

320825



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO

PLANTEL TLALPAN
 INCORPORADA A LA U.N.A.M.
 ESCUELA DE PSICOLOGIA

6
2ej'

T E S I S

**TRATAMIENTO PARA REDUCIR EL NIVEL
 DE ANSIEDAD EN UN ANCIANO
 INSTITUCIONALIZADO**

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
 LICENCIADA EN PSICOLOGIA
 P R E S E N T A :
 LORENA OSWELIA OREA ZAFRA**

**DIRECTOR DE TESIS:
 EDUARDO ESPINOLA ESPARZA**

MEXICO, D. F.

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

	PAG'S
CAPITULO 1	
ANTECEDENTES	1 - 20
CAPITULO 11	
FUNDAMENTACION	21 - 27
11.A Caso Clínico de Dependencia.....	21 - 24
11.B Ansiedad y formación de Síntomas	25 - 27
CAPITULO 111	
JUSTIFICACION	28
CAPITULO IV	
MARCO TEORICO	29 - 38
IV.A Estudios de diferencias de edad y sexo en personas mayores.	29 - 31
IV.B Terapia de Radiación	31 - 33
IV.C Tratamiento de Hidroterapia	33 - 34
IV.D Tratamiento de autoayuda	34 - 36
IV.E Terapia de Orientación a la Realidad	37 - 38

CAPITULO V

METODOLOGIA	39 - 46
V.A Problema	39
V.B Objetivo General	39
V.C Objetivo Especifico	39
V.D Hipotesis	39 - 40
V.E Definición de Términos	40
v.F Definición o Características de la Población	40
V.G Definición de sujetos	40 - 41
V.H Definición de Instrumento	41 - 46
V.I Definición de Personal	46

CAPITULO VI

METODO	47
VI.A Diseño de Investigación	47
VI.B Variables	48
VI.C Condiciones Experimentales	48 - 49
VI.D Procedimiento	49
VI.E Resultados	50 - 57
VI.F Análisis de Resultados	58 - 61
VI.G Conclusiones	62 - 63

CAPITULO VII

Bibliografía	64 - 67
--------------	---------

ANEXOS - VIII

INSTRUMENTO	68
-------------	----

En México existen Asilos del Gobierno y Privados con las diferentes instalaciones y comodidades de acuerdo a los distintos niveles socioeconómicos, para las personas de la tercera edad.

En los diferentes casos, las personas se dirigen a estas instalaciones por los siguientes motivos:

- 1) Por no tener una familia que les ampare ó por falta de recursos económicos.
- 2) Por una enfermedad senil, en donde la familia los instala en estas instituciones para una mejor atención de su enfermedad .
- 3) Ingresan a la Institución por iniciativa propia, buscando esa tranquilidad y paz que se respira en los Asilos, a pesar de tener familia y de sentirse bien de sus facultades mentales.
- 4) En otros casos ingresan al Asilo, por falta de tiempo por parte de la familia para atender y cuidar de ellos.

Por estos motivos el anciano se torna agresivo, ansioso, y con facilidad se deprime, siempre en espera de la muerte, sin alicientes y de que algún día la familia los vaya a visitar.

Así pues la función de los Asilos es atender aquellos ancianos que por enfermedad y por una gran mayoría de edad, no pueden valerse por si mismos, siendo dependientes e incapaces de cuidarse a sí mismos.

En estas Instituciones, desgraciadamente se limitan únicamente a darles de comer o de sacarlos al sol, y lo importante no es solo darles de comer, sino hacerlos sentir como en su casa, en donde los quieren y les importa su bienestar, lo importante es que lo que resta de sus vidas, lo vivan felices y así disminuir sus posibles síntomas que acarrea la edad.

El propósito de este estudio es precisamente incrementar los buenos servicios de los Asilos enfocandose primordialmente a la atención directa del anciano, con personas dedicadas a una actividad, ejemplo:

Personas dedicadas a la aplicación de algún tipo de tratamiento, a las actividades recreativas, a procurar el relajamiento en ellas, a unir a las integrantes del asilo y fomentar la interrelación entre ellas y a escucharlas y apoyarlas, también procurar el buen funcionamiento y el bienestar de toda la Institución.

Se han hecho varios estudios en México, sobre los posibles tratamientos en la ayuda de la reducción de los síntomas del anciano, que repercuten en su salud.

Algunos de estos estudios se mencionan en esta investigación (Turkar and Carlson, 1984) (Wolpe, 1983) (Himmelferb, 1984) (Anderson y Tewfik, 1985) (Levine, 1984) (Jannoun, Oppenheimer y Gelder, 1982) y (Gantz, 1983), reportando cada uno de estos tratamientos, resultados muy positivos.

Se pretende llevar a cabo un Tratamiento de Autoayuda con una anciana del Asilo Quinta las Margaritas, en México, en donde se espera obtener buenos resultados y probar la eficacia de dicho tratamiento en la reducción de la ansiedad de la misma .

Deseo hacer llegar al público, particularmente a quienes tienen los Asilos a su cargo y responsabilidad, el incrementar o establecer fuentes recreativas y fomentar la dedicación hacia el anciano.

Espero que los siguientes apuntes, permitan la absoluta facilidad de comprensión y aún la implantación de tratamientos que ayuden a una vida feliz y prolongada del anciano.

ANTECEDENTES

La Gerontología se deriva de griego gerón , que significa anciano , este término se empezó a utilizar en el inicio del siglo XX.

La Gerontología se encarga del estudio de la edad, avanzada así como de las consecuencias que trae consigo y lo que acarrea la declinación de la persona o sea el envejecimiento.

Los aspectos del envejecimiento en que se divide la Gerontología son 3:- Comportamental , social y biomédicos.

Los problemas biomédico se refieren al organismo ; muerte de células o envejecimiento del organismo y predisposición a la enfermedad.

El aspecto comportamental abarca la consideración psicológica y sociológica del hombre. El aspecto social abarca toda la interacción en grupo . Es importante para retrasar ---

o acelerar el proceso del envejecimiento las condiciones en que se desenvuelven en la juventud, madurez y vejez.

La Gerontología trata de esclarecer el problema de deficiencias de células que envejecen, las modificaciones de la memoria debido al envejecimiento, las modificaciones e identificación de las condiciones para la falta de ilusión por la vida en la ancianidad.

Por otra parte, la ansiedad se deriva del Latin Anxietas, este término connota una experiencia de diversos grados: de incertidumbre, agitación y pavor. Este término se introdujo en la Psicología cuando Freud (Arnold y Eysenck, 1977) describió la neurosis de ansiedad como síndrome diferente de la neurastenia .

Así pues Freud postula que hay diferentes tipos de ansiedad y todos son originados en el inconsciente (Trujillo y Morales - Virgen, 1985)

La primera es ansiedad real, definida como reacción a la percepción del peligro exterior. El segundo tipo de ansiedad es patológica o neurótica y de esta parten la ansiedad libre, flotante o de espera. Este tipo de ansiedad influye en los juicios del sujeto y cuando llega a tener mas intensidad es neurósis de ansiedad. La ansiedad de espera depende de los procesos de la vida sexual. La excitación libidinal al no ser satisfecha da paso a la ansiedad y como interrupción al acto sexual es causa de neurósis de ansiedad.

Las Teorías de los Psicoanalistas como Sullivan, Fromm y Horney postulan que el origen de la ansiedad está relacionado a aspectos socioculturales sin que tenga que venir del interior y así difieren de lo que comenta Freud.

Sullivan (en Arnold y Eysenck , 1977) se refiere a la ansiedad como el estado de tensión que surge de la experiencia -- de desaprobación en las relaciones interpersonales .

La Tendencia Conductual (Trujillo y Morales Virgen, 1985) postula que la ansiedad esta condicionada por miedo a estímulos ambientales específicos . Y la Teoría Hormonal o Endocrinológica atribuye el origen de la ansiedad a niveles de catecolaminas en el organismo .

Por otra parte los hechos autónomos que provocan respuesta de ansiedad están en función de la división simpática del Sistema Nervioso Autónomo , se trata de respuestas simpáticas comunes : aceleración del pulso y respiración , elevación de la presión sanguínea , sudor en la palma de las manos , dilatación de las pupilas y sequedad en la boca y como respuesta para simpática de ansiedad está la diarrea , náusea , vómito y deseos de orinar.

Wolpe en 1952 (en Arnold y Eysenck , 1977) comenta que la ansiedad es el característico esquema de respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo que es igual a un agente extrínseco que produce trastornos en el tejido local , que se interpreta como dolor .

Eysenck en 1957(en Arnold y Eysenck , 1977) comenta : "La ansiedad que evoca estímulos condicionados es asu vez condicionable respecto de otros estímulos . " (pag . 78)

Así mismo las respuestas de ansiedad varían en los individuos y pueden ser condicionados y descondicionados a estímulos

seleccionados .

En cuanto a las respuestas de ansiedad inadaptadas (patológicas) se consideran adaptadas las respuestas de ansiedad -- asociadas objetivamente con estímulos de peligro y por ellos -- condicionados . Son respuestas innadaptadas las que se dan -- sin relación con el peligro siendo neuróticos los hábitos innadaptados .(Arnold y Eysenck , 1977) .

Por otra parte , para algunos investigadores la ansiedad a sido considerada como un elemento que motiva al individuo a -- conducirse , ejemplo :

Cofer y Appley (1981) , informan de varios experimentos encaminados a estudiar la relación de la conducta de afiliación con la ansiedad , ésta , se considera como un estado de pulsión - que sumados a otros estados de pulsión multiplica las fuerzas de hábito . También se considera como fuente de estímulo para - respuestas que pueden o no ser compatibles con la conducta exigida en una situación particular .

Cofer y Appley (1981) ofrecen su concepción de la ansiedad a la noción de Taylor - Spence de que la ansiedad ejerce sus efectos principales como parte de un nivel de pulsión general .

Los autores mencionados (Cofer y Appley, 1981) consideran a la ansiedad como una pulsión en el sentido de estímulo intenso pero haciendo hincapié en las respuestas asociadas con el estímulo pulsión.

Según Greenwell (1976 .) opina que la escuela Americana -- considera que en lo sociológico y Cultural la sociedad humana - ejerce presión en el sujeto con su opinión pública , siendo es-

te provocador de ansiedad.

Según Greenwell (opcit) comenta que la ansiedad parte de la relación interhumana, cuando los impulsos biológicos no son satisfechos de acuerdo con las pautas de la cultura con las cuales se le había enseñado desde su vida temprana y cuando los impulsos que surgen no pueden ser satisfechos dentro de las pautas y reglas con las que se rigen nuestra cultura surge entonces la sensación de inseguridad e incomodidad siendo estas sensaciones provocadoras de - ansiedad.

El mismo autor opina que la ansiedad básica del hombre consiste en el sentimiento de estar sometido y entregado a un mundo - concebido hostilmente.

El hombre permanece en el cuadro de lo sociológico y cultural y la ansiedad indica el enfrentamiento con ella misma.

Este tipo de enfrentamiento se da en donde el anciano es desplazado por el joven y es sometido a un rechazo por parte de la sociedad y por la familia, esto es por dependiente, achacoso y estorboso, por tal motivo en las ciudades industrializadas disminuye el número hasta ser un 12 % de las personas que viven con sus familiares. (Ojeda Aguilar, 1983) Sin embargo, en la sociedad campecina la situación sociológica de los ancianos es favorable porque - aprecian su consejo y su experiencia.

En la zona rural permanece la costumbre de no aislar al viejo y en estas zonas aumenta el número de personas ancianas que viven en la misma casa con sus familiares. (Ojeda Aguilar, 1983)

Wolterick (1962) comenta que los viejos de nuestra época son

un grupo de seres atrofiados o lastimados en lo profundo de su existencia humana, a los cuales la sociedad cierra el acceso interior a la etapa de vida mas alta. Y así Greenwell (1976) comenta que en la cultura hay 4 recursos para protegerse de la ansiedad, los -- cuales son : el cariño, sumisión, poderío y aislamiento.

Fuentes Aguilar (1978) opina que la ansiedad es un factor de supervivencia pues el anciano necesita esperanza ya que su hecho -- esencial es que la muerte se aproxima.

Según Padilla Castillo (1977) opina sobre la teoría de Dollar y Miller la cual esta basada en la ansiedad. En la concepción de estos autores, el miedo se considera como un impulso, como una fuerza dentro del organismo que es capaz de moverlo a la acción y para ellos el miedo y la ansiedad se sienten igual y tienen las mismas - propiedades.

Por otra parte Padilla Castillo se refiere al miedo en caso de que halla peligro externo y a la ansiedad de que el estímulo sea interno.

El miedo crea dentro del organismo modificaciones y señales o estímulos del exterior y está ligado con el escapar.

Para Nathan y Harris (1975) el miedo es una respuesta realigta a una situación de peligro y ansiedad el corredor de neurósis, es una respuesta real a una situación con un pequeño peligro real

Según Padilla Castillo (1977) hay 2 clases de síntomas detrás de un conflicto neurótico:

1.- No Aprendidos : Esto es igual a palpitaciones, es decir -

sudor en las manos ante objetos y situaciones que causan miedo.

Se consideran síntomas neuróticos porque este tipo de sensaciones están presentes cuando desde el punto de vista objetivo no hay nada que temer y entonces se explica como un trauma infantil que todavía esta presente en el sujeto .

2.- síntomas adquiridos , - estos se producen por escape a una situación de ansiedad , ejemplo ; rezar.

Según Padilla Castillo (1977) hay varios métodos que ayudarían a que los conflictos neuróticos se resolvieran o desaparecieran :

- a) Reducir la intensidad de conflicto emocional.- primero ver el tipo de conflicto y buscar su medio de solución. Si es de --- evitación , ayudar a la persona a que se de cuenta cuál de las alternativas es negativa y si el conflicto es temprano (reflejo de traumas que provocan ansiedad cuando era chico) entonces el método de Terapia es que el sujeto reviva estas experiencias (catarsis) .
- b) Aprender frases , pensamientos que ayuden a controlar la reacción emocional . Detrás de cada frase hay un contenido emocional , una depresión , angustia y culpabilidad .
- c) Desarrollar aspectos positivos de la personalidad , aumentar la satisfacción en la vida , un sentimiento de competencia y alegría desarrollaría una actividad positiva .
- d) Quitar obstáculos hacia ciertas respuestas importantes . El mecanismo de extinción es importante en Terapia.

Por otra parte Allan Fromme (1975) opina que hay individuos que luchan contra estos conflictos neuróticos en actividades sociales por el temor a la soledad o en otros casos hay individuos que ahogan sus temores con la excesiva actividad sexual --

pero así presupone un momento de aceptación a un nivel puramente sensorial y este exceso embota su percepción y lo evoca nuevamente hacia sus temores .

La idea es cultivar una fuerza emocional de manera que el miedo no tenga sitio , es bueno desarrollar válvulas de escape que sean aceptadas para nuestra hostilidad , ejemplo de ello -- son los deportes de competencia que ayudan a descargar parte de nuestra ira , ya que en ellos se nos ofrece la oportunidad de derrotar a alguien .

Según Padilla Castillo (1977) opina , la ansiedad es el elemento esencial en la formación de la neurósis y no es necesario que el conflicto este presente .

Según Spielberger y Sarason (1976) opinan que la ansiedad es un tipo de respuesta cognoscitiva marcada por la duda de -- uno mismo , sentimientos de inadecuación y autculpabilidad .

La ansiedad es una respuesta a la incapacidad percibida para manejar una situación de manera **satisfactoria** .

Entre las características de la respuesta de ansiedad estan :

- 1) la situación se ve como difícil , aterradora y amenazante
- 2) el individuo se ve a sí mismo como inefectivo para manejar la tarea en cuestión.
- 3) El individuo se concentra en las cuestiones indeseables de la inadecuación personal
- 4) las preocupaciones de autodesaprobación son fuertes e interfieren o compiten con la actividad cognoscitiva reelevante para la tarea.
- 5) El individuo espera y anticipa falla y pérdida de considera-

ción por parte de otros .

Estas características arriba mencionadas pueden unirse a situaciones a través de la experiencia . La ansiedad pudiera estar asociada con cualquiera o con todos los siguientes : anticipar una situación , experimentarla y recuperarse de ella .

Así pues Spielberger y Sarason, 1978) han resaltado otros aspectos de la ansiedad como la incapacidad percibida de la -- persona para predecir y controlar los peligros (estresores) en el miedo . Las autopreocupaciones de la persona ansiosa aún en situaciones aparentemente neutrales o aún satisfactorias , pueden deberse a una historia de experiencias caracterizadas por una relativa escasez de señales indicando que se ha alcanzado un resguardo seguro del peligro .

Trujillo y Morales Virgen (1985) consideran a la ansiedad como una -- emoción . Esta , la ansiedad se divide en ansiedad estado y ansiedad rasgo , de las cuales la ansiedad estado se da en un momento de la vida de la persona sin que permanezca por mucho tiempo , es solo un cruce temporal en la vida de una persona .

" La ansiedad rasgo habla de un reflejo de diferencias individuales en cuanto a rasgos de personalidad y la tendencia a ver y percibir el -- mundo de cierta forma y a comportarse con cierta predictibilidad en cuanto a la frecuencia con que ciertos estados emocionales se han dado en pasado y pueden aparecer en el futuro " . pag. 3

Por otra parte Marchais (1981) reintrodujo el término de espacialidad en el estudio de la angustia - como miedo sin objeto , la angustia se concebía como una conducta primaria de derivación y secundaria de regulación y se derivan 3 grupos homogéneos de angustia : la fisiológica , sensitivo - imaginada e intelectual o ansiedad . La fisiológica se da cuando la paciente

tiene tensiones internas que las manifiesta a través de su cuerpo (fisiológicamente) ejemplo la falta de su menstruación , palpitaciones o dolor en alguna parte de su cuerpo que se pone tensa y con dolor .

Manifestaciones sensitivo - imaginadas : la angustia se manifiesta así en la imaginación mental durante el dormir , confiriendo al sueño un carácter penoso (pesadilla) y en estado de vigilia , asociando a las representaciones imaginadas de un acontecimiento traumatizante o conflictivo en sentimiento de malestar .

Las manifestaciones intelectuales se manifiestan a través de una sensibilidad molesta experimentada por el paciente , se expresa de una manera intelectual , traducida por la sensación de malestar , inquietud e inseguridad .

Como formas de paso de la angustia fisiológica a la ansiedad imaginada-- depende de las propiedades de la función imaginante , si el sujeto es impresionable , su angustia se desarrolla con la ayuda de una imaginación desbordante a partir de sensaciones angustiantes .

Como argumentos Terapéuticos es el reposo , relajaciones . Como métodos fisioterápicos , quimioterapias o tranquilizantes .

Por otra parte , Murga del V. y Olguin P. (1982) comentan que debido a los progresos de la medicina se ha prolongado cada año la duración de vida del anciano . Pero aún así puede no ser tan prolongada debido al trato que se le da y al resultado de las complicaciones sociales . Para los ancianos estas complicaciones sociales son las tareas que la sociedad exige y que ya no pueden brindar , porque la vejez impide tener la misma movilidad , habilidad , creatividad y velocidad . Y por tal motivo son desplazados porque se dice - que producen menos y así es considerada la vejez como inútil , improductiva,-- dependiente , achacoza y desempleada. Los tres problemas y achaques son presentados a los 40 años en donde la mujer se enfrenta a una prueba difícil dentro de la sociedad , la pérdida de la capacidad sexual reproductiva (menopáu-

sea) por lo que es el primer paso para sentirse viejas y lo mismo sucede con el hombre en la edad de los 50's, no tiene la misma potencia sexual que tenía a la edad de los 30's ó 40's y a los 60's es la jubilación. En la edad de los 70's se sienten solos completamente, sienten cercana la muerte, se deprimen y algunas familias los incorporan a un asilo. La labor de los asilos es atender a aquellos ancianos que por enfermedad o falta de recursos, son incapaces de cuidarse a sí mismos. Desgraciadamente son lugares en donde los viejos con poco o nada que hacer con sus sentidos, mentes y emociones embotadas con drogas simplemente esperan la muerte (Suarez A.,1984). Respecto al cuidado Institucional para con los ancianos, se ha encontrado que llevan consigo sentimientos de pérdida de independencia y de rechazo de los hijos. Así pues, los ancianos se oponen al uso de Instituciones según las actitudes encontradas por Goldfarb en 1969 (Alvarez, opcit) quien encontró que la mortalidad es mas alta en las poblaciones Institucionales que en la población general. Alvarez (opcit) señala que mas de la mitad de los asilados muere en los 2 primeros años de estancia en donde también existe una elevada tasa de suicidios en los asilos

Por otra parte, González, Paz y Márquez en 1984 en (Suárez (opcit) hicieron una investigación sobre las condiciones de funcionamiento de los asilos en el área metropolitana de la ciudad de México y encontraron que en algunas casas no hay atención médica, ni capacitación para el personal, solo hay atención para 2,200 ancianos en una población de 14 millones de personas, varias casas requieren de composturas de baños, comedor y cocina, carecen de actividades recreativas y de Terapia Ocupacional, tienen problemas económicos y algunas no tienen atención a ancianos no residentes.

La Institución:

es percibida como una fuerza coercitiva que causa mas incapacidad. Las justificaciones que se ofrecen para este tipo de trato suelen ser simples racionalizaciones que tienen su origen en los esfuerzos para manejar la actividad diaria de un gran número de personas en un espacio reducido , con poco gastos de recursos . (Alva rez , opcit)

En la Institución la gente vive comunalmente , sin un mínimo de privacidad y así sus relaciones con los demás son pobres , muchos se mantienen en una concha de aislamiento pues su movilidad está restringida . En la Institución muchas veces el personal juzga a los internos como crueles , taimados e indignos de confianza y los internos consideran al personal como petulantes despóticos y mezquinos. El personal se juzga como justo y superior , y los internos a sentirse inferiores , débiles y culpables .

Así pues existen factores que pueden originar ansiedad en el anciano que se encuentra Institucionalizado , lo cual tiene a veces como foco su propia muerte.

Por otra parte a medida que se envejece , los ancianos tienden a substraerse y alejarse de todo lo que les molesta y así -- ellos mismos se empiezan a alejar de la sociedad en donde no encuentran su sitio ,ni su lugar .

En la vejez la ansiedad puede ser mas aguda puesto que los problemas inmediatos traen a la mente problemas pasados , haciendo mas grande la ansiedad del anciano . (Kastenbaum, 1979)

Según Dominguez (1983) comenta que en la última etapa de la vida no se frecuenta que las personas se preocupen por la muerte

o agonía , todo lo que la proximidad de la muerte proyecta es el años y el deseo por la vida . Esto es según la forma en que vió toda su vida anterior , si ésta fué llena de amor y tuvo la posibilidad de demostrar sus habilidades cuando era jóven , sabrá, que llega un momento en su vida que no podrá demostrar la misma habilidad ni podrá llevar el mismo ritmo de vida que cuando era jóven y por consiguiente ya vivió lo que tenía que vivir y si aún así vive dentro de una familia en donde lo quieran y respeten , lo que proyectará es el amor por la vida .

Según Domínguez (1983) dice que hay un temor generalizado al hablar sobre la muerte y es lo que mas perturba en la vejez .

Las actitudes del ser humano ante la muerte son un desgarramiento por la ruptura de los lazos que unen a las personas y que crece mas en la vejez .

Por otra parte , al avanzar la edad hay una pérdida progresiva de la memoria , disminución de respuestas ante los estímulos empobrecimiento de iniciativa y de la imaginación creativa, limitación de intereses , aumento en el egocentrismo , desviación de la personalidad , pérdida de recursos físicos y esto produce sentimiento de vulnerabilidad que al mismo tiempo crean angustia que trata de reducir por medio de mecanismos que a utilizado para adaptarse a la vida . También existe una pérdida de células nerviosas del oído interno , la visión del color se altera y se reduce la sensibilidad de la retina para la luz azul.

A los 60 años se pierde el 50 % de las papilas gustativas-- se altera el area temporal anterior con ondas focales lentas .

Por otra parte , el cerebro de un adulto tiene 12 millones de neurónas que en la segunda mitad de la vida varios miles mue-

ren cada día y así hay pérdida progresiva de peso y tamaño del cerebro.

La orientación se vuelve defectuosa y en su confusión el paciente puede caminar sin rumbo fijo y perderse , el juicio se altera al grado de que el enfermo no esta alerta de los riesgos personales , por ejemplo del tránsito en las calles.

Así, sus sentidos pierden agudeza , los músculos disminuyen su volúmen , la marcha se vuelve inestable , habla lento , la escritura es temblorosa , sufre insomnio y alucinaciones .

Por otra parte, el anciano retraído que vive solo o como paciente, padece demencia degenerativa primaria y en el pronóstico de esta enfermedad no hay probabilidad de curación . El curso es progresivo , el paciente se vuelve mas demente aunque su vida puede prolongarse durante 10 años .

La forma moderada de demencia degenerativa primaria , debe atenderse en el hogar , pues ahí es donde se han empotrado las raíces del individuo.

En muchos casos se hace necesario la hospitalización debido a inquietud nocturna , respuestas perturbadoras ante ideas delirantes paranoides.

En estos estados seniles de confusión y delirio son útiles las vitaminas. En las formas depresivas los electrochoques pueden utilizarse sin riesgos y con gran éxito. (Dominguez 1983).

Existen diferentes enfermedades que se presentan a la edad de los 50 años , una de estas es : La enfermedad de Alzheimer se inicia entre los 50 y 60 años , esta comienza con reducción de la espontaneidad , deterioro intelectual progresivo y alteraciones en la conducta , no existe un patrón característico en -

diversos grados , desorientación labilidad emocional , defectos en el cálculo y en la información general , alteraciones en la memoria y en la capacidad para el pensamiento concreto .

La pronunciación se vuelve difícil , comete errores al leer, escribir y olvida las palabras.

En estas etapas avanzadas el habla se vuelve una jerga incoherente sin formación de oraciones , se presenta angustia y depresión , lemi y paraplejia y son comunes los ataques epilépticos , se observa dificultad en la marcha como en la enfermedad de Parkinson y frecuente parálisis facial.

En la enfermedad de Parkinson el paciente entra en demencia extrema y dura la enfermedad de 5 a 10 años . , El tratamiento tiene como objetivo mantener la salud y proteger al paciente de las extravagancias de su demencia y satisfacer las necesidades de su dependencia .

Otra enfermedad en la edad avanzada es la de Creutzfeld jakob que es una demencia degenerativa primaria presenil y la causa es por infección y un virus lento .

Por otra parte la enfermedad de Pick es una demencia degenerativa primaria la cual es un raro síndrome cerebral crónico que se caracteriza por atrofia y gliosis en áreas asociativas y puede ser heredogenerativo . La afección es en áreas córticas y se alteran los mecanismos del habla y del pensamiento . La enfermedad es un envejecimiento prematuro que se encuentra localizado en las neuronas y se presenta entre los 45 y los 60 años.

Muchas de estas enfermedades en la edad adulta se deben a la desnutrición . Si desde la juventud se previenen todo tipo de enfermedades crónicas y no crónicas con una buena alimenta-

ción , en la edad adulta no habrá problemas y será una vejez - saludable .(Harman , 1981)

Entre lo que debe consumir la persona estan los carbohidratos , proteínas (carne , pescado ,huevos , queso y leche) calcio, hierro , grasas y vitaminas un 30 % . Entre los grupos alimenticios que mas se descuidan estan : la leche , calcio y hierro (como minerales) vitamina A y verduras . Dos vasos diarios de leche serán suficientes para satisfacer las necesidades del calcio. Es necesario que los pacientes geriátricos consuman agua , pues es el compuesto mas importante para el cuerpo .

La causa de la desnutrición en las personas de edad avanzada se deben a una mala alimentación , a factores socioeconómicos (por no tener los recursos necesarios para cubrir sus necesidades primarias) , psicológicos (problemas emocionales que son provocadores de desnutrición) , biomédicos (enfermedades del cuerpo) y sociales (el retiro de la persona , que implica el dejar de laborar en una empresa y de interactuar con la demás gente) pues el anciano y toda persona en sí necesita de una retroalimentación positiva , de incentivos que lo ayuden a sentirse bien y útil hacia la demás gente (Harman,1981)

Así pues , este factor social que es el retiro , lo consideran Gerard Y Kelian (1982) puramente voluntario , por satisfacer al individuo a su autonomía personal que se incrementa al disminuir el control de la sociedad sobre su conducta y al tener muchas oportunidades para disponer de tiempo libre , -- pues al retirarse el anciano de sus roles deja que personas mas jóvenes las ocupen . Según Gerard y Kelian (opcit) señalan

la relación positiva entre la actividad y la satisfacción en la vida . Esto es que mientras mas grande sea la pérdida de roles , mas baja será la satisfacción en la vida . Así pues -- estos mismos autores (Gerard y Kelian, opcit) sugieren que el bienestar psicológico del anciano depende de sus patrones de actividad y así proponen la teoría del fracaso social , para explicar el proceso por el cual los valores de la sociedad afectan al anciano . Esta Teoría explica la relación entre el anciano y el medio social en que vive y sobre los procesos de retroalimentación que la sociedad les brinda .

Así pues comentan que el valor mas importante en la sociedad urbana es el de la productividad . Todo esto se encierra en la internalización de una imagen negativa de uno mismo , el anciano se debe quitar la idea de que su valor personal depende de su ejecución de roles sociales productivos y económicos y pensar que trae consigo sabiduría y mucha experiencia para formar juicios valiosos que transmitirán en el seno de la familia (Juinier , 1980)

Así pues este valor importante para la sociedad que es el de la productividad declina en la edad avanzada y se relaciona con las destrezas motoras al no tener la misma velocidad al desplazarse y al realizar su trabajo , estas destrezas motoras se relacionan a su vez con el deterioro de los procesos perceptivos , pues todos los movimientos hábiles están guiados por la percepción , ésta , pierde agudeza a partir de los 20 años y su decadencia se acentúa alrededor de los 45 años y a los 50 años declina la audición .

Con relación a los problemas de la percepción se desarro-

lló una investigación en donde se muestra (Plaza and J.1978) que hay países como Francia , E.U. y Nva. Zelanda en los que el índice de ancianidad es muy grande . Se estudió a 181 obreras de edades entre 22 y 51 años en donde se comprobó que empezaban a debilitarse sus aptitudes psicomotrices entre los 27 y los 33 años.

Esto crea un sentimiento de inseguridad , inferioridad y depresión que Nascher en 1910 describió sentando las bases de la Geriatria como especialidad de la medicina , estudiando los problemas que acarrea la vejez.

En 1940 , la Geriatria fué reconocida como un nuevo campo clínico .

Así pues debido a la importancia y seguridad de la vejez que se adquiere cada día en México , la seguridad para el anciano se culminó con la aprobación en 1935 de la ley de Seguridad Social (Nueva Ley del Seguro Social , 1987) dandole derecho al anciano de las siguientes prestaciones: (artículo 137)

I.- Pensión

II.- Asistencia Médica :

En caso de enfermedad , el Instituto otorgará al asegurado la asistencia médica quirúrgica (artículo 99) , farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria , desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de 52 semanas para el mismo padecimiento . Si al terminar el período de 52 semanas el asegurado continúa enfermo (artículo 100) , el Instituto prorrogará su tratamiento hasta por 52 semanas mas, (artículo 101) los padres del asegurado o pensionado fallecido , conservará el derecho de los servicios que seña-

la el artículo 99.

III.- Asignaciones familiares de conformidad.-

artículo 164 .- las asignaciones familiares consisten en una ayuda por concepto de carga familiar y se concederán a los beneficiarios del pensionado por invalidez vejez o cesantía en edad avanzada.

IV.- Ayuda existencial:

artículo 138 .- para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de vejez , se requiere que el asegurado haya cumplido 65 años de edad y tenga reconocida por el Instituto un mínimo de 500 cotizaciones semanales.

artículo 139.- el derecho al disfrute de la pensión de vejez comenzará a partir del día en que el asegurado cumpla con los requisitos establecidos en el artículo anterior.

artículo 140.- el asegurado puede diferir sin necesidad de avisar al Instituto el disfrute de la pensión de vejez por todo el tiempo que continúe trabajando con posterioridad al cumplimiento de los requisitos señalados en el artículo 138 de esta ley.

artículo 141 .en el otorgamiento de la pensión de vejez - solo se podrá efectuar previa solicitud del asegurado y se le cubrirá a partir de la fecha en que haya dejado de trabajar , siempre que cumpla con los requisitos del artículo 138 de esta ley.

artículo 142.- los asegurados que reúnan los requisitos establecidos en esta sección tendrán derecho a disfrutar de la pensión de vejez.

Así pues , de acuerdo a todo lo comentado anteriormente, se -- puede concluir que la persona con el avance de los años , va perdiendo peso , células nerviosas y movilidad , llegando a un momento en su vida en que no tienen la misma percepción ni rapidez para ejercer un trabajo y es cuando es desplazado por una persona de menos edad , por un joven.

Así pues , el anciano llega a ser considerado estorboso y dependiente es por lo que en muchos lugares no le pueden tener un cuidado especial , no valoran sus conocimientos y son incorporados a los asilos , en donde cuidan de su persona y de sus incapacidades para trasladarse , concretándose a alimentarlos y brindarles el cuidado que no les proporcionan en sus hogares. Esta situación provoca ansiedad al igual que estar separados de sus roles anteriores y de la interacción con la demás gente , aumentando la sensación de inseguridad y de incapacidad.

Dentro de estos síntomas que acarrea la vejez está la -- depresión y la ansiedad (que ya se mencionó) ante estímulos u objetos que causan miedo o que preocupan y se manifiestan con el sudor en las manos y agitación entre otros .

En base a lo anterior es necesario que el anciano siga interactuando con la sociedad y con la familia , haciendolo sentir útil y seguro , escuchandolo y dandole la importancia que se merece dentro del núcleo familiar participando en todos los roles de ésta , pues el sentir seguridad y cariño ,son 2 armas muy fuertes para seguir viviendo.

FUNDAMENTACION

Con todo lo mencionado anteriormente se derivan los siguientes Tratamientos .-

En el caso de una personalidad dependiente (Turkat and Carlson , 1984) , una mujer de 48 años presentaba renuencia después de que a su hija se le había diagnosticado diabetes.

Observación clínica condujo a la siguiente información , ansiedad por toma de decisiones independientes. Se encontró que la paciente era excesiva dependiente de otros y deficiente en -- comportamiento autónomo . De acuerdo con ellos, el Tratamiento se dirigió a modificar la ansiedad acerca de toma de decisiones independiente. El propósito de la presente investigación es reportar sobre un caso clínico que incluye la controversia de formulación de un tratamiento basado en datos versus sintomática.

La paciente , la Sra. S. , era una mujer caucásica de 48 años de edad

Fue referida al autor (Turkat and C, 1984) por su médico familiar 2 meses después de que a su hija se le había diagnosticado diabetes con dependencia de insulina. La Sra. S., presentaba los siguientes problemas de comportamiento .-

- 1) Insomnio : se despertaba y reflexionaba sobre lo terrible que era el que su hija fuera diabética .
- 2) Ansiedad en supermercados : reportaba que comprar alimentos le recordaba la condición de su hija .
- 3) Renuencia a leer material : cuando leía cualquier cosa a cerca de la diabetes
- 4) renuencia a las reuniones sociales : porque siempre le preguntaban como seguía su hija respecto a su enfermedad .
- 5) Ansiedad alrededor de su hija ; indicaba ponerse mas nerviosa al interactuar con su hija
- 6) Sentimientos depresivos : reportaba que cuando se sentía ansiosa también se sentía deprimida .

La paciente reportó numerosas situaciones de toma de decisiones que provocaban ansiedad e intentos por buscar reconfortamientos relacionados y no relacionados con la diabetes de su hija . Por ejemplo , comprar alimentos para la cena , comprar muebles , todo ello provocaba ansiedad e intentos de buscar reconfortamiento o confirmación en su esposo .

Se sentía mas ansiosa cuando la disponibilidad , por parte de su esposo se le negaba .

Evaluación de su educación temprana reveló la falta de toma independiente de decisiones de la paciente y ansiedad al respecto .

El padre de la paciente era ministro y la Sra. S. relataba que lo miraba con considerable resentido . Reportaba que su padre siempre le dijo

lo que tenía que hacer y no le permitía ser independiente en lo absoluto . Se veía al padre como jefe absoluto de la familia y responsable de toda toma de decisiones y se describió a la madre de la paciente como toda una subordinada .

Se le pidió a la paciente efectuar calificaciones diarias de sí misma en los puntos de la jerarquía usando una escala de 1-6 en donde 1 representaba no ansiosa y 6 representaba sumamente ansiosa . Se acumularon las puntuaciones durante 3 semanas .

La respuesta de la paciente al tratamiento fué evaluada por automonitoreo diario a los niveles de ansiedad , relevantes para la toma independiente de decisiones .

Así pues se enfatizó la práctica de técnicas de manejo de ansiedad.

Los nuevos puntos incluían situaciones en las cuales la paciente tenía poca experiencia o lineamientos para su comportamiento y requerían que tomara decisiones sin el consejo de otros . Con la ayuda del terapeuta la paciente desarrolló una jerarquía de 16 puntos . Ejemplos de puntos en esta incluían cosas como planear la comida únicamente con lo que había en el refrigerador , buscar apoyo de su marido al sentirse enferma , interactuar con gente que le pregunta acerca de la condición de su hija sin estar segura de que decir . Los resultados indicaron significativas diferencias en la ansiedad através de la línea base , tratamiento y seguimiento . Esto reveló que la paciente era capaz de manejar situaciones de toma independiente de decisiones , mas aún la paciente reportó no sentir mas la ansiedad , renuencias y síntomas de depresión que inicialmente experimentaba.

Los resultados de este estudio apuntan hacia la superioridad de la for

mulación basada en datos del tratamiento.

Así pues la formulación de este caso sugirió que la ansiedad acerca de toma independiente de decisiones era la responsable de los síntomas de la paciente , y así la modificación de este mecanismo dió como resultado una eliminación de síntomas que se mantuvo hasta 11 meses después del tratamiento.

Es importante para este tipo de síntomas confrontar al paciente con su problema , en este caso confrontar a la Señora X con la toma independiente de decisiones , procurando que ella sola tome parte y participe en lo que siempre se le había dificultado como es el hacer de comer con lo único que encontraría en el refrigerador ó decidir ir al mercado sola para preparar un menú diferente , en donde estaría incluyendo su iniciativa .

En cuanto al problema de su hija también es importante que la paciente interactuará con ella , pues ahí también estaba el problema , al no poder convivir con ella , sabiendo que tenía diabetes , y no soportar que le preguntaran sobre el estado de su hija . La paciente lo que hacía con esa actitud de esquivar a la gente , era salirse de lo que es la realidad , y al no enfrentarse al problema no podía encontrar la solución.

Esto puede ayudar a tener mas conocimiento de la persona - también ayuda a tener mas conocimiento sobre el problema , reduciendo la ansiedad y así poder buscar entonces alternativas de solución .

Por otra parte (Stanley, Grune y S., 1971) opinan en cuanto a la ansiedad creciente y formación de síntomas, que hay una relación directa entre el grado cuantitativo de ansiedad y la aparición de síntomas y signos psiquiátricos clínicos. Estos síntomas y signos son mecanismos de defensa secundarios. La palabra secundarios se utiliza por que la observación fué que la ansiedad es la respuesta clínica primaria al stress.

Existe un nivel creciente de ansiedad antes de la aparición de estos síntomas, los cuales parecen ser mecanismos automáticos de defensa psicológica secundaria cuyo propósito es contener o reducir el nivel de ansiedad primaria. Los mecanismos de defensa secundaria incluyen fenómenos clínicos comunes como fobias, hipocondrias, estados de conversión, estados compulsivos-obsesivos, problemas psicósomáticos, manifestaciones paranoides, ilusiones, alucinaciones y decepciones.

Si la fuente de stress se mantiene o aumenta en intensidad, el número de síntomas que se manifiestan aumenta. Parece ser que, al aumentar el nivel de ansiedad más y más los mecanismos de defensa secundarios entran en juego en un intento por disminuir la creciente ansiedad.

La naturaleza de estos mecanismos de defensa secundarios que aparecen como respuesta a los niveles crecientes de ansiedad esta relacionada con impresiones hereditarias congénitas y experiencias culturales pasadas. Con el desarrollo de un síntoma particular la ansiedad libre flotante puede ser mejorada parcial o completamente. Un síntoma psicósomático es rara vez el primero en el desfile de síntomas y signos.

Usualmente se desarrolla después de otros mecanismos de defensa secundarios. Típicamente las ilusiones y alucinaciones aparecen al final

de una serie de síntomas. La única excepción a esta observación fué en algunos pacientes catatónicos, cuyos primeros síntomas eran alucinaciones. (Stanley, Grune and Stratton, 1971)

Los estudios indicaron que la gran mayoría de los pacientes muestran esencialmente la misma secuencia de aparición de síntomas con cada ataque de ansiedad ya con el mismo tipo o tipos diferentes de stress severo. El número de síntomas manifestados parece depender aproximadamente del grado cuantitativo de ansiedad en ocasión. En un estudio en que 350 pacientes fueron seguidos durante el transcurso de psicoterapia en combinación con drogas psicotrópicas, 208 tuvieron 2 ó mas episodios en los cuales manifestaron arrebatos psiquiátricos severos y agudos. Estas observaciones pudieron compararse entre sí y con material en los historiales de los pacientes. Ciento cincuenta y uno (82.2) demostraron respuestas similares a los stress ambientales. El patrón de aparición de síntomas fué esencialmente el mismo para todos los pacientes. El conocimiento del patrón de aparición de síntomas es de importancia para el psicoterapeuta, ya que mientras mas pronto se observe a un paciente emocionalmente enfermo antes de la formación de mecanismos de defensa secundarios, mas facilmente responde al tratamiento. Así pues mientras mas síntomas eran evidentes mas líneas de defensa contra la situación provocadora de stress habían entrado en juego. Los mecanismos de defensa secundarios parecían trabajar por el método de contención de ansiedad, el cual, al tener éxito, prevenía un aumento subsecuente en la ansiedad. Las alucinaciones, en parte, parecieron funcionar de la misma manera. Por otra parte Wolpe (1983) comenta de varios métodos para reducir la ansiedad:

Uno de los métodos es la abreacción, que por medio de la -

cual se hace recordar acontecimientos desagradables para provocar respuestas intensas, estas respuestas son dadas también por la exposición a situaciones reales o imaginadas (Técnicas de sobresaturación) . Esta debe emplearse solo con estímulos provocadores de respuestas de ansiedad moderadamente-intensa que van a actuar en el paciente por largo tiempo hasta que disminuya

Es posible que la respuesta de ansiedad sea inhibida por la respuesta al Terapeuta . El sobresaturamiento se puede controlar con la desensibilización , la abreacción tiene éxito cuando se inhibe la respuesta de ansiedad mediante otras respuestas emocionales que la situación terapéutica induce en el paciente.

Según (Joseph Wolpe , opcit) las variantes de desensibilización pueden dividirse en 3 categorías : a) variantes técnicas del procedimiento estándar por conducta en un cuarto , b) respuesta alternativa contra ansiedad -- que se emplean con estímulos imaginarios y c) métodos que implican la utilización de fuentes exteroceptivas de ansiedad .

La esencia de la desensibilización sistemática es la presentación de estímulos imaginarios graduados a un paciente en estado de relajación .

Otro remedio para la reducción de la ansiedad es el condicionamiento de la respuesta de ansiedad que depende del condicionamiento directo de una respuesta inhibitoria de la respuesta de ansiedad ante una palabra estímulo neutro (calma) mediante el procedimiento de administrar un choque farádico continuo cuando previamente se le han dado instrucciones para que diga - en voz alta la palabra cuando desee firmemente que el choque -- eléctrico se detenga .

La terminación del choque eléctrico produce un sentimiento de alivio de la respuesta que se tuvo a la primera que -- al retirarse llega a condicionarse ante la palabra calma .

(Wolpe , opcit).

JUSTIFICACION

En base a todo lo comentado anteriormente, se piensa que esta investigación tiene una gran importancia, debido al desinterés y olvido que -- la sociedad muestra al anciano hoy en día .

Esta investigación puede ser de gran utilidad a las personas que tienen a su cargo los Asilos para ancianos, en esta pueden encontrar algunos puntos importantes que son alicientes para seguir viviendo y para -- prolongar su vida de una manera satisfactoria. Estos puntos importantes mencionados anteriormente son los siguientes:

El anciano requiere de interés, ayuda, paciencia, amor, libertad y -- atenciones. Tomando en cuenta estos puntos uno podrá comprender lo que pasa en su cuerpo y mente, el porque de su comportamiento, que pasa con su estado de ánimo, que es lo que mas les preocupa y los síntomas que -- acarrea su edad . De esta forma los Asilos podrán mejorar sus actividades y la forma de inducir al anciano a una vida feliz y prolongada.

MARCO TEORICO

Se han hecho varios estudios con personas de edad avanzada , en donde se han aplicado diferentes tratamientos , según los síntomas que distinguen a cada grupo .

Uno de estos estudios es el de las diferencias de edad y - sexo en la salud mental de personas mayores (Himmelfarb , 1984)

Este artículo reporta un estudio de la relación edad y sexo en una muestra de gran tamaño de personas de 55 años que era representativa de la población de Kentucky . Presenta datos sobre 3 medidas de autoreporte de sintomatología : ansiedad , depresión y una medida global de bienestar psicológico .

La edad y el sexo son consideradas con los efectos de otras variables correlacionadas con estas, que se mencionarán - posteriormente. La medida de ansiedad utilizada fué la del inventario de ansiedad - estado -rasgo . La escala contiene 20 puntos , en donde se pi de indicar como se siente generalmente en una escala de frecuencia de 4 puntos que va desde 1 casi siempre . hasta 4 casi nunca.

Las puntuaciones totales podían variar de 20-80 con una puntuación alta como indicación de gran ansiedad .

Como variables correlacionadas en los análisis estuvieron el estado-civil del respondente , su raza y si la residencia estaba en una área rural o urbana .

Se llevo a cabo un análisis de tendencias multivariado de Grupo de edad X sexo . Exámenes de tendencia univariados separados de la tendencia sexo X Grupo de edad lineal produjeron una interacción significativa en la medida de ansiedad . $F (1, 1866) = 3.91 , p \leq .05$.

El análisis indicó que las mujeres reportaron niveles mas altos de ansiedad , las diferencias entre ambos sexos fueron las mismas sin importar la edad . Sin embargo , la explicación de papeles sociales de las diferencias de sexo se centra dentro de las categorías de estado civil , con la diferencia mas grande predicha entre los casados $F (9, 4622) = 2.09 , p \leq .05$.

Así pues el efecto principal del sexo desaparece y la relación edad - salud mental cambia y depende del sexo de la persona .

Para los varones , los análisis de regresión mostraron que mala salud , falta de apoyo social y la ocurrencia de eventos no deseables en mayor número eran consistentes indicios de la salud mental .

Para mujeres en el rango de edad de 55 años los análisis de regresión múltiple sugieren que la edad ejerce un efecto lineal directo y negativo sobre la ansiedad , depresión y falta de bienestar psicológico .

Los presentes resultados tienen implicaciones para intervenciones -- que pudieran influir en la salud mental de la gente mayor . Los datos sugieren que la relación positiva edad - salud mental esta mediada principalmente por variables relacionadas con la salud física .

No existe tanta relación de la edad con el estado de salud mental sino mas bien la edad con el estado físico.

Así pues la diferencia entre los sexos no representa diferencias importantes , sino que son varias las causas que dan estas diferencias , tales como : la edad para las mujeres y la ma la salud para los hombres así como la falta de apoyo social.

Son factores que pueden tener mas influencia con la ansiedad y la salud mental de los mismos.

Otro tipo de tratamiento para reducir el nivel de ansiedad en los ancianos es la Terapia de Radiación (Anderson y Tewfik, 1985) . Esta investigación se diseñó para determinar diferencias individuales en las respuestas psicológicas a la Terapia - externa de radiación administrada como un intento curativo .

Los participantes incluyeron 27 varones y 18 mujeres pacientes con cáncer sometidos a un tratamiento completo definitivo de radioterapia externa (RT) a través de un hospital universitario grande.

Todos los pacientes eran ambulatorios y sus edades fluctuaban entre los 16 y los 79 años (varones $m=$ 55 años , mujeres , $m=$ 47 años.).

Los lugares para el tratamiento en los varones incluían cabeza y cuello , pulmón, hueso y próstata o colateral.

Las partes del tratamiento para las mujeres incluían : cabeza y cuello , pulmón , ginecológico , seno , riñon y colon.

La evaluación incluyó estimaciones antes y después de la radiación . Los síntomas de la ansiedad de rasgo y estado de los

sujetos después del tratamiento fueron : quejas somáticas y efectos colaterales del tratamiento.

Se utilizó el inventario de ansiedad estado-rasgo , es una escala de autoreporte para medir 2 distintos conceptos de ansiedad en adultos normales. La escala A rasgo contiene 20 oraciones que piden a los sujetos describir como se sienten , un intento para detectar diferencias individuales relativamente estables en la tendencia a la ansiedad. La escala A estado también consiste en 20 oraciones pero las instrucciones piden a los sujetos indicar como se sienten en un momento particular en el tiempo.

Antes del tratamiento el paciente llena una forma de sintomatología en una escala de 10 puntos.- 1) en lo absoluto , 5) moderado , 2) severa y 10) la presencia y severidad de fatiga , pérdida de apetito, dolor y cada uno de efectos colaterales de la radioterapia reelevantes para su lugar de tratamiento .

Los pacientes se quitan las ropas necesarias para exponer el área a ser tratada y el especialista alinea la máquina y coloca bloques de plomo para evitar la absorción de radiación a órganos vitales (riñones)

Los pacientes son observados a través de un circuito cerrado de televisión con pantallas en el tablero de control del especialista . El tiempo real del tratamiento varía entre 2 y 10 min. dependiendo de la dosis de radiación y del número de posiciones ó ángulos corporales requeridos . El tratamiento para todos los pacientes duró de 5 a 8 semanas.

La evaluación del post- tratamiento incluyó una breve entrevista con el paciente evaluando la sintomatología y reexaminando

inmediatamente después del último tratamiento del paciente.

Análisis de los datos revelaron que se reportaron aumentos en los malestares y efectos colaterales por parte de todos los pacientes al final de tratamiento.

Mas interesante es que se obtuvieron cambios significativos en ansiedad de estado de antes y después del tratamiento:

a) pacientes con un alto nivel inicial de ansiedad reportaron una reducción significativa , aunque siguieron siendo los mas ansiosos como subgrupo.

b) pacientes con un moderado nivel de ansiedad en el pretratamiento no reportaron aumentos significativos en la ansiedad de estado.

Así pues es necesaria la concientización de la persona sobre el mal que padece. Aceptando esta situación , la persona podrá dominar su grado de ansiedad , ya que esto ayuda para el proceso de su curación.

Por otra parte , otro de los tratamientos para reducir el nivel de ansiedad , es la Hidroterapia que moviendose en el agua puede producir un decremento de la ansiedad.

El presente estudio determina empíricamente que la hidroterapia (Levine , 1984) reduce fisiológicamente la ansiedad .

Diez mujeres y cuatro hombres siendo pacientes externos menores de 37 años de edad con diagnóstico dentro del rango de síndromes de ansiedad , participaron en el estudio .

Cada sujeto era particularmente sentado en una tina de --- agua cálida (1.82 m. diámetro, 1. 52 m. deep) con una temperatura de 38 °C. justo antes de un momento de sobresalto y después del sobresalto.

De hidroterapia se les daba de 10 a 15 min, donde hubo una decreción significativa (m, 17.29 : sd, 21.58 : T= 3.82, df= 13 , $p < .002$).

Así pues se sugiere que la hidroterapia tiene una reducción significativa del efecto de ansiedad.

Este tipo de tratamiento se puede extrapolar a sujetos con otro tipo de características como una fase de intervención en padecimientos de ansiedad agudos o crónicos.

Por otra parte se hizo un programa de Tratamiento de auto-ayuda para la ansiedad (Jannoun , Oppenheimer y Gelder , 1982) en donde las técnicas de terapia de conducta son utilizadas para tratar fobias y situaciones de estados de ansiedad.

El presente estudio investigará los efectos del tratamiento de manejo de ansiedad en reducción de síntomas de ansiedad de estudiantes voluntarios . Veinte pacientes ansiosos , 12 mujeres y 8 hombres referidos de la clínica psiquiátrica , tomaron parte en el estudio y se quejaban de una ansiedad moderada y ataques de pánico , 8 pacientes tenían síntomas de agorafobia - ansiedad , 6 de los pacientes referidos no fueron incluidos en el estudio , 2 tenían fobias específicas , 3 severos síntomas de depresión y uno fué excesivamente bebedor y se reusó al tratamiento.

Los pacientes fueron colocados casualmente a 1 de 3 grupos con diferencia en el largo tiempo que ellos tenían que esperar por el tratamiento . Los pacientes en los 3 grupos fueron asesorados por un psiquiatra (asesor independiente).

El tratamiento fué presentado a los pacientes como programa de autoayuda. Los pacientes son enseñados a inducir algo de ansiedad con imaginación mental y a tener control con una combinación de relajación muscular e imaginación mental.

Así los pacientes aprenden a controlar los síntomas de la ansiedad y reducir las situaciones que causan ansiedad como el hablar en público.

El principal componente en este Tratamiento fué :

- a) ser uno su propio monitor , los pacientes guardaban un record de su ansiedad uniforme y admisión de drogas.
- b) el folleto de instrucción : este explica el Tratamiento , la información acerca de la fisiología de la ansiedad y describe el uso y limitación de la droga ansiolítica.
- c) relajación de músculos e instrucción de audio-tape practicado en casa.
- d) control cognitivo .- los pacientes fueron enseñados a evocar imagenes y a romper en positivo la ansiedad - hablar con ellos mismos.

En la primera sesión, los procedimientos del tratamiento fueron explicados al paciente ;- ejercicios de relajación , tape - record fueron proporcionados y los pacientes fueron invitados a practicar en su casa por un mínimo de 30 min.

El folleto de instrucción fué también proporcionado y los

pacientes fueron impulsados a leer y un día antes de su siguiente cita a completar 3 listas de situaciones que provocaban ansiedad en donde tenían que asociar los sentimientos de relajación.

Como fase final el paciente practica una secuencia en que él o ella primero relaja sus músculos y luego imaginan escenas con provocación de ansiedad y al mismo tiempo probando el contrarrestarlo con una sugestión de relajación. Estas secuencias fueron repetidas 3 y 4 veces durante 3 sesiones continuas cada una de 30 a 45 min.

Los pacientes fueron instruidos para repetir frases que les tranquilizará a ellos mismos y a cambiar pensamientos negativos por pensamientos positivos. También fueron motivados a ayudarse a ellos mismos y a elogiar sus realizaciones.

Como medida de evaluación, el asesor usó el Hamilton para medir ansiedad y depresión. Y se reportaron resultados favorables en cuanto a la disminución de la ansiedad.

Así pues esta investigación con los resultados obtenidos ponen en evidencia la eficacia del tratamiento del manejo de ansiedad, siendo uno su propio monitor.

Así pues en base a lo anterior es importante estar preparados y aleccionados para manejar la ansiedad ante situaciones que nos alteran y que causan miedo. Siendo importante también aprender a relajar el cuerpo cuando está tenso y a cambiar las ideas negativas por ideas positivas, para una buena salud mental.

Por otra parte, otro de los tratamientos para reducir el nivel de ansiedad es la Terapia de Orientación a la Realidad (Guzik, 1983) que es especial para los ancianos , particularmente dentro de las Instituciones ,pues los pacientes -- hospitalizados se retiran de las interacciones sociales y finalmente dejan de interactuar hasta con ellos mismos.

La inactividad y decremento medio ambiental que resulta de esta situación del anciano , da pie a un proceso de deterioro mental (Barnes , 1974) en Guzik (opcit)

Así pues la Terapia de Orientación a la Realidad (ROT) se concibió como herramienta para el trabajo de pacientes geriátricos con graves pérdidas de memoria , confusión y desorientación y se basa en los principios de aprendizaje , consistencia y reforzamiento positivo. Su propósito fundamental es orientar al paciente en su propia identidad , así como en tiempo y espacio y enseñarlo a interactuar con otros. Se propone detener la confusión , desorientación y alejamiento social y así con todo esto alejar la apatía tan característica de los pacientes Institucionalizados.

Este tipo de terapia recomienda la ocupación de los individuos .

Dentro de estas Instituciones se debe de fomentar las actividades con las cuales las personas se sientan productivas y atraídas por la tarea que realizan , como por ejemplo: trabajos manuales , pintura y tejido , entre otras .

Así pues se puede decir que los diferentes tipos de tratamientos son muy importantes para el anciano .

Hay tratamientos de acuerdo a las necesidades de cada paciente , para así ayudar a contrarrestar las mismas , pero también es necesario que el paciente coopere y ponga de su parte para llevar a cabo de una manera correcta el tratamiento .

El paciente tiene que estar conciente del mal que padece y así de esta forma poder tomar parte en el estudio , sabiendo en donde tiene que ayudar , para su mejoramiento , pues el investigador no podrá hacer nada sin la ayuda y concientización de la persona .

Muchos padecimientos son ocasionados por el stress de la persona , la ansiedad y por la incapacidad de confrontarse con su problema , haciendolo cada vez mas grande .

Así pues es importante que el paciente aprenda a relajarse puede ayudar en gran parte el oír algún cassette con música relajante , pues ayudará a reducir de manera satisfactoria el stress y la ansiedad .

También es importante que la persona que vaya a aplicar dicho tratamiento este bien preparada y aleccionada para poder manifestar lo que se desea .

Dichos tratamientos ayudan a que el anciano pueda llevar una vida mas tranquila y que en un momento dado ellos puedan manejar sus problemas , siendo siempre positivos.

M E T O D O L O G I A

PROBLEMA

Efectividad del tratamiento de Autoayuda para reducir el nivel de ansiedad en el anciano Institucionalizado.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los cambios o diferencias en el comportamiento del anciano después de aplicar el tratamiento de Autoayuda.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1) Identificar cual es el nivel de reducción de ansiedad antes y después del Tratamiento de Autoayuda

HIPOTESIS:

1H1.- Si se aplica la terapia de Autoayuda entonces habrá una reducción en el nivel de ansiedad Estado en el anciano Institucionalizado.

2H1.- Si se aplica el Tratamiento de Autoayuda entonces reducirá el nivel de ansiedad Rasgo en el anciano Institucionalizado.

3Hi- No existe diferencia en relación al nivel de reducción de la ansiedad estado y ansiedad rasgo, antes y después de la Tera pia de Autoayuda.

DEFINICION DE TERMINOS:

Para efectos de esta investigación se darán las siguientes definiciones: 1) Ansiedad Estado. - se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivas y en un determinado grado de intensidad. (Ch. Spielberger, 1975)

2) Ansiedad Rasgo. - Es la ansiedad estable relativamente 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. (Ch. Spielberger, opcit)

3) Tratamiento de Autoayuda. - Se adiestra a la persona a identificar y a atender a la sugestión interna de ansiedad de ellos mismos, los pacientes son enseñados a inducir algo de ansiedad con imaginación mental y a tener un control con una combinación de relajación muscular e imaginación mental. (Jannoun, Oppenheimer y Golder, 1987)

DEFINICION O CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

Se reportará un caso de personalidad ansiosa, debido a que el resto de la población no aceptó participar en el Tratamiento.

Esta será una anciana del Asilo Quinta las Margaritas, ubicada en Ampliación Tepépan calle 5 # 18.

El número total de mujeres residentes es de 27 y el número total de hombres residentes es de 6.

DEFINICION DE SUJETOS:

Se reportará un caso de personalidad ansiosa, será una anciana

Institucionalizada, que presenta las siguientes características:

dependencia, poca tolerancia a la frustración, temor a la soledad, baja autoestima e inseguridad y problemas en la toma de decisión.

La escolaridad será mínima de preparatoria ó equivalente, nivel socioeconómico medio alto, no importará su estado civil tendrá que tener cuarto individual y tener un buen uso de su órgano de la vista, del oído y de sus facultades físicas.

DEFINICION DE INSTRUMENTO:

El instrumento que se utilizará en la presente investigación será: 1) El Test Idare para medir la variable dependiente (ansiedad estado y ansiedad rasgo). " La construcción del Idare inició en 1964 por el Dr. Charles Spielberger, Director y profesor del programa de psicología clínica y de la comunidad, Universidad del Sur de Florida E.U.A y Dr. Rogelio Diaz Guerrero investigador de la facultad de psicología en la U.N.A.M y presidente del Instituto Nacional de ciencia de comportamiento y de la Actitud Pública, A.C México, 1976 " (pag.22) del Manual del Test Idare.

La construcción de este instrumento, se hizo con la meta de desarrollar una sola escala que proporcionará medidas objetivas de evaluación tanto de la ansiedad estado como de la ansiedad rasgo.

Este instrumento es autoadministrable y puede ser aplicado ya sea individualmente o en grupo.

El inventario no tiene límite de tiempo y se deberá referirse al inventario y a sus escalas como el Inventario de Autoevaluación (pag.2) del Manual del Test Idare.

La validez del Idare se fundamenta en el supuesto de que el examinando entiende claramente que en las instrucciones que se le dan , en relación con el * estado * él debe reportar como se siente en este momento específico y que las instrucciones que se le dan en relación con el * rasgo * se le pide que indique como se siente generalmente . En el proceso de estandarización del Idare se aplicó primero la escala A- Estado (forma SXE) y enseguida la escala A-Rasgo (forma SXR) y este es el orden que se recomienda . El examinando responde a cada uno de los reactivos , llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo .

" La dispersión de posibles puntuaciones para el Inventario de Autoevaluación del Idare varía desde una puntuación mínima de 20 , hasta una puntuación máxima de 80 para las dos escalas ." (pag. 3)

Los sujetos responden a cada uno de los reactivos valorandose ellos mismo en una escala de 4 puntos . Las 4 categorías para la escala A-estado son :

- 1) No en lo absoluto
- 2) Un poco
- 3) Bastante
- 4) Mucho

Las categorías para la escala A-Rasgo son :

- 1) Casi nunca
- 2) Algunas veces
- 3) Frecuentemente
- 4) Casi siempre

Los primeros procedimientos de construcción del inventario fueron realizados fundamentalmente por los estudiantes Universitarios no graduados de la Universidad de Vanderbilt , se les aplico el Test Idare y los estudian

tes que recibieron el retest después de una hora , fueron expuestos sucesivamente durante el intervalo entre una y otra aplicación , a las siguientes condiciones experimentales :

" Un periodo breve de entrenamiento de relajación , una prueba difícil para medir el cociente intelectual y una película en la cual se presentaron accidentes en los que se produjeron lesiones graves o la muerte de los participantes . "

" Las correlaciones de Test-retest para la escala ansiedad Rasgo , fueron bastante altas variando desde .73 para un intervalo de 104 días , a .86 , mientras que las correlaciones para la escala ansiedad Estado fueron relativamente bajas , variando desde .16 a .54 con una mediana para las correlaciones de sólo .52 para los 6 subgrupos. Las correlaciones bajas para la escala ansiedad estado fueron anticipadas desde luego , ya que una medida válida de ansiedad estado deberá reflejar la influencia de factores situacionales únicos que se presenten en el momento del examen ("pag. 9) .

Una evidencia adicional acerca de la consistencia interna de las escalas del Idare ha sido obtenida a través de correlaciones de reactividad contra escala calculadas para las muestras de estudiantes universitarios y de bachillerato . " La correlación mediana de reactivo contra escalas en ansiedad estado , fué de .55 para los estudiantes de bachillerato , .45 para los estudiantes del primer año de Universidad y .55 para los estudiantes Universitarios no graduados . Las correlaciones de reactivos contra escalas correspondientes de la subescala ansiedad Rasgo , fueron de .54 , .46 y .53 respectivamente . " (pag. 9)

" Para mas de la mitad de los reactivos de cada escala , las correlaciones de reactivo contra escala fueron de .50 o mas altas . Todos excepto uno de los reactivos de ansiedad rasgo y 18 de los 20 reactivos de ansiedad estado , obtuvieron una correlación de reactivo contra escala de .30 o mayor"

Los coeficientes de confiabilidad alfa son mas altos para la escala de ansiedad estado , cuando esta es aplicada bajo condiciones de tensión psicológica .

La confiabilidad Test-retest (estabilidad) de la escala ansiedad rasgo del Idare es relativamente alta , pero los coeficientes de estabilidad para la escala ansiedad estado del Idare tienden a ser bajos , como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales . Tanto la escala ansiedad rasgo como la escala ansiedad estado tienen un alto grado de consistencia interna "(pag. 9) .

Para determinar la correlación entre las escalas ; bajo condiciones experimentales diferencialmente tensionantes , la escala A- Rasgo fue aplicada al principio y al final de una sesión de exámen psicologico en la cual se expresan estudiantes universitarios a cantidades variables y a distintos tipos de tensión experimental . La escala A- estado fué aplicada en cuatro ocasiones durante la misma sesión . "Para las mujeres , las correlaciones entre las escalas de A- estado y A- rasgo , variaron entre .11 y .53 con una correlación mediana de .30 . Las correlaciones correspondiente para los varones entre .37 y .67 con una correlación mediana de .74" (pag11) 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 peligros físicos . Los cambios en ansiedad estado provocados por amenazas de peligro físico aparentemente no están relacionados con el nivel de ansiedad rasgo . Las correlaciones de A- estado con A- rasgo tienden a ser ligeramente mas altas cuando las escalas del Idare son aplicadas una inmediata mente después de la otra , en la misma sesión de exámen , pero tales corre

laciones son marcadamente menores si los sujetos son expuestos o amenazados con algún tipo de peligro físico.

Una evidencia respecto a la validez de locuciones de la escala A- Estado, existe para una muestra de 977 estudiantes no graduados de la Universidad Estatal de Florida. A estos estudiantes se les aplicó primero la escala A-Estado con las instrucciones estándar (condición normal). En seguida se les pidió que respondiesen de acuerdo con la forma que ellos creyeran que se sentirían inmediatamente antes de un examen final en uno de los cursos más importantes.

" La calificación promedio para la escala A-estado resultó considerablemente más alta en la condición examen que en la condición de norma, tanto para los hombres como para las mujeres.

Además todos excepto uno de los reactivos decrecieron significativamente entre estas condiciones para los hombres, y todos los reactivos fueron significativamente más altos en la condición de examen para mujeres. El grado hasta el cual cada uno de los reactivos reflejó diferencias en A-Estado evocadas por las dos condiciones experimentales queda definido por la magnitud de la correlación. "(pag.10)

2) Tratamiento de Autoayuda:- Los pacientes son enseñados a inducir algo de ansiedad con imaginación mental y a tener un control con una combinación de relajación muscular e imaginación mental. El paciente, con audiotape hará en casa una secuencia en que él o ella primero relajará sus músculos al oír el audio-tape que contendrá música tranquila para descansar en donde junto con la música se irá pidiendo al paciente que relaje cada uno de sus músculos. Mantendrán los ojos cerrados para hacer más efectiva esta relajación desde la parte superior del cuerpo hacia la parte inferior como escalafón.

La paciente posteriormente imaginará escenas con provocación de ansiedad y al mismo tiempo provar el contrarrestarlo y llevando un aliento profundo como una sugestión por relajación.

Estas secuencias serán repetidas 3 y 4 veces durante 3 sesiones contínuas cada una con 30 - 45 min., y será instruída para repetir frases que le tranquilicen y pueda cambiar pensamientos negativos por pensamientos positivos, con reforzamiento y motivación.

DEFINICION DE PERSONAL:

Pasante de la carrera de Psicología, egresada de la Universidad del Valle de México, la misma es quien propone la siguiente investigación:

Tratamiento para reducir el nivel de ansiedad en un anciano Institucionalizado. El participante tendrá un papel activo en la investigación .

Se procederá a la aplicación del Test Idare para medir el grado de ansiedad una vez teniendo la muestra que será de una anciana.

Posteriormente se aplicará nuevamente el Test Idare para ver la eficacia del Tratamiento de Autoayuda en la reducción de la ansiedad.

Se utilizará como medida de control para no influir en el resultado del anciano, el apoyo de una persona externa para aplicar y calificar el Test Idare.

M E T O D O

DISEÑO DE INVESTIGACION:

El diseño que esta investigación requiere para la muestra que está formada por una anciana Institucionalizada será Pre-post para un caso de Personalidad Ansiosa. La definición de este diseño la retomaremos de F. Kerlinger, (1975) y dice: Un grupo es - medido en la variable dependiente y antes de cualquier manipulación experimental, a ello se le denomina Preprueba y Postprueba después de la manipulación experimental.

Si la manipulación experimental a producido un efecto real, se manifestará con creces sobre el efecto regresivo.

En consecuencia, si la conducta del anciano difiere en la - posprueba, se deberá a la manipulación experimental.

VARIABLES:

Como variable Independiente:-

Tratamiento (va a depender de los puntajes que se obtengan al reaplicar el IDARE de ansiedad rasgo y ansiedad estado, al final del tratamiento.

El investigador tendrá que estar aleccionado para aplicar dicho trata - miento. El sujeto igualmente tendrá que estar capacitado para que pueda - llevar a cabo dicho tratamiento.

Como Variable Dependiente:

Ansiedad (de acuerdo a la puntuación obtenida por mi muestra (que es 1) en el instrumento IDARE de ansiedad estado y ansiedad rasgo, antes del Trata - miento).

Como variables controladas:

1) El ambiente de trabajo: el estudio será en el asilo para ancianos Quinta las Margaritas, controlando el ruido, condiciones de luz, sexo y edad.

Será una mujer anciana de edad entre los 70 y 80 años de edad. 2) Se con - trolará una escolaridad mínima de preparatoria ó equivalente. 3) Se controlará el nivel socioeconómico medio alto 4) la participante tendrá que tener cuar - to individual.

CONDICIONES EXPERIMENTALES O AMBIENTALES:

Las condiciones en que se pretende desarrollar la siguientes investigación será en el Asilo Quinta las Margaritas, ubicada en Ampliación Tepepán calle 5 número 18 y las condiciones serán las siguientes:

Se ocupará para la aplicación del tratamiento un salón en donde se pueda - colocar el material de trabajo.

El Asilo es para personas de un nivel socioeconómico medio alto, en donde

cuenta con todos los servicios de agua, luz, comida, teléfono y actividades recreativas.

El Asilo es ocupado y atendido por madres del Sagrado Corazón de Jesús tendiendo personas encargadas para hacer las labores de la limpieza.

El Asilo cuenta con un jardín, 3 áreas de descanso, pasillos, cuartos individuales, cuartos colectivos, cocina, comedor, baños, áreas de juego y auditorio en donde se llevan a cabo eventos y misas.

PROCEDIMIENTOS:

Esta investigación está diseñada para ser realizada en las siguientes etapas:

- 1) Contactar las Instituciones.- Asilo Quinta las Margaritas, en donde se solicitará que se brinden todas las facilidades posibles para el desarrollo de la investigación.
- 2) Contactar con el anciano.- Una vez contactada, la investigación procederá a la entrevista con el anciano para ganar su confianza y así pueda colaborar mejor con el investigador.
- 3) Se le aplicará el Test Idare para medir ansiedad estado y ansiedad rasgo.
- 4) Se procederá a la aplicación del Tratamiento de Autoayuda.
- 5) Se aplicará nuevamente el Test Idare para ver la eficacia del Tratamiento en cuanto a la reducción de la ansiedad.
- 6) Recabada esta información se procederá a efectuar resultados y conclusiones.

Apliqué un Sistema Estadístico consistente en tomar el 80 como punto máximo y el 20 como mínimo derivandose la media de 50 en relación a estos 2 parámetros. Los Resultados se presentarán en gráficas que muestran el Comportamiento de la paciente durante el período de Tratamiento.

RESULTADOS

La gráfica #1 muestra la duración de cada una de las sesiones del tratamiento de Autoayuda, estas dieron comienzo el día 28 de Noviembre y finalizaron el 29 de Diciembre.

Se muestra que durante el Tratamiento, el tiempo de la sesión fluctuó de 20 min. a 60 min. Se observa un ascenso en la duración de las sesiones de los primeros 11 días, llegando a un máximo de 45 min. en este período.

Durante los días 9 al 20 de Dic. se concentró la parte más importante del tratamiento en donde un gran número de sesiones tuvieron una duración de 50 a 60 min. Y se muestra un descenso en las últimas 7 sesiones con un tiempo min. de 20 min. , lo que nos hace suponer una mejoría de independencia y seguridad en la parte final del tratamiento.

Por otra parte la Gráfica # 2 muestra la media general de 39.6 del tiempo de las sesiones del tratamiento de autoayuda.

Se muestra arriba de la media 15 días trabajados con un tiempo min. de 45 min. y un máximo de 60 min., posteriormente por debajo de la media los siguientes 15 días con un tiempo min. de 20 min. y un máximo de 40 min. , lo que hace suponer que se trabajó con el tiempo promedio. Y las sesiones que se encuentran por arriba de la media son aquellas de mayor duración y en donde se concentró el trabajo más importante.

Por otra parte la gráfica # 3, muestra la media del tiempo trabajado durante 3 períodos de 10 días que da un total de 30 días.

Se pretendió formar estos 3 grupos para mostrar los cambios en

el tiempo trabajado durante el tratamiento de autoayuda.

El primer período consta del día 28 de Noviembre al 7 de Dic. con un tiempo mín. de 20 a un max. de 45 min. y la media de 29.5

El segundo período fué del día 8 al 17 de Dic. con un tiempo mín. de 15 min. a un max. de 60 min. y la media de 47.0.

El tercer período consta del día 18 al 29 de Dic. con un tiempo mín. de 20 min. a un máximo de 60 min. y la media de 42.5.

Lo que nos hace suponer que en el segundo período se concentró la parte mas importante del tratamiento siendo el lapso base de mayor dependencia y en donde se requirió de mayor tiempo para su realización.

La gráfica # 4, muestra una comparación entre las 3 gráficas anteriores:

- 1) Duración de las sesiones durante el tratamiento de autoayuda
- 2) Media General de la duración de las sesiones durante el tratamiento de Autoayuda
- 3) Media de la duración de las sesiones por periodos de 10 días

Esta gráfica permite evaluar las diferencias entre la media general y las medias por períodos de 10 días, y puede ser interpretada como una línea de tendencia ascendente llegando al punto máximo de dependencia y posteriormente un descenso en la duración de las sesiones : por lo tanto una notable mejoría.

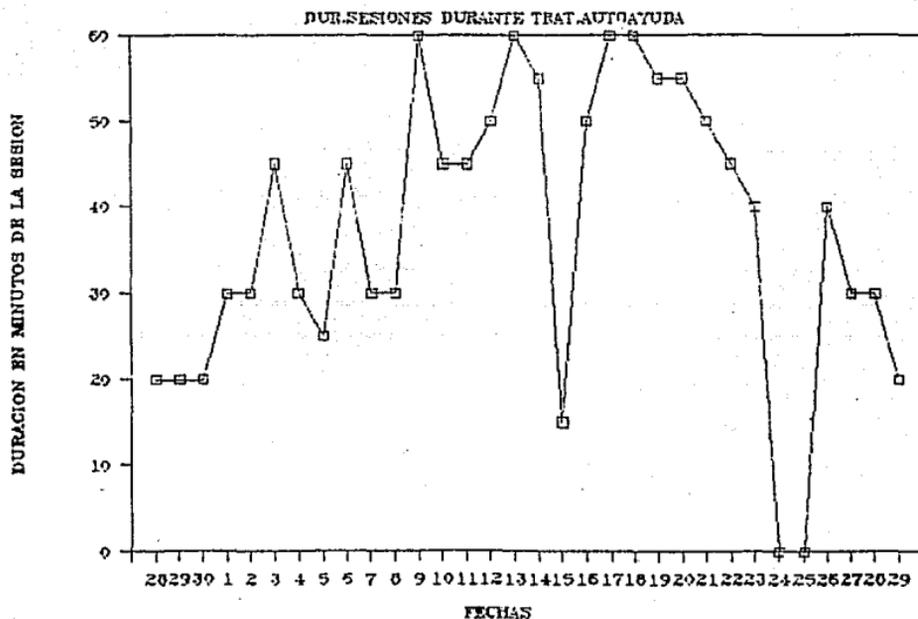
La gráfica # 5, muestra el número de tomas de decisión por sesión durante el tratamiento de autoayuda.

Al parecer los días que se muestran, en donde hubo alguna manifestación de toma de desición tienen cierta continuidad.

Entre esos días, 12 tuvieron el mismo número de manifestaciones, por lo tanto, el mismo porcentaje de 5.6%, sin embargo, el 14 de Diciembre manifesto un mayor número de tomas de decisión con

un porcentaje de 33.3% durante el segundo período de 10 que muestra la gráfica # 3, en donde se concentró el trabajo mas importante del tratamiento con mayor duración . Tales resultados nos hacen suponer de una cierta mejoría en la paciente, impulsados por dicho tratamiento.

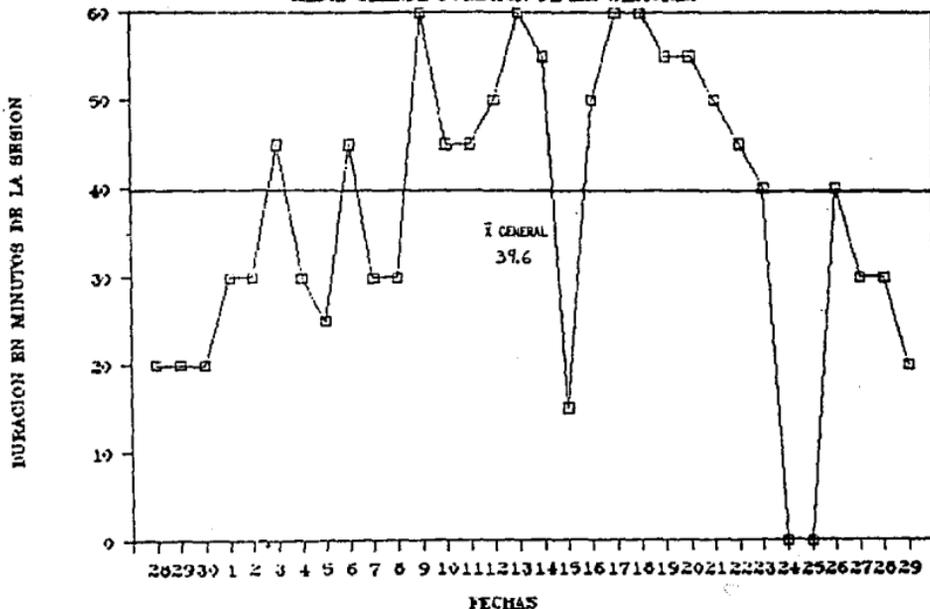
GRAFICA 1



Esta gráfica muestra, la duración del total de sesiones durante el tratamiento de Autoayuda. Se observa al inicio de este un ascenso del tiempo y se concentra la parte mas importante del tratamiento del día 9 al día 22 marcando posteriormente un descenso que demuestra mejoría en independencia y menos demanda de atención

GRAFICA 2

MEDIA GRAL. DE DURACION DE LAS SESIONES

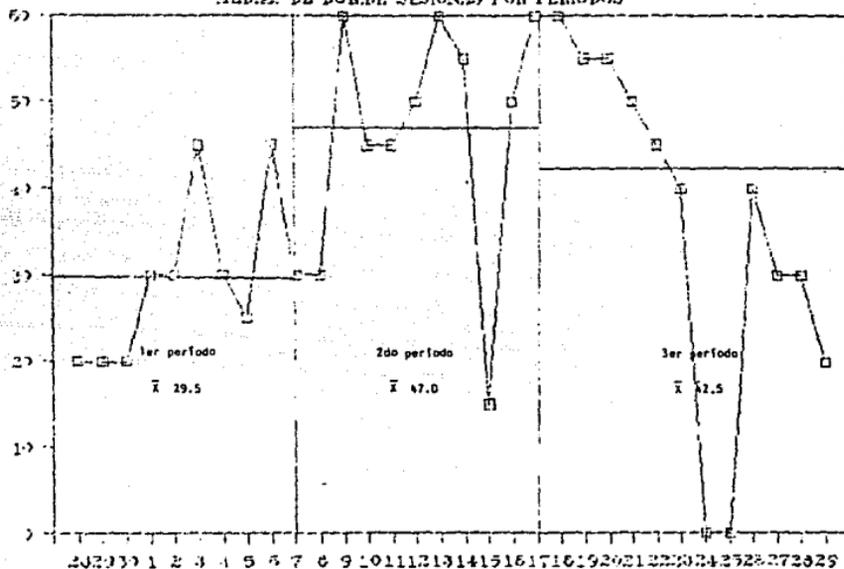


Esta gráfica muestra la media general de la duración de las sesiones del tratamiento de Autoayuda. Se muestra en una mayoría de sesiones una duración de tiempo de 40 a 60 min. siendo la media general de duración de las sesiones de 39.6

GRAFICA 3

MEIAS DE DURACION DE SESIONES POR PERIODOS

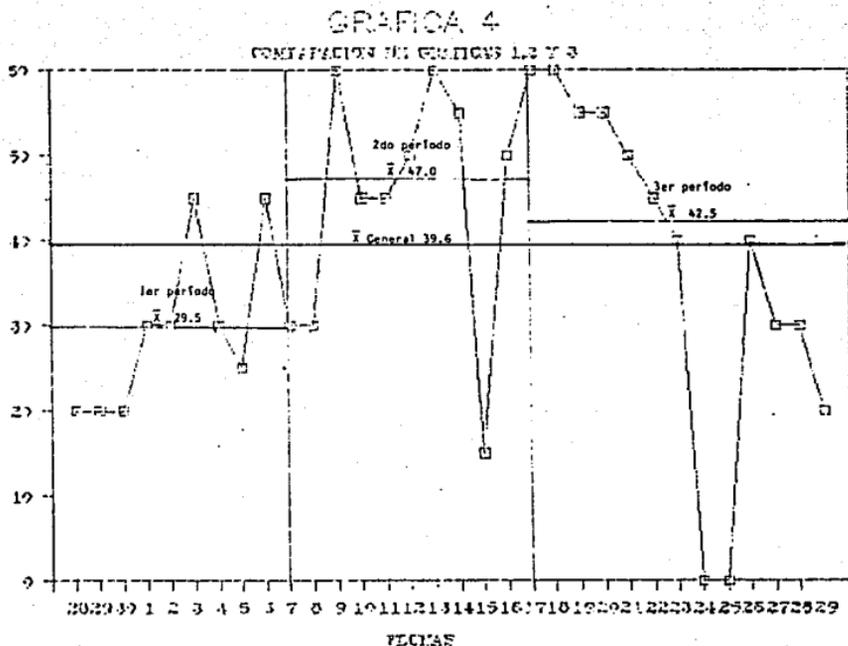
DURACION EN MINUTOS DE LA SESION



ELCIAS

Esta gráfica muestra la media del tiempo trabajado por periodos de 10 días, donde se muestra la duración de tiempo mas largo en el 2º periodo de 10 días y después un descenso de la misma, en donde el tiempo demandado por el anciano disminuye = cada día.

DURACION EN MINUTOS DE LA SESION

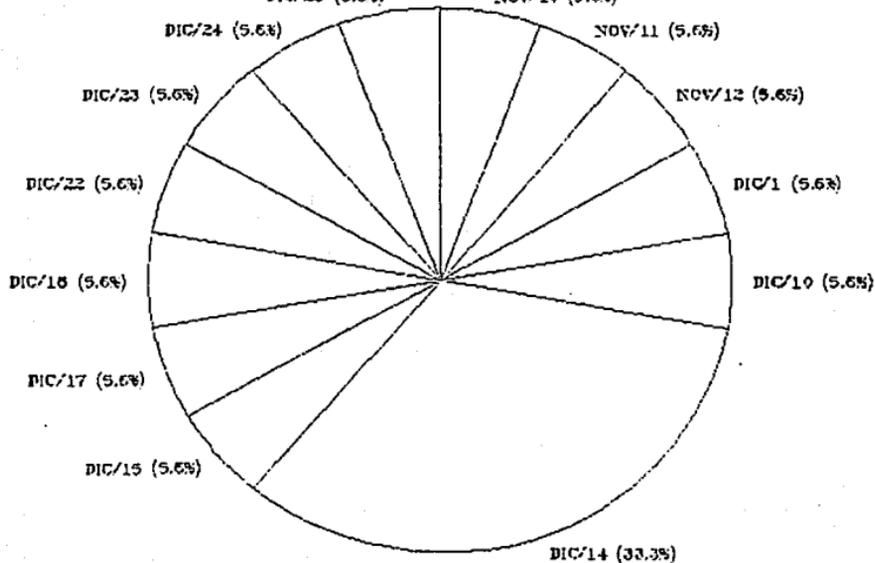


En esta gráfica se muestra una comparación entre las 3 gráficas anteriores :

- 1) Duración de las sesiones durante el Tratamiento de Autoayuda
- 2) Media General de la duración de las sesiones durante el Tratamiento de Autoayuda
- 3) Medias de la duración de las sesiones por periodos de los 10 días durante el Tratamiento de Autoayuda que permite evaluar las diferencias entre la media general de las sesiones del tratamiento y las medias por periodos de 10 días.

GRAFICA 5

NUM. DE TOMAS DE DECISION
DIC/25 (5.6%) NOV/10 (5.6%)



Esta Gráfica muestra el número de tomas de decisión por sesión .

ANALISIS DE RESULTADOS

La paciente es una anciana de 70 años de edad, nacida en Cuba y hace ya algunos años que logro salir de su país natal, debido a la forma de vida que se llevaba . Contrajo matrimonio con un Cubano, fallecido actualmente y a partir de ese momento ella ingresa al Asilo. Su única hija falleció con su esposo en un accidente - automovilístico, dejando a un niño de 16 años de edad , a una niña de 15 años de edad y a un menor de 13 años de edad, quienes han permanecido hasta hace un tiempo en casa de la abuela paterna y por incompatibilidad de caracteres salieron de ahí para regresar a su antigua casa siendo atendidos por su nana . Al parecer son chicos independientes que se comunican con la paciente pero no demandan sus atenciones, tales situaciones crean en la anciana sensaciones de malestar y ansiedad que a su vez generaban síntomas de dependencia, inseguridad y una innadecuada toma de desición, manifestando estos males en su comportamiento diario, cabe mencionar la falta de adaptación al asilo, la falta de interacción con sus compañeras, insomnio e inestabilidad emocional al saberse lejos de tener la responsabilidad de sus nietos.

El presente estudio persigue como objetivo, probar la eficacia del tratamiento de autoayuda en la reducción de la ansiedad.

El ritmo de trabajo que se siguió para alcanzar dicho objetivo fué de 30 dias con un tiempo que fluctuó de 20 a 60 min., según el tiempo programado para cada sesión y para las necesidades que se presentaban y que a su vez ella demandaba.

El inicio del tratamiento fué del día 28 de Noviembre al 7 de

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Diciembre y se basó en la aplicación del Test Idare, la presentación del tratamiento, el material (cassette con música clásica relajante) y las manifestaciones de inquietudes del anciano y ensayos de posición y de respiración para la relajación.

Del día 8 al 18 de Diciembre se trabajó mas arduamente en las bases del tratamiento y las actividades mas reelevantes fueron las siguientes :

1) Ejercicios de respiración con la ayuda del cassette que motivara a la relajación . Para este ensayo , las instrucciones fueron : respirar profundamente, controlando la inhalación y exhalación, procurando una mayor oxigenación al controlar el aire paulatinamente.

También se hicieron ensayos de relajamiento dirigido con la -- ayuda del cassette, en este ensayo, las instrucciones fueron tensar los músculos de la cabeza, tronco, cadera y músculos de brazos y -- piernas y posteriormente se le pidió. relajar dichos músculos en el mismo orden en que se tensaron .

Este tipo de relajamiento fué dirigido con el propósito de motivar al anciano a asimilar los pasos de dicho relajamiento y en un futuro pueda ser autoaplicable en su vida y en los momentos que se -- crean convenientes. Tales ejercicios ayudan a mantener el cuerpo -- relajado siendo un buen paso para procurar una sana higiene mental.

Por otra parte, cualquier actividad realizada por el anciano era reforzada por el investigador procurando que ella tambien elogiara sus logros.

También se hicieron algunos ensayos de relajamiento autodirigido con y sin la ayuda del cassette para que pudiera ser autoaplicable en los momentos necesarios, fuera de las horas de trabajo.

Durante este período de trabajo el anciano manifestó con men-

sajes verbales y no verbales, sensaciones de alivio y tranquilidad , sentía tener mas capacidad para tomar ciertas decisiones y manifestó no sentirse sola e integrarse con sus compañeras de asilo y convivir con los que forman la otra parte importante de su familia fuera del Asilo (nietos)

La paciente fué manifestando diferentes tomas de decisión, de acuerdo a sus necesidades cotidianas :

Jueves 10 de Nov.: Platifico con sus nietos

Viernes 11 Nov : Comentó tener la inquietud de platicar su vida en Cuba

Sábado 12: Fué la misma plática

Viernes 1 Dic: Manifestó sentir una sensación de alivio y bienestar

Miércoles 14 Dic.: Tomo la iniciativa de llamar a sus nietos y comer con ellos, manifestó inquietud por integrarse con sus compañeras del asilo, comentó también el desear apegarse mas a la religión, así como asistir a los Rosarios que se imparten en la capilla y por las noches leer un libro.

Jueves 15 Dic.: Se integró con sus compañeras a un juego de mesa

Sabado 17 Dic: Fué a misa

Domingo 18 Dic: Fué a misa y posteriormente la hora de visita en la que asistieron sus nietos

Jueves 22 Dic: Se platicó a cerca de la importancia de ser abuela

Viernes 23 Dic: Se inicio con una lectura

Sabado 24 Dic: Navidad con sus nietos

Domingo 25 Dic: La paso con sus nietos

Así pues durante este período en donde se requirió de mas tiem

po para llevar a cabo el objetivo del tratamiento, se presentaron el mayor número de tomas de decisión y posteriormente en la 3ra parte del tratamiento empieza a declinar en cuanto al tiempo, demandas de atención y dependencia - lo que hace suponer que hubo una cierta mejoría.

En resumen, el total de ejercicios de relajamiento muscular con cassette, fueron 3 :-

1) Ejercicios Autodirigidos de relajamiento muscular con cassette = 2

2) Ejercicios Dirigidos de relajamiento muscular con cassette y asociando -- situaciones de ansiedad , contrarrestandolo con la relajación = 4

Ejercicios Autodirigidos de relajamiento muscular sin cassette = 3

Ejercicios Autodirigidos de relajamiento muscular sin cassette y asociando - situaciones de ansiedad y probando el contrarrestarlo con la relajación = 2

3) Ejercicios de Yoga (respiración) fueron 3 con cassette y 3 - sin cassette . Y el total de dias en lo que se trabajaron con mas de un ensayo por sesión relajando músculos en forma dirigida y sin cassette = 13

Tales resultados nos confirman que el anciano es ansioso al ver reducido su lugar en la sociedad, en la familia y por sentir que poco a poco las partes físicas y mentales de su cuerpo se -- van deteriorando cada día, manifestandose en su estado de ánimo.

Tales situaciones incrementan su inseguridad , su dependencia y depresión, pero bajo un ritmo de trabajo constante y la colaboración del anciano, se puede lograr resultados satisfactorios como los mostrados en la presente investigación, en el que se redujo la ansiedad de la siguiente manera:

Test Ansiedad Estado 63 (ver anexo 1) Test Ansiedad Rasgo 59

Re Test Ansiedad Estado 30 (ver anexo 2) Re Test Ansiedad Rasgo 31

Estos datos confirman la eficacia del Tratamiento de Auto--ayuda en la reducción de la ansiedad.

CONCLUSIONES

De los resultados descritos se derivan algunas consideraciones.

Es recomendable un tratamiento que se maneje en forma continua y que permita a la persona superar los síntomas de ansiedad, ejemplo: la soledad, depresión, inseguridad y dependencia, así ayudará a tener mejores resultados en la reducción de la ansiedad y ayudará a prolongar su vida en mejores condiciones.

De acuerdo a lo que comenta Juiner (1980), es importante tomar en cuenta que para el anciano, el separarse de sus roles anteriores y dejar de tener la importancia que tenía dentro de la sociedad y de la familia, son motivos para acrecentar su ansiedad.

Por estas razones, es conveniente que dentro de una casa hogar, haya una o unas personas que ayuden al anciano a la adaptación de su medio, aceptando su realidad y vivirla en forma mas adecuada. También se recomienda, cualquier tipo de actividad que sea de su agrado, siendo esto un buen tratamiento para despejar su mente y para incrementar la confianza y seguridad en ella misma.

Así pues, es necesaria, la relación con una persona que procure la adaptación e independencia ajena al medio al que viven y dirigiendo la dependencia hacia el medio que actualmente les pertenece, procurando también la buena relación e integración entre ellas mismas.

Por otra parte, retomando lo que comenta Juiner en 1980 los asilos no deben concretarse exclusivamente a alimentarlos y brindarles el cuidado que no les proporcionen en sus hogares, sino que es importante transmitirle al anciano y en particular al anciano de reciente ingreso, un cálido ambiente entre todas las integrantes y así este podrá sentirse parte de una familia a la que acaba de integrarse,

así como el estar consciente de que ese será su nuevo hogar, al que tendrá que querer y cuidar.

Según (Jannoun, Oppenheimer y Gelder, 1982) opinan haber obtenido buenos resultados en el estudio que realizaron de tratamiento de Autoayuda para la ansiedad en donde se investigó los efectos del tratamiento de manejo de ansiedad en reducción de síntomas de ansiedad en Estudiantes voluntarios.

Dichos voluntarios ansiosos aprendieron a tener un control cognitivo en cuanto a evocar imágenes y a romper en positivo la ansiedad es decir hablar con ellos mismos y asociar los sentimientos de relajación a las situaciones que provocaban ansiedad. Y de esta forma podrían tener un mejor control de las situaciones estresantes, siendo mas positivos y realistas, esto los llevará a una buena salud Mental y por consiguiente una vida mas prolongada y agradable.

Dichos resultados apoyan la presente investigación en donde la finalidad principal fue comprobar que el tratamiento de Autoayuda es eficaz y puede lograr buenos resultados en la reducción de la ansiedad.

B I B L I O G R A F I A

- 1) Andersen B. and Tewfik, H. Psychological reactions to radiation Therapy: Reconsideration at the adaptive aspects of anxiety. Journal of Personality and Social Psychology, 1985, vol. 48, 4, 1024 - 1032.
- 2) Appley M.H. y Cofer C.N. Psicología de la Motivación, México editorial trillas, 1963.
- 3) Arnold Eysenck y Meili. Diccionario de Psicología 1 A-E editorial rioduero, 1974.
- 4) Barlow D., Cohen A., Waddell M., Vermilyea B., Klosko J., Blanchard E., Panic and generalized anxiety disorders: Nature and Treatment. Behavior Therapy, N.Y., 1984, 15, 431-449.
- 5) Buompadre A. Ma. Psicoterapia de ancianos (tesis para obtener el grado de maestría en Psicología, Universidad Iberoamericana) México D.F. Junio, 1978.
- 6) Butler G., Cullington A., Munby M., Amies P., and Geld M., Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology Oxford 1984 vol. 52, 4, 642-650.
- 7) Busse E., W., and Blazer. Demencia Degenerativa Primaria Handbook of Geriatric Psychiatry N.Y., 1980.
- 8) Domínguez G., Ma., C., El Aislamiento en los Ancianos (tesis Universidad Iberoamericana) México D.F., 1983.
- 9) Fromme A., Psicología de la Angustia, México, editorial pax, 1973.
- 10) Fuentes Aguilar R., Teorías sobre el envejecimiento. Salud y Vejez. México D.F., editorial el Caballito, 1978.

- 11) Galton L., Miller B., Simond and Schuster. Senility. The Family Book of Preventive Medicine. N.Y., 1972.
- 12) Gerard I., and Kelian H., Algunos Aspectos Psicofisiológicos y Sociales de la Vejez para una mejor comprensión del Jubilado. (tesis, Universidad Ibero Americana) México, 1982
- 13) Greenwell J., L., Revisión Teórica de la Angustia - Ansiedad (tesis en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México) México D.F., 1976.
- 14) Guzik G., N., E., El anciano, Consideraciones acerca de su manejo Psicoterapéutico. (tesina en Psicología) México D.F., Septiembre, 1983.
- 15) Harman, Denham. Nutrición Geriátrica. México D.F., 1981.
- 16) Himmelfarb S., Age and sex differences the mental health of older persons. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Kentucky, 1984, 52, 5, 844-856.
- 17) Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1988.
- 18) Jannoun L., Oppenheimer C., and Gelder M., A self treatment program for anxiety: State patients. Behavior Therapy. 1982, 13, 103-111.
- 19) Juineñ. Problemas sanitarios del adulto. Higiene del individuo y de la comunidad. 2da edición.
- 20) Kastebaum R., Vejez, Años de Plenitud editorial la Psicología y Tú, 1979.
- 21) Levine B., A., Use of hidrotherapy in reduction of anxiety. Psychological Reports. N.Y., 1984, 55, pág. 526.

- 22) Marchais P., Procesos Patológicos en el Adulto., ediciones científicas, la Prensa Medica Mexicana, 1981.
- 23) Murga R., del V., y Oguin P., La educación de la sexualidad humana. Individuo y Sexualidad. Consejo Nacional de Población, vol. 3. 1982.
- 24) Natham, Peter E., and Harris S., L., Estudios experimentales de neurósis. Psychopathology and Society., 1975.
- 25) Ojeda A., L., A., Psicoterapia Geriátrica. (tesina en Psicología, Universidad Iberoamericana) México, 1983.
- 26) Padilla C., R., El origen de la angustia en 3 diferentes enfoques psicológicos. (tesis en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México) 1977.
- 27) Plaza and Janes. Enciclopedia de la Psicología. Psicología General. editores Plaza and Janes, tomo I, 1978.
- 28) Spielberger Ch., and Sarason I., The concept of anxiety. Stress and Anxiety. vol. 5, 1978.
- 29) Stanley, Grune and Stratton. Mounting anxiety and symptom - formation. Anxiety, Its Components, development and Treatment. N.Y., and London, 1971.
- 30) Suárez A., C., Estereotipos sociales sobre la ancianidad (tesina, Universidad Iberoamericana) México, 1984.
- 31) Trujillo Cerna Ma., Antonieta y Morales Virgen Ma., C., La Ancianidad en Pacientes con Tuberculosis y con enfermedades Pulmonares Obstructivas crónicas, Hospitalizados y Ambulatorios. (universidad Iberoamericana, tesis) México D.F., 1985
- 32) Turkat I., D., and Carlson Ch., Data-Based versus symptomatic formulation of treatment: The case of a dependent personality Behavior Therapy and Exposure Psychiatric. Gran Bretaña 1984

vol. 15, núm. 12, 153-160.

- 33) Tyler L., E., Estudios de Hombre, Psicología de la Diferencias Humanas. editorial Marova, 1978.
- 34) Wolman B., Anxiety and conditioning. International Encyclopedia of Psiquiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology. vol. 2, AM-BY, 1977.
- 35) Wolpe J., Práctica de la Terapia de la Conducta. editorial Trillas, 1983.
- 36) Wolterick and Heinz. La Vejez Segunda Vida del Hombre. editorial Fondo de Cultura Económica, 1962.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigom, L. Netalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: Quinz Fecha: LUNES 28 Noviembre 88

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, 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 ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 3
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> 2
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 4
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 4
5. Estoy a gusto	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 4
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> 3
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 4
8. Me siento descansado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 4
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 4
10. Me siento cómodo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 4
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> 2
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> 3
13. Me siento agitado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1
14. Me siento "a punto de explotar"	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1
15. Me siento reposado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 4
16. Me siento satisfecho	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 4
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 4
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1
19. Me siento alegre	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 4
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 3

63

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa 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	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
22. Me canso rápidamente	0	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
23. Siento ganas de llorar	0	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
26. Me siento descansado	0	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	0	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	4
30. Soy feliz	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	4
32. Me falta confianza en mí mismo	0	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
33. Me siento seguro	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
35. Me siento melancólico	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	4
36. Me siento satisfecho	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	4
39. Soy una persona estable	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	4

