

881225

8

UNIVERSIDAD ANAHUAC 30)

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México



**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL
EN PACIENTES CON TRASTORNO DE
PANICO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA**

**REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARIA ISABEL RUIZ PASCUAL
DIRECTOR: MTRA. CONSUELO ARCE ORTIZ**

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A G R A D E C I M I E N T O S E S P E C I A L E S

Expreso mi más sincero agradecimiento a las instituciones y personas que han contribuido durante mi educación superior, mi ejercicio profesional y la realización de este reporte.

UNIVERSIDAD ANAHUAC

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL ESPAÑOL DE LA CIUDAD DE MEXICO

ASOCIACION MEDICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE LA CD.DE MEXICO

DIVISION DE EDUCACION CONTINUA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA UNAM

DRA. RAQUEL CHAYO DICHI. Asesora del Reporte Universidad Anáhuac.

MTRA. CONSUELO ARCE ORTIZ. Directora del Reporte UNAM.

MTRO. JOSE MARIA LOPEZ LANDIRIVAR. Director de la Escuela de Psicología de la Universidad Anáhuac.

LIC. MARGARITA OLVERA ESQUINACA. Coordinadora del Seminario.

LIC. PAULINA HUERTA CUEVAS. Coordinadora de la Escuela de Psicología de la Universidad Anáhuac.

LIC. MIGUEL ANGEL SANCHEZ OCAMPO. Director de Administración Escolar de la Universidad Anáhuac.

DR. CARLOS CAMPILLO SERRANO. Médico Psiquiatra, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México.

DR. LAURO AUGUSTO CASTANEDO DE ALBA. Médico Psiquiatra, adscrito del Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México.

DR. ENRIQUE SUAREZ ALVAREZ. Médico Psiquiatra, adscrito del Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México.

LIC. MARIA DEL CARMEN OLVERA RODRIGUEZ. Psicóloga Adscrita al Departamento de Psicología Clínica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México.

DR. CARLOS MUÑOZ RIVERA. Director de Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética Nuclear del Centro de Radiología Especializada (CRESA) del Hospital Español de la Ciudad de México.

DRA. PAOLA CASTELLI CANDIA. Médico Psiquiatra ex-residente del Hospital Español de la Ciudad de México.

A todos los médicos del Hospital Español de la Ciudad de México, con quienes tuve la valiosa oportunidad de trabajar.

"Edificad sobre la experiencia"
Hipócrates (469-399 A.C.)

INDICE

páginas.

INTRODUCCION 1

CAPITULO I ANTECEDENTES

1. Ansiedad

1.1 Aspectos Generales 7

1.2 Clasificación de los trastornos de ansiedad 11

2. Tratamiento

2.1 Terapia cognitiva 15

2.1.1 Aspectos cognitivos de la ansiedad 18

2.1.2 Terapia cognitiva conductual aplicada
a los trastorno de ansiedad..... 24

2.2 Terapia conductual en técnicas de relajación 39

2.2.1 Entrenamiento en Relajación Biológica..... 42

2.2.2 Entrenamiento en Relajación Progresiva 47

2.2.3 Entrenamiento en Relajación Autogénica	47
2.2.4 Aplicación de las Técnicas de Entrenamiento de Relajación en los Trastornos de Ansiedad	49
CAPITULO II PROCEDIMIENTO	52
CAPITULO III EVALUACION	76
CAPITULO IV ANALISIS	130
CAPITULO V CONTRIBUCIONES	146
BIBLIOGRAFÍA	149
ANEXOS	160

INTRODUCCION

La ansiedad en sí misma no es más que un radical básico de la condición humana y, como tal, ha sido analizada y estudiada desde las más diversas perspectivas filosóficas, religiosas, psicológicas, biológicas y sociales.

No obstante, definir el término ansiedad, así como distinguirlo de otros estados emocionales es una tarea difícil. **Wolpe (1952)** estableció una definición operativa, refiriéndose a la ansiedad como: "un característico esquema de respuesta autonómica de un organismo después de la presentación de un estímulo nocivo".

La conducta ansiosa, sin embargo, puede ser normal o anormal. La normal o adaptativa puede considerarse como una reacción emocional útil. Un cierto nivel de ansiedad es necesario para la óptima ejecución de muchos comportamientos, ya que la ansiedad puede funcionar como un motivo o impulso que activa al organismo; pero más allá de estas situaciones la ansiedad puede llegar a ser continua y excesiva, e interferir con el rendimiento.

De hecho, existen personas que frecuentemente presentan respuestas de ansiedad excesivas y persistentes, de tal manera que pueden llegar a comprometer el ritmo normal de su comportamiento, con la consiguiente repercusión clínica, a ésto se le llama conducta ansiosa anormal, patológica o inadaptativa, ya que comúnmente se acompaña de una intensificación y generalización de la respuesta emocional y fisiológica.

Este tipo de ansiedad puede manifestarse en forma continua y omnipresente, o bien de forma irregular, pero inadaptable, y puede aparecer de manera "aparentemente" independiente de estímulos evocadores o como respuesta exagerada ante situaciones o estímulos determinados.

La respuesta ansiosa, por lo general, se manifiesta con sensaciones de inadaptación y falta de control emocional; y como la ansiedad no es un fenómeno exclusivamente psicológico, tiene, como toda emoción, una correlación vegetativa; es decir, que se acompaña de síntomas fisiológicos íntimamente relacionados con respuestas que dependen del sistema nervioso autónomo.

Cuando la ansiedad se convierte en un síntoma importante y no en una respuesta extrema de la ansiedad normal, se la considera como un verdadero trastorno constituyendo toda una entidad nosológica.

Actualmente, los trastornos de ansiedad se han convertido en un problema de salud de primera magnitud y aunque no se trata de una patología cuya incidencia esté aumentando en forma alarmante, sí se está reconociendo cada vez mejor.

En los últimos años se ha llegado a identificar más eficientemente a los trastornos de ansiedad como una patología que, si bien no pone al individuo en riesgo de muerte "per se", el sufrimiento que se deriva de estos trastornos es calificado por muchos enfermos como incomparablemente superior al de cualquier otra enfermedad.

Por otra parte, en las últimas décadas se han publicado diversos trabajos que no dejan lugar a duda de que se trata de una patología más seria de lo que se venía pensando, ya que por ejemplo, el índice de suicidio en los trastornos de ansiedad es, en ocasiones, muy elevado y el grado de incapacidad de algunos de estos trastornos es altísimo (Cox, Dorenfeld, Hons, Swinson y

Norton, 1994; Allgulander, 1994).

"La transformación de la evolución del enfoque psiquiátrico consiste en una mejor conceptualización y delimitación de los cuadros clínicos, los cuales están definidos claramente por sus síntomas característicos que pueden ser crónicos e incapacitantes, y en ausencia de guías claras, estos síntomas pueden ser vagos, difusos e indefinidos. Por fortuna hoy en día, el cuadro prevalente de los trastornos de ansiedad se está enfocando con más claridad.

Esta nueva estrategia diagnóstica se basa en los siguientes avances y perspectivas:

Los criterios diagnósticos precisos pueden facilitar la diferenciación entre trastornos de ansiedad específicos y otras formas de estrés y tensión de la vida diaria.

Los avances significativos han mejorado nuestra comprensión de las correlaciones biológicas de los trastornos de ansiedad.

En la actualidad se dispone de una variedad cada vez mayor de tratamientos eficaces tanto farmacológicos como no farmacológicos para los trastornos de ansiedad.

La mayoría de los pacientes mejoran con el tratamiento adecuado."¹

En la consulta de los pacientes, casi todo especialista de la salud se enfrenta constantemente a este problema y trata de resolverlo con los recursos a su alcance, no obstante, su mejor resolución parece estar en manos de los profesionales de la salud mental.

¹ Dr. Juan José López-Ibor Aliño. Prólogo de "Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Manuea para el Médico". Editores: Thomas J. McGlynn, MD. y Harry L. Metcalf, MD.

Debido a lo anterior, es evidente que un hospital psiquiátrico concentra un alto porcentaje de pacientes que acuden a consulta por este tipo de trastornos; por lo que impera, en un servicio de este tipo, la necesidad de contar con la mayor cantidad de recursos terapéuticos que contribuyan a resolver el problema.

Hasta hace algunas décadas, el tratamiento de muchos padecimientos psiquiátricos, entre ellos los que son por ansiedad, se basaba, principalmente, en estrategias convencionales como lo son la farmacología y el internamiento.

Estas estrategias no carecen, ni mucho menos de validez o eficacia, pero en ocasiones parecen insuficientes, pues la participación del paciente en el manejo de su problema es escasa y la fuente del conflicto puede permanecer, por lo que abordar el problema desde varias vertientes terapéuticas combinadas ha demostrado ser de gran utilidad para el manejo integral de la ansiedad.

Gracias a la introducción de la Psicología Clínica en el ámbito médico y psiquiátrico, se ha logrado enriquecer el arsenal terapéutico para tratar padecimientos como el de la ansiedad, a través de técnicas que básicamente tienen el objeto de enseñar al paciente, por medio de la utilización de técnicas de autocontrol, a manejar más conscientemente el problema tanto desde la perspectiva psicológica como fisiológica.

Una de las técnicas que mayor auge ha cobrado en los últimos años en el control de la ansiedad es la Retroalimentación Biológica, que tiene, en este caso, como meta regular funciones biológicas que puedan haberse alterado como consecuencia de estos trastornos, que a la vez puedan ser medibles. Frecuentemente ha sido utilizada en combinación con técnicas tradicionales de relajación como lo son el entrenamiento en relajación progresiva y el entrenamiento en relajación autogénica, con el fin de lograr

mayor efectividad en el mejoramiento del estado del paciente.

El objetivo primordial de este tratamiento es ayudar al paciente a que aprenda a conocer y a reconocer cuál o cuáles funciones fisiológicas se han alterado y consecuentemente modificarlas a través de ejercer un autocontrol sobre el sistema.

Sin embargo, es importante no olvidar la estrecha relación que existe entre los niveles del funcionamiento psicológico y fisiológico.

Así, no basta con que el paciente esté consciente de su función física alterada, también es necesario que esté consciente de aquellos procesos psicológicos que puedan estar implicados.

La meta de un clínico responsable es ayudar al paciente a descubrir qué variables o mecanismos mediadores contribuyen a su problema físico.

Desde esta perspectiva, el paciente idealmente puede aprender a tener un mejor conocimiento y control de las variables que potencialmente se relacionan con el problema.

Trabajar simultáneamente con un mecanismo psicológico mediador, enriquece la posibilidad del éxito terapéutico. La variable en la cual el terapeuta se enfoque es indistinta. No obstante, las técnicas cognitivas, que se centran en los procesos de pensamiento como mediadores entre la situación y la respuesta, han demostrado ser de gran eficacia en el manejo de la ansiedad.

De la misma forma, las estrategias de control, tales como el automonitoreo de síntomas, contribuyen en el conocimiento del problema y proporcionan un resultado más benéfico.

Estas ideas fundamentaron el inicio del uso de técnicas combinadas para la reducción de las manifestaciones tanto

psicológicas como fisiológicas de la ansiedad en la práctica cotidiana. La manera de implementar la estrategia y los resultados obtenidos serán el objetivo del reporte laboral.

CAPITULO I ANTECEDENTES

1. ANSIEDAD

1.1 ASPECTOS GENERALES

A lo largo de su ciclo vital, el hombre se enfrenta a diversos eventos (externos o internos) que pueden alterar su equilibrio físico, psíquico o social. En ocasiones este desequilibrio puede deberse a eventos relacionados con la salud del individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "aquel estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente en ausencia de la enfermedad" (Kaplan y Sadock, 1993, p.903).

El individuo está constantemente en contacto con un medio ambiente que puede influir tanto en su salud física como mental. No obstante, cada individuo es diferente y su vulnerabilidad ante el medio no es la misma. Parece que es la relación organismo-ambiente la que determina la condición de enfermar (Lazarus, 1986). Es decir, que tanto en el contexto de la salud como en el de la enfermedad, características individuales relacionadas con la propia naturaleza, el desarrollo, el aprendizaje y muchas otras más intervienen en la vulnerabilidad.

"Actualmente, la enfermedad ya no es vista como consecuencia única de la acción de un agente externo, sino que también exige la participación del organismo en cuanto a vulnerabilidad se

refiere" (Lazarus, 1986, p. 42).

Un desajuste en el bienestar físico, psicológico y social puede dar origen a un problema como lo es la ansiedad (definida por algunos autores como estrés).

Desde un punto de vista psicológico, la ansiedad es una experiencia humana universal, caracterizada por una anticipación temerosa de un acontecimiento desagradable (Kaplan y Sadock, 1993). Es decir, la ansiedad es una respuesta emocional ante una situación amenazante.

Sin embargo, la ansiedad es un término que puede ser aplicado a una gran variedad de situaciones, por lo que el concepto puede ser visto desde múltiples perspectivas y a través de un amplio espectro de presentación.

La ansiedad no necesariamente se considera como algo patológico, ya que en ocasiones es simplemente una reacción adaptativa, referida ésta como una serie de miedos útiles ante diferentes estímulos aversivos, generalmente reconocidos conscientemente por la persona; incluso, lo ayudan a responder asertivamente frente a situaciones amenazantes reales. Este sería un tipo de miedo objetivo (Valdés, Flores, Tobaña y Messana, 1983).

La ansiedad también puede ser anormal, patológica y por lo tanto inadaptativa. En este caso, la respuesta no se presenta como un acto de autoprotección natural, sino que se manifiesta de una manera continua, excesiva y persistente al grado de interferir con el rendimiento de quien la padece (Valdés y colaboradores, 1983).

Por lo general, en estos casos el individuo no reconoce con facilidad, o no está consciente, del estímulo que la genera y puede ir desde niveles ligeros o moderadamente perturbadores hasta

los francamente incapacitantes (Dalgado, 1983).

La ansiedad anormal contempla un amplio espectro ya que puede manifestarse como un rasgo o llegar a constituir un verdadero trastorno.

En su forma más patológica y de acuerdo con el DSM III-R (1988), la ansiedad se define como "aquel trastorno mental en el que la alteración dominante es un síntoma o grupo de síntomas molestos y reconocidos como un rasgo inaceptable y ajeno; la comprobación de la realidad está, en líneas generales, intacta. La conducta no viola activamente las normas sociales mayores (aunque puede ser bastante incapacitadora). La alteración es relativamente duradera o recurrente sin tratamiento y no se limita a una reacción transitoria de las fuentes de estrés".

Los estados de ansiedad pueden iniciarse de forma lenta e insidiosa con sentimientos generalizados de tensión y malestar nervioso, o bien, su inicio puede ser súbito, anunciado por la precipitación violenta de ataque de ansiedad aguda (Kaplan y Sadock, 1993).

En resumen, la ansiedad puede deberse a múltiples factores: trastorno primario de ansiedad, síntoma de otros trastornos psiquiátricos o reacción de ajuste determinada por el significado de la experiencia del individuo. Las causas pueden deberse a posibles factores biológicos subyacentes, a trastornos psiquiátricos concurrentes o a sistemas dinámicos ambientales. Estas dimensiones no son mutuamente excluyentes (Stoudemire, 1987).

Ahora bien, independientemente de las causas y formas de manifestación de la ansiedad, ésta consecuentemente va a repercutir en importantes alteraciones psicológicas, fisiológicas y sociales.

Desde el punto de vista psicológico, la ansiedad afecta al individuo generándole sensaciones de fatiga, irritabilidad, desasosiego, falta de atención y concentración, ánimo bajo, desesperación, problemas del sueño y, especialmente, un sentimiento constante de incertidumbre y temor que consecuentemente alteran en forma importante la calidad de vida.

Desde el punto de vista de la fisiología de las respuestas emocionales, tanto la ansiedad como respuesta normal, como la ansiedad anormal repercuten en diversas manifestaciones fisiológicas, las que llamaremos psicofisiológicas en tanto que son resultado de la combinación de factores emocionales y fisiológicos.

Entonces, la ansiedad es, por una parte, una respuesta psicológica o emocional ante un evento o estímulo al que el individuo particular interpreta como peligroso, amenazante o frustrante. También existe una respuesta o manifestación psicofisiológica de la ansiedad, la cual está principalmente caracterizada por una hiperactividad del sistema nervioso en general.

No obstante, las manifestaciones psicofisiológicas entre la ansiedad normal y la anormal, no son fácilmente distinguibles. Tal parece que las diferencias cualitativas son mínimas y que difieren más en cuanto a intensificación y generalización.

En el caso de la respuesta ansiosa normal o adaptativa, las manifestaciones de alteraciones psicofisiológicas se normalizan rápida y satisfactoriamente en el momento en el que el estímulo generador de la respuesta emocional cesa de causar estrés. No así en la ansiedad anormal, donde la activación fisiológica es crónica y prolongada convirtiéndose en un problema que frecuentemente queda fuera del control del individuo alterando seriamente su estilo de vida.

Dado que el problema es biopsicosocial, afecta al individuo de varias maneras, creándole desagradables síntomas psicológicos y fisiológicos.

Lo anterior confirma el hecho de que la ansiedad es un problema de salud que, especialmente en las últimas décadas, ha motivado a los especialistas de la salud mental a integrar tratamientos que ayuden a su manejo.

1.2 CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad, según la Clasificación Diagnóstica de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III-R, 1988), se subclasifican en los siguientes trastornos:

- Trastorno de pánico.
- Trastorno de pánico con agorafobia.
- Trastorno de pánico sin agorafobia.
- Trastorno por agorafobia sin historia de pánico.
- Fobia Social.
- Fobia Simple.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- Trastorno por Estrés Post-traumático.
- Trastorno por ansiedad generalizada.

Para fines prácticos, a continuación se presentan únicamente los criterios diagnósticos de los trastornos de pánico con y sin agorafobia y el trastorno por ansiedad generalizada.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de pánico.

A. En algún momento durante la alteración se han presentado una o más crisis de pánico (períodos concretos de miedo o molestias intensas) que han sido (1) inesperados, es decir, que no se han presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad y, (2) no han sido desencadenados por situaciones en las cuales el individuo ha sido el foco de atención de los demás.

B. Por lo menos cuatro crisis como se definen en el criterio A durante un período de cuatro semanas, o bien una o más crisis seguidas de miedo persistente o presentar otro ataque por lo menos durante un mes.

C. Por lo menos, cuatro de los síntomas siguientes durante alguna de las crisis:

- 1) falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo;
- 2) mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia;
- 3) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
- 4) temblor o sacudidas;
- 5) sudoración,
- 6) sofocación;
- 7) náuseas o molestias abdominales;
- 8) despersonalización o desrealización;
- 9) adormecimiento o sensaciones de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestesias);
- 10) escalofríos;
- 11) dolor o molestias precordiales;
- 12) miedo a morir;
- 13) miedo a volverse loco o a perder el control.

Nota: Las crisis que incluyen cuatro o más síntomas se las denomina crisis de angustia; aquellas que tengan menos de cuatro síntomas son crisis de síntomas limitados.

D. En alguna de estas crisis, por lo menos cuatro de los síntomas C han aparecido rápidamente y han aumentado en intensidad durante los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma.

E. No es posible establecer la presencia de algún factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración, por ejemplo, intoxicación por anfetamina o cafeína, o hipertiroidismo.

Nota: El prolapso de la válvula mitral puede ser un trastorno asociado pero en ningún caso excluye el diagnóstico de trastorno de pánico.

Existen dos tipos de trastorno de pánico:

- *Trastorno de Pánico con Agorafobia.
- *Trastorno de Pánico sin Agorafobia.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico con agorafobia

A. Se cumplen los trastornos de pánico.

B. Agorafobia: miedo a encontrarse en lugares o situaciones de las cuales pueda ser difícil (o embarazoso) escapar, o en las cuales no es fácil obtener ayuda en el caso de tener una crisis de pánico. (Se incluyen aquí esos casos en los que la conducta de evitación persistente se ha originado durante una fase activa del

trastorno de pánico, aún cuando el individuo no atribuya la conducta de evitación al miedo a tener otra crisis.) Como resultado de este miedo, o bien restringe su capacidad de desplazamiento, o necesita algún tipo de compañía cuando se encuentra fuera de casa. La tercera posibilidad es que resista las situaciones agorafóbicas a pesar de la intensa ansiedad. Las situaciones agorafóbicas más frecuentes son el hallarse fuera de la casa, encontrarse entre una multitud o haciendo cola, pasar por encima de un puente o viajar en autobús, en tren o en coche.

Especificar la gravedad actual de la evitación agorafóbica:

Leve: Algún tipo de evitación (o resistencia de las situaciones con malestar) pero vida relativamente normal; por ejemplo, el sujeto puede viajar sin compañía cuando es necesario, como en el caso de ir al trabajo o de compras, aunque por lo general evita desplazarse solo.

Moderada: La evitación da lugar a un tipo de vida bastante restringida; es decir, el individuo es capaz de salir solo de casa pero no lo es de desplazarse más allá de algunos kilómetros sin compañía.

Grave: La situación obliga a estar casi por completo dentro de casa o hace al individuo incapaz de salir de ella sin compañía.

En remisión parcial: No existe evitación agorafóbica actual pero en cambio la hubo durante los últimos seis meses.

En remisión total: No existe evitación agorafóbica actual ni tampoco durante los últimos seis meses.

Especificar la intensidad actual de las crisis de pánico:

Leves: Durante el último mes todas las crisis han consistido en síntomas limitados (menos de 4 síntomas) o no ha habido más de una.

Moderadas: Durante el último mes las crisis han sido intermedias entre las que pueden considerarse leves y graves.

Graves: Durante el último mes se han presentado por lo menos 8 crisis de angustia.

En remisión parcial: El trastorno se ha situado entre la "remisión total" y la intensidad "leve".

En remisión total: Durante los últimos seis meses no ha habido crisis de angustia o crisis de síntomas limitados.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico sin agorafobia.

A. Se cumplen los criterios de trastorno de pánico.

B. Ausencia de agorafobia tal como se definió anteriormente.

Debe especificarse la intensidad actual de la crisis por pánico, de acuerdo con lo definido anteriormente.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

A. Ansiedad y preocupación no realistas o excesivas (expectación aprensiva) en torno a dos o más circunstancias vitales; por ejemplo, preocupación por la posible desgracia de alguno de los hijos (que no se halla en peligro), o preocupación por asuntos económicos (sin ninguna razón). El trastorno ha durado por lo menos seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad y preocupación por el rendimiento académico, deportivo y social.

B. Para efectuar el diagnóstico, cuando también hay otro trastorno del eje I, el foco de ansiedad y de la preocupación en A no se encuentra relacionado con él. Por ejemplo, el pánico y la preocupación no tiene nada que ver con el miedo a tener una crisis de pánico (como ocurre en el trastorno de pánico), a sentirse ridiculizado en público (como en la fobia social), a ser contaminado (como el trastorno obsesivo-compulsivo) o en ganar peso (como en la anorexia nerviosa).

C. El trastorno no debe presentarse solo en el curso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.

D. Por lo menos, hay seis de los siguientes dieciocho síntomas cuando el individuo está ansioso (no deben incluirse aquellos que sólo se presentan durante la crisis de pánico):

Tensión motora:

- 1) temblor, contracciones o sacudidas;
- 2) tensión o dolor muscular;
- 3) inquietud;
- 4) fatigabilidad excesiva;

Hiperactividad vegetativa

- 5) falta de aliento o sensación de ahogo;
- 6) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
- 7) sudoración o manos frías y húmedas;
- 8) boca seca;
- 9) mareo o sensación de inestabilidad;
- 10) náusea, diarrea u otros trastornos abdominales;
- 11) sofocación o escalofríos;
- 12) micción frecuente;
- 13) dificultades para tragar o sensación de tener "un nudo en la garganta".

Hipervigilancia:

- 14) sentirse atrapado o al borde de un peligro;
- 15) exageración de la respuesta de alarma;
- 16) dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido al pánico;
- 17) dificultades en dormir o mantener el sueño;
- 18) irritabilidad.

E. No se ha podido demostrar que un factor orgánico haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, un hipertiroidismo o la

intoxicación por cafeína.

2. TRATAMIENTO

2.1 TERAPIA COGNITIVA

Con frecuencia, la práctica de la psicoterapia no se halla ligada a ningún modelo rígido de tácticas. Los terapeutas, por lo general, no tratan un solo aspecto del paciente, sino varios, como la conducta, el afecto y la cognición.

Existen planteamientos que defienden la cognición, como los de Beck o Ellis, y que se hacen extensibles a la vida emocional del individuo y guardan mucha relación con la conducta. En este planteamiento, al que Lazarus llama "terapia multimodal", se realiza un esfuerzo sistemático para construir un perfil individual, tratando múltiples aspectos del individuo y sus problemas (Lazarus, 1986).

Partiendo de este enfoque, otra estrategia de control, que utilizada simultáneamente con las técnicas conductuales ya mencionadas ha demostrado ser de gran utilidad clínica, es el manejo de las cogniciones o pensamientos, pues es común que las situaciones no sean las únicas fuentes generadoras de una respuesta de ansiedad, sino la interpretación que el individuo tenga de éstas.

Los procesos cognitivos consisten en identificar pensamientos, sentimientos y conductas conectándolas entre sí, relacionando los eventos y las reacciones psicológicas (Beck, 1976).

Así, un proceso cognitivo es la forma en que cada uno asimila la información, es decir, no sólo son las situaciones las que determinan la reacción emocional y/o conductual de la persona, sino la percepción e interpretación que ésta tiene de ellas.

Llevado ésto al campo terapéutico, los clínicos cognitivo-conductuales han presentado diferentes procesos reestructuradores cognitivos, por ejemplo, para explorar y probar la utilidad y veracidad de un esquema de creencias no adaptativas (Ellis, 1962; Beck, 1976; Meichenbaum, 1985; Ellis y Abrahams, 1989).

La Psicología Cognitiva estudia el modo en el que el sujeto racionaliza sus cogniciones automáticas. De tal manera que es como si el individuo "etiquetara" las situaciones y cogniciones. Así nacen los pensamientos deformados que son de naturaleza ilógica y responden a suposiciones erróneas, prejuicios, generalizaciones e hipótesis sin pruebas. Es decir, los procesos cognitivos y perceptivos se encuentran en alguna medida alterados y, aunque los contenidos del pensamiento no se basan en ningún hecho totalmente real, éstos son frecuentemente experimentados como veraces. Además, existen muchos factores personales que influyen en esa evaluación, como pueden ser motivaciones, compromisos, expectativas, experiencias previas, miedos o temores aprendidos, modelos, etc. (Lazarus, 1986).

Ya en 1969, Bandura refirió que los terapeutas cognitivo-conductuales se centraban en las cogniciones intermediarias como por ejemplo, las percepciones, las expectativas y las creencias, ya que se enfocaban en el hecho de que toda la información que se asimila se procesa a través del pensamiento y posteriormente sirve para interpretar la realidad desde un punto de vista particular y no general. De tal manera que el terapeuta intenta delinear patrones de pensamiento que puedan acontecer diversas reacciones emocionales y conductuales inadaptables (Beck, 1976).

Sin embargo, para poder entender las diferencias individuales observadas en las respuestas ante situaciones similares, debemos tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el estímulo o evento y la reacción, así como los factores que afectan la naturaleza de tal mediación, con el objeto de explicar el por qué de tales diferencias (Lazarus, 1986).

Lazarus fue uno de los pioneros en proponer modelos psicológicos capaces de anteponer antecedentes psíquicos a las respuestas fisiológicas. Por lo tanto, el funcionamiento del organismo se infería a partir de las características del estímulo, como resultado de los procesos de condicionamiento. Sin embargo, cada individuo responde de manera diferente al medio; así que se trata de un proceso psíquico, ya que, como resultado de la experiencia los estímulos se cargan de valor simbólico para suscitar respuestas fisiológicas específicas (Lazarus, 1966).

Es decir, fisiológicamente la mayoría de las personas responden ante situaciones emocionales en forma similar, la diferencia radica en la percepción particularmente individual de la situación.

Esta percepción puede, en ocasiones, ser distorsionada, interpretándose la realidad disfuncionalmente, porque los procesos de pensamiento son erróneos o poco realistas, ya que el individuo aprende a interpretar los eventos o situaciones de una manera determinada y cuando esta "forma de pensar" o interpretar es reforzada y habitual en la persona, el pensamiento se activa en forma automática repercutiendo en una forma particular de comportamiento.

A partir de la idea de que el pensamiento funciona como un importante mediador entre los eventos y la conducta, surge una serie de corrientes terapéuticas enfocadas a los procesos cognitivos, que básicamente establecen que nos comportamos en función de cómo pensamos.

La teoría cognitiva sugiere que muchos de los problemas o incluso trastornos emocionales se deviran de una percepción distorsionada de la realidad basadas en premisas y suposiciones erróneas. Estas percepciones incorrectas frecuentemente tienen su origen en un aprendizaje defectuoso durante el desarrollo cognitivo y psicológico de la persona. De esta forma, la terapia

cognitiva pretende ayudar al paciente a confrontar, analizar y corregir estas distorsiones en el pensamiento y aprender nuevas alternativas más realistas y sanas de percibir las experiencias. Este tipo de abordaje contribuye a cambiar la perspectiva con la que el paciente percibe al mundo que lo rodea, así mismo y sus problemas, permitiéndole darse cuenta que gran parte de su inadaptación es producto de aprendizajes erróneos, pero que a su vez él mismo es capaz de cambiar (Beck, 1976).

Existen muchos estudios que demuestran cómo los pensamientos automáticos o falsos contribuyen a despertar la ansiedad, y el importante papel que representa la terapia cognitiva como estrategia en la disminución de ésta.

Muchos investigadores han establecido la importancia que tienen los pensamientos negativos en el origen de la ansiedad (Liebert y Morris, 1967; Marlett y Watson, 1968; Horowitz, 1971; Beck, Laude y Bohnert, 1974; Beck, 1976).

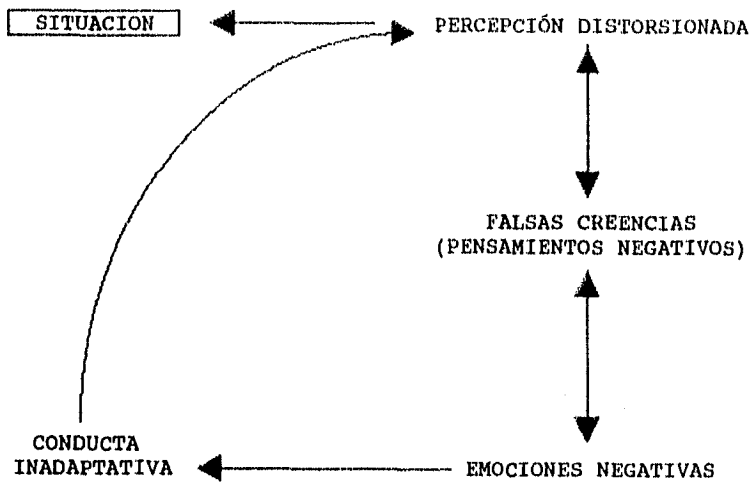
2.1.1 ASPECTOS COGNITIVOS DE LA ANSIEDAD

La importancia de tomar en cuenta el elemento "cognición" en los trastornos de ansiedad radica en que precisamente la teoría cognitiva se basa en que el sufrimiento del paciente procede en gran parte de patrones de conocimientos, creencias, pensamientos o esquemas distorsionados e incorrectos, y que estas dimensiones, procesos y productos cognitivos contribuyen en su patogénesis.

En los modelos cognitivos de los trastornos de ansiedad, la cognición o pensamiento es visto como un determinante mayor entre la emoción y la conducta (FIGURA 1). Así, la interpretación del significado de los eventos del medio ambiente como de los eventos internos del organismo es crucial en el desarrollo de una conducta adaptativa o inadaptativa. Los pensamientos disfuncionales conducen al individuo a disminuir su capacidad de autoeficacia, impidiéndole actuar en forma asertiva y funcional,

reaccionando así patológicamente; es decir, pensamiento disfuncional, conducta disfuncional (Wright y Beck, 1983; Wright, 1988).

FIGURA 1



En esta figura puede observarse que la percepción distorsionada de una situación conlleva a pensamientos negativos, emociones negativas y conducta inadaptativa, que a su vez crea un círculo vicioso. También puede observarse que las falsas creencias o pensamientos negativos contribuyen en percibir distorsionadamente las situaciones generando en el individuo emociones negativas y conductas poco adaptativas.

Las cogniciones de los individuos ansiosos pueden reunirse en una constelación de cuatro campos (Hibbert, 1984):

- .Sobreestimación de la probabilidad de un eventocatastrófico o atemorizante.
- .Sobreestimación de la severidad de un evento catastrófico o atemorizante.
- .Subestimación de las propias fuentes de enfrentamiento o exposición.
- .Subestimación de cómo otros pueden ayudarlos.

Este tipo de pacientes son propensos a interpretar en forma errónea los eventos tanto ambientales como los fisiológicos propios de estos trastornos. En éstos, el contenido del pensamiento está frecuentemente ocupado por ideas exageradas sobre el grado de riesgo o peligro de un evento externo o bien sobre los síntomas físicos de la ansiedad, lo que consecuentemente conduce a la "evitación", la que a su vez refuerza la sensación subjetiva de peligro o amenaza que en sí misma genera signos cognitivos y fisiológicos de ansiedad anticipatoria, perpetuando un círculo vicioso del que el paciente no puede salir, en parte por la subestimación de sus propias fuentes de enfrentamiento (Beck y Emery, 1985).

Esta forma de interpretación errónea suele ocurrir en el pensamiento en forma automática; es decir, que en estos casos la conducta está precedida de un pensamiento que no ha sido reflexionado. Los pensamientos automáticos ocurren rápidamente mientras la persona está en una situación o recordando eventos previos y estas cogniciones no están, generalmente, sujetas a una evaluación cuidadosa que le permita al individuo reflexionar para dar validez o no del contenido de su pensamiento.

En los estados más patológicos, la frecuencia de los pensamientos automáticos es mucho mayor que la que suele presentarse en individuos "normales". En las personas con una

patología como lo es un trastorno de ansiedad, este tipo de pensamientos son, la mayoría de las veces, ilógicos y negativamente distorsionados.

Clark y Beck (1988) refirieron que existen varios tipos de errores en la lógica del pensamiento (errores cognitivos), éstos pueden incluirse en los siguientes apartados:

- Inferencia Arbitraria (llegar a una conclusión sin información que la apoye).
- Abstracción Selectiva (utilizar sólo una pequeña porción de la información disponible).
- Pensamiento Absolutista (utilización de categorizaciones del "todo" o "nada").
- Personalización (relacionar una situación con uno mismo injustificadamente).
- Magnificación o Minimización (sobreevaluación o devaluación del significado de la información).
- Generalización (a partir de un elemento o una situación juzgar, evaluar e interpretar multitud de situaciones diferentes).

Los Esquemas Disfuncionales son la base de los errores cognitivos o errores en la lógica. Un "esquema" es definido como "una estructura utilizada para examinar, codificar y evaluar el estímulo con el que se está contactando" (Beck, 1976). Por ejemplo: un paciente con un trastorno de ansiedad generalizada puede interpretar los síntomas vegetativos y de tensión motora como indicio de un infarto al corazón. En este caso, la atribución cognitiva que le da a los síntomas y la conclusión de que son indicio de un infarto es "aparentemente" lógica si partimos de la base de que en sus esquemas aprendidos previamente, éstos síntomas son característicos de una alteración cardiovascular. Es decir, que el paciente llega a esta conclusión a través del siguiente silogismo:

TODAS las personas que sufren de infarto al corazón tienen síntomas vegetativos como las palpitaciones, la sudoración, el dolor precordial, etcétera,
YO tengo tales síntomas,
POR LO TANTO a mí me va a dar un infarto.

Sin embargo, el esquema básico del que parte el paciente es incorrecto, el error está en la primera premisa puesto que carece de total veracidad, ya que éstos síntomas no solo no son exclusivos de una enfermedad cardiovascular, sino que a su vez son importantes síntomas de otros trastornos incluyendo los de ansiedad.

Exactamente lo mismo ocurre si tomamos por ejemplo un síntoma menos relacionado con sensaciones físicas y más con sensaciones psicológicas como lo es la sensación de pérdida del control o la sensación de despersonalización o irrealidad:

TODAS las personas que sienten que pueden perder el control de sí mismos o que sienten que se alejan de la realidad es porque están "locos",
YO me siento así,
POR LO TANTO estoy totalmente "loco", o me voy a volver "loco".

Evidentemente, en este ejemplo el error también se encuentra en forma obvia para el terapeuta, en la primera premisa que se basa en un esquema cognitivo erróneo y por lo tanto disfuncional.

Cuando los pacientes con trastornos de ansiedad llegan a la consulta, este tipo de esquemas suelen detectarse con alta frecuencia y en sí mismos llevan al paciente a tener atribuciones erróneas de sus síntomas y de sí mismos como individuos con un trastorno de ansiedad.

Ahora bien, cada trastorno de ansiedad, aún cuando forman

parte de la misma constelación diagnóstica, es diferente en cuanto a sintomatología; es decir, son entidades nosológicas distintas y como tal, también tienen ciertas características cognitivas distintas.

Beck, en su libro *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, estipuló "que el estado emocional característico de cada trastorno es evocado por el contenido específico del pensamiento aberrante" (Beck, 1976, pp 82). Las cogniciones asociadas con un trastorno emocional específico hacen la diferencia de un trastorno con otro.

Más recientemente, se han propuesto sistemas taxonómicos cognitivos que sugieren que el contenido cognitivo y sus productos diferencian a los trastornos entre sí, especialmente a la depresión de la ansiedad (Ingram y Kendall, 1986; Ingram, 1989).

Tanto en el modelo cognitivo de Beck como de Ingram, el contenido de los pensamientos automáticos o cogniciones asociadas con trastornos particulares tienden a ser específicos. Esta idea es referida como hipótesis de especificidad de contenido del pensamiento.

Identificar las cogniciones o pensamientos automáticos específicos de cada trastorno, proporciona la clave para comprender las alteraciones emocionales y conductuales y así proporcionar una alternativa terapéutica cognitiva orientada a síntomas.

Los estudios que han examinado el modelo cognitivo de Beck para ansiedad sugieren que cada trastorno presenta esquemas característicos de pensamiento en los que el terapeuta debe enfocar su trabajo de reestructuración cognitiva. En el caso de los trastornos de ansiedad, las cogniciones tienen un contenido central que implica "peligro o amenaza" interna y/o externa; así

como contenidos relacionados con prejuicio social, físico o ambos. En un estudio se reportó que estos contenidos fueron consistentes con los auto-reportes físicos y cognitivos llevados a cabo experimentalmente en laboratorios de psicopatología de la ansiedad (Beck, Laude y Bohnert, 1974).

Específicamente y en términos generales, los pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia tienen patrones de pensamiento que se centran en el significado de las sensaciones fisiológicas, ya que frecuentemente se encuentran preocupados por el prejuicio físico ocasionado por los síntomas fisiológicos del pánico como parte del proceso de "miedo" al "miedo". Los pacientes con trastornos de pánico con agorafobia se concentran predominantemente en los riesgos de la situación per se; aquéllos con trastorno de ansiedad generalizada muestran más variabilidad en sus cogniciones, éstas son más difusas e implican pensamientos de pérdida del control y frecuentemente se encuentran hipervigilantes ante amenazas de naturaleza física y social.

2.1.2 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL APLICADA A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La terapia cognitiva está basada en teorías que enfatizan la importancia del procesamiento patológico de la información, donde el cambio en este procesamiento se lleva a cabo a través de la modificación en la estructura de los esquemas y pensamientos automáticos disfuncionales, en la que tanto terapeuta como paciente discuten y cuestionan activamente la validez de las cogniciones o contenidos del pensamiento.

Originalmente, la terapia cognitiva fue diseñada como un tratamiento breve, a corto plazo y enfocado básicamente al manejo de la depresión. Sin embargo, se ha demostrado que este abordaje terapéutico también ha sido exitosamente utilizado en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, con la gran ventaja de que suele tener una duración aproximada de 12 a 20 sesiones,

debido en parte a que ésta es una terapia estructurada y orientada al problema, lo que permite resolver el problema y sus consecuencias tanto emocionales como conductuales con mayor rapidez (Beck y Emery, 1985; Clark y Beck, 1988). El propósito de la terapia cognitiva para el manejo de los pacientes con trastorno de ansiedad es el de enseñar a evaluar, controlar y modificar los niveles excesivos e inadaptables propios de estos padecimientos.

Los procedimientos del tratamiento son similares a los utilizados en el manejo de la depresión; sin embargo, existen algunos focos terapéuticos diferentes. Los blancos principales son: el miedo irreal y la evitación.

Una variedad de estrategias han sido utilizados para modificar cogniciones en pacientes ansiosos, entre los más comunes se encuentran la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1962), El Entrenamiento Auto-instruccional (Meichenbaum, 1975) y La Terapia Cognitiva (Beck, 1976).

No obstante, cualquiera que sea la base teórica, en general todas pretenden lo mismo: enseñar a los pacientes a identificar etiquetas, esquemas, pensamientos irracionales, disfuncionales e inadaptables y reemplazarlos por conceptos positivos y realistas, a través de confrontar su veracidad (Chambless y Gillis, 1993). A pesar de que no hay una teoría central es posible discernir las características que todas las aproximaciones cognitivas definen:

a) La terapia cognitiva conductual está centrada en problemas actuales convenidos entre paciente y terapeuta. Un análisis conductual de esos problemas define los antecedentes, consecuencias y pensamientos o creencias mediadoras y este análisis se discute con el paciente.

b) La terapia cognitivo conductual es estructurada, se maneja

una agenda o monitoreo diario de cogniciones relevantes que le permite al paciente desarrollar un control sobre los problemas y se hace capaz de utilizar esas tareas para enfrentarse con futuras dificultades.

c) Tres métodos básicos son utilizados para mejorar las tareas asignadas de enfrentamiento al problema:

- .Modificación de respuestas emocionales.
- .Modifiación de conducta.
- .Modificación del pensamiento.

d) Las técnicas han sido empíricamente probadas tanto en estudios controlados como no controlados; así, el problema, el plan terapéutico y las técnicas usadas son especificadas antes del tratamiento y los resultados son evaluados después de que el tratamiento ha concluido.

Los abordajes de modificación cognitiva frecuentemente están combinados con tratamientos conductuales. Estos últimos componentes son importantes tanto por su propio valor terapéutico como por ser un vehículo importante para practicar las técnicas cognitivas. Es decir, contribuyen en la revisión y corrección de las cogniciones distorsionadas así como en la reducción de los síntomas físicos. Por ésto es por lo que se utiliza el término Terapia Cognitiva Conductual.

Dos abordajes conductuales son especialmente útiles en el tratamiento de la ansiedad, las técnicas de exposición o enfrentamiento y las técnicas de relajación.

Las técnicas de exposición (o enfrentamiento) consisten básicamente en poner al paciente en contacto directo con la situación generadora de ansiedad o miedo. Esta puede realizarse por medio de la imaginación o en vivo.

Las técnicas de entrenamiento en relajación benefician al paciente ansioso en forma notable. Existe una gran variedad de ellas, pero entre las más efectivas se encuentran: el entrenamiento en relajación progresiva, el entrenamiento en relajación autogénica y el entrenamiento en retroalimentación biológica electromiográfica (Légeron, 1993). Estos procedimientos ayudan a reducir niveles de pensamientos atemorizantes, el humor ansioso, la tensión muscular y la hiperactividad autonómica. Esto contribuye tanto en el alivio sintomático fisiológico como en alcanzar las metas de reestructuración cognitiva y de cambio de comportamiento.

Existen una gran variedad de estudios que sostienen que el abordaje cognitivo-conductual es de gran utilidad en el manejo del paciente con trastorno de ansiedad.

TRASTORNO DE PANICO CON O SIN AGORAFOBIA:

Los trastornos de pánico, con o sin agorafobia, es uno de los padecimientos más prelevantes e incapacitantes de los trastornos de ansiedad. Estudios de población realizados en Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelandia y Alemania muestran que la prevalencia es del 5% para los trastornos de pánico con agorafobia y del 2% sin agorafobia (Witcher y Essau, 1991).

Generalmente se ha argumentado que los trastornos de pánico son esencialmente resultado de anomalías bioquímicas asociadas con factores de predisposición genética, por lo que algunos enfatizan que si los episodios de pánico son reacciones biológicamente mediadas, el tratamiento de primera elección es la farmacoterapia (Sheehan, 1982).

Sin embargo, durante los años 80's surgió un gran interés en el tratamiento del trastorno de pánico, lo que generó la realización de un gran número de estudios con el fin de probar la eficacia de diferentes tratamientos, entre ellos los abordajes

psicoterapéuticos como la terapia cognitivo-conductual y su aplicación práctica independientemente de las causas de este trastorno.

La teoría cognitiva de los trastornos de pánico, propone que las personas que experimentan ataques de pánico se debe a que tienen una tendencia a interpretar las sensaciones físicas en forma catastrófica, es decir, perciben los síntomas como signo de que "algo" terriblemente malo puede ocurrir (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Clark, 1986; Magraf, Ehlers y Roth, 1987). Es decir, que de alguna manera existen predisposiciones negativas en las cogniciones, la habilidad fisiológica y en la sensación de peligro subjetivo que acumulados funcionan como precursores del pánico con o sin agorafobia (Kenardy, Fried, Kraemer y Taylor, 1992).

Alford, Beck, Freeman y Wright (1990), realizaron un estudio en el que proponen que el modelo cognitivo catastrófico subyacente a los trastornos de pánico, puede ser identificado a través del abordaje cognitivo; así como el eliminar tales interpretaciones puede resultar en la eliminación del pánico. Los resultados de este estudio mostraron que los pacientes lograron disminuir significativamente las conductas de evitación en situaciones en las que anteriormente habían experimentado pánico por medio del uso de tareas cognitivas aprendidas para eliminar las ideas catastróficas y así reducir los síntomas propios del pánico y la frecuencia de los ataques hasta por seis meses de seguimiento. Así, bajo la identificación de pensamientos negativos automáticos asociados con dichas sensaciones, los pacientes fueron capaces de manejar y eliminar los pensamientos de temor.

La sobre-estimación del miedo, así como la sobre-estimación de la probabilidad del pánico y la subestimación de los propios recursos parecen ser especialmente relevantes en la conducta de evitación. El nivel de miedo anticipado es un fuerte predictor de

la evitación (Rachman y Lopatka, 1986; Craza, Rapàe y Barlow, 1988; Telch, Valentiner y Bolte, 1994).

Mc Nally (1990) realizó un análisis explicativo sobre los constructos del "miedo al miedo" (temor anticipado) y los procesos cognitivos que subyacen al fenómeno del pánico. Este autor afirma que las conceptualizaciones psicológicas del pánico que determinan en gran medida la intensidad y frecuencia de la aparición de un ataque de pánico es debido, principalmente, al temor de que un ataque pueda ocurrir. Esto se debe a que las personas que han experimentado una crisis de pánico con o sin agorafobia presentan, por lo general, un constante temor a que ésto vuelva a suceder, este temor a su vez genera, como toda respuesta al miedo, respuestas fisiológicas alteradas que mantenidas en niveles de alta frecuencia e intensidad pueden convertirse en sí mismas en un disparador potencial de un ataque de pánico. Esto es lo que se conoce como "miedo al miedo" y/o ansiedad anticipatoria.

Los resultados de estos autores son consistentes con los establecidos por Baumbacher (1989), quien conceptualizó a la "señal de ansiedad" como una experiencia subjetiva que puede ser percibida equivocadamente por múltiples razones, estableciendo que una percepción errónea puede dar inicio a un ataque de pánico. Es decir, si las sensaciones fisiológicas relevantes y las cogniciones asociadas como una "señal de ansiedad" no son conscientemente percibidas, los síntomas pueden llegar a un punto de pánico.

Todos estos estudios demuestran que la terapia cognitiva-conductual aplicada a los trastornos de pánico, trabaja específicamente en identificar y manejar directamente con los procesos de interpretación que, acompañado de técnicas coadyuvantes conductuales, permite un resultado terapéutico rápido y eficaz en estos trastornos.

Basados en esta teoría cognitiva de los trastornos de pánico, varios estudios han evaluado tratamientos en los cuales el componente terapéutico principal es el factor cognición combinada con varias técnicas conductuales. Aunque las personas con trastorno de pánico se dicotomizan en con y sin agorafobia, de todas formas ambos siguen un continuo de temor y de evitación y el mismo tipo de abordaje suele ser efectivo para ambos (Clum, 1989).

Por ejemplo, Klosko, Barlow, Tassinari y Cenry, (1990) y Klerman, (1992), realizaron estudios controlados en los cuales concluyen que el abordaje cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva acompañada de técnicas de exposición y de relajación progresiva) en el tratamiento del pánico fue igual o superior al tratamiento con alprazolam. Además, las tasas de recaída fueron menores en los pacientes que estuvieron en el grupo de psicoterapia.

Sin embargo, en un estudio meta-analítico del tratamiento del trastorno de pánico y pánico con agorafobia se demostró que los pacientes tratados tanto con terapia cognitiva conductual, como con imipramina y benzodiazepinas mejoraban considerablemente, no sólo en su capacidad de enfrentamiento a situaciones atemorizantes, sino también en la reducción de la propensión a recaídas (Mattick, Andrews, Hadszi-Pavlovic, Christiansen, 1990).

Beck, Sokol, Clark, Berchick y Wright (1992) compararon en pacientes con trastorno de pánico, la terapia cognitiva conductual con la psicoterapia de apoyo (basada en la terapia no directiva de Rogers). En los resultados pudieron comprobar que el 94% de los pacientes tratados con terapia cognitiva conductual lograron mantenerse sin ataques de pánico contra un 25% de aquéllos en terapia de apoyo.

Resultados semejantes, comparando otras variables, encontraron Clark, Salkovskis, Hackman, Middleton, Anastasiades

y Gelder (1994) y Clark (1993). Estos investigadores llevaron a cabo estudios comparativos con pacientes con trastorno de pánico divididos en un grupo de terapia cognitiva, otro en tratamiento con relajación aplicada y un tercero con imipramina, y un grupo control sin tratamiento. En sus resultados encontraron que los pacientes en terapia cognitiva mejoraron significativamente más que aquéllos en otros tratamientos; los pacientes en terapia de relajación revelaron mejoría semejante que aquéllos con imipramina. En el post-tratamiento, las proporciones de pacientes libres de pánico fueron de 90, 50, 55 y 7% respectivamente; un año después, se mantuvo el nivel de mejoría en un 85, 47 y 60%, respectivamente de los pacientes en tratamiento.

Sin embargo, en otro estudio realizado con 19 pacientes con trastorno de pánico en el cual se comparó a un grupo tratado con terapia de relajación aplicada y otro con terapia cognitiva, se observó que ambos tratamientos fueron igualmente efectivos. El porcentaje de pacientes que al final del tratamiento de relajación aplicada estuvieron libres de pánico fue del 65%, y del 74% para los tratados con terapia cognitiva; en el seguimiento los resultados indicaron que un 82% vs un 89% respectivamente, lo que no refleja una diferencia estadística significativamente importante. Además, en ambos grupos se logró disminuir la medicación psicotrópica en un 71% en el periodo post-tratamiento y en un 64% en el seguimiento (Öst y Westling, 1995). Resultados muy semejantes fueron reportados por Craske, Brown y Barlow (1991), quienes encontraron que tanto la terapia cognitiva como la relajación aplicada son efectivos en el 81% de los casos; Borkovec y Costello (1993), determinaron que tanto la terapia cognitiva como las técnicas de relajación proporcionan resultados igualmente eficaces al ser comparadas con otros abordajes como la terapia de apoyo no directiva. Estos autores proponen que utilizar la terapia cognitiva acompañada de técnicas de relajación puede ser un paquete terapéutico de gran utilidad.

Schmidt, Jacquin y Telch (1994) realizaron un estudio que

demuestra que las técnicas de exposición en vivo contribuyen en forma importante en la disminución considerable del miedo; sin embargo, en su estudio dejan ver la posibilidad de que abordajes más profundos como la terapia cognitiva pueden producir resultados mejores.

Por otra parte, **Michelson y Marchione, (1991)**, en una investigación concluyen que existen estresores crónicos en estos pacientes que contribuyen en la falta de eficacia de muchos tratamientos farmacológicos y/o conductuales, por lo que finalmente proponen que un abordaje psicoterapéutico más profundo ayuda a generar cambios más profundos y duraderos y hacen referencia a la terapia cognitiva conductual por ser ésta un abordaje profundo pero breve y eficaz.

Butler, Fennel, Robson y Gelder, (1991) reportaron resultados similares, agregando además, que el abordaje cognitivo tiene un mayor impacto sobre cambios en el estado de ánimo.

Barlow, Craske y Cerny (1989), aplicaron un programa de reestructuración cognitiva acompañado de técnicas conductuales como reentrenamiento en procesos de respiración, entrenamiento en relajación, instrucción cognitiva sobre el padecimiento y exposición de los signos fisiológicos del pánico, encontrando tasas hasta del 90% de éxito en pacientes con trastorno de pánico. **Welkowitz, Papp, Cloitre, Leibowitz, Martin y Gorman (1991)** llevaron a cabo un programa terapéutico cognitivo-conductual similar al de Barlow y colaboradores (1989); sin embargo en este estudio, los pacientes realizaban auto-reportes semanales de auto-monitoreo de la ansiedad y el pánico. Los resultados revelaron que el 74% de los pacientes no volvieron a presentar pánico después del tratamiento; el 90% mejoró moderada o significativamente y el 9% logró disminuir las dosis de medicación ansiolítica.

Similares hallazgos fueron reportados por **Gould, Clum y**

Shapiro (1993) en un estudio en el que demostraron la eficacia de aplicar un programa de reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, reentrenamiento en respiración y auto exposición.

En un estudio de revisión, **Michelson y Marchione (1991)**, llegan a la conclusión de que el tratamiento psicológico de elección para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, es la terapia cognitiva acompañada de técnicas conductuales que colaboren con este abordaje, como por ejemplo, el entrenamiento en funciones respiratorias, la exposición interoceptiva y exteroceptiva y el entrenamiento en relajación. Al mismo tiempo que hacen énfasis en que el uso concomitante de farmacoterapia, tanto antidepresiva como ansiolítica, en los casos necesarios puede generar resultados aún más favorables para el paciente.

En resumen, la mayoría de los estudios controlados muestran en forma consistente que la terapia cognitiva conductual tiene un fuerte soporte empírico, produciendo un promedio aproximado del 88% de mejoría en relación a los trastornos de pánico, tanto en la fase final del tratamiento, como en la fase de seguimiento (**Öst y Westling, 1995**).

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada es el más común de los trastornos de ansiedad. En los últimos años se ha reportado una prevalencia del 2.3 al 8.1% de la población, lo que, al igual que en otros padecimientos, ha llevado a los investigadores a estudiar ampliamente los métodos más efectivos para tratar este problema (**Hunt y Singh, 1991**).

Uno de los rasgos centrales que definen al trastorno de ansiedad generalizada es el miedo y la constante hipervigilancia; la preocupación no realista y excesiva sobre circunstancias vitales, así como por una constante presentación y preocupación por síntomas tanto de tensión motora como de la

hiperactividad vegetativa.

Al igual que en los trastornos de pánico, los expertos en las teorías cognitivas, establecen que el miedo presentado en estos pacientes es también un tipo de evento cognitivo (**Bokovec e Inz, 1990**). Existen estudios analíticos basados en cuestionarios de ansiedad que apoyan este concepto del "miedo" enfocado a dos elementos básicos; uno, comúnmente etiquetado como ansiedad cognitiva y otro, generalmente llamado ansiedad somática que es el factor de miedo que interesantemente correlaciona con frecuencia con otros factores de la conducta ansiosa (**Deffenbacher, 1980**).

Hay evidencia indirecta de que el miedo primariamente implica pensamiento, es decir, que existe una predominio de ideación durante la experiencia del miedo, y la hiperactivación fisiológica ocurre en respuesta a un evento cognitivo (**York, Borkovec, Vasey y Stern 1987**). Sin embargo, la modificación de la respuesta de miedo debe abordarse tanto desde la perspectiva cognitiva como desde la conductual, como por ejemplo, las técnicas de relajación y exposición, ya que un tratamiento completo lleva al paciente a disminuir con mayor facilidad los niveles de ansiedad a través de probarse a sí mismo que su miedo es irracional, producto de un esquema cognitivo erróneo y que solo enfrentándose a las situaciones (bajo control cognitivo y fisiológico) comprueba que no son tan atemorizantes como él creía (**York y cols., 1987**).

La evidencia de que las terapias cognitivo-conductuales juegan un útil y relevante papel en el manejo del trastorno de ansiedad generalizada ha crecido en los últimos años en forma notoria (**White, Keenan y Brooks, 1992**). Así, este tipo de abordaje parece ser el tratamiento psicológico de primera elección en el trastorno de ansiedad generalizada (**Andrews, 1993**).

Desde el punto de vista de uno de los más relevantes investigadores en esta área, (Rapo, 1991) el progreso para determinar un tratamiento efectivo para el trastorno de ansiedad generalizada ha sido lento y limitado. Sin embargo, después de llevar a cabo una exhaustiva revisión dirigida hacia los aspectos teóricos de este trastorno, se ha llegado a la conclusión de que las intervenciones tanto cognitivas como conductuales, y especialmente si son aplicadas conjuntamente, han producido cambios notoriamente favorables sobre los síntomas característicos de este trastorno no sólo en fases post-tratamiento, sino también en fases de seguimiento a largo plazo.

En un importante estudio llevado a cabo por Durham, Murphy, Allan, Richard, Treiving y Fenton (1994), en el que compararon tres diferentes tipos de abordajes terapéuticos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (terapia cognitiva conductual, terapia psicoanalíticamente orientada y entrenamiento en manejo de ansiedad, este último incluye educación acerca del padecimiento, adquisición de estrategias adaptativas de enfrentamiento, técnicas de relajación y asignación de tareas relacionadas con estos aspectos de auto-control), encontraron que tanto la terapia cognitiva conductual, como el entrenamiento en el manejo de la ansiedad fueron superiormente más efectivas que el abordaje psicoanalíticamente orientado, sin embargo, cabe mencionar que la terapia cognitiva conductual ofreció mejores resultados a largo plazo que el entrenamiento en manejo de ansiedad, por lo que los autores sugieren que un "paquete" completo de tratamiento debe incluir una combinación de los dos abordajes que mejores resultados ofrecieron.

Existen numerosos estudios que apoyan las conclusiones de estos autores. Por ejemplo, Butler, Fennell, Robson y Gelder (1991), demostraron que una intervención que combine tanto técnicas cognitivas como conductuales ofrece un nivel de eficacia superior que la aplicación de estrategias conductuales solas, como lo pueden ser el entrenamiento en exposición, en relajación

o cualquier otra tarea conductual dirigida. Estos autores realizaron un estudio donde pudo apreciarse que los sujetos tratados con terapia cognitiva-conductual mostraban un mayor porcentaje de mejoría en el post-tratamiento y en el seguimiento a los seis meses. Encontrando además, mejoría sobre otras medidas de relevante importancia para cualquier trastorno de ansiedad como lo es la depresión, las alteraciones del sueño, la ansiedad social y los niveles de autoconfianza.

Un estudio no controlado realizado por **Sanderson y Beck (1990)**, mostró que con la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual en estos pacientes se pudo apreciar una substancial disminución en los síntomas ansiosos y depresivos en una muestra de 32 pacientes tratados durante aproximadamente doce sesiones.

En un reporte de revisión sobre el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad generalizada, los autores concluyen que el tratamiento cognitivo conductual demuestra resultados significativamente mejores sobre otros tipos de tratamientos que intentan abordar el problema desde la perspectiva psicológica, ya que a partir de éste, se puede llegar a reducir la severidad de los síntomas somáticos hasta en un 50% y los niveles de ansiedad hasta en un 25%, y alrededor del 50% de estos pacientes logran mantener un buen nivel de funcionamiento durante etapas largas de seguimiento; así como la importante reducción de medicación ansiolítica (**Durham y Allan, 1993**).

Según dos clásicos de este abordaje (**Beck y Emery, 1985**), una de las técnicas conductuales que, combinadas con terapia cognitiva, aportan un mayor alto nivel de eficacia son, el entrenamiento en relajación progresiva, la desensibilización y la retroalimentación biológica electromiográfica de los músculos frontales. Este punto de vista es apoyado por otros

investigadores, entre ellos, Borkovec, Mathews, Chambers, Ebrahimi, Lytle y Nelson (1987).

En conclusión, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada tienen mayor posibilidad de obtener un beneficio máximo si son tratados con un "paquete" terapéutico completo, en el cual se consideren tareas en el control tanto fisiológico como cognitivo de la ansiedad; y este paquete debe incluir por lo menos, educación acerca del padecimiento, entrenamiento(s) en relajación y reestructuración sobre las creencias, actitudes y expectativas que sean relevantes en la conductas y emociones del paciente (Hunt y Singh, 1991).

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL Y FARMACOTERAPIA

Durante muchos años, y aún en la actualidad, para muchos el tratamiento de primera elección en el manejo de los trastornos de ansiedad es la farmacoterapia, especialmente los antidepresivos y las benzodiazepinas. La razón es que éstos son medicamentos seguros y eficaces en la disminución rápida de la sintomatología de dichos trastornos. No obstante, en los últimos años la mayoría de las investigaciones y publicaciones se han conducido hacia el interés de la combinación terapéutica; es decir, en el uso concomitante de estrategias farmacológicas con abordajes psicoterapéuticos con el objeto de manejar el problema a partir de una perspectiva más integral y por lo tanto más efectiva. Lo anterior se debe, en gran parte, a la integración de la psicología clínica con la psiquiatría, pues finalmente ambas buscan, como común denominador, la resolución de los problemas mentales.

La razón primordial de los farmacoterapeutas por utilizar concomitantemente técnicas psicológicas, se debe a que los medicamentos resuelven parte del problema pero no ciertos aspectos, más bien psicológicos, que lo están mediando, y en forma inversa, un buen psicólogo clínico debe estar consciente de

que, en el caso de la presencia de severos niveles de ansiedad, la estrategia de primera elección es la farmacoterapia, ya que por medio de ésta se es capaz de resolver la sintomatología aguda que está incapacitando al paciente. Sin embargo, la mayoría de los investigadores coinciden en que a pesar de las grandes ventajas que ofrecen los psicofármacos (benzodiazepinas), al mismo tiempo existen factores desventajosos. Entre los más importantes se encuentran los efectos colaterales y los problemas de tolerancia y dependencia no sólo física, sino también psicológica.

Además, se ha visto que la discontinuación del tratamiento farmacológico puede provocar un rebote o una intensificación de los síntomas en el 25 al 75% de los pacientes, un síndrome de abstinencia en el 40 al 100% y una probabilidad de recaída en el 63 al 81% (Dubovsky, 1990).

A pesar de esto, hay quienes objetan sobre este punto, ya que algunos investigadores opinan que los pacientes atendidos con terapia cognitiva conductual para el manejo de ansiedad que toman algún tipo de ansiolítico, presentan mayor dificultad de aprendizaje debido a los efectos del medicamento y a su vez tienden a atribuir el éxito terapéutico al fármaco, confiando a posteriori más en la medicación que en la toma del control por sí mismos (Bouton, Kenney y Rosengard, 1990).

Sin embargo, algunos investigadores han reportado que el uso concurrente de benzodiazepinas con intervenciones tales como modificación conductual y cognitiva resultan benéficas, ya que se ha observado que los pacientes con tratamiento psicológico de este tipo, concomitante con el uso de benzodiazepinas presentaban menores tasas de recaídas al momento de la disminución o suspensión farmacológica.

Otto, Pollack, Sachs, Reiter, Meltzer-Brody y Rosenbaum (1993), reportan un estudio en el que examinaron el nivel de

eficacia de una intervención cognitiva conductual breve en pacientes con trastorno de pánico con el objeto de discontinuar la terapia con benzodiazepinas (alprazolam). Los hallazgos del estudio mostraron que este tipo de abordaje psicológico contribuyó fuertemente a mantener bajos niveles de severidad del padecimiento en el curso de la discontinuación farmacológica. Para realizar su estudio, estos autores llevaron a cabo una previa revisión en la que otra gran cantidad de investigadores reportan estudios y resultados semejantes, entre ellos se encuentran **Craske, Brown y Barlow (1991)**; **Noyes, Garvey, Cook y Suelzer (1991)** y **Coplan, Tiffon y Gorman (1993)**.

De la exposición anterior puede concluirse lo siguiente: en casos de sintomatología severa o incapacitante, el primer tratamiento de elección es la farmacoterapia; los abordajes cognitivo conductuales han demostrado ser tan eficaces como los tratamientos farmacológicos en muchos casos; independientemente de los efectos colaterales de los fármacos, la terapia cognitiva conductual es un tratamiento que ofrece altos niveles de efectividad en la reducción y/o suspensión de medicamentos, especialmente de las benzodiazepinas.

2.2 TERAPIA CONDUCTUAL EN TECNICAS DE RELAJACION

Nuestra conciencia, comúnmente, se encuentra orientada hacia la participación y manipulación activa del medio ambiente externo, y en gran medida somos inconscientes de nuestros procesos fisiológicos internos, como si de alguna manera fuéramos ciegos a ellos, dirigiendo nuestra atención, principalmente, a eventos externos dejando fuera de la conciencia directa estos procesos.

Este paradigma divide, conceptualmente, al sistema nervioso en sistema nervioso central, que incluye encéfalo y los nervios que dirigen la actividad musculoesquelética y se ocupa del pensamiento de las acciones voluntarias y de la manipulación del

ambiente externo por medio de las extremidades. El sistema nervioso autónomo mantiene la homeostasis de nuestro medio interno; así, la mayor parte de las funciones internas están aparentemente fuera del control de la voluntad, pero el hecho de que un proceso esté la mayor parte del tiempo en un estado determinado no significa que siempre deba estarlo, independientemente de la condición que lo ocasiona.

Sin embargo, ésta porción al ser denominada como "autónoma" puede, de alguna manera, implicar que es involuntaria; no obstante, cuando se realizan ejercicios apropiados, la señales internas que parten de este sistema pueden entrar en la conciencia y lo que era autónomo puede cambiar.

Quizás un gran problema, aún cuando estamos a punto del Siglo XXI, es que nuestro proceso educativo normal (occidental), está básicamente dirigido a los procesos más intelectuales y nunca, o al menos casi nunca, aprendemos acerca del conocimiento de nuestro propio cuerpo o medio interno, especialmente en lo que se refiere no sólo a nuestras emociones sino a las funciones, localización y naturaleza de nuestros órganos internos. Si esto no fuera así, estas funciones no estarían tan invisibles a la conciencia personal.

En la actualidad, la posibilidad de la auto-regulación interna es un hecho. Si miramos hacia la ciencia moderna encontramos que existe un cúmulo de información que apoya y demuestra que el sistema nervioso autónomo es sólo relativamente autónomo, ya que puede estar sujeto al control voluntario si la situación se prepara adecuadamente. Existen gran variedad de formas que contribuyen a lograr el autocontrol de infinidad de funciones internas.

La utilidad de emplear estrategias de entrenamiento en relajación en pacientes que sufren de algún trastorno de ansiedad es casi obvia, ya que, en sí mismos, conforman gran parte del

trastorno, como lo son la tensión motora y la hiperactividad vegetativa.

Existe una gran variedad de métodos de tratamiento de autorregulación para el manejo de la ansiedad que contribuyen a contrarrestar tanto la sensación de pérdida del autocontrol como los desagradables síntomas físicos. Este tipo de técnicas ofrecen además, la ventaja de que en un periodo relativamente corto de tiempo los pacientes pueden ser instruidos en técnicas que inducen relajación y que son consideradas altamente efectivas en el tratamiento de la ansiedad.

En el manejo de las manifestaciones de tensión motora, destacan dos importantes técnicas, el entrenamiento en retroalimentación bilógica electromiográfica y el entrenamiento en relajación progresiva. Sobre los síntomas de hiperactividad vegetativa, se ha fundamentado que el entrenamiento en relajación autogénica es de gran utilidad terapéutica; no obstante, cada estrategia, aún separadamente, ha demostrado ser eficaz en la disminución general de los síntomas psicofisiológicos de la ansiedad, ya que generalmente, la reducción en el grado de tensión motora puede, a la vez condicionar una respuesta favorable de los síntomas relacionados con hiperactividad vegetativa y viceversa.

En el abordaje de la ansiedad, es importante enfocar la instrucción en la inducción de la relajación muscular, ya que las personas ansiosas comúnmente experimentan altos niveles de tensión muscular que a su vez pueden disparar un aumento en los niveles tanto físicos como psicológicos de la ansiedad.

Las personas, por lo general, están intuitivamente conscientes de que la relajación muscular está asociada, de alguna manera, con la reducción de la ansiedad; sin embargo, desafortunadamente, muchas personas no están conscientes de su tensión muscular crónica o son incapaces de relajarse aún cuando

están conscientes del problema. Esto significa que es de suma importancia el uso de una estrategia que lleve al paciente a aprender a sentir y controlar la tensión muscular que contribuye, a su vez, en la reducción de la ansiedad (Stoudemire, 1987).

Los abordajes conductuales siempre se enfocan en evaluar separadamente tres componentes del funcionamiento del paciente: (1) los autorreportes en relación con los síntomas (asignación de tareas); (2) medidas psicofisiológicas que son concomitantes con los síntomas del paciente y (3) las observaciones directas de la conducta manifiesta con el problema (Keefe, 1979).

2.2.1 ENTRENAMIENTO EN RETROALIMENTACION BIOLÓGICA

La retroalimentación biológica es una técnica fundamentalmente conductual basada en los principios del condicionamiento instrumental, que fue desarrollada como procedimiento dentro del campo de la Psicología Experimental; se desarrolló a partir del crecimiento de varios campos de la ciencia, especialmente la electrónica y la psicofisiología (Valdés, Flores, Tobeña, Massana, 1983).

La importancia de las primeras investigaciones en retroalimentación biológica radica en que las funciones fisiológicas modificadas eran aquellas que se consideraban fuera del control del aprendizaje voluntario, funciones tales como cambios en el sistema nervioso autónomo, sistema nervioso central y relajación profunda principalmente de músculos esqueléticos. El propósito de la aplicación clínica de esta técnica es facilitar el incremento del autocontrol del funcionamiento fisiológico, acercando así los aspectos físicos y emocionales del individuo.

Uno de los primeros usos de la retroalimentación biológica se dio a conocer por Haugen, Dixon y Dickel (1963), al tratar pacientes que padecían de ansiedad tensional para controlar su conducta electromiográfica, vista en un osciloscopio; ellos

utilizaron la forma de relajación progresiva de Jacobson para entrenamiento. Sin embargo, fue Kamiya quien suscitó una corriente de interés en las posibilidades de la retroalimentación biológica cuando a principios de los 60's estableció que los ritmos de las ondas cerebrales alfa podían ser detectados y autorregulados. La máxima aportación de esta investigación es que desarrolló un nuevo modo de usar la tecnología electrónica en las ciencias que estudian al hombre (Green y Green, 1977).

El objetivo primordial de la retroalimentación biológica es el de regular funciones biológicas que, reversiblemente puedan haberse alterado como consecuencia de una interacción entre el organismo y el medio ambiente. Desde la perspectiva clínica, este procedimiento se deriva de una disciplina llamada "Medicina Conductual" que investiga y trata, mediante procedimientos de base psicológica, patrones de comportamiento que son capaces de desencadenar un proceso patológico interno (Valdás y cols., 1983).

Es decir, que pretende estabilizar esos mecanismos internos de funciones biológicas que se han visto alterados por presiones ambientales, a través de una técnica de condicionamiento instrumental.

Se trata pues, de modificar o controlar repetidamente diferentes respuestas fisiológicas utilizando la metodología del condicionamiento operante, ya que desde la Psicología del Aprendizaje, las respuestas fisiológicas, bajo este método, van seguidas del refuerzo que asegura su fortalecimiento.

La explicación operante de la retroalimentación biológica supone que la información (la retroalimentación) facilitada sobre la respuesta fisiológica, a través de los cambios observados en el contador del aparato (información normalmente sobre el éxito de la respuesta en la dirección requerida), opera como un reforzador, incrementando en ensayos sucesivos la probabilidad de

reforzador, incrementando en ensayos sucesivos la probabilidad de que el sujeto emita la respuesta fisiológica responsable de los cambios observados en el contador, o sea, en la información o retroalimentación facilitada por el mismo.

Esto quiere decir que el paciente es conectado a un aparato capaz de registrar una señal biológica específica por medio de sensores especiales, que a su vez la traduce en una señal electrónica que es presentada en forma de estímulo sensorial (auditivo, visual o táctil) comprensible para el paciente y que funciona como refuerzo, facilitándole el aprendizaje (Richter-Heinrich y Miller, 1982; Valdés y cols., 1983; Schwartz, 1987; Carroles y Godoy, 1991).

Existen varias definiciones de la Retroalimentación Biológica, algunas de ellas se enfocan a los procedimientos implicados en la técnica y otras en las metas de la técnica, otras más son una combinación de ambos enfoques.

Como proceso, la retroalimentación biológica puede definirse como "...un grupo de procedimientos en los cuales un sensor es utilizado para proporcionar al organismo información del estado de un proceso corporal, generalmente en un intento de efectuar un cambio cuantificablemente medido" (Schwartz y Beatty, 1977).

Kamiya (1971) sugirió tres procedimientos básicos requeridos para entrenamiento en retroalimentación biológica: "Primero, la función fisiológica debe estar bajo control y continuamente monitoreada para detectar momento a momento los cambios; segundo, los cambios en las medidas fisiológicas deben ser informados al paciente de inmediato para que intente controlar el proceso y por último, la persona debe ser motivada para aprender los efectos de los cambios fisiológicos que están bajo control y tratamiento".

Desde la perspectiva de su definición por metas, "la primera meta de la retroalimentación biológica ha sido promover la

adquisición del auto-control de procesos fisiológicos". (Ray, Raczynski, Rogers y Kimball, 1979), o bien, es "una herramienta para el aprendizaje de la autorregulación psicosomática" (Green y Green, 1977).

El mayor supuesto subyacente del modelo de Retroalimentación Biológica, es que el paciente puede aprender a discriminar aspectos interoceptivos relacionados con la respuesta "blanco" y a desarrollar tareas para controlar la respuesta. El aprendizaje en Retroalimentación Biológica implica el desarrollo de nuevas habilidades sensoriales durante el proceso de entrenamiento (Brener, 1981). El modelo de LaCroix (1984), propone que una situación de Retroalimentación Biológica utiliza un programa conductual pre-existente, el cual es adaptado a la nueva situación. De tal forma que una estrategia de respuesta implica la aplicación del aprendizaje pasado, el estado cognitivo y las estrategias psicomotoras de la nueva situación. El énfasis en el aprendizaje pasado y la influencia del pensamiento sobre la conducta es congruente con la literatura referente a la influencia de las variables cognitivas en la Retroalimentación Biológica (Meichenbaum, 1976).

En definitiva, el componente básico de los procedimientos de la retroalimentación biológica es el aprendizaje del control de diferentes funciones biológicas utilizando la información (contingencia) inmediata de esas funciones. La retroalimentación biológica puede entonces considerarse como un sistema de autocontrol ya que enseña a la persona a utilizar su sistema fisiológico más eficazmente (Carrobbles y Godoy, 1991). Esto es importante porque contribuye en el incremento de la sensibilidad del paciente para traer a la conciencia procesos psicofisiológicos de los que regularmente no se está consciente, haciendo posible desarrollar una forma de control voluntario sobre estos procesos. El entrenamiento en retroalimentación biológica es de gran utilidad en el aprendizaje de la autorregulación psicofisiológica.

Entre las modalidades de esta técnica que han sido utilizadas con más frecuencia en la aplicación clínica se encuentra el monitoreo y entrenamiento sobre la actividad electromiográfica.

La retroalimentación electromiográfica (retroalimentación de la actividad muscular), es un paso más para proporcionar a la persona información más precisa de sus potenciales eléctricos de diferentes grupos musculares (Schwartz, 1987).

El entrenamiento en retroalimentación electromiográfica ha demostrado ser de gran utilidad en el control de la ansiedad y generalmente se seleccionan los músculos frontales para ser monitoreados. El nivel electromiográfico de estos músculos se ha relacionado como índice de excitación fisiológica general (Stoudemire, 1987).

Budzynski y Stoyva, (1973), sustentaron que la retroalimentación electromiográfica aumenta la efectividad del uso de procedimientos tradicionales de relajación, utilizando los músculos frontales como sitio de primera elección, asumiendo que la relajación de éstos se generaliza a otros, apoyando que este procedimiento es de gran utilidad en el manejo del control de la ansiedad.

Este tipo de procedimiento ha demostrado ser exitoso por otros autores más, entre ellos, Raskin, Johnson y Rondstvedt (1973); Townsend, House y Addario (1975); Canter, Kondo y Knott (1975); Romano y Cabinaca (1978); Beiman, Israel y Johnson (1978).

Esta técnica ha sido utilizada en el manejo de la ansiedad separadamente o en combinación con una o más técnicas de relajación; sin embargo, muchos autores coinciden en que el uso combinado de retroalimentación electromiográfica con otras técnicas tradicionales de relajación aumenta la efectividad del tratamiento, como lo son el entrenamiento en relajación

progresiva y el entrenamiento en relajación autogénica.

2.2.2 ENTRENAMIENTO EN RELAJACION PROGRESIVA.

El Entrenamiento en Relajación Progresiva fue originalmente creado por **Jacobson en 1929-1938**. Este método de relajación supone el entrenamiento para lograr detectar y reconocer niveles de tensión muscular cada vez más sutiles y hacerlos que permanezcan relajados durante el resto del día. En cada sesión el sujeto debe generar la menor cantidad de tensión posible para después soltarla. Esta técnica debe de ser idealmente enseñada por grupos de músculos en cada sesión, cubriendo al final los 50 grupos de músculos de todo el cuerpo. Sin embargo, ésto requeriría de un tiempo muy prolongado de terapia, por lo que generalmente es aplicado en forma modificada, intentando abarcar mayor cantidad de grupos musculares por sesión.

2.2.3 ENTRENAMIENTO EN RELAJACION AUTOGENICA

El Entrenamiento en relajación Autogénica es una técnica psicofisiológica basada en la autoregulación autonómica. El pionero en desarrollarla fue Shultz en 1932 (**Shultz 1939**).

El objetivo del entrenamiento autogénico es capacitar al individuo en lograr una autorregulación de las funciones autonómicas a través de ejercicios que son llevados a cabo por medio de la "imaginación", es decir, la persona concentra su atención pasivamente imaginando una serie de procesos fisiológicos que ocurren en su organismo en una situación de relajación profunda. En este entrenamiento, el paciente aprende seis tipos de fórmulas que son subvocalmente repetidas, y que sugieren sensaciones autonómicas específicas:

- (1) "Mi brazo está muy pesado" (relajación muscular).
- (2) "Mi brazo está muy caliente" (dilatación vascular)
- (3) "Mi latido cardiaco es regular" (estabilización

frecuencia cardiaca).

(4) "Mi respiración es tranquila y regular" (regulación respiratoria).

(5) "El calor está radiando sobre mi abdomen" (regulación de órganos viscerales).

(6) "Siento una brisa fría pasando por mi frente" (regulación del flujo sanguíneo en la cabeza).

El modelo subyacente se basa en un proceso de homeostasis autonómica (Cannon, 1929). Proceso en que las fuerzas autorregulatorias de sistemas fisiológicos (que pueden ser activados vía entrenamiento autógeno) pueden generar cambios bidireccionales; excesiva actividad de respuestas autonómicas pueden "regresar" a niveles normales y funcionales y viceversa. De esta forma, por medio del entrenamiento autogénico se puede reducir la excesiva actividad simpática y lograr un mejor balance entre el control simpático y parasimpático.

Este modelo de entrenamiento está categorizado como un procedimiento "auto-hipnótico", ya que sus fórmulas de auto-entrenamiento sugieren un función somática específica y las imágenes y sensaciones que acompañan a ésta función comúnmente son reportadas por los pacientes en estado de relajación profunda o trances hipnóticos. Las sensaciones positivas refuerzan el interés y conducen al paciente a tener mayor credibilidad de lo que las fórmulas de este procedimiento le ofrecen. De esta manera, el aspecto "mágico" de la hipnosis es internalizado dentro de los procesos de aprendizaje auto-dirigido de las sensaciones autonómicas.

Varios investigadores apoyan el concepto de la especificidad fisiológica de la imaginación sobre el sistema de señales o codificación de las imágenes y la experiencia basada en una forma somato-visceral de respuesta (Lang, Kozak, Miller, Levin y McLean 1980; Lang, Levin, Miller y Kozak, 1983).

2.2.4 APLICACION DE LAS TECNICAS DE ENTRENAMIENTO EN RELAJACION EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Existe una gran cantidad de estudios que apoyan el éxito del empleo de técnicas de relajación en los trastornos de ansiedad. Algunos de ellos se enfocan en la combinación de estas técnicas entre sí, y muchos otros sólo comparan una técnica con controles. A continuación se presentan algunos de los estudios más relevantes en el área.

Pikoff (1984), llevó a cabo una investigación en la que conjuntó el entrenamiento autogénico con retroalimentación biológica, obteniendo excelentes resultados en pacientes con problemas severos de ansiedad.

Raskin, Bali y Peake (1980) compararon retroalimentación electromiográfica, meditación trascendental y entrenamiento en relajación progresiva. Sus resultados mostraron que de 31 pacientes, el 40% mostró un decremento clínicamente significativo de la ansiedad, pero no se demostraron diferencias entre los tratamientos en relación a eficacia. Los autores finalmente comentan que no hay evidencia que sugiera que el grado de relajación muscular inducido por cualquiera de los tratamientos esté relacionado con el resultado terapéutico y concluyen que las terapias de relajación aplicadas como un solo tratamiento parecen ocupar un limitado lugar en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Leboeuf y Lodge (1980), realizaron un estudio en el que compararon el entrenamiento en retroalimentación electromiográfica de los músculos frontales y entrenamiento en relajación progresiva en 26 pacientes con ansiedad crónica. En sus resultados encontraron que la retroalimentación electromiográfica es más eficaz en la disminución de los niveles de actividad muscular; sin embargo, este tratamiento no resultó ser más efectivo que el entrenamiento en relajación progresiva en

la reducción de los síntomas de ansiedad y finalmente ningún paciente presentó una marcada mejoría en los síntomas característicos de la ansiedad y muy pocos mostraron moderada mejoría. Estos autores concluyen que estas técnicas pueden aportar mucho en el tratamiento de la ansiedad, pero aplicadas como única técnica no son la panacea, ya que resultados como éstos, resaltan el hecho de que la neurosis de ansiedad consiste de muchas dimensiones de conducta, además de las fisiológicas, y que cada aspecto del problema del paciente puede requerir de ser tratado a través de otras técnicas psicoterapéuticas que contribuyan al manejo más integral y efectivo. Los resultados y conclusiones de este estudio son consistentes con los reportados por **Tarler-Benlolo (1978)**.

Algunos investigadores afirman que la combinación de relajación progresiva con retroalimentación biológica electromiográfica frontal, como elementos coadyuvantes de un manejo cognitivo conductual, produce mejores resultados post-tratamiento y a largo plazo en pacientes con trastorno de pánico (**Barlow, Cohen, Waddell, Varmilaya, Klosko, Blanchard y DiNardo, 1984**).

Resultados distintos son los que reportaron **Lavallée, Lamontagne y Pinard (1975)** cuando compararon retroalimentación electromiográfica frontal, tratamiento con diazepam y una condición control en la que cada sujeto desarrollaba su propia estrategia de relajación; encontrando que en el post-tratamiento los pacientes con entrenamiento en retroalimentación reportaron mejores resultados que las otras condiciones, sin embargo, en el seguimiento el grupo control fue superior en mantener los niveles de ansiedad más bajos.

Los resultados de los estudios, en general plantean que cualquier técnica de relajación es efectiva en la disminución, principalmente, de los niveles tensionales producto de la ansiedad, y efectivos, pero en menor grado en la disminución de

los niveles de ansiedad. No obstante, incluirlos como estrategia coadyuvante en cualquier abordaje terapéutico es de relevante importancia, ya que la mayoría de los programas de manejo de los trastornos de ansiedad incluyen por lo menos un entrenamiento en relajación, en los que su función destaca tanto como otras (Blanchard, 1992).

Otra importante conclusión es que combinar más de una técnica de relajación parece ser más efectivo, ya que por ejemplo tanto el entrenamiento en relajación progresiva como en relajación autogénica son de gran utilidad si, además, los efectos y resultados pueden ser objetivamente medidos y retroalimentados para el paciente en forma simultánea.

Otra de las intervenciones de modificación conductual de gran utilidad en la evaluación de síntomas es el desarrollar un sistema de asignación de tareas, como los son los autorreportes que el paciente realiza diariamente con el objeto de evaluar las experiencias y evolución fuera de consulta (Sholton y Levy, 1981).

En resumen, desde esta perspectiva de tratamiento (Modificación Conductual), el objetivo es entrenar al paciente en el autocontrol de los síntomas que le genera la ansiedad y la ansiedad misma a través de tres grandes estrategias: el entrenamiento en retroalimentación biológica (electromiográfica a partir de los músculos frontales), el uso concomitante de otras técnicas tradicionales de relajación (relajación progresiva y relajación autogénica) y la asignación de tareas como los automonitoreos o auto-reportes.

El objetivo del presente reporte es presentar la evaluación post-tratamiento de un plan terapéutico combinado (Manejo Cognitivo y Manejo Conductual) para pacientes que sufren de trastorno de pánico con o sin agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada manejados farmacológicamente.

CAPITULO II PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El siguiente procedimiento psicoterapéutico se llevó a cabo en un período de 12 sesiones para cada paciente con una frecuencia de consulta aproximada de 2 a 3 veces por semana.

Este procedimiento se dividió en cuatro diferentes procesos:

MANEJO GENERAL
MANEJO CONDUCTUAL
MANEJO COGNITIVO
CIERRE TERAPÉUTICO

El Manejo General se refiere a un proceso inicial. El Manejo Conductual y el Manejo Cognitivo se hicieron simultáneamente.

A continuación se explica detalladamente la forma en que se llevó a cabo el procedimiento terapéutico, así mismo se incluyen cuadros temáticos en los cuales se apreciarán las siguientes tareas básicas a realizar en cada uno de ellos: fase, actividad, objetivos, actividades principales y producto.

MANEJO GENERAL

El objetivo principal de esta etapa es conocer lo más ampliamente posible el problema que motivó la consulta y así establecer con precisión la estrategia terapéutica a seguir.

Para lograrlo, esta etapa se divide en tres fases básicas:

FASE I. Entrevista inicial.

En esta fase se llevan a cabo tres actividades fundamentales:

1.- Realización de una entrevista inicial que tiene como función principal establecer un rapport con el paciente; ésto se logra a través de la actitud empática y cálida del terapeuta hacia el paciente con el fin de crear un ambiente de confianza en el que el enfermo tiene la oportunidad de expresar el problema desde su propia perspectiva vivencial, contribuyendo a que el experto pueda tener un conocimiento general del paciente y su problema.

2.- Elaboración de la ficha de identificación completa del paciente, la cual contiene los datos demográficos y personales que identifican al paciente como persona: nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, nacionalidad, dirección, teléfono, socio del hospital o particular y médico que lo refiere.

3.- Realización de una historia clínica breve que recopila los datos clínicos que encuadran al padecimiento, éstos son: motivo de la consulta, padecimiento actual, síntomas claves del trastorno y cómo éste afecta la vida del paciente, condición hospitalaria (interno/externo), tratamiento farmacológico, si está o ha estado en algún otro tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico, con qué estudios médicos y/o psicológicos cuenta, si existe o no alguna alteración física y diagnóstico.

FASE II. Ubicación del paciente ante el problema.

Objetivo: proporcionar al paciente la información relacionada con su padecimiento.

Esta fase consiste en proporcionar al paciente toda la información necesaria relacionada con el padecimiento. Aquí el objetivo primordial es, desde el punto de vista emocional, que el paciente conciba que su problema es más común de lo que piensa e informarle que su trastorno, manejado adecuadamente, tiene grandes posibilidades de mejoría, lo cual contribuye a reducir considerablemente la angustia y el temor. Desde un punto de vista más intelectual (o cognitivo) es necesario explicar al paciente detalladamente los aspectos clínicos del padecimiento con la intención de que lo ubique en un "esquema" claro y real, ya que estos pacientes frecuentemente atribuyen las alteraciones vegetativas a problemas de salud física y las sensaciones emocionales de la ansiedad a problemas extremos de salud mental ("locura").

Esta actividad se realiza por medio de la instrucción cognitiva (parte del modelo fundamental del modelo cognitivo aplicado al problema), por lo que el objetivo primordial de esta fase es identificar y corregir las primeras atribuciones erróneas que el paciente tiene del padecimiento, de sí mismo y de su entorno.

Esta fase puede ser vista como terapéutica si consideramos que ubicar al paciente ante su problema ya implica intervención cognitiva y conlleva en sí misma la total intención de disminuir los niveles de ansiedad.

FASE III. Plan terapéutico.

Objetivo: informar al paciente la estrategia a seguir (qué, cómo, por qué y para qué) en el tratamiento, entendido éste como un proceso de aprendizaje en el autocontrol del problema.

La última fase del manejo general consiste en establecer, ya conjuntada toda la información necesaria, un plan terapéutico. Dado que se trabaja bajo un modelo, si no rígido u ortodoxo, si

claro y específico en cuanto a objetivos y estrategias previamente planificados para el manejo de estos trastornos, se puede, a partir de este momento, informar al paciente en forma clara y precisa los lineamientos básicos del tratamiento, en cuanto a objetivos, estrategias y técnicas, que es la finalidad principal de esta fase.

MANEJO CONDUCTUAL

PARTE A. ENTRENAMIENTO EN RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA.

El objetivo principal de esta etapa es enseñar al paciente a conocer y controlar la funciones físicas que han sido alteradas como parte del padecimiento.

Para lograr el objetivo se lleva a cabo un procedimiento terapéutico basado en el entrenamiento de los procesos de relajación.

El abordaje de este proceso es el Entrenamiento en Retroalimentación Biológica, cuyo objetivo básico tiene el promover el aprendizaje sobre el control de diferentes funciones biológicas autónomas, utilizando la información o la retroalimentación procedente de las funciones.

Este proceso se lleva a cabo en 8 sesiones de tratamiento y para el manejo de estos pacientes únicamente se lleva a cabo un entrenamiento en retroalimentación electromiográfica, el cual se describe detalladamente continuación.

Retroalimentación Electromiográfica.

Un electromiógrafo es un aparato electrónico capaz de registrar actividad de tipo muscular medido en microvoltios. La actividad electromiográfica de un músculo o grupo muscular se obtiene conectando la zona deseada con el aparato por medio de

electrodos (en este caso de superficie) que contienen una sustancia acuosa que facilita la transmisión eléctrica permitiendo poner en contacto la región corporal con el receptor (electromiógrafo), de tal manera que el paciente funge como transmisor de señales y el electromiógrafo como receptor de esas señales.

Una vez recibida la señal medida en microvoltios, ésta puede ser apreciada a través del osciloscopio del electromiógrafo, o bien en forma numérica por medio de un convertidor analógico digital (que le permite al terapeuta llevar un registro y monitoreo constante de la respuesta emitida por el paciente).

La Retroalimentación Electromiográfica consiste en que una vez recibida la señal, el receptor (electromiógrafo) la convierte (similarmemente que el convertidor o transmisor digital) en una señal que el paciente sea capaz de percibir (es decir, a nivel cognitivo sensorial). En este proceso terapéutico la señal de retroalimentación es en forma de sonido, estableciendo una retroalimentación auditiva de la señal.

En otras palabras, el paciente puede escuchar la señal que su propio cuerpo transmite. De esta forma se crea un "circuito cerrado" que le permite tener una información (retroalimentación) sobre su respuesta o sobre los efectos de la misma. El paciente, una vez consciente de su condición, pone en práctica ejercicios que promueven la relajación muscular en un intento de obtener la mayor retroalimentación posible.

En el tratamiento administrado a los pacientes, las zonas corporales elegidas para el entrenamiento fueron los músculos frontales y la actividad electromuscular se manejó para el paciente como "tensión muscular".

Aún cuando el entrenamiento en Retroalimentación Biológica es en sí mismo una técnica que involucra a la relajación como

elemento esencial para equilibrar respuestas (en este caso de tensión), en el proceso terapéutico administrado a los pacientes que se incluyen en este trabajo, se decidió incluir dos técnicas tradicionales de relajación: Entrenamiento Autogénico y Entrenamiento en Relajación Progresiva con el objeto de proporcionar al paciente mayor cantidad de posibilidades en pro de su mejoría física y emocional.

Para lograr los objetivos planteados en esta etapa se lleva a cabo un procedimiento terapéutico que puede dividirse en tres fases:

FASE I. Línea base inicial.

Objetivo: conocer el nivel de respuesta electromiográfica del paciente en ausencia de tratamiento.

Se establece una Línea Base Inicial con el objeto de conocer el nivel de respuesta electromiográfica del paciente en ausencia de cualquier clase de tratamiento, por lo que evidentemente la respuesta del paciente se registra y monitorea, pero no se retroalimenta, es decir, que el paciente permanece en esta fase simplemente en estado de reposo natural sentado sobre un sillón y es ciego a los resultados del registro.

Esta Línea Base Inicial suele tomarse en un período de tiempo de 20 minutos aproximadamente. Se toman registros cada 2 minutos (el promedio dado en este tiempo por el convertidor digital).

FASE II. Entrenamiento en las funciones básicas de relajación.

Objetivo: dar a conocer al paciente los elementos básicos que contribuyen al logro de una relajación profunda y la técnica adecuada de llevarlos a cabo.

La segunda fase se diseñó para entrenar al paciente en las funciones básicas de relajación con el objeto de facilitarle el aprendizaje y la mejoría en etapas ulteriores.

En esta fase se manejan tres elementos esenciales para lograr niveles posteriores de relajación profunda.

1.- Entrenamiento básico sobre aspectos de postura corporal. Su objetivo es dar a conocer al paciente la importancia esencial que la postura del cuerpo guarda en el espacio, para evitar o reducir la tensión muscular.

Las indicaciones principales fueron:

a) Si alguna(s) partes del cuerpo están tensas los procesos adecuados de respiración se dificultan.

b) Una postura rígida indica que la persona está tensa, por lo que mantener una postura suelta y relajada contribuye a evitar o eliminar niveles de tensión interna.

c) Un problema característico en los trastornos de ansiedad es la tensión muscular, lo que supone que eliminar o disminuir la tensión da como consecuencia la eliminación o disminución de la ansiedad.

d) Enfatizar la importancia de la postura corporal no sólo en situaciones cotidianas, sino también durante los ejercicios de entrenamiento en relajación, ya que ésta última no es posible si la persona se encuentra en una postura ya no sólo tensa, sino incómoda.

e) Recordar al paciente que cuando un cuerpo o grupo muscular permanece un determinado tiempo tenso o en

posturas inadecuadas que reflejan tensión, especialmente los músculos que rodean la cara, cabeza, nuca, cuello y espalda, se produce una vasoconstricción que, generalmente, es la causa de muchas cefaleas, además de contribuir a que se produzcan contracciones musculares dolorosas.

2.- Reentrenamiento en los procesos de respiración. El objetivo de este planteamiento es observar cómo es el proceso respiratorio normal y profundo del paciente, y sobre esa observación se hacen correcciones pertinentes.

Las indicaciones más relevantes fueron:

a) Enseñar al paciente la respiración diafragmática ya que ésta favorece el proceso de relajación.

b) Inhalar y exhalar profundamente en forma adecuada.

c) En momentos de tensión, ansiedad o estrés, después de lograr una postura adecuada, respirar profunda y pausadamente, ya que la respiración rápida y acelerada (hiperventilación) no sólo es producto de la ansiedad, sino que respirar en esta forma puede precipitar una crisis.

d) Respirar en forma suave y profunda ejerce importante efecto sobre la relajación muscular.

3.- Entrenamiento en ejercicios de tensión relajación. Esta actividad pretende que:

a) El paciente tome consciencia de cómo sus estados de extrema tensión alteran severamente todas sus respuestas fisiológicas y emocionales.

b) Los pacientes experimenten la agradable sensación de su cuerpo cuando se relaja rápida o lentamente por medio de ejercicios de relajación y respiración profunda.

FASE III. Sesiones de entrenamiento en Retroalimentación Biológica.

Básicamente, las actividades en las sesiones no varían puesto que en la primeras tres se va implementado una actividad más a la de la sesión anterior, hasta que en la cuarta, quinta y sexta se repiten las actividades establecidas en las anteriores. Finalmente, en las últimas sesiones (séptima y octava), se miden los niveles de aprendizaje de los pacientes en la retroalimentación biológica.

***Primera sesión.**

Objetivo: retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente con el fin de que empiece por conocer cómo funciona el sistema y cómo él puede ejercer un control sobre sí mismo.

Las actividades principales que se realizaron fueron:

1.- Etapa de acoplamiento. Este es un pequeño período de tiempo reservado para que el paciente adopte la postura adecuada y disminuya los niveles de actividad física y mental; por lo general también se utiliza para la colocación de electrodos.

2.- Período línea base. Se toma registro y monitoreo de la respuesta electromiográfica en ausencia de tratamiento por un tiempo aproximado de 5 minutos. Se toman registros cada 2 minutos (el promedio dado en este tiempo por el convertidor digital).

3.- Período de tratamiento. Aquí se trabaja en tres etapas:

a) Se le pide al paciente que respire profundamente y que mentalmente imagine números que van del 5 al 1 en forma descendente, concentrándose en "sentir" que su cuerpo se relaja cada vez más a medida que desciende la numeración.

b) Se activa el sistema de retroalimentación auditiva y se le pide al paciente que por sí mismo intente relajarse lo más posible con el fin de reducir la intensidad y frecuencia del estímulo auditivo.

c) Se toma registro cuantitativo de los resultados cada 2 minutos por un período de 25 minutos aproximadamente.

4.- Una vez finalizado el período de tratamiento (25 minutos aproximadamente) se le pide al paciente que nuevamente respire una o dos veces en forma profunda y suave y que imagine números del 1 al 5 en forma ascendente en donde cada número es un nivel más de alerta y activación. Al escuchar el número 5 debe abrir los ojos y permanecer en reposo, tranquilo, sereno y relajado, pero moviendo ligeramente las extremidades del cuerpo. Posteriormente son retirados los electrodos de la frente del paciente y se le pide que se recline hacia adelante. Finalmente se discute con el paciente los resultados del registro y la retroalimentación y se le pregunta si algún pensamiento, idea o preocupación lo ha perturbado durante el ejercicio. Se discuten también los efectos positivos o negativos de la relajación y las dificultades presentadas.

*Segunda sesión

Objetivo: retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente y entrenarlo en la relajación progresiva.

Las actividades son exactamente iguales (etapa de

acoplamiento, período de línea base, monitoreo electromiográfico y retroalimentación auditiva), a diferencia de que en esta ocasión se incluye el Entrenamiento en Relajación Progresiva, ya que en el período de tratamiento se le pide al paciente que tense su cuerpo con fuerza y después lo suelte lentamente para mantenerse el resto de la sesión tranquilo, calmado y relajado, suave y lentamente, ayudándose de la respiración profunda, pensando en cada parte de su cuerpo las veces que lo considerara necesario. El resto del tratamiento continua en la misma forma que el anterior (monitoreo y registro).

*Tercera sesión

Objetivo: retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente y entrenarlo en la relajación autogénica y progresiva.

Las actividades son las mismas (etapa de acoplamiento, período de línea base, monitoreo electromiográfico, retroalimentación auditiva y entrenamiento en relajación progresiva), a diferencia de la introducción de una nueva variable: el Entrenamiento Autogénico. Una vez iniciado el período de tratamiento se le pide al paciente que lleve a cabo ejercicios de relajación progresiva. Cuando logra comenzar a relajarse se le indica que se concentre pasivamente en sensaciones de calor y pesadez en las partes del cuerpo que ha logrado relajar progresivamente, acompañándolas de un ritmo respiratorio y cardíaco adecuado y centrando una buena parte de sensación de calor en la zona del abdomen. (La provocación de sensaciones de frío en la frente se suprimen en este abordaje, ya que dadas las circunstancias de colocación de los electrodos, en los músculos frontales, una indicación como ésta provoca un aumento en la tensión pasiva sobre esta zona, alterando las señales en forma considerable). El resto del tratamiento continua en la misma forma que el primero (monitoreo y registro).

*Cuarta, Quinta y Sexta sesiones.

Objetivo: retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente y entrenarlo en la relajación autogénica y progresiva.

El procedimiento en estas sesiones se lleva a cabo con las mismas actividades que la Tercera sesión (etapa de acoplamiento, período línea base, monitoreo electromiográfico, retroalimentación auditiva, entrenamiento en relajación progresiva y entrenamiento autogénico).

*Séptima y Octava sesiones.

Objetivo: conocer la respuesta electromiográfica del paciente en ausencia de retroalimentación y de instrucciones de entrenamiento.

El procedimiento en cada una de estas sesiones varía en forma importante con relación a las anteriores, ya que sus objetivos no son entrenar, sino conocer la respuesta electromiográfica del paciente (nivel de aprendizaje), en ausencia de los elementos instructivos reforzadores, después de haber estado bajo tratamiento.

Las actividades en estas sesiones se limitan a etapa de acoplamiento y monitoreo y registro electromiográfico.

Al paciente no se le informa de lo que va a ocurrir en cada una de estas sesiones. Después de ser conectado, simplemente se le pide que se relaje lo más que pueda; así mismo se le informa que se evitará la instrucción terapéutica (ya que era importante que el paciente se "sintiera" capaz de hacerlo solo) y que esta experiencia puede ser más agradable (es decir, se considera que debe omitirse la frase "...conocer el nivel de aprendizaje..." cuando uno se dirige al paciente, pues esto lo hace "sentir" que está "a prueba" o "en examen" y provocar efectos contraproducentes).

PARTE B. REALIZACIÓN DE AUTO-REPORTES Y ASIGNACIÓN DE TAREAS.**FASE I. Asignación de tareas.**

Objetivo: el paciente debe practicar el autocontrol fuera del consultorio tanto en ejercicios de relajación como en situaciones que generan ansiedad.

Para el grupo de pacientes que aquí se reportan, en esta fase la actividades realizadas son:

1.- Práctica de ejercicios de relajación: se le pide a cada paciente que realice todos los días un ejercicio de relajación en el lugar que desee (fuera del consultorio), siempre y cuando éste sea propicio y adecuado. En la forma de registro el paciente establece el nivel de efectividad lograda.

2.- Práctica de ejercicios de relajación frente a situaciones que generan ansiedad: se le pide a cada paciente que aplique lo aprendido (autocontrol) en situaciones (fuera del consultorio) que él considera le generan ansiedad (especialmente los pacientes fóbicos) y que las registre de acuerdo al nivel de efectividad lograda.

Los auto-reportes de estas actividades presentadas por los pacientes se especifican en la FASE II. Auto-reportes: 5- Auto-reportes de tareas asignadas.

FASE II. Realización de auto-reportes.

Objetivo: Conocer clara y objetivamente los niveles de ansiedad, medicación, calidad del sueño y estado de ánimo presentados diariamente por el paciente, así cómo la forma en que el paciente maneja el autocontrol fuera de consulta.

En esta segunda parte del manejo conductual las actividades

consisten en que el paciente llevará un registro diario de los síntomas y procesos de cambio que en estos trastornos son "blanco" de tratamiento. De esta manera, tanto el paciente como el terapeuta, pueden tener una visión más objetiva y clara de los cambios y respuestas que ocurren en la vida cotidiana del paciente.

Este registro o monitoreo lo lleva a cabo el paciente llenando una forma previamente realizada por el terapeuta, en la cual registra los datos clínicos que por motivo de consulta se espera que generen cambios positivos.

La forma de registro diario contiene el monitoreo de:

1.- Niveles de ansiedad que el paciente presenta durante el día: los niveles se marcaron en una gráfica x,y (nivel - hora), de tal manera que visualmente puedan observarse los cambios ocurridos. Los niveles se establecieron arbitrariamente en una escala de Lickert que iba del 0 al 4:

Nivel 4 - Nivel Incapacitante: se refiere a un nivel máximo de ansiedad en el que el paciente queda atrapado en su angustia o pánico, siendo incapaz de llevar a cabo cualquier actividad.

Nivel 3 - Nivel Severo o Grave: este nivel representa el punto en el que el paciente es casi incapaz de funcionar, lo logra pero con gran esfuerzo y desgaste; bajan en forma importante sus niveles de atención, ya que su mente no es capaz de distraer la idea de "sentirse ansioso".

Nivel 2 - Nivel Moderado: este nivel representa un nivel de ansiedad en la que el paciente nota y le molesta la ansiedad, pero es capaz de funcionar.

Nivel 1 - Nivel Leve: representa un grado de ansiedad ligera que el paciente nota pero que a su vez es capaz de controlar o distraer, prácticamente no interfiere con su habilidad de funcionar adecuadamente.

Nivel 0 - Nivel Ausente: en este nivel el paciente se siente bien, cómodo y capaz de funcionar física, cognitiva y emocionalmente sin problemas.

2.- Registro diario de medicación: se pide a los pacientes que reporten los medicamentos que tienen indicados, así como las dosis y horarios. Se monitorean los medicamentos que el paciente toma (psicofármacos) con los siguientes propósitos:

- a) Conocer qué consume, en qué dosis y a qué hora.
- b) Cambios de medicamentos realizados por el médico tratante.
- c) Estar en todo momento alerta de si los medicamentos pueden o no ejercer efecto sobre los resultados terapéuticos.
- d) Notificar al médico tratante el momento en el que uno considera que puede ser oportuno disminuir una dosis, suprimir un medicamento o si es necesario aumentarlo, dependiendo del criterio que el terapeuta tiene sobre los progresos del paciente en tratamiento.

3.- Registro de sueño. Se considera necesario conocer la calidad de sueño del paciente porque los pacientes con trastornos de ansiedad, comúnmente, sufren de alguna fractura o alteración del sueño. En este apartado el paciente simplemente registra si la noche anterior tuvo o no problemas en el dormir y en caso

afirmativo, especifica cuáles son estos problemas. El paciente califica su sueño en base a la siguiente clasificación de la calidad del dormir:

0 - Sin alteraciones.

1 - Insomnio inicial: dificultades para conciliar el sueño.

2 - Insomnio terminal: despertarse antes de tiempo y no reconciliar el sueño.

3 - Insomnio intermitente: despertarse durante la noche.

4 - Insomnio mixto - combinación de dos o más de los anteriores.

4.- Estado de ánimo. El estado de ánimo en pacientes con trastorno de ansiedad suele ser malo o fluctuante, por lo que se les pide que califiquen su estado de ánimo cada día, en términos generales de bueno (ánimo estable), fluctuante (altibajos en el estado de ánimo) o malo (estado de ánimo bajo).

5.- Auto-reportes de tareas asignadas fuera del consultorio. El paciente auto-califica sus logros en las tareas asignadas por el terapeuta (tanto en ejercicios de relajación como en situaciones prácticas) de la siguiente manera:

Nivel 1 - Buen efecto: se siente satisfecho con sus logros (autocontrol).

Nivel 2 - Efecto moderado: siente que podía haberlo hecho mejor.

Nivel 3 - Efecto escaso: casi no siente ningún logro.

Nivel 4 - Ningún efecto: no logra ningún autocontrol.

MANEJO COGNITIVO

Objetivo: identificar los pensamientos que pueden estar interfiriendo con los procesos de relajación o bien sobre algún síntoma.

Para lograr el objetivo en este abordaje terapéutico de fase única se realizaron las siguientes tareas:

1.- Identificación de pensamientos disfuncionales. Tras la verbalización y relato del paciente, el terapeuta detecta o identifica las atribuciones erróneas del paciente, especialmente hacia el síntoma y hacia el propio paciente.

2.- Monitoreo y automonitoreo de pensamientos relevantes. El paciente realiza tareas específicas sobre cogniciones reportadas (creencias) al pie de la letra y el terapeuta revisa éstos automonitoreos.

3.- Confrontación. Se confronta al paciente con sus esquemas erróneos a través de reestructurar, modificar o reinterpretar la forma básica que el paciente tiene de interpretar el entorno o, en ocasiones, sus propios síntomas. Esta actividad se realiza de la siguiente manera:

a) Reestructuración cognitiva: se examina la evidencia en relación a las creencias del paciente. Así mismo, se realizan preguntas sobre ejemplos específicos de creencias y el significado personal de los pensamientos; se exploran los supuestos subyacentes, y tanto paciente como terapeuta, discuten la veracidad, funcionalidad y las consecuencias de pensar e interpretar erróneamente.

b) Modificación esquemática: el terapeuta, a través del material identificado por las tareas y lo reportado por el paciente en las terapias, confronta al paciente con esquemas disfuncionales y ejerce influencia directa sobre éstos, con el fin de mejorar el funcionamiento a través de la modificación cognitiva.

c) Reinterpretación esquemática: el paciente, con ayuda del terapeuta, modifica las interpretaciones en un nuevo esquema funcional de creencias realistas.

4.- Evaluación de ventajas y desventajas. Se evalúan las creencias funcionales y adaptativas y se plantean las ventajas cognitivas, emocionales y conductuales a la que lo conducen.

CIERRE TERAPEUTICO

FASE I. Resultados del manejo terapéutico cognitivo conductual.

Objetivo: retroalimentar psicológicamente al paciente en los avances adquiridos durante el tratamiento.

En esta fase se le presentan al paciente las gráficas de evolución de la terapia en Retroalimentación Biológica y el conjunto total de los Auto-reportes, tanto cognitivos como conductuales, con la finalidad de dejarle una imagen clara y precisa de su evolución en el tratamiento.

FASE II. Sugerencias.

Objetivo: Comentar con el paciente las sugerencias pertinentes, con el fin de que se comprometa consigo mismo a continuar con el autocontrol físico y cognitivo, así como su eficacia en la prevención de recaídas.

MANEJO GENERAL

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	ACTIVIDADES PRINCIPALES	PRODUCTO
I	Realizar entrevista inicial.	Establecer un rapport terapéutico y conocer el problema desde la perspectiva del paciente.	Exposición del paciente. Entrevista dirigida.	Conocimiento general del problema.
	Elaborar ficha de identificación.	Conocer los datos demográficos que identifican al paciente.	Entrevista dirigida.	Obtención de datos demográficos.
	Realizar una historia clínica breve enfocada al problema.	Conocer la información relacionada con los aspectos clínicos que encuadran al motivo de consulta y al padecimiento actual.	Entrevista o interrogatorio dirigido y estructurado.	Obtención de datos clínicos.
II	Ubicación del paciente ante el problema.	Proporcionar al paciente la información necesaria relacionada con el padecimiento.	Instrucción cognitiva.	Mayor comprensión del paciente sobre el problema.
III	Establecer un Plan Terapéutico.	Informar al paciente, clara y precisamente, la estrategia a seguir en cuanto a qué, cómo, por qué y para qué del tratamiento como procedimiento de aprendizaje en el autocontrol del problema.	Instrucción cognitiva.	El conocimiento, por parte del paciente, del tratamiento al que se va a someter.

MANEJO CONDUCTUAL

**PARTE A.
ENTRENAMIENTO EN RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA.**

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	ACTIVIDADES PRINCIPALES	PRODUCTO
I	Establecimiento de línea base inicial.	Conocer el nivel de respuesta electromiográfica del paciente en ausencia de tratamiento.	Monitoreo y registro electromiográfico.	Obtención de una línea base.
II	Entrenamiento en las funciones básicas de relajación.	Dar a conocer al paciente los elementos básicos que contribuyen al logro de una relajación profunda y la técnica adecuada de llevarlos a cabo.	Entrenamiento sobre aspectos de postura corporal. Reentrenamiento en el proceso de respiración. Entrenamiento en ejercicios de tensión - relajación.	Adquisición de los elementos básicos de la relajación.
III	PRIMERA SESIÓN Tratamiento de Retroalimentación Biológica.	Retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente.	Etapa de acoplamiento. Período de línea base. Período de tratamiento: *Monitoreo electromiográfico. *Retroalimentación auditiva. *Registro.	Retroalimentación y autocontrol.
	SEGUNDA SESIÓN	Retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente y entrenarlo en relajación progresiva.	Etapa de acoplamiento. Período de línea base. Período de tratamiento: *Monitoreo electromiográfico. *Retroalimentación auditiva. *Entrenamiento en relajación progresiva. *Registro.	Aprendizaje y autocontrol.

sigue...

continuación

PARTE A.

ENTRENAMIENTO EN RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	ACTIVIDADES PRINCIPALES	PRODUCTO
III (cont.)	TERCERA SESIÓN	Retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente y entrenarlo en relajación autogénica y progresiva.	Etapa de acoplamiento. Período de línea base. Período de tratamiento: *Monitoreo electromiográfico. *Retroalimentación auditiva. *Entrenamiento en relajación progresiva. *Entrenamiento en relajación autogénica. *Registro.	Aprendizaje y autocontrol.
	CUARTA SESIÓN	Retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente y entrenarlo en relajación autogénica y progresiva.	Etapa de acoplamiento. Período de línea base. Período de tratamiento: *Monitoreo electromiográfico. *Retroalimentación auditiva. *Entrenamiento en relajación progresiva. *Entrenamiento en relajación autogénica. *Registro.	Aprendizaje y autocontrol.
	QUINTA SESIÓN	Retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente y entrenarlo en relajación autogénica y progresiva.	Etapa de acoplamiento. Período de línea base. Período de tratamiento: *Monitoreo electromiográfico. *Retroalimentación auditiva. *Entrenamiento en relajación progresiva. *Entrenamiento en relajación autogénica. *Registro.	Aprendizaje y autocontrol.

sigue...

continuación

PARTE A.

ENTRENAMIENTO EN RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	ACTIVIDADES PRINCIPALES	PRODUCTO
III (cont.)	SEXTA SESIÓN	Retroalimentar la respuesta electromiográfica del paciente y entrenarlo en relajación autogénica y progresiva.	Etapa de acoplamiento. Período de línea base. Período de tratamiento: *Monitoreo electromiográfico. *Retroalimentación auditiva. *Entrenamiento en relajación progresiva. *Entrenamiento en relajación autogénica. *Registro.	Aprendizaje y autocontrol.
	SEPTIMA SESIÓN Establecimiento del nivel de aprendizaje.	Conocer la respuesta del paciente en ausencia de retroalimentación y de instrucciones de entrenamiento.	Etapa de acoplamiento. Monitoreo electromiográfico. Registro.	Nivel de aprendizaje.
	OCTAVA SESIÓN Establecimiento del nivel de aprendizaje.	Conocer la respuesta del paciente en ausencia de retroalimentación y de instrucciones de entrenamiento.	Etapa de acoplamiento. Monitoreo electromiográfico. Registro.	Nivel de aprendizaje.

PARTE B.

ASIGNACIÓN DE TAREAS Y AUTO - REPORTES

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	ACTIVIDADES PRINCIPALES	PRODUCTO
I	Asignación de tareas.	El paciente debe practicar el autocontrol fuera del consultorio tanto en ejercicios de relajación como en enfrentamiento a situaciones que generan ansiedad.	Práctica de ejercicios de relajación. Práctica de autocontrol frente a situaciones que generan ansiedad. (Auto-reportes ver FASE II.)	Práctica del autocontrol fuera de consulta.
II	Auto - reportes.	Conocer, clara y objetivamente, los niveles de ansiedad (y de otros síntomas, si es necesario) presentados diariamente y la forma en que el paciente maneja el autocontrol fuera de la consulta.	Auto-reportes diarios de: Niveles de ansiedad. Registro de medicamentos. Registro calidad de sueño. Estado de ánimo. Auto-reportes prácticas de autocontrol.	Consenso de la información diaria.

MANEJO COGNITIVO

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	ACTIVIDADES PRINCIPALES	PRODUCTO
I	Indagación cognitiva.	Identificar los pensamientos que puedan estar mediando o contribuyendo sobre el síntoma, a través de la identificación, evaluación y comprobación.	Indagación cognitiva: *Identificación de pensamientos disfuncionales. Monitoreo y automonitoreo de pensamientos relevantes. Confrontación de esquemas: *Reestructuración cognitiva. *Modificación esquemática. *Reinterpretación esquemática. Evaluación de ventajas y desventajas.	Identificación y manejo de la estructura cognitiva.

CIERRE TERAPÉUTICO

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	ACTIVIDADES PRINCIPALES	PRODUCTO
I	Presentación de resultados del manejo cognitivo conductual.	Retroalimentar psicológicamente al paciente en los avances adquiridos durante el tratamiento.	Promedios finales de los registros. Gráficas de evolución.	Conocimiento final del avance adquirido a través del aprendizaje en el autocontrol del problema.
II	Sugerencias.	Comentar con el paciente las sugerencias pertinentes, con el fin de que se comprometa consigo mismo a continuar con el autocontrol físico y cognitivo, así como su eficacia en la prevención de recaídas.	Entrevista. Manual recordatorio. Establecimiento de fechas de seguimiento.	Cierre terapéutico.

CAPITULO III EVALUACION

En este apartado se presenta la evaluación tanto de la información socio demográfica y clínica como la evaluación de los resultados obtenidos a partir del procedimiento aplicado. Estos resultados serán presentados tanto en forma expositiva como descriptiva a través de tablas de distribución de frecuencias y gráficas en los casos necesarios.

I Características Principales de la Muestra.

Datos Socio demográficos.

Datos Clínicos.

II Evaluación del Manejo Conductual.

Parte A. Entrenamiento en Relajación.

Parte B. Auto-reportes y Asignación de Tareas.

III Manejo Cognitivo

I CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA MUESTRA

DATOS DEMOGRÁFICOS

EDAD

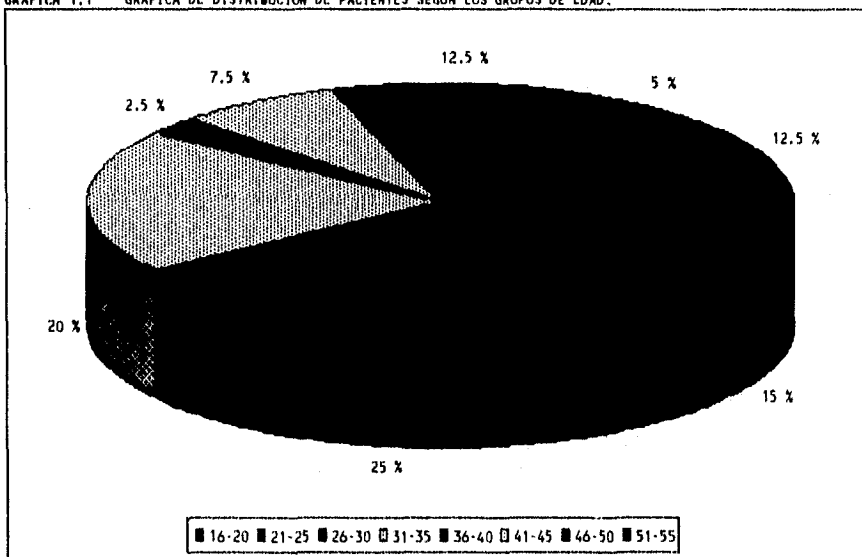
La tabla 1.1 muestra la distribución de frecuencias en relación a la edad. El promedio general de la muestra fue de 32.3 años. El rango total de 17 a 55 años. En la tabla puede apreciarse que la máxima concentración de pacientes (N=10; 25%) se ubicó en el rango de 26 a 36 años y el mínimo (N=1; 2.5%) en el rango de 36 a 40 años.

TABLA 1.1 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LOS GRUPOS DE EDAD.

N=40

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16 - 20	5	12.5
21 - 25	6	15
26 - 30	10	25
31 - 35	8	20
36 - 40	1	2.5
41 - 45	3	7.5
46 - 50	5	12.5
51 - 55	2	5

GRAFICA 1.1 GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LOS GRUPOS DE EDAD.



SEXO

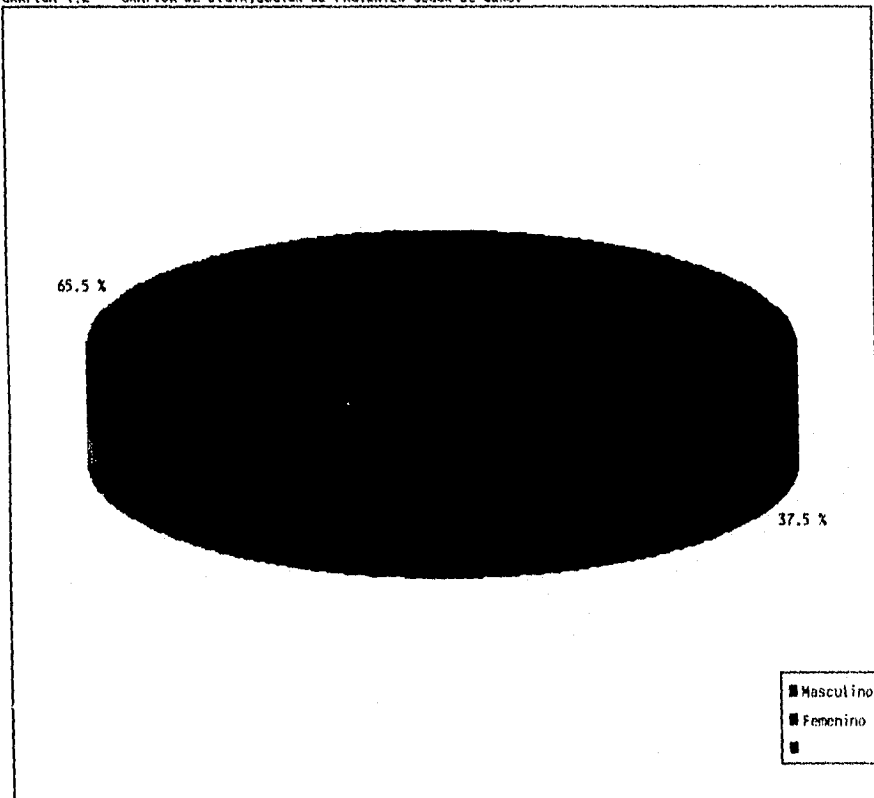
A continuación se presenta la distribución de frecuencias en relación al sexo (Tabla 1.2). Del total de la muestra (N=40) 15 pacientes (37.5%) fueron masculinos y el resto, 25 pacientes (62.5%) fueron femeninos.

TABLA 1.2 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EL SEXO.

N=40

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	15	37.5
Femenino.	25	62.5

GRAFICA 1.2 GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EL SEXO.



ESTADO CIVIL

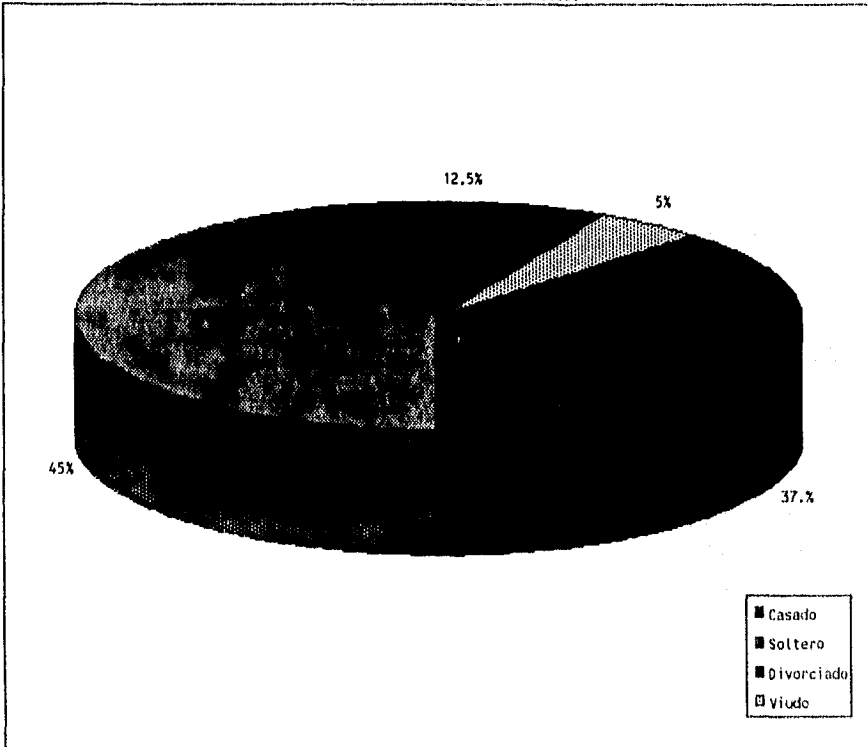
En la Tabla 1.3 se muestra la distribución de frecuencias en relación con el estado civil, donde se aprecia que el porcentaje mayor de pacientes (45% eran solteros), el 37.5 % casados, el 12.5% divorciados y un 5% viudos.

TABLA 1.5 TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGUN EL ESTADO CIVIL.

N=40

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casado	15	37.5
Soltero	18	45
Divorciado	5	12.5
Viudo	2	5

GRAFICA 1.3 GRAFICA DE DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGUN EL ESTADO CIVIL.



ESCOLARIDAD

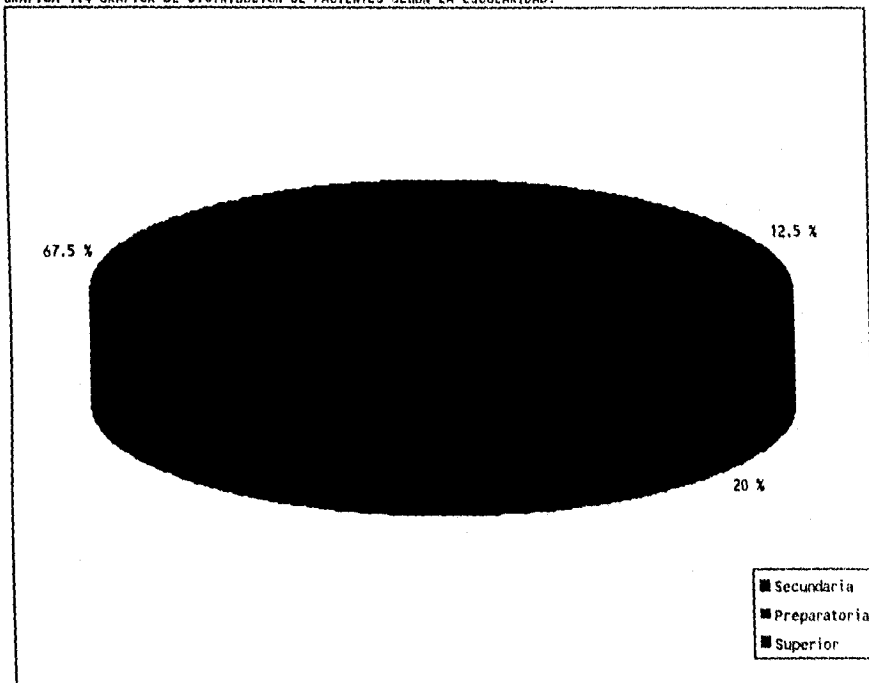
La Tabla 1.4 presenta la distribución de frecuencias en relación a la escolaridad, se puede observar que el porcentaje mayor de pacientes (N=27; 67.5%) tuvieron un nivel superior de escolaridad, un 20% (N=8) con preparatoria, y tan sólo un 12.5% (N=5) un nivel de secundaria.

TABLA 1.4 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LA ESCOLARIDAD.

N=40

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Secundaria	5	12.5
Preparatoria	8	20
Superior	27	67.5

GRAFICA 1.4 GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LA ESCOLARIDAD.



OCUPACION

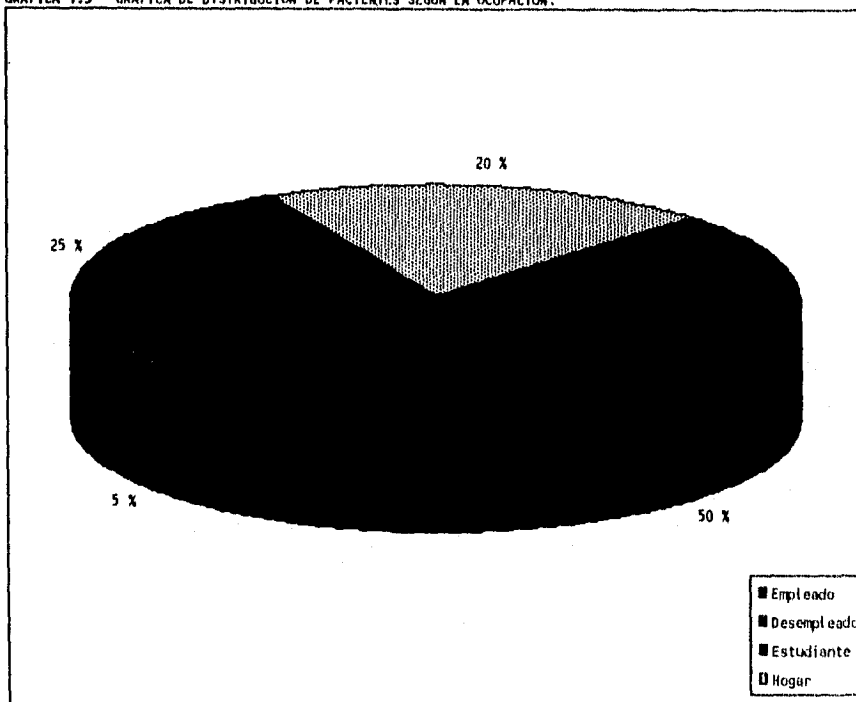
A continuación se presenta la distribución de frecuencias en relación a la ocupación (Tabla 1.5), en donde en forma notoria resalta que sólo el 5% (N=2) de los pacientes estaban desempleados, en contraste con el 95% (N=38) que concentra a empleados, estudiantes y amas de casa.

TABLA 1.5 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LA OCUPACION.

N=40

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleado	20	50
Desempleado	2	5
Estudiante	10	25
Hogar	8	20

GRAFICA 1.5 GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LA OCUPACION.



NIVEL SOCIO-ECONOMICO

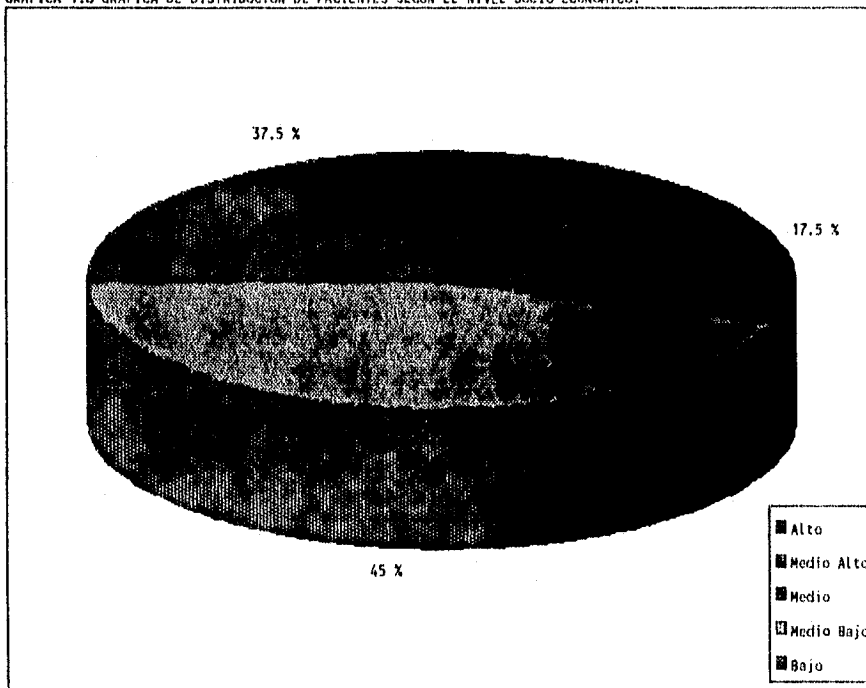
En la Tabla 1.6 se muestra la distribución de frecuencias en relación al nivel socioeconómico. En esta tabla contrasta en forma importante que los porcentajes más altos de pacientes, 17.5%, 45% y 37.5% cayeron en un rango de nivel socioeconómico de alto, medio alto y medio respectivamente, y un 0% de pacientes con niveles medios bajos o bajos.

TABLA 1.6 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EL NIVEL SOCIO-ECONOMICO.

N=40

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	7	17.5
Medio Alto	18	45
Medio	15	37.5
Medio BAjo	0	0
Bajo	0	0

GRAFICA 1.6 GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EL NIVEL SOCIO-ECONOMICO.



NACIONALIDAD

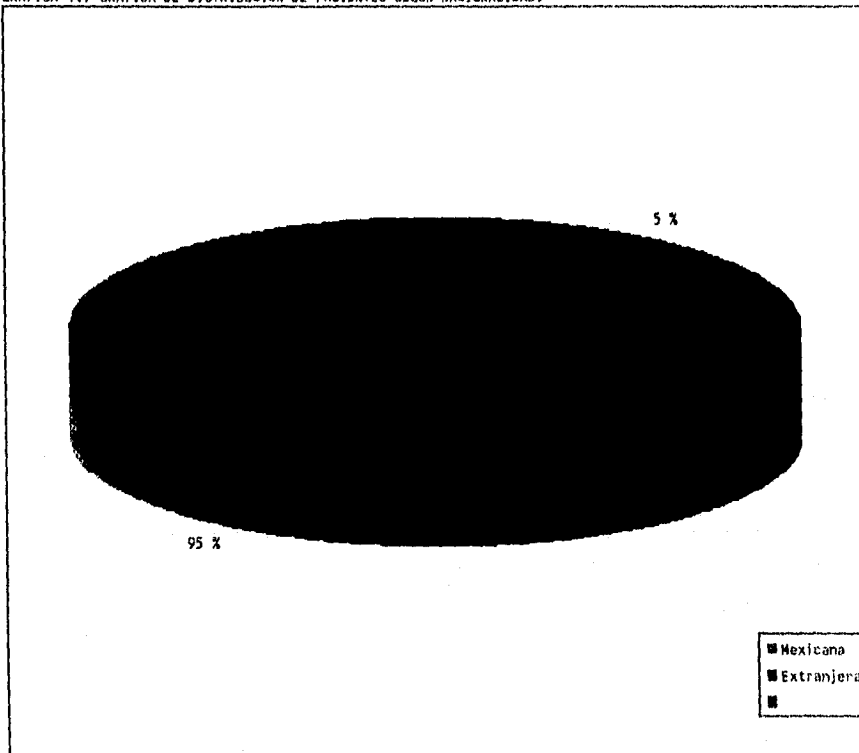
A continuación se presenta en la Tabla 1.7 la distribución de frecuencias en relación a la nacionalidad. El 95% de los pacientes eran de nacionalidad mexicana, mientras que el 5% restante fueron extranjeros.

TABLA 1.7 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LA NACIONALIDAD.

N=40

NACIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mexicana	38	95
Extranjera	2	5

GRAFICA 1.7 GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN NACIONALIDAD.



DATOS CLÍNICOS

CONDICION HOSPITALARIA

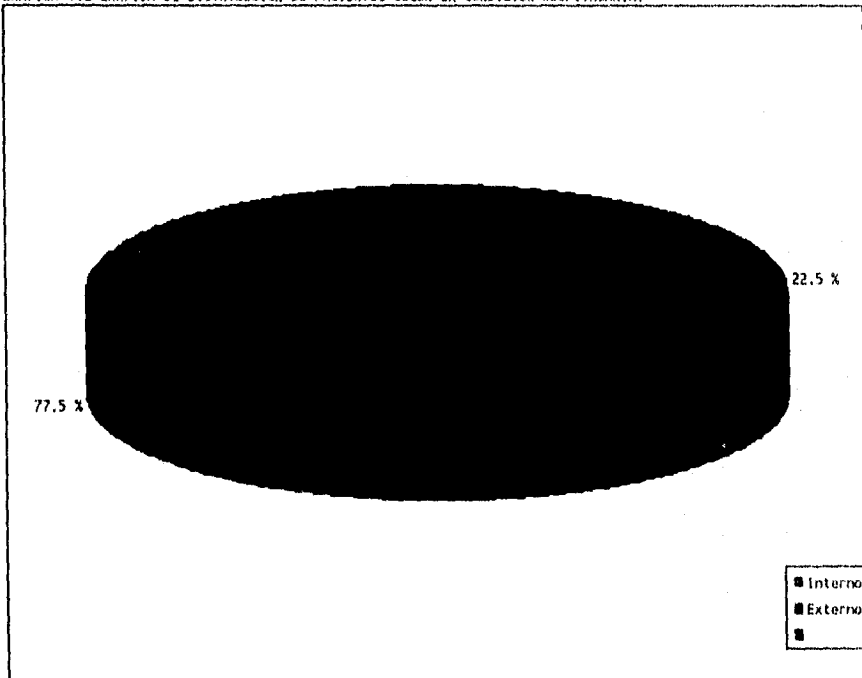
En la Tabla 1.8 se muestra la distribución de frecuencias con respecto a la condición hospitalaria de los pacientes, en la que puede observarse que el 77.5% (N=31) eran tratados por consulta externa y el 22.5% (N=9) en condiciones de internamiento en el servicio de psiquiatría.

TABLA 1.8 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LA CONDICION HOSPITALARIA.

N=40

INTERNO / EXTERNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Interno	9	22.5
Externo	31	77.5

GRAFICA 1.8 GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LA CONDICION HOSPITALARIA.



ESPECIFICACIONES FARMACOLOGICAS.

En este apartado se presentan tres tablas para una mayor comprensión de las especificaciones farmacológicas y la distribución de frecuencia y porcentaje de los pacientes en relación a cada fármaco.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

En la Tabla 1.9 puede observarse que todos los pacientes (N=40) estaban bajo tratamiento farmacológico y puede apreciarse que todos ellos tomaban benzodiazepinas, el 40% (N=16) con tratamiento en base a antidepresivos tricíclicos y un 42.5% (N=17) con antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina.

TABLA 1.9 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

N=40

MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antidepresivos Tricíclicos	16	40
AD Inhibidores de la Recaptura de Serotonina	17	42.5
Benzodiazepinas	40	100

ANTIDREPESIVOS TRICICLICOS

En la Tabla 1.10 se muestra que 16 pacientes (40% de la población total N=40) estaba bajo tratamiento con antidepresivos tricíclicos.

TABLA 1.10 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS ANTIDREPESIVOS TRICICLICOS (ADT).

N=16

ANTIDREPESIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amitriptilina	3	7.5
Clorimipramina	5	12.5
Imipramina	6	15
Doxepina	1	2.5
Trazodona	1	2.5

ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA (IRS).

En la Tabla 1.11 se observa que 17 pacientes (42.5% de la población total N=40) estaba bajo tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina.

TABLA 1.11 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS INHIBIDORES DE LA RECAPTURA DE LA SEROTONINA (IRS).

N=17

ANTIDEPRESIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Paroxetina	8	20
Fluoxetina	6	15
Sertralina	3	8

ANSIOLITICOS BENZODIAZEPINICOS (BZD).

La Tabla 1.12 muestra que el total de los pacientes (N=40) estaba bajo tratamiento con ansiolíticos del tipo de las benzodiazepinas. Aquí se incluyen los medicamentos combinados, por lo que el número de frecuencia supera a la muestra ya que la mayoría de los pacientes tomaba más de una benzodiazepina.

TABLA 1.12 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS ANSIOLITICOS BENZODIAZEPINICOS (BZD).

N=40

BENZODIAZEPINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alprazolam	28	70
Lorazepam	7	17
Bromazepam	7	17.5
Triazolam	3	7.5
Clonazepam	4	10
Flunitrazepam	6	15
Midazolam	4	10
Brotizolam	1	2.5

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO COMBINADO.

La Tabla 1.13 muestra la distribución de frecuencias de la combinación farmacoterapéutica.

TABLA 1.13 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO FARMACOLOGICO COMBINADO.

N=40

TRATAMIENTO COMBINADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADT + un tipo de BZN	9	22.5
ADT + varios tipos de BZN	7	17.5
IRS + un tipo de BZN	10	25
IRS + varios tipos de BZN	7	17.5
Un sólo tipo de BZN	1	2.5
Combinación de varios BZN	6	15

DIAGNOSTICOS.

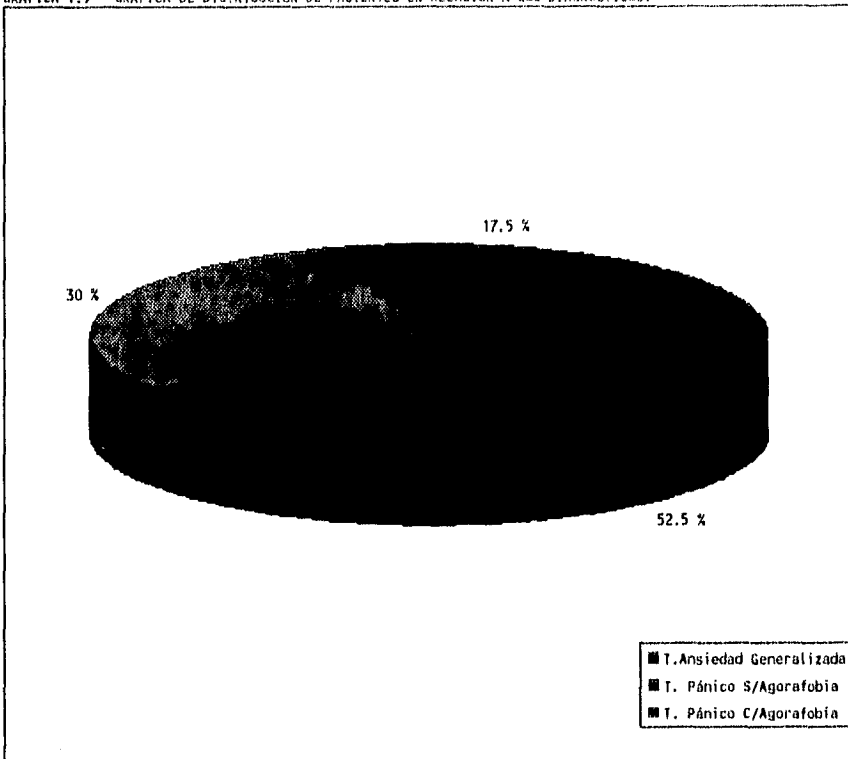
En la Tabla 1.14 se muestra la distribución de frecuencias en relación a los diagnósticos de la muestra total (N=40). Puede observarse que el mayor porcentaje de la población, 52.5% (N=21) presentaba trastorno de ansiedad generalizada, el 30% (N=12) trastorno de pánico sin agorafobia y en un menor porcentaje, 17.5% (N=7) trastorno de pánico con agorafobia.

TABLA 1.14 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS DIAGNOSTICOS.

N=40

DIAGNOSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
T. de Ansiedad Generalizada.	21	52.5
T. de Pánico sin Agorafobia.	12	30
T. de Pánico con Agorafobia.	7	17.5

GRAFICA 1.9 GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS DIAGNOSTICOS.



II EVALUACION DEL MANEJO CONDUCTUAL

PARTE A.

ENTRENAMIENTO EN RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA.

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de este tratamiento se presentan en niveles de actividad electromiográfica (microvoltios) tanto de los datos del periodo de Línea Base de Inicial como de los periodos de Inicio y Final del Tratamiento (primera y última sesión). La actividad electromiográfica presentada es producto del voltaje acumulado por segundo.

Dichos datos son presentados en tablas de distribución de frecuencias que determinan el número de pacientes que cayeron en cada rango de actividad electromiográfica y a qué porcentaje de la muestra corresponde. Los promedios generales de los niveles electromiográficos de los periodos evaluados, en cada plano comparativo, serán presentados en forma de gráficas que reflejan al Gran Promedio.

Para evaluar los resultados se compararon los registros de la Línea Base Inicial con los registros del periodo de la Línea Base del Inicio del Tratamiento (primera sesión).

También se compararon los registros obtenidos durante la Línea Base Inicial y los obtenidos en el periodo terapéutico tanto de la primera como de la última sesión.

Comparación de estos tres últimos periodos en relación al registro inicial y final presentado por los pacientes en cada sesión.

Comparación de estos tres últimos periodos en relación al registro mayor y menor presentado por los pacientes en cada sesión.

La TABLA 2.1 muestra los niveles de actividad electromiográfica obtenidos en la Línea Base Inicial, en la Línea Base de la primera sesión del periodo de Tratamiento y el registro de la última sesión de Tratamiento.

En esta tabla puede apreciarse que durante el Periodo de Línea Base Inicial la muestra se distribuye entre rangos de actividad electromiográfica que van de 2.1 a 4.5 microvoltios (mv), concentrándose la mayor parte de los sujetos (27.5%, n=11) en el rango de 3.6 a 4.0 mv, con un nivel de actividad mayor de 4.4 mv y un registro menor de 2.3 mv.

Estos resultados contrastan con los obtenidos en el período de Línea Base del Inicio del Tratamiento, ya que en éste último se observa que la muestra (n=40) tiende a distribuirse en un rango de 0.6 a 4.5 mv, donde la concentración máxima de pacientes (40%, n=16) se encuentra en un rango de 2.6 a 3.0 mv, con un registro mayor de 4.3 mv. y un registro menor de 1.0 mv.

La diferencia en los datos electromiográficos observados entre estos dos periodos se debe a que entre un periodo de Línea Base Inicial y el período de Línea Base del Inicio del Tratamiento, los pacientes fueron sometidos a una fase pre-tratamiento de retroalimentación electromiográfica (fase de Entrenamiento en Funciones Básicas del Proceso de Relajación).

En el periodo correspondiente a la fase final del tratamiento, periodo en el cual el paciente fue electromiográficamente evaluado en ausencia de retroalimentación auditiva y/o cualquier tipo de instrucción (ver procedimiento, sesión 8 de tratamiento), se aprecia que la muestra (n=40) se distribuyó en un rango general de 0.0 a 2.0 mv, concentrándose la mayor parte de los pacientes (70%, n=25) en el rango de 0.6 a 1.0 mv, con un registro mayor de 2.0 mv y un registro menor de 0.3 mv.

La **GRAFICA 2.1** muestra los promedios generales de la actividad electromiográfica alcanzados durante los tres periodos evaluados (Línea Base Inicial, Línea Base del Inicio del Tratamiento (primera sesión) y el Periodo Final del Tratamiento (última sesión). En ésta puede observarse con claridad la notoria diferencia que existe en los promedios obtenidos en cada periodo. Notándose la mejoría de los pacientes en función de la disminución de los niveles de actividad electromiográfica.

Los promedios generales de cada periodo evaluado (Línea Base Inicial, Línea Base de la primera sesión, y Final del tratamiento) fueron de 3.3 mv, 2.6 mv, y 1.0 mv respectivamente.

En la **TABLA 2.2** se comparan los resultados de los niveles electromiográficos de la Línea Base Inicial, Inicio del Tratamiento (primera sesión) y Final del Tratamiento (última sesión).

En esta tabla puede apreciarse que durante el periodo de Línea Base Inicial, la muestra (n=40), tendió a distribuirse entre los niveles electromiográficos de 2.1 a 4.5 mv, con una mayor concentración de sujetos (27.5%, n=11) en el rango de 3.6 a 4.5 mv, con un registro mayor de 4.4 mv y uno menor de 2.3 mv.

En forma contrastante se observa que durante la primera sesión de tratamiento la muestra tendió a distribuirse dentro de un rango de niveles electromiográficos de 0.6 a 4.0 mv, donde la máxima concentración de pacientes (37.5%, n=15) cayó en el rango de 2.1 a 2.5 mv, con un registro mayor de 3.8 mv y un registro menor de 0.9 mv.

Puede apreciarse una notoria diferencia al comparar estos datos con los obtenidos en la última sesión del tratamiento, en la cual, toda la muestra (n=40), se distribuyó entre los rangos de 0.0 a 2.0 mv, con una concentración mayor de pacientes (70%, n=25) en un rango de actividad electromiográfica de 0.6 a 1.0 mv, con un registro mayor de 2.0 mv y un registro menor de 0.3 mv.

La **GRAFICA 2.2** muestra en forma comparativa y clara los grandes promedios obtenidos durante el periodo de Línea Base Inicial y los grandes promedios del Inicio y Final del Tratamiento (primera y octava sesión). Como puede observarse se presentan cambios notorios y positivos al comparar tanto el promedio del Periodo de Línea Base Inicial con los periodos de tratamiento, como al comparar primera y última sesiones de tratamiento entre sí. Los promedios obtenidos fueron de 3.3 mv, 2.3 mv y 1.0 mv respectivamente.

La **TABLA 2.3** representa los registros electromiográficos

iniciales presentados por cada paciente en el Periodo de Línea Base Inicial y en los Periodos Inicial y Final del Tratamiento, es decir, el primer registro obtenido al iniciar una sesión (en este caso, las tres mencionadas para evaluación).

En el periodo de Línea Base Inicial, los primeros registros obtenidos de cada paciente de la muestra total, (n=40), tendieron a distribuirse en un rango de actividad electromiográfica de 2.1 a 5.5 mv, donde la concentración más alta de sujetos (27.5%, n=11) cayó en un rango de 3.1 a 3.5 mv, con un registro mayor de 5.1 mv y un registro menor de 2.4 mv.

En la primera sesión de tratamiento, la muestra total (n=40) se distribuyó entre un rango de actividad electromiográfica de 2.1 a 4.5 mv, concentrándose la mayor parte de los pacientes (32.5%, n=13), en un rango de 3.1 a 3.5 mv, con un registro mayor de 4.3 mv y un registro menor de 1.1 mv.

En forma claramente distinta se puede observar que en la última sesión de tratamiento la muestra total (n=40) se distribuyó en un rango de actividad de 0.6 a 2.5 mv, concentrándose el mayor porcentaje de pacientes (47.5%, n=19), en un rango de 1.1 a 1.5 mv, con un registro mayor de 2.8 mv y un registro menor de 0.8 mv.

La **TABLA 2.4** representa los registros electromiográficos finales presentados por cada paciente en el Periodo de Línea Base Inicial y en los Periodos Inicial y Final del Tratamiento, es decir, el último registro obtenido al finalizar una sesión (en este caso, las tres mencionadas para evaluación).

En el Periodo de Línea Base los pacientes de la muestra se distribuyeron en niveles electromiográficos finales dentro de un rango de 1.1 a 5.0 mv, concentrándose, la mayor parte (35%, n=14), en un rango de 2.6 a 3.0 mv, con un nivel o registro mayor de 2.6 mv y un nivel menor de 1.3 mv.

En la primera sesión del tratamiento (Inicio del Tratamiento), la muestra tendió a distribuirse en un rango de actividad de 0.6 a 4.0 mv, con un registro mayor de 4.0 mv y un registro menor de 0.7 mv.

En la última sesión del tratamiento, (Final del Tratamiento), la distribución de la muestra tendió a localizarse en un rango de 0.0 a 2.0 mv, agrupándose, en su mayoría (60%, n=24), en un rango de 0.6 a 1.0 mv, con un registro mayor de 2.1 mv y un registro menor de 0.4 mv.

En la **GRAFICA 2.3** se muestran los grandes promedios de los niveles electromiográficos iniciales y finales obtenidos en los tres periodos evaluados.

En la Línea Base Inicial el promedio de los registros iniciales fue de 3.7 mv y de los registros finales de 2.9 mv. En el Inicio del Tratamiento (primera sesión) el promedio de los niveles iniciales y finales fue de 2.7 mv y 2.3 mv respectivamente. Al Final del Tratamiento (última sesión) el promedio de los niveles iniciales y finales fue de 1.8 mv y de 1.2 mv, respectivamente.

La **TABLA 2.5** representa los registros electromiográficos mayores presentados por cada paciente en el Periodo de Línea Base Inicial y en los Periodos Inicial y Final del Tratamiento, es decir, el registro mayor obtenido en cada sesión (en este caso, las tres mencionadas para evaluación).

En el Periodo de Línea Base Inicial, los registros mayores obtenidos de cada paciente de toda la muestra, (n=40), tendieron a distribuirse en un rango de actividad electromiográfica de 2.6 a 5.5 mv, donde la concentración más alta de sujetos, (22.5%, n=9), cayó en un rango de 3.1 a 3.5 mv, con un registro mayor de 5.3 mv y un registro menor de 2.6 mv.

En la primera sesión de tratamiento, la muestra total (n=40) se distribuyó entre un rango de actividad electromiográfica de 1.1 a 4.5 mv, concentrándose, la mayor parte de los pacientes (42.5%, n=17), en un rango de 3.1 a 3.5 mv, con un registro mayor de 4.5 mv y un registro menor de 1.2 mv.

En forma claramente distinta se puede observar que en la última sesión de tratamiento la muestra total, (n=40), se distribuyó en un rango de actividad de 0.6 a 3.0 mv, concentrándose, el mayor porcentaje de pacientes (60%, n=24), en un rango de 1.1 a 1.5 mv, con un registro mayor de 1.9 mv y un registro menor de 0.9 mv.

La **TABLA 2.6** representa los registros electromiográficos menores presentados por cada paciente en el Periodo de Línea Base Inicial y en los Periodos Inicial y Final del Tratamiento, es decir, el registro menor obtenido en cada sesión (en este caso, las tres mencionadas para evaluación).

En el Periodo de Línea Base los pacientes de la muestra se distribuyeron en niveles electromiográficos menores dentro de un rango de 1.1 a 4.5 mv, concentrándose la mayor parte (35%, n=14), en un rango de 2.6 a 3.0 mv, con un nivel o registro mayor de 4.1 mv y un nivel menor de 1.2 mv.

En la primera sesión del tratamiento (Inicio del Tratamiento) la muestra tendió a distribuirse en un rango de actividad de 0.6 a 4.0 mv, concentrándose, la mayor parte de los pacientes (27.5%), n=11) en un rango de 1.6 a 2.5 mv un registro mayor de 3.7 mv y un registro menor de 0.6 mv.

En la última sesión del tratamiento (Final del Tratamiento) la distribución de la muestra tendió a localizarse en un rango de 0.5 a 2.0 mv, agrupándose, en su mayoría (60%, n=24), en un rango de 0.6 a 1.0 mv, con un registro mayor de 2.0 mv y un registro menor de 0.3 mv.

En la **GRAFICA 2.4** se muestran los grandes promedios de los niveles electromiográficos mayores y menores obtenidos en los tres periodos evaluados.

En la Línea Base Inicial el promedio de los registros mayores fue de 3.9 mv y de los registros menores de 2.6 mv.

En el Inicio del Tratamiento (primera sesión), el promedio de los niveles mayores y menores fue de 2.8 mv y 2.1 mv respectivamente. Al Final del Tratamiento (última sesión) el promedio de los niveles mayores y menores fue de 1.9 mv y de 1.1 mv respectivamente.

Finalmente pueden apreciarse cambios positivos en relación a la actividad electromiográfica tanto intrasesión como intersesiones.

A continuación se presentan en forma sucesiva las Tablas y Gráficas descriptivas correspondientes a los resultados obtenidos en la Evaluación del Entrenamiento en Retroalimentación Biológica.

TABLA 2.1 **TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA**

Línea Base Inicial contra
Promedio Línea Base del Período Inicial y Final del Tratamiento.
N = 40

LÍNEA BASE INICIAL			L.B.-INICIO DEL TRATAMIENTO			FINAL DEL TRATAMIENTO		
PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR
3.3 mv.	4.4 mv.	2.3 mv.	2.6 mv.	4.3 mv.	1 mv.	1.0 mv.	2 mv.	0.3 mv.

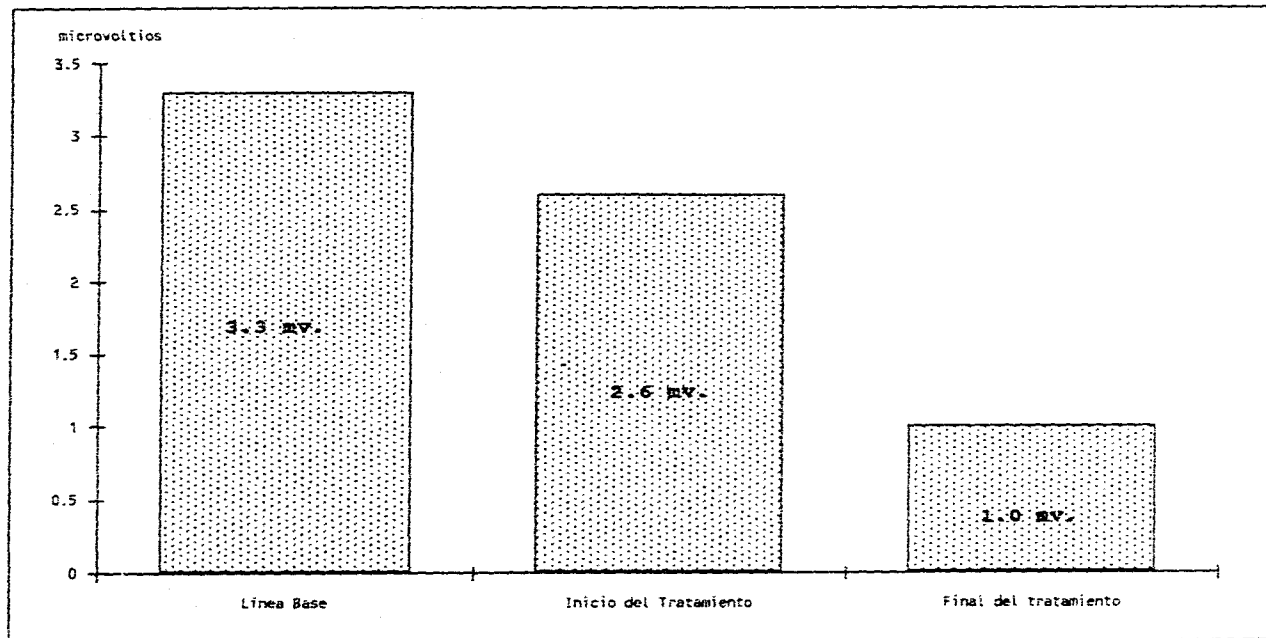
MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - .5	0	0	0 - .5	0	0	0 - .5	3	2.5
.6 - 1.0	0	0	.6 - 1.0	1	2.5	.6 - 1.0	25	70
1.1 - 1.5	0	0	1.1 - 1.5	1	2.5	1.1 - 1.5	5	12.5
1.6 - 2.0	0	0	1.6 - 2.0	1	2.5	1.6 - 2.0	6	15
2.1 - 2.5	6	15	2.1 - 2.5	5	12.5	2.1 - 2.5	0	0
2.6 - 3.0	10	25	2.6 - 3.0	16	40	2.6 - 3.0	0	0
3.1 - 3.5	8	20	3.1 - 3.5	10	25	3.1 - 3.5	0	0
3.6 - 4.0	11	27.5	3.6 - 4.0	3	7.5	3.6 - 4.0	0	0
4.1 - 4.5	5	12.5	4.1 - 4.5	3	7.5	4.1 - 4.5	0	0
4.6 - 5.0	0	0	4.6 - 5.0	0	0	4.6 - 5.0	0	0
5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0

mv. = microvoltios.

GRAFICA 2.1

GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS
NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA

Promedios Generales de Línea Base Inicial
y Período Inicial contra Final del Tratamiento.



mv. = microvoltios

TABLA 2.2

TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA

Promedios de Registros Línea Base Inicial contra Registros de los Promedios de los Periodos de Tratamiento.

N = 40

LÍNEA BASE INICIAL			INICIO DEL TRATAMIENTO			FINAL DEL TRATAMIENTO		
PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR
3.3 mv.	4.4 mv.	2.3 mv.	2.3 mv.	3.8 mv.	0.9 mv.	1.0 mv.	2 mv.	0.3 mv.

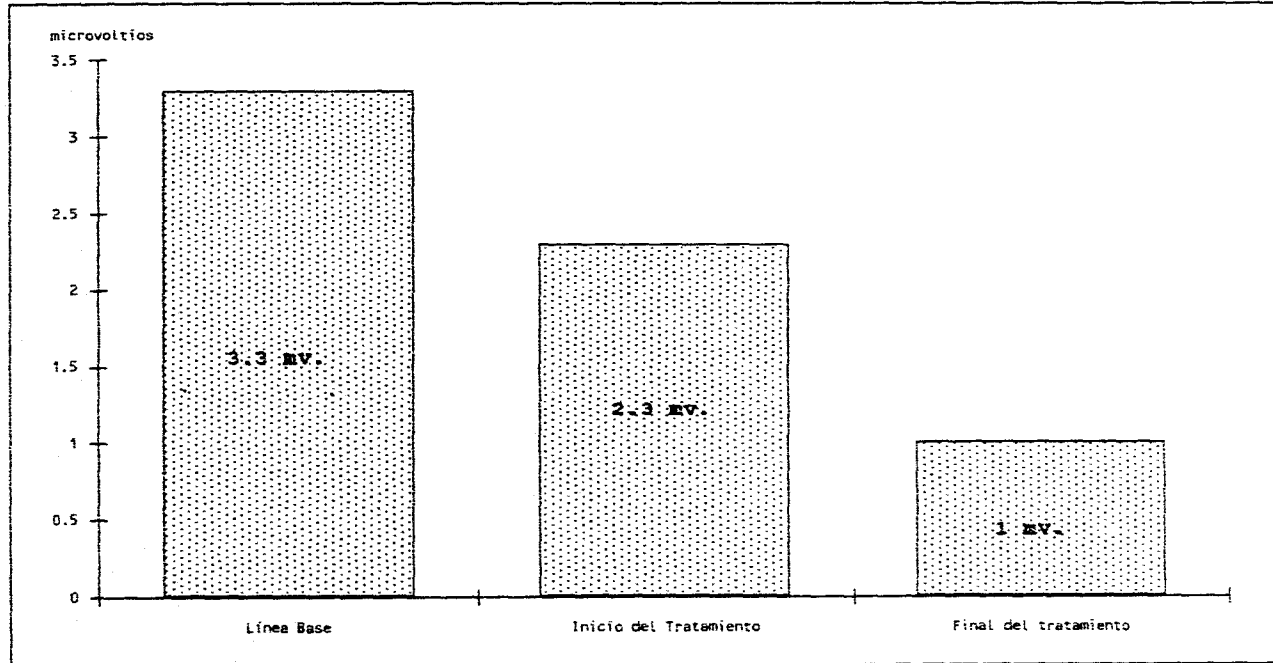
MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - .5	0	0	0 - .5	0	0	0 - .5	3	2.5
.6 - 1.0	0	0	.6 - 1.0	1	2.5	.6 - 1.0	25	70
1.1 - 1.5	0	0	1.1 - 1.5	5	12.5	1.1 - 1.5	5	12.5
1.6 - 2.0	0	0	1.6 - 2.0	4	10	1.6 - 2.0	6	15
2.1 - 2.5	6	15	2.1 - 2.5	15	37.5	2.1 - 2.5	0	0
2.6 - 3.0	10	25	2.6 - 3.0	10	25	2.6 - 3.0	0	0
3.1 - 3.5	8	20	3.1 - 3.5	3	7.5	3.1 - 3.5	0	0
3.6 - 4.0	11	27.5	3.6 - 4.0	2	5	3.6 - 4.0	0	0
4.1 - 4.5	5	12.5	4.1 - 4.5	0	0	4.1 - 4.5	0	0
4.6 - 5.0	0	0	4.6 - 5.0	0	0	4.6 - 5.0	0	0
5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0

mv. = microvoltios.

GRAFICA 2.2

GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS
NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA

Promedios Generales de Línea Base Inicial y Períodos de Tratamiento.



mv. = microvoltios

TABLA 2.3

TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA

Registro Inicial

N = 40

LÍNEA BASE INICIAL			INICIO DEL TRATAMIENTO			FINAL DEL TRATAMIENTO		
PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR
3.7 mv.	5.1 mv.	2.4 mv.	2.7 mv.	4.3 mv.	1.1 mv.	1.8 mv.	2.8 mv.	0.8 mv.

MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - .5	0	0	0 - .5	0	0	0 - .5	0	0
.6 - 1.0	0	0	.6 - 1.0	0	0	.6 - 1.0	11	27.5
1.1 - 1.5	0	0	1.1 - 1.5	2	5	1.1 - 1.5	19	47.5
1.6 - 2.0	0	0	1.6 - 2.0	0	0	1.6 - 2.0	3	7.5
2.1 - 2.5	1	2.5	2.1 - 2.5	5	12.5	2.1 - 2.5	5	12.5
2.6 - 3.0	7	17.5	2.6 - 3.0	12	30	2.6 - 3.0	2	5
3.1 - 3.5	11	27.5	3.1 - 3.5	13	32.5	3.1 - 3.5	0	0
3.6 - 4.0	8	20	3.6 - 4.0	5	12.5	3.6 - 4.0	0	0
4.1 - 4.5	8	20	4.1 - 4.5	3	7.5	4.1 - 4.5	0	0
4.6 - 5.0	3	7.5	4.6 - 5.0	0	0	4.6 - 5.0	0	0
5.1 - 5.5	2	5	5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0

mv. = microvoltios.

**TABLA 2.4 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS
EN RELACION A LOS NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA**

Registro Final

N = 40

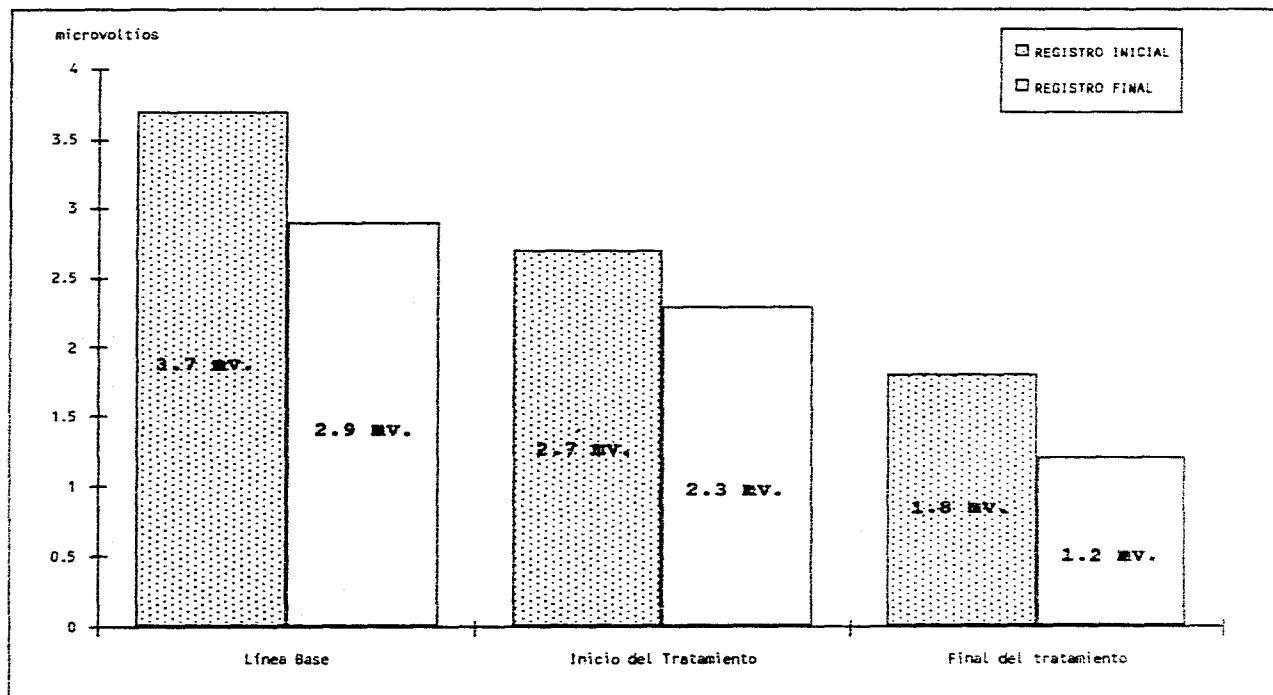
LÍNEA BASE INICIAL			INICIO DEL TRATAMIENTO			FINAL DEL TRATAMIENTO		
PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR
2.9 mv.	4.6 mv.	1.3 mv.	2.3 mv.	4 mv.	0.7 mv.	1.2 mv.	2.1 mv.	0.4 mv.

MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - .5	0	0	0 - .5	0	0	0 - .5	4	10
.6 - 1.0	0	0	.6 - 1.0	2	5	.6 - 1.0	24	60
1.1 - 1.5	1	2.5	1.1 - 1.5	0	0	1.1 - 1.5	6	15
1.6 - 2.0	1	2.5	1.6 - 2.0	9	22.5	1.6 - 2.0	4	10
2.1 - 2.5	6	15	2.1 - 2.5	12	30	2.1 - 2.5	2	5
2.6 - 3.0	14	35	2.6 - 3.0	13	32.5	2.6 - 3.0	0	0
3.1 - 3.5	11	27.5	3.1 - 3.5	3	7.5	3.1 - 3.5	0	0
3.6 - 4.0	6	15	3.6 - 4.0	1	2.5	3.6 - 4.0	0	0
4.1 - 4.5	0	0	4.1 - 4.5	0	0	4.1 - 4.5	0	0
4.6 - 5.0	1	2.5	4.6 - 5.0	0	0	4.6 - 5.0	0	0
5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0

mv. = microvoltios.

GRAFICA 2.3

GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS
NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA
Registro Inicial y Registro Final



mv. = microvoltios

TABLA 2.5

**TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS
NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA**

Registro Menor

N = 40

LÍNEA BASE INICIAL			INICIO DEL TRATAMIENTO			FINAL DEL TRATAMIENTO		
PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR
2.6 mv.	4.1 mv.	1.2 mv.	2.1 mv.	3.7 mv.	0.6 mv.	1.1 mv	2mv.	0.3 mv.

MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - .5	0	0	0 - .5	0	0	0 - .5	8	20
.6 - 1.0	0	0	.6 - 1.0	2	5	.6 - 1.0	24	60
1.1 - 1.5	1	3	1.1 - 1.5	5	12.5	1.1 - 1.5	4	10
1.6 - 2.0	6	15	1.6 - 2.0	11	27.5	1.6 - 2.0	4	10
2.1 - 2.5	8	20	2.1 - 2.5	11	27.5	2.1 - 2.5	0	0
2.6 - 3.0	14	35	2.6 - 3.0	10	25	2.6 - 3.0	0	0
3.1 - 3.5	10	25	3.1 - 3.5	0	0	3.1 - 3.5	0	0
3.6 - 4.0	0	0	3.6 - 4.0	1	2.5	3.6 - 4.0	0	0
4.1 - 4.5	1	3	4.1 - 4.5	0	0	4.1 - 4.5	0	0
4.6 - 5.0	0	0	4.6 - 5.0	0	0	4.6 - 5.0	0	0
5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0

mv. = microvoltios.

TABLA 2.6

TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA

Registro Mayor

N = 40

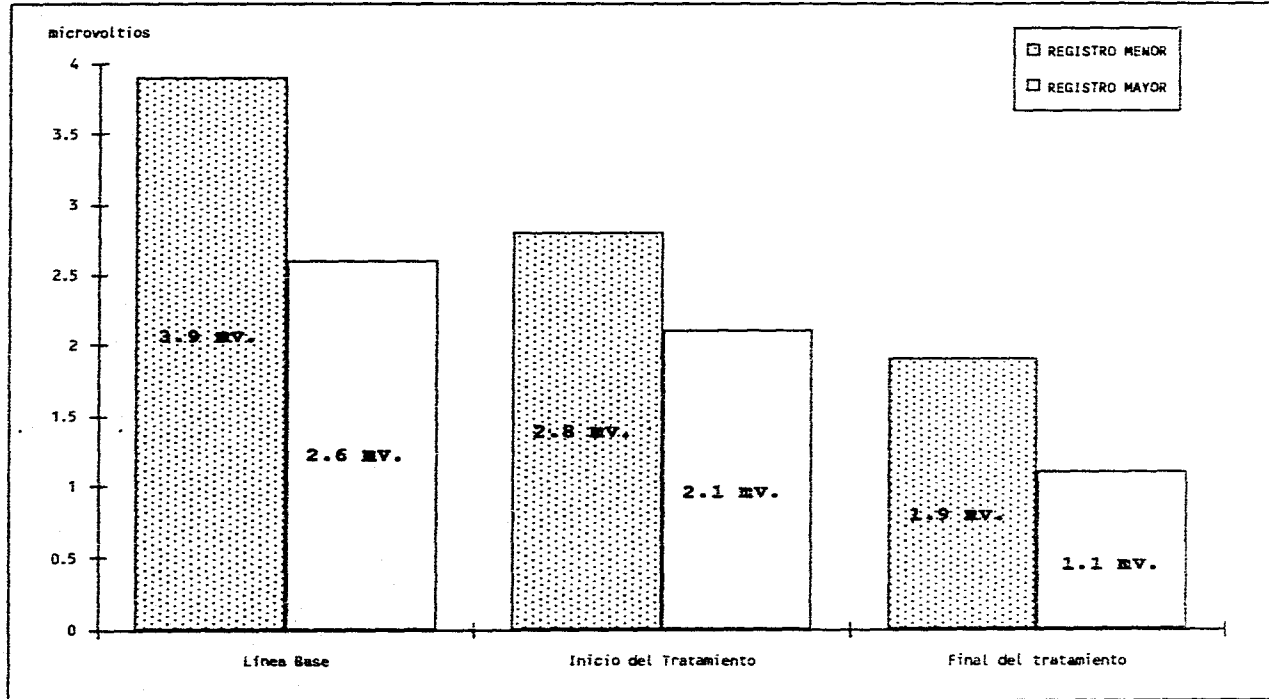
LÍNEA BASE INICIAL			INICIO DEL TRATAMIENTO			FINAL DEL TRATAMIENTO		
PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR	PROMEDIO GENERAL	REGISTRO MAYOR	REGISTRO MENOR
3.9 mv.	5.3 mv.	2.6 mv.	2.8 mv.	4.5 mv.	1.2 mv.	1.9 mv.	3 mv.	0.9 mv.

MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MICROVOLTIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - .5	0	0	0 - .5	0	0	0 - .5	0	0
.6 - 1.0	0	0	.6 - 1.0	0	0	.6 - 1.0	4	10
1.1 - 1.5	0	0	1.1 - 1.5	2	5	1.1 - 1.5	24	60
1.6 - 2.0	0	0	1.6 - 2.0	0	0	1.6 - 2.0	4	10
2.1 - 2.5	0	0	2.1 - 2.5	2	5	2.1 - 2.5	4	10
2.6 - 3.0	6	15	2.6 - 3.0	8	20	2.6 - 3.0	4	10
3.1 - 3.5	9	22.5	3.1 - 3.5	17	42.5	3.1 - 3.5	0	0
3.6 - 4.0	7	17.5	3.6 - 4.0	8	20	3.6 - 4.0	0	0
4.1 - 4.5	8	20	4.1 - 4.5	3	7.5	4.1 - 4.5	0	0
4.6 - 5.0	7	17.5	4.6 - 5.0	0	0	4.6 - 5.0	0	0
5.1 - 5.5	3	7.5	5.1 - 5.5	0	0	5.1 - 5.5	0	0

mv. = microvoltios.

GRAFICA 2.4

GRAFICA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS
NIVELES DE ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA
Registro Menor y Registro Mayor



mv. = microvoltios

PARTE B.

EVALUACION DE LOS AUTO-REPORTES Y ASIGNACION DE TAREAS.

Los datos obtenidos de los auto-reportes y asignación de tareas son presentados en tablas de distribución de frecuencias en las que se pueden apreciar los cambios ocurridos antes y después del tratamiento.

AUTO-REPORTES DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD:

En las tablas de distribución de frecuencias los niveles de ansiedad se presentan en función del porcentaje de tiempo/día que el paciente presentó determinados niveles de ansiedad.

En la **TABLA 2.7** se observa que antes del tratamiento 17 pacientes (42.5%) del total de la muestra (n=40) presentaron niveles incapacitantes de ansiedad entre el 1 y el 40% del tiempo/día, concentrándose la mayor parte de estos pacientes (n=9, 52.9%) en un rango del 11 al 20% del tiempo/día, y la menor parte de ellos (n=1, 5.8%) en un rango del 31 al 40% del tiempo.

TABLA 2.7 TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA, AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 4 - INCAPACITANTE.

N=17 (42,54%)

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	5	29.5
11 - 20%	9	52.9
21% - 30%	2	11.8
31% - 40%	1	5.8

En forma notoriamente contrastante se aprecia que al final del tratamiento, ningún paciente ($n=0$, 0%) presentó niveles incapacitantes de ansiedad (TABLA 2.8).

TABLA 2.8 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 4 - INCAPACITANTE

N = 0

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	0	0
11 - 20%	0	0
21% - 30%	0	0
31% - 40%	0	0

En la TABLA 2.9 se observa que antes del tratamiento, 36 pacientes (90%) de la muestra total presentaron niveles severos de ansiedad en un rango del 1 al 40% del tiempo/día, concentrándose la mayor parte de los sujetos ($n=19$, 52.8%) en un rango del 11 al 20% del tiempo y una menor frecuencia de éstos ($n=3$, 8.4%) en un rango del 31 al 40% del tiempo/día.

TABLA 2.9 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 3 - SEVERO

N = 36 (90%)

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	5	13.8
11 - 20%	19	52.8
21% - 30%	9	25
31% - 40%	3	8.4

Una notoria diferencia se muestra al final del tratamiento (TABLA 10) donde solo 4 pacientes (10%) de la muestra total reportaron niveles severos de ansiedad, en un rango del 1 al 20% del tiempo/día, concentrándose la mayoría (n=3, 75%) en un rango de tiempo/día del 1 al 10% del tiempo y el mínimo (n=1, 25%) en un rango del 11 al 20% del tiempo/día.

TABLA 2.10 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 3 - SEVERO

N = (10%)

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	3	75
11 - 20%	1	25

En la TABLA 2.11 se muestra que antes del tratamiento el total de la muestra (n=40, 100%) reportó niveles moderados de ansiedad en un rango de tiempo del 1 al 70% del tiempo/día, con una concentración mayor de pacientes (n=14, 35%) en un rango de tiempo del 21 al 30% del tiempo, y con una agrupación menor de la muestra (n=2, 5%) en un rango de 51 al 70% del tiempo/día.

TABLA 2.11 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 2 - MODERADO

N = 40 (100%)

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	2	5
11 - 20%	7	17.5
21% - 30%	14	35
31% - 40%	11	27.5
41% - 50%	4	10
51% - 60%	1	2.5
61% - 70%	1	2.5

A diferencia de ésto, en la **TABLA 2.12** se aprecia que al final del tratamiento, 33 pacientes (82.5%) del total de la muestra presentó niveles de ansiedad moderada dentro de un rango del 1 al 70% del tiempo/día, concentrándose la mayor parte de estos pacientes (n=14, 42.4%) en un rango del 1 al 10% del tiempo. Se observa que 5 pacientes presentaron ansiedad moderada entre el 21 y el 30% del tiempo, y ningún paciente presentó niveles de ansiedad moderada en el rango del 31 al 50% del tiempo/día. Si bien, en este caso, la diferencia entre el porcentaje de pacientes que reportaron niveles moderados de ansiedad no varía notablemente entre los dos periodos, si lo es en cuanto al porcentaje de tiempo, donde al final del tratamiento se observa que la mayoría de los pacientes presentan este nivel de ansiedad en menor cantidad de tiempo/día.

TABLA 2.12 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 2 - MODERADO

N = 33 (82.5%)

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	14	42.4
11 - 20%	10	30.3
21% - 30%	5	15.3
31% - 40%	2	6
41% - 50%	0	0
51% - 60%	0	0
61% - 70%	2	6

En la **TABLA 2.13** se puede apreciar que todos los pacientes de la muestra (n=40, 100%), antes del tratamiento, reportaron niveles leves de ansiedad en un rango del 1 al 50% del tiempo/día, con una distribución mayor de frecuencia (n=14, 35%) en un rango de tiempo del 11 al 20% del tiempo/día y una menor

distribución de frecuencia ($n=3$, 7.5%) en rangos del 41 al 50% del tiempo.

TABLA 2.13 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 1 - LEVE

N = 40 (100%)

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	4	10
11 - 20%	14	35
21% - 30%	12	30
31% - 40%	7	17.5
41% - 50%	3	7.5

Esto contrasta con los datos observados en la TABLA 2.14, final del tratamiento, donde la muestra se distribuyó en un rango de tiempo/día del 1 al 50% , con un concentración máxima de pacientes ($n=16$, 40%) en niveles de ansiedad leve en un rango de tiempo/día del 21 al 30%, y una concentración mínima de sujetos ($n=1$, 2.5) en el rango del 41 al 50% del tiempo. Aquí resalta que aún cuando los pacientes pasan un buen tiempo en niveles leves de ansiedad, al mismo tiempo pasan menor cantidad de tiempo en niveles mayores.

TABLA 2.14 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 1 - LEVE

N = 40 (100%)

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	5	12.5
0.11 - 20%	15	37.5
21% - 30%	16	40
31% - 40%	3	7.5
41% - 50%	1	2.5

En la **TABLA 2.15** se muestra que antes del tratamiento, 40 pacientes (100%) reportó no estar ansiosos en un rango de tiempo del 1 al 60% del tiempo, donde la mayor concentración de pacientes (n=15, 37.5%) reportó no estar ansiosos en un rango de tiempo tan solo del 11 al 20% del tiempo y un mínimo de pacientes (n=1, 2.5%) reportaron no estar ansiosos entre el 51 y 60% del tiempo; ningún paciente reportó estar ansioso en el rango del 41 al 50% tiempo/día.

TABLA 2.15 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 0 - AUSENTE

N = 40 (100%)

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	13	32.5
11 - 20%	15	37.5
21% - 30%	8	20
31% - 40%	3	7.5
41% - 50%	0	0
51% - 60%	1	2.5

En forma notoriamente diferente, se observa en la **TABLA 2.16**, que al finalizar el tratamiento, el total de los pacientes (n=40, 100%) reportó no tener ansiedad en un rango de tiempo mucho mayor que antes del tratamiento (1 al 90%), concentrándose la mayor parte de la muestra en un rango de tiempo del 71 al 80% del

tiempo, y solo un mínimo de pacientes (n=2, 5%) reportaron no estar ansiosos en un rango del 1 al 20% del tiempo.

TABLA 2.16 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS NIVELES DE ANSIEDAD REPORTADOS EN PORCENTAJE TIEMPO/DIA AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

NIVEL 0 - AUSENTE

N = 40 (100%)

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0% - 10%	1	2,5
11 - 20%	1	2,5
21% - 30%	2	5
31% - 40%	4	10
41% - 50%	6	15
51% - 60%	3	7,5
61% - 70%	7	17,5
71% - 80%	15	37,5
81 - 90%	1	2,5

AUTO-REPORTES DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Los datos obtenidos de los auto-reportes relacionados con la toma de medicamentos son presentados en tablas de distribución de frecuencias en las que se pueden apreciar los cambios ocurridos antes y después del tratamiento.

En la **TABLA 2.17** se muestran los cambios en el tratamiento farmacológico. Cabe aquí mencionar que los únicos cambios realizados fueron en el tratamiento de ansiolíticos (benzodiazepinas). En esta tabla se observa que: ningún paciente de la muestra total (n=40) requirió de un aumento en la medicación (n=0, 0%). En forma importante se aprecia que en el 67.5% (n=27) de la muestra se disminuyeron las dosis de medicamentos; en el 30% (n=12) no se realizaron cambios y finalmente, solo en un paciente (2.5%) se suspendió el tratamiento benzodiazepínico.

TABLA 2.17 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LA MEDICACION
AL FINAL DEL TRATAMIENTO

N = 40

NIVEL DE CAMBIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aumento	0	0
Disminución.	27	67.5
Sin cambio.	12	30
Suspensión.	1	2.5

AUTO-REPORTES DEL ESTADO DEL ANIMO:

Los datos obtenidos de los auto-reportes en relación al estado del ánimo se presentan en tablas de distribución de frecuencias en las que se pueden apreciar dichos reportes antes y después del tratamiento.

En la TABLA 2.18 se observa la evaluación del estado de ánimo reportado por los pacientes (n=40) antes del tratamiento en términos de bueno (estable), regular (fluctuante) y malo (decaído) en la mayor parte del tiempo. En esta tabla se aprecia que antes del tratamiento, ningún paciente (n=0, 0%) reportó un estado del ánimo bueno o estable; 20 pacientes (50%) reportó mantenerse la mayor parte del tiempo con un estado de ánimo regular o fluctuante y por último 20 pacientes (50%) reportó un estado de ánimo generalmente malo o decaído.

TABLA 2.18 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL ESTADO DEL ANIMO
AL INICIO DEL TRATAMIENTO

N = 40

ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	0	0
Fluctuante	20	50
Malo	20	50

En la **TABLA 2.19**, referente a los auto-reportes del estado anímico después del tratamiento, se observan relevantes diferencias, ya que de la muestra total (n=40) 30 pacientes (75%) reportaron un estado de ánimo generalmente bueno o estable; 10 pacientes (25%) un estado anímico generalmente fluctuante y ningún paciente (n=0, 0%) reportó un estado del ánimo malo o decaído.

TABLA 2.19 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL ESTADO DEL ANIMO AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

N = 40

ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	30	75
Fluctuante	10	25
Malo	0	0

AUTO-REPORTES DE LA CALIDAD DEL SUEÑO O DEL DORMIR:

Los auto-reportes de la calidad del sueño se presentan en tablas de frecuencias que muestran el tipo de alteración relacionada con el dormir antes y después del tratamiento.

La **TABLA 2.20** representa las alteraciones del dormir reportadas por los pacientes antes del tratamiento. En esta tabla se puede observar que el 100% de la muestra (n=40) reportó alguna alteración: el 57% (n=23) reportó alteraciones del tipo de insomnio inicial; el 5% (n=2) insomnio intermitente; el 34.6% (n=13) insomnio mixto (insomnio inicial con insomnio intermitente); y el 5.3% (n=2) insomnio mixto (insomnio inicial, terminal e intermitente), y ningún paciente presentó insomnio terminal único.

TABLA 2.20 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL TIPO DE ALTERACION EN EL SUEÑO AL INICIO DEL TRATAMIENTO

N = 40

TIPO DE ALTERACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	0	0
2	23	57
3	0	0
4	2	5
5	13	34.6
6	2	5.3

- 1.- Sin alteraciones.
- 2.- Insomnio inicial.
- 3.- Insomnio terminal.
- 4.- Insomnio intermitente.
- 5.- Insomnio inicial más insomnio intermitente.
- 6.- Insomnio inicial, terminal e intermitente.

La TABLA 2.21 representa los datos de los auto-reportes relacionados con la calidad del dormir al final del tratamiento, independientemente de la alteración inicial. En esta tabla no se presentan los datos a nivel de alteración, sino a nivel de mejoría. En esta tabla se muestra un alto nivel de mejoría, ya que el 52% (n=21) reportó un nivel de mejoría total; el 35% (n=14) reportó una notable mejoría; el 12.5% (n=5) una ligera mejoría y ningún paciente (n=0, 0%) reportó no haber mejorado.

TABLA 2.21 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL NIVEL DE MEJORIA EN CUANTO A LA CALIDAD DEL SUEÑO AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

N = 40

TIPO DE ALTERACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mejoría total.	21	52.5
Notable mejoría.	14	35
Ligera mejoría.	5	12.5
Ninguna mejoría.	0	0

AUTO-REPORTES DEL EFECTO DE LA REALIZACION DE EJERCICIOS DE RELAJACION FUERA DE LA CONSULTA:

Los auto-reportes de los efectos de la realización de ejercicios de relajación realizados por el paciente fuera de la consulta se presentan en tablas de distribución de frecuencias que muestran el efecto obtenido al inicio y final del tratamiento.

En la **TABLA 2.22** se presentan dichos efectos reportados por los pacientes al inicio del tratamiento. Se puede apreciar que del total de la muestra (n=40, 100%), el 40% (n=16) reportó escasos efectos; el 37.5% (n=15) un efecto moderado; el 20% (n=8) reportó no haber logrado ningún efecto y el 2.5% (n=1) reportó haber obtenido un buen efecto.

TABLA 2.22 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL EFECTO DEL AUTO ENTRENAMIENTO EN RELAJACION AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

N = 40

EFEECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno.	1	2.5
Moderado.	15	37.5
Escaso.	16	40
Ninguno.	8	20

En forma contrastante, se puede observar en la **TABLA 2.23** el 82.5% de los pacientes (n=33) reportó haber logrado un buen efecto; el 17.5% (n=7) reportó un efecto moderado, y ningún paciente reportó efectos escasos o ningún efecto.

TABLA 2.23 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL EFECTO DEL AUTO ENTRENAMIENTO EN RELAJACION AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

N= 40

EFEECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno.	33	82.5
Moderado.	7	17.5
Escaso.	0	0
Ninguno.	0	0

EFFECTO DEL APRENDIZAJE DEL TRATAMIENTO APLICADO A SITUACIONES PRACTICAS (enfrentamiento):

Los auto-reportes de los efectos del tratamiento aplicado a situaciones prácticas de enfrentamiento se presentan en tablas de distribución de frecuencias que muestran el efecto obtenido al inicio y final del tratamiento.

En la **TABLA 2.24** se muestra el nivel de eficacia con el que los pacientes se enfrentaban ante situaciones prácticas al inicio del tratamiento. Puede observarse que de la muestra total (n=40, 100%) ninguno reportó un buen efecto; un paciente (2.5%) reportó un efecto moderado; 20 (50%) pacientes reportaron un efecto escaso y 19 (47.5%) reportó no haber tenido ningún efecto.

TABLA 2.24 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL EFECTO DEL AUTO ENTRENAMIENTO EN SITUACIONES PRACTICAS AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

N = 40

EFFECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena.	0	0
Moderado.	1	2.5
Escaso.	20	50
Ninguno.	19	47.5

La **TABLA 2.25** muestra datos contrastantes, ya que al final del tratamiento, 22 pacientes (55%) reportaron un buen nivel de eficacia; 17 (42.5%) un nivel moderado; 1 paciente (2.5%) escaso y por último, ningún paciente reportó ser ineficaz.

TABLA 2.25 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION AL EFECTO DEL AUTO ENTRENAMIENTO EN SITUACIONES PRACTICAS AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

N = 40

EFFECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena.	22	55
Moderado.	17	42.5
Escaso.	1	2.5
Ninguno.	0	0

MONITOREO DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS.

En la **TABLA 2.26** se puede apreciar el nivel general de síntomas de hiperactividad vegetativa reportados por los pacientes. Puede en esta tabla observarse que antes del tratamiento la mayor parte de la muestra reportó niveles de sintomatología vegetativa en términos de excesiva 47.5% (n=19); el 37.5% (n=15) un nivel severo y un 15% (n=6) de moderado. Ningún paciente (0%, n=0) reportó niveles leves o ausentes.

TABLA 2.26 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS SINTOMAS DE HIPERACTIVIDAD VEGETATIVA AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

N = 40

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excesivo	19	47.5
Severo	15	37.5
Moderado	6	15
Leve	0	0
Ausente	0	0

En forma notoriamente contrastante, al final del tratamiento, la concentración máxima de pacientes, 85% (n=34) se distribuyó en un nivel leve; el 15% (n=6) en un nivel moderado y ningún paciente (0%, n=0) reportó niveles excesivos o severos; sin embargo, tampoco ningún paciente reportó, al final del tratamiento niveles ausentes de sintomatología de hiperactividad vegetativa (**TABLA 2.27**).

TABLA 2.27 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS SINTOMAS DE HIPERACTIVIDAD VEGETATIVA AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

N=40

EFEECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excesivo	0	0
Severo	0	0
Moderado	6	15
Leve	34	85
Ausente	0	0

En la **TABLA 2.28**, puede observarse los niveles de sintomatología de tensión motora reportados por los pacientes antes del tratamiento. En la tabla se muestra que el 17.5% (n=7) reportó niveles excesivos de tensión motora; el 77.5% (n=31) reportó niveles severos; el 5% (n=2) niveles moderados; y ningún paciente (0%, n=0) reportó antes del tratamiento niveles de leve o ausente.

TABLA 2.28 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS SINTOMAS DE TENSION MOTORA AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

N = 40

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excesivo	7	17.5
Severo	31	77.5
Moderado	2	5
Leve	0	0
Ausente	0	0

Resultados diferentes pueden observarse en la **TABLA 2.29**, en la que se observa que el 70% (n=28) de los pacientes reportaron, al final del tratamiento, niveles leves de sintomatología relacionada con tensión motora; un 30% (n=12) niveles moderados. Ningún paciente (0%, n=0) reportó al final niveles excesivos o severos en relación a estos síntomas.

TABLA 2.29 TABLA DE DISTRIBUCION DE PACIENTES EN RELACION A LOS SINTOMAS DE TENSION MOTORA AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

N = 40

EFFECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excesivo	0	0
Severo	0	0
Moderado	12	30
Leve	28	70
Ausente	0	0

III EVALUACION COGNITIVA.

La evaluación cognitiva se llevó a cabo tomando básicamente en cuenta la forma en como dicha intervención influyó sobre el padecimiento.

Realizar una evaluación minuciosa y exacta de cada paciente en este ámbito es prácticamente imposible, de tal manera que se evaluó el efecto de esta intervención sobre las principales y más comunes atribuciones cognitivas de los pacientes, en términos generales, en relación a la interpretación del padecimiento y sus síntomas, su influencia en el entrenamiento conductual (entrenamiento en relajación), así como en relación a atribuciones de sí mismo como individuo enfermo.

La evaluación de dichas observaciones, tanto al inicio como al final del tratamiento, se presentan en tablas de distribución de frecuencias

Atribuciones cognitivas sobre el padecimiento:

En síntesis, los esquemas cognitivos más frecuentemente encontrados en relación al padecimiento y sus síntomas físicos, se engloban en un esquema cognitivo erróneo, donde la enfermedad es vista más como un trastorno físico que mental.

A continuación se presentan las atribuciones más frecuentemente detectadas en la consulta:

Las "sensaciones fisiológicas autónomas alteradas" son indicio de un infarto cardíaco o de asfixia.

Las "sensaciones de tensión muscular" son producto de algún tipo de opresión nerviosa a nivel de médula espinal.

Los "dolores de cabeza (cefaleas)" son indicio de un tumor cerebral.

La "visión borrosa" es signo de una alteración oftalmológica.

Los "mareos y vértigos" son producto de alguna alteración en los niveles de "azúcar" o de alteraciones cardiovasculares o probablemente un indicador de alguna alteración grave del organismo.

Las alteraciones gástricas en general son atribuidas a graves trastornos como por ejemplo: cáncer, alergias, etc.

En relación a las sensaciones emocionales las atribuciones más frecuentes son:

La "sensación de irrealidad" es frecuentemente interpretada como indicio o signo de "locura".

Los síntomas vegetativos, de tensión motora e hipervigilancia que se presentan no sólo en las crisis, sino también en fases de **ansiedad anticipatoria** se deben a un proceso cognitivo ya que frecuentemente en este tipo de pacientes el pensamiento está ocupado por ideas anticipatorias de temor a una crisis aguda.

La evaluación de los esquemas disfuncionales e interpretaciones y atribuciones erróneas mayormente detectadas en los pacientes al inicio del tratamiento se llevó a cabo arbitrariamente a través de una escala de Lickert en la que:

1 se refiere a un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas lógicas, realistas y verdaderas.

2 se refiere a un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas ligeramente erróneas, ilógicas y poco realistas.

3 se refiere a un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas moderadamente erróneas, ilógicas y moderadamente alejadas de la realidad.

4 se refiere a un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas extremadamente erróneas, ilógicas y notoriamente alejadas de la realidad.

La evaluación de las observaciones del nivel de mejoría en cuanto a reestructuración cognitiva, la cual se realizó al finalizar el tratamiento en conjunción terapeuta-paciente, se llevó a cabo estableciendo dichos niveles por medio de una escala de Lickert tomando en cuenta que:

1 se refiere a un nivel de reestructuración cognitiva notable.

2 se refiere a un nivel de reestructuración cognitiva moderadamente notable.

3 se refiere a un nivel de reestructuración cognitiva moderada.

4 se refiere a un nivel de reestructuración cognitiva escasa.

En la **TABLA 3.1** se muestra la distribución de frecuencias en relación a los niveles de atribuciones cognitivas sobre el padecimiento y sus síntomas al inicio del tratamiento. En ésta se observa que en la mayor parte de la muestra (n=26, 65%) se detectó un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas moderadamente erróneas; el 15% (n=6) se concentró en un nivel cognitivo ligeramente erróneo; el 20% (n=8) en un nivel cognitivo extremadamente erróneo. Ningún paciente se mostró cognitivamente bien ubicado ante los síntomas del padecimiento.

TABLA 3.1 TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LOS NIVELES DE ATRIBUCIONES SOBRE LOS SINTOMAS DEL PADECIMIENTO AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

N = 40

NIVEL DE ATRIBUCION COGNITIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	0	0
2	6	15
3	26	65
4	8	20

- 1.- Lógico, realista y verdadero.
- 2.- Ligeramente erróneo, ilógico y poco realista.
- 3.- Moderadamente erróneo, ilógico y alejado de la realidad.
- 4.- Extremadamente erróneo, ilógico y alejado de la realidad.

En forma notoriamente contrastante, puede apreciarse en la **TABLA 3.2**, que al final del tratamiento la distribución de frecuencias en relación a esta variable se muestra favorablemente inversa, ya que en el 87.5% (n=35) de los pacientes se logró un nivel de reestructuración cognitiva notable; en un 12.5% un nivel moderadamente notable.

TABLA 3.2 TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LOS NIVELES DE ATRIBUCIONES SOBRE LOS SINTOMAS DEL PADECIMIENTO AL FINAL DEL TRATAMIENTO

N = 40

NIVEL DE REESTRUCTURACION COGNITIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	35	87.5
2	5	12.5
3	0	0
4	0	0

- 1.- Reestructuración cognitiva notable.
- 2.- Reestructuración cognitiva moderadamente notable.
- 3.- Reestructuración cognitiva moderada.
- 4.- Reestructuración cognitiva escasa.

Intrusiones Cognitivas durante el Entrenamiento en Relajación:

Las intrusiones cognitivas que con mayor frecuencia reportaron los pacientes se pueden agrupar, en términos generales, en los siguientes esquemas:

- Temor a fracasar en el tratamiento.
- El entrenamiento en relajación proporciona gran bienestar, pero puede ser una pérdida de tiempo que podría ocuparse en resolver otros problemas.
- La relajación profunda puede llevar a perder el control.
- Preocuparse por algún asunto durante la relajación puede ayudar a resolverlo.
- Enfocar la atención en las "sensaciones corporales" puede provocar que aumente la ansiedad y por lo tanto la tensión.
- La errónea atribución que los pacientes tienen de los síntomas de su padecimiento, frecuentemente los lleva a creer que es imposible que él mismo pueda ejercer un control sobre sus respuestas fisiológicas.
- Temor a estar siendo "calificado" por el terapeuta.

La evaluación de las intrusiones cognitivas en los pacientes al inicio del tratamiento se llevó a cabo arbitrariamente a través de una escala de Lickert en la que cada número se refiere al grado de intrusión cognitiva tomando en cuenta los esquemas cognitivos antes presentados como un todo:

- 1 nivel alto de intrusión cognitiva.
- 2 nivel moderadamente alto de intrusión cognitiva.
- 3 nivel moderado de intrusión cognitiva.
- 4 nivel escaso de intrusión cognitiva.

La evaluación final del tratamiento se presenta de igual manera en tablas de distribución de frecuencias donde el grado de intrusión cognitiva se evaluó a través de una escala de Lickert la que evalúa dichos grados en base lo reportado en los siguientes niveles:

- 1 nivel alto de disminución de intrusión cognitiva.
- 2 nivel moderadamente alto de disminución de intrusión cognitiva.
- 3 nivel moderado de disminución de intrusión cognitiva.
- 4 nivel escaso de disminución de intrusión cognitiva.

En la **TABLA 3.3** se puede observar que al inicio del tratamiento, el 67% (n=27) presentó niveles altos de intrusión cognitiva; un 22% (n=9) niveles moderadamente altos; 10% (n=4) niveles moderados y ningún paciente (n=0,0%) niveles escasos de intrusión cognitiva.

TABLA 3.3 TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LOS NIVELES DE INTRUSIONES COGNITIVAS EN EL TRATAMIENTO DE RALAJACION AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

N = 40

NIVEL DE INTRUSION COGNITIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	27	67,5
2	9	22,5
3	4	10
4	0	0

- 1.- Nivel alto de intrusión cognitiva.
- 2.- Nivel moderadamente alto de intrusión cognitiva.
- 3.- Nivel moderado de intrusión cognitiva.
- 4.- Nivel escaso de intrusión cognitiva.

En forma contrastante puede observarse en la **TABLA 3.4** que al final del tratamiento, el 32.5% (n=13) de los pacientes reportaron altos niveles de disminución de intrusión cognitiva; un 62.5% (n=25) niveles moderadamente altos de disminución; el 2% (n=2) niveles moderados de

disminución y por último, ningún paciente reportó escaso nivel de disminución de intrusión cognitiva durante las sesiones de entrenamiento en relajación.

TABLA 3.4 TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LOS NIVELES DE INTRUSIONES COGNITIVAS EN EL TRATAMIENTO DE RALAJACION AL FIMAL DEL TRATAMIENTO

N = 40

NIVEL DE INTRUSION COGNITIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	13	32.5
2	25	62.5
3	2	5
4	0	0

- 1.- Nivel alto de disminución de intrusión cognitiva.
- 2.- Nivel moderadamente alto de disminución de intrusión cognitiva.
- 3.- Nivel moderado de disminución de intrusión cognitiva.
- 4.- Nivel escaso de disminución de intrusión cognitiva.

Esquemas Cognitivos de Autopercepción:

Los esquemas cognitivos de autopercepción que con mayor frecuencia y relevancia reportaron los pacientes pueden agruparse en términos generales, en los siguientes esquemas:

- "Soy incapaz de resolver y enfrentar solo mis propios problemas".
- "No soy una persona saludable".
- "Me parece imposible pensar que pueda volver a ser el mismo de antes".
- "Estoy seguro de que soy terriblemente juzgado por los demás"
- "Soy un fracasado social, familiar y laboralmente".
- "Estoy seguro de que en algún momento voy a volverme loco".
- "Esta enfermedad me convierte en un ser totalmente infeliz".

-"Esta enfermedad me convierte en un ser incapacitado totalmente".

La evaluación de los esquemas disfuncionales e interpretaciones y atribuciones erróneas mayormente detectadas en los pacientes al inicio del tratamiento se llevó a cabo arbitrariamente a través de una escala de Lickert en la que:

1 se refiere a un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas lógicas, realistas y verdaderas de sí mismo.

2 se refiere a un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas ligeramente erróneas, ilógicas y poco realistas de sí mismo.

3 se refiere a un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas moderadamente erróneas, ilógicas y moderadamente alejadas de la realidad en el concepto de sí mismo.

4 se refiere a un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas extremadamente erróneas, ilógicas y notoriamente alejadas de la realidad en cuanto al concepto de sí mismo.

La evaluación de las observaciones del nivel de mejoría en cuanto a reestructuración cognitiva, la cual se realizó al finalizar el tratamiento en conjunción terapeuta-paciente, se llevó a cabo estableciendo dichos niveles por medio de una escala de Lickert tomando en cuenta que:

1 se refiere a un nivel de reestructuración cognitiva notable.

2 se refiere a un nivel de reestructuración cognitiva moderadamente notable.

3 se refiere a un nivel de reestructuración cognitiva moderada.

4 se refiere a un nivel de reestructuración cognitiva escasa.

En la **TABLA 3.5** se muestra la distribución de frecuencias en relación a los niveles de atribuciones cognitivas sobre el autoconcepto al inicio del tratamiento.

En ésta se observa que en la mayor parte de la muestra (n=32, 80%) se detectó un nivel de atribuciones e interpretaciones cognitivas extremadamente erróneas; el 20% (n=8) se concentró en un nivel cognitivo moderadamente erróneo; y en ningún paciente se detectó niveles de atribución ligeramente positiva o positiva y realista.

TABLA 3.5 TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN RELACION A LOS NIVELES DE ATRIBUCION COGNITIVA SOBRE EL AUTOCONCEPTO AL INICIO DEL TRATAMIENTO

N = 40

NIVEL DE ATRIBUCION COGNITIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	0	0
2	0	0
3	8	20
4	32	80

- 1.- Autoconcepto lógico, realista y verdadero.
- 2.- Autoconcepto ligeramente erróneo, ilógico y poco realista.
- 3.- Autoconcepto moderadamente erróneo, ilógico y alejado de la realidad.
- 4.- Autoconcepto extremadamente erróneo, ilógico y notoriamente alejado de la realidad.

En forma notoriamente contrastante, puede apreciarse en la **TABLA 3.6**, que al final del tratamiento la distribución de frecuencias en relación a esta variable se muestra un importante nivel de mejoría en la muestra en general, ya que en el 57.5% (n=23) de los pacientes se logró un nivel de reestructuración cognitiva notable; en un 30% (n=12) un nivel moderadamente notable de reestructuración cognitiva; en un 12.5% (n=5) se logró un nivel de reestructuración moderada.

TABLA 3.6 TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN RELACION A LA REESTRUCTURACION DE ESQUEMAS COGNITIVOS DE AUTOPERCEPCION AL FINAL DEL TRATAMIENTO

N = 40

NIVEL DE REESTRUCTURACION COGNITIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	32	57.5
2	12	30
3	5	12.5
4	0	0

- 1.- Reestructuración cognitiva notable.
- 2.- Reestructuración cognitiva moderadamente notable.
- 3.- Reestructuración cognitiva moderada.
- 4.- Reestructuración cognitiva escasa.

CAPITULO IV ANALISIS

Este reporte presenta una muestra de 40 pacientes diagnosticados con trastorno de pánico con y sin agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada, manejados psicofarmacológicamente y que fueron referidos a tratamiento cognitivo conductual con el fin de llevar a cabo una estrategia psicoterapéutica coadyuvante a un tratamiento farmacológico para manejar el problema a partir de una estrategia más integral y efectiva.

En la evaluación de los datos demográficos y clínicos más importantes, puede observarse que los rangos de edad fueron de los 17 a los 55 años, con un promedio de edad de 36 años (tabla 1.1). Se ha visto que la edad de inicio de un trastorno de pánico es alrededor de los 20 años, pero puede presentarse durante la adultez temprana y madura; la edad de inicio de un trastorno de ansiedad generalizada es variable (DSM III-R). En cuanto al sexo, el 62.5% de la muestra fueron femeninos y el 37.5% masculinos (tabla 1.2). En las muestras clínicas se ha visto que el trastorno de pánico sin agorafobia es casi tan frecuente en hombres como en mujeres; el trastorno de pánico con agorafobia es casi dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre. En cambio, en el caso del trastorno por ansiedad generalizada, las muestras clínicas se distribuyen por igual entre hombres y mujeres (DSM III-R).

En relación al estado civil se aprecia que la mayor parte de la muestra tiende a distribuirse en los rangos de solteros y casados (82%) y una minoría eran divorciados o viudos (tabla 1.3). En cuanto a ésto, solo puede decirse que las personas solteras

tienden más frecuentemente a presentar estrés o reacciones de ansiedad, pero se desconoce si el estado civil per se correlaciona con la aparición de un trastorno de ansiedad de estos tipos.

En los niveles de escolaridad se observó que la muestra en general, contó con un nivel escolar de secundaria, preparatoria o educación superior. El porcentaje más alto (67%) se concentró con un nivel superior (tabla 1.4). Estos resultados no son sorprendentes dado que el tratamiento se llevó a cabo en un hospital privado donde la mayor parte de la población que acude a consulta pertenece a un nivel socioeconómico alto, que por lo general, permite alcanzar niveles superiores de educación.

El 50% de los pacientes eran empleados y solo un 5% desempleados, el resto (45%) eran estudiantes o amas de casa (tabla 1.5). En cuanto a nivel socioeconómico, el total de la población evaluada se concentró en niveles de medio, medio alto y alto (tabla 1.6). La causa de esto probablemente se explica por las mismas razones presentadas en relación al nivel de escolaridad. El 95% de los pacientes eran de nacionalidad mexicana, y solo el 5% extranjeros (tabla 1.7).

En relación a los datos clínicos, la mayor parte de los pacientes fueron referidos al tratamiento por consulta externa (77.5%), y el resto (22.5%) estaban internados al momento de ingresar a éste (tabla 1.8). Es difícil encontrar que pacientes con este tipo de trastornos requieran de un internamiento, a menos que el cuadro se presente en forma excesivamente severa (especialmente en los casos de pánico con agorafobia). Los internamientos por ansiedad suelen presentarse cuando están acompañados de un cuadro depresivo mayor o de algún trastorno de personalidad, entre otros; siendo éstos los que verdaderamente motivan el internamiento.

Todos los pacientes ingresaron a la terapia bajo tratamiento farmacológico, especialmente con medicamentos ansiolíticos del tipo de las benzodiazepinas (100%). El 40% con antidepresivos tricíclicos y un 17% con antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina (tabla 1.9).

En cuanto a los datos clínicos, quizás el más importante a mencionar es el que hace referencia a la farmacoterapia. Aún cuando ésta es, en muchos casos, el tratamiento de primera elección para el manejo grave o agudo de estos trastornos, en ocasiones no parece ser suficiente cuando se pretende, como en este caso, abarcar y aliviar la mayor cantidad posible de factores y síntomas que rodean al padecimiento.

El modelo cognitivo conductual aplicado no es novedoso; sin embargo, conforma en sí mismo una serie de estrategias cuidadosamente planeadas para cumplir con el objetivo para el que fue estructurado.

En base a esto, el análisis de la evaluación de los procedimientos aplicados está realizado en función del objetivo para el cual se implantó este tratamiento.

Dado que los pacientes con estos padecimientos presentan, en términos generales, tanto sintomatología psicofisiológica de hiperactividad vegetativa como de tensión motora, así como claras sensaciones desagradables que parten de la idea constante de temor, ansiedad, hipervigilancia, actitudes fóbicas irracionales, etcétera; se decidió emplear un tratamiento que pudiera abarcar el manejo en una forma lo más integral posible, de ahí que partiera la idea de implantar un tratamiento cognitivo conductual.

Debido a que tanto las técnicas conductuales como cognitivas y farmacológicas fueron aplicadas simultáneamente, es difícil atribuir los cambios a una estrategia en especial, por lo que a

continuación se presenta un análisis de los datos más relevantes tomando en cuenta que cada nivel de cambio es producto de todo el abordaje terapéutico completo.

Con el objeto de manejar en forma específica los síntomas psicofisiológicos, se aplicó un paquete de técnicas conductuales, principalmente basadas en los procesos de relajación que contribuyen en el autocontrol de éstos. Como estrategia principal se utilizó entrenamiento en retroalimentación electromiográfica de los músculos frontales, acompañado de dos técnicas tradicionales de relajación, el entrenamiento en relajación progresiva y el entrenamiento en relajación autogénica, con el fin de lograr resultados más benéficos. La aplicación combinada de estas técnicas ha sido reportada como de gran utilidad por **Leboeuf y Lodge (1980)**, quienes afirman que el uso de la retroalimentación electromiográfica frontal produce resultados altamente positivos en la disminución de los síntomas físicos y psicológicos de la ansiedad. **Scandrett (1986)** encontró que la combinación de retroalimentación electromiográfica frontal acompañada de entrenamiento en relajación progresiva es aún de mayor utilidad en el manejo de los problemas característicos de la ansiedad, incluyendo las conductas fóbicas. **Sun, Zhao, Xia, Ren, Yan, Yang, Gao y Wang (1986)** aplicaron una combinación de retroalimentación electromiográfica frontal con entrenamiento en relajación autogénica obteniendo resultados muy favorables en pacientes con severos problemas de ansiedad.

En relación a los registros de los niveles electromiográficos, pudo observarse que al comparar los niveles del periodo de línea base inicial con la línea base del inicio del tratamiento (primera sesión) se presentó una disminución promedio de 3.3 mv a 2.6 mv (tabla 2.1 y gráfica 2.1): Esto, probablemente se debe a que entre una sesión y otra se aplicó un espectro básico en otras técnicas como lo fueron el entrenamiento en postura corporal y de respiración diafragmática, que en sí mismas procuran la relajación profunda, tal y como lo reportan **Clarke**

procuran la relajación profunda, tal y como lo reportan **Clarke (1981); Funk (1981) y Fried (1987)**. Además, los cambios en la respiración afectan la actividad del sistema nervioso autónomo, donde la respiración diafragmática está asociada con la división parasimpática de este sistema y la respiración torácica con la división simpática (**Morse, Cohen, Furst y Martin, 1984; Montgomery, 1994**) lo que apoya el énfasis de un entrenamiento en el proceso adecuado de la respiración, ya que además, los pacientes con este tipo de padecimiento frecuentemente tienden a respirar en forma agitada aumentando no sólo los desagradables síntomas de la ansiedad, sino también aumentando la probabilidad de disparar una crisis de ansiedad o de pánico.

Al comparar los promedios de los niveles electromiográficos entre el periodo inicial y el periodo final del tratamiento, también se apreció una disminución de 2.3 a 1.0 mv, lo que puede estar indicando que las técnicas aplicadas produjeron un efecto favorable en la disminución de los niveles de actividad electromiográfica (tabla 2.2, gráfica 2.1).

Un cambio aún más notable se apreció al comparar los promedios de actividad electromiográfica de la línea base inicial con los obtenidos al final del tratamiento (3.3 mv vs 1.0 mv), lo que parece indicar que todo el paquete de tratamiento en relajación resultó ser efectivo en la disminución de los síntomas (tabla 2.2, gráfica 2.1).

Estos resultados se muestran favorablemente positivos, no obstante, aun cuando existe el suficiente apoyo teórico para fundamentar la utilidad de las estrategias de entrenamiento en relajación progresiva, autogénica y de retroalimentación biológica, no puede perderse de vista el sesgo que supone el tratamiento farmacológico y la aplicación concomitante de el abordaje cognitivo; por lo que reitero una vez más que los cambios observados no son exclusivamente atribuibles a un solo proceso terapéutico.

Se aplicó un formato de auto-reportes, diseñado especialmente para monitorear, diariamente, los aspectos clínicos más relevantes que funcionan como soporte para establecer con mayor objetividad los cambios ocurridos. Estos, evalúan aspectos como los niveles de ansiedad, los medicamentos prescritos en dosis y horario, el estado de ánimo, las alteraciones del sueño, los efectos de la aplicación de ejercicios de relajación fuera de la consulta, los efectos del tratamiento en situaciones de exposición y los síntomas de tensión y actividad vegetativa.

Al evaluar los auto-reportes de los niveles de ansiedad en función de porcentaje tiempo/día, se observó que al inicio del tratamiento el 42% de la muestra presentó niveles incapacitantes de ansiedad, siendo que al finalizar el tratamiento, ningún paciente reportó estos niveles (tablas 2.7 y 2.8); el 90% reportó niveles de ansiedad severa, cuando al final tan solo el 10% de los pacientes lo reportaron y en menor cantidad de tiempo/día (tablas 2.9 y 2.10). En cuanto al resto de los niveles (moderado, leve y ausente), solo se encontraron notorias diferencias positivas en relación al porcentaje de tiempo (tablas 2.11, 2.12, 2.13, 2.14, 2.15, 2.16). Estos resultados son consistentes con los reportados por algunos autores, quienes afirman que el abordaje cognitivo conductual es efectivo en la reducción considerable de los niveles de ansiedad, entre ellos, Beck, Emery y Greenberg (1985); Bordden, Clum y Salmon (1991); Butler, Fennell, Robson y Gelder (1991); Borkovec y Costello (1993) y Öst y Westling (1995).

Uno de los principales objetivos de monitorear la medicación, se debe a que gran parte del motivo de referencia de estos pacientes a psicoterapia fue intentar disminuir o suspender las dosis farmacológicas a medida que el paciente aprende una nueva forma de autocontrol, así como el de evitar recaídas y aminorar síntomas de abstinencia (Klosko, Barlow, Tassinari y Cerny, 1990; Noyes, Garvey, Cook y Suelzer, 1991; Spiegel, Bruce, Gregg, y Nuzzarello, 1994). Inclusive hay autores que afirman que el uso concomitante de fármacos con psicoterapia es más benéfico que

cualquier estrategia aplicada en forma única (Coplan, Tiffon y Gorman, 1993). Esto concuerda con mi propia experiencia clínica, ya que no es difícil apoyar que en los casos más agudos y severos de este tipo de trastornos el tratamiento combinado (iniciando con la medicación) es la decisión más conveniente, ya que el fin es sacar al paciente adelante, aún cuando no sea posible ejercer el control total sobre los elementos participantes. Además, uno de los motivos de ingreso al tratamiento cognitivo conductual radica en la intención médica de controlar la farmacoterapia en cuanto a evitar el aumento en las dosis y/o disminuirlas o suspenderlas si es posible.

A través de la evaluación, pudo observarse que todos los pacientes ingresaron bajo tratamiento farmacológico; sin embargo, al final del tratamiento, en el 67.5% de los pacientes se logró disminuir las dosis de benzodiazepinas (tabla 2.17). En relación a los antidepresivos no se observaron cambios. La razón de esto es fácil de sustentar, ya que este tipo de medicamentos suelen ser eficaces aplicados a mediano o largo plazo, por lo que no deben manejarse por periodos cortos de tiempo.

La mayor parte de los pacientes que sufren de algún trastorno de ansiedad presentan, frecuentemente, alteraciones en el estado del ánimo, sí no como un síntoma criterio de diagnóstico, si como una respuesta, hasta cierto punto natural, consecuencia de las afecciones que este trastorno conlleva, por lo que siempre es conveniente tener este aspecto presente dentro de los focos de monitoreo, ya que si el estado de ánimo ha mejorado o incluso se ha estabilizado puede ser una de las pautas para suponer que se va hacia la mejoría.

En relación a este punto es importante volver a mencionar el papel que están jugando los medicamentos, en este caso principalmente los antidepresivos, ya que éstos ejercen un efecto muy importante sobre el estado de ánimo e incluso la ansiedad misma. Sin embargo, en este reporte se observó que al principio

del tratamiento, todos los pacientes reportaron alteraciones en el estado anímico (malo o fluctuante) (tabla 2.18); sin embargo, al finalizar el proceso, el 75% de la muestra reportó un buen estado de ánimo y ningún paciente como malo (tabla 2.19). Esto apunta hacia el hecho de que el tratamiento psicoterapéutico aplicado representó ser de gran utilidad.

Un aspecto clínico que frecuentemente se encuentra alterado en este tipo de pacientes es la calidad del sueño o del dormir, presentando especialmente insomnio inicial, generalmente provocado por intrusiones cognitivas relacionadas con el temor a no poder dormir bien y/o al incremento de los niveles de ansiedad generados por excesivas preocupaciones, lo que produce un estado ansioso acompañado de gran tensión muscular y actividad vegetativa que dificultan aún más la conciliación del sueño.

Lo que frecuentemente lleva a los especialistas a tratar este problema a partir de una terapia combinada, tanto farmacológica como no farmacológica, se debe a que tanto el insomnio como la ansiedad son condiciones psicológicas que se manifiestan a través de una gran variedad de síntomas. La necesidad de recurrir en primera instancia a la farmacoterapia ofrece grandes beneficios para el paciente que presenta alteraciones importantes del sueño, ya que parte de la mejoría, tanto a corto como a largo plazo, radica en solucionar pronta y eficazmente este síntoma que en forma tan agresiva altera la calidad de vida. Sin embargo, el uso de estos medicamentos (especialmente benzodiazepinas), no es siempre la solución absoluta al problema, ya que por sí mismos no corrigen ciertos aspectos de índole más psicológica; además, aun cuando el paciente logre dormir bajo el efecto farmacológico, elementos como los relacionados con aspectos cognitivos persisten en los estados de vigilia y, en caso de intentar disminuir el medicamento, que de por sí causa dependencia tanto física como psicológica, habría dificultades que lo entorpecerían. Esta es una de las justificaciones más importantes para el uso de otras terapias no farmacológicas que contribuyen en forma importante en

la solución del problema del sueño, como lo son las aplicadas en este reporte.

Esta justificación puede apoyarse en los hallazgos de varios autores. Por ejemplo, **Borkovec, Kaloupek y Slama (1975)**, sugirieron que el aumento en la actividad cognitiva (intrusión) negativa precedente al sueño, generalmente relacionada con el "temor" a no poder dormir, dificulta la probabilidad de lograrlo; así, proponen que manejar el problema desde un enfoque, no solo conductual o farmacológico, sino cognitivo es de gran ayuda en la resolución del problema. Por otra parte, **Sanavio (1988)**, reportó que tanto la terapia cognitiva como el tratamiento en retroalimentación electromiográfica son de gran utilidad clínica en las alteraciones del dormir, siendo capaces de contribuir en la reducción de la hiperactividad en la fase de conciliación del sueño (problema característico de los trastornos de ansiedad). La retroalimentación biológica participa más activamente en la disminución de actividad fisiológica, y el manejo cognitivo en la disminución de la hiperactividad cognitiva que precede al sueño. Desde el punto de vista conductual, **Hauri (1981)**, en un estudio de insomnio manejado con entrenamiento en retroalimentación biológica electromiográfica frontal, reportó que éste resultó ser altamente efectivo en la disminución de los niveles de ansiedad y tensión muscular que preceden al sueño. Otro investigador propuso que el entrenamiento en relajación autogénica de Shultz acompañado de retroalimentación electromiográfica aumentan la habilidad de las personas con trastornos de ansiedad para controlar los síntomas que negativamente afectan al sueño (**Touchon, 1992**). En forma similar, existen estudios controlados de entrenamiento autogénico aplicado a los problemas de insomnio; éstos reportan que con sólo dos semanas de tratamiento, los pacientes con ansiedad mostraron considerables mejorías. Estos autores estiman que el entrenamiento autogénico es efectivo en las alteraciones del sueño debido a que éste contribuye enormemente en la disminución de la hiperactividad vegetativa que generalmente está presente en la fase de conciliación del sueño

(Coursey, Frankel, Gaarder y Mott, 1980). Por otra parte, Gustavson (1992), aplicó un entrenamiento en relajación progresiva en pacientes con severos problemas de ansiedad, encontrando que en el 82% de éstos mejoró notablemente la calidad del sueño.

En la evaluación de los pacientes presentados en este reporte puede apreciarse que el tratamiento aplicado produjo resultados positivos, aún con el sesgo de la medicación, ya que pudo observarse que al inicio del tratamiento todos los pacientes reportaron algún tipo de alteración en el sueño, la mayoría (57%) insomnio inicial (tabla 2.20); y al final del proceso, el 52.5% reportó un nivel de mejoría total y ningún paciente reportó no haber logrado ninguna mejoría (tabla 2.21). Estos resultados concuerdan con los encontrados por varios estudios en los que se aplicaron tanto técnicas de relajación, como cognitivas (disminución de intrusiones cognitivas antes de dormir).

Existen diferentes estudios que apoyan que el tratamiento cognitivo conductual es de gran utilidad en manejar aspectos de exposición ante situaciones atemorizantes, así como ante la incapacidad de relajarse fuera del contexto de la consulta. Al inicio del tratamiento, el 40% de los pacientes reportaron dificultades para relajarse durante los ejercicios realizados fuera de la consulta, mientras que el 37.5% indicaron niveles moderados de ansiedad reportando niveles escasos y moderados (tabla 2.22). En los auto-reportes finales, el 82.5% reportó haber logrado un buen nivel de eficacia (tabla 2.23), y similares resultados se apreciaron en relación al nivel de eficacia con el que los pacientes se enfrentaban ante situaciones generadoras de ansiedad, encontrándose que al inicio del tratamiento, ningún paciente lograba buenos efectos (tabla 2.24), mientras que en la fase final se apreció que el 55% de la muestra reportó un buen efecto, el 42% un efecto moderado y ningún paciente reportó no haber conseguido poder enfrentarse (tabla 2.25).

El tratamiento integral aplicado parece ejercer efectos bastante positivos sobre el manejo del paciente en relación al enfrentamiento ante situaciones generadoras de ansiedad que, además, en algún momento lo llevaron a la conducta de evitación, especialmente en aquellos con trastorno de pánico con agorafobia. Este es un aspecto de relevante importancia, ya que es uno de los aspectos básicos de este tipo de padecimientos. Varios investigadores apoyan la eficacia de promover la exposición paulatina del paciente ante estas situaciones al tiempo que avanzan en el aprendizaje del autocontrol (O'Sullivan, 1991; Michelson y Marchione, 1991; Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991). En este punto es importante tomar en cuenta que tanto la intervención cognitiva como conductual (entrenamiento en relajación) contribuyen ampliamente en el éxito de las tareas de exposición.

En un tratamiento de trastornos de ansiedad, como lo son el trastorno de pánico y de ansiedad generalizada, no puede, bajo ningún concepto, pasarse por alto el llevar a cabo un monitoreo de los síntomas físicos, ya que éstos en sí mismos conforman gran parte del padecimiento, especialmente en el trastorno de ansiedad generalizada. Estos síntomas, idealmente, deben ser manejados cuidadosamente tanto a nivel conductual, por medio de las técnicas de relajación, como por medio del abordaje cognitivo, ya que no sólo representan una alteración del comportamiento fisiológico del organismo, sino que a su vez están notoriamente influenciados por aspectos cognitivos.

La aplicación de esta estrategia combinada contribuyó altamente a la reducción de los síntomas psicofisiológicos, tanto de tensión motora como de hiperactividad vegetativa. Borkovec y Costello (1993), llevaron a cabo un estudio de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, en el que aplicaron un tratamiento combinado de terapia cognitiva y técnicas de relajación y exposición en vivo. Estos autores encontraron que este abordaje integral resultó ser efectivo en la reducción de

los síntomas psicológicos y fisiológicos de la ansiedad. **Forbes y Pekala (1993)**, evaluaron la efectividad de aplicar técnicas con propiedades de reducción de síntomas psicofisiológicos provocados por altos niveles de estrés, encontrando que tanto el re-entrenamiento en técnicas de respiración profunda como de relajación progresiva contribuyeron en forma notoria en la reducción de los síntomas psicofisiológicos. **Rice y Blanchard (1982)**, reportaron que el uso de la bio-retroalimentación electromiográfica de los músculos frontales es altamente efectivo en la disminución de la hiperactividad fisiológica; demostraron que este tipo de entrenamiento es de gran utilidad por sus efectos ansiolíticos en los pacientes con trastornos de ansiedad. **Michelson, Mavissakalian, Marchione, Ulrich, Marchione y Testa (1990)**, encontraron que el tratamiento cognitivo conductual psicofisiológicamente basado fue de gran utilidad en el manejo del control de los síntomas fisiológicos relacionados con el trastorno de agorafobia, concluyendo que abordar el problema desde ambas dimensiones proporciona más probabilidad de cambio hacia la mejoría.

En términos generales, puede decirse que que el entrenamiento en bio-retroalimentación electromiográfica frontal y el entrenamiento en relajación progresiva contribuyen principalmente en la reducción y control de los síntomas de tensión motora, así como el entrenamiento autogénico ejerce más influencia sobre los síntomas de tipo vegetativo, y el abordaje cognitivo demuestra su utilidad en el manejo del autocontrol sobre los procesos de pensamiento que en forma importante contribuyen sobre la sintomatología física.

Estos estudios son consistentes con lo encontrado en esta evaluación, en la que, al inicio del tratamiento la mayor parte de la muestra se concentró en niveles excesivos y severos de hiperactividad vegetativa (tabla 2.26), siendo que al finalizar el proceso terapéutico, la muestra tendió a concentrarse en niveles de leve a moderado (tabla 2.27). En forma semejante, al inicio del

tratamiento, el mayor porcentaje de la muestra se concentró en niveles excesivos y severos de síntomas de tensión motora (tabla 2.28), a diferencia de lo observado al final, en donde se aprecia que la mayoría de los pacientes se concentraron en niveles de moderado a leve (tabla 2.29).

En esta evaluación es necesario tomar en cuenta que en la mayoría de las ocasiones, los medicamentos no solo pueden estar sesgando en forma importante los resultados, sino que a su vez éstos producen efectos secundarios (por ejemplo, boca seca, náuseas, malestar estomacal, estreñimiento, etcétera). Estos efectos, generalmente, son producto de la medicación antidepresiva.

La evaluación de los cambios cognitivos se centró en los aspectos que más íntimamente suelen estar ligados a este padecimiento; las atribuciones erróneas sobre el padecimiento, las intrusiones cognitivas que afectan el entrenamiento y ejercicio de los procesos de autoregulación fisiológica (entrenamiento en relajación) y las atribuciones erróneas sobre el autoconcepto (autopercepción del paciente como persona enferma).

Varios autores han enfatizado la imperiosa necesidad de aplicar un programa de educación cognitiva sobre el padecimiento con el fin de que el paciente comprenda claramente lo que le sucede, a través de una reestructuración de las ideas e interpretaciones erróneas tanto de los síntomas físicos como psicológicos (Wright y Borden, 1991); sin esta intervención el paciente difícilmente logra comprender los alcances del tratamiento, lo que puede ocasionar obtener resultados menos eficaces o bien la promoción de las ideas acerca de que el tratamiento farmacológico es el único que realmente está funcionando.

Haber aplicado un abordaje de reestructuración cognitiva sobre las cogniciones relacionadas con el padecimiento parece haber resultado bastante benéfico, ya que al inicio del tratamiento (durante la entrevista inicial), en el 65% de los pacientes se pudo detectar que un nivel moderadamente erróneo de atribuciones cognitivas sobre el padecimiento (tabla 3.1), siendo que al finalizar el proceso, en el 87% de los pacientes se logró un nivel de reestructuración cognitiva notable, lo que significa que este tipo de manejo contribuyó en forma importante en la ubicación del paciente ante el problema (tabla 3.2).

Otra importante aportación de aplicar este tipo de abordaje en estos pacientes está en función de los aspectos cognitivos relacionados con las intrusiones cognitivas que afectan negativamente durante el entrenamiento en relajación. En mi experiencia, es común encontrar que uno de los factores que mayormente dificultan los procesos de relajación, se vincula íntimamente con altos niveles de hiperactividad cognitiva. El contenido del pensamiento que más prevalece cuando el paciente intenta relajarse se relaciona con ideas de temor a no lograr la relajación, a ser calificado, o bien preocupaciones de otra índole que poco o nada tienen que ver en el momento, pero que para el paciente son difíciles de distraer y sustituirlas por pensamientos más positivos, adaptativos y útiles. Autores como **Smith (1990)**, establecen que parte de enseñar y crear nuevas y eficaces habilidades de autocontrol por medio del entrenamiento en técnicas de relajación, requiere de un manejo que implique estrategias de reestructuración y cambio cognitivo con el fin de lograr que el entrenamiento sea realmente efectivo. Mientras exista la hiperactividad cognitiva negativa habrá, consecuentemente, hiperactividad fisiológica y viceversa.

En la evaluación puede notarse que al inicio del tratamiento, la muestra tiende a concentrarse, principalmente, en niveles altos y moderadamente altos de intrusión cognitiva (tabla 3.3). Contrastantemente, al final del tratamiento, se aprecia que la

muestra tiende a distribuirse en niveles de alta y moderadamente alta disminución de intrusiones cognitivas durante los procesos de relajación (tabla 3.4).

El autoconcepto es uno de los aspectos más frágiles del individuo con un padecimiento como éstos. Frecuentemente tienden a tener atribuciones bastante negativas y poco realistas de sí mismos. Se autoperciben como individuos torpes, dependientes, enfermos y sobre todo totalmente incapaces de enfrentarse a la vida. Esto, por sí mismo, justifica la necesidad de llevar a cabo un breve, pero eficaz abordaje sobre la reestructuración cognitiva en función de estos aspectos.

Su eficacia puede observarse en la evaluación de los esquemas cognitivos de autopercepción, donde se aprecia que al inicio del tratamiento (tabla 3.5), la mayor parte de la muestra se distribuyó en niveles relacionados con un autoconcepto moderadamente extremadamente erróneo de sí mismos, a diferencia de lo detectado al finalizar el proceso, donde se observan niveles de reestructuración cognitiva notable y moderadamente notable (tabla 3.6). Esto está indicando que los pacientes mejoraron no solo en los aspectos más fisiológicos o clínicos del problema, sino que también mejoraron en cuanto los niveles de autoestima y funcionamiento personal, a través de manejarse en función de un autoconcepto más positivo, realista y adaptativo.

En breve, de acuerdo a los resultados obtenidos, se puede afirmar que el tratamiento cognitivo conductual aplicado fue de gran utilidad en el manejo de pacientes con trastorno de pánico y de ansiedad generalizada farmacológicamente tratados. En base a ésto puede concluirse que el abordaje cumplió con el cometido para el cual fue implantado, con la ventaja de que éste es un tratamiento estructurado, breve y enfocado al problema; ésto aporta grandes beneficios ya que se es capaz de resolver con prontitud las quejas principales que motivan al paciente a la consulta.

Cabe notar que este tratamiento no es generalizable a todos los trastornos, ya que fue diseñado para pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico, por lo que la estrategia fue planificada en base a "focos" terapéuticos bien específicos. Dicha estrategia debe ser modificada cuando el padecimiento a tratar es distinto, o bien el trastorno de ansiedad no es tan puro y va acompañado de otros trastornos como pueden ser los afectivos o de personalidad.

Para futuras investigaciones que busquen ampliar el conocimiento en este campo, se sugiere utilizar muestras demográficamente más homogéneas, establecer una evaluación de seguimiento a más largo plazo, así como la aplicación de escalas e inventarios que faciliten la medición y objetivización más clara de la evaluación tanto cognitiva como física del padecimiento.

CAPITULO V CONTRIBUCIONES

El presente reporte laboral fundamenta su principal contribución en aspectos de índole tanto clínico como social y académico.

Desde el punto de vista clínico, demuestra su utilidad práctica en la planificación cuidadosa de un abordaje psicoterapéutico que ayude en el tratamiento integral del paciente con trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada, a partir de una estrategia cognitiva conductual con la que se pretendió conducir al paciente hacia la mejoría de su estilo de vida, a través de la enseñanza del conocimiento de sí mismo y de la capacidad para manejar y utilizar en forma útil y adaptativa el nuevo aprendizaje adquirido.

En las sociedades modernas hace falta, cada vez más, tratamientos efectivos y breves que contribuyan a la resolución no solo de problemas relacionados con un trastorno en especial, sino también de causas y consecuencias producto del constante estrés en el que vive el hombre de hoy, y aún cuando este tratamiento fue diseñado específicamente para el manejo de los trastornos de ansiedad generalizada y de pánico, puede y ser adaptado para el manejo de la ansiedad y el estrés independientemente de las causas que lo originen.

Al mismo tiempo, este reporte supone enseñanza para los psicólogos clínicos, especialmente para aquéllos que aún se encuentran en formación, ya que la forma aquí presentada de abordar el problema implica parte de la introducción de la psicología en el campo médico. Es común, o por lo menos no

extraño, encontrar que la posición del psicólogo y el psiquiatra sea de dicotomía, es decir, cada uno hace su labor en forma muy distinta y por lo tanto separadamente. Esto no es así; en este reporte puede apreciarse lo contrario, una unidad, un trabajo complementario de enlace donde ambos conjuntan lo mejor y más útil de sus conocimientos para contribuir en la meta que los complementa: la salud y el bienestar del paciente.

Finalmente, en este reporte se intenta transmitir la importancia de la experiencia en la práctica. A modo del pensamiento hipocrático, no basta comprobar la eficacia de un tratamiento sino por qué éste es eficaz, y gran parte de ello se logra a través de la experiencia y del genuino interés por el conocimiento, no sólo teórico, sino por cada paciente en particular. No se trata pues de intentar adaptar el paciente al tratamiento, sino el tratamiento a cada paciente. Aun cuando en este reporte se presenta, en términos generales, una estrategia diseñada especialmente para un padecimiento específico, cada paciente, en su propio proceso terapéutico fue, a la vez, tratado en forma distinta y única. De hecho, el mismo Hipócrates en sus escritos habla más del enfermo que de las enfermedades; tendía ante todo a robustecer el organismo entero y conseguir de esta forma mayor fortaleza para vencer la enfermedad. Esto no significa que los padecimientos no sean también vistos desde la perspectiva científica, se trata entonces de un complemento, por plantearlo así, entre el principio aristotélico e hipocrático, constatar la eficacia a través de la experimentación científica y además por la experiencia.

Así, el psicólogo clínico, en este caso y en la actualidad, lleva a la práctica tanto su acervo científico como su propia experiencia. Está capacitado para tratar al paciente y su problema con todo el juicio y criterio que ambos principios le permiten; se preocupa por averiguar y constatar la naturaleza de los fenómenos psicológicos y la razón del empleo de un tratamiento. El psicólogo no es un técnico en los problemas de la

salud, conoce las técnicas y es competente en el proceso de ponerlas en práctica y, a diferencia de aquellos que se encuentran limitados de estos principios elementales, éste es capaz de juzgar, modificar y crear sobre la teoría y la experiencia, a través del conocimiento profundo de las reglas y elementos que subyacen al problema, elevando su ejercicio cada vez más a la categoría de ciencia.

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

- Allgulander, C., **Suicide and Mortality Patterns in Anxiety Neurosis and Depressive Neurosis**, Archives General of Psychiatry, 1994, 51:708-712.
- Alford, B.A., Beck, A.T., Freeman, A., Wright, F.D. **Brief Focused Cognitive Therapy of Panic Disorder**. Psychotherapy, 1990, 27:230-234.
- American Psychiatric Association. (1988). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. A.P.A., USA.
- Andrews, G. **The essentials Psychotherapies**. British Journal of Psychiatry, 1993, 162:447-451.
- Bandura, A. (1969). Principles of Behavior Modification. En: Smith, J.C. (1990). **Cognitive-Behavioral Relaxation Training. A New System of Strategies for Treatment and Assessment**. Springer Publishing Company, New York.
- Barlow, D.H., Cohen, A.S., Waddell, M., Vermilyea, J.A., Klosko, J.S., Blanchard, E.B., DiNardo, P.A. (1984). Panic and Generalized Anxiety Disorders: Nature and Treatment. En: Öst, L.G., Westling, B.E. **Applied Relaxation vs Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Panic Disorder**. Behavior Research Therapy, 1995, 33:145-158.
- Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A. (1989). Behavioral Treatment of Panic Disorder. En: Welowitz, L.A., Papp, L.A., Leibowitz, M.R., Martin, L.Y., Gorman, J.M. **Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder Delivered by Psychopharmacologically Clinicians**. Journal of Nervous Disorders, 1991, 179:473-477.
- Baumbacher, G.D. (1989). Signal Anxiety and Panic Attacks. En: Alford, B.A., Beck, A.T., Freeman, A., Wright, F.D. **Brief Focused Cognitive Therapy of Panic Disorder**. Psychotherapy, 1990, 27:230-234.
- Beck, A. (1976). **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**. International Universities Press. New York.
- Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R.L. (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. En: Öst, L.G., Westling, B.E. **Applied Relaxation vs Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Panic Disorder**. Behavior Research Therapy, 1995, 33:145-158.
- Beck, A.T., Sokol, L., Clark, D., Berchick, R., Wright, F. **A Crossover Study of Focused Cognitive Therapy For Panic Disorders**. American Journal of Psychiatry, 1992, 149:778-783.

Beck, A.T., Emery, G.D. (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. En: Wright, J.H., Borden, J. Cognitive Therapy of Depression and Anxiety. Psychiatry Annals, 1991, 21:424-433.

Beck, A.T., Laude, R., Bohnert, M. (1974). Ideational Components of Anxiety Neurosis. En: Laurent, J., Stark, K.D. Testing the Cognitive Content-Specificity Hypothesis with Anxious and Depressed Youngsters. Journal of Abnormal Psychology, 1993, 102:226-237.

Beiman, Israel, Johnson. (1978). En: Ray, W., Raczynski, J.M., Rogers, T., Kimball, W.H. (1979). Evaluation of Clinical Biofeedback. Plenum Press, New York.

Blanchard, E.B. (1992). Psychological Treatment of Benign Headache Disorders. En: Carlson, Ch.R., Hoyle, R.H. Efficacy of Abbreviated Progressive Muscle Relaxation Training: A Quantitative Review of Behavioral Medicine Research. Journal Consulting of Psychology, 1993, 61:1059-1060.

Borden, J.W., Clum, G.A., Salmon, P.G. Mechanisms of Change in the Treatment of Panic. Cognitive Therapy and Research., 1991, 15:257-272.

Borkovec, T.D., Kaloupek, D.G., Slama, K.M. (1975). Defacilitative Effect of Muscle Tension-Release in Relaxation Treatment of Sleep Disturbance. En: McClusky, H.Y., Milby, J.B., Switzer, P.K., Williams, W., Wooten, W. Efficacy of Behavioral versus Triazolam Treatment in Persistent Sleep-Onset Insomnia, American Journal of Psychiatry, 1991, 148:121-126.

Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., Nelson, R. (1987). The Effects of Relaxation Training with Cognitive or Nondirective Therapy and the Role of Relaxation-induced Anxiety in the Treatment of Generalized Anxiety. En: Chambless, D.L., Gillis, M.M. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Journal Consulting of Clinical Psychology, 1993, 61:248-260.

Borkovec, T.D., Inz, J. The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder-A Predominance of Thought Activity. Behavior Research Therapy, 1990, 28:153-158.

Borkovec, T.D., Costello, E. Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61:611-619.

Bouton, M.E., Kenney, F.A., Rosengard, C. (1990). State-Dependent Fear Extinction with Benzodiazepine Tranquilizers. En: Hunt, C., Snight, M. Generalized Anxiety Disorders. International Review of Psychiatry, 1991, 3:215-230.

Brener, J. (1981). Two Procedures for Training Cardiac Discrimination: A Comparison of Solution Strategies. En: Utz, S.W. The Effect of Instructions on Cognitive Strategies and Performance in Biofeedback, Journal of Behavioral Medicine, 1994, 17:291-308.

Budzynsky, Stoyva (1973). En: Ray, W., Raczynski, J.M., Rogers, T., Kimball, W.H. (1979). Evaluation of Clinical Biofeedback. Plenum Press. New York.

Butler, G., Fennel, M., Robson, P., Gelder, M. Comparison of Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety. Journal Consulting of Clinical Psychology, 1991, 59:167-175.

Cannon, W.B. (1929). Bodily Changes in Pain, Fear and Rage. En: Linden, W. Autogenic Training: A Narrative and Quantitative Review of Clinical Outcome. Biofeedback and Self Regulation, 1994, 19:227-264.

Canter, A., Kondo, C.Y., Knott, J.R. A Comparison of EMG Feedback and Progressive Relaxation Training in Anxiety Neurosis, British Journal of Psychiatry, 1975, 127:470-477.

Carrobes, J.A., Godoy, J. (1991). Biofeedback. Principios y Aplicaciones. Martínez-Roca, Barcelona.

Chambless, D.L., Gillis, M.M. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Journal Consulting of Clinical Psychology, 1993, 61:248-260.

Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P., Gelder, M. A Comparison of Cognitive Therapy, Applied Relaxation, and Imipramine in the Treatment of panic Disorder. British Journal of Psychiatry, 1994, 164: 759-769.

Clark, D.M. (1986). A Cognitive Approach to Panic. En: Öst, L.G., Westling, B.E. Applied Relaxation vs Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Panic Disorder. Behavior Research Therapy, 1995, 33:145-158.

Clark, D.M. (1993). Brief Cognitive Therapy for Panic Disorder: Preliminary Results of a Controlled Trial. En: Öst, L.G., Westling, B.E. Applied Relaxation vs Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Panic Disorder. Behavior Research Therapy, 1995, 33:145-158.

Clark, D.M., Beck, A.T. (1988). Cognitive Approaches. En: Wright, J.H., Borden, J. Cognitive Therapy of Depression and Anxiety. Psychiatry Annals, 1991, 21:424-433.

Clarke, J. (1981a). Respiration Heart Rate and the Autonomic Nervous System. En: Forbes, E.J., Pekala, R.J. Psychophysiological

Effects of Several Stress Management Techniques. Psychological Reports, 1993,72:19-27.

Clum, , G.A. (1989). Psychological Interventions vs Drugs in the Treatment of Panic. En: Chambless,D.L., Gillis,M.M.**Cognitive Therapy of Anxiety Disorders.** Journal Consulting of Clinical Psychology, 1993, 61:248-260.

Coplan,J.D., Tiffon,L., Gorman,J.M. **Therapeutic Strategies for the Patient with Treatment-Resistant Anxiety.** Journal of Clinical Psychiatry, 1993,54:69-74.

Coursey, R.D., Frankel, B.L., Gaarder, K.L., Mott,D.E. A Comparison of Relaxation Techniques with Electro-sleep Therapy for Chronic Sleep-Onset Insomnia. En: Linden W. **Autogenic Training: A Narrative and Quantitative Review of Clinical Outcome.** Biofeedback and Self Regulation, 1994, 19:227-264.

Cox,B.J., Dierenfield,D.M., Hons,B.A., Swinson,R.P., Norton,G.R. **Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Panic Disorder and Social Phobia.** American Journal of Psychiatry, 1994,151:882-887.

Craske,M.G., Rapée,R.M., Barlow,D.H. (1988). The significance of panic expectancy of individual patterns of avoidance. En: Schmidt,N.B.,Jacquin,K.,Telch,M.J.**The Overprediction of Fear and Panic in Panic Disorder.** Behavior Research Therapy, 1994, 32:701-707.

Craske,M.G.,Brown,T.A.,Barlow,D.H. (1991). Behavioral Treatment of Panic Disorder. En: Wilcoxon,L., Craighead,W.E.**Behavior Therapy: Recent Developments.** Current Opinion in Psychiatry,1991, 4:916-920.

Deffenbacher,J.L. (1980). Worry and Emotionality.En: Borkovec,T.D.,Inz,J.**The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder-A Predominance of Thought Activity.** Behavior Research Therapy, 1990, 28:153-158.

Delgado, F. (1983). La Terapia de la Conducta y sus Aplicaciones Clínicas. Trillas, México.

Dubovski,S.L. **Generalized Anxiety disorder: New Concepts and Psychopharmacologic Therapies.** Journal of Clinical Psychiatry, 1990, 51 (suplemento): 5-17.

Durham,R.C.,Allan,T. **Psychological Treatment of Generalized Anxiety Disorder.** British Journal of Psychiatry,1993, 163:19-23.

Durham,R.C.,Murphy,T.,Allan,T.,Richard,K.,Traveling,L.R.,Fenton,G .W. **Cognitive Therapy, Analytic Psychotherapy and Anxiety Management Training for Generalized Anxiety Disorder.** British Journal of Psychiatry, 1994,165:315-323.

Ellis, A., Abrahams, E. (1989). Terapia Racional Emotiva. Editorial Pax, México.

Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. En: Chambless, D.L., Gillis, M.M. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Journal Consulting of Clinical Psychology, 1993, 61:248-260.

Forbes, E.J., Pekala, R.J. Psychophysiological Effects of Several Stress Management Techniques. Psychological Reports, 1993, 72:19-27.

Fried, R. (1987). The Hyperventilation Syndrome: Research and Clinical Treatment. En: Forbes, E.J., Pekala, R.J. (1993). Psychophysiological Effects of Several Stress Management Techniques. Psychological Reports, 1993, 72:19-27.

Funk, E. (1981). Changes in respiration with a mental Task: An Experimental Study. En: Forbes, E.J., Pekala, R.J. Psychophysiological Effects of Several Stress Management Techniques. Psychological Reports, 1993, 72:19-27.

Gould, R.A., Clum, G.A., Shapiro, D. (1993). The Use of Bibliotherapy in the Treatment of Panic: A preliminary Investigation. En: Dubbert, P.M., Mosley, T.H., Payne, T.J. Advances in Behavior Therapy. Current Opinion in Psychiatry, 1993, 6:832-837.

Green, E., Green, A. (1977). Beyond Biofeedback. En: Schwartz, M.S. (1987). Biofeedback. A Practitioner's Guide. Guilford Press, New York.

Gustavson, R. Treating Insomnia with a Self-Administered Muscle Relaxation Training Program: A Follow Up. Psychological Reports, 1992, 70:124-126.

Haugeng, B., Dixon, H.H., Dickel, H.A. (1963). Therapy for Anxiety Tension Reduction. MacMillan Co., New York.

Hauri, P. Treating Psychophysiological Insomnia With Biofeedback. Archives General of Psychiatry, 1981, 38:752-758.

Hibbert, G.A. (1984). Ideational Components of Anxiety: Their Origin and Content. En: Wright, J.H., Borden, J. Cognitive Therapy of Depression and Anxiety. Psychiatry Annals, 1991, 21:424-433.

Horowitz, M. Becker, S.S., Moskowitz, M.L. (1971). Intensive and Repetitive Thought After Stress: A Replication Study. En: Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International Universities Press, Inc., New York.

Hunt, C., Snight, M. Generalized Anxiety Disorders. International Review of Psychiatry, 1991, 3:215-230.

Ingram, R.E., Kendall, P.C. (1986). Cognitive Clinical Psychology: Implications of an Information Processing Perspective. En: Laurent, J., Stark, K.D. Testing the Cognitive Content-Specificity Hypothesis with Anxious and Depressed Youngsters. Journal of Abnormal Psychology, 1993, 102:226-237.

Ingram, R.E., (1989). Unique and Shared Cognitive Factors in Social Anxiety and Depression: Automatic Thinking and Self-Appraisal. En: Laurent, J., Stark, K.D. Testing the Cognitive Content-Specificity Hypothesis with Anxious and Depressed Youngsters. Journal of Abnormal Psychology, 1993, 102:226-237.

Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. En: Schwartz, M.S. (1987). Biofeedback. A practitioner's Guide. Guilford Press. New York.

Kamiya, J. (1971). Biofeedback and Self Control. En: Schwartz, M.S. (1987). Biofeedback. A Practitioner's Guide. Guilford Press, New York.

Kaplan H, Sadock, B. (1993). Compendio de Psiquiatria. Salvat, México.

Keefe, F.J. (1979). Assessment Strategies in Behavioral Medicine. En: Stoudmire, A. (1987). Principles of Medical Psychiatry. Grune & Stratton, Inc., USA.

Kenardy, J., Fried, L., Kramer, H., Taylor, B. The Relation Between Anxiety and Depression: A Clinical Comparison of Generalized Anxiety Disorder, Dystimic Disorder, Panic Disorder, and Mayor Depressive Disorder. Comprehensive Psychiatry, 1992, 33:237-244.

Klerman, G.L. Treatments for Panic Disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 1992, 53:14-19.

Klosko, J.S., Barlow, D.H., Tassinari, R., Cerny, J.A. A Comparison of Alprazolam and Behavior Thrapy in Treatment of Panic Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1990, 58:77-84.

LaCroix, J.M. (1981). The Acquisition of Autonomic Control Through Biofeedback: The Case Against an Afferent Process and a Two- Porcess Alternative. En: Utz, S.W. The Effect of Instructions on Cognitive Strategies and Performance in Biofeedback, Journal of Behavioral Medicine, 1994, 17:291-308.

Lang, P.J., Kozak, M.J., Miller, G.A., Levin, D.N., McLean, A, Jr. (1980). Emotional Imagery: Conceptual Structure and Pattern of Somato-Visceral Response. En: Linden, W. Autogenic Training: A Narrative and Quantitative Review of Clinical Outcome. Biofeedback and Self Regulation, 1994, 19:227-264.

Lang, P.J., Levin, D.N., Miller, G.A., Kozak, M.J. (1983). Fear Behavior, Fear Imagery, and the Psychophysiology of Emotion. En: Linden, W. Autogenic Training: A Narrative and Quantitative

Review of Clinical Outcome. Biofeedback and Self Regulation, 1994, 19:227-264.

Lavallée, Y., Lamontagne, Y., Pinard, G. (1975). Effects of EMG Feedback, Diazepam and their Interaction on Chronic Anxiety. En: Raskin, M., Bali, L.R., Peeke, H.V. Muscle Biofeedback and Transcendental Meditation in Chronic Anxiety. Archives General of Psychiatry, 1980, 37:93-97.

Lazarus, R. (1966). Psychological Stress and Coping Process. En: Lazarus, R., Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Martínez-Roca, Barcelona.

Lazarus, R., Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Martínez-Roca, Barcelona.

Leboeuf, A., Lodge, J. A Comparison of Frontalis EMG Feedback Training and Progressive Relaxation in the Treatment of Chronic Anxiety. British Journal of Psychiatry, 1980, 137:279-284.

Légeron, S. Stratégies Comportementales et Cognitives dans la Gestion du stress. L'Encéphale, 1993, XIX:193-202.

Liebert y Morris. (1967). En: Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International Universities Press, New York.

Magraf, J., Ehlers, A., Roth, W.T. (1987). Panic Attack Associated with Percibed Heart Rate Acceleration. En: Alford, B.A., Beck, A.T., Freeman, A., Wright, F.D. Brief Focused Cognitive Therapy of Panic Disorder. Psychotherapy, 1990, 27:230-234.

Marlett, N.J., Watson, D. (1969). Test Anxiety and Immediate or Delayed Feedback in a Test-Like Avoidance Task. En: Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International Universities Press, New York.

Mattick, R.P., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D., Christiansen, H. Treatment of Panic and Agoraphobia: An Integrative Review. Journal of Nervous Disorders, 1990, 178:567-576.

Mc Nally, R.J. (1990). Psychological Approaches to Panic Disorder: a Review. En: Wilcoxon, L., Craighead, W.E. Behavior Therapy: Recent Developments. Current Opinion in Psychiatry, 1991, 4:916-920.

Meichenbaum, D. (1975). Self-Instructional Methods. En: Chambless, D.L., Gillis, M.M. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Journal Consulting of Clinical Psychology, 1993, 61:248-260.

Meichenbaum, D.H. (1977). Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach. En: Smith, J.C. (1990). Cognitive-Behavioral

Relaxation Training. A New System of Strategies for Treatment and Assessment. Springer Publishing Company, New York.

Meichenbaum, D.H., Jaremko, M.E. (1983). Stress Reduction and Prevention. En: Lazarus, R., Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Martinez-Roca, Barcelona.

Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Ulrich, R.F., Marchione, N., Testa, S. Psychological Outcome of Cognitive Behavioral and Psychophysically-Based Treatments of Agoraphobia. Behavior Research Therapy. 1990, 28:127-139.

Michelson, L.K., Marchione, K. Behavioral, Cognitive, and Pharmacological Treatments of Panic Disorder with Agoraphobia: Critique and Synthesis. Journal of Consulting Psychology. 1991, 59:100-114.

Montgomery, G.T. Slowed Respiration Training. Biofeedback and Self Regulation. 1994, 19:211-225.

Morse, D.R., Cohen, L., Furst, M.L., Martin, J.S. (1984). A Psychological Evaluation of the Yoga Concept of Respiratory Control of Autonomic Nervous System Activity. En: Forbes, E.J., Pekala, R.J. Psychophysiological Effects of Several Stress Management Techniques. Psychological Reports. 1993, 72:19-27.

Noyes, R Jr., Garvey, M.J., Cook, B., Suelzer, M. Controlled Discontinuation of Benzodiazepine Treatment for Patients with Panic Disorder. American Journal of Psychiatry. 1991, 148:517-523.

O'Sullivan, G. Agoraphobia and Other Phobic Disorders. Current Opinion in Psychiatry. 1991, 4:249-254.

Öst, L.G., Westling, B.E. Applied Relaxation vs Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Panic Disorder. Behavior Research Therapy. 1995, 33:145-158.

Otto, M.W., Pollack, M.H., Sachs, G.S., Reiter, S.R., Meltzer-Brody, S., Rosenbaum, J.F. Discontinuation of Benzodiazepine Treatment: Efficacy of Cognitive-Behavioural Therapy for Patients with Panic Disorders. American Journal of Psychiatry. 1993, 159:1485-1490.

Pikoff, H. (1984). A Critical Review of Autogenic Training in America. En: Linden, W. Autogenic Training: A Narrative and Quantitative Review of Clinical Outcome. Biofeedback and Self Regulation. 1994, 19:227-264.

Rachman, S., Lopatka, C. (1986). Match and mismatch in the prediction of fear En: Schmidt, N.B., Jacquin, K., Telch, M.J. The Overprediction of Fear and Panic in Panic Disorder. Behavior Research Therapy. 1994, 32:701-707.

- Rapée, R.M. Generalized Anxiety Disorder: A Review of Clinical Features and Theoretical Concepts. Clinical Psychology Review, 1991, 11:419-440.
- Raskin, M., Bali, L.R., Peeke, H.V. Muscle Biofeedback and Transcendental Meditation in Chronic Anxiety. Archives General of Psychiatry, 1980, 37:93-97.
- Raskin, M., Johnson, G.Y., Rondestvedt, T. Chronic Anxiety Treated by feedback-Induced Muscle Relaxation. Archives of General Psychiatry, 1973, 28:263-268.
- Ray, W., Raczynski, J.M., Rogers, T., Kimball, W.H. (1979). Evaluation of Clinical Biofeedback. Plenum Press, New York.
- Rice, K.M., Blanchard, E.B. (1982). Biofeedback in the Treatment of Anxiety Disorders. En: Rice, K.M., Blanchard, E.B., Purcell, M. Biofeedback Treatments of Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Results. Biofeedback and Self Regulation, 1993, 18:93-105.
- Richter-Heinrich, E., Miller, N.E. (1982). Biofeedback-Basic Problems and Clinical Applications. North-Holland Publishing Co., New York.
- Romano y Cabinaca (1978), En: Ray, W., Raczynski, J.M., Rogers, T., Kimball, W.H. (1979). Evaluation of Clinical Biofeedback. Plenum Press, New York.
- Sanavio, E. Pre-Sleep Cognitive Intrusion and Treatment of Onset Insomnia. Behavior Research Therapy, 1988, 26:451-459.
- Sanderson, W.C., Beck, A.T. (1990). Syndrome Comorbidity in Patients with Major Depression or Dystimia. En: Beck, A.T. Cognitive Therapy: Past, Present and Future. Journal Consulting of Clinical Psychology, 1993, 61:194-198.
- Scandrett, S.L. (1986). A Comparative Study of Biofeedback and Progressive Relaxation in Anxious Patients. En: Lehrer, P.M., Carr, R., Sargunraj, D., Woolfolk, R.L. Stress Management Techniques: Are They All Equivalent, or Do They Have Specific Effects?. Biofeedback and Self-Regulation, 1994, 19:353-401.
- Schmidt, N.B., Jacquin, K., Telch, M.J. The Overprediction of Fear and Panic in Panic Disorder. Behavior Research Therapy, 1994, 32:701-707.
- Schultz, J.H. (1969). Autogenic Therapy. En: Schwartz, M.S. (1987). Biofeedback. A practitioner's Guide. Guilford Press, New York.
- Schwartz, M.S. (1987). Biofeedback. A practitioner's Guide. Guilford Press, New York.

Schwartz, Beatty (1977). Biofeedback Definitions. En: Schwartz, M.S. (1987). Biofeedback. A practitioner's Guide. Guilford Press, NewYork.

Sheehan, D.V. (1982). Panic Attacks and Phobias. En: Alford, B.A., Beck, A.T., Freeman, A., Wright, F.D. Brief Focused Cognitive Therapy of Panic Disorder. Psychotherapy, 1990, 27:230-234.

Shelton, J.L., Levy, R.L. (1981). Behavioral Assignments and Treatment Compliance. En: Stoudmire, A. (1987). Principles of Medical Psychiatry. Grune & Stratton, Inc., USA.

Smith, J.C. (1990). Cognitive-Behavioral Relaxation Training. A New System of Strategies for Treatment and Assessment. Springer Publishing Company, New York.

Spiegel, D.A., Bruce, T.J., Gregg, S.F., Nuzzarello, A. Does Cognitive Behavior Therapy Assist Slow-Taper Alprazolam Discontinuation in Panic Disorder?. American Journal of Psychiatry, 1994, 151:876-881.

Stoudmire, A. (1987). Principles of Medical Psychiatry. Grune & Stratton, Inc., USA.

Sun, Z., Zhao, J., Xia, M., Ren, Y., Yan, Y., Yang, H., Gao, S., Wang, S. (1986). Comparative Study of the Efficacy of the EMG and Thermal Biofeedback Training and the Combination of Biofeedback and Autogenic Training in Reducing test Anxiety. En: Lehrer, P.M., Carr, R., Sargunraj, D., Woolfolk, R.L. Stress Management Techniques: Are They All Equivalent, or Do They Have Specific Effects?. Biofeedback and Self-Regulation, 1994, 19:353-401.

Tarler-Benlolo, L. The role of Relaxation in Biofeedback Training: A Critical Review of the Literature, Psychological Bulletin, 1978, 85:727-755.

Telch, M.J., Valentiner, D., Bolte, M. (1994). Proximity to safety and its effects on fear prediction bias. En: Schmidt, N.B., Jacquin, K., Telch, M.J. The Overprediction of Fear and Panic in Panic Disorder. Behavior Research Therapy, 1994, 32:701-707.

Touchon, J. (1992). Induction du Sommeil. L'Encéphale, XVIII:369-377.

Towsend, R.E., House, J.F., Addario, D. A Comparison of Biofeedback Mediated Relaxation and Group Therapy in Treatment of Chronic Anxiety, American Journal of Psychiatry, 1975, 132:598-601.

Valdés, M., Flores, T., Tobeña, A., Massana, J., (1983). Medicina Psicósomática. Editorial Trillas, México.

Welowitz, L.A., Papp, L.A., Cloitre, M., Leibowitz, M.R., Martin, L.Y., Gorman, J.M. **Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder Delivered by Psychopharmacologically Clinicians.** Journal of Nervous Disorders, 1991, 179:473-477.

White, J., Keenan, M., Brooks, N. (1992). Stress control: A controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. En: Dubbert, P.M., Mosley, T.H., Payne, T.J. **Advances in Behavior Therapy.** Current Opinion in Psychiatry, 1993, 6:832-837.

Wilson, J.F. (1981). Behavioral Preparation for Surgery. En: Stoudmire, A. (1987). **Principles of Medical Psychiatry.** Grune & Stratton, Inc., USA.

Witchen, H.U., Essau, C.A. (1991). The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder, and Agoraphobia. En: Öst, L.G., Westling, B.E. **Applied Relaxation vs Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Panic Disorder.** Behavior Research Therapy, 1995, 33:145-158.

Wolpe, J. (1952). En: Wolpe (1983). **Práctica de la Terapia de la Conducta.** Editorial Trillas, México.

Wright, J.C. (1988). Cognitive Therapy of Depression. En: Wright, J.H., Borden, J. **Cognitive Therapy of Depression and Anxiety.** Psychiatry Annals, 1991, 21:424-433.

Wright, J.C., Beck, A.T. (1983). Cognitive Therapy of Depression: Theory and Practice. En: Wright, J.H., Borden, J. **Cognitive Therapy of Depression and Anxiety.** Psychiatry Annals, 1991, 21:424-433.

Wright, J.H., Borden, J. **Cognitive Therapy of Depression and Anxiety.** Psychiatry Annals, 1991, 21:424-433.

York, D., Borkovec, T.D., Vasey, M., Stern, R. (1987). Effects of Worry and Somatic Anxiety Induction on Thought Intrusions, Subjective Emotion, and Physiological Activity. En: Borkovec, T.D., Inz, J. **The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder-A Predominance of Thought Activity.** Behavior Research Therapy, 1990, 28:153-158.

A N E X O S

A continuación se presentan los siguientes anexos:

ANEXO 1. Formato de monitoreo de datos clínicos que el paciente realiza por sí mismo (automonitoreo) como parte de la asignación de tareas.

ANEXO 2. Lista de medicamentos en función de la base química, el nombre comercial y la forma de presentación de cada uno.

ANEXO 3. Lista de síntomas físicos más frecuentemente asociados con los trastornos de ansiedad.

ANEXO 4. Índice de tablas y gráficas.

ANEXO 1.

FORMATO PARA AUTOMONITOREO.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

AUTOMONITOREO DE LA ANSIEDAD

4	
3	
2	
1	
0	
	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5
	HORAS DEL DIA

NIVELES DE ANSIEDAD

- 4 - Incapacitante
- 3 - Severa
- 2 - Moderada
- 1 - Leve
- 0 - Ausente

MEDICACION:

Medicamento:	Presentación:	Dosis:
Medicamento:	Presentación:	Dosis:
Medicamento:	Presentación:	Dosis:

SUÑO

Insomnio:	presente:	ausente:	
Tipo: inicial:	terminal:	intermitente:	mixto:

ESTADO DEL ANIMO

bueno:	regular:	malo:
--------	----------	-------

EJERCICIO DE RELAJAMIENTO

Hora:	Efecto:
-------	---------

ENFRENTAMIENTO ANTES SITUACIONES PRACTICAS

bueno:	regular:	malo:
--------	----------	-------

SINTOMAS FISICOS

MEDICAMENTOS

BASE	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION
I ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS		
Amitriptina	Tryptanol	25 mg.
Clorimipramina	Anafranil	25 mg. / 75 mg.
Imipramina	Tofranil	25 mg.
Doxepina	Sinequan	25 mg.
Trazodona	Sideril	100 mg.
AD - INHIBIDORES DE LA RECAPT. DE SEROTONIA		
Paroxetina	Paxil	20 mg.
Fluoxetina	Prozac	20 mg.
Sertralina	Altruline	50 mg.
ANSIOLITICOS BENZODIAZEPINICOS		
Alprazolam	Tafil	.25 mg. / .50 mg. / 1.0 mg.
Lorazepam	Ativan	2mg.
Bromazepan	Lexotan	3mg. / 6 mg.
Triazolam	Halción	.125 mg.
Clomazepan	Rivotril	2mg.
Flunitrazepan	Rohypnol	2mg.
Midazolam	Dormicum	7.5 mg.
Brotizolam	Lindormin	.250 mg.

mg. = miligramos

ANEXO 3.

MONITOREO DE SINTOMAS FISICOS.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

SINTOMAS DE TENSION MOTORA:

_____ Cefalea	_____ Rubor.
_____ Dolores musculares	_____ Palidez.
_____ Espasmos musculares	_____ Sudoración.
_____ Calambres musculares.	_____ Erectismo piloso.
_____ Rigidez muscular.	_____ Constricción muscular.
_____ Tics.	_____ Fatigabilidad.
_____ Rechinar dedientes.	_____ Inquietud.
_____ Tartamudeo.	_____ Imposibilidad para
_____ Sequedad de boca.	relajarse.

SINTOMAS GASTROINTESTINALES.

_____ Dificultad para deglutir.	_____ Vómito.
_____ Flatulencia.	_____ Borborismos.
_____ Dolor abdominal.	_____ Heces blandas.
_____ Sensación de ardor.	_____ Pérdida de peso.
_____ Pesadez abdominal.	_____ Estreñimiento.
_____ Náuseas.	

SINTOMAS CARDIOVASCULARES.

_____ Taquicardia.	_____ Arritmia.
_____ Palpitaciones.	_____ Opresión torácica.
_____ Dolor precordial.	_____ Sensación de ahogo.
_____ Pulsaciones vasculares.	_____ Suspiros.
_____ Sensación de desmayo.	_____ Sensación de falta
	de aire.

OTROS:

ANEXO 4.

INDICE DE TABLAS

Evaluación de datos demográficos y clínicos.

Tabla de distribución de frecuencias según:

	página
Tabla 1.1	Edad 77
Tabla 1.2	Sexo 78
Tabla 1.3	Estado Civil 79
Tabla 1.4	Escolaridad 80
Tabla 1.5	Ocupación 81
Tabla 1.6	Nivel Socio-económico 82
Tabla 1.7	Nacionalidad 83
Tabla 1.8	Condición hospitalaria 84
Tabla 1.9	Tratamiento farmacológico 85
Tabla 1.10	Antidepresivos tricíclicos 85
Tabla 1.11	Antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina 86
Tabla 1.12	Benzodiazepinas 88
Tabla 1.13	Tratamiento farmacológico combinado 87
Tabla 1.14	Diagnósticos 87

Evaluación Conductual.

Parte A.

Tablas de distribución de frecuencias de los niveles electromiográficos en relación a:

Tabla 2.1	Registros de los promedios de la línea base inicial vs línea base de la primera sesión de tratamiento y los registros en la última sesión..... 96
Tabla 2.2	Registro de los promedios de la línea base inicial vs registros promedio de los periodos de tratamiento 98
Tabla 2.3	Promedio de los registros iniciales en cada periodo evaluado (línea base inicial, primera sesión y última sesión de tratamiento..... 100
Tabla 2.4	Promedio de los registros finales en cada periodo evaluado 101
Tabla 2.5	Promedio de los registros menores alcanzados en cada uno de los periodos evaluados 103
Tabla 2.6	Promedio de los registros mayores alcanzados en cada uno de los priodos evaluados 104

Parte B.

Tablas de distribución de frecuencias en relación a:

Tabla 2.7	Reportes de niveles de ansiedad incapacitante al inicio del tratamiento	106
Tabla 2.8	Reportes de niveles de ansiedad incapacitante al final del tratamiento	107
Tabla 2.9	Reportes de niveles de ansiedad severa al inicio del tratamiento	107
Tabla 2.10	Reportes de niveles de ansiedad severa al final del tratamiento	108
Tabla 2.11	Reportes de niveles de ansiedad moderada al inicio del tratamiento	108
Tabla 2.12	Reportes de niveles de ansiedad moderada al final del tratamiento	109
Tabla 2.13	Reportes de niveles de ansiedad leve al inicio del tratamiento	110
Tabla 2.14	Reportes de niveles de ansiedad leve al final del tratamiento	110
Tabla 2.15	Reportes de ausencia de ansiedad al inicio del tratamiento	111
Tabla 2.16	Reportes de ausencia de ansiedad al final del tratamiento.....	112
Tabla 2.17	Reportes de los cambios en la medicación	113
Tabla 2.18	Reportes del estado de ánimo al inicio del tratamiento.....	113
Tabla 2.19	Reportes del estado de ánimo al final del tratamiento.....	114
Tabla 2.20	Reportes de las alteraciones del sueño al inicio del tratamiento	115
Tabla 2.21	Reportes de las alteraciones del sueño al final del tratamiento	115
Tabla 2.22	Reportes del efecto de autoentrenamiento en estrategias de relajación al inicio del tratamiento	116
Tabla 2.23	Reportes del efecto de autoentrenamiento en estrategias de relajación al final del tratamiento	116
Tabla 2.24	Reportes del efecto de enfrentamiento (exposición) al inicio del tratamiento	117
Tabla 2.25	Reportes del efecto de enfrentamiento (exposición) al final del tratamiento	117
Tabla 2.26	Reportes de los síntomas psicofisiológicos de hiperactividad vegetativa al inicio del tratamiento	118
Tabla 2.27	Reportes de los síntomas psicofisiológicos de hiperactividad vegetativa al final del tratamiento	118
Tabla 2.28	Reportes de los síntomas psicofisiológicos de tensión motora al inicio del tratamiento	119
Tabla 2.29	Reportes de los síntomas psicofisiológicos de tensión motora al final del	

tratamiento 119

Evaluación Cognitiva.

Tablas de distribución de frecuencias en relación a:

Tabla 3.1	Atribuciones cognitivas sobre el padecimiento al inicio del tratamiento	123
Tabla 3.2	Atribuciones cognitivas sobre el padecimiento al final del tratamiento	123
Tabla 3.3	Intrusiones cognitivas durante el entrenamiento en relajación al inicio del tratamiento	125
Tabla 3.4	Intrusiones cognitivas durante el entrenamiento en relajación al final del tratamiento	126
Tabla 3.5	Atribuciones cognitivas sobre sí mismo al inicio del tratamiento	128
Tabla 3.6	Atribuciones cognitivas sobre sí mismo al final del tratamiento	129

INDICE DE GRAFICAS

Evaluación de los datos demográficos y clínicos.

Gráficas de distribución de frecuencias según:

	página
Gráfica 1.1 Rangos de edad	77
Gráfica 1.2 Sexo	78
Gráfica 1.3 Estado Civil	79
Gráfica 1.4 Escolaridad	80
Gráfica 1.5 Ocupación	81
Gráfica 1.6 Nivel Socio-económico	82
Gráfica 1.7 Nacionalidad	83
Gráfica 1.8 Condición hospitalaria	84
Gráfica 1.9 Diagnósticos	88

Evaluación Conductual.

Parte A.

Gráficas de distribución de frecuencias de los niveles electromiográficos en relación a:

Gráfica 2.1	Gráfica de los grandes promedios de la línea base inicial vs línea base de la primera sesión de tratamiento y los registros en la última sesión.....	97
Gráfica 2.2	Gráfica de los grandes promedios de la línea base inicial vs registros promedio de los	

	periodos de tratamiento	99
Gráfica 2.3	Gráfica de los grandes promedios de los registros iniciales y finales en cada período evaluado (línea base inicial, primera sesión y última sesión de tratamiento.....	102
Gráfica 2.4	Gráfica de los grandes promedios de los registros mayores y menores alcanzados en cada uno de los períodos evaluados	105