia. Los investigadores dicen que estos pacientes son incapaces de satisfacer algunas de sus deseos y se obtienen satisfacciones por no poder expresar sus impulsos hostiles. Algunos pads bloqueados por dos caminos. Otros sufren hipertensión arterial como reacción a la auto-represión constante que se someten. (7)

En 1951 murieron 7 de cada 100.000 serochohabientes (HSE) - donde la causa básica fue la Hipertensión Arterial. Sin embargo el problema es mayor si se toma en

mente la estructura correcta que resulta ser la serie
psicológica, como son inteligencia, aptitudes,
interdependencia, heterogeneidad, etc. Cuando se tiene la
tasa e II aciertos por 100,000 correctores, aplicados
estos parámetros a una población aleatoria por el método
familiar de 2,400 personas se deduce que en promedio
existen 18 errores reportados a menos al año 0.2 a 0.25
en forma aislada ó agrupada.

Titell y Schinner, 'empleando' un método estadístico
analítico factorial, valoraron dichas manifestaciones
específicas de la actividad obtenidas de cuestionarios,
entrevistas, pruebas psicológicas y conductuales mediante
objetivamente. Descubrieron que hay un patrón de reacción
general hacia sus representó las manifestaciones de actitudes
y por lo tanto fueron cinco como sigue:

- 1.- Falta de confianza
- 2.- Intentos de culpa o inutilidad
- 3.- Falta de bases de sustentación
- 4.- Independencia
- 5.- Responsabilidades y responsabilidades
- 6.- Necesidad de serenos y desilusión por facilidad
- 7.- Inseguridad en el futuro
- 8.- Susceptibilidad de crítica
- 9.- Falta en general

Según el método Titell y Schinner se puede ver la
lista de preguntas, algunas son preguntas de tipo
abierto y algunas de tipo cerrado. La estructura
de las preguntas, con sus claves de respuesta
está en el libro 'Método Estadístico de la
Psicología' de Titell y Schinner, publicado por
el Centro de Estudios Psicológicos de la
Universidad de Chile, Santiago, Chile, 1964.
Este libro es una excelente referencia para
quien desea saber más acerca de este método.

de percibir - que acompaña a la hipertensión arterial, se debe atribuir a la modificación de los hábitos de vida y a una menor o la relación directamente del paciente hipertensa, de hábitos que dura cuando en parte se refiere a trabajo y de no trabajo, sedentarismo, hábitos de alimentación, hábitos de fumar y beber. La personalidad de muchas personas hipertensas muestra inseguridad y ansiedad, pero cuando existen conflictos en profesionalidad a la vez que agresiva. En los casos de hipertensión arterial a menudo se ve una tendencia especialmente hacia conductas que ocupan puestos de liderazgo. A menudo los individuos a hipertensión son muy sensibles a los críticos o al respecto de los otros o les preocupan demasiado las amenazas de violencia o peligro. Muchas hipertensas son neuróticas con intenciones tendencias perfeccionistas o compulsivas. Algunos pacientes que comienzan a presentar hipertensión arterial también sufren de síntomas gastrointestinales, molestias cardíacas o fobias. Tales síntomas son resultado de los estados factores emocionales que contribuyen a la hipertensión arterial sin ser causa".(3)

Por otra parte, en 1967 se presentó un trabajo de tesis donde se modificó la ansiedad mediante un método de relajación en pacientes hipertensos. Esto por medio del método de relajación de Edmund Jacobson.

Existen otros tipos de tratamiento para la ansiedad como son: psicoterapia por insight, psicoterapia de apoyo, meditación y meditación.

Edmund Jacobson (1938) ha diseñado técnicas de instrucción verbal después de enseñar a los pacientes que sufren ansiedad y alteraciones relacionadas con el estrés a

relajar su musculatura esquelética de una manera progresiva y sistemática.

Luria (1942-1947), ha entendido este procedimiento a una serie de ejercicios en los que se entrena la imaginación de las sensaciones de peso y de color. A esto se le llama entrenamiento autogénico en variables del tipo de la temperatura, ritmo cardíaco y presión arterial.

Existen varias técnicas que pueden ser utilizadas para inducir una relajación muscular profunda. La mayoría se basan en un método originalmente descrito por Edmund Jacobson en 1938. El modo de relajación progresiva consiste en pasar al paciente tense, relajarse después grupos grandes de músculos del cuerpo en un orden fijo y sistemático, generalmente de arriba hacia abajo. La relajación progresiva ofrece ventajas de permitir al paciente la práctica de la relajación por su propio cuenta. (Kradt, 1973)

El método de relajación progresiva de Edmund Jacobson, partiendo de puntos de vista psicopatológicos, ha desarrollado un sistema de relajación muscular progresiva que describe en su libro 'Progressive Relaxation' (Unversity of Chicago Press, 1938). El subtítulo de la mencionada obra es el siguiente: Estudios fisiológicos y clínicos en estado de

los músculos y de su importancia en psicología y terapéutica.

Jacobson toma como punto de partida de su método el factor "espasa muscular" y hace del mismo un verdadero estudio científico, tanto desde el punto de vista fisiológico, como etiológico y terapéutico. Tiene especial interés en destacar las diferencias esenciales que existen entre su método y la sugestión, sin descuidar a la clínica, recurre a pruebas experimentales. En sus investigaciones tuvo ocasión de observar cómo en las neuropatías existen ciertas actitudes de tensión ("Failure to Relax"). Los niños, al mejorar aquellas, pasan a un estado de relajación sistemáticamente obtenida conduce al éxito. La proleptica planteada por Jacobson se refiere pues a los polos representados por tensión y relajación, por "contractura" y "autorrelajación".

Jacobson define su método como "una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tanto actividades de los músculos y del sistema nervioso correspondiente. Si la relajación se limita a un determinado miembro o grupo muscular es calificada de local; si afecta a todo el cuerpo, en decúbito, de general.

Partiendo de la relajación muscular local, el sujeto se va entregando progresivamente en la relajación de los diferentes grupos musculares. Llegó, finalmente, mediante un entrenamiento diario a un "Habitó de relaxo" que se automatiza con actividad corporal. Puede decirse que Jacobson descubrió un método con miras terapéuticas. Lo que le indujo a describir una técnica orgánica. Schultz es el inventor de un método topopédico El Training autógeno, que le impulsó a utilizar técnicas específicas, por lo demás variables del ciclo inferior al superior de su método. Por otra parte, diversas terapias se vieron obligadas a describir un método particular de relajación. Lo más frecuente es que estos métodos utilicen las técnicas de relajación de Schultz o Jacobson.

Entre las diferentes investigaciones dependiendo de relación de la ansiedad con la hipertensión y la hipertensión con la relajación.

Glasser-Flanagan, J. Rosenberg, E.P. Journal Nerv. Ment. Dis. 1967, Vol. 177 (1); 412-24

Este artículo revisa los más recientes evidencias (de 1977-1980) de las investigaciones acerca de la relación entre variables psicofisiológicas, la elevación de la presión sanguínea. Lorenzo y otros estudios separados con revisiones.

discusión, y contrastadas con reseñas y críticas metodológicas de varias investigaciones. Se ha encontrado un fuerte apoyo en la asociación entre la hipertensión y factores psicosociales, como la identificación y expresión de la agresividad, el uso de mecanismos de defensa inhibitorios (como por ejemplo negación y represión) y la ansiedad interpersonal. Aun cuando los críticos de los viejos literoseres son tomados en cuenta, los recientes descubrimientos muestran una continuidad sorprendente con las pasadas declaraciones teóricas acerca de la personalidad hipertensa. (10)

(Matter, P. Jerusal Clinica Hipertensión, 1987, Dec. (5) 4: P 727-42- E.U.A.)

'En un estudio experimental de sujetos hipertensos y sujetos sanos el papel de la ansiedad, sana y enfermedad en la respuesta del plasma de epinefrina (E) y norpinefrina (NE) hacia el dolor (puedete) y hacia el estrés mental, fue investigado. El dolor obtuvo valores de E mayores que el estrés mental en sujetos sanos, y respuestas más altas para la NE en ambos casos, pero los sujetos hipertensos se comportaron en general con valores catecolaminicos más elevados en relación a los sujetos sanos. En lugar de ello, se caracterizaron por disminuciones de NE ante el estrés mental' (11)

La característica de ansiedad medida por estados de advertencia, fue asociada con niveles elevados de E tanto en sujetos hipertensos como en sujetos sanos, después de el dolor físico pero no después del estrés mental. Las respuestas de ME al dolor fueron significativamente bajas en los sujetos con ansiedad que los sujetos hipertensos no ansiosos, mientras que lo contrario ocurrió en los sujetos del grupo control, así, las respuestas elevadas de E y las bajas de ME surgen como un indicador de características ansiosas y estados de ansiedad''(11)

(McCoy, D.C.; Blanchard, D.B. y otros. Biofeedback Self Regul. Jan, 1988; 12 (2):112-26 E.U.A.)

Cincuenta y dos pacientes hipertensos cuyas presiones sanguíneas fueron controladas por 2 medicaciones recibieron cada una 12 sesiones de retroalimentación térmica (n=20) u 8 sesiones de relajación muscular progresiva, previa retiro de la medicación. Un número de medicaciones bioquímicas fueron tomadas antes y después del tratamiento mientras la medicación se retiraba por completo. Los resultados para los cambios tras los procesos mediante la retroalimentación térmica fueron significativos en la presión arterial así como en los niveles de noradrenalina. Mientras que otros cambios bioquímicos se obtuvieron por ambos. El grupo relajación

significativa de mayor variación para los pacientes
tratados con la "relajación".

Además, se hizo un estudio "Ergométrico" de estos
pacientes. (Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, 1961, No. 1, pp. 1-10, Buenos Aires).

Las diferencias en la respuesta sanguínea asociadas
con la felicidad, la ira y la ansiedad son evidentes en 24
hipertensiones durante 24 horas de registros de
presión sanguínea. Mediante 1000 lecturas de presión sanguínea
individuales por mes de los cuales los sujetos
clasificaban sus estados emocionales como felicidad (n=23%),
ira (n=7%) o ansiedad (n=45%) en escuelas de 1 (baja) a 10
(alta). Las presiones fueron transformadas a medida Z
usando el promedio de 24 horas y desviaciones estándar para
cada sujeto. La elevación relativa durante los repertorios
emocionales. Los resultados muestran que las emociones
activas incrementan significativamente la presión sistólica
y diastólica, y se producen independientemente de la postura
o localización del sujeto durante la medición en su trabajo,
en su casa o en cualquier lugar. En promedio, las presiones
reportadas durante los estados de ansiedad e ira fueron más
altas que aquellas durante los estados de felicidad.
Estados de la intensidad de la actividad muestran que las
medidas de 10 niveles de felicidad fueron inversamente
relacionadas a la presión sistólica mientras que el grado de
ansiedad fue positivamente relacionado con la presión

individuos. Los efectos emocionales fueron también relacionados con el grado de variación individual diaria de presión. Los resultados sugieren que la felicidad, la ira y la ansiedad incrementan la presión sanguínea en diferentes grados y los efectos emocionales pueden ser mayores en individuos con presión sanguínea elevada. (12)

(Tsitulin, AGE Nefrología, 1987, Ago; 27(8): 527-9, RUSIA)

"La actitud individual a la enfermedad fue evaluada en 247 individuos con hipertensión arterial marginal y en pacientes con hipertensión esencial. Los tipos de respuesta ansiosa, hipocondríaca y neuróticas que eleva la presión arterial fueron predominantes. Los pacientes hipertensos, propensos a crisis, principalmente mostraron respuestas ansiosas y neuróticas ante la hipertensión, mientras que las respuestas somatónicas fueron menos comunes, comparadas con personas con crisis hipertensas ocasionales. En los hombres hipertensos, en oposición a las mujeres, la percepción somatónica de la enfermedad prevaleció, mientras que las reacciones hipocondríacas fueron menos comunes.

(de Groot, M; 1982, 4; 192, 24; Stress, Discomfort, Self Regu-
la, 1982) 11(2): 1-70-802, España.

"Este artículo describe las diferentes respuestas de los pacientes con hipertensión arterial que participaron en

El progreso consistió en un entrenamiento electroencefálico de relajación y respiración. Los resultados muestran niveles semejantes altos en la cortical anterior y posterior, en ambas la inicial, tanto cuando comparados con aquellos que no siguieron el tratamiento. Los datos de observación pueden verse en el gráfico - cortical anterior después del tratamiento. Este dato son discutidos como posibles elementos para producir los pacientes hipertensos pueden beneficiarse en mayor grado con un tratamiento de relajación. (5)

(Ewart, C. L. y Harris, M. L. y otros. *Medical Psychology* 1967: 1 (5): 319-324, E.U.A.)

La relajación muscular progresiva (RMP) es una técnica de reducción de ansiedad, comúnmente utilizada que ha sido útil en la disminución de la presión sanguínea (6) en la hipertensión arterial esencial. La presente investigación es la primera en evaluar la factibilidad y la efectividad de la instrucción de la RMP, como una promoción estratégica de salud pública para adolescentes. Los estudiantes (N=1,400) del 7º y 10º grado de dos escuelas públicas de la ciudad de Baltimore, fueron sometidos a mediciones de la presión sanguínea. Aquellos con PI persistentemente arriba del percentil 85 fueron asignados al 20% de los grupos; el grupo A fue asignado a dos sesiones de instrucción directa de RMP dada en clases con efectos

experimento. El grupo B₁ que fue el grupo control. Los resultados demostraron que los estudiantes en tratamiento (N=51) gustaban de la RMP diaria, dominaron la técnica y lograron reducir la presión sistólica en posteriores pruebas en relación a los estudiantes "control" no entrenados (N=59). Cuatro meses después las diferencias de PS no fueron significativas. Las implicaciones del uso de la relajación muscular progresiva (RMP) para promover la salud cardiovascular son discutidas'. (16)

En México lo que se ha reportado, es sobre ansiedad en diferentes tesis, que tienen como base la aplicación del IMAS, y el TAGC.

El Dr. Dávalos-Guerrero (1982), quien hizo la traducción del inglés al español del inventario Ictas, realizó una investigación sobre las "Fuentes de ansiedad en la cultura mexicana", trabajo, que fue presentado por vez primera en el XVIII Congreso Interamericano de Psicología en 1981. El estudio es de Actitudes exploratorio, muestra una aproximación de las fuentes de la ansiedad centró en la cultura mexicana el valor el ser y la clase social. La alternativa metodológica fue la de presentar 29 conceptos representativos de situaciones potencialmente amenazantes; 200 estudiantes adolescentes de secundaria y medir sus reacciones a estos conceptos a través de una escala.

confiable y válidos de significados efectivos. Los 20 conceptos juzgados como potencialmente provocadores de ansiedad fueron: la agresión, el espacio, el crimen, la muerte, la borrachera, el divorcio, el miedo, el funeral, el hogar, el insulto a la madre, la locura, el No, la familia, la separación de la escuela, la enfermedad y el suicidio; estos 20 conceptos se intercalaron con el inventario Idare y se formó una matriz de intercorrelaciones por sexo y clase social. Los resultados se establecieron como altamente homogéneos respecto a la propensión de la ansiedad; los grupos de diferente clase social y sexo no variaron.

La investigación con más similitud a este estudio fue realizada por Villaseñor-Torres, "Modificación de la ansiedad mediante un método de relajación en pacientes Odontológicas". Este estudio se realizó en la Universidad Autónoma de Guadalajara, en la facultad de Odontología. La muestra fue seleccionada de tipo muestras intencional, utilizó un grupo control y un grupo experimental, el procedimiento consistió en un estudio de investigación dentro de una situación real. Este estudio se realizó con ayuda de un instrumento de medición de ansiedad llamado Idare.

La teoría de Flinders y Sumner, ya que lo que se expone es muy acreditado, porque tienen mucha influencia

los factores psicológicos, como por ejemplo el no poder regular sus sentimientos hostiles, tras esta ocasión una reacción de elevación tensional. lo cual puede provocar una hipertensión, aunque la personalidad del hipertenso es esencialmente un buen comportamiento cerebral y cardíaco.

En lo que corresponde a la relajación profunda, puede últimamente no tomarse mucha cura para la disminución de la ansiedad rasgo, y al disminuirse esta, disminuyen las cifras de hipertensión arterial. Es por eso que se utiliza una técnica de relajación profunda que se basa originalmente en el método de Edmund Jacobson.

En resumen se puede afirmar que la investigación psicocardiaca permite recoger datos de importancia tanto como para la psicología como para la Medicina. Porque vemos cómo diversas reacciones emocionales pueden ser acompañadas por cambios funcionales bioquímicos y tanto como fisiológicos que a su vez influyen en diversas partes de nuestro organismo.

1.7. INDICACIONES:

En esta estudio se utilizó sólo muestra del sexo masculino de 20 a 30 años de esas enfermedades porque es así frecuente en el varón adulto joven y la hipertensión esencial se presenta casi siempre entre los 20 y 30 años.

Estos pacientes tienen que ser serucho-nobientes del I.M.I.S. adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 25 en Guadalajara, Jalisco.

Por ser un programa amplio sobre la investigación se expondrá la presentación del estudio.

En el capítulo I. Se explica la importancia de la tesis. Seguidamente en el capítulo II; se menciona las diferentes teorías sobre la ansiedad y aquella la cual últimamente se utilizó como un síndrome. También se hace un resumen a grosso modo de los teorías sobre la ansiedad de diferentes corrientes psicológicas, como son: La teoría psicoanalista, Psicofisiológica, Existencialista, de la maduración y aprendizaje, Psicológica y la teoría Conductista. En el siguiente período se presenta la clasificación del DSM-III-R. de la ansiedad junto con la clasificación de Huraga Maslow. Este capítulo se concluye al presentar una de las tantas formas que existen para la medición de la ansiedad.

En el capítulo III se refiere sobre los antecedentes históricos de la investigación científica, comenzando desde la antigüedad y como se fue desarrollando científicamente a fines del siglo XVIII y la gran aportación de la fisiología experimental, "desde la teoría de los nervios, comenzando con la fisiología de la "interferencia" eléctrica, y la producción de

la hipertensión esencial, así como se describe la clasificación de la hipertensión, y cómo se proyectan las interrelaciones psicológicas de la hipertensión esencial, como en la hipertensión de la coronaria de la enfermedad y el desarrollo de la personalidad psicopática de los hipertensos esenciales, así como la clasificación del síndrome, y para complementar el capítulo se mencionan las diferentes maneras de tratar la hipertensión, como son por medio de fármacos hipertensivos, psicofármacos.

En el capítulo IV se aborda una vez más sobre las interrelaciones fisiológicas de la relajación, sus diferentes definiciones según el criterio de cada autor. También se trata de la importancia y la necesidad que debe de existir ante la salud física y mental además de la gran salud y bienestar que produce la relajación. Aquí mismo se implica como la tensión y la relajación están ligadas constantemente con la actividad mental y motora. Después de esto se presentan las modificaciones clínicas cardiovasculares y respiratorias que se produce en hipertensos a base del tratamiento por medio de la relajación profunda.

En el capítulo VI se concentra toda la referencia a hipótesis y los objetivos a cumplir, así como se relaciona la fisiología de la relajación como se realiza el procedimiento para reducir la hipertensión, se describe

una amplia información sobre el instrumento de medición de ansiedad rasgo.

Sobre el capítulo VII primeramente se dan a conocer los tablos de los resultados obtenidos en la primera y segunda aplicación del IDWAS en pacientes Hipertensos Esenciales en los grupos control y experimental. Después se prosigue con el análisis estadístico de la Hipótesis planteada para realizar esta investigación.

Por último en el capítulo VIII se hace un extracto de las conclusiones y sugerencias, estando claramente definido el objetivo principal que es el de comprobar la modificación de la ansiedad Rasgo en pacientes Hipertensos Esenciales, y se continúa con el tratamiento de relajación, y además se incluyen datos adicionales que se observaron mediante el desarrollo de esta investigación.

CAPITULO II

ANSIEDAD

2.1 ANSIEDAD Y ANGUSTIA

'La ansiedad es primariamente un estado subjetivo consistente diferencialmente descrita como una emoción, un afecto o un sentimiento. Se manifiesta por ciertas clases de conducta, y va acompañada por cambios fisiológicos característicos'.(17)

'La angustia es un estado doloroso de temor e incertidumbre acerca del futuro inmediato o remoto. En sus varias acepciones el término describe un sistema, una categoría diagnóstico, o en circunstancias apropiadas, un estado moral'.(18)

Existe una gran cantidad de definiciones y en algunos casos los autores, utilizan los términos de ansiedad y angustia para definir un mismo estado. (Chagoya y Mora, 1960), mencionan que Davatz y Logre se interesaron en separar y relacionar la angustia y la ansiedad; para ellos la ansiedad es una emoción caracterizada por un estado de dolor moral y de incertidumbre, con frecuencia asociada de malestar físico; esta combinación constituye la angustia

propriamente dicha, siendo que en la ansiedad las manifestaciones de angustia se son constantes si necesariamente en otros polímeros, la angustia es la somatización de la ansiedad. Estos autores destacan las reacciones físicas y psíquicas como dos elementos esenciales e indisolubles de toda emoción. Dentro del elemento psíquico de la ansiedad destacan tres aspectos constitutivos que son: la duda, la inseguridad y la irresolución, siendo la inseguridad el único aspecto específico y característico, los otros dos serían accesorios y contingentes. En cuanto al elemento físico, refiere primero los síntomas inespecíficos como rubor, palidez, aceleración del pulso y del ritmo respiratorio, temblores, etc.; enfatizando que están especialmente comprometidos los órganos de la vida vegetativa, en particular las vías respiratorias y digestivas. Seguidamente describe las manifestaciones de la angustia a distintos niveles del organismo refiriéndose a la angustia como la diarrea y vómitos a la angustia deficiente que son los dolores de cabeza; como manifestaciones secundarias distinguen la disminución de la atención, fatiga y agotamiento debido al desperdicio de energía que la ansiedad-angustia implica. En esta investigación se utiliza el término de ansiedad y angustia como sinónimos.

2.3 EL MIEDO EN LA ANTIGÜEDAD

(Paul Diez, 1985), desde la antigüedad hasta los primeros tiempos del cristianismo, no se conocían fenómenos debidos a la angustia sino solo al miedo. Así Aristoteles define el miedo como "displacer o inquietud que brota de la representación de un mal futuro y angustioso o bien que ha de departir desagrado". Plutarco confiere a este miedo un significado moral al propugnar su superación por el valor (por la virtud, postulado por los Romanos).

Por parte del hombre de la antigüedad, se nos muestra el miedo como constitutivo de la existencia humana, el ser humano se caracteriza por el hecho de que, no diferencia de los dioses, ha de existir en un mundo amenazador y hostil, o bien más concretamente, rodeado de enemigos. El mundo tanto del hombre de la antigüedad, capaz de objetivar la amenaza, como del hombre medieval y del moderno, que viven en su inseguridad angustiándose.

La angustia del hombre de la antigüedad podría definirse como un temor ante la desgracia, una desgracia implícita hacia la ordenación de su mundo, y dicho mundo es su totalidad.

Como evidencia, como ejemplo, las palabras con que, según la Biblia, se inician siempre los mensajes que los ángeles dirigen a los hombres "No temed".

En el siglo XIX se verifica una fundamental transformación del concepto de la angustia, explicable por la pérdida de la confianza en la racionalidad del mundo. Como motivo de tal cambio se reconocen los problemas planteados por la industrialización, problemas políticos y sociales que presionan gravemente sobre el hombre del siglo XIX; incrementado su angustia vital.

En un principio Freud consideró la angustia como el resultado de una urgencia sexual reprimida. La libido insatisfecha y la excitación no descargada con lugar a una neurosis de angustia. Parece, decía Freud, como si la libido insatisfecha se transformara directamente en angustia. En 1926, en una monografía titulada "El problema de la angustia", tan solo decía Freud se origina en la incapacidad del niño para someter las excitaciones. El sistema del niño está expuesto a experiencias traumáticas que crean en el niño el sentimiento de impotencia desamparada. Este sentimiento horrible y doloroso es la angustia primitiva. La primera experiencia de este tipo es el trauma del parto por el sujeto, refiriendo toda angustia neurotica a partir de una

lucirá en el transcurso de la vida a dicho trauma del nacimiento, ve a. qué desempeñan un papel decisivo a la supervivencia del niño, características principales de la angustia tales como la acción acelerada del corazón y las dilataciones, así como la separación de la madre produce angustia. (Benjamin S. Malson, 1953)

Murray asegura que la falta de aceptación produce la angustia básica. La angustia básica no es innata, se trata de un resultado de los factores ambientales. El niño rechazado o desatendido o el que se halla en un hogar deshecho u hostil, siente que está 'siendo ocluido y abandonado en un mundo potencialmente hostil'. Murray considera la angustia como un sentimiento fundamental y opuesto al amor, las personas necesitan ser aceptadas y la angustia básica es una reacción de la persona ante la falta de aceptación.

Roux consideraba el momento de nacer como el primer trauma sufrido por el sujeto, refiriendo toda angustia neurótica aparecida más tarde en el transcurso de la vida a dicho 'trauma del nacimiento' deficientemente expresionado. Mientras que la potente inervación de la musculatura respiratoria - de la función sirve durante el parto para elevar estancias internas, más adelante puede ser utilizada para llamar a la madre protectora. Lo decisivo es

La manifestación de angustia es el carácter de serla
dirigido a la muerte.

En la psicología analítica de C.G. Jung la angustia
posee igualmente una función como señal. Jung considera a la
neurótica como una enfermedad, pero más bien como el proceso
que ha de impulsar el desarrollo de una personalidad,
dentada en su curso, en el sentido de la individuación. Por
ello interpreta también como señal procesos del
inconsciente colectivo, a las llamadas "obediencias voluntarias"
y demás. Los sueños son vistos en el síglo y a los que
considera como una provisión, dirigida hacia el exterior,
de la angustia inconsciente de la humanidad, angustia que
refiere a una creciente pérdida de relaciones con lo
irracional, propia de nuestra época escéptica y
racionalista. Esta angustia según Jung, debería advertir
acerca de la necesidad de un talibn interés y activa
ciencia a lo vertiente no racionalmente captable de nuestra
personalidad.

Por último la interpretación de la angustia en la
psicología individual de Alfred Adler, refiere la angustia a
una pérdida del sentimiento de coherencia. Según la teoría del
hombré se siente angustia, se comprende que la esta
concepción de la angustia se basa en abstracciones relativas
a una psicoterapia de grupo.

2.2 TERCIERAS FORMAS LA ANSIEDAD

2.2.1 TEORIA PSICOANALISTA

Algunos Psicoanalistas han sostenido que la forma de manejar la tensión de la infancia y la adolescencia puede tener profundos efectos en el subsiguiente desarrollo de la personalidad. Creer que un recién nacido al cual se le alimenta cada vez que llora, tenga o no hambre, puede convertirse más tarde en una persona más bien pasiva y dependiente; por lo contrario, si la satisfacción de sus necesidades alimenticias se demora demasiado, aparentemente ello puede hacer que se convierta en una persona recelosa, desconfiada o exigente. (Spilberger, 1990).

En la teoría Psicoanalítica la angustia ocupa una posición primordial, su importancia es de dos clases. Sirve primeramente como señal o indicación de conflictos y también como activador de la represión. De acuerdo con Freud, la angustia sintomática es una reacción del individuo cada vez que se encuentran en una situación traumática, es decir:

asociada a una influencia de excitaciones de origen interno y externo que es incapaz de soportar. Existe también la llamada angustia real que es una reacción del individuo ante un peligro exterior que constituye una amenaza real. (García, 1979).

García (1979), enfatiza que Freud describe la ansiedad como un estado afectivo o unión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer, con vías de descarga por vías determinadas. Supone que una energía Psíquica y otra física interactúan. Las sensaciones físicas más frecuentes afectan a los órganos respiratorios y al corazón. Dice que la ansiedad solamente la experimenta el Yo, puesto que ahí se ubica. La fuente de la ansiedad puede encontrarse en el mundo exterior, que es la ansiedad frente a un peligro real; en el Ego se localiza la ansiedad neurótica y en el Superyo la ansiedad moral. La ansiedad frente a un peligro real representa ante la amenaza real existente en el mundo externo, es decir, el Yo se relaciona con el mundo exterior y lucha contra él para obtener una gratificación sin causar un desequilibrio en el organismo. En la ansiedad neurótica - el Yo lucha contra el PAPA por sus necesidades prohibidas. La ansiedad moral se presenta cuando se trata un conflicto como consecuencia de haber alcanzado un valor moral.

Las luchas contra el yo se producen en diversos momentos en las diferentes etapas de desarrollo. En los primeros años amenaza la separación, porque no se puede con la pérdida del amor. En una etapa posterior, la irrupción de las pautas prohibidas expone al niño a la amenaza de la castidad que es el símbolo general del castigo y más tarde, las acciones prohibidas acortan la reproducción de la sociedad, lo que produce el temor de ser excluido de ella. De esta manera, cuando los peligros especificados que se experimentan en la primera infancia afectan al yo, ésta continúa actuando a través de lo vital, es decir, la experiencia de ansiedad ocurre cuando el yo todavía está por encontrarse con un proceso de desarrollo, esta experiencia es la que establece el patrón para la vida ulterior. Por eso cuando posteriormente enfrenta situaciones semejantes a las primeras experiencias, el yo tiende a considerarlas igualmente peligrosas.

Esta teoría, descrita por Freud (1971), desarrolla su teoría sobre el desenvolvimiento del nacimiento, quién considera que la vida es una serie de experiencias de superación, el trauma es particularmente significativo, porque esta vinculado con la separación del objeto amado que es la madre y posteriormente todas las situaciones productoras de ansiedad se relacionan con alguna amenaza de separación.

Enfática que los síntomas fisiológicos que acompañan a la ansiedad transitoria que se presenta en el nacimiento son casi idénticos a los síntomas que acompañan a la ansiedad, como la taquicardia, dificultades para respirar y la diarrea.

Spitzberger (1977) explica la teoría de Freud respecto a como surge la ansiedad neurótica y ética que el castigo como supresión normal de los impulsos agresivos sexuales, particularmente durante la infancia temprana, puede hacer que una ansiedad objetiva se convierta en una ansiedad neurótica, cuando interna la fuente del peligro por el cual la persona no tiene conciencia del agente que lo produce.

Por ejemplo un niño de tres años ha disfrutado de la atención absoluta de sus padres, pero un nuevo hermano llega y tiene que compartirlos. Cuando sus demandas de atención no pueden ser atendidas por la madre, quien se encuentra ocupada cuidando al bebé, toma uno de los objetos con los que está jugando y lo arroja en dirección a la cara del hermano. Esta conducta y sus consecuencias, la madre, quien lo pega en las nalgas y lo castiga severamente.

La ansiedad objetiva es útil en cuanto al niño; reducir los sentimientos de ansiedad inconscientes para evitar el castigo. El aprendizaje de la ansiedad es lo esencial.

a través de los factores de frustración constituye una parte esencial en la socialización del niño. Pero el castigo llevado a las actitudes agresivas pueden dar por resultado una intensa reacción de ansiedad neurótica, la cual incluye el comportamiento apraxia. y a menudo desordenadamente confuso, aún en los casos donde no existe un castigo real.

Las reacciones de ansiedad neurótica, según Freud, se basan originalmente en las ansiedades objetivas. El proceso por el cual la ansiedad objetiva se convierte en neurótica, se inicia cuando los estímulos internos o señales ligadas a los estímulos previos, despiertan la ansiedad objetiva.

Como las reacciones de ansiedad objetiva se experimentan como algo desagradable, ponen en marcha actividades mentales y conductuales a reducir la ansiedad objetiva llevan a la represión de los señales internos, es decir, a alejar de la conciencia todos los pensamientos y recuerdos ligados a los comportamientos previos castigados, el mecanismo queda listo para la futura aparición de la ansiedad neurótica. Esto se debe a que la represión no es total ni completa y una interrupción parcial en la represión, permite que los fragmentos o representaciones simbólicas de los acontecimientos traumáticos reprimidos irrumpen en la conciencia.

Estas definiciones de los pensamientos aprendidos constituyen los señales de peligro que preceden las reacciones de ansiedad neurótica.

2.1.2 TEORÍA CULTURALISTA

El principio de esta teoría se debió al antropólogo A. Kardiner, al cual confirmó la teoría biológica sustinida de Freud aplicada en las culturas primitivas, pero encontró la excepción. El desarrollo de la personalidad varía en tal grado en el mundo como sus patrones sociales, costumbres y cultura.

Algunos personalistas de orientación cultural han hecho contribuciones sobre la teoría de la ansiedad, entre los: R. Horny, Sullivan y E. Fromm, quienes sustentan que la ansiedad es el producto de ciertas exigencias culturales, es satisficida con ellas, quien afirma que la amenaza externa produce la ansiedad.

R. Horny (1952), sostuvo que la ansiedad es la ansiedad de proyectar, en cada individuo, sentimientos de la "exigencia" de depender de otros, especialmente de los padres en la infancia - la habilidad que disminuye cada año de vida. Cuando la habilidad se está reduciendo, surge la ansiedad

de él se relaciona — la primera de ellas es la de que la conducta de cada individuo está condicionada por asociaciones culturales o sociales. La conducta es diferente en cada individuo y su reacción ante un mismo estímulo vital descenderá situaciones concretas. Mientras se le comprueba dicho valor vital, la reacción por la cual no provoca ansiedad. Señala que la situación de frustración tiende a hacer al niño hostil y esta creencia cuenta con fundamentos de fundamento. Según Hornor, existe una segunda angustia la cual se desarrolla sólo de las reacciones angustiosas originadas en la primera angustia. de esta modo se forma un círculo vicioso porque la angustia produce reacciones que a su vez provocan nueva y así sucesivamente.

Scheff (1962), subraya que From considera que la angustia se desarrolla en el conflicto entre las necesidades de tener contacto, de tener aceptación social y en la de conservar la independencia. Hace notar que alguna de las potencialidades del individuo puede chocar con la reproducción de un padre destructivo o puede ser significante en áreas de la ejecución de las normas de una cultura determinada. En estas circunstancias, cualquier intento que se realice para expresar estas potencialidades puede producir angustia.

8.8. Sullivan concibió la vida humana como un proceso a través del cual el hombre lucha y se satisface para ser aceptado en sus relaciones interpersonales para este autor, la ansiedad es el resultado de las relaciones de uso para con otros: la transmite la madre al hijo y resurge más tarde ante las amenazas de la seguridad de uso. Indica que los grados de ansiedad son ligeros, lo cual es la que le ocurre a la gente cada día y severa cuando ocurre en la infancia y que es propia de los estados patológicos. El desarrollo del individuo siempre tiene que ver con un problema continuo y fundamental: el niño oscilando de su necesidad de satisfacción y de seguridad, siendo el producto de ciertas exigencias culturales.

3.3.3 TEORÍA EXISTENCIALISTA

La tendencia existencialista de Logans y Hirschmeyer, se dirige hacia la distinción de los diversos posturas que existen la vivencia humana del ser humano. Para esta corriente, el sentido de la vida no lo es exclusivamente el propósito del placer, sino que el hombre busca en dolor y tristeza de él. La vida es el sufrimiento, pero no se vive por reflexión, no se existe sin entender el porqué de los cosas. Para los existencialistas, la naturaleza humana incluye

contradicciones lo cual constituye una fuente de angustia. En tanto al nombre se accede libremente puede elegir, por lo tanto es responsable de su ser- de su situación y especialmente de su futuro.

2.3.4. ORIGEN DE LA EMOCION Y EL APRENDIZAJE

Whitaker, (1977), explica que en el pasado se creía que muchas emociones aparecen en el momento del nacimiento, pues los niños recién nacidos muestran una conducta que parece ser emocional como el llorar, sonreír, agitarse, por lo que se concluyó que las emociones son innatas e instintivas. Watson en 1924 observó un gran número de recién nacidos durante considerable tiempo llegando a la conclusión que había tres emociones bien definidas e identificables en el momento del nacimiento: el miedo, la alegría y el amor; según Maltzoff, estos sentimientos son innatos; además encontró en sus experimentos que el miedo puede ser despertado en los niños por los sonidos fuertes o la pérdida del apoyo corporal. La alegría era provocada por la restrección de los movimientos corporales y el amor era producido por caricias o manipulando distintas regiones del cuerpo.

Bandura y Dritz (1975) revisando la teoría de Bandura sobre el aprendizaje, éste último afirma que los desórdenes emocionales representan las manifestaciones nocivas por conflictos infantiles reactivados, es decir, entre aquí un aprendizaje que explica que los conflictos inconscientes aprendidos en la infancia son la base de los más graves problemas emocionales de la vida posterior.

Este conflicto es el resultado de la educación paterna. El niño está necesariamente desorientado, confuso y tales circunstancias son las que crean los conflictos emocionales inconscientes. Sustenta que una persona se comportará imitando la conducta a través de la observación y que los modelos son la fuente principal de conductas aprendidas, así, la ansiedad es aprendida y reforzada a través de recompensas en determinadas situaciones.

De esta manera, refiere Bandura y Dritz que J. Wolpe, acepta también que algunas perturbaciones emocionales son el resultado de ciertas clases de experimentos condicionales que establecen por simple condicionamiento en las que la ansiedad es el punto culminante como base de ciertas alteraciones.

2.2.3 Teoría Factorialista

Binet y Simon (1908), describen el fenómeno de la ansiedad, como un conjunto de componentes o factores que indican que esta teoría ha surgido por teorías anteriores quienes conciben que tales componentes o factores, son características relativamente constantes cuya magnitud varía y están organizados de diversas maneras en el individuo. Continúan señalando que Thorndike expresa que un rasgo es una cantidad variable de conductas similares, las cuales se encuentran en diferentes grados, clasificaciones en todos los sujetos de un grupo definido, por el número de veces que aparece la misma conducta.

Cattell- Scheier han distinguido dos clases de ansiedad: la caracteriológica y la situacional. Describen la caracteriológica como algo que surge internamente de las diferencias temperamentales, como la timidez. Como conflicto interno, en estos términos es una huella de la experiencia externa que puede ser histórica, resalta y atribuible a los sentimientos y complejos del sujeto. La situacional se relaciona más con la ansiedad externa y menos, con los aspectos internos del individuo, esta puede ser normal y ajustada a las estructuras de la personalidad.

(Spielberger, 1975, p.3.), conceptualiza dos tipos de ansiedad: rasgo y estado y establece que: "La ansiedad-estado, es una condición o estado emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo". La ansiedad-rasgo se refiere a las "diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado".

De este modo se parte de estos conceptos de ansiedad rasgo y estado, se construye el inventario de Auto-evaluación (IAAE), instrumento que fue utilizado en la presente investigación.

Enigma y Rojas (1986), mencionan que Campbell conceptualiza a la ansiedad rasgo, como disposiciones adquiridas, latentes, hasta que las señales de una situación las activan; estas disposiciones involucran reacciones de experiencias pasadas.

Así la ansiedad estado que se puede reconocer por la energía conductiva o por la reacción de un momento particular

en un comportamiento grado de ansiedad y la ansiedad juega con la energía potencial, realizando las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. (Spielberger, 1979).

M.G. Dapice, al referirse a la ansiedad transitoria menciona seis tipos de factores que ocasionan reportes interpretativos: signos fisiológicos, conductas o acciones o posturas, gestos faciales, etc. ejecución de trabajos, situación climática y respuesta a la tensión. (Rodrigo y Ortiz I, 1972).

2.2.4 PSICOLOGÍA

Spielberger, (1979), explica que los cambios fisiológicos ligados a las reacciones de tensión son controlados por un control servido del cerebro llamado Hipotálamo. Cuando un agente lo excita se inicia una compleja cadena de procesos neurales y bioquímicos que alteran el funcionamiento de casi todas las partes del cuerpo. El Sistema Nervioso Autónomo el cual moviliza el cuerpo para enfrentarse a la tensión, es activado directamente por el hipotálamo, el cual activa también la glándula pituitaria. Esta a su vez, secreta un agente bioquímico, la hormona adrenocorticotrófica (HACT), en la

corriente sanguínea. La granada adrenal, estimulada por la HACT, segrega adrenalina y otros agentes biológicos que excitan y activan los mecanismos del cuerpo.

Los cambios fisiológicos que siguen a la activación del eje hipotálamo-hipofisario, por un agente, preparan al individuo para una vigorosa respuesta de lucha o escape. El corazón acelera sus actividades, enviando más sangre al cerebro y a los músculos; los vasos sanguíneos se contraen y el tiempo de coagulación disminuye, lo cual da por resultado serias hemorragias por heridas que no lo son tanto; la respiración es más rápida y profunda, proveyendo así más oxígeno; la saliva y los mucosidades se resecan, aumentando así el tamaño de las conductas de vías a los pulmones; y el aumento de la transpiración enfría el cuerpo.

Durante las reacciones de tensión, muchos músculos se ponen rígidos, preparando al cuerpo para una acción rápida y vigorosa. Las pupilas se dilatan, indicando que los ojos sean más sensibles. Se producen más glándulas tiroides para ayudar a combatir las infecciones. Las funciones prioritarias esenciales, como comer, digerir los alimentos, se suspenden para conservar la energía. De esta manera, todas las funciones del organismo esencialmente se estabilizan, ya sea para escapar a un peligro o para permanecer en caso de seguridad.

2.3.2. TEORÍA CONDUCTISTA

Skinner (1977), actualizando el conductismo referido que es una corriente psicológica la cual explica los fenómenos a través de una relación de estímulo-respuesta para que se efectúe una conducta determinada. Para explicar el aprendizaje, el fisiológico ruso Iliases Pavlov, en 1900 realizó un experimento nombrado como condicionamiento clásico, en el cual observó que al colocar alimento en la cavidad bucal de un perro, se provocaba secreción salival y gástrica, sin embargo, también se dio cuenta que estas mismas secreciones se presentaban a la vista del alimento, llegando a la conclusión de que la respuesta de salivación al gusto del alimento, se relacionaba con la vista del alimento. Probó esta hipótesis al colocar un estímulo neutro, o sea, que no tenía relación con el alimento; dicho estímulo era una palanca que se encendía (luz) antes de colocar el alimento. La salivación se presentaba cuando el alimento era colocado en la boca, pero se sucedía se prendía la luz. Después de varias ensayos, el animal secreta saliva cuando se encendía la luz y, sin que se le presentara el alimento. De esta manera se verificó que el estímulo de la luz y la respuesta de salivación se asociaron; el animal

aprendió que siempre que en presencia la luz, se daba el alimento.

Según la terminología de Pavlov, la respuesta no condicionada es la que ocurre naturalmente, es decir, la que se aprendió. En esta salivación que aparece al ocurrir el gusto del alimento es la boca es una respuesta no condicionada. El estímulo que comporta una respuesta no condicionada es denominado estímulo no condicionado.

Por ejemplo, el alimento citado anteriormente, es un estímulo no condicionado para la salivación. El estímulo condicionado, es el que comporta una respuesta normalmente asociada con ese estímulo, por ejemplo, la luz. La respuesta condicionada es la que se hace asociada con un estímulo que normalmente no comporta respuesta. El proceso del condicionamiento clásico comprende la asociación de un estímulo condicionado, por un estímulo no condicionado por medio de la presentación conjunta de los estímulos y del refuerzo.

Aplicando la anterior teoría se explica que la conducta como condicionada se la se consideran el miedo y la ansiedad como respuestas aprendidas, porque se pueden explicar a través de las mismas. En aquel momento, cuando una persona sufre con la ansiedad produce miedo

compuestos interrelacionados con el aprendizaje, refiriéndose a la ejecución de tareas complejas por personas que viven en situaciones anómalas, siendo normandos según la intención de su jetitudud.

2.4. CLASIFICACION DE LOS ANSIEDOS

2.4.1. GENERALIZACION

Existen varios criterios para clasificar la ansiedad; aquí se descubrirán dos: la de Norman Cameron que lo analiza a través de un enfoque sistémico y la más reciente categorización que realiza la Asociación Psiquiátrica Americana en su manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales D.S.M.-III A.

2.4.2. ANSIEDAD NEUROTICA

Cuando la tensión emocional es demasiado intensa disminuye la base para el desarrollo de un determinado patto de conducta. Eso se llega a un punto en el cual se

límites hasta la capacidad de esa persona, al grado de que incluso la rutina le produce estrés, y las satisfacciones escapan de su vida; entonces se habla de una ansiedad neurótica; estas personas sufren de una serie de perturbaciones rutinarias en uno o varios aspectos de su vida como en sus pensamientos y sentimientos e incluso hasta en sus relaciones interpersonales. Esta ansiedad se puede manifestar de varias formas que a continuación se describirán:

2.4.3 REACCION DE ALIENACION

"En un estado de opresión, un estado aparente, en el cual se intenta descargar la tensión de origen interno y uno disminuye la ansiedad incrementando la actividad corporal". El paciente es víctima de una ansiedad vaga y desconocida. Está vigilante y alarmado sin ser capaz de comprender porqué reacciona con respuestas fisiológicas o se muestra predispuesto a actuar en forma inadecuada y exagerada ante cualquier provocación ligera. Las reacciones de ansiedad disminuyen la capacidad de relajación, el goce y la eficiencia de una persona, pero rara vez la inducen. Es raro que reacciones que requieren de ayuda psicológica se investiguen dentro de un programa de apoyo cuando que se

trazo de sus características es la personalidad inmodificable.

Existen personas que se sujetan a niveles muy elevados de tensión y ansiedad neurótica con una distorsión obvia de su percepción del mundo y sin ciertas limitaciones en su campo de acción. Algunas descargan sus tensiones a través de una hiperactividad continua y con toda energía se meten y tratan de resolver problemas no solamente suros, sino de otras personas, impulsadas por una necesidad urgente de desahogar la ansiedad que los aqueja. Pueden incluir molestias físicas y perturbaciones de las funciones viscerales, pues los músculos y órganos internos se sobrestimulan durante el proceso de descarga. La reacción de ansiedad es reactiva; aunque resulta costosa, porque funciona como válvula de seguridad. Al descargar continuamente el exceso de tensión a través de la hiperactividad corporal, la persona logra conservar la integración de su ego, aunque puede caer en ataques de ansiedad e incluso llegar a niveles psicóticos.

1.4.3 REACCION DE ANSIEDAD CRONICA (Neurosis de ansiedad)

La ansiedad crónica se caracteriza por un estado sin estructura.

Por lo general, la persona no puede indicar que es lo que le da miedo exactamente. Se siente constantemente tenso y aprensivo, como si estuviera esperando algo terrible que le va a suceder. Psicológicamente se encuentra dispuesto a cualquier emergencia, es decir, tiene asociativo y fatigado, listo para cualquier desastre que no puede especificar y que en realidad nunca llega a sucederle. Casi siempre esta reacción es inconsciente al no darse cuenta de que es el quien lo genera. Necesita esforzarse continuamente para librarse de tensiones y ansiedades que se acumulan y lo atormentan.

Por lo general, la persona ansioso se ve y actúa tenso en su postura y en sus movimientos, en la expresión de su rostro, en sus gestos, en su modo de sentarse y caminar. Estas actitudes musculares se conocen cuando están acompañadas de dolores de cabeza, de una sensación de presión alrededor de ojos, dolores en el cuello, espalda y piernas; a menudo le tiemblan los brazos, la lengua y los párpados. Es probable que el paciente frecuentemente sienta sus divagaciones, procesos de concentración, etc. (14)(15) - resultado de no poder dedicarse por largo tiempo a una actividad. Los desórdenes del sueño son casi universales en las reacciones de ansiedad. La vida sexual de la persona permanentemente ansiosa.

Define un igual estado que se vive fisiológico y psíquico.
(Cameron, 1952).

2.4.3 ATQUEAS DE ANSIEDAD

Son ataques agudos de descompensación emocional, que suelen surgir cuando existe una ansiedad crónica y que manifiestan en grado exagerado las características del miedo normal.

En los ataques de ansiedad, el miedo suele provenir del interior, de un surgimiento súbito interno inconsciente que amenaza con destruir la integridad del ego. El ataque de ansiedad es a menudo el punto culminante de un largo período de tensión creciente, a la que se ha venido adaptando progresivamente la persona ansiosa, pero cada vez con mayores dificultades. Finalmente se llega a los límites de tolerancia, no puede compensarse más la situación y el estrés continuo precipita una descarga súbita a través de todos los canales disponibles.

2.4.4 REACCIONES DE PÁNICO

"Es un estado de ansiedad a nivel somático, un episodio de descompensación emocional extrema".(12)

Puede ser la entrada de una agresión violenta de una huida frenética, de una desintegración del ego o del sustituto. Un miedo incontrolable es parte del cuadro clínico. No son raras las manifestaciones psicóticas, en las que el paciente puede incluso interpretar erróneamente su medio ambiente, sufrir delirios de persecución y experimentar alucinaciones auditivas de carácter amenazador, ofensivo e insultante. El paciente puede estar pánico, tal vez unas horas o una día, puede también percibir por meses, aunque es raro y la intensidad del ataque fluctúa dentro de grandes límites.

(Kramer, 1922). sostiene que los pánicos se suceden, siempre tienen orígenes de conflictos inconscientes sumamente cargados de energía y fáciles de reanudar. Esto se debe a que durante la infancia, niñez y adolescencia nunca se resolvieron adecuadamente los conflictos y existió una fijación en el principio de la vida, a un nivel de funcionamiento intelectual.

En un extremo tenemos una necesidad infantil que se surge varias veces, pero a la vez no está satisfecha constantemente, a la vez ninguna satisfacción a la vez

construcciones al niño son susceptibles. En el otro extremo, vemos que se le ha privilegiado (con interese) a por un largo tiempo una necesidad infantil, que es imposible renunciar a ella, es por eso que existe dicha fijación. Una causa por la que se puede quedar la persona en esta etapa, es la relación simbiótica madre-niño, en la que el niño no tiene una existencia independiente que viva como persona.

5.4.7. TRASTORNOS POR ANSIEDAD la neurosis de ansiedad y neurosis fóbica (DSM-III-R, 1987).

El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM-III-R, 1987), clasifica los trastornos por ansiedad o (neurosis de ansiedad y neurosis fóbica) en dos:

Trastornos por angustia y Trastornos por ansiedad generalizada.

5.4.7.1. TRASTORNOS POR ANSIEDAD

La sintomatología esencial de estos trastornos consiste en la presencia de crisis de angustia recurrentes, así como, períodos separados de miedo o inquietud intensa con al menos la asociación de cuatro síntomas característicos.

Las crisis de angustia por lo general duran minutos o sus semejante horas. Las crisis, por lo menos al principio, son inesperadas, es decir, no se presentan inmediatamente antes o en el momento de la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad (ocurre en la noche siempre).

Las crisis de angustia empiezan por lo general con la aparición repentina de aprensión, miedo o terror intensos. A menudo, existe la sensación o el sentimiento de catástrofe inminente. Con menos frecuencia, el individuo puede vivir la crisis no como ansiedad sino sólo como una molestia muy intensa. En la mayoría de las crisis de angustia es posible encontrar más de seis síntomas asociados. Como las crisis que aparecen más de cuatro síntomas se definen arbitrariamente como crisis de angustia, las crisis que muestran menos de cuatro síntomas se designan crisis de síntomas limitados.

Los síntomas que se experimentan durante una crisis son falta de aliento (físico) o sensaciones de ahogo, mareo o sentimientos de inestabilidad o de pérdida de conciencia, entumecimiento, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado, temblores o sacudidas, sudoración excesiva o excesivos movimientos anormales, despersonalización o derealización, sensación de adormecimiento o congelamiento por momentos por todo el cuerpo (parestésicos), náuseas, vómito o molestias

predecible, está a merced, puesto de valiente loco o se hace algo fuera de control durante la crisis.

El comienzo de la edad de comienzo es entre los 19 años. Por lo general aparecen crisis de angustia recurrentes varias veces a la semana o incluso diariamente. Como factor predominante es el trastorno por angustia de separación en la infancia, la pérdida repentina de apoyos sociales o la alteración de relaciones interpersonales importantes precipitan aparentemente el desarrollo de este trastorno. La incidencia en el trastorno por angustia sin agorafobia es casi tan igual de frecuente en mujeres como en hombres; el trastorno por angustia con agorafobia es casi dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre.

TIPOS DE TRASTORNOS POR ANGSTIA (DSM-III-R 1980)

a) Trastorno por angustia con agorafobia

b) Trastorno por angustia sin agorafobia

c) Agorafobia sin historia de trastorno por angustia

d) Fobia Social

e) Fobia Simple

f) Trastorno obsesivo compulsivo

g) Trastorno por estrés post-traumático

En el trastorno por angustia o en el trastorno por ansiedad generalizada, la ansiedad suele ser el sintoma predominante mientras que la conducta de evitación casi siempre se da en el trastorno por angustia con agorafobia. En los trastornos fóbicos la ansiedad aparece cuando el sujeto se enfrenta con el objeto o situación temidos. En el trastorno obsesivo compulsivo la ansiedad se hace patente cuando el individuo intenta resistir las obsesiones o las compulsiones. La conducta de evitación casi siempre está presente en los trastornos fóbicos y con frecuencia también en el trastorno obsesivo-compulsivo. La fobia simple es probablemente el más común de los trastornos por ansiedad, pero en cambio el trastorno por angustia es el más frecuente entre la población que busca tratamiento. Los trastornos por angustia, los trastornos fóbicos y los trastornos obsesivo-compulsivos son aparentemente más frecuentes entre los parientes biológicos de primer grado de las personas afectadas que entre la población general.

1.4.2.3. TRASTORNOS POR ANSIEDAD GENERALIZADA

La sintomatología esencial de este trastorno es la ansiedad y la preocupación, no limitada a excesiva preocupación específica sobre dos o más circunstancias

vitales ejemplo, preocupación por la posible desgracia de alguno de los hijos (que se está en peligro) o preocupación por posibles accidentes (sin ningún factor). Cuando el individuo se encuentra ante los mismos hechos sistémicos de tensión motora, de hiperactividad vegetativa y de hipervigilancia.

Los síntomas de tensión motora observados en el trastorno por ansiedad generalizada incluyen temblores, contracciones, espasmos, tensión y dolores musculares, inquietud y fatigabilidad excesiva. Los síntomas de la hiperactividad vegetativa incluyen falta de aliento o sensación de ahogo, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia), sudoración o manos frías y húmedas, boca seca, mareo o sensación de inestabilidad, náuseas, diarrea u otros trastornos gastrointestinales, sofocaciones sensación de "nudo en la garganta".

Los síntomas de hipervigilancia incluyen sentirse atrapado o al borde de un peligro, exageración de la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, episodios en los cuales la mente se queda en blanco debido a la ansiedad, dificultades para dormir o mantener el sueño e irritabilidad.

El desarrollo de la actividad social o profesional suele ser leve. La edad de comienzo es variable, pero lo más frecuente es que sea entre los veinte y los treinta años, el factor precipitante ocurre algunas veces a continuación de un episodio depresivo mayor. La incidencia se distribuye aparentemente por igual entre hombres y mujeres. (DSH-III-R, 1980)

2.5. TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD

2.5.1. SUBJETIVAS

La medición de la angustia en el hombre es abordada con tres clases de métodos:

1.- Juicio clínico cuantitativo por medio de las escalas de clasificación (rating scales).

2.- Métodos que emplean listados de ítems entre los que se pueden distinguir los siguientes:

-Cuestionarios de autovaloración

-Métodos indirectos, en los que se mide la angustia a partir de las alteraciones fisiológicas en el curso del test.

relaciones psicofisiológicas relacionadas a medir las correspondencias somáticas de la angustia.

2.3.1. 'ANXIETY RATING SCALE' DE LA ANGIUSTIA

El Pienas, 1970, pp. 21-22, se han construido dos rating scales con items referidos exclusivamente a los distintos aspectos de la angustia. Estos proceden de Hamilton y Bus.

'Anxiety Rating Scale' de Hamilton.

El instrumento comprende 13 items, divididos en 2 grados. Hamilton ha valorado mediante análisis factorial los resultados de un grupo de neuróticos, somatizando los resultados a dos técnicas. El segundo factor confronta a los items referidos a la angustia psíquica, es la correspondiente a los items ('Estado de ánimo angustiado') los que se refieren a manifestaciones somáticas (gastrointestinales, vasculares, respiratorias, cardiacas, vasculares, somáticas en general y neurovegetativas).

'Anxiety Rating Scale' de Bus.

Bus = sus colaboradores publicarán un rating scale con items referidos a angustiamiento físico de la angustia. Para quien desee consultar se en el material de

seleccionado se obtien los dos subfactores de Hamilton para neuróticos. Dicho autor ha analizado los resultados obtenidos en 73 pacientes con diversos diagnósticos psiquiátricos. En la rotación se utilizó el método controlado y ambos factores fueron sometidos a una rotación con estructura simple. Para interpretar el factor I, que contiene 5 ítems, como 'hipofuncividad neurovegetativa', y el factor II, 13 ítems, como angustia condicionada, comprobando coincidencias satisfactorias entre sus resultados y los de Hamilton.

3.5.3 CUESTIONARIO

Acercos de la medición de la angustia por medio de cuestionarios existe una considerable bibliografía.

a) La 1946 Hamilton Anxiety Scale, de Taylor.

Partiendo de las ideas del concepto Multiphasic Personality Inventory, MMPI, desarrolló Janet Taylor una escala compuesta por 50 preguntas.

b) Otros estudios e índices se basaron en el MMPI basados en un estudio experimental. Dicha escala en que la suma de 1946 los ítems 7 de las 400 escalas 'neuróticas' en una población psicológica

de relaciones correlacionales con la angustia.

c) Escala de Cattel: TIFAT Anxiety Scale

Cattel ha realizado numerosas investigaciones acerca del análisis factorial de la personalidad y de ellas sobre la angustia, sobre todo durante estos últimos años. El cuestionario de Cattel comprende 40 ítems de los cuales 20 de estos están destinados a medir la angustia manifiesta, y los otros 20 ítems están para medir la angustia oculta

d) Cuestionarios de La Teoría del Clínic

Los elementos de la Teoría del Clínic están concebidos de modo tal que muestran claramente la relación existente entre síntomas neuróticos y angustia.

2.2.3 MEDICION CON TEST MENTALES

La investigación sistemática y la medición de la ansiedad ha comenzado hace algunas décadas con Taylor en 1938. Se hace necesario distinguir dos corrientes importantes.

1.- Las pruebas proyectivas y los cuestionarios que miden la ansiedad como consecuencia de otros factores de personalidad.

2.- Aquellas escalas o cuestionarios que se dirigen tan solo a la medición de la ansiedad específicamente.

Las pruebas proyectivas del primer grupo, como son el Rorschach, T.A.T., frases incompletas, Holmstrom y otras, son todas ampliamente utilizadas en Psicología clínica. Tienen como ventaja que el sujeto ignora lo que el psicólogo busca, se encuentra libre de presiones y se involucra fácilmente con poder hacer su propia expresión.

Pese a ser una ventaja que los operarios que miden los aspectos fisiológicos, se vea por ello de ofrecer dificultades y limitaciones. El diagnóstico se hace de acuerdo al entendimiento e interpretación del Psicólogo, algunas pruebas no pueden administrarse en grupo, otras es difícil establecer niveles de significación estadística, correlaciones, debido a estos razones, las pruebas proyectivas se consideran instrumentos poco utilizados con fines de medición experimental.

El inventario MMPI, es uno de los instrumentos mejor estructurados y utilizado para medir ansiedad, como el nombre

lo lógico, es un cuestionario de la serie de ciertos y falsos, como alternativas de respuesta al estímulo. Contó de 50 preguntas, divididas en 10 escalas clínicas y tres de veracidad. Una de estas escalas lo número cinco mide ansiedad al mismo tiempo que de otras sobre elementos psicopatológicos de la personalidad. Este inventario no ofrece ventajas pero no es específico para medir y evaluar la ansiedad, ni nos dice la frecuencia de aparición.

La prueba de frases incompletas permite interpretar lo que el sujeto manifiesta, detectar si está o no ansioso y descubrir sus miedos y temores, pero al igual que las anteriores instrumentos sufre, según entrevé la existencia del fenómeno, pero no su especificidad.

De entre estos instrumentos se eligió el Idare por ofrecer grandes ventajas de tipo teórico y experimental. El problema no es tanto conocer la naturaleza de la ansiedad, sino poder encontrar un instrumento que reúna las mejores condiciones y los menores problemas de aplicación. La bondad del instrumento descansa sobre su confiabilidad y su validez, siendo en este sentido cómo se verá más adelante, el test IDARE es el que ofrece las mejores condiciones, por ser además sencillo y breve en su aplicación. Tomando en cuenta la situación de los pacientes de esta investigación, los cuales no fue fácil someterlos a prueba.

2.5.4 MEDICIÓN FISIOLÓGICA

Por tradición se ha utilizado el uso de los medidores de la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la resistencia eléctrica de la piel como instrumentos capaces de ser más objetivos que los propios reportes verbales de los sujetos. Estos instrumentos detectan la existencia de síntomas angustiosos, sin lugar a dudas, pero al parecer, ofrecen ciertos desventajas. Entre las que se pueden mencionar están un equipo costoso y procedimientos analíticos muy especializados, son individuales y no estándares. Los datos obtenidos, no son confiables por que no correlacionan unos con otros, no indican el grado de intensidad del fenómeno, en todos los sujetos todos y las condiciones organizacionales varían continuamente. Todo hace que el uso de tales instrumentos no son muy adecuados para una medición fisiológica confiable, por lo que se hacen poco aceptables.

2.3.5. TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD

La influencia farmacoterapéutica de los estándares de angustia no ha tenido a resultar posible sino al aparecer las modernas psicofármacos. Antes del descubrimiento de los neurolepticos, los tranquilizantes y los antidepressivos se utilizaban en dicho sector de indicaciones, prescribiendo los barbitúricos, los opiáceos y los bromuros, comenzando en parte con sustancias que ejercen acción sobre el sistema nervioso vegetativo. Entre los agentes psicofármacos son los tranquilizantes, y entre estos los derivados de la benzodiazepina, a los que ha de atribuirse una acción especialmente "ansiolítico". (H. Pöschinger, 1979, pag. 213-214).

(Kaplan y Sadock). El tratamiento de la ansiedad terapéutica por relajación. Las técnicas de relajación utilizadas por los hipnotizadores y los terapeutas de la conducta pueden ser ayuda a muchos pacientes, especialmente a aquellos que son sugestionables. En las fases iniciales, después que el psiquiatra ha instruido al paciente en las diversas técnicas de relajación, debe permitirle que las practique en el consultorio, de tal forma que el psiquiatra pueda añadir su fe y sus sugerencias positivas a los esfuerzos del paciente. ha instruido al paciente en las

diversas técnicas de relajación, debe permitirse que los practique en el consultorio, de tal forma que el psicólogo pueda añadir su apoyo y sus sugerencias positivas a los esfuerzos del paciente. El objetivo final es ayudar al paciente para emplear las técnicas en solitario, en el curso de su vida cotidiana. El paciente no solamente debe seguir el programa diario regular de ejercicios, sino que debe ser alentado a emplearlos en cualquier momento en que deba enfrentarse a situaciones que provocan ansiedad o que sienta que la tensión interna va en aumento.

También existen otros tipos de tratamiento para la ansiedad como son: Psicoterapia por Insight, Psicoterapia de Apoyo, meditación y meditación.

Guía de Información Clínica Terapéutica, VOI, VIII:
No.2 Mar-Apr-1988).

El tratamiento es fundamentalmente de tipo farmacológico. Esto no quiere decir que los aspectos psicológicos no sean importantes. De hecho, a pesar de que el médico le explica al paciente lo que tienen su cuadro de una cierta manera. También algunas técnicas de modificación de la conducta son indispensables cuando se el tratamiento es de tipo farmacológico.

Los medicamentos que se emplean ser efectivos en estos casos son: la isopropina (Ipratium), la fenoterol (Merdil) y el albuterol (Berli). La elección del medicamento depende fundamentalmente del cuadro clínico. Cuéntense que el médico se familiarice con uno solo de estos medicamentos para que se pueda tratar eficazmente a la mayoría de los pacientes.

CAPITULO III

HIPERTENSION ARTERIAL

3.1 ANTECEDENTES

Al siglo XVI correspondió corregir los errores de la antigüedad acerca de la morfología del cuerpo humano. Al siglo XVII, le tocó establecer serias investigaciones bien planeadas y sistemáticamente ejecutadas, la fisiología moderna. Ahora, había hecho falta en el Entendimiento de esta ciencia el concepto de "sístole", que al correr una arteria surge un choque de sangre. Desde hacía muchos siglos, se tenía una noción más o menos vaga de la presión de la sangre en las arterias, especialmente por Aurelio Cornelio Celso en su tratado de medicina escrito hacia el año 30 de nuestra era.

Después durante el siglo XVIII se continuaron los estudios cuantitativos de los fenómenos vitales. De ella fue de gran importancia el medir cuantitativamente la presión de la sangre en las arterias, lo efectuó el Médico Inglés

llamado Torques Hall (1877-1878) tenía la deducción especial a los fenómenos fisiológicos. Rolfes Halla que introdujo en la arteria femoral de un conejillo un tubo. Uno era que había quitado la ligadura de la arteria. El sangre subió en el tubo como 3 pulg. y 3 pulg. arriba del nivel del ventrículo izquierdo del corazón. Esta observación de Halla, fue pues, una observación cuantitativa, aunque la técnica era defectuosa. Más exactas y con mayores aplicaciones fueron los experimentos ideados por el fisiólogo alemán Carlos Federico Guillermo Ludwig (1818-1895), utilizó un tubo con mercurio (el manómetro de Ludwig), esta invención de Ludwig ha sido de gran utilidad en los trabajos de fisiología, desde 1847. Desde entonces tuvo gran importancia en el estudio de las funciones del corazón, y de la presión arterial, aunque eran escasamente utilizables en la clínica. En resumen el concepto de presión arterial, que antiguamente era vago e indeterminado, empezó a ser conocido cuantitativamente, a fines del siglo XVIII gracias a Esteban Halla, posteriormente con la fisiología experimental, se descubren los factores principales que modifican la presión de la sangre en las arterias.

Desde Van Rosch, quien ideó un esfigmomanómetro aplicable a la clínica, hasta nuestros días, se han

perfeccionado indirectos, con ayuda de la palpación, la auscultación, o el uso de estetóscopos.

Al principio, el paciente no le dio importancia a la tensiometría, sino como recurso para descubrir o observar un síntoma del estado de las paredes arteriales, al conocer las relaciones de la hipertensión arterial con la arteriosclerosis, con el estado del riñón, y estado del corazón, la tensiometría se hizo un elemento de exploración clínica indispensable. El tratamiento de la hipertensión a través de las orinas, ha estado de acuerdo con las ideas generales imperantes en cada época. Frederick M. Halls médico norteamericano utilizó con éxito desde 1826, la restricción de agua y de sal en las enfermas para el tratamiento de la hipertensión arterial.

Desde el punto de vista de su papel histórico se repite una vez en la actualidad se tienen numerosas referencias para combatir la hipertensión con medicamentos.

ETIOLOGIA

La etiología de la hipertensión arterial se desconoce de él 50 a 80% de los casos, lo cual constituye la hipertensión esencial, primaria o idiopática - en el resto

la hipertensión es secundaria a alguna patología renal, endocrinal, vascular o endocrina.

En la producción de hipertensión esencial existen factores predisponentes, desencadenantes y sustentadores. El principal factor predisponente es la herencia. El desencadenante es la constricción arteriolar; la cual es provocada por varias sustancias, tales como catecolaminas, histamina, renina, angiotensina, aldosterona y sodio.

Los sustentadores son los tipos desencadenantes, intensificados, a los que se agrega la hipertrofia intimal, que puede llegar a escleritis, a la aterosclerosis con mayor reactividad de la arteriolar para los impulsos simpáticos.

Por lo que toca a la Hipertensión secundaria, las principales causas son renales, tales como riñón policístico, glomerulonefritis en fase avanzada, lupus eritematoso o isquemia renal, que origina la lesión hipertensiva renovascular.

Otras causas endocrinas o neurológicas que se mencionan como productoras de hipertensión son muy discutibles. El factor hereditario es indudable, principalmente por predisposición multifactorial.

La frecuencia es mayor en el varón que en la mujer, pero ausente en la mujer en edades más avanzadas. La hipertensión esencial se presenta casi siempre entre 30 y 50 años antes y después de estas edades debe sospecharse hipertensión secundaria. (Guía diagnóstica terapéutica, 1961-63-67).

CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION

Según Mendel. I. Hipertensión tensional leve transitoria de la tensión arterial, causada por reacción emocional parcialmente sintomática.

II. Moderada (Diastólica superior a 95)

III-IV. Severa o maligna (Diastólica mayor de 100mm

Hg). Guía diagnóstica y terapéutica, 1961-1963)

LA ENFERMEDAD PSICOPATICA

En el DSM-III-R, a las enfermedades psicopatológicas se clasifican como "Trastornos Psicopatológicos que afectan al estado físico". Aunque con el tiempo de que los trastornos psicopatológicos están afectando al enfermo físicamente. Esto

catagoría puede utilizarse para describir cualquier proceso en el que los factores psicológicos sean considerados importantes, puede utilizarse para describir situaciones que en el pasado se han conocido por el nombre "psicosomáticas o psicofisiológicas".

En la actualidad se caracterizan de los que se sospecha que tienen orígenes psicofisiológicos tenemos la reacción psicofisiológica periferovascular en donde se encuentra el trastorno de la hipertensión, la cual nos interesa por ser parte de las características de la población que pretendemos realizar esta investigación.

EL FACTOR PSICOSOMÁTICO EN LA HIPERTENSIÓN

Entre los trastornos cardiovasculares, uno de los más comunes es la hipertensión esencial, la cual se caracteriza por una presión arterial crónicamente alta, esta en ausencia de causa orgánica definida. Es forma típica de la fase inicial de este trastorno, la presión arterial es inestable y exhibe elevaciones pronunciadas, juntamente con reducciones. Finalmente se llega a una fase crónica en la que la presión arterial permanece constantemente alta. Este estado persiste a pesar de la existencia de lesiones orgánicas en el corazón y los vasos sanguíneos.

Directamente, la elevación de la presión arterial es causada por una constricción de las vasos sanguíneos y el funcionamiento deficiente de un conjunto de nervios, llamadas barorreceptores, que por regla general, reducen la presión arterial cuando se llega a un nivel crítico. La falta de comprensión de los roles fisiológicos de la hipertensión esencial ha conducido a intentos de relacionarla a factores psicológicos.

Cannon encontró que la ira y el miedo causan elevaciones de la presión arterial en animales de experimentos. Esta relación de los estados anímicos en la hipertensión esencial, sentimientos asociados de hostilidad. En un estudio de pacientes postoperatorios de hipertensión esencial Alexander en 1950, concluyó que "tendencias hostiles incipientes desempeñan en esta enfermedad un papel importante". Sin embargo, estudios psicológicos de pacientes con hipertensión esencial le condujeron a la conclusión de que, pese a numerosas referencias de personalidad, todos aquellos con índices de un elevado estrés emocional, aunque probablemente poseían buen control de sus emociones, experimentaban elevaciones de la presión arterial.

Arnold Kaplan, sostiene que el desarrollo de la manifestación de la enfermedad, la aparición de complicaciones, así como la fase remisa o la remisión pueden producirse en la relación con crisis vitales. El núcleo de los conflictos psicológicos del paciente se centran muchas veces en problemas típicos psiquiátricos y dificultades en la neutralización de la agresión, además tienen problemas en las relaciones de dependencia, en las que desarrollan grados extremos de ambivalencia, que con frecuencia interviene en sus relaciones médico-paciente, especialmente en el período de crisis. Sin embargo, el análisis del papel de los factores psicológicos no se comprende de manera clara. Franz Alexander postuló la existencia de un problema emocional específico que como condición necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de la hipertensión esencial.

Arnold Kaplan, hace énfasis de que algunos autores han sugerido que la hipertensión esencial se desarrolla en personas con una personalidad específica o con conflictos intrapsíquicos entre tendencias pasivo-dependientes y tendencias agresivas, con represión de una o varias tendencias crónicas. Los pacientes hipertensos son más descritos como

condiciones de estrés: experimentar las respuestas fisiológicas por riesgo a perder estabilidad y seguridad, como peores objetivos, más inseguros y propensos a tener sentimientos de culpa; tensión e hiper-vigilantes, tendientes a percibir el ambiente como peligroso, reacciones autolesivas, conductas compulsivas y más a menos propensas que el promedio de la población a ser susceptibles, ansiosas o depresivas. Rechazar la hipótesis que habla de una personalidad específica en el hipertenso no equivale a negar que los factores psicológicos o sociales estén ligados a la patofisiología, aparición y curso del trastorno. Existe una amplia gama de estímulos ambientales capaces de originar estrés, ira y frustración pueden causar una elevación de la presión arterial.

Según Lawrence y J. Sobel (1981) B., en su libro de psicología clínica menciona que los casos en que el paciente se interesa psicodinámico, son aquellos en que un factor ambiental es la causa principal que actúa a través del Sistema Nervioso Vegetativo y Sistema Endocrinario. Algunos psicólogos opinan que la reacción interior con el esfuerzo no perdura, su respuesta a la hipertensión arterial no tiene carácter de adaptación de los excesivos frente a una amenaza a la relación estereotipada del paciente hipertenso. La esencia de dicho análisis es tanto se repite y se repite, no es suficiente necesariamente

Arriba de actividades, variadas - estables, la personalidad se
desarrolla pasando por etapas sucesivas de tensión - estabilidad
spontánea, para enfocar actividades conflictivas de
predilección a la hostilidad agresiva que debe transformarse
a fin de mantener fuertes tipos de dependencia,
especialmente hacia personas que ofrecen puestos de
autoridad. A menudo los individuos producidos son muy
sensibles a las críticas o al contacto de los demás o les
producen temores de las amenazas de violencia o peligro.
Muchos hipertensos son neuróticos con intensa tendencia
perfeccionista - compulsiva. Algunos pacientes que
comienzan a presentar hipertensión arterial también sufren
de síndrome gastro-intestinal, migrañas, cefaleas y
fatiga. Otros síntomas son resultados de los mismos factores
psicológicos que contribuyeron a la hipertensión arterial
sin ser su causa.

EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION

Según recórrase los fármacos hipotensivos, la
dieta y los datos especiales hasta que la enfermedad
presente signos de un aumento del índice de progresión.

El problema psicológico principal viene del miedo a
la enfermedad por parte del paciente. Para que sea eficaz:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La tranquilización debe buscarse en una condición firme poraves de una valoración cuidadosa del estado clínico del paciente y una formulación cuidadosa de los diagnósticos supuestos a su síntoma. El instrumento psicoterapéutico principal que se dispone al médico general en la relación médico-paciente. Puede prescribirse psicofármacos si la tensión emocional prolongada agrava el trastorno fisiológico.

CAPÍTULO II

LA RELAJACION

4.1. ANTECEDENTES

Existen varias técnicas que pueden ser utilizadas a inducir una relajación muscular profunda. La mayoría se basan en un método originalmente descrito por Edmund Jacobson (1898), llamado relajación progresiva. El método de relajación progresiva de Edmund Jacobson, parte de puntos de vista fisiopsicológicos, ha desarrollado un sistema de relajación progresiva que describe en su libro "Progressive Relaxation" (University of Chicago Press, 1929). El sustituto de lo mencionado cara es el siguiente: "Estudio fisiológico y clínico del estado de los músculos y de su importancia en psicología y terapéutica. Posee especial interés en destacar las diferencias esenciales que existen entre su método y la sugestión. La problemática planteada por Jacobson se refiere pues a los polos representados por tensión y relajación, por "contracción" e "hiperrelajación". Jacobson define su método como "una relajación progresiva y voluntaria de la

contracción, toda actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente".

4.2 DEFINICIÓN DE RELAJACIÓN

"En latín la palabra relaxata significa la acción y efecto de aflojar, soltar así como de liberar, descomponer, reposar. El verbo relaxare parece haber sido utilizado en la antigüedad, sobre todo en un sentido fisiológico o médico. En el diccionario de Zenozi y Boelmer (1938), se encuentra esta cita de Virgilio (relaxare)... vias et osca spirantis: abrir las conductas de la respiración. Alvin relaxatus, dice Cicero el vientre se suelta. Otra cita es Licetini (relaxare)... animae nosos: sereno el espíritu con un sueño reparador".

"Según el diccionario Robert (1964) la relajación forma parte de los métodos psicoanalíticos. A este propósito cita a el Dr. Itardi de Brusel y su definición de relajación. 'Los estados de relajación son procedimientos terapéuticos bien definidos que tratan de obtener en el individuo una desconexión muscular y psíquica', con la ayuda de ejercicios apropiados: la desconexión neuromuscular precisa tener la ayuda de un distorsión física y psíquica. Por tanto, la relajación es una técnica

que evita el "pequeo" lo más eficaz posible al mismo tiempo que la economía de las fuerzas nerviosas puestas en juego por la actividad general del individuo".

4.3 PRINCIPALES DE LA RELAJACION

En el relajamiento, primero debe hacer consciente deseo de asumir cierta responsabilidad personal ante la salud física y mental sin depender necesariamente de físicos ni de otras personas. El relajamiento puede contrarrestar los efectos de los altos niveles de excitación y los trastornos por estrés que generan puede eliminar la fatiga y los dolores asociados por la tensión muscular prolongada; facilita las relaciones interpersonales, da la sensación de bienestar y ayuda a conseguir un sueño reparador. La relajación no puede borrar problemas personales o del trabajo, pero puede ayudar a disminuir la reacción ante ellos. Es posible aprender a relajarse a solas, al escuchar un disco o un cassette sobre la relajación ofrece asistencia ocasional.

-
-
-

4.4 TENSORES MUSCULARES Y ACTIVIDADES MENTALES

En 1891 Kiple señalaba que la actividad mental siempre ejercía un elemento motor. Muntz y Fessner observaron que en la tensión y relajación intervenía el proceso de la atención. Ribot describió la tensión muscular presente en toda percepción. Jacobson en 1930, comprobó la existencia constante del elemento motor en toda actividad mental, al registrar mediciones eléctricas musculares. Así, la presencia de la psíquica con la relajación muscular, consisten tanto en el plano normal como en el patológico.

4.5 ESTADÍSTICA DEL TONO MUSCULAR

Para los fisiólogos la base del estudio del tono muscular reside en las investigaciones sobre los reflejos miotáticos (Babinski, reflejo de Sherrington, y Lissak). Estos reflejos se manifiestan por un aumento progresivo y constante de la tensión de los músculos en respuesta a elongaciones por tracción progresivas y constantes. El reflejo del músculo al ser excitado tiene un carácter de seguridad ligada de clase de auto-muscular. Los reflejos de estiramiento tienen una importancia muy grande en el tono de postura, están desarrollados en los músculos que tienen

que luchar contra la pesantez. Los husos neuromusculares integran el 'arreglo intrínseco'. Las fibras nerviosas que hacen contacto a los husos son 'fibras medianas' resultantes de células nerviosas de pequeño tamaño denominadas 'motoneuronas gamma'. Las hacen contraerse al músculo intrínseco. Otras fibras nerviosas portan del huso neuromuscular para alcanzar la médula formando un circuito que va hasta la motoneurona alfa. Esta circuito motoneurona gamma, fibra gamma músculo intrínseco, fibras nerviosas de retorno hasta la motoneurona alfa se llama 'bucle gamma'. Este bucle gamma ejerce en consecuencia directa del músculo una actividad de control sobre las células nerviosas motoras del músculo (alfa) en el caso el vehículo de la reacción del músculo ante el estiramiento. Los estímulos provenientes de la corteza cerebral, del tronco cerebral o del bulbo, actúan sobre la actividad gamma. El sistema gamma está sujeta al influjo de este formación reticulada, por lo que va modificada su actividad en función del grado de vigiliencia. Todas las excitaciones sensoriales, visuales y auditivas cuentan también al modificar el tono de postura en el mantenimiento de la posición y del equilibrio.

Esch menciona que las técnicas de relajación intencional para enseñar a disminuir el umbral de

excitabilidad de los nervios neuromusculares, influyendo así en el estado de excitabilidad de la motoneurona.

1.1 MODIFICACIONES CARDIOVASCULARES

11. Tensión Arterial: Observaciones clínicas muestran que en los hipertensos se produce una disminución del orden de 10 a 30% de la tensión arterial sistólica y diastólica durante los tres primeros ejercicios. Por otra parte, ciertos autores han emitido la opinión de que los sentimientos de angustia provocados por la concentración pasiva sobre el corazón pueden estar en relación con un descenso un tanto brusco de la tensión arterial. La relajación no es de modo distinto a ciertas medicaciones hipotensivas que no influyen en una tensión arterial normal, pero disminuyen una tensión arterial elevada.

12. Frecuencia Cardíaca: Modificaciones significativas de la frecuencia cardíaca han sido y serán observadas durante la concentración pasiva sobre diversas fórmulas. Se puede distinguir:

a) El aumento o la disminución de la frecuencia cardíaca después de una concentración pasiva sobre fórmulas

correspondientes por ejemplo: "el corazón se late lentamente, o de prisa".

El Cambio de la frecuencia cardíaca que sobreviene de forma habitual durante los ejercicios en pacientes inermes de afecciones cardíacas.

El efecto de los ejercicios o de formulaciones ergonómicas, sobre el ritmo cardíaco en pacientes afectados de trastornos cardíacos.

=

4.7 MODIFICACIONES DE LA RESPIRACIÓN

Las modificaciones respiratorias que sobrevienen durante los diferentes ejercicios han sido estudiadas por M.Luche. Estos estudios fueron efectuados en sujetos normales, en sujetos neuróticos y en enfermos que padecían asma bronquial. La concentración pasiva sobre la pesanter de los brazos y de las piernas tiene un efecto normalizador en los modos perturbados de respiración abdominal y torácica; los modos perturbados de respiración abdominal y torácica, así sucede con la artritis respiratoria, con ciertas síndromes espasmodicos y con otras irregularidades del ritmo. En un grupo de 15 sujetos bien entrenados en la relajación se observaron las modificaciones siguientes:

- a) Una disminución paula del 30 a 60% de la frecuencia
respiratoria.
- b) Un aumento significativo de la duración de la inspiración
y de la espiración.
- c) Un incremento del cociente de inspiración/espiración.

4.8 IMPORTANCIA DEL TIEMPO DE ADAPTACIÓN

La mayor parte de los experimentos efectuados en el transcurso de estos de relajación demuestran las manifestaciones objetivas, sólo pueden comprobarse el caso de tres o seis meses de entrenamiento.

El aprendizaje de 3 ó 6 meses de las técnicas de relajación manifiesta ciertas modificaciones funcionales, a nivel del sistema nervioso central.

CAPÍTULO V

BIBLIOGRAFÍA

Los resultados de hipótesis

I) H₀₁ No existe diferencia significativa entre los índices promedio de ansiedad Basgo en la primera aplicación del IDARE del grupo control en relación con la primera aplicación del grupo experimental.

H₁₁: Existe diferencia significativa entre los índices promedio de ansiedad Basgo en la primera aplicación del IDARE del grupo control en relación con la primera aplicación del grupo experimental.

II) H₀₂ No existe disminución significativa entre los índices promedio de ansiedad Basgo en la segunda aplicación del IDARE del grupo experimental en relación con la segunda aplicación del grupo control.

H₁₂: Existe disminución significativa entre los índices promedio de ansiedad Basgo en la segunda aplicación del IDARE del grupo experimental en relación con la segunda aplicación del grupo control.

III) H₀₃ No hay disminución significativa entre los índices promedio de ansiedad Basgo en la segunda aplicación del IDARE del grupo experimental en relación con el promedio de la primera aplicación del grupo experimental.

III) No: Hay disminución significativa entre los índices promedio de ansiedad Resgo en la segunda aplicación del IDARE del grupo experimental en relación con el promedio de la primera aplicación del grupo experimental.

IV) No: No existe diferencia significativa entre los índices promedio de ansiedad Resgo en la primera aplicación del IDARE del grupo control en relación con el promedio de la segunda aplicación del grupo control.

VI) Existe diferencia significativa entre los índices promedio de ansiedad Resgo en la primera aplicación del IDARE del grupo control en relación con el promedio de la segunda aplicación del grupo control.

5.2. REESTRUCTURACIÓN DE OBJETIVOS

Como se mencionó anteriormente en el primer capítulo (Introducción general), y cumpliendo con las hipótesis ya establecidas, los objetivos específicos que se persiguen en la presente investigación, son los siguientes:

1.- Comprobar si existe modificación de la ansiedad
basal en pacientes con hipertensión esencial después del
tratamiento de relajación en el grupo experimental.

2.- Comparar el grado de ansiedad basal entre el
grupo control y experimental después del tratamiento de
relajación profunda.

3.- Obtener una base para la programación posterior
de investigaciones que complementen las hallazgos
sugeridos.

2.3. POBLACION Y MUESTRA

La población seleccionada para este estudio está
constituida por pacientes con hipertensión arterial esencial
que acuden a consulta externa para su medicación para la
presión arterial en la Clínica No. 23 del Instituto Mexicano
del Seguro Social en Guadalajara, Jal. Dicha población fue
formada por consultas al médico Familiar, en el periodo de 6
meses (15 de Nov. 1978 al 15 de Mar. de 1979).

El tipo de muestra que se utilizó fue el muestreo
aleatorio sistemático, esto con el fin de homogeneizar la
población, porque no tenía caso incluir en el grupo control

todos los pacientes que tuvieron tensión arterial controlada y con bajo índice de ansiedad y el grupo experimental incluyendo todos los pacientes con hipertensión arterial alta o con un índice alto de ansiedad. Además, fue no se contó con la muestra prevista totalmente, ya que estaban cada vez que tenían su cita con el Médico Familiar, para después irlos derivando para ver si querían cooperar para el estudio.

5.4. VARIABLES

Debido a que la muestra fue por muestra aleatoria sistemática, sólo se pudo controlar las variables siguientes.

-Variables Controladas: edad(20-59)
sexo masculino
No tener patologías
(cardíacas)

-Variables No Controladas: La patología previa de cada hipertensión y su nivel socioeconómico

1.1 DESCRIPCION DEL ESPERANZO

Esta investigación se realizó específicamente en la clínica No. 75 del I.M.S.S. en Guadalajara, Jal. donde se atienden a trabajadores de diferentes niveles socio-económicos adscritos a dicha unidad médica.

Para la atención de los pacientes, se acondicionó el departamento de Trabajo social, ya que aquí no se utilizaba por el turno vespertino, además está completamente aislado de los demás consultorios. Este departamento cuenta con una adecuada iluminación, y sufre toda provisión, estando ausente de ruido y con las medidas necesarias para una óptima aplicación del Test Isométrico y silla; además cuenta de sillas para una buena posición de cuerpo (en una posición sentada, donde las brazos reposan ligeramente flexionados a ambos lados del cuerpo, con los codos paralelos al tronco y las palmas mirando hacia abajo) los pies están separados, con las puntas hacia afuera, la postura de la cabeza va de acuerdo con la estructura particular de la columna; necesario para la relajación, también se incluyó una grabadora.

2.4 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

Esta investigación se realizó con la ayuda de un instrumento de medición de ansiedad llamado IDARE que a continuación se describirá:

El inventario de la ansiedad Rasgo-Estado IDARE, versión en español del STAI-State Trait Anxiety Inventor, está constituido por dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

- 1.- Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo)
- 2.- Ansiedad-Estado (A-Estado)

La escala A-Rasgo del inventario consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado, también consiste de veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. Una copia del protocolo del inventario para el estudio de la ansiedad, se encuentra en la sección de anexos.

Se ha demostrado que este laboratorio es útil en la medición de la ansiedad tanto en sujetos normales, como en pacientes neuro-psiquiátricos de medicina general y cirugía. Las investigaciones han utilizado la escala A-Estado para determinar los niveles de ansiedad, inducidos por procedimientos experimentales de tensión, nerviosismo, preocupación y ansiedad. Se ha demostrado que la escala de este tipo de ansiedad se incrementa en respuesta a numerosos tipos de tensión - disonancia como resultado de procedimientos de relajación. Esta escala es un indicador del nivel de ansiedad únicamente transitoria.

La escala A-Riesgo es utilizada para identificar a las personas propensas a la ansiedad, para evaluar el grado hasta el cual son solicitadas los servicios de consejo psicológico o de orientación, así como los problemas de ansiedad neurótica. Esta escala detecta patrones de conducta generalizada a los que es el comportamiento o reacciones de las personas en su vida diaria.

VALIDEZ

Las condiciones necesarias para que un instrumento psicológico sea eficaz y en buen pie de medición, debe reunir las siguientes condiciones:

- 1a. La objetividad o grado en que se han evitado los errores personales.
- 2a. La confiabilidad o libertad relativa en la variación de error.
- 3a. Validez, que mide realmente lo que se pretende medir, sin influencia de error constante.
- 4a. Estandarización o control de grado de errores de interpretación.

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente que en las instrucciones que se le dan en relación con el "estado", él debe reportar, como se siente en un momento específico y que las instrucciones que se le dan con el "rasgo", se le pide que indique como se siente generalmente.

Ante estas características, el IDARE es un instrumento cuidadosamente desarrollado desde el punto de vista teórico y metodológico, que prueba su objetividad a eso que se sometió a múltiples comprobaciones experimentales

y los procedimientos de construcción de Spielberger en 1960, fueron muy seguros y sofisticados.

La validez de este test también se comprobó con la correlación de otros instrumentos como el IMBI, AACL e IPAT.

CONFIABILIDAD

La confiabilidad pretende que cada vez que se utilice el mismo procedimiento, los resultados deben ser semejantes en todos los casos.

En un estudio, reporta (Spielberger, 1975), acerca de la confiabilidad del IDARE, el proceso experimental fué el someter a un Test-Retest a cinco subgrupos de sujetos universitarios no graduados, a situaciones experimentales de breve entrenamiento de relajación, una prueba difícil para medir el coeficiente intelectual y a una película de accidentes con lesiones y muertes. Los resultados fueron altamente confiables. Para la naturaleza transitoria que tienen los estados de ansiedad, se eligió el coeficiente alfa, que es una medida de consistencia interna, que proporciona un índice más adecuado de confiabilidad.

CONCEPTO DE ANSIEDAD EN EL NIÑO Y EL ADULTO

La ansiedad en el niño es conceptualizada como una "condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y opresión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo". Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La ansiedad rasgo se refiere a las "diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado".

Como concepto psicológico, la ansiedad-rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Allinson en 1964 llamó "activos" y que Caswell en 1963 conceptualizó como "disposiciones conductuales adquiridas". Las raíces son definidas por Allinson como disposiciones que pertenecen latentes hasta que los señala de una situación los activos. Las disposiciones conductuales adquiridas involucran rasgos de experiencias pasadas que predisponen al individuo

tanto a ver el mundo en una forma espacial, como a manifestar tendencias de respuestas siempre iguales.

Los conceptos de ansiedad Rasgo y estado pueden considerarse como similares en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La ansiedad estado, como energía cinética, se refiere a un proceso específico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La ansiedad rasgo, como energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS A-RASGO Y A-ESTADO.

La correlación entre las escalas A-Rasgo y A-Estado, dependen fundamentalmente del tipo de la intensidad de tensión que caracterizan las condiciones bajo las cuales la escala A-Estado es aplicada. Las correlaciones entre las escalas variaron entre .44 y .55, cuando el IDARE fue aplicado con instrucciones estándar a cuatro muestras distintas de estudiantes no graduados del sexo femenino.

En cambio, las correlaciones entre las escalas para los varones variaron entre .51 y .57. El coeficiente hallado de que las correlaciones entre las escalas son típicamente más altas para los hombres que para las mujeres, sugiere que

los hombres se obtienen altas correlaciones en A-Rango entre generaciones más predispuestas a experimentar estados de ansiedad. En las mujeres con alta calificación de A-Rango.

Para determinar las correlaciones entre las escalas bajo condiciones experimentales diferencialmente tensionantes, la escala A-Rango fue aplicada al principio y al final de una sesión de examen psicológico en la cual se expresan estudiantes universitarios a cantidades variables y a distintos tipos de tensión experimental. La escala A-Estado fue aplicada en cuatro ocasiones durante la misma sesión. Para las mujeres, las correlaciones entre las escalas de A-Estado y A-Rango, varían entre $-.11$ y $-.53$ con una correlación mediana de $-.30$. Las correlaciones correspondientes para varones, varían entre $.37$ y $.67$ con una correlación mediana de $.74$.

Por lo general, se obtienen correlaciones más altas entre las escalas, bajo condiciones en las que hay alguna amenaza a la auto-estima, o bajo circunstancias en las cuales se evalúa la eficacia personal, que cuando se obtienen medidas en situaciones caracterizadas por peligro físico. Los cambios en A-Estado provocados por amenaza de peligro físico aparentemente no están relacionados con el nivel de A-Rango.

INDICACIONES CRÍTICAS DEL INSTRUMENTO

El IDARE, es un instrumento que posee cuatro alternativas que se supone detectan adecuadamente el grado o frecuencia de la ansiedad en un sujeto. Esta forma permite obtener medidas estadísticas aceptables como efecto del estímulo propuesto. Como se puede observar, el instrumento contiene una redacción adecuada, están expresados por las frases "estoy" o "me siento" para la escala Estado y "ser" para la de Rasgo; esta forma de expresión semántica, describe únicamente un grado de ansiedad correspondiente a la adecuada situación ya sea del momento o generalmente. En particular se considera el IDARE como un instrumento útil y económico para diagnósticos múltiples y rápidos ya sea en sesiones terapéuticas como en cualquier situación que se considere conveniente para colaborar adecuadamente en actividades específicas.

ANALISIS DE LOS DATOS4.1 ANALISIS ESTADISTICOS DE LAS HIPOTESIS

Primeramente se desea a conocer los resultados obtenidos en la aplicación del Test IDARE, en pacientes hipertensas esenciales en la primera y segunda aplicación en los grupos experimental y control.

Resultados obtenidos en la primera y segunda aplicación del IDARE en el grupo Control.

Sujeto	Percentil Rango	Test Indice Ansiedad	Cifras de N.T.A.	Percentil Rango	Retest Indice Ansiedad	Cifras de N.T.A.
1	19	Bajo	130/790	43	Bajo	130/790
2	46	Bajo	130/790	65	Alto	130/790
3	49	Bajo	130/790	47	Bajo	130/790
4	67	Med	130/790	50	Med	130/790
5	7	Med	130/790	55	Alto	130/790
6	15	Med	130/790	63	Bajo	130/790
7	77	Med	130/790	7	Med	130/790
8	63	Med	130/790	60	Alto	130/790
9	33	Bajo	130/790	51	Alto	130/790
10	59	Med	130/790	39	Med	130/790
11	26	Bajo	130/790	38	Bajo	130/790
12	37	Med	130/790	50	Bajo	130/790
13	13	Bajo	130/790	24	Bajo	130/790
14	60	Alto	130/790	51	Alto	130/790

15	69		alto	120/70	15		May	alto	120/70	
16	72		May	alto	120/70	17		May	alto	140/70
17	91		May	alto	100/50	17		May	alto	120/70
18	84		May	alto	110/70	21			bajo	110/70
19	87		May	alto	120/70	22		May	alto	140/100
20	92		May	alto	140/70	25		May	alto	120/70
21	70		May	alto	120/70	24			bajo	120/70
22	84		May	alto	120/70	24		May	alto	140/100
23	93		May	alto	120/70	31			bajo	120/70
24	40			alto	140/100	28		May	alto	120/70
25	70		May	alto	140/100	28			alto	120/70
26	31			bajo	110/70	43			bajo	120/70
27	71			bajo	120/70	27		May	alto	120/70
28	43			bajo	120/70	43			bajo	140/70
29	87			alto	120/70	43			bajo	120/70
30	68			alto	120/70	62		May	alto	120/70
31	75		May	alto	120/70	54			alto	120/70
32	65			alto	110/70	50			alto	120/70
33	74		May	alto	120/70	40			bajo	120/70
34	59			alto	120/70	72			alto	120/70
35	39			bajo	140/70	29			bajo	120/70
36	26			bajo	120/70	54			alto	140/70
37	33			bajo	120/70	59			alto	120/70
38	66		May	alto	120/70	72			alto	140/70
39	62			alto	120/70	59			alto	120/70
40	43			bajo	120/70	75		May	alto	140/70

Resultados obtenidos en la primera y segunda aplicación del IDARE en el grupo experimental.

Sujeto	Percentil Test		Cifras de H.T.A.	Percentil Retest		Cifras de H.T.A.					
	Rango	Indice de Ansiedad		Rango	Indice de Ansiedad						
1	62		alto	110/70	59		alto	110/70			
2	57			alto	120/70	44		bajo	110/70		
3	74			May	alto	120/70	68		alto	110/70	
4	54			alto	140/100	59			alto	120/70	
5	78			May	alto	120/100	42		bajo	120/70	
6	71			May	alto	120/70	17		May	bajo	120/70
7	75			May	alto	140/70	57			alto	120/70
8	80			May	alto	150/70	26			bajo	120/70
9	40				alto	120/70	45			alto	120/70
10	45				alto	120/70	29			bajo	120/70
11	29				bajo	120/70	27			bajo	120/70
12	54				alto	120/70	59			alto	120/70
13	77			May	alto	140/70	68			alto	120/70

14	72		alto	170/70	25		baño	170/70
15	11	May	alto	170/60	21		baño	170/70
16	27		alto	140/70	22		alto	170/70
17	27	May	alto	140/70	25		alto	170/70
18	74	May	alto	140/70	27		alto	170/70
19	71	May	alto	120/70	26		baño	170/70
20	72	May	alto	120/70	27		alto	170/70
21	25	May	alto	150/70	22		alto	170/70
22	22		alto	150/70	22		alto	170/70
23	31		baño	170/70	19	May	baño	170/70
24	72	May	alto	120/70	20	May	alto	120/70
25	27		alto	150/70	24		alto	170/70
26	28		alto	130/70	23		baño	170/70
27	29		alto	150/70	22		alto	170/70
28	11	May	baño	140/70	29		baño	140/70
29	72		alto	120/70	20		alto	170/70
30	26		baño	140/70	19	May	baño	170/70
31	20		alto	170/70	12	May	baño	140/70
32	33		baño	140/70	22		baño	170/70
33	22		alto	120/70	23		baño	170/70
34	33		baño	150/120	29		baño	170/70
35	27	May	alto	140/70	27		alto	170/70
36	27	May	alto	120/70	20		alto	170/70
37	29	May	alto	170/70	22		alto	170/70
38	29		alto	170/70	24		alto	170/70
39	23		baño	120/70	20		baño	170/70
40	29		alto	140/70	29		baño	170/70
41	20		baño	150/120	21		baño	170/70
42	27		baño	110/70	19	May	baño	170/70

$t_1 = 0.3934 > 1.99$, por lo que se detectan diferencias significativas de medias al 5% de confianza.

Por lo que, tenemos que:

"No existe diferencia significativa entre los índices promedio de ansiedad "Rogge" en la primera aplicación del IBARE del grupo control en relación con la primera aplicación del grupo experimental".

$$\text{HIPOTESIS II.} - \begin{cases} H_{0c} = H_c = H_e \\ H_{ac} = H_a \neq H_c \end{cases} \quad V_3$$

Estadístico de prueba es:

$$t_2 = \frac{\bar{x} - \bar{y} - 0}{S_p \sqrt{\frac{1}{1/n} + \frac{1}{1/c}}}, \text{ donde } S_p^2 = 406.6612$$

$$S_p = 20.1658$$

$$t_2 = \frac{10 - 37.025}{20.1658} = -2.5790$$

En este caso: $\alpha = 0.05$. No se rechaza en función de H_{0c} si $t_2 > t_{(0.05; 40)} = 1.699$, por lo que el puntaje promedio del grupo control en la segunda aplicación es significativamente mayor que el puntaje de la segunda

aplicación en el grupo experimental, con un 75% de confianza
el tratamiento sí reduce los índices de ansiedad pasiva.

Por lo que, tenemos que:

¿Si existe diferencia significativa entre los
índices promedio de ansiedad 'Pasiva' en la segunda
aplicación del IDASE del grupo experimental en relación con
la segunda aplicación del grupo control?.

$$\text{HIPOTESIS } H_{11} - \begin{cases} \mu_{pre} = \mu_{post} = \mu_{cont} \\ \mu_{pre} = \mu_{post} > \mu_{cont} \end{cases} \quad \sqrt{2}$$

Donde μ_{pre} y μ_{post} significan la media de los
puntuajes promedio en la primera y segunda aplicación del
IDASE en el grupo experimental.

Para contrastar esta hipótesis se aplicó la prueba 't
student' para datos apareados.

En este caso:

$$t_0 = \frac{\bar{d} - 0}{\frac{s_d}{\sqrt{n}}} = 5.16845 \text{ el cual comparemos con el cuantil}$$

$t_{(4110,05)} = 1.684$, se tiene que $t_0 = 5.16845 > 1.684$,
por lo que H_0 se rechaza en función de H_1 , con $\alpha = 0.05$,
esto es, se quiere una disminución significativa al ser con

un FEE de confianza entre los puntajes promedio en el grupo experimental.

Por lo que tenemos que:

'Hay discriminación significativa entre los índices promedio de ansiedad "Rango" en la primera aplicación del IDARE, del grupo experimental en relación con el promedio de la segunda aplicación del grupo experimental".

$$\text{HIPOTESIS IV.} - \left\{ \begin{array}{l} H_{02}: M_{pre} = M_{post} \\ H_{a2}: M_{pre} \neq M_{post} \end{array} \right.$$

Donde M_{pre} y M_{post} significa la media de los puntajes obtenidos en la primera y segunda aplicación del IDARE, en el grupo control.

En este caso, la prueba "t student" para datos apareados produce:

1090.2347, por lo que, para $\alpha=0.05$ $t(28)=2.048$ y por tanto H_0 se acepta en relación de H_1 . No se detectan diferencias significativas entre los puntajes medios en la primera y segunda aplicación del IDARE en el grupo control.

Por lo que, tenemos que:

"No hay disminución significativa entre los índices promedio de ansiedad "basal" en la primera aplicación del CANS del grupo control en relación con el promedio de la segunda aplicación del grupo control".

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Estando claramente definido el objetivo primordial del presente estudio de investigación, el de comprobar la modificación de la ansiedad 'Rango', mediante un método de relajación en pacientes hipertensos esenciales después del tratamiento de relajación profunda progresiva, con la aplicación del Test IDARE.

Por consiguiente, se dará una breve conclusión de cada una de las hipótesis planteadas, así como la información adicional observada en el desarrollo de la presente investigación.

HIPÓTESIS I.

Ho: No existe diferencia significativa entre los índices promedio de ansiedad 'Rango' en la primera aplicación del IDARE del grupo control en relajación con la primera aplicación del grupo experimental.

Al plantear esta hipótesis, lo que se pretendió fue de ver si existía similitud en los resultados de la primera

aplicación del IJASE en el grupo control comparado con el grupo experimental encontrándose con una confiabilidad al 75% por lo que se acepta la hipótesis sola.

HIPÓTESIS II

Ha! No existe diferencia significativa entre los índices promedio de ansiedad "Baeqa" en la segunda aplicación del IJASE del grupo experimental con relación al grupo control.

Al igual que la hipótesis anterior se persiguió el de ver si existía confiabilidad en los resultados de la segunda aplicación del IJASE en el grupo experimental con relación al grupo control.

Por lo que el puntaje promedio del grupo control en la segunda aplicación es significativamente menor que el puntaje de la segunda aplicación en el grupo experimental con un 75% de confianza, rechazándose la hipótesis sola, llegando a la conclusión de que el tratamiento de relajación sí reduce los índices de ansiedad "Baeqa".

HIPÓTESIS III

Ha! No hay diferencia significativa entre los índices promedio de ansiedad "Baeqa" en la segunda aplicación del IJASE del grupo experimental de la primera aplicación del grupo experimental.

Al implantar esta hipótesis se trató de verificar el efecto del tratamiento con los sujetos del grupo experimental. Al rechazarse la hipótesis nula, se tiene una disminución significativa al menos con un 95% de confianza entre los puntajes promedio en el grupo experimental. Comprobandose que si existe disminución de los puntajes promedio en el grupo experimental, se debió al tratamiento de relajación.

HIPOTESIS IV.

No. No hay diferencia significativa entre los índices promedio de ansiedad "Rango" en la primera aplicación del IDARE del grupo de control en relación con el promedio en la segunda aplicación del grupo control.

En esta hipótesis se analizó el efecto de la evolución del tratamiento del grupo control en la primera en la primera y segunda aplicación del IDARE. Al aceptarse la hipótesis nula, sus resultados que no se detecta diferencias significativas entre los puntajes promedio en la primera y segunda aplicación del IDARE.

Con lo cual se concluye que no existe diferencia significativa, es que, el grupo control no se le dio tratamiento de relajación.

Resumiendo se encontró que: Como vemos al hacer la primera y segunda aplicación del IDHRC en el grupo control el rango de ansiedad, se nota que no existió ningún cambio significativo en la modificación de la ansiedad "Rasgo" ya que, a este grupo no se le aplicó tratamiento de relajación profunda, por lo cual, no hubo disminución de la ansiedad "Rasgo".

Para al comparar el grupo experimental contra el grupo control, aquí sí se nota que el porcentaje del grupo experimental es mucho menor que el grupo control por lo que, nos muestra que el tratamiento de relajación profunda es efectivo y disminuye la ansiedad "Rasgo".

En esta investigación se mostró claramente la importancia y efectividad del tratamiento de relajación en los pacientes hipertensos esenciales y sobre todo la modificación de la ansiedad "Rasgo".

Tratándose de un estudio de seguimiento comparativo entre el grupo control y el grupo experimental se exponen las siguientes informaciones adicionales que se observaron al ir desarrollándose la investigación:

Se concluyó también que el tratamiento de relajación sí ayuda a disminuir la hipertensión.

observándose una disminución significativa entre los puntajes medios de hipertensión entre la primera y segunda aplicación del TAPB. Esto es, con el tratamiento los puntajes medios de hipertensión disminuyeron significativamente con una confiabilidad menor del 5%.

También se observaron los puntajes de hipertensión en la primera y segunda aplicación en el grupo control y experimental. Y se aprecia una disminución significativa con un 5% de confiabilidad. Por lo que, el grupo control, como no se trató siquiera con los mismos cifras de hipertensión.

Debe recordarse a los Médicos en general que no deben olvidar que el paciente es un ser bio-psico-social y enfocarse más en la parte psíquica para una mejor evolución en el tratamiento integrado de la hipertensión o de cualquier enfermedad psicosomática. También es posible recomendarles este método de relajación profunda y sistemática, no como terapéutica, sino más bien como una actividad auxiliar y necesaria para la disminución de la ansiedad como causa de cualquier trastorno psíquico.

Y por lo tanto es de mucha importancia la intervención del psicólogo clínico en los Consultorios Médicos, esto con el fin de que el médico pueda auxiliarse, ya que por el mismo sistema o políticas del campo legislativo Mexicano del Seguro Social, no puede cubrir los aspectos educacionales que influyen en la hipertensión esencial.

SUGERENCIAS

Considerando necesarias en la realización de cualquier estudio de investigación, no solo las conclusiones obtenidas, sino también las sugerencias que se pueden aportar tanto al tema o al área en que dicha investigación se trata, así como sugerencias que se puedan aportar a estudios posteriores que deseen continuar o ampliar la presente investigación. Por lo que se sugiere la continuación de balances comparando hipertensos hombres y mujeres, ya que la mayoría de los estudios han investigado solo a hipertensos hombres.

Una vez ya establecidas las conclusiones y sugerencias dadas en esta investigación, se espera que la presente tesis contribuya de alguna u otra forma al campo de la psicología clínica, como en la Medicina Psicosomática.

-

-

-

-

-

ANEXOS

RELAJACION RESPIRATORIA

Assume una posición cómoda, cierra tus ojos y concéntrate en el sonido de mi voz, déjate relajar pasivamente .

Ahora concéntrate en la respiración, inhalando aire durante exhalando tensión, inhalado, exhalando, inhalando, exhalando, inhalando, exhalando, inhalando relajación, exhalando tensión, inhalando, exhalado.

Imagina este aire dorado, entrar por tus fosas nasales, deslizarse por la parte posterior de tu nariz, hacia la garganta y tráquea, y sientes tus pulmones expandirse y contraerse cuando tú inhalas y exhalas, inhalado, exhalado aire dorado, y te sientes sumergir más y más profundo, con cada respiración, permitiéndote así una señal para tu mente y tu cuerpo de abandonarse, de relajarse, de sumergirse más y más profundo, y al sumergirse más y más profundo en tu mente imagina que ya has ido las brisas radiante te rodea, está con la protección de toda vibración negativa, ahora, después de este proceso de las brisas está en contacto con la presencia telequímica cuando

La irrigación siente esta relajación fluj hacia tus
brazos, como un líquido dorado, dorado, relajante, científico,
ahora, sientelo fluj hacia tus manos y al hacerlo
separa ligeramente tus dedos, permite que tu lengua se
expanda completamente relajada, sientelo fluj hacia tus
mejillas, relaja tus mejillas, sientelo ahora, fluj
hacia tu boca, hacia tus labios, impregnando cada célula, y
ahora, relaja tu nariz completamente y al hacerlo ve si
puedes detectar esa diferencia pequeña de temperatura entre
el aire que inhalas comparando el aire que exhalas.

Y ahora, siente este líquido dorado relajante,
deslizarse de nuevo hacia tus sienes, cubriendo tu frente
relajarse completamente, sientelo fluj por toda tu cuerpo
cabeludo, y siente todas y cada una de las fibras
musculares saltar por completo, sientelo descender por la
parte trasera de tu cuello, al rededor de tu cuello y por el
frente de tu cuello relajandolo completamente, sientelo
desembarcar en los músculos de tus hombros, penetrando en
cada fibra muscular y siente los músculos de tus hombros
ponerse flojos, relajados, sientelo bajar por lentamente por
tus brazos, tus antebrazos, tus muñecas, manos y dedos,
relajando cada célula, al pasar y ahora, sientelo subir por
tus brazos, y extenderse por tu pecho, relajando los
músculos que están bajo tu piel y entre tus costillas
relajandolos por completo. ahora sientelo fluj hacia tu

abdomen, relajando las m6s culas cocooniales y ahora sientale
deslizarse por dentro, relajando todas las m6s culas
internas tu cuerpo, los pulmones, las intestinos relajados
por completo, y ahora sientale deslizarse hacia t6 cadera,
relajado la cadera descendiendo hacia tu p6lvicis, las
genitales y ahora, al rodador relajando las asentaderas, te
sientas tan relajado c6sado y ahora, siente este liquido
dorado relajante descender por la columna, relajando tu
columna, empezando por la base de los cr6neos, empregnando
cada vertebra, relajando los nervios espinales que salen de
cada vertebra desahogando en la punta de tu nariz,
sientelas relajarse completamente, y las m6s culas que
recorren tu espalda o los lados de tu columna se estan
relajando, y este gusto que todo tu espalda se esta
relajando, y que tu te estas relajando, y que cada vez que
respiras te estas sumergiendo m6s y m6s profundo, y ahora
siente ese liquido tibio dorado relajante fluir hacia tus
pantorrillas, tus tobillos, tus talones, las plantas de tus
pies, los dedos de tus pies relajados completamente.

Y cada vez que respiras te sumerges m6s y m6s
profundo, m6s profundo que nunca antes profundamente,
perdido en un mundo y continuo sumergiendote m6s y m6s
profundo, disfrutando inmediatamente este agradable
sentimiento de relajacion profunda.

A partir de este momento a dejar ir todas las tensiones y preocupaciones, tú no necesitas de estas emociones, así es que te vas a cargar de energía positiva y vas a dejar ir todo el negativismo y vas a recargarlo con energía positiva, así es que, déjate ir y disfruta la experiencia, quiero que tengas una respiración profunda muy profunda, inhala y reténla y ahora imagina que todo el negativismo abandona tu cuerpo al exhalar, exhala y siente al hacerlo todo el negativismo salir y repite el proceso una y otra vez, mientras yo permanezco en silencio por un momento.

Siente el negativismo salir y siente la energía positiva y en este momento estás en paz contigo y con el mundo, haz salir todas las tensiones y estás abierto a todas las bellezas de tu ser interno y al hacerlo te sientes feliz contigo mismo, satisfecho y pleno, tienes un sentimiento de seguridad interior y adquieres la habilidad de elevarte por encima del negativismo de la vida, simplemente lo dejas pasar de un lado sin permitir que te afecte, y al mismo tiempo aceptas y disfrutas plenamente todas las esencias cálidas y positivas de tu vida, sientes la armonía interior y permites que tu belleza interna fluya libremente.

A partir de este momento prefieres siempre ambientes perfectamente positivos y tu vida es más rica y plena, porque te estás en armonía y una armonía te propia realidad, ahora te

sugiero que los siguientes minutos los dediques en explorar este talismano universal interior, y hacer más espacio adentro de ti para el amor: el paz.

Huy bien, en unos momentos te voy a regresar te sentirás lleno de entusiasmo, por saber que te puedes crear tu propio mundo, y dispuesto a poner en práctica lo que aquí has descubierto, te sentirás maravillosamente bien, alerta y relajado, recordaras todo lo aquí vivido, y llevarte a la práctica los cambios necesarios para mejorar tu vida: voy a contar del uno al cinco; y al llegar al cinco abres tus ojos y estaras completamente despierto.

Uno: siente un ligero cosquilleo en tus manos y pies.

Dos: te sientes muy bien

tres: sientes la armonía de la mente y cuerpo

cuatro: al llegar al 4, abres tus ojos y estaras completamente despierto.

cinco: completamente despierto, completamente despierto, y en perfecto estado de salud.

PROYECCION DE ESCUELA HARRY
R. ROSENFIELD
QUERQUENA, MEXICO

OTRAS REFERENCIAS

- 1.-C.M.S.S. Salud psiquiátrica e hipertensión. México 1981 p.41
- 2.-Alfredo H. Freeman Harold I. Kaplan/Benjamin Sadock Tratado de Psiquiatría Tomo II. México.
- 3.-Díaz Guerrero-C.M.Spielberger= Idem= Inventario de Ansiedad Reaprovechado. Manual 1975. México P.1
- 4.-Ibid No.127 P.1
- 5.-Ibid No.127 P.1
- 6.-Revista de la Fuente Herib=Psicología Médica 1978. México = P.392
- 7.-Agustín Cosa-Fundamentos de Psiquiatría 1984. México.
- 8.-Ibid No.177.
- 9.-Laurence C. Kolb H. Keith Brodie México. P. 541
- 10.-Somers-Flanagan J. Variables psicosociales e hipertensión! Una nueva mirada a una vieja controversia 1987 p.727-42
- 11.-Metter P. 1987. Aspectos psicológicos de los patrones de respuesta catecolaminérgicos al dolor y al estrés mental en pacientes con hipertensión arterial esencial y un grupo control. P. 727-42
- 12.-Mc. Coy D.S. Bascovars. S.B. - otros. 1985. Cambios bioquímicos asociados a tratamiento de retroalimentación térmica en hipertensos. P.127-50
- 13.-Jamar, L.B. Yee y otros. 1985. La influencia de la falta de sueño, la ira y la ansiedad en la presión sanguínea de hipertensos hipertensos hipertensos P.127-50
- 14.-Testalini, A.E. 1987. "Deseño interrumpido de la ansiedad" en personas con hipertensión hipertensa y en hipertensos hipertensos hipertensos. P.127-50
- 15.-de.Boado, A.Boado y otros 1987. Predicción de estilo de

Experiencias vividas con la relajación-respaldada
P.135-137

- 16.-Eneari, G.A. y otros 1957. Factibilidad y efectividad de la técnica de relajación en la disminución de la presión arterial. P.239-242
- 17.-Salcedo Phillips- Manual de Psicología 1978 México P.72
- 18.-Jules A. Brucoli- Psicoterapia clínica. 1956 P.37
- 19.-Garfield S. Psicología Clínica 1979. México P.
- 20.-Jürgen Cameron-Guerrero y Psicología de la Persona Lda 1982. México. P.257
- 21.-Ibid. (20) P.257
- 22.-Ibid. (20) P.264
- 23.-Ibid. (20) P.265
- 24.-Seigman-Deread- Los métodos de relajación 1972 P.19-20
- 25.-Ibid. (24) P.21

Inventario de Autoconciencia

por

C. B. Spielberger, A. Martínez-Díez, F. González-Rojas, L. Nicolás y R. Río-García

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que le damos son para describirle algunas personas abajo. Lea cada frase y haga el círculo del número que indique cómo se siente sobre esa persona, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos sobre...

	1 MUY MUCHO COMO EL MISMO	2	3	4	5 MUY POCO COMO EL MISMO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento desanimado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento servido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a gusto de esperar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento respetado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y "atendido"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alagado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IOARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que le damos una para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

		CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	0	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	0	1	2	3	4
26. Me siento descontento	0	1	2	3	4
27. Soy una persona "inteligente, serena y sociable"	0	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder resistirlas	0	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3	4
30. Soy feliz	0	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3	4
33. Me siento seguro	0	1	2	3	4
34. Trato de acorde el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	0	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho	0	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pesan por mi mente y me molestan	0	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	0	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo loco y atorado	0	1	2	3	4

BIBLIOGRAFIA

- AGENCIA NACIONAL DE MEDICINA (1978) "Curso de ejercicios"
(México) Boletín de información ciencia terapéutica.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1978) D.S.M.III "R" Manual
(Barcelona) Masson.
- BARRY SILVIA. "Curso anti-stress de relajación
profunda".(México) Apdo. postal 1174, Cuernavaca, Morelos
- BISCHOP, L. (1962) Interpretación de las teorías de
personalidad (México), Trillas.
- CASO NUNO AUGUSTIN Fundamentos de Psiquiatría. (1974) Lincea
- CULLI, J. (1972) Teoría de la personalidad.
- DE LA FUENTE HUGO BARRON (1978), Psicología Médica. (México)
Fondo de Cultura Económica
- DIAS GUERRERO (1978) Inventario de ansiedad Fuego-Estado,
IIMRE (México) Manual Moderno
- ESPINDOLA VELA J. (1980), Introducción a la Cardiología
(México) Mendoc-Orsa
- EWART, D.K. y otros (1987) Factibilidad y efectividad de la
escuela de relajación en la disfunción de la presión
arterial
- FREEMAN ALFRED H. KAPLAN B. SANDON. Tratado de Psiquiatría
Tomo I y II (Barcelona) Salvat
- GARFIEL, S. (1977), Psicología Clínica. (México) Trillas
- GEISMAN P. DURAN S. (1972) Los métodos de relajación
(México) Odeonema.
- GENE UGIAN, M.D. JERRY W. LEWIS, MD. (1983), "Relajación en
Medicina General (Barcelona) Salvat
- HOLPLING CHARLES K. (1974) Tratado de Psiquiatría. 196-198
Interamericana.
- WORMEY, M. (1962), La personalidad neurótica de nuestro
tiempo (México), Taldea

JAMES, G. D., YEE, L.S. y otros. (1983) La influencia de la felicidad, la ira y la ansiedad en la presión sanguínea de hipertensos moderados. (E.U.A.) *PSYCHOSOMATIC MEDICAL JOURNAL*

KIEHLHOLZ PAUL (1970) 'Angustia' (Español) Morata

LAWRENCE E. KOLE M. KEITH BRODIE. Fisiología Clínica. (México) Interamericana

MAIDERS JANE. Estrés y relajación (México) Fondo educativo Interamericano.

Mc. COY, G.C. BLANCHARD, E.S. y otros. (1973) Cambios bioquímicos asociados a tratamiento de retroalimentación térmica en hipertensos (E.U.A.) *JOUWAL*

Mc GRADY, A. UTZ, y otros. (1966) Predicciones de éxito en hipertensos tratados con la relajación-retroalimentación.

NETTER, P. (1967) Aspectos psicológicos de los patrones de respuesta catecoláminica al dolor y al estrés mental en pacientes con hipertensión arterial esencial y un grupo control (E.U.A.) *JOURNAL CLINIC HYPERTENSION*

REDONDO Y DENTZ (1973). Efectos de la ansiedad reprimida sobre la inteligencia en la práctica quirúrgica. (México) Tesis inédita Lic. Psic. U.N.A.M.

SALMON PHILIPS (1976) Entrenamiento autogena/Auto relajación concentrativa. (Barcelona) Científico-Médica.

SOMERS-FLASADAN, J. (1977). Variables psicofisiológicas e hipertensión. Una nueva mirada a una vieja controversia. (E.U.A.) *JOURNAL REV. MENT. DIST.*

TSIKULIN, A-E. (1967) 'Dibujo interior de la enfermedad' en personas con hipertensión, bordolista y en pacientes con hipertensión (Rusia) *CARDIOLOGIA*.

VILLASERA TARIÑO (1967) Modificación de la ansiedad mediante un método de relajación en pacientes Guatmaléguos. (México) Tesis inédita de Lic. en Psic. U.N.A.M.

WHITTAKER, G. (1977) Psicología (Francia) Interamericana.