



UNIVERSIDAD INSURGENTES

PLANTEL XOLA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

“EL MÉTODO DE RELAJACIÓN SYNCHRONICITY EN LA
DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Alicia Gabriela Morales Correa

ASESORA: Mtra. Yolanda Santiago Huerta

MÉXICO, D.F.

2015



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.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. ANSIEDAD	3
1.1 Definiciones.....	4
1.2 Historia de la ansiedad	5
1.3 Criterios y diagnósticos.....	10
1.4 Etiología.....	19
CAPÍTULO 2. MÉTODOS DE RELAJACIÓN	24
2.1 Definiciones.....	24
2.2 Historia.....	26
2.3 Autores que han utilizado la relajación y cómo lo han hecho.....	28
2.4 Synchronicity... ..	37
CAPÍTULO 3. INVESTIGACIONES DE ANSIEDAD Y RELAJACIÓN	43
CAPÍTULO 4. METODO.....	54
4.1 Justificación.....	54
4.2 Planteamiento del problema.....	54
4.3 Objetivo general.....	54
4.4 Objetivos específicos.....	55
4.5 Variables.....	55
4.6 Definición Conceptual.....	55
4.7 Definición Operacional.....	56

4.8 Hipotesis.....	56
4.9 Tipo de estudio.....	56
4.10 Tipo de diseño.....	57
4.11 Escenario.....	57
4.12 Muestra.....	57
4.13 Materiales / Instrumentos.....	54
4.14 Procedimiento.....	55
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	60
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.....	65
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	68
7.1 Limitaciones.....	68
REFERENCIAS.....	70
ANEXOS	71

EL MÉTODO DE RELAJACIÓN SYNCHRONICITY EN LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD

Introducción

La ansiedad ha sido desde mucho tiempo atrás un problema que aqueja a la gente en general. Los estudios de la ansiedad tienen sus orígenes desde autores como Kierkegaard hasta Freud, Jacobson, entre otros de ahí que en muchas investigaciones se pretenda explicar sus causas, pero sobretodo se ha puesto énfasis en sus diversos tratamientos.

La ansiedad es una característica de la personalidad es una respuesta a situaciones que se experimentan como amenazantes por lo que el funcionamiento interno (físico y psíquico) se desorganiza y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita (De la Fuente, 1959), influyendo en diversas áreas como la familia, la pareja, el trabajo etc.

Entre los tratamientos que hasta la fecha han tenido mayor eficacia se encuentran algunos tipos de terapia (cognitivo conductiva) y la relajación (Galimberti, 2006). A lo largo de la historia han habido diferentes autores que se han dedicado a perfeccionar las técnicas y métodos de relajación desde Schultz en 1969 con el entrenamiento autógeno hasta los más actuales como Charles Cannon con su método Synchronicity, por lo que esta investigación pretende encontrar el impacto en la disminución de los niveles de ansiedad a partir del método de relajación llamado Synchronicity.

Iniciando con la explicación y la historia de los diferentes conceptos requeridos para esta tesis, siguiendo con la descripción de la metodología, la cual incluye la muestra con la que se trabajó y la aplicación tanto del inventario de ansiedad IDARE de Spielberger y Díaz en 1970 y la aplicación del método Synchronicity, por último se hizo la recolección de datos que permitan el análisis estadístico para así obtener resultados.

A continuación se dará una explicación, sobre la historia de la ansiedad hasta nuestros tiempos, en los diversos campos de estudio de la misma, hasta ser comprendida dentro de la psicología como una afectación que interrumpe la vida cotidiana de algunas personas.

Capítulo 1. Ansiedad

El siguiente capítulo se enfoca principalmente en una explicación sobre la ansiedad a lo largo de la historia. Se intenta mostrar el papel de la ansiedad hasta llegar a la idea de la misma como una patología.

En este trabajo se utilizará el término angustia y ansiedad de manera indistinta, debido a que el término angustia se asocia generalmente con el de ansiedad por la diferenciación terminológica. Esto es posible sólo en lenguas de origen latino. En alemán existe un único término: Angst, y en inglés sólo Anxiety (Galimberti, 2006).

Juan Ramón de la Fuente (1959) menciona que.. “el hecho científicamente irrefutable de que la mente influye en forma importante en el funcionamiento corporal, ya sea determinando o contribuyendo a las disfunciones y enfermedades de los órganos y sistemas, o bien influyendo en la evolución de los procesos patológicos de otro origen” (pago. 132)

Siguiendo esta línea se suele clasificar a la angustia y la ansiedad bajo tres similitudes (Ravagnan, 1981), la primera refiere a la coincidencia con situaciones emocionales que afloran ante la inminencia de un peligro que acontece o habrá de acontecer desarrollándose sea angustia o ansiedad. La segunda es que ambas expresan un estado de expectación ante el peligro que amenaza la personalidad y puede llegar a producir su disociación. La tercera que ambas despiertan en el individuo el sentimiento de ser inerte para luchar contra dicha amenaza de aniquilación y desintegración.

La idea de la angustia o ansiedad como patología, ayuda a conducir un estudio de una manera más detallada y poder llegar al momento en que se entiende como una parte constitutiva en la estructura fundamental de muchas enfermedades, cosa que por supuesto,

ha ampliado su etiología y desde luego ha ayudado en los estudios de otras, quedando satisfechos criterios científicos y mostrando a su vez la relevancia en los criterios y diagnósticos.

1.1 Definiciones

La palabra “Angst” suele ser traducida por los psicoanalistas como “angustia” y por los psicólogos como “ansiedad”, los psiquiatras prefieren hablar de “ansiedad” para referirse sólo a los aspectos psíquicos de la emoción y emplean el término “angustia” cuando hay manifestaciones somáticas concomitantes, a veces sumamente llamativas (Galimberti, 2006)

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción, consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente (Cía, 2007).

Para Kierkegaard en 1844, la angustia, es un miedo poco definido que informa sobre las opciones de los seres humanos sobre su propio conocimiento y los conduce desde un estado de autoconciencia inmediata a uno de autoconciencia de reflexión (Vega, Cubi, & Martínez, 2000).

Spielberger 1972, define la ansiedad como un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo (Vallejo & Gastó, 2000)

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1975, la define “como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida” (Cía, 2007)

En el glosario de términos técnicos de la última versión del DSM-IV-TR (2001), se define como “la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo” (pág. 197).

Simpson en 1980 define la ansiedad como “una característica de la personalidad de responder a ciertas situaciones con un síndrome de respuesta al estrés”(Cía, 2007).

Juan Ramón de la Fuente (1959) define la ansiedad “como una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada” (pag.132). Subjetivamente, se caracteriza por un afecto de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa. Fisiológicamente, implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas en los que participan el sistema nervioso vegetativo. Proporcionalmente a la intensidad de la angustia, el funcionamiento interno se desorganiza y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita. De ahí que lo que el sujeto experimenta en los casos severos, es la “disolución de sí mismo”.

Karen Horney (1937) menciona, que la ansiedad es una reacción a peligros reales o imaginarios como una poderosa fuerza motivacional, que ayuda a generar estrategias de afrontamiento, para manejar los problemas emocionales y garantizar la seguridad.

Sullivan (1974) se refiere a la ansiedad como el miedo a lo desconocido un temor sin objeto definido, una emoción terrorífica que supera toda experiencia que se pueda imaginar.

1.2 Historia de la ansiedad

En la actualidad es importante para el desarrollo profesional del psicólogo poseer las herramientas necesarias para un diagnóstico más adecuado en trastornos de ansiedad. En la filosofía personajes como Heidegger, Schopenhauer, Kierkegaard atribuían la causa de la

ansiedad a la incapacidad de llegar a un entendimiento con el mundo y hacia el siglo XX se ve como un problema central de la vida moderna (Calvin, Hall, Rollo & Baretto, 1968).

Se introduce el concepto de angustia desde la filosofía en 1884 por Kierkegaard. La posición entre el miedo y la angustia así como, el análisis de la temporalidad involucrada en el fenómeno angustioso, servirán de referentes no sólo a las posteriores discusiones filosóficas, sino que se instituirán como elementos precursores del desarrollo del campo de los trastornos referidos a la angustia (Obadaía, 2010)

La aparición de la angustia como un problema médico y más tarde como un problema psicopatológico puede ser considerada desde el siglo XIX, esto no quiere decir que la angustia estuviera ausente a lo largo de la existencia humana. El análisis etimológico y semántico pondrá en evidencia la diversidad de sentidos y significados que le fueron asociados a través de los siglos, oscilando entre la primacía del registro corporal, bajo el signo del ahogo y la opresión, hasta la dimensión subjetiva donde conducirían en el miedo (Obadaía, 2010).

Los trabajos pioneros sobre la ansiedad en la ciencia se desarrollaron principalmente en el ámbito de la psiquiatría francesa y alemana, al proponer categorías diagnósticas tales como: el delirio emotivo de Morel (1866), neuropatía cerebro-cardíaca de Krishaber (1836-1883) etc. (Obadaía, 2010).

Para la inducción en el campo de la psicología el contenido original del término neurosis, introducido por el psiquiatra escocés William Cullen (1769), se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano y que comprometía “los sentimientos” y “el movimiento”. El término tuvo una amplia penetración en el vocabulario médico. A lo largo de los siglos XIX y XX diversos autores se ocuparon de distinguir sus características y del gran grupo inicial se fueron

dividiendo en diversas enfermedades que permitieron precisar más rigurosamente sus contornos y límites, pero las quejas en torno a su especificidad siguieron siendo numerosas que marcaron época en la reflexión médica sobre el concepto de neurosis, ese acontecer humano que gira en torno a la experiencia de la angustia, que será sintetizado en las categorías clínicas y psicopatológicas elaboradas más adelante por Sigmund Freud (Contí, 2007).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, surgieron una serie de indagaciones en torno a las problemáticas referidas al miedo y la angustia que tuvieron su origen en estudios filosóficos. La novedad clínica que se registra hacia 1890, es que síntomas físicos tales como la opresión, la sudoración, el vértigo, las palpitaciones, los temblores, que hasta entonces se asociaban a problemáticas médicas relativas al corazón, el oído, la visión o el estómago, serán agrupados en una categoría clínica particular y autónoma perteneciente al campo psicopatológico (Obadaía, 2010).

Del mismo modo, en el siglo XX se realizan los primeros intentos de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Watson y Rainer 1920 condicionaron una respuesta de ansiedad en un niño demostrando que los miedos estaban específicamente relacionados con las historias individuales de aprendizaje. Gracias al conductismo la ansiedad pasa al ámbito experimental, enriqueciéndose con las aportaciones de las teorías filosóficas, motivacionales y los nuevos hallazgos en el ámbito del aprendizaje (Viedma de Jesús, 2008).

Y para el psicoanálisis el estudio parte de las manifestaciones ansiosas en especial las que aparecen en forma de crisis. Estas manifestaciones fueron inicialmente descritas por Hipócrates con el término de histeria y atribuidas a las migraciones del útero. No fue sino hasta la obra de Breuer y Sigmund Freud (1895), en la que se explica que los pacientes para

la nosología psiquiátrica eran los sujetos internados en las instituciones nosocomiales es decir, aquellos cuya patología mental les incapacitaba para permanecer en la sociedad.

Los pacientes ansiosos no solían entrar en esta categoría, ya que presentaban unos síntomas comprensibles desde el punto de vista de la normalidad y mantenían el contacto con la realidad. Por ello avanzó sobre todo la clasificación de los trastornos graves, mientras que la de los trastornos ansiosos tardó mucho más en abordarse seriamente, además, estos pacientes se manifestaban frecuentemente con una serie de síntomas somáticos que, teniendo en cuenta los conocimientos médicos de la época, eran fácilmente atribuidos a patologías médicas cuya etiología se desconocía (Vallejo & Gasto, 2000).

Freud en 1895 teorizó acerca del origen de la ansiedad y de los trastornos psiconeuróticos, al considerar que eran producto de conflictos sexuales. Esta teoría libidinal fue acompañada después por otros aportes, al considerar que la ansiedad era también una reacción psicológica del “Yo” frente a los peligros o amenazas del exterior o interior. Freud (1925) en su modelo estructural, concibe a la ansiedad como un afecto del “Yo”, con fuerza psicológica propia que actúa como una señal ante el peligro. En esta nueva versión de la ansiedad era considerada como una reacción del “Yo” a las fuerzas instintivas del “Ello”, que cuando no podían ser controladas, adquirirían valor de una amenaza al “Yo” (González, 2002).

La historia de los hoy llamados “trastornos de ansiedad” está estrechamente vinculada al concepto clínico de “neurosis” pero en otros casos de la nomenclatura médica el contenido original del término neurosis, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación conocida en el manual de criterios diagnósticos de enfermedades mentales y en todas sus actualizaciones, bajo diversas categorías diagnósticas (Contí, 2007).

Hull en 1933 desarrolla una de las primeras teorías del aprendizaje en donde inspira a autores como, Dollard, Miller entre otros a profundizar en los problemas de la ansiedad. Según Hull en 1933 la ansiedad sería como un “conducir” motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuesta ante una estimulación determinada, finalmente con Dollard y Miller en 1950 el fenómeno de la ansiedad empieza a ser tratado experimentalmente en el contexto de laboratorio (Stein, 2004).

A partir de los años sesenta comienzan a introducirse variables cognitivas en un enfoque cognitivo-conductual, con este enfoque se modifica el concepto de ansiedad como un triple sistema de respuesta. Esta teoría es propuesta inicialmente por Lang en 1968 que en el próximo apartado se explicará más detalladamente (Caballo, 1996).

Como se puede ver el concepto de ansiedad ha evolucionado desde un enfoque basado en la filosofía con autores como Hipócrates, Kierkegaard, etc. hasta alcanzar su lugar en las ciencias con estudios en fisiología; desarrollándose inicialmente como síntomas de otras enfermedades. Es en psiquiatría donde se ve ya como psicopatología porque independientemente de los síntomas físicos es insostenible la existencia de síntomas de otra índole; entrando al campo experimental, logra entrar en el conductismo como se ha mencionado con Hull, Dollard y Miller desde un enfoque para el aprendizaje.

La literatura sobre las primeras teorías de la ansiedad nos muestran su evolución, pasando por un primer momento y basado en una teoría de rasgos se puede decir que la ansiedad es: la tendencia a reaccionar con cierta independencia de la situación real en que se encuentra el sujeto. Uno de los primeros intentos de formular una teoría Rasgo-Estado fue por Cattell y Scheier en 1961 y tuvo posteriormente repercusión en autores como Spielberger en su teoría ansiedad rasgo y ansiedad estado, de igual modo explicadas en el siguiente apartado (Caballo, 1996).

Se ha mencionado una breve historia de la ansiedad en la que se puede ver, que desde la antigüedad el tema de ansiedad ha sido de interés tanto para filósofos, médicos, psicólogos, psiquiatras, etc. Cada uno de ellos ha hecho aportaciones tanto científicas como filosóficas y psicológicas, tomando como referencia inicial síntomas físicos, de diferentes grupos de personas a lo largo de la historia, clasificando de manera más amplia los criterios de diagnóstico y los tratamientos que se explican a continuación.

1.3 Criterios y diagnósticos

La ansiedad ha sido considerada como un fenómeno unitario o unidimensional siendo entendida como un patrón de respuesta múltiple donde interactúan tres sistemas de respuesta, cognitivo, fisiológico y motor como lo menciona Lang en 1971, en su modelo tridimensional, el cual dará pauta en la elaboración de los diagnósticos y tratamientos de los trastornos de ansiedad ya que concibe las medidas psicofisiológicas como una herramienta fundamental en el proceso y avance de la ciencia partiendo de los siguientes puntos (Viedma de Jesús, 2008):

En primer lugar en relación a la propia naturaleza de los trastornos de ansiedad, cómo se estructuran, relacionan, en qué consisten y cómo se desarrollan.

En segundo lugar con respecto a la evaluación clínica de los trastornos, el modelo exige basar la evaluación diagnóstica en la medida de los tres sistemas de respuesta.

En tercer lugar con respecto a la elección del tratamiento apropiado es decir coherente con el tipo de respuesta dominante.

De acuerdo con el DSM- IV-TR (2001) el diagnóstico se llevará a cabo con la prevalencia de diferentes ítems y se clasifican los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

Crisis de angustia (panic attack). Se caracteriza por la aparición súbita de sistemas de aprehensión o terror, habitualmente se acompañan de una sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control (DSM-IV-TR, 2001).

La aparición aislada y temporal de miedo se da en ausencia de peligro y se acompaña al menos de 4 de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y habitualmente alcanza su máxima expresión en 10 minutos o menos.

Más específicamente los síntomas somáticos o cognoscitivos están íntimamente relacionados con palpitaciones sudoración, temblores o sacudidas sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), despersonalización, miedo a perder el control “o volverse loco”, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones (DSM-IV-TR, 2001).

Agorafobia. La ansiedad o comportamiento de evitación ocurre en lugares o situaciones en donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El trastorno de angustia puede presentarse con o sin agorafobia. Se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan al paciente un estado permanente de preocupación (Rodríguez, 2008).

Fobia específica. Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación (Rodríguez, 2008).

Fobia social. El individuo manifiesta ansiedad clínicamente significativa como respuesta a situaciones sociales o actuaciones en público, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La evitación de la situación fóbica reduce la ansiedad condicionada, sin embargo, esta misma evitación mantiene la ansiedad por que hace difícil que la persona aprenda que la situación temida no es tan peligrosa. Otros pensamientos que mantienen el miedo son los que anticipan síntomas somáticos acerca de las posibles consecuencias negativas sobre el desempeño personal (Rodríguez, 2008).

Trastorno obsesivo- compulsivo. El rasgo distintivo de este trastorno es la presencia recurrente e intensa de ideas, pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas e indeseados (obsesiones) y de conductas repetitivas (compulsiones) que se ejecutan a fin de aliviar la ansiedad que dichas ideas obsesivas provocan en el sujeto. Las obsesiones van más allá de las simples preocupaciones en torno a problemas de la vida cotidiana y, a pesar de que la persona reconoce su irracionalidad e intenta suprimirlos o neutralizarlos se encuentra incapaz de controlar el malestar y la ansiedad que le generan. Las compulsiones serían aquellos comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado en respuesta a una obsesión o ciertas pautas de actuación que debe seguir estrictamente (Rodríguez, 2008).

Trastorno por estrés agudo. Este se origina cuando la persona se ha visto expuesta a un acontecimiento traumático. Durante dicho suceso o después del mismo, la persona experimenta, además de un temor, desesperanza u horror intenso y síntomas disociativos. Recurrentemente, el acontecimiento traumático es reexperimentado a través de imágenes, sueños, pensamientos, ilusiones o episodios de Flash back, lo que provoca un malestar

intenso, asociándose también a objetos, estímulos o situaciones que recuerden o se asemejen a la situación estresora (Rodríguez, 2008).

Trastorno por estrés postraumático. Es muy similar al trastorno por estrés agudo, pero se aplica cuando la persona tras haber transcurrido un mes del acontecimiento traumático, mantiene una sintomatología significativa. Los síntomas más frecuentes son las dificultades para conciliar y mantener el sueño, la hipervigilancia constante, sensación permanente de irritabilidad, dificultades de concentración y una persistente re-experimentación del acontecimiento traumático a través de sueños o pensamientos recurrentes (DSM-IV-TR, 2001).

Trastorno de ansiedad generalizada. En este trastorno la ansiedad y preocupación excesiva sobre un amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de seis meses.

Los síntomas más comunes de este trastorno son inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (DSM-IV-TR, 2001).

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Es la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica y no es atribuible a la presencia de otro tipo de trastornos psicológicos (DSM-IV-TR, 2001).

Trastorno de ansiedad no especificada. Son trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad ya mencionados (síntomas de ansiedad sobre los que se disponen de una información inadecuada o contradictorias) (DSM-IV-TR, 2001).

Ansiedad Rasgo vs Ansiedad Estado. Es importante determinar cuando la ansiedad es simplemente un estado emocional o cuando es un estado relativamente estable de la personalidad (Cía, 2007).

Spielberger 1970 postula una teoría de la ansiedad en la cual se debería distinguir conceptual y operacionalmente a la ansiedad como un estado transitorio o como un rasgo relativamente estable de la personalidad. Un estado ansioso se caracteriza, por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión (síntomas subjetivos) y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo, mientras que la tendencia ansiosa o rasgo ansioso, ha sido definida como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa. Los conceptos de ansiedad estado – rasgo pueden concebirse como análogos, en cierto sentido a los conceptos de energía cinética y potencial en la física.

La Ansiedad-Estado, como la energía cinética, se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad.

La Ansiedad-Rasgo como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencia entre los objetos físicos, respecto a la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se le dispara a través de una fuerza apropiada, la Ansiedad- Rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a las situaciones de tensión con cantidades variables de Ansiedad-Estado.

La ansiedad según los autores mencionados, se manifiesta de diferentes formas por esto mismo se ha clasificado de diferentes maneras para tener un mejor diagnóstico y por lo tanto un adecuado o más preciso tratamiento. A continuación se hablará de como se ha explicado la ansiedad.

La ansiedad desde un enfoque psicoanalítico

Según el psicoanálisis, para evitar la ansiedad se utilizan mecanismos psicológicos inconscientes que modifican los sentimientos y pensamientos que la ocasionan, algunos de ellos son los siguientes (Freud, 1979):

a. Represión: es definida como la exclusión del campo de la conciencia, de impulsos, tendencias y contenidos psicológicos que, siendo incompatibles con otras tendencias o inaceptables para la moralidad de la persona, serían generadores de angustia.

b. Negación: supone rehusarse a creer en una realidad o hecho de la vida

c. Racionalización: implica tratar una emoción o un impulso de manera analítica e intelectual para evitar sentirla; es un razonamiento defectuoso ya que el problema no se resuelve a nivel emocional.

d. Intelectualización: estrechamente relacionado con la racionalización implica el uso de un proceso altamente abstracto para reducir la ansiedad.

La ansiedad también se produce por la amenaza a algún valor que el individuo juzga esencial para su existencia como un “yo”. Puede ser una amenaza a la vida física (muerte) o a la vida psicológica, por ejemplo la pérdida de la libertad, del amor de una persona, del prestigio entre los pares, de la devoción a la verdad de una creencia religiosa (Schachter, Hall, May, & Baretto, 1968).

La ansiedad desde un enfoque cognitivo- conductual

Las reacciones a las situaciones angustiosas se basan en las interpretaciones individuales, independientemente de que el peligro sea real o imaginario, se produce una reacción emocional desagradable. El proceso de tensión generalmente se presenta en una frecuencia de sucesos temporales (Spielberger, 1980).

Estímulos → Percepción de la amenaza → Estado de ansiedad

Cuando alguien se encuentra en una situación que interpreta como algo peligroso o amenazante, experimenta un estado de alteración llamado hipervigilancia, el cual es el resultado de la activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y se caracteriza por sensaciones de tensión, temor y preocupación (Rojas, 1998).

Modelo de los tres sistemas de ansiedad de Lang

En el modelo de los tres sistemas de la ansiedad de Lang en 1971 existen tres componentes que integran: expresiones lingüísticas (cognitivo), un fisiológico (somático) y un motor (conductual) los cuales se describen a continuación (Cía., 2007).

- **Expresiones lingüísticas–cognitivas.** Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia existencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad; a ésta pertenecen los estados del miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, obsesiones, pensamientos intrusivos, etc.

- **Fisiológico-somático.** Hace referencia a los cambios fisiológicos y que consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso simpático, que puede reflejarse en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular etc.)

- **Motor – conductual.** Corresponde a los componentes observables de conducta que implica variables como gesticulación, cambios en la postura y temblores.

Desde un enfoque conductual basado en el modelo de los tres sistemas Lang en 1971 (Cía., 2007) describe los síntomas de una forma más específica:

- **Síntomas conductuales:** dificultad para llevar a cabo tareas simples, disminución o ausencia de la eficacia operativa, inadecuación estímulo- respuesta, interrupción del

funcionamiento psicológico normal, posturas corporales cambiantes, tensión mandibular, voz cambiante con altibajos en sus tonos.

- Síntomas asertivos: bloqueo afectivo, evitar hacer preguntas o responder, dificultad o imposibilidad para mostrar desacuerdo en algo, estar en grupo, empezar o mantener una conversación (no saber tomar la palabra, o cambiar el tema).

- Síntomas psicológicos: inquietud, temores difusos, inseguridad, irritabilidad, nerviosismo, sensación de vacío interior, temor a perder el control, disminución de la atención, melancolía, pérdida de la realidad y trastornos del estado de ánimo; y cuando es muy intensa puede haber temor a la muerte a la locura o al suicidio (Vallejo & Gastó, 2000).

Siguiendo la línea de síntomas específicos para el diagnóstico de la ansiedad en Rodríguez 2008 se mencionan los siguientes:

Síntomas físicos

- Sistema nervioso: cefáleas, mareos, vértigo, alteraciones visuales, amnesia
- Sistema autónomo simpático: sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos
- Sistema cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, opresión torácica
- Sistema respiratorio: respiración acelerada, y superficial (hiperventilación)
- Sistema digestivo: dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea estreñimiento
- Aparato locomotor: tensión muscular, temblores, hormigueo, fatiga o debilidad muscular

Síntomas cognitivos

- Preocupación intensa y constante en algunas ocasiones injustificadas

- Miedo o temor desproporcionado e irracional
- Anticipación temerosa de situaciones evaluadas como amenazantes
- Recurrencias de ideas negativas
- Disminución del rendimiento en procesos mentales como atención, concentración, aprendizaje y memoria
- Dificultades en los procesos de toma de decisión
- Sensación de pérdida de control
- Sentimientos de inadecuación, inferioridad, incapacidad
- Sensación general de desorganización

Síntomas conductuales

- Enlentecimiento motor
- Inquietud, hiperactividad
- Reacciones de sobresalto
- Irritabilidad escasa tolerancia a la frustración
- Agresividad
- Dificultades en la comunicación
- Conductas sistemáticas y planificadas de evitación
- Retraimiento y aislamiento social
- Comportamientos compulsivos
- Conductas de riesgo y peligro

De acuerdo con Lang en 1971 en la evaluación conductual de los trastornos de ansiedad se recolecta información sobre las respuestas motoras, psicofisiológicas, y

cognitivas, lo que permite que los instrumentos evalúen la sintomatología ansiosa. Un ejemplo de un instrumento para el diagnóstico de la ansiedad es (Cía, 2007):

Inventario de ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE) el cual es la versión en español del STAI (State Trait Anxiety Inventory). Esta escala fue elaborada por Spielberger y Díaz Guerrero (1970) y se compone de dos escalas separadas de Autoevaluación, mide dos dimensiones de la ansiedad: la ansiedad rasgo (A- Rasgo), que pretende evaluar la ansiedad de cómo se siente la persona generalmente y la ansiedad estado (A- Estado) que evalúa el nivel de ansiedad en un momento determinado (Spielberger, 1980). Estas dos dimensiones están explicadas en un apartado anterior.

Este capítulo se ha orientado hacia importantes implicaciones y prácticas en el ámbito de los trastornos de ansiedad donde se retomó que la ansiedad es un fenómeno unitario con respuestas múltiples físicas, cognitivas, y conductuales en donde la teoría de Peter J Lang (tres sistemas) hace la mayor aportación el campo para la explicación evaluación y tratamientos de los problemas de ansiedad.

1.4 Etiología

Es importante mencionar para este apartado la diferencia entre la angustia normal y la angustia patológica ya que debido a esta categorización se extiende el estudio del fenómeno y las causas de ésta.

Ansiedad normal y patológica

La Ansiedad se considera una respuesta adaptativa que se anticipa a un futuro daño y es necesaria si el peligro es real, pero se convierte en un problema cuando responde a miedos que están en la imaginación. En el primer caso es positiva porque lleva a la búsqueda de

una solución y llega a incrementar el rendimiento, mientras que en el segundo caso tiene efectos negativos en la conducta (Nash & Potokar, 2000).

La ansiedad normal es proporcional a la amenaza, puede enfrentarse constructivamente a nivel consciente, en tanto la ansiedad patológica, implica conflictos intrapsíquicos y se maneja mediante diversos tipos de bloqueo de la actividad y de la conciencia (May, Schachter & Hall, 1968).

La ansiedad patológica puede ser una característica de un síndrome psiquiátrico y frecuentemente se presenta como secundaria a un trastorno de humor o de pensamiento que interfiere con las actividades de la vida diaria manifestando impedimentos funcionales y reducción de la calidad de vida (May, Schachter & Hall, 1968).

El estudio de las causas de ansiedad tiene sus orígenes en la personalidad, en particular desde la perspectiva de rasgo definiendo la ansiedad como una característica estable de los individuos. El origen de estos estudios se remonta a los trabajos de Pavlov (1890 a 1900) sobre las neurosis experimentales en perros, esta neurosis, era para Pavlov un tipo de ansiedad provocado experimentalmente como consecuencia de la interacción entre unas situaciones experimentales conflictivas y unas características individuales de tipo constitucional relacionadas con el temperamento, dichas características predisponen biológicamente a los animales a adquirir o no las conductas cuando son expuestos a las condiciones apropiadas, esto llevó a Pavlov a distinguir cuatro categorías temperamentales basadas en supuestas diferencias individuales en el funcionamiento del sistema nervioso en particular en la fuerza o debilidad de los procesos de excitación e inhibición cortical, extremadamente excitable (colérico), moderadamente excitable (sanguíneo), moderadamente inhibitorio (flemático) extremadamente inhibitorio (melancólico) inicialmente propuestos por Hipócrates (370-460 a.C) y retomados para los estudios de

Pavlov en 1936 en los que menciona dos temperamentos extremos son más vulnerables de adquirir conductas neuróticas. Esta perspectiva de ansiedad como rasgo está relacionada con el impulso y la activación y para esto depende la tendencia a reaccionar emocionalmente con respuestas de ansiedad. La personalidad por lo tanto favorece el desarrollo del trastorno de ansiedad pero no lo determina (Viedma de Jesús, 2008).

La ansiedad para Melanie Klein en 1935, se manifiesta desde la infancia y se intensifica en mayor o menor grado a través de los contactos con el exterior, donde invariablemente intervienen los prójimos: padres, escuelas, comunidades infantiles, etc. Allí tienen lugar las gratificaciones, los castigos, las sexualizaciones inconscientes y todo aquello que se va gestando por medio del trabajo, el deporte, la escolaridad y demás, éstos son capaces de crear inhibiciones en relación con la índole de los impactos. En la doctrina de Melanie Klein se enfatiza que la ansiedad está en íntima relación con su concepción estructural del denominado “objeto interno” es decir, la ansiedad proviene de la libido sexual frustrada (Ravagnan, 1981).

De acuerdo con Kurt Goldstein en 1961 en su teoría organísmica la ansiedad surge cuando el individuo no está a la altura de la tarea que se requiere. Este autor explica que un fracaso, en una persona normal, puede significar algo solamente desagradable, pero en un individuo con elevada ansiedad producirá una *conducta desordenada o catastrófica* que incluso bloquee su capacidad de actuar (Rosso, 2006).

La ansiedad también se produce por la amenaza a algún valor que el individuo juzga esencial para su existencia como un “yo”. Puede ser una amenaza a la vida física (muerte) o a la vida psicológica, por ejemplo la pérdida de la libertad, del amor de una persona, del prestigio de los padres o de una creencia religiosa (Schachter, Hall, May & Baretto, 1968)

Según Kaplan y Sadok 1995 los factores que influyen en el desarrollo de los trastornos de ansiedad son los siguientes (Vallejo, 2000):

Genéticos. Los pacientes con trastorno de ansiedad tienen una patología cerebral funcional demostrable y ésta tiene una relación causal con los síntomas de ansiedad. Los estudios genéticos mencionan que al menos un componente hereditario contribuye al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Casi la mitad de los pacientes con trastorno de ansiedad tienen al menos un pariente afectado. Otros trastornos de ansiedad indican una frecuencia más alta de ansiedad en parientes de primer grado de parientes afectados que en los parientes de personas no afectadas. Los trastornos de ansiedad están al menos en parte, determinados genéticamente.

Biológicos. Postulan que la estimulación del sistema nervioso autónomo, en algunos casos de ansiedad causa ciertos síntomas cardiovasculares, musculares, gastrointestinales y respiratorios. La ansiedad en el sistema nervioso central precede a las manifestaciones periféricas de ansiedad, excepto cuando existe una causa específica periférica. Se muestra también un incremento en el tono simpático, se adapta lentamente a la estimulación continua y responde excesivamente a la estimulación moderada. Los tres neurotransmisores más importantes asociados con la ansiedad son la noradrenalina, la serotonina y el ácido mono butírico (GABA).

Asimismo, algunos estudios de imagen cerebral como la tomografía y la resonancia magnética, han demostrado incrementos ocasionales en los ventrículos cerebrales de determinados pacientes con ansiedad.

Psicosociales. La teoría conductual propone que la ansiedad es una respuesta aprendida que se adquiere al observar lo que hacen los padres o a través del proceso de

condicionamiento clásico. También se postula la relación entre las sensaciones de síntomas somáticos y la génesis de una crisis de ansiedad.

Cabe señalar que en estudios realizados como “Estadísticas de género en la salud” realizadas por el centro de equidad y género y salud reproductiva (1994) se ha encontrado que las mujeres tienen una probabilidad dos o tres veces mayor que los hombres de ser afectadas por trastornos de ansiedad. El único factor social identificado que contribuye al desarrollo de algún trastorno es una historia reciente de divorcio o separación. Los trastornos de ansiedad suelen desarrollarse en los adultos jóvenes, aunque pueden presentarse en otra edad.

Arenas y Puigcerver (2009) mencionan que una mujer puede tener una mayor predisposición genética a ser ansiosa “las mujeres también pueden presentar ansiedad por otros factores que son transitorios, como por ejemplo el tipo de actividad que desempeñe el hogar y el entorno familiar.

Diferentes autores constatan que la ansiedad surge de factores muy determinados como lo son biológicos, psicológicos, sociales dado que son muchos los estudios realizados a través de los años para poder encontrar criterios más precisos que logren abarcar las diferentes áreas en la cuales afecta la ansiedad.

Capítulo 2. Métodos de relajación

En este capítulo se aborda el origen de la relajación, el desarrollo que ha tenido en el campo experimental y la forma en que diversos autores han implementado técnicas del mismo, con la finalidad de aplicarlos dentro de diferentes campos ya sea físicos, psicológicos, conductuales que ayuden en diferentes procesos de cada individuo y principalmente se adquiera como una herramienta en los campos de la psicoterapia.

2.1 Definiciones

En el caso de esta investigación se hablará de la relajación y la técnica de meditación ya que dentro de esta última, la relajación es un estado alcanzado con dichas prácticas. De acuerdo con Geissman y Durand (1972) los métodos de relajación son procedimientos terapéuticos bien definidos que tratan de obtener en la persona una desconcentración muscular y psíquica por medio de ejercicios específicos que a su vez producen un tono de reposo que es la liberación física y psicológica.

La meditación a corto plazo produce un estado fisiológico de relajación, mientras que en practicantes más experimentados se obtienen un cambio conductual (Pérez de Albeniz & Holmes, 2000). La palabra relajación despierta hoy en cualquier hombre occidental toda una serie de asociaciones mentales, la primera de tales asociaciones puede incluir una indefinida nostalgia de tranquilidad, un vago recuerdo de un cierto paraíso perdido en que no existían prisas, como un deseo de escapar al ritmo acelerado de nuestra civilización (Sánchez, De Casso, & Sánchez, 1979).

Mónica Pintanel 2000 menciona que la relajación consiste en aflojar tanto la parte física como psíquica de la persona, y al mismo tiempo genera creatividad y aumenta la expresión de las emociones (Bassets, 2005).

Según Amador 1989, la palabra relajación es etimológicamente de origen latino y viene del verbo *Relaxo-are* que significa aflojar, soltar, liberar, descansar (Amutío, 1998)

La relajación se considera una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés, es decir, tiene un patrón de activación fisiológica distinto u opuesto al de las emociones intensas. En general, se emplea en las situaciones cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo (Bourne, 2011).

Sweeney 1978 define a la relajación como “un estado o respuesta percibidos positivamente en el que una persona siente alivio de la tensión o del agotamiento”. Ello incluye aspectos psicológicos de la experiencia de la relajación, tales como una sensación agradable y la ausencia de pensamientos estresantes o molestos (Payne, 2005).

Por tanto la palabra “relajado” se emplea para referirse a los músculos o a los pensamientos sosegados. Existe una conexión entre ellos puesto que puede inducirse un estado aparentemente general de relajación usando métodos fisiológicos o psicológicos.

Haber Benson 1975 menciona que la relajación es la reducción del nivel de activación fisiológica, esto es, la generación de un estado hipometabólico no específico (Amutio 1998).

Blay 1989 menciona que la relajación es superar la idea del simple descanso y recuperación, es una puerta a la entrada para el descubrimiento de sí mismo, en la que la persona se libera de la actividad febril mecánica y automática (Amutio, 1998).

Ramiro Calle 1990 menciona que la relajación es una experiencia directa y vivencial, no intelectual o conceptual (Amutio, 1998.)

Zaldivar 1996 define la relajación como la disminución voluntaria del tono muscular (Ardila, 2008).

A partir de las definiciones anteriores se concluye que la relajación es una técnica que busca un estado de equilibrio lo más eficaz posible al mismo tiempo que promueve la economía física y psíquica de cada individuo.

2.2 Historia

El concepto de relajación no era concebido sino como un estado placentero proveniente de las prácticas de meditación Zen en China. Las tradiciones orientales se apoyan en la experiencia individual, acumulada durante generaciones, su piedra angular es la percepción introspectiva de los propios estados fisiológicos y mentales experimentados a lo largo de prolongadas sesiones de relajación meditativa (Amutio, 1998)

Naranjo y Ornstein (1992) mencionan que la meditación es una técnica mental de origen Védica o Budista, practicada repetidamente con el propósito de conseguir experiencias subjetivas que son frecuentemente descritas como tranquilidad, relajación y paz consigo mismo y de aumentar el estado de alerta (vigilia), las cuales son calificadas como placenteras.

El interés por la relajación como tal aparece en Occidente dentro del campo de la medicina y más concretamente como una derivación de fenómenos como el magnetismo y la hipnosis. La relajación se consideraba un fenómeno concomitante del sueño magnético o hipnótico, no fue hasta 1969 donde J. H. Schultz neurólogo y psiquiatra se concentró en los fenómenos de la relajación dando lugar al método conocido como “entrenamiento autógeno”. Schultz había recogido una serie de observaciones comunes en los relatos pos-hipnóticos los cuales hacían referencia a cuerpo pesado con sensaciones difusas de calor que fisiológicamente coincidían con relajación corporal y dilatación vascular periférica (Sánchez, de Casso & Sánchez, 1979)

Otro autor fue Edmund Jacobson con su obra “relajación progresiva” quien en 1908 se apoya en datos fisiológicos sobre la actividad y el tono muscular y pudo observar que el simple pensamiento relativo a un acto motor desencadenaba en la musculatura correspondiente, incluso de manera muy localizada, potenciales de acción mínimos, pero medibles sin que clínicamente se registrara ningún movimiento. Jacobson pensaba que toda preocupación afectaba de manera fisiológica, sin embargo el estado de completa relajación de un músculo se refleja en que su potencial de acción equivale a cero, de ahí el método de relajación progresiva (Sánchez, de Casso & Sánchez, 1979).

El estudio científico de la relajación es una aportación fundamental del occidente. Está basada en estudios de los diferentes procesos orgánicos y de los fenómenos fisiológicos de esta forma se incorporan los orígenes de las técnicas de relajación.

Lischtein 1988 y Labrador 1993 explican que las bases de las modernas técnicas de relajación tienen su origen histórico en procedimientos de meditación de filosofías

orientales, existiendo evidencias de técnicas formales de relajación desde hace 4500 años en disciplinas como el yoga (Masson 1985). Estas técnicas fueron incorporadas a la modificación de conducta no hace más de 70 años por Jacobson 1929 y Schultz 1932. Progresivamente han ido ganando relevancia en el ámbito clínico y experimental, desarrollándose variaciones y aplicándose a un amplio conjunto de trastornos como única estrategia o en combinación con otras. Muchas de las técnicas de relajación utilizadas en la actualidad provienen de prácticas religiosas y/o mágicas, tales como cantos, rituales, ejercicios de fijación de ojos, prácticas de meditación, etc. (Amutío, 1998).

Estas prácticas, representan la fundamentación histórica sobre la que muchas técnicas modernas de relajación están basadas. De acuerdo con esta perspectiva muchas de las técnicas de relajación actuales tienen su origen en prácticas de meditación (relajación progresiva, visualización dirigida, etc.) (Amutío, 1998).

2.3 Autores que han utilizado la relajación y cómo lo han hecho

Uno de los métodos que se ha utilizado en el tratamiento contra la ansiedad es la variedad de técnicas de relajación tales como entrenamiento autógeno, relajación progresiva, respiración abdominal o diafragmática, el modelo de reducción del nivel de activación, el método de relajación de Mitchell, relajación mediante al recuerdo, biofeedback, meditación y Synchronicity.

Entrenamiento autógeno

El método de J.H. Schultz 1969, neurólogo y psiquiatra conocedor del psicoanálisis y practicante de diversas técnicas hipnóticas en la terapéutica de enfermedades nerviosas, había recogido una serie de observaciones comunes en los relatos pos-hipnóticos de sus

pacientes en donde durante la hipnosis su cuerpo se sentía más pesado que en estado normal y de calor. Sobre esta base Schultz en 1931 habla de la relajación autógena en la cual este método comprende dos ciclos sucesivos (Sánchez, de Casso & Sánchez, 1979).

Ciclo inferior. Pretende un adiestramiento del sujeto o sujetos en la auto- inducción de la sensación corporal generalizada de peso y calor. Ello se consigue mediante ejercicios de concentración imaginativa en zonas parciales del propio cuerpo que se van generalizando en la medida, y de acuerdo con el ritmo en el que el sujeto va dominando el proceso.

Ciclo superior. Es todo él de índole mental. Presupone un dominio absoluto de las técnicas de relajación propias del ciclo precedente, practicadas durante un periodo medio mínimo de dos años.

Es decir el método de relajación autógeno consta de un ciclo inferior que se compone de seis ejercicios de relajación por medio de la concentración. Estos se realizan en forma sucesiva en seis sectores: los músculos, el sistema vascular, el corazón, la respiración, los órganos abdominales y la cabeza. Luego se accede al ciclo superior que se asemeja a las técnicas de psicoterapia profunda (Masson, 1985).

Relajación progresiva

En 1928 Jacobson publica su obra “relajación progresiva”, la cual lleva por subtítulo “estudio fisiológico y clínico del estado de los músculos y su importancia en psicología y terapéutica”. En este libro Jacobson se apoyaba en los datos que la fisiología iba proporcionando sobre la actividad y el tono muscular, cuyas variaciones de intensidad podían medirse gracias a complicadas técnicas electromiografías. De esta manera le resultaba posible medir potenciales de acción de un músculo en reposo aparente, pero con

un cierto tono muscular. De acuerdo con esto, Jacobson pensaba que todo estado de “nerviosidad, la emoción, la reflexión, la imaginación y los demás procesos mentales comportan modelos neuromusculares transitorios, mensurables con precisión” (Sánchez, de Casso & Sánchez, 1979). Por el contrario el estado de completa relajación de un músculo o músculos se refleja en que su potencial de acción medido equivale a cero. Esta última circunstancia indujo al autor a pensar que sólo el aprendizaje zona por zona de una relajación corporal progresiva podría permitir el reposo, desde el punto de vista cerebral de las regiones del mismo correspondiente a las partes del cuerpo así relajadas. Esto explica el nombre de “relajación progresiva” que lleva su método al que define como “una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono o actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente” (Sánchez, de Casso & Sánchez, 1979)

La relajación progresiva tiende a reducir el tono muscular y, en consecuencia, a disminuir la excitabilidad cerebral y a poner el córtex en reposo. Por lo que para aprenderla requiere de mucho tiempo, exige sesiones de media a una hora que, según el objetivo y las dificultades se repetirá de una a tres veces por semanas durante semanas, meses o incluso años (Masson, 1985).

Respiración abdominal o diafragmática

La respiración refleja directamente los niveles de tensión que hay en el cuerpo. Al sufrir alguna fobia, pánico u otros desordenes de ansiedad, el paciente puede presentar uno o ambos de los dos tipos de problemas para la respiración (Bourne, 2011).

- 1.- Respirar a la altura del pecho y poco profundo

2.-Dirigir la respiración a una hiperventilación y provocar síntomas físicos muy similares a los que se presentan en los ataques de pánico. Esto sucede porque al respirar superficialmente se puede exhalar en exceso dióxido de carbono en relación a la cantidad de oxígeno en la corriente sanguínea.

La respiración abdominal por si misma puede provocar una respuesta de relajación. Un control adecuado de la respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos de la activación fisiológica que éstas provocan. Se basa en el movimiento del diafragma (ese gran músculo que separa la cavidad torácica del vientre), que al bajar hacia el vientre succiona aire a los pulmones y al subir hacia éstos expulsa el aire. Recibe también el nombre de respiración abdominal pues el diafragma al bajar empuja los órganos del abdomen dando la impresión de que éste te hincha. (Payne, 2005)

El modelo de la Reducción del Nivel de Activación

Herbert Benson en 1975 propuso que el objetivo fundamental del entrenamiento en la relajación es la reducción del nivel de activación fisiológica, esto es, la generación de un estado hipometabólico no específico (en Payne, 2005). Con anterioridad Wallace y Benson en 1972 habían examinado el estado fisiológico exhibido por los sujetos que practicaban la meditación trascendental, durante, antes y después de la sesiones. Así durante las sesiones de práctica de la meditación, los sujetos exhibían lo que parecía ser la antítesis de la respuesta de estrés de lucha o huida propuesta por Cannon 1932 (Casioppo, 2002). Específicamente los sujetos mostraban unos parámetros fisiológicos bajísimos, como por ejemplo, un ritmo cardiaco muy desacelerado, una baja tasa respiratoria, así como un

enlentecimiento de la actividad metabólica. A este conjunto de respuestas Benson en 1975 las denominó **respuesta de relajación**. A partir de aquí, Benson diseñó un procedimiento de la relajación adaptado a prácticas de meditación Zen llamado meditación respiratoria (The Breathing “one” Approach). Esta técnica requiere el repetir la palabra “one” (uno) en cada exhalación mientras la persona se mantiene en silencio y atenta a las sensaciones de la relajación. Años más tarde, Benson y Friedman en 1985 encontraron que muchas técnicas de relajación, incluyendo la meditación trascendental, el Zen, el yoga, el entrenamiento autógeno y la relajación progresiva, inducían una respuesta fisiológica similar a la de la respuesta de relajación. El común denominador del modelo de Benson es que todas las técnicas de relajación están encaminadas a la reducción de la actividad del sistema nervioso simpático (Amutío, 1998).

El método de relajación de Mitchell

Mitchell 1987 sostiene que el aparato sensor en los músculos se conecta con el cerebro y la medula espinal, en consecuencia las exhortaciones a ser consciente de la presencia o ausencia de tensión muscular son inapropiadas, sin embargo, la estructuras en las articulaciones, y los receptores de la presión en la piel tienen conexiones con el cerebro consiente con esto se refiere a que únicamente moviendo las articulaciones y estirando la piel la información sobre la tensión muscular es transmitida a los centros superiores. Por tanto el enfoque de Mitchell se basa en el principio fisiológico de la inhibición recíproca, es decir, cuando un grupo de músculos actúa sobre una articulación que está trabajando, el grupo contrario está obligado a relajarse. Cuando las fibras de un grupo se contraen, las fibras de grupo opuesto se aflojan (Payne, 2005).

Este método consiste en sacar al cuerpo de la posición de defensa o ansiedad y entrenarlo para que reconozca y adapte la posición de comodidad o relajación.

Su método se compone de once instrucciones:

1. Hombros encogidos
2. Brazos apretados o a los costados
3. Dedos enroscados en las palmas de las manos piernas cruzadas
4. Pies dorsiflexados
5. Torso encorvado hacia adelante
6. Cabeza mantenida hacia adelante
7. Respiración rápida
8. Mandíbulas apretadas
9. Labios apretados
10. Lengua presionada contra el paladar
11. Frente fruncida

Este método de relajación esta principalmente enfocado a la relajación física del individuo (Payne, 2005).

Relajación mediante el recuerdo

Propuesto por Bernstein y Borkovec 1973 define este método se cómo aprendizaje de la relajación de grupos musculares específicos, al tiempo que se presenta atención a las sensaciones asociadas con los estados tensos y relajados. Los objetivos a alcanzar son: 1.- Alcanzar un estado de relajación profunda en periodos cada vez más cortos y 2.- Controlar

el exceso de tensión en situaciones inductoras de ansiedad. Esto se lleva a cabo de la siguiente manera (Payne, 2005):

1. Los grupos musculares implicados son brazos, cabeza, cuello, tronco y piernas.
2. El individuo se encuentra en uno de los grupos notando cualquier tensión.
3. Recordando la sensación asociada con la liberación de la tensión y destina de 30 a 45 segundos a relajar cualquier tensión que descubre.
4. Pedir que proyecte su mente las sensaciones de relajación

Biofeedback

Esta palabra tomada del lenguaje de las computadoras y literalmente conducible por “entrenamiento por biorretroalimentación” nace a finales de 1969. Se designan todos los métodos de aprendizaje del control voluntario de las funciones orgánicas basados en la posibilidad de obtener información objetiva, electrónica o mecánica, sobre las variaciones de tales funciones, a fin de compararla con los propios estados subjetivos asociados a tales variaciones (Yates, 1980)

El biofeedback describe un conjunto de procedimientos experimentales en los cuales se utiliza un instrumento externo para proveer al organismo de la información inmediata de estados de las condiciones biológicas que son reguladas por el SNA tales como: tensión muscular, temperatura de la piel, ondas cerebrales, presión sanguínea o ritmo cardíaco.

Los aparatos pueden ser visual, auditivo, o digital. Estos instrumentos reciben y amplifican, varias señales del cuerpo, que se interpretan en signos fácilmente observables, como una luz que se enciende, los movimientos de una aguja o un sonido, así la persona

puede ver u oír sus ondas cerebrales, su respuesta psicogalvánica los latidos de su corazón y contar con la información necesaria para regular sus estados.

El principio básico sobre el que se apoya el Biofeedback consiste por tanto en la posibilidad de controlar y modificar voluntariamente por parte del organismo distintas funciones o procesos biológicos cuando se tiene la facilidad de estas funciones.

Este incluye los siguientes elementos:

1. Una respuesta emitida por el organismo
2. La retroalimentación feedback (neurofeedback)
3. Análisis o comparación por parte del sujeto de la información recibida sobre la respuesta con instrucciones previamente establecidas

Meditación

La meditación tiene sus orígenes en un contexto religioso en el año 3000 A. C. por su parte, ha sido el budismo la más directa inspiración para la aplicación de los componentes de la meditación en la psicoterapia moderna. Las técnicas más populares de meditación incluyen el contar respiraciones, la meditación en un koan, en un mantra, etc. Hay numerosos tipos de técnicas de meditación siendo, quizás la más popular la meditación trascendental.

Según Naranjo y Ornstein 1971 el principio común que subyace a todas las forma de meditación no es el contenido, sino el proceso de profundización en algo, la actitud, la búsqueda de un estado diferente, el “esfuerzo” de la atención de que la meditación más relevante sea la meditación “Zen” (Amutío, 1998).

El término “Zen” deriva del vocablo Chan, que a su vez encuentra su origen en el término sánscrito dyana, que significa ejercitamiento mental o cultivo de la mente, o en suma, meditación y está basada principalmente en el enfoque o atención serena y libre de otra ideación. Esto requiere la respiración y una postura impecable con todo el tronco completamente erguido que evite el mayor movimiento, el enfoque que se utiliza para tranquilizar los pensamientos es a partir de una serie de respiraciones repartidas en cuarenta y cinco minutos diarios en un ambiente tranquilo y sin ruido, con la práctica constante de esta meditación se experimentarán diversos fenómenos mentales, psicológicos, extrañas sensaciones visiones y audiciones diversas (Calle , 2001).

Es importante tener claro el proceso mental de atención ya que es uno de los fundamentos principales en las técnicas de meditación.

La atención se ha definido como un proceso selectivo de la información necesaria que permite la consolidación de los programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos (Luria, 1996).

Durante las últimas décadas se ha producido un movimiento de integración entre las ciencias de la salud y el uso de las prácticas meditativas. Específicamente en el ámbito terapéutico, se enfatiza la importancia de autorregulación intencional de la atención al servicio de la exploración en el aquí y el ahora; de la auto-observación y del auto conocimiento

La meditación está asociada con estados de relajación psicofisiológica que optimiza la eficiencia de los mecanismos intrínsecos autorreparadores del cuerpo. Al normalizarse los estados fisiológicos se propicia la buena salud y se prolonga la vida útil; adicionalmente

producen cambios cognitivos que pueden ser aplicados en el manejo conductual (Arias, 1998)

En la meditación la persona aprende a reconocer y observar sus sensaciones y pensamientos, de tal manera que disminuye la activación del SNA produciéndose un estado de relajación física producto de la calma mental (López, 2000).

2.4 Synchronicity

Synchronicity es una fundación que desarrolla alta tecnología en meditación es un método moderno que utiliza sonidos binaurales alfa, theta, delta, que están relacionados con la meditación y la relajación por lo que ayudan al cerebro a alcanzar en menor tiempo las frecuencias vibratorias de un meditador experimentado con años de práctica (Cannon,1983).

En primer lugar, es importante señalar que la meditación surte efecto de manera diferente dependiendo del tiempo que lleve el sujeto realizándola. A corto plazo, produce un estado fisiológico de relajación, mientras que en practicantes más experimentados produce cambios hormonales y metabólicos más duraderos (Perez de Albeniz & Holmes, 2000).

Charles Cannon (1983) creador de la tecnología Synchronicity meditador experimentado con años de práctica, estudia la correlación de las frecuencias generadas en el cerebro de los meditadores.

Este afinamiento vibracional en el cerebro produce una combinación de frecuencias alfa, theta, delta que a su vez se traduce en relajación y múltiples beneficios físicos y psicológicos.

Para entender mejor, las ondas cerebrales se refieren a la actividad eléctrica, esta actividad cerebral es medida en microvoltios, y es el resultado de la suma de potenciales *post-sinápticos* (flujo de iones positivos hacia dentro de la célula postsináptica) e inhibitorios (flujo de iones negativos hacia el lumen celular) generados de las células piramidales, las cuales están dispuestas perpendicularmente hacia la corteza cerebral (Ardila, 2008).

La técnica que se utiliza para medir las ondas cerebrales se le conoce como Encefalografía ya que registra e interpreta las fluctuaciones en el voltaje espontáneo y provocado del cerebro (Ardila, 2008).

Las ondas cerebrales se clasifican en cuatro categorías de mayor a menor frecuencia Beta, es la más rápida de las cuatro frecuencias denota actividad mental intensa. Las ondas Alfa se presentan cuando se produce en un estado de no actividad y relajación. Las ondas Theta son de mayor amplitud y se relacionan con el sueño y finalmente, las ondas Delta son también de gran amplitud y se producen al dormir (Vicencio, 2013).

Para el método Synchronicity que utiliza frecuencias cerebrales es importante la percepción de éstas a través de sonidos binaurales.

Los sonidos binaurales se refieren a que los oídos forman canales receptores que son independientes entre sí. Es decir, no hay interferencias entre ellos. Ni combinaciones de las

frecuencias recibidas por cada uno; los sonidos se reciben independientemente por cada oído y crean efectos diferentes en distintas partes del cerebro, donde, comparando los impulsos nerviosos que produce cada sonido, interpreta finalmente todos los aspectos de la onda sonora generando la fusión binaural (Vicencio, 2013).

Los sonidos binaurales pueden ser detectados por las personas cuando los sonidos audibles están sobre los 1000 Hz. La sensación de escucha binaural se produce cuando dos sonidos de similar frecuencia se presentan en forma independiente para cada oído, y el cerebro detecta diferencias de fase entre estos sonidos. Esta diferencia de fase normalmente proporciona información direccional para el oyente, pero cuando se presenta con audífonos o altavoces el cerebro integra las dos señales, produciendo una sensación de un tercer sonido llamado pulso binaural Heinrich Wilhelm en 1839, (Fernández & Pujal, 2006). La percepción de pulsos binaurales tienen su origen en el núcleo olivar superior del tronco cerebral, que es el sitio de integración de la información auditiva contralateral (Cardinali, 2007)

William Gray Walter 1977 neurólogo y experto en robótica y neurofísica descubre una variedad de tipos de ondas cerebrales que van desde las alta velocidad de las ondas beta hasta las de lenta velocidad de las ondas delta, observadas durante el sueño, de esta manera descubrió que los sonidos binaurales, alteran los ritmos cerebrales y por consiguiente la actividad cerebral de todo el córtex. Dicha estimulación cerebral por medio de sonidos binaurales, en las frecuencias que van de 1 a 20 Hz, producen en la persona efectos de paz, bienestar y relajación (Llancafil, 2013).

Hans Berger 1924 fue el primero en observar y descubrir muchas de las características del electroencefalograma (EEG) entre ellas señaló que en estados de relajación existían señales de ondas regulares y que se observan mejor si el sujeto cerraba los ojos, de un ritmo aproximado a 10 ciclos por segundo, a lo cual denominó ondas Alfa. Advirtió asimismo, la existencia de ondas de menor amplitud y de mayor frecuencia (de 18 a 50cps) a las cuales denominó ondas Beta (López, 2000).

La meditación de Alta Tecnología Synchronicity es una herramienta para potencializar cualquiera que sea el estilo de meditación que se practique para lograr mejores niveles de relajación.

El uso continuo de la tecnología produce un entrenamiento para el cerebro y al mismo tiempo se adquieren los beneficios para alcanzar un alto nivel de relajación. El uso de esta tecnología es básicamente un CD que contiene música y sonidos binaurales dicóticos por este motivo es importante que alta tecnología Synchronicity sea utilizada con audífonos.

La escucha dicótica Kimura 1983 como ya se ha indicado menciona que una palabra presentada al oído izquierdo produce una estimulación más intensa de la corteza auditiva derecha y una palabra en el oído derecho provoca un input más intenso al hemisferio izquierdo, cuando se presentan palabras simultáneamente a los dos oídos generalmente se percibe la del oído derecho porque tiene conexiones más directas con el hemisferio derecho (Pérez, 1998).

Actualmente existe una gran base de apoyo por parte de muchos profesionales de la psicología y de las personas que practican algún tipo de relajación para el uso de estas en una intervención terapéutica.

La Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, APA) reconoció formalmente en 1977 uno de los métodos de relajación que es la meditación como un agente curativo de gran importancia y como facilitadora del proceso terapéutico (Amutío, 1998).

Para Silvia 1984 la meditación es una técnica que facilita el control de los pensamientos intrusivos y no deseados que permite distanciar los miedos y preocupaciones y observarlos de una manera desapegada y relajada (López, 2000).

En cuanto a los beneficios concretos de la meditación, autores como Marks en 1986 indican una habilidad creciente para relajarse disminuir la ansiedad y menores respuestas de miedo (Amutío, 1998).

Fergusson 1992,1993 menciona que otro efecto psicológico de la meditación es el desarrollo de la “independencia de campo”, que se define como la habilidad de separar estímulos, dentro de un fondo de elevada estimulación (Arias, 1998).

Valentine y Sweet 1999 mencionan que la práctica de meditación mejora la capacidad de atención (Foris, 2005).

Shapiro, 1978 y Jevning, 1992 también se reportan una mejoría en una variedad de condiciones como el asma, el insomnio y el consumo de drogas así como también un mejor estado físico y biológico (Medina 1997).

Se puede decir que los estudios sobre la relajación son relativamente nuevos, apenas poco más de medio siglo. Sin embargo cumplen con las condiciones necesarias para su aplicación en los campos de la psicología de acuerdo con el conocimiento debe cumplir,

para ser tal, algunas condiciones individualmente necesarias y conjuntamente suficientes como una justificación adecuada (Muñoz & Velarde, 2000) .

Las técnicas de relajación han ido con el paso de los años evolucionando implementando nuevas estrategias que faciliten que las personas practiquen estas técnicas para mejorar diferentes áreas de su vida, principalmente física y psicológicamente, por lo que en el siguiente capítulo se muestran diferentes investigaciones que reafirman su efectividad en diferentes ámbitos de la salud.

Capítulo 3. Investigaciones de ansiedad y relajación

Como se ha visto en el capítulo anterior la mayoría de las técnicas de meditación están relacionadas con las técnicas de relajación, por lo tanto en este capítulo se presentan algunas investigaciones referentes a la meditación-relajación, en las cuales se midieron los efectos y su impacto en la ansiedad tanto a nivel cerebral como a nivel psicológico.

Con respecto al impacto a nivel cerebral, Aftanas y Golosheikin 2003 realizaron un estudio en donde compararon los registros electroencefalográficos de meditadores expertos y novatos, tanto en condiciones de descanso como en estado de meditación. Encontraron que los meditadores expertos en condiciones de descanso presentaban un cambio en los valores de la frecuencia alfa, las cuales se relacionan con relajación, tranquilidad y quietud, con respecto a los meditadores novatos, lo que probablemente refleja el carácter acumulativo de los efectos de la práctica de meditación en los cuales se dificultó la estimulación de las ondas alfa que igualaban más bien a estados de descanso (López, 2000).

En una investigación acerca de la eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermos de Sánchez y Baranda (2006), aplicaron cuatro programas para reducir la ansiedad: psicoeducativo, cognitivo, conductual y control, en el cual la muestra estuvo constituida por 177 sujetos, entre los cuales 84.2% fueron mujeres y 15.8% hombres, la edad media de la población fue de 45 años. Esta investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en pacientes que tenían al menos una enfermedad como obesidad, hipertensión arterial, diabetes, lupus o trastorno psiquiátrico.

Los pacientes fueron referidos por distintos departamentos, del hospital al departamento de psiquiatría y neurología, ahí fueron evaluados y canalizados a grupos para manejo de ansiedad (ya sea que presentaran sintomatología ansiosa o trastornos de la ansiedad), a todos los pacientes se les asignó al azar uno de los cuatro programas de intervención, antes de comenzar se les pidió que contestaran el Inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado (IDARE) y la escala de Hamilton de ansiedad.

El programa psicoeducativo consistió en seis sesiones una vez a la semana, en donde se les explicó la naturaleza de la ansiedad y se les enseñó la técnica de relajación progresiva, así como las estrategias cognitivas de solución de conflictos y la técnica de relajación autógena. El programa cognitivo tuvo una duración de tres sesiones y consistió en explicar la naturaleza de la ansiedad y en la enseñanza de estrategias de solución de conflictos y retroalimentación. El programa conductual consistió también de tres sesiones y se enseñó la técnica de relajación progresiva, la técnica de relajación autógena y retroalimentación y el control consistió en cuatro sesiones de terapia grupal de apoyo.

En el análisis de la eficacia de los programas de intervención los resultados mostraron que el programa que combina técnicas psicoeducativas y conductuales (relajación), disminuyó la sintomatología presentada de ansiedad con una significancia de 0.00 en la escala de ansiedad estado y en la escala de ansiedad rasgo la significancia fue de 0.001 disminuyendo síntomas de ansiedad como nerviosismo e inquietud. En los grupos donde se aplicaron puramente psicoeducativas o puramente conductuales, también se logró una mejoría de los niveles de ansiedad, evaluados por la escala de Hamilton aunque en menor medida. En el grupo control no hubo disminución significativa del nivel de ansiedad, los resultados que obtuvieron fueron para ansiedad estado 0.165 y en ansiedad rasgo de 0.649,

con esto concluyen que el programa que mezclaba técnicas psicoeducativas y conductuales tienen mayor eficacia en la disminución de la sintomatología presentada de ansiedad.

Otra investigación de González y Amigo (2000), consistió en examinar las reducciones de la presión arterial (PA) y frecuencia cardiaca (FC) aplicando la técnica de relajación muscular progresiva. La muestra fue de 30 sujetos todos con hipertensión (HTA) que fueron asignados al azar en dos grupos, uno de relajación muscular progresiva (RMP) y otro de placebo (PLB). El entrenamiento consistió en que todos los sujetos asistieran una vez por semana, durante un periodo de ocho semanas, registrando presión arterial y frecuencia cardiaca antes y después de cada intervención con un instrumento llamado esfigmomanómetro.

En el grupo uno RMP (relajación muscular progresiva), en la primera y segunda sesión se les enseñó el entrenamiento de relajación progresiva; en la sesión tres aplicaron relajación tras tensar todo el cuerpo; en la sesión cuatro fue relajación sin tensión y en las sesiones cinco a ocho, la práctica de la relajación fue diaria con tensión en la que se llevó a cabo una autoevaluación, en el grupo dos PLB (Placebo) las ocho sesiones consistieron en ligeros estiramientos y flexibilidad muscular. En el análisis de datos los resultados en el grupo uno RMP pre y post intervención en cada uno de los ocho momentos de evaluación hubo diferencias estadísticamente significativas $p < .000$ a $p < .023$ en el grupo dos placebo resultaron significativas en las sesiones uno, dos, tres, cuatro y siete $p < .003$ a $p < .023$ estos resultados demuestran como la RMP (relajación muscular progresiva) hace descender los niveles de presión arterial y frecuencia cardiaca, igualmente tiene efectos inmediatos con pacientes con Hipertensión, de este modo se comprueba que la relajación muscular progresiva hace descender los niveles PA (presión arterial) y FC (frecuencia cardiaca) y a

diferencia de otras terapias carece de efectos colaterales indeseables y posibilita reducciones puntuales de presión arterial sistólica, también permite concluir que la duración mínima del entrenamiento de relajación, se sitúa a partir de la quinta sesión. En este estudio se contempla cómo los asuntos psicológicos tienen consecuencias fisiológicas, consecuencias que consisten en formas de aprendizaje en la que podemos incluir los efectos de hipertensión arterial y ansiedad (González & Amigo, 2000).

En una investigación realizada por Soriano (2012), se aplicaron técnicas de relajación en pacientes diagnosticados con ansiedad. El grupo fue conformado por 39 pacientes, dividido en dos, los que tomaban medicamento y los que no lo hacían, Las técnicas de relajación utilizadas fueron la de Jacobson y la diafragmática, la duración para la aplicación de las técnicas fue de ocho sesiones de 15 minutos cada una durante tres meses. Para llevar a cabo la medición de resultados utilizaron la prueba IDARE (Spielberger & Díaz, 1970) con una aplicación pre y una aplicación post.

Los resultados para el primer grupo fueron de 68.35 puntos con una ansiedad- estado alta, la ansiedad rasgo fue de 68.35 puntos de igual modo una ansiedad alta. Con el entrenamiento de relajación los resultados en la escala ansiedad-estado bajaron a 56 puntos indicando una leve disminución en el nivel de ansiedad, igualmente en la escala ansiedad rasgo que fue de 62.1 ambas sin llegar a ser significativas. En el segundo grupo la escala ansiedad estado fue de 63 puntos alta, y de ansiedad -rasgo de 60.4 ansiedad alta. Después de las técnicas de relajación los resultados fueron para ansiedad- estado de 41.1 puntos con una reducción significativa y en ansiedad rasgo no hubo cambios. En muestras relacionadas los resultados fueron de 0.036 por tanto muestra que las terapias de relajación son eficaces para pacientes con ansiedad- estado sin medicación, esto nos indica que los pacientes que

toman ansiolíticos ya tienen un reductor de ansiedad y por ello la relajación no causa tanto efecto.

En una investigación realizada por Valderrama, Campos, Vera y Castelán (2009) se trabajó con sujetos introvertidos y extrovertidos para medir el nivel de ansiedad y la disminución de ésta al escuchar música para relajar. La muestra estuvo conformada por 184 sujetos los cuales fueron divididos en 92 introvertidos y 92 extrovertidos, 53 mujeres y 47 hombres de la Facultad de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), para esto, se utilizó como instrumento el inventario de ansiedad IDARE únicamente la escala de ansiedad estado y música relajante de Canon Riga en Re mayor de Johann Pachabell.

El procedimiento fue el siguiente la muestra se subdividió en ocho subgrupos, cada uno de ellos estuvo conformado por un total de 23 sujetos, de tal manera que hubiese la misma cantidad de introvertidos y extrovertidos, se aplicó la escala de ansiedad y se dieron las siguientes instrucciones: “que permanecieran en silencio en la posición más cómoda posible y con los ojos cerrados para escuchar la música”.

Los resultados para la media en sujetos extrovertidos en la pre- aplicación fue de 48.7 nivel de ansiedad alta y en la post- aplicación la media fue de 35.9 nivel de ansiedad baja, para los sujetos introvertidos la media en la pre aplicación fue de 56.8 nivel de ansiedad alta y en la post aplicación fue de 42.9 nivel de ansiedad media. En la comparación de extrovertidos e introvertidos en la pre- aplicación fue de .001, en general para personas extrovertidas $t= 8.695$; $p\leq .0001$ y para introvertidos $t= 16.779$; $p\leq .0001$ lo que comprueba

que la música para relajar es una excelente herramienta en la reducción de los síntomas de Ansiedad -estado en ambos polos del rasgo de temperamento introversión- extroversión.

En una investigación de Vázquez, Vital, Bravo, Jurado y Reinoso (2009) que se llevó con pacientes con enfermedad renal crónica, en donde el objetivo fue evaluar la utilidad de la retroalimentación biológica y diferentes técnicas de relajación por respiración profunda, relajación muscular progresiva, y musicoterapia (la cual fue escuchada por cada paciente a través de un reproductor de audio), para reducir la ansiedad y el estrés. Dicha muestra se llevó a cabo en el Hospital de Nefrología del Hospital Juárez de México, con un total de 8 pacientes a quienes se les aplicó el inventario de ansiedad IDARE, y una escala subjetiva de estrés antes y después de realizar el programa. Esta investigación consistió en ocho sesiones en las que se les instruyó sobre el propósito de la retroalimentación y técnicas de relajación al igual que su aplicación, ofreciéndoles de manera visual sus cifras de presión arterial sistólica y diastólica, siendo estas reducciones estadísticamente significativas.

Los resultados de la investigación fueron los siguientes: Para el paciente uno, en la pre-aplicación los resultados fueron de 42 puntos igual a una ansiedad media y en la post-evaluación los resultados fueron de 38 puntos igual a ansiedad baja, el nivel de significancia fue 0.046 significativa. En el paciente dos, en la pre-evaluación los resultados fueron 42 puntos igual ansiedad media y en la post- evaluación fue de 40 puntos igual a una ansiedad media pero en este paciente los resultados fueron $p \geq 0.157$ no significativa. En el paciente tres, en la pre- evaluación los resultados fueron de 46 puntos una ansiedad alta y después de 42 puntos una ansiedad media y $p \geq 0.046$ significativa. El paciente cuatro, en la pre- aplicación los resultados fueron de 48 puntos una ansiedad alta y después de 41 puntos una ansiedad media y $p \geq 0.008$. En el paciente cinco, en la pre- evaluación obtuvo

50 puntos igual a una ansiedad alta y después de 40 puntos un nivel de ansiedad media y $p \geq 0.002$ significativa. El paciente seis, obtuvo 50 puntos una ansiedad alta y después de 40 puntos una ansiedad media y $p \geq 0.002$. Con él paciente siete, inicio con 49 puntos una ansiedad alta y en la post- evaluación 37 nivel de ansiedad media y $p \geq 0.001$ significativa. por último, en el paciente ocho en la pre- evaluación los resultados fueron de 51 puntos igual a una ansiedad alta y al finalizar los resultados fueron de 40 puntos una ansiedad media y $p \geq 0.001$ significativa.

Con esto concluyeron que la reducción de los niveles de ansiedad al utilizar técnicas de relajación, independientemente de otras herramientas, es una de las más importantes estrategias de intervención que se utilizan en pacientes hospitalizados, ya que permite reducir de manera evidente las manifestaciones de ansiedad y el enfrentarse adecuadamente a los pensamientos y sentimientos que les genera, entre otros, tristeza y miedo, provocando una sensación de bienestar y mayor tranquilidad.

Jon & Kabat-Zinn (1992) realizaron una investigación con 22 participantes que fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios de DSM-III-R con Trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico con o sin agorafobia. Los sujetos participaron en un programa de reducción de ansiedad basado en la meditación, que consistió en ocho sesiones semanales de dos horas y media cada una, los participantes tenían la consigna de practicar en casa la meditación, tuvieron un seguimiento de tres meses. Después de terminado el programa se encontró una reducción significativa, en 20 de 22 pacientes, en los puntajes de ansiedad y depresión y una reducción en los síntomas de pánico. Los cambios se mantuvieron cuando se realizó el seguimiento que se hizo tres años después del estudio original (en López, 2000).

En Estudios Cuasi-experimentales, los investigadores Tang y Cols 2007, realizaron una intervención con asignación al azar de grupo control y experimental, aplicando como tratamiento un programa de práctica de meditación de 5 días (20 minutos por sesión) mediante el Método de Entrenamiento Integrativo Mente-Cuerpo (Integrative Body-Mind Training, IMBT). Este método deriva de la medicina tradicional china e incorpora aspectos de algunas meditaciones y del entrenamiento en la mente atenta (mindfulness). Al grupo control se le dio entrenamiento en relajación, se evaluaron los efectos en el manejo del estrés, estados de ánimo y la atención. Comparado con el grupo control, el grupo experimental mostró menor ansiedad, depresión, enojo y fatiga y mayor vigor según la Escala de Estados de Ánimo (Profile of Moods States scale – POMS), además de que disminuyó el nivel de cortisol asociado al estrés y aumentó la inmunoreactividad. Los resultados mostraron evidencias sobre la conveniencia de este método integral sobre las Técnicas de relajación (Sánchez, 2011).

De la Peña, Sanz, Garrido, Carbajal, Galan y Herrero 2010 realizó un taller de relajación para el síndrome de Burnout, que consistió en implementar técnicas de relajación para el afrontamiento del síndrome, evaluando el aprendizaje de los participantes a lo largo del taller. Esta investigación se llevó a cabo en las instalaciones de Grupo Financiero Inbursa, con la participación de 15 grupos de adultos de ambos sexos, entre las edades de 18 a 50 años. Para esta muestra se utilizó un CD de música de relajación. La investigación fue de cinco sesiones de una hora, en donde al final aplicarían un cuestionario para evaluar el aprendizaje. Utilizaron la relajación por visualización, y la respiración diafragmática. Al concluir la investigación tuvieron como resultado que la mayoría de los participantes habían adquirido por lo menos una técnica de relajación que les ayudaría en el

afrontamiento del Síndrome de Burnout y éste ayudaría a disminuir los niveles de estrés en el trabajo.

Otra investigación fue la de Meléndez 2010, y consistió en aplicar una técnica de relajación en terapia individual a una paciente de 23 años, durante un mes se le aplicó un instrumento de medición de ansiedad (IAB), se trabajó con ella una vez a la semana con sesiones de 50 minutos, los síntomas de ansiedad que presentaba fueron, nerviosismo, preocupación, sofocación, opresión, sensación de perder el control, manos frías y tensión muscular. Independientemente del trabajo terapéutico, se le enseñó la técnica de relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz, los resultados obtenidos en una primera sesión, al aplicar el instrumento de IAB obtuvo 30 puntos sin aplicar aún ninguna técnica de relajación, posteriormente en una segunda cita luego de la aplicación de la técnica de relajación obtuvo un puntaje de 26 puntos cuatro puntos menos que en la primera cita, en la tercera cita, luego de la aplicación de la técnica de relajación la paciente obtuvo 24 puntos, lo cual implica una disminución de dos puntos en relación a la última sesión, y finalmente, en la cuarta sesión obtuvo 18 puntos, lo cual indica una disminución de 12 puntos en relación a la primera sesión. A partir de los hallazgos obtenidos en esta investigación se comprobó la efectividad de las técnicas de relajación en la paciente con rasgos de ansiedad. A lo largo de las sesiones terapéuticas la paciente tomó conciencia sobre los factores que influyen en el estado de ansiedad, la paciente puede enfrentarse ante situaciones ansiosas creando control sobre ellas a través de las técnicas de relajación aplicadas.

Astin 1997 realizó un estudio en donde se reportó un cambio significativo para los meditadores en comparación con el grupo control en las siguientes categorías: reducción en sintomatología en general asociada al estrés, incremento de la sensación de control, así como puntajes elevados en medidas de “experiencias espirituales”. En esta investigación, el grupo experimental (N-14), fue sometido a un programa de meditación, basado en el de Kabat-Zinn (1900), mientras que al grupo control (N-14), se le indicó que serían notificados cuando el siguiente programa de meditación estuviera disponible. Las escalas utilizadas para cuantificar las categorías mencionadas fueron: SCL-90-R (reducción de estrés) (Derogatis, 1975) , Shapiro (1994) Control Inventory (sensación de control), e Index of Core Spiritual Experiences (experiencias espirituales). Se realizó un seguimiento a 5 sujetos del grupo experimental, variando entre seis y nueve meses después de la intervención, y se encontró que no hubo diferencias significativas en los puntajes de la escala SCL-90-R, con respecto a las obtenidas después del programa de meditación, lo que nos habla de un rol de mantenimiento en cuanto a la reducción de síntomas psicológicos asociados al estrés (López, 2000).

Gillani y Smith 2001 estudiaron a 59 meditadores Zen, con al menos seis años de experiencia meditando y los compararon con un grupo control de 24 estudiantes universitarios, los cuales permanecieron por una hora en silencio, leyendo revistas populares. Antes de la meditación, todos los participantes contestaron el Inventario Smith (1900) de estados de relajación. Después de la meditación, los participantes del grupo experimental respondieron el inventario Smith de estados de relajación. Los análisis revelaron que los meditadores muestran mayor puntaje en las medidas de relajación mental,

menores grados de preocupación, todo lo anterior comparado con el grupo control (López, 2000).

A partir de las investigaciones mencionadas se observa la relación que existe entre las técnicas de relajación y la meditación sobre la disminución de los niveles de ansiedad ya que se han utilizado de diferentes formas y diferentes contextos en donde quizá no directamente con la ansiedad pero si con la sintomatología que desencadena la misma como lo es en la enfermedad, a nivel cerebral, y psicológico.

Capítulo 4. Método

4.1 Justificación

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, ésta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente (Galimberti, 2006). Es por esto que la ansiedad es considerada prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos algunos de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico según Lang en 1971 (Cía., 2007), estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social o bien el laboral Arenas & Puigcerver, en 2009 (Sagalen, 1992). Existen muchos métodos y técnicas para su tratamiento entre ellas la relajación ya que tiene impacto tanto a nivel psíquico como físico (Bassets 2005). Sweeney (1978) define la relajación como un estado o respuesta percibidos positivamente en el que una persona siente alivio de la tensión, la cual hace referencia a una de las preguntas del inventario de Ansiedad Rasgo- Estado de Spielberger y Díaz (1975). Es precisamente que en esta investigación el método Synchronicity se utilice como una herramienta en el manejo y disminución de la ansiedad así como en identificar los síntomas emocionales de la misma.

4.2 Planteamiento del problema: ¿El método de relajación Synchronicity disminuye los niveles de ansiedad?

4.3 Objetivo general: Determinar si el método de relajación Synchronicity disminuye los niveles de ansiedad

4.4 Objetivos específicos:

- Aplicar el método de relajación Synchronicity en un grupo y la medición de ansiedad
- Determinar si el método Synchronicity disminuye los niveles de ansiedad

4.5 Variables:

Variable independiente: Método Synchronicity el cual se aplica en una sesión con una duración de 60 min al escuchar con audífonos un CD con música que contiene frecuencias binaurales que permiten la relajación.

Variable dependiente: Ansiedad la que es medida con el inventario de Ansiedad-Rasgo- Estado (IDARE) de Spielberger.

4.6 Definición conceptual :

La angustia o ansiedad se puede entender como una parte constitutiva en la estructura fundamental de muchas enfermedades, para Spielberger (1972) la ansiedad es un estado emocional displacentero caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión y preocupación y por activación del sistema nervioso, en la que determina que la ansiedad puede ser **Ansiedad-Estado**, la cual es transitoria, un proceso empírico de reacción en un momento particular.

La **ansiedad-Rasgo** la cual es relativamente estable en la personalidad. Por lo que existen étnicas y métodos que ayudan en la intervención para la disminución de ansiedad como lo son los métodos y técnicas de relajación (Spielberger 1972).

La **relajación** se considera una respuesta antagónica a los niveles de tensión en la activación fisiológica (Amutío, 1998), entonces Synchronicity es un método que conlleva una serie de pasos para alcanzar estados de relajación (Cannon 1983).

4.7 Definición operacional: Para medir los niveles de ansiedad- Estado- Rasgo se utilizará el inventario de Ansiedad de Spielberger y Días Guerrero antes de la relajación, y del mismo modo al finalizar la relajación para medir si disminuyeron los niveles de ansiedad.

Para disminuir los niveles de ansiedad se utilizará Synchronicity que es un método de relajación que se aplica al escuchar con audífonos un CD con música ambiental.

4.8 Hipótesis:

Hipótesis de investigación. El método de relajación Synchronicity si disminuye los niveles de ansiedad

Hipótesis Nula. El método de relajación Synchronicity no disminuye los niveles de ansiedad

4.9 Tipo de estudio: Descriptivo

Este trabajo busca especificar propiedades características y rasgos importantes de los niveles de ansiedad, con un diseño transversal al aplicar el método Synchronicity en una sesión con una duración de 60 min y describir tendencias del grupo (Sampieri, 2010).

4.10 Tipo de diseño:

En el caso de esta investigación es pre-experimental en la que se manipularán al menos una variable independiente para observar su efecto y relación con una variable dependiente con un Pretest y Postest (Sampieri, 2010).

4.11 Escenario.

La investigación se llevó a cabo en dos centros de rehabilitación de adicciones, se juntaron dos grupos de mujeres de los centros Cure For Woman Center (CURE), y el Centro Terapéutico Integral Libre de Adicciones (CTILA). El lugar constituye una sala de usos múltiples adecuada para evitar algún tipo de interrupción, con sillas para que los participantes estén cómodos, un proyector de diapositivas. Los participantes fueron mujeres con algún familiar interno con problemas de adicción, se eligieron mujeres debido a que según Arenas y Puigcerver (2009) la mujer puede tener una mayor predisposición a ser ansiosa y esta investigación pretende disminuir los niveles de ansiedad. Se trabajó un día de la semana por un tiempo de 80 minutos, 20 minutos de una breve explicación de lo que es la ansiedad y 60 minutos para la aplicación de la técnica de relajación synchronicity. Aplicando al inicio y al final una prueba que mide ansiedad (IDARE) para determinar la eficacia de la técnica de relajación.

4.12 Muestra

No probabilística de 40 sujetos (mujeres) con un familiar interno con problemas de adicción sin un rango de edad preestablecido.

4.13 Materiales/ instrumentos.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (1980) IDARE es un inventario de autoevaluación, diseñado para medir dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos.

La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas sub-escalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo.

Método de relajación Synchronicity que es un CD de nombre Time of (tiempo fuera) con sonidos ambientales que contiene las frecuencias para inducir a un estado de relajación (Cannon 1983).

4.14 Procedimiento

En primer lugar se pidió el permiso para trabajar en las clínicas de rehabilitación de adicciones. En segundo lugar para emprender la intervención para esta investigación se aplicó el instrumento de medición de ansiedad (IDARE) y a continuación se dio una pequeña plática sobre la ansiedad con una duración de 20 minutos, al finalizar esta plática se dieron la instrucciones para la aplicación de la técnica de Synchronicity que consistió en

cerrar los ojos y colocarse los audífonos durante 60 minutos y al finalizar se aplicó de nuevo el inventario de ansiedad (IDARE).

Por último, se hizo la recolección de datos para el análisis estadístico, mediante la prueba “T de Student”, un análisis de datos, discusión de los resultados y así obtener las conclusiones de la finalidad de esta investigación.

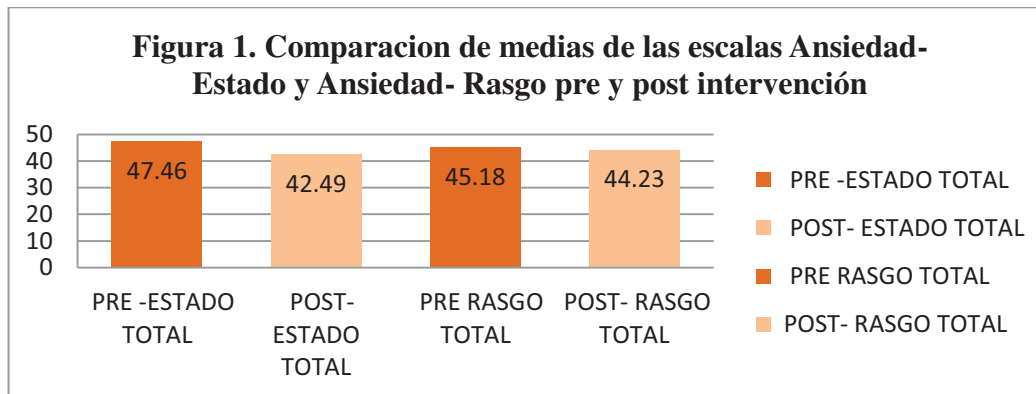
Capítulo 5. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del cuestionario IDARE, antes y después de aplicar el método Synchronicity. Se presentarán los resultados demográficos, así como los comparativos de los niveles de ansiedad general, los de Ansiedad-Rasgo y los de Ansiedad- Estado previos y posteriores a la intervención.

La investigación se llevó a cabo con una muestra de 40 mujeres, con un familiar con problemas de adicción con un promedio de edad entre los 40 y 50 años la mayoría de ellas con ocupación en el hogar y un grado escolar de bachilleres.

En la figura 1 se observan las medias de las puntuaciones totales de la pre y post evaluación para las escalas Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo. Se encontró para Ansiedad estado que antes de la intervención con el método Synchronicity los sujetos obtuvieron una puntuación media de 47.46 lo cual implica que tuvieron una ansiedad alta frente a problemas que tienen que resolver. Después de la intervención tuvieron una puntuación en esta escala de 42.49 es decir tuvieron un nivel de ansiedad media. Como puede apreciarse la diferencia entre ambas mediciones es de 4.97 puntos.

En cuanto a la Ansiedad- Rasgo previa a la intervención los sujetos obtuvieron una puntuación media de 45.18 lo cual implica que tuvieron una ansiedad alta. Después de la aplicación de Synchronicity obtuvieron una puntuación de 44.23 que implica un nivel de ansiedad media. Entre la aplicación pre y post de esta escala existe una diferencia de 0.95 puntos, como puede apreciarse hay mayores cambios en la escala de ansiedad estado.

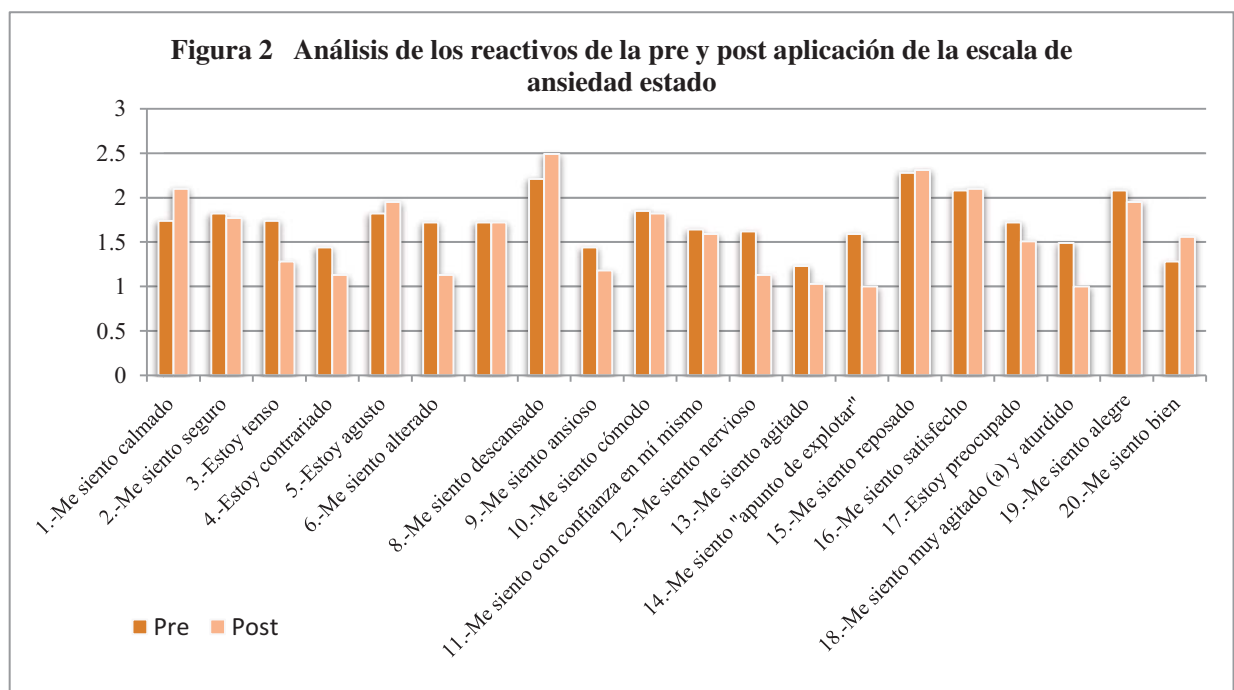


Para determinar si la diferencia fue estadísticamente significativa, se realizó una Prueba “T” entre las puntuaciones medias de los totales de Ansiedad- Rasgo y Ansiedad- Estado en la pre y post evaluación.

Cuadro 1.-Prueba T Para Muestras Relacionadas PRE y POST En Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo								
	Diferencias Relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Total pre y post evaluación A- Estado	4.974	3.558	.570	3.821	6.128	8.732	38	.000 * p≤ .05
Total pre y pos evaluación A- Rasgo	.949	3.187	.510	-.084	1.982	1.859	38	.071

En el cuadro 1 de los resultados de la prueba “T” para Ansiedad- Estado la significancia fue de .000 $p =$ menor .05 la cual nos dice que el método de relajación Synchronicity es efectiva para disminuir este nivel de ansiedad. En cuanto a los resultados para Ansiedad- Rasgo el cuadro muestra que no son significativos ya que como se puede ver fueron de $p =$.071 mayor a .05 por lo tanto el método de relajación no tuvo impacto en ansiedad- rasgo.

A continuación se presenta el análisis de reactivos del pre y pos evaluación de Ansiedad- Estado que corresponden al ámbito clínico.



La figura 2 muestra los cambios en las preguntas de la prueba IDARE en la escala de ansiedad- estado antes y después de La aplicación de Synchronicity.

Los reactivos que tuvieron mayor diferencia de media fueron los siguientes: en primer lugar los que representan emociones como el estar calmado y sentirse bien al incrementar en la post- aplicación y otros como estar tenso, alterado, nervioso, agitado, a punto de explotar y aturdido, disminuyen en la post- aplicación de la relajación Synchronicity.

Cuadro 2.comparación de las medias de respuesta a la escala Ansiedad- Estado y			diferencia de medias	nivel de significancia
Reactivos	Media de respuesta			
	PRE- E	POST-E		
1.-Me siento calmado	1.74	2.1	-.350	.029
2.-Me siento seguro	1.82	1.77	.051	.767
3.-Estoy tenso	1.74	1.28	.462	.048
4.-Estoy contrariado	1.44	1.13	.308	.021
5.-Estoy a gusto	1.82	1.95	-.128	.463
6.-Me siento alterado	1.72	1.13	.590	.005
7.-Estoy preocupado actualmente por algún	1.72	1.72	.000	1.000
8.-Me siento descansado	2.21	2.49	-.282	.086
9.-Me siento ansioso	1.44	1.18	.256	.048
10.-Me siento cómodo	1.85	1.82	.026	.889
11.-Me siento con confianza en mí mismo	1.64	1.59	.051	.700
12.-Me siento nervioso	1.62	1.13	.487	.003
13.-Me siento agitado	1.23	1.03	.205	.019
14.-Me siento "a punto de explotar"	1.59	1	.590	.003
15.-Me siento reposado	2.28	2.31	-.026	.855
16.-Me siento satisfecho	2.08	2.1	-.026	.855
17.-Estoy preocupado	1.72	1.51	.205	.253
18.-Me siento muy agitado (a) y aturdido	1.49	1	.487	.001
19.-Me siento alegre	2.08	1.95	.128	.360
20.-Me siento bien	1.28	1.56	-.282	.032

El cuadro 2 muestra las preguntas de la escala Ansiedad- Estado en la pre evaluación antes de la aplicación del método Synchronicity y la post que fue después de la aplicación

de Synchronicity del mismo modo muestra las medias en la pre y post evaluación la diferencia de medias y el nivel de significancia de la prueba “T”.

Las preguntas significativas muestran que antes se sentían menos calmados y reflejaban menos bienestar y después de la técnica de relajación aumenta la calma y el sentirse bien.

En las preguntas ¿estoy tenso?, ¿estoy contrariado?, ¿me siento alterado?, ¿me siento ansioso?, ¿ me siento nervioso?, ¿me siento agitado?, ¿me siento “a punto de explotar? y ¿me siento muy agitado (a) aturdido? en la pre- evaluación estaban en aumento las emociones descritas para las preguntas, y post- evaluación disminuye significativamente las emociones descritas en cada pregunta.

Este capítulo se enfoca en el análisis estadístico para esta investigación de forma que la técnica de relajación Synchronicity tiene efectos significativos como sentirse bien, estar más calmados, menos nerviosos, menos alterado, menos tensos, menos agitados etc. en la disminución de ansiedad estado de la prueba IDARE.

A continuación en el siguiente capítulo se comparan los resultados obtenidos en esta investigación y los encontrados por otros autores.

Capítulo 6. Discusión

Esta investigación estudia principalmente el cómo disminuir los síntomas de la ansiedad mediante el método Synchronicity (meditación-relajación). Para ello se tomó un grupo de mujeres con familiares con problemas de adicción, pues se considera un grupo propenso a la sintomatología de la ansiedad. Al respecto Arenas y Puigcerver (2009) mencionan que una mujer puede tener una mayor predisposición genética a la ansiedad y presentar altos niveles de ansiedad como resultado de diversos factores transitorios como el hogar, la pareja, o el entorno familiar.

Los resultados de la presente investigación muestran que los niveles de Ansiedad-Estado disminuyen significativamente después de la intervención con el método de relajación Synchronicity; pues antes de la intervención, la muestra obtuvo una media total de 47.46 y posterior a la intervención obtuvo 42.49 en promedio.

Estos resultados coinciden con las investigaciones realizadas por Vinaccia, Bedoya & Valencia (1998); donde se menciona una disminución de los niveles Ansiedad-Estado. Ellos utilizaron ciertas técnicas entre las que se incluyen la relajación: se encontró que los niveles de ansiedad- estado disminuyen después de aplicar estrategias psicoeducativas conductuales y las técnicas de relajación. De manera análoga en esta investigación se inició con la definición de la explicación de la ansiedad, desde la perspectiva psicoeducativa, y finalmente una técnica de meditación-relajación. Los números arrojados en esta investigación demostraron que el método de relajación Synchronicity es un método eficaz para la disminución de los síntomas de ansiedad-estado.

Asimismo, estos resultados coinciden con lo encontrado por Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda en (2006) quienes realizaron una investigación en donde ocuparon herramientas como la relajación autógena y técnicas psicoeducativas para disminuir los niveles de ansiedad. Sus resultados muestran que ansiedad- estado y ansiedad-rasgo disminuyeron de manera significativa (0.001) disminuyendo principalmente síntomas como la tensión, el nerviosismo y la inquietud.

Al respecto, mediante la prueba T, se encontró en esta investigación que el método Synchronicity tiene impacto en la disminución de síntomas como la tensión, ansiedad, nerviosismo, el sentirse agitado, aturdido, y alterado. Síntomas que son considerados por Lang (en Vallejo Ruiloba & Gasto, 2000) como pertenecientes a la dimensión física de la ansiedad al igual que el sentirse calmados, y sentirse bien. De la misma manera Spielberger y Díaz Guerrero (1970) mencionan que la ansiedad está caracterizada, por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión.

Otro resultado de esta investigación fue que en la escala de ansiedad- rasgo los resultados no muestran cambios relevantes, pues antes de la aplicación del método el nivel de ansiedad fue de 45.18, y después de la aplicación fue de 44.23 aunque las puntuaciones marcan un cambio en el nivel de ansiedad (alto para la primera aplicación y media para la segunda) no hubo evidencia estadísticamente significativa entre ambos resultados ($\alpha=0.71$).

Los resultados anteriores pueden explicarse a partir de la duración de la exposición del método de meditación-relajación en la presente investigación que fue de 60 minutos. Duración que fue menor comparada con las otras investigaciones. Por ejemplo en el estudio de Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda (2006), la duración de la intervención fue de un

día a la semana durante cinco semanas. En la investigación de González y Amigo en (2000) las sesiones tuvieron una duración de una vez por semana durante un periodo de ocho semanas y la investigación de Soriano (2012) consistió en ocho sesiones cada una de ellas de 15 minutos durante tres meses. En estas investigaciones no se encontraron resultados estadísticamente significativos para la disminución de ansiedad- rasgo. Se sugiere que en la aplicación del método de relajación Synchronicity incremente el tiempo de la aplicación ya que en esta ocasión solo se aplicó una hora por lo que puede ser que no haya tenido impacto en Ansiedad- Rasgo.

Es importante mencionar que aunque la técnica de meditación-relajación duró una hora si tuvo efecto en la disminución de síntomas de ansiedad. Perez de Allveniz y Holmes (2000) explican que la meditación a corto plazo produce una disminución de estados fisiológicos relacionados con la relajación como disminución del tono muscular y Aumento de actividad del sistema de neurotransmisión Gabaérgica (GABA) , como sucedió en la presente investigación, mientras que si se practica con mayor frecuencia se obtendrá un cambio conductual.

Hasta ahora se discutieron los resultados encontrados en la investigación, en el capítulo siguiente se establecen las principales conclusiones a las que se llegaron.

Capítulo 7. Conclusiones y Limitaciones

En este capítulo se presentan los puntos más relevantes encontrados en esta investigación, así como las limitaciones de la misma.

1.- A partir de los resultados se concluye que la hipótesis nula se rechaza de manera parcial, pues sólo se logró disminuir la Ansiedad- Estado pero no la ansiedad en general.

2.- El método de relajación Synchronicity tiene impacto en síntomas emocionales de Ansiedad- Estado como: sentirse calmado, disminución de la tensión, el estar contrariado, el sentirse ansioso, nervioso, agitado, aturdido o “a punto de explotar”, por lo que también incrementó en la pregunta sentirse bien.

3. No disminuyó Ansiedad-Rasgo pero sería importante que en investigaciones futuras se atiendan los cambios constantes para observar si existe algún impacto en Ansiedad-Rasgo.

4.- El método de relajación Synchronicity tiene efecto en la disminución de los niveles de ansiedad y podría tener mayor efecto si incrementara los días de su aplicación, ya que en la mayoría de las investigaciones como la de Vázquez y Vital (2009), Jon y Kabat- Zinn (1992) que utilizan técnicas de relajación, abarcan muchos más días en su aplicación.

6.- Se encontró que Synchronicity es un método de relajación efectivo para la disminución de los síntomas de Ansiedad-Estado. Pero debido al tiempo en que se aplicó a los participantes el método de relación es posible que esto haya influido para no tener impacto en ansiedad- rasgo.

7.1 Limitaciones

1.- De acuerdo con otras investigaciones, acompañar los métodos y técnicas de relajación con algún programa psicoeducativo o conductual puede llegar a tener mayor efectividad en la reducción de ansiedad, por lo que se sugiere que en futuras investigaciones se pueda complementar con algún programa del Método de relajación Synchronicity, para así observar si incrementa su eficacia sobre los niveles de ansiedad.

2.-Aplicar el método de Synchronicity más veces a la semana con un mayor o menor tiempo puede llegar a disminuir los niveles de Ansiedad-Rasgo.

3.-Se sugiere que posteriormente se realice alguna investigación que compare técnicas de relajación para distinguir la eficacia en tiempo para este método.

4.-Ya que no existen muchas investigaciones relacionadas con el método Synchronicity, se sugiere hacer una intervención a nivel cerebral para identificar los cambios en diferentes zonas que puedan estar relacionados con estados fisiológicos en relación a la relajación.

5.- Del mismo modo, se sugiere realizar investigaciones que ayuden a identificar si la relajación Synchronicity es similar a la musicoterapia en relación a los efectos neurológicos.

Referencias

- Amutío, K, A. (1998). “*Nuevas Perspectivas Sobre la Relajación*”. España: Ed. Desclée de Brouwer, S.A.
- Ardila, R. (2008). “*Psicología Fisiológica*.” México: Ed. Trillas.
- Arenas, C. & Puigcerver A. (2009). “Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: Una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*”, Vol. 3, No. 1 pp. 20-29.
- Arias, C, P. (1998). “*La utilidad de la meditación como modalidad terapéutica, parte II*”. Cuba: Revista Cubana de la Medicina General integral. 14(3) 250-255.
- Bassets, M. P. (2005). “*Técnicas de relajación Creativa y Emocional*”. España: Ed. Paraninfo S.A.
- Bourne, E. J. (2011). “*Anxiety & Phobia Workbook 5th*”. USA: New Harbinger Publication, INC.
- Breuer J. & Freud S. (1893/1895). Estudios sobre la histeria. Buenos Aires – Madrid: Ed. Amorrortu Editores.
- Caballo, V. (1996). “*Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*” (vol.1). México: Ed. Siglo XXI.
- Cacioppo, J. (2002). Foundations in Social Neuroscience. Wisconsin. Ed. Illustrated.
- Calle, R. (2001). “*El arte de meditar*”. España: Ed. EDAF, S.L.
- Calvin, S., Hall, Rollo, M. y Baretto, R .(1968). “*La Angustia Normal y Patológica*”. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Cannon, C. (1983). “*High-Tech Meditación and the Holistic Lifestyle*”. Virginia: Foundation Synchronicity.
- Cardinali, D. P. (2007). “*Neurociencia aplicada: sus fundamentos*”. (1º edición). Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Cía, A. H. (2007). “*La ansiedad y sus trastornos Manual diagnóstico terapéutico*” (2º edición). Buenos Aires: Ed. Polemos.
- Comité Técnico de Selección del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (1994). cneqsr.gob.mx.
- Contí, A, N. (2007). “*Historia de la ansiedad "Textos Escogidos"*”. Buenos Aires: Ed. Polemos.

- De la Fuente , J. R. (1959). “ Psicología Medica”. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Peña, E., Sanz, J. C., Garrido, J., Carbajal, J. Galán, R. & Herrero, A. (2010). “*Taller de relajación para el síndrome Burnout*”. México: Elsevier.
- Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- DSM-IV-TR (2001). “*Manual de diagnóstico y estadísticos de los trastornos:*” México: Ed. Masson.
- Fernández F, & Pujal, M. (2006). “*Iniciación a la Física*” (Tomo 1). España: Ed. Reverté, S.A.
- Foris, D. (2005). The Effect of Meditation. UW-L Journal of Undergraduate Research VIII.
- Freud, S. (1979). ”Inhibición, Síntoma y Angustia en *Obras completas*”. Argentina: Ed. Amorrurtu Editores.
- Galimberti, U(2006). “*Diccionario de Psicología*”. México: Ed. Siglo XXI S, A. de C.V.
- Geissmann, P y Durand, R (1972.). “*Los métodos de relajación*” (vol. 10). España: Ed. Guadarrama.
- González Núñez, J (2002). “*Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica*” México: Ed Plaza y Valdez.
- González, A y Amigo, I (2000). “*Efectos Inmediatos de la Relajación Muscular Progresiva sobre Índices Cardiovasculares*” (volumen12, pag.25-32). España: Revista Psicothema: Universidad de Oviedo
- Hales, E. R. & Yudofski, S. C. (2004). “*Tratado de psiquiatría clínica*”. México: Ed. Masson Doyma, S.A.
- Horney, K. (1937). “*La personalidad neurótica de nuestro tiempo*”. (volumen 15). España: Ed. Paidos.
- Kierkegaard, S. (1995). “*El concepto de la angustia*”. Ed. Alianza libros de filosofía contemporánea.
- Llancafil, N. (2013). “*Los efectos de los infrasonidos en la conducta humana*”. Chile. Universidad Austral de Chile.
- López M. (2000). Tesis “*Los usos terapéuticos de la meditación: una revisión de la literatura*”. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de psicología.
- Luría, A, R. (1996). “*Higher Cortical Fuctuations in man*”. USA. Ed. Basic Books.

- Masson, S. (1985). *“Las relajaciones”*. España: Ed. Gedisa, S. A.
- May, R, Schachter , S & Hall, C (1968) *La angustia Normal y Patológica*. Buenos Aires. Ed. Paidós
- Medina, M. (2007). *“El poder de la música en el aprendizaje”*. Pachuca: Xihmai. Facultad de Ciencias Humanas.
- Meléndez, J. M. (2010). *“La eficacia de las técnicas de relajación en el tratamiento psicoterapéutico de un paciente con rasgos de ansiedad, atendido en Clínica de Asistencia Psicológica de la Universidad Dr. José Matías Delgado”*. Antiguo Cuscatlán: Facultad de Ciencias y Artes Francisco Gavidia.
- Morris, G. C. & Maisto, A. (2005). *“Introducción a la psicología”*. México: Ed Pearson Education S.A.
- Muñoz, J. & Velarde, J. (2000). *” Compendio de Epistemología”*. España: Trotta, S. A.
- Naranjo, C. & Ornstein, (1992). *“Psicología de la meditación”*. Buenos Aires: Ed. Estaciones.
- Nash, J. & Potokar, J. (2000) *“Anxiety Disorders”*.
- Obadaía, F. (2010). Tesis *“La inscripción de la angustia en el campo psicológico: referencias etimológicas, consideraciones filosóficas y categorías precursoras”*. Chile: Universidad Andrés Bello.
- Payne, R, A. (2005). *“Técnicas de relajación”* (4ª edición). España: Ed. Paidotribo.
- Pérez de Albeniz, A. & Holmes, J. (2000). *“Meditation: Concepts, Effects And Uses in Terapy”*. Revista International Journal Of Psychotherapy.
- Ravagnan, L, M. (1981). *“El origen de la angustia”* Buenos Aires: Ed. Universitaria de Buenos Aires.
- Rodríguez, C. P. (2008). *“Ansiedad y Sobreactivación: Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. España: Ed. Desselce de Brouwer, S.A.
- Rojas, E. (1998). *“La Ansiedad: Como Diagnosticar y superar el estrés las fobias y las obsesiones*. España: Ed. Temas de hoy.
- Rosso M. & Lebl, B. (2006). *“Terapia humanista existencial fenomenológica: Estudio de Caso”*. *Ajayu*, Vol. IV No. 1. Universidad Católica Boliviana.
- Sampieri, H. R. (2010). *“Metodología de la Investigación”*. México: Ed. McGraw-Hill / Interamericana Editores S.A DE C.V.

- Sagalen, M. (1992). *“Antropología Histórica de la familia”*. España. Ed. Taurus.
- Sánchez, G. (2011). *“Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales”*. Revisión de Literatura. México. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.
- Sánchez, J., De Casso, P. & Sánchez, M. (1979). *“Integración corporal y psicología humanística”*. España: Ed. Marova.
- Sánchez, S., Rodríguez, R. & Baranda, J. (2006). *“Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la Ansiedad en pacientes médicamente enfermos”*. Revista de Investigación Clínica (vol. 58 N°6): Universidad Autónoma de Madrid.
- Sánchez S., Velasco, L., Rodríguez, R. & Baranda, J. (2006). *“Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos”*. Madrid: Revista de Investigación Clínica/ Vol. 58, Núm.6, pp 540-546.
- Schachter, C., Hall, May, R. & Baretto, R. (1968). *“La angustia normal y patológica”*. Buenos Aires: Paidós.
- Soriano, J. (2012). “Estudio Cuasi-experimental sobre las terapias de relajación” Murcia: Revista electrónica de enfermería N° 26 www.um.es/eglobal.com.
- Spielberger, C.D & Díaz Guerreño, R. (1970). *“Inventarios de Ansiedad Rasgo y Estado”*. México: Ed. Manual Moderno.
- Spielberger, C. (1980). Tensión y ansiedad. México: Harper y Row Latinoamericana.
- Stein, Dan J. & Hollander E. (2004). *“Tratados de los trastornos de ansiedad”*. Barcelona: ARS MÉDICA.
- Sullivan, H. S. (1974). *“La Teoría Interpersonal de la Psiquiatría”*. Buenos Aires: Ed. Psique.
- Valderrama, R., Campos, A., Vera, J & Castelana, P. (2009). *“Comparación entre introvertidos y extrovertidos en el nivel de ansiedad al escuchar música relajante”*. Revista Enseñanza e Investigación en Psicología (vol. 14 pág. 61-76): Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en México
- Vallejo, R. J. & Gastó, F. C. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión (2° Ed.) Barcelona: Ed. MASSON, S.A.
- Vázquez, I., Vital, S., Bravo, M, C., Jurado, S y Reinoso, L. (2009). Tesis *“Retroatimentación Biológica y Relajación en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en Tratamiento de Hemodiálisis”*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Vega, S., Cuvi, M. & Martínez, A. (2000). Género y Ciencia: Los claros oscuros de la investigación científica. Ecuador: Ed. Abya Yala.
- Vicencio, N. F. (2013). Tesis "*Efectos de los Infrasonidos en la Conducta Humana*". Chile: Universidad Austral de Chile. Facultad de Ciencias de la Ingeniería.
- Viedma de Jesús, M, I. (2008). Tesis Doctoral "*Mecanismos Psicofisiológicos de la Ansiedad: Implicaciones Clínicas*". España. Universidad de Granada.
- Valderrama, R., Campos, A, J., Vera, R y Castelán, G, P (2008). Tesis "*Comparación entre Introversos y Extroversos en el nivel de Ansiedad al escuchar música para relajar*". Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Vinaccia, S., Bedoya, L. M. & Valencia M. (1998). Odontología y psicología. *Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica*. Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología.
- Yates, A (1980). "*Biofeedback and the Modification of Behaviour*" USA: New York.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

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

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	④	②	③	①
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	④	②	③	①
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	④	②	③	①
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	④	②	③	①
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④



MP
28-2

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

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