



Nombre de alumno:

Cristhian Emmanuel Espinosa Lopez

Nombre del profesor:

María del Carmen cordero gordillo

Nombre del trabajo:

Protocolo de tesis

Materia: Taller de elaboración de tesis

Grado:

9° Cuatrimestre

Grupo: Psicología

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 JUNIO de 2020.

Agradecimiento:

Esta pequeña dedicatoria va dirigida a las personas las cuales han dejado un aprendizaje significativo a mi vida, los cuales lograron dar una dirección en el sentido correcto de esta, agradezco llevar parte de su vida plasmada en mis acciones y decisiones, por demostrarme que incluso con tropiezos y errores siempre se puede ir en el lado que nos dé sentido, agradezco a todas las personas que han dedicado un recurso tan valioso e irrecuperable llamado tiempo en el proceso de todo el conocimiento proporcionado, por la paciencia y dedicación de mis profesores que nos proveen de herramientas esenciales, y principalmente a mi familia por ser el muro de carga de la estructura de mi vida, por su apoyo incondicional, por dotarme de la experiencia de vida que llevare conmigo por siempre.

Índice:

Capítulo I

1.1 planteamiento del problema.	p.9
1.2 preguntas de investigación.	p.11
1.3 Objetivos	p.12
1.4Justificación	p.13
1.5Hipótesis	p.14
1.6 Variables	p.15
1.7 Metodología	p.16

Capitulo II origen del concepto de ansiedad

2.1 concepto de ansiedad	p.18
2.2 etiología de la ansiedad.	p.21
2.3 epistemología de ansiedad	p.23
2.4 Ansiedad	p.26
2.5 Ansiedad y depresión	p.31
2.6 Teoría de los tres sistemas de respuesta a la ansiedad	p.35

Capitulo III teorías implicadas

3.1 Sigmund Freud	p.38
3.1.1 neurosis	p.41
3.2 pierre janett	p.46
3.2.1 disociación	p.48
3.3 Henry ey	p.51

3.3.1 neurosis de angustiap.54
3.4 Peter lang, teoría tridimensional.....	p.58
Capitulo IV Análisis y resultados	
4.1 características de sujeto de investigación.....	p.67
4.2 entrevista:p.67
4.3 Sugerencias y propuestasp.83
4.4 Conclusionesp.87
4.5 Bibliografíap.90

Introducción:

En la sociedad y en la vida solemos presentar distintas situaciones que nos ponen en un estado de alerta de un peligro constante el cual escala en grados hasta convertirse en un trastorno de ansiedad que se deriva según cual sea el origen de la misma esta se presenta por una tensión constante y obliga a la persona que lo padece mantener una posición de defensa e inclusive de agresión, en la época actual en la que vivimos estamos expuestos a múltiples escenarios que nos ponen a prueba día a día es por esta causa que en México la ansiedad y la depresión son trastornos psicológicos más comunes que existen dentro de la población debido al mundo laboral y el bullicio de las grandes ciudades.

aunque esta es un padecimiento común del ser humano y pese a lo que se piensa sobre la misma la ansiedad no es considerada una enfermedad como tal debido a que es parte de las emociones que todas las personas presentamos, cuando esta se mantiene de manera constante, con lapsos de duración cada vez más largos y la frecuencia en que los lapsos se presentan aumentan se puede encasillar en algún tipo de patología de este padecimiento, en las cuales la más común es la relacionada con lo social que en mayor parte se presenta en la población, en consecuencia del abuso del alcohol y las drogas son las que presenta esto en el proceso de abstinencia, en la población mexicana, el índice de edad en la población es de entre los 15 y 45 años de edad en donde el sector más afectado por este es el femenino con un aproximado de 2 a 1 en los cuales se ven relacionados en conjunto de la depresión lo cual dificulta un buen tratamiento.

la ansiedad tiene más dificultades al momento de un tratamiento acertado, dentro de esta tesis se investigara los antecedentes históricos sobre la ansiedad y las

patologías que de esta deriva, del mismo modo abarcaremos a analizar los síntomas que las personas que padecen de ansiedad como las consecuencias que esta misma ocasiona en la vida diaria y lo que afecta a su alrededor ya sea social o familiar, es por eso que el objetivo es lograr explicar de la manera más clara las consecuencias que la ansiedad produce y analizar la calidad de vida que las personas con este trastorno llevan como también identificar la técnica o el tratamiento adecuado para este tipo de padecimiento, tratado de llegar a una conclusión que ayude a analizar si la ansiedad es una de las principales causas por las cuales se derivan más enfermedades físicas o mentales, o ayude a entender si están presentes o se desarrollan a través de la cuestión presentada.

dentro del capítulo 1 trataremos la relación histórica del trastorno desde su origen etimológico hasta la epistemología de esta, trataremos lo esencial que describe las características principales de esta, en el capítulo 2 nos veremos involucrados a desmenuzar y entender la participación de los diferentes teóricos en la materia, cuáles fueron las investigaciones y resultados que obtuvieron sobre el temas y cuáles son los aportes más sobresalientes desde las diferentes áreas psicológicas, la influencia del psicoanálisis, el punto de vista de la conductual con la modificación de la conducta y la posición humanista de la ansiedad .

dentro del capítulo 3 esclarecemos con más detenimiento el principio de la neurosis lo que conlleva el estado extremo del miedo que es lo que este afecta al sistema motor, la hiperactividad y su relación con la hipervigilancia, dentro del capítulo 4 estudiaremos la estructura física anatómica de la derivación de la ansiedad, las partes involucradas en el proceso de este trastorno cuales son las partes involucradas y la interacción con otras como la amígdala, locus cereleus, el tálamo, hipotálamo, hipocampo y la corteza orbifrontal.

en el 5 capitulo abarcamos la etiopatogenia de los trastornos, como el estudio de la preposición genética de padecer alguna especie de trastorno derivado a la ansiedad u otra patología, como la participación como detonante un factor traumático que desate la ansiedad, como el desarrollo cognitivo de la persona afectada, en el 6 capitulo generalizaremos a la ansiedad y abarcaremos las

patologías que esta escala, como el mutismo selectivo el cual en el ámbito social afecta de manera drástica y emocional a quien lo padece, las fobias específicas que de igual forma son problemas de la misma índole , como actual el pánico en la persona y la ansiedad generalizada está presente investigación de carácter documental se realizará con el método científico analítico en la ciudad de Comitán de Domínguez Chiapas esperando ser lo más claro abarcar lo más importante del tema presentado.

Capítulo 1

Causas y consecuencias de la ansiedad

Ansiedad en forma general según distintas teorías

1. Planteamiento del problema:

El desarrollo constante de la población y el crecimiento urbano nos traen un conjunto de beneficios y comodidades, tanto como estilo de vida, la constante evolución en el mundo tecnológico nos hacen cada día enfrentarnos a nuevos retos y a nuevas disciplinas, a su vez nos vemos envueltos en una cadena de constante actualización de conocimientos y contacto directo con las herramientas que estas nos brindan, a su vez la forma en la que observamos los obstáculos de la vida diaria nos hacen entrar en contacto con distintas situaciones en las que nos vemos abrumados de forma emocional, a tal grado de llegar a padecer un trastorno del cual en ocasiones no logramos percibir o no le damos la seriedad e importancia que estas requieren, la constante demanda de progreso en la vida actual nos hace poner a límite nuestra capacidad de tolerar ciertas situaciones las cuales se pone a prueba nuestro bienestar psicológico cargando continuamente cantidades de estrés las cuales nos hacen tener comportamientos inadecuados a nuestra salud mental y física dentro de las cuales están las enfermedades mentales, las cuales se definen como afecciones graves que afectan la forma en la que pensamos y nuestro comportamiento y humor , las cuales tienen afecciones en el ámbito social haciendo que nuestra capacidad de relacionarnos con los demás se vea afectada, es cuando nuestra salud mental se ve comprometida, en definición con la OMS la define de la siguiente manera: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

En México existe un promedio de al menos de 14.3 % de los ciudadanos que padecen de trastornos de ansiedad generalizada, enfermedad de salud mental más común en el país, le sigue la depresión y adicciones, ambas en un porcentaje de 9%.

De los trastornos de ansiedad el 50% se presentan antes de los 25 años; la depresión, la mitad lo hacen entre los 20 y los 30; y la esquizofrenia en hombres, entre los 15 y los 25, en mujeres entre los 25 y 35 años esto según el senado de la república, coordinación de comunicación social, publicado el jueves 07 de diciembre 2017, 17:21.

1.1 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los antecedentes históricos de la ansiedad?
- ¿Cuáles son los síntomas presentes en las personas con ansiedad?
- ¿Cuáles son las consecuencias del trastorno de ansiedad?
- ¿Cuál es la forma más efectiva de tratar la ansiedad?
- ¿Cómo es la calidad de vida de las personas con ansiedad?

1.2 Objetivos:

Objetivo general:

- Explicar las consecuencias del trastorno de ansiedad

Objetivo específico:

- Examinar los antecedentes históricos de la ansiedad.
- Analizar los síntomas presentes en las personas con ansiedad.
- Identificar la forma más efectiva de tratar la ansiedad.
- Analizar la calidad de vida de las personas con ansiedad.

1.3 Justificación:

El motivo de la siguiente investigación es dar a conocer los datos más relevantes e importantes sobre el trastorno de ansiedad en las personas y las cuales afectan a toda la población afectada, siendo una afección que se desconoce en la mayoría de personas que presentan características que se acoplan a las normas para diagnosticar para el trastorno en cuestión, a si hacer de conocimiento general las posibles causas y las consecuencias que conlleva el convivir con la anormalidad en el comportamiento y a su vez las complicaciones que provocan en las relaciones familiares y personales, haciendo una convivencia insana y poniendo en riesgo propio la integridad personal, dando un énfasis sobre el tema se busca promover el interés para los profesionales en la salud mental y bienestar psicológico, esperando dar importancia a dichas afecciones y esperando modificar las estrategias de acción en el tratamiento oportuno y en la aplicación de talleres en la prevención e información sobre el trastorno en cuestión, se espera poner en foco de atención los trastornos relacionados de ansiedad y los trastornos que esa misma provoca con la evolución en el ser humano.

1.4 Hipótesis

Las consecuencias de la ansiedad es el origen a diversas enfermedades mentales y físicas.

1.5 Variables

Variable independiente:

ansiedad

Variable dependiente:

enfermedades mentales

1.6 Metodología

La presente investigación se realizará con el método científico analítico que se define como aquel que descompone la realidad en múltiples factores o variables, cuyas relaciones y características son estudiadas mediante fórmulas estadísticas. Muchas veces estudian sólo partes de la realidad, determinada población o solo ciertas variables. Determinar el área que abarcará el estudio, la población y las variables de las que se ocupará es lo que se hace cuando se delimita el problema. (Iban hurtado león)

Tipo de investigación:

Documental.

Enfoque metodológico:

cuantitativo se define como El enfoque cualitativo, a veces referido como investigación naturalista, fenomenológica, interpretativa o etnográfica, es una especie de “paraguas” en el cual se incluye una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos (Grinnell, 1997)

Técnicas de investigación:

Lectura.

Resumen.

Búsqueda de información documental.

Fuentes electrónicas.

Entrevista.

Corriente epistemológica:

Humanista, que se define como El enfoque humanista se ocupa de desarrollar el potencial humano y no se contenta con su adecuado funcionamiento.

En una palabra, la psicología humanista representa un compromiso para llegar a ser humanos, un acentuar la totalidad y unicidad del individuo, una preocupación por mejorar la condición humana, así como por entender al individuo (Carpintero, Mayor y Zalbidea, 1990).

Ubicación:

La presente investigación se realizará en la ciudad de Comitán de Domínguez Chiapas, con un tiempo estimado de 6 meses de duración.

Capítulo II

EVOLUCION Y ABORDAJE DE LA ANSIEDAD

2.1 concepto de ansiedad

La ansiedad, ha sido considerada desde las primeras décadas del siglo pasado, como una de las emociones paradigmáticas, y que afecta con mayor frecuencia a los individuos. De ahí, que sea la respuesta emocional más ampliamente estudiada y que mayores implicaciones tiene en muchos de los trastornos psicosomáticos y psicopatológicos, pero a su vez es un tema de actualidad, como sabemos los trastornos de ansiedad forman el problema psicopatológico de mayor relevancia en los países de nuestro entorno pese que la investigación sobre las causas de estos trastornos y por sus tratamientos que sean efectivos han sido algo abundantes.

a pesar que se desconoce muchos aspectos de relevancia para la práctica clínica que se refieren a la psicopatología de cada uno de los trastornos o a la elección de cada tratamiento que sea el más adecuado, para cada tipo de paciente, se propone que un problema se podría derivar de la elección de un modelo teórico adecuado que permita conectar el estudio con lo experimental pese que la ansiedad se remonta al propio reino animal de manera muy antigua.

los filósofos y pensadores han escrito sobre ella y su importancia para la vida como también para la experiencia la cual es trascendente en el punto de vista de mc Reynolds a través de la historia nos hace mención que este concepto conocido como ansiedad, surge en el periodo helenístico griego y en 1747 ya era usado por un autor desconocido en una obra titulada como “exploración sobre el origen de los apetitos y afectos humanos”, más a delante Kierkegaard en los años 80 a su propio punto de vista concibe la el termino de angustia como

autoconciencia y una posibilidad de la libertad su visión filosófica existencialista ha influido posteriormente en psicólogos de orientación humanista como May Rogers, finalmente Freud publica en 1926 inhibición, síntoma y ansiedad, quedando así definitivamente incorporado el término a la psicología, en los años 20 surgen dos líneas teóricas divergentes, el primero es Freud que desarrolla un concepto basado en impulsos y vivencias del sujeto de manera interna.

la ansiedad sería concebida como el proceso del ego cuando este oprime o es amenazado por grandes cantidades de excitación que no es controlada, as adelante se formula una segunda versión en donde se determina que la ansiedad actúa como una respuesta interna que se activa ante el inminente peligro de situaciones cotidianas esta da pie al origen de grupos autodenominados neo freudianos, en otra línea el conductismo toma conceptos ambientalistas sobre los términos de miedo y temor en su lugar de la ansiedad, así el miedo es concebido como una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto esta se enfoca en las teorías de aprendizaje en los mismos años 20 se intenta explicar la ansiedad como respuesta condicionada.

en base a esta se desarrolla alrededor de 1968 Peter Lang propone su modelo de tridimensional de la ansiedad y a su vez el propone el miedo como eje central desde entonces su teoría ha sido ampliamente aceptada no solo a manera empírica si no como estudio de las respuestas de ansiedad a su vez como una forma de entender teóricamente la naturaleza de la ansiedad y sus trastornos, este modelo a su vez es generalizado al estudio de cualquier fenómeno emocional, dicha propuesta se basa en el triple sistema de respuesta en observaciones realizadas durante sus investigaciones sobre la técnica de desensibilización sistemática como procedimiento terapéutico en casos de ansiedad de tipo fóbica.

como bien se conoce la ansiedad es una de las afecciones más comunes actualmente dentro de la población por lo cual ha sido tema de debate e investigación para poder ser más clara de entender, siendo esta una de las características incorporadas del ser humano que nos permite ser receptivos de alguna especie de peligro a nuestro alrededor como medio de supervivencia,

actualmente se tiene un conocimiento considerable dentro de la población teniendo en cuenta cuales son los signos con cuales se presenta, sin embargo la presencia de esta se manifiesta en diferentes etapas o niveles los cuales se categorizan por la complejidad de características en las cuales se presenta, este trastorno en su estado puro identificado, no era reconocido como tal hasta el año de 1920, aunque se confundía y actualmente sucede en la mayoría de los casos con la angustia, el temor, la tensión, el estrés y el miedo los cuales al momento de presentarse se puede confundir fácilmente, ya que estos en la antigüedad eran sinónimos agrupando todas las afecciones con el mismo significado, ignorando que se podría tratar de algo más severo que un simple temor, según la real academia de la lengua este es su significado:

Ansiedad

Del lat. *anxiētas*,

-*ātis*.

1. f. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

2. f. Med. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos. (© Real Academia Española, 2020. Felipe IV, 4 - 28014 Madrid)

Dentro del diccionario de medicina se define la angustia como “sensación de constricción o de presión en la región epigástrica, acompañada con la dificultad de respirar y de inmensa tristeza , es el grado más avanzado de la ansiedad”, en el día a día el uso de la palabra ansiedad siempre refiere a un estado de ánimo transitorio de tensión constante como sentimiento y es un reflejo de conciencia en la presencia de peligro que por lo regular se presenta en forma de miedo la cual involucra el estrés otro termino involucrado en este tema el cual incluiremos en el desarrollo del tema, esta es la interpretación de la ansiedad según un artículo de revista:

la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos

y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez. (sierra, ortega, Zubeidat, J.V.I. (MAR. 2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA*, (VOL.3), PP.10-59,)

2.2 Etiología de la ansiedad.

Para comprender este apartado de la ansiedad hay que tener presente las investigaciones que se realizaron de manera bioquímica y por supuesto no dejando de lado la participación de la farmacología que adoptan un papel de importancia en el proceso de comprender el origen de este trastorno, los resultados apuntan la participación de mecanismos bioquímicos, los primeros resultados de los estudios farmacológicos demostraron que los estados de la ansiedad respondían a tratamientos farmacológicos, lo cual dio un camino para la investigación y la participación biológica por separado la fisiopatología tomo fuerza con los resultados que esta obtenía.

aun en la actualidad no se sabe con certeza la dirección correcta de forma lineal, esta se amplía hacia otros sistemas de la neurotransmisión, con técnicas sencillas bioquímicas logran identificar las zonas cerebrales donde las benzodiazepinas eran altamente receptores los cuales tienen un impacto en la acción clínica y los procesos conductuales, otro sistema de la neurotransmisión está ligada serotonérgico en donde los ansiolíticos poseen mayor acción aunque al actuar con base de distintos sistemas se crea un desbalance entre lo deseado obteniendo resultados no tan acertados.

actualmente los modelos de drogas experimentales aún se mantiene en desarrollo la claridad de este tema aún está en su etapa de experimental esperando obtener resultados más específicos y acertados en un futuro, en el

transcurso del tiempo también se plantea el papel de la diferencia biológica del ser humano, nos referimos en el sexo de tal, hombre o mujer ya que cada uno posee distinta composición desde física, biológica y hormonal la cual la diferencia de sexos y la intervención de las hormonas en los procesos químicos, se realizaron estudios concentrándose en la diferencia sexual la cual fue criticada y se vio envuelta en controversias pero que se enfocó en estudiar las variantes en la conformación de la estructura química y funcional del cerebro tanto de la mujer como del hombre la cual repercute en todos los ámbitos de este.

el primer paso para este proceso es determinar el sexo biológico o cromosómico, consecuente a esto se determina el sexo gonadal el cual determina el sistema reproductivo del sujeto, los resultados arrojaron que los factores genéticos si tienen un lugar importante pero que esta nos está en una regla estricta para la aparición de trastornos, no existe hasta el momento estudio que sustente la existencia de un gen que determine una predisposición de este tipo de trastorno, estos mismos ayudaron a comprender el desarrollo y la participación de distintas partes físicas del cerebro como lo explica en lo siguiente:

Por lo que respecta a la neuroanatomía, la amígdala y el hipocampo están muy implicadas en las emociones y en la respuesta de estrés. En los últimos años, se ha demostrado que estas áreas cerebrales son sexualmente dimórficas en su estructura; mientras que la amígdala es mayor en los hombres que en las mujeres, el hipocampo es mayor en las mujeres que en los hombres. Se ha comprobado, además, que la amígdala y el hipocampo reaccionan al ambiente de forma diferente en cada sexo. Cuando se evaluó la actividad de la amígdala, crucial para el recuerdo de sucesos emotivos, de sujetos que contemplaban diapositivas con imágenes perturbadoras, los hombres que manifestaron una respuesta emocional intensa, exhibieron mayor actividad en la amígdala derecha, mientras que las mujeres la mostraron en la amígdala izquierda (Cano, A. (2003). DESARROLLOS ACTUALES EN EL ESTUDIO DEL CONTROL EMOCIONAL. *Ansiedad y Estrés*, (VOL.9), P.2-3)

como ya hablamos anteriormente sobre la proporción de la ansiedad en hombres y mujeres sabemos que la estadística menos favorable es para las mujeres por lo que los estudios epidemiológicos reflejan que el periodo en que se llega a desarrollar las probabilidades de padecer trastornos de ansiedad surgen en la adolescencia y por lo regular desaparecen en el proceso de la menopausia a su vez tiene una variación con el ciclo hormonal de la misma, las hormonas juegan un papel importante en este proceso determinante, refiere que existe una disminución en el embarazo, los trastornos de ansiedad suelen estar asociados a la exposición de situaciones estresantes o en contante amenaza a su vez suelen estar muy influenciados por el proceso hormonal .

2.3 Epistemología de ansiedad.

la ansiedad generalmente poco comprendida, regularmente confundida con la tristeza, el miedo y hasta la culpa, es esa sensación de angustia como la que se comprendía en la época de los filósofos en un intento de explicar la complejidad de las emociones humanas, el pensamiento del ser humano en una introspección hacia la caverna desconocida de su propio comportamiento, haciendo los esfuerzos por explicar y comprender su propia naturaleza que dota de vida al hombre, esto dio lugar a muchos textos filosóficos en la búsqueda de la comprensión.

Aristóteles comprendió la idea del alma que es algo que da valor al mismo hombre en el libro “acerca del alma” comprendemos un poco de todas las ideas de ese momento aunque en si no concreta ni decreta una explicación de la idea del alma con relación a las emociones, a simples rasgos nos incita a analizar que todo está relacionado con la actividad del cuerpo, la composición orgánica de este así como el debate para definir el origen de este, la relación que tiene con el placer y el dolor y los cuales se involucra el sueño como la cólera que podría ocasionar la locura, dentro del escrito nos trata de explicar lo siguiente

La teoría aristotélica del alma funciona en un doble sistema opositivo: frente al cuerpo y frente a la vida o funciones vitales. Frente al cuerpo, el alma se destaca como acto; frente a la vida, el alma aparece como potencia. Esta segunda es la perspectiva que corresponde al texto transcrito en el que los ejemplos utilizados son dos, el ojo y el hacha. El ojo se define por la capacidad de ver (vista) y el hacha por la capacidad de cortar: tales capacidades o potencias constituyen su esencia. Análogamente, señala Aristóteles, el viviente se define por su capacidad de vivir, siendo ésta su esencia, es decir, su alma. (CALVO MARTÍNEZ, TOMÁS. (----). *ACERCA DEL ALMA- ARISTOTELES*. MEXICO: BIBLIOTECA BÁSICA GREDOS Libera los Libros)

Kierkegaard propone una visión del hombre frente a la angustia planteando una pregunta base “¿de qué se angustia el hombre?” y nos explica que la preocupación llamada angustia en los hombres es simplemente la nada, que no existe nada, únicamente la “posibilidad” lo cual pone en duda a la nada convirtiéndose en algo, y esto se define a que lo posible no es algo concreto, de algo que puede ser pero que a su vez no es nada esto se lleva a la angustia, que en proporción es una nada porque en si no representa ningún valor pero que simultáneamente y que cada vez se vuelve poco a poco en algo, aquí un breve ejemplo encontrado en el texto:

la angustia puede compararse muy bien con el vértigo. A quien se pone a mirar con los ojos fijos en la profundidad abismal le entran vértigos. Pero ¿dónde está la causa de tales vértigos? La causa está tanto en sus ojos como en el abismo. ¡Si él no hubiera mirado hacia abajo! Así es la angustia el vértigo de la libertad; un vértigo que surge cuando, al querer el espíritu poner la síntesis, la libertad echa la vista hacia abajo por los derroteros de su propia posibilidad, agarrándose entonces a la finitud para sostenerse. En este vértigo la libertad cae desmayada. (Rojas, F. (2016). La angustia: un camino del hombre hacia lo divino. *Ideas y Valores*, 65 (Sup. N.º 2), 137-154.)

El estudio de manera científica de la ansiedad sobre la ansiedad normal y patológica se centra en tres partes explicativas así como lo es la ansiedad como rasgo el modelo del condicionamiento y los modelos cognitivos de procesamiento de información, el estudio científico de la ansiedad de forma normal ha estado relacionado con el estudio de la personalidad en mayor cantidad hacia una perspectiva de los rasgos.

dentro de los estudios existe una parte importante sobre los estudios de los rasgos centrándose en el concepto de la ansiedad como una característica que se muestra de manera constante y estable dentro de los individuos, la neurosis experimental era provocado a manera experimental en animales que se daba al mantenerlos en situaciones conflictivas y al exponerlos a características personales que se relacionaran con el temperamento según esto pavlov menciona que al estar expuestos a características temperamentales se predisponen a biológicamente a adquirir o no las conductas neuróticas cuando estos se exponen a condiciones apropiadas aunque estas no las determinan.

esta visión de la ansiedad como rasgo de personalidad surgió en un contexto de activación de impulso, por su parte estas investigaciones han resultado clave en lo que consta de modelos de condicionamiento a su vez como los modelos de procesamiento de la información enfatizan los procesos de adquisición de los trastornos de ansiedad sin que se reconozcan las variables o factores que determinan la adquisición de tales, el condicionamiento y sus modelos afirman sobre los trastornos de ansiedad como conjuntos de respuestas que son metódicamente aprendidas en el proceso del condicionamiento , como la conducta que es aprendida de forma principal y que las distintas formas de aprendizaje explica el mantenimiento y su desarrollo en estos los más empleados son el condicionamiento clásico y el aprendizaje por evitación

2.4 Ansiedad.

Hasta hace pocos años, la ansiedad ha sido generalizada como una respuesta global del organismo que dependiendo del enfoque a cuál nos refiramos, esta respuesta global podía ser considerada como una reacción emocional o como rasgo de personalidad, siendo de cualquiera de las dos formas considerada la ansiedad como un constructo unidimensional.

A partir de los años 70-80 se desarrollaron otros enfoques que demostraron que es más útil considerar a la ansiedad como un constructo multidimensional. Freud denomina "neurosis de angustia" a un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Además, es característica la "espera angustiosa", que corresponde a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo: la tos es signo de una enfermedad mortal; si hay gente en la entrada de la casa, es porque ha ocurrido una tragedia, si doblan las campanas, es un ser querido que ha fallecido.

Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis: una angustia flotante que se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada, incluyendo a la locura y a la muerte, pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación.

Otra manifestación sobresaliente de la neurosis de angustia es la presencia de "ataques de angustia", los que adquieren distintas formas. Algunos pacientes presentan una perturbación de la actividad cardíaca, como palpitaciones, arritmia o taquicardia; otros, del aparato respiratorio, con disnea y ataques semejantes a los asmáticos. La sudoración, especialmente nocturna, y los temblores son frecuentes, así como también la bulimia y el vértigo. A lo dicho se agrega el "pavor nocturno de los adultos", consistente en un despertar con angustia, disnea y sudoración.

El vértigo que describe Freud en estos pacientes es una sensación de inestabilidad, como si el suelo oscilara y las piernas, temblorosas y blandas, se hundieran en él, de manera que es imposible continuar en pie. Este vértigo se acompaña de importante angustia, taquicardia y agitación respiratoria.

Las afecciones que el ser humano está expuesto a las características que se cumplen en un sujeto y causa una desadaptación en la conducta se clasifican como trastorno, esta implica dificultades en los entornos familiares, sociales, laborales etc., esta desadaptación varía según las características del mismo.

El término 'trastorno' no es preciso, lo utiliza para señalar "la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo, la ansiedad forma parte de la lista de trastornos mentales los cuales dificultan las actividades y que puede progresar a una patología, la ansiedad es parte de las emociones que el hombre contiene en su interior, es parte de su existencia.

Al ser parte de la emoción se comprende que la ansiedad la presentamos todos y cada uno de los humanos en la tierra, aunque se debe remarcar que todos lo presentamos de manera distinta y en diferentes grados, esta se vuelve un problema cuando el sujeto no tiene una respuesta ante esta de una forma adaptativa, es decir el sujeto no logra adaptarse ni es capaz por sí solo.

Si su capacidad no permite superar este estado lo cual causa un comportamiento fuera de lo común, lo que según las normas sociales salen del parámetro causando una desadaptación del sistema y exponiendo a la persona a una categorización de "enfermo, loco" más esto simplemente puede agravar la situación, la psicología tiene la ansiedad como un tema de importancia.

La comprensión de esta aún es poca, su incorporación de esta se dio en 1920 cuando se le reconoció como trastorno y se le dio área de estudio, para comprenderla un poco más podremos decir que la ansiedad causa en el individuo una combinación de malestares físicos y mentales, y que comprenden la

existencia de un peligro constante que pone en una situación tensa y de llena de temor a la persona que lo padece, el peligro constante que siente, no existe solo es un pensamiento interno que no logra evadir, llegando a convencerse que es real, este momento de crisis se mantiene constante que en grados más altos se convierte en pánico, llegando a paralizar al sujeto, por otra parte esta se puede manifestar en un estado de peligro lo cual se refleja en un histeria y lapsos obsesivos, este se presenta debido que a la característica del comportamiento primitivo del hombre, e miedo detona la agresividad como medio de defensa ante el peligro los cuales son imprevisibles e indefinibles.

Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real. La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Sierra, Juan Carlos, & Ortega, Virgilio, & Zubeidat, Ihab (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade, 3(1),10 - 59.[fecha de Consulta 20 de Junio de 2020]. ISSN: 1518-6148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271/27130102>).

existen tantas definiciones de ansiedad como modelos teóricos donde encuadrar la misma, pero todas coinciden en señalar que es una respuesta adaptativa, que protege la integridad de los individuos ya que nos prepara para la acción Se manifiesta a nivel cognitivo por lo tanto es una respuesta multidimensional.

Esa respuesta de ansiedad, que en principio es adaptativa, puede llegar a ser patológica cuando la respuesta emocional de tensión es intensa y duradera, de escaso control voluntario, ante una situación importante para nosotros, que valoramos como amenazante y sobre la que percibimos no poder hacer frente de manera adecuada, Esa interpretación va a provocar en nosotros un conjunto de manifestaciones a nivel cognitivo, fisiológico y motor , La respuesta cognitiva-subjetiva se caracteriza por un estado de malestar o de estrés, particularizado

por sentimientos de tensión, inquietud, inseguridad, pensamientos negativos, anticipaciones de eventos negativos, dificultad para concentrarse, para tomar decisiones o para el recuerdo y sensación general de pérdida de control.

Estas manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el miedo intenso de pérdida de control pudiendo producir ataques de pánico o crisis de angustia. La respuesta fisiológica, hace referencia a los cambios que se producen en la actividad del SNA y del SNS que va a provocar síntomas en los distintos sistemas orgánicos a nivel cardiovascular a nivel neuromuscular, o a nivel neurovegetativo en último lugar, y no por ello menos importante la respuesta motora que hace referencia a los comportamientos observables, poco ajustados y pobremente adaptativos que el sujeto lleva a cabo como consecuencia de la actividad cognitiva y fisiológica.

Entre ellos, hiperactividad, paralización motora, tics, dificultades de expresión verbal, conductas compulsivas o conductas de escape o evitación ante determinadas situaciones. Los tres sistemas se consideran parcialmente independientes, pero altamente interactivos (Lang, 1971), lo que no quiere decir que si uno se activa no se active el otro. En la actualidad existe abundante investigación sobre la falta de concordancia entre los tres sistemas por lo que no pueden ni deben considerarse equivalentes.

Desde un punto de vista etimológico, la palabra "ansiedad" tiene un antepasado directo en latín, *anxietas*. Este término latino proviene, a su vez, de la raíz indoeuropea *angh* de la cual se deriva no sólo y aquí está lo interesante el vocablo *anxietas*, sino también la palabra *ango*, angustia. Ambos términos, como lo señalara Pichot (1999), eran utilizados de manera indistinta para hacer referencia a diferentes significados, tal como puede rastrearse en textos de autores clásicos como Cicerón o Virgilio:

constricción, angostamiento, achicamiento y sufrimiento. Y es justamente esta ambigüedad de significados y de términos (*ansiedad*, *angustia*; *constricción*, *sufrimiento*) la que atravesará toda la historia del concepto y que llegará hasta nuestros días.

El mundo actual implica una época de grandes cambios, con ritmos de vida enormemente acelerado, mayor demanda de competencia y especialización. Este entorno exige a las personas mayor grado de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, seguridad en sí mismo y capacidad para moldearse a situaciones nuevas.

Precisamente, las contrariedades y exigencias que cotidianamente debe enfrentar el hombre propician estar sometido a muchos momentos de angustia, lo cual la hace responsable de aspectos tan diversos como: la primera úlcera gástrica de un ejecutivo, el accidente de cierta persona, la incapacidad de un individuo para disfrutar de las relaciones sexuales con su pareja o una inexplicable depresión. Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas por este tipo de trastorno mental. En sí, la angustia o indicadores estresantes están en todos lados y ámbitos como el educativo, familiar, social y laboral

La ansiedad se presenta de manera natural en el hombre como ya lo habíamos mencionado con anterioridad aunque esta se manifiesta en diferentes grados los cuales cuando rebasa los límites por mencionarlo de esta manera lo podremos catalogar como un patología esta se presenta en todos los humanos, en manera estadística en mayor proporción en la población femenina , incluso actualmente se tiene comprendido en base a la evolución del entorno y de la vida actual se manifiesta en niños y adolescentes lo cual causa una alarma en el sector de la salud logrando derivarse hasta convertirse en una patología, ahora bien comprendemos patología como el campo de la medicina encargada de estudiar las condiciones en las cuales se presentan en el ser humano , como sus características, las causas de estas y en el aspecto biológico las partes físicas involucradas en esta se puede comprender mejor bajo lo siguiente:

La ansiedad patológica consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión. La persona que tiene ansiedad teme volverse loca,

morirse o realizar un acto incontrolable. Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico (inquietud psicomotriz, pilorección, taquicardia, taquipnea, sensación de muerte inminente, tensión, etc.).

Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social. (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280)

La respuesta de un individuo ante la ansiedad se concebirá como un estado de amenaza lo cual para el afectado se mantiene su pensamiento de supervivencia, los cuales se manifestarán según su estado de conciencia y de conocimiento del mismo, la forma de actuar ante esta situación puede ser variada algunos escenarios pueden ser problemas físicos, la evitación de situaciones, huir de la escena, llanto e incluso una parálisis momentánea.

2.5 Ansiedad y depresión

La tristeza es algo que todos sentimos en algún momento. Es una reacción normal a los tiempos difíciles de la vida y, por lo general, se va en poco tiempo. Sin embargo, cuando una persona tiene depresión, ésta interfiere con la vida diaria y el funcionamiento normal. Puede causar dolor, tanto para el que tiene depresión como para aquellos que se preocupan por él.

Los médicos lo llaman un trastorno depresivo o depresión clínica. La depresión es una enfermedad real. No es una señal de debilidad o un defecto de carácter. No se puede simplemente salir de la depresión clínica. La mayoría de las personas que tienen depresión necesitan recibir tratamiento para poder mejorar, la depresión es constantemente relacionada con la ansiedad esta dificulta una detección oportuna o acertada en ocasión es esta vinculación puede dificultar el

tratamiento correcto, los factores de este misma varía según el estilo de vida de la persona en cuestión, incluso la cuestión genética y biológica a su vez la química del cerebro, como también la historia personal de la persona esta afección tiende a presentarse a cualquier edad y no distingue de nadie, la edad estimada de la presencia de esta se estima en principios de la adultez temprana contemplada entre los 25 y 35 años, los adultos con depresión suelen ser personas que durante su infancia estaban expuestos a una ansiedad constante la cual en la etapa adulta la depresión se puede convertir en crónica.

al ser un trastorno de la conducta se puede estar relacionado a otras afecciones médicas en un estado grave, como puede ser diabetes, enfermedades cardiacas, Parkinson o incluso cáncer, esta no difiere ante ninguna de las situaciones ya que su ubicación no es del todo biológica, esta afecta de distintas formas a las personas por su sintomatología y su nivel a causa de diferentes enfermedades logra variar según es estado de la enfermedad que padezca en conjunto.

Esta forma de miedo, representada clínicamente por las fobias sociales y sexuales, se ofrece a la experiencia clínica de modo diferente, no se relaciona con la amenaza representada por la naturaleza y sus azares, sino que surge desde el interior mismo del proyecto personal, Cuando decimos proyecto personal, estamos afirmando algo esencial. El sentido que sigue el desarrollo de la vida del hombre contempla, desde la partida, la presencia de otras personas con las que, de diverso modo, se establecen vinculaciones familiares, sociales y laborales, A diferencia de la humanidad abstracta, estos vínculos fácticos son los que dan a cada uno su "sitio", su espacio de pertenencia e identidad y dónde ser la persona que soy adquiere, no sólo su fisonomía, sino también sus derechos y obligaciones intransferibles.

El respetar, amar y valorar a "ciertos" otros, y el ser respetado, amado y valorado por ellos no es, pues, algo prescindible o adjetivo; a la inversa, es esencial para el desarrollo de las posibilidades de cada cual. El otro nos falta, en algún sentido, siempre, de allí que nuestra necesidad de él sea perpetua. Por eso hablamos: para abrir y abrimos a un otro que ineluctablemente se nos cierra. Sin embargo,

esta necesidad del otro, como cualquier carencia, no sólo es camino de satisfacción, sino también de fracaso: el otro nos falta, pero su presencia también nos amenaza.

El fracaso frente a los otros que nos importan y definen, no se relaciona ya con la naturaleza que nos posibilita y limita al mismo tiempo, con esa dimensión que nos hace nacer, pero también morir, sino con un ingrediente necesario al sentido de la vida humana, siempre ya "con otros", La vergüenza sólo es posible por la mirada del otro, por su ser testigo. Entre los actos diarios de cualquier persona hay muchos que realizados en soledad son, por así decirlo, neutros, pero que, por la simple mirada del otro, y sin que éste haga algo distinto que estar ahí, se transforman en vergonzosos. De allí que el componente decisivo en este caso no sea el acto en sí, sino el acto frente a la mirada de los otros.

Y, la culpa, es un adeudar a estos mismos otros, un no haber estado a la altura que ellos merecen y que también en muchos aspectos define mi propia altura. La envidia y la humillación, respectivamente pasiva y activa, dan al otro un lugar de superioridad. Envidio lo que me falta, aquello de lo que carezco y que creo que el otro tiene y que lo dignifica. Y, es también el otro el que activamente me rebaja en mi condición humana al humillarme.

Todos estos sentimientos son complejos, pero al hacer este boceto, lo que quiero es resaltar que en todos ellos el otro es definitorio. Sin embargo, sin el otro cercano, amado o valorado, y precisamente sin él, se dan las experiencias de las crisis de pánico, de la agorafobia y lo descrito antes como angustia frente a la naturaleza. Justamente, la presencia del otro con quien se posee vínculos, aminora o incluso colapsa dicho tipo de miedo. Pero, he aquí que ese mismo otro "significativo" y no cualquier otro, ese que nos alivia de ese miedo, es ahora él mismo fuente de él. En las Fobias Sociales y Sexuales el miedo aparece frente a una persona o a un grupo de ellas, con los que se posee una vinculación significativa, y donde se espera del sujeto una conducta personal e intransferible, es decir, donde quedo especificado y no puedo ser anónimo.

la ansiedad se puede dar en conjunto de otras afecciones bilógicas como también se ha identificado combinación de trastornos como lo es la ansiedad en conjunto de la depresión el cual llega a obstaculizar un tratamiento adecuado, este conjunto de trastornos han sido parte de diferentes estudios por parte de la psicología clínica y la psicopatología, aunque los esfuerzos de los profesionales aún no han logrado soluciones o avances significativos , esta misma pese a las investigaciones no cuenta con marco teórico ni con una teoría que logre comprender la situación de esta situación de dualidad de trastornos en el set humano, en los últimos años se ha logrado tener avance en el área cognitivo-conductuales postulando un modelo de teoría de manera integrada ante la depresión Beck propone una teoría al respecto La teoría de Beck articula las diferencias y semejanzas entre ansiedad y depresión en lo que se conoce como la hipótesis de la especificidad de contenido:

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. Por otro lado, tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o de privación. (Sanz, J.. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck . *Canales de psicología*, (VOL 2), PP.133-170,)

2.6 Teoría de los tres sistemas de respuesta a la ansiedad

Propuesta por Peter lang en 1968 es una de las teorías que se ha convertido con el paso de los años en una de las corrientes , más populares con la conceptualización así como la evaluación y el tratamiento de ansiedad, esta se define como un sistema compuesto por tres partes las cuales son la conductual lo fisiológico y lo cognitivo, esta desde haber sido propuesta fue y sigue siendo aceptada con el modo de objetivar el estudio empírico de las respuestas de ansiedad los trastornos que esta implica, a su vez como herramienta para comprender de forma más objetiva la ansiedad y los trastornos ligados a esta, esta se basa sobre observaciones realizadas durante sus investigaciones sobre la técnica de desensibilización sistemática como tratamiento de la ansiedad fóbica.

en sus primeros estudios contradecía la teoría de la emoción, afirmando no tener ninguna relación directa entre las medidas de miedo o de ansiedad, por lo tanto llego a la conclusión que esta depende de un triple sistema de respuesta eliminando la idea de que la ansiedad se define como un concepto individual, a modo cognitivo la ansiedad normal se manifiesta en sentimientos o pensamientos de miedo preocupación o temor mientras que la ansiedad se manifiesta como un evento de magnitudes muy grandes, esto se califica como desordenes de pánico la cual produce imágenes de eventos anticipados desorbitados de un problema, en cuestión de lo fisiológico existe un aumento de los dos sistemas implicados como lo es el sistema nervoso autónomo y el sistema nervioso somático así como se involucra la actividad neuroendocrina del sistema nervioso central.

las respuestas motoras son el aumento de la actividad fisiológica y cognitivas los cuales sufren importantes cambios en la respuesta motora y se dividen en cambios de respuesta directos o indirectos, dentro de las directas se engloban los tics temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias

etc., también se caracteriza por alentar la respuesta motora como también su precisión en lo que respecta a las indirectas se refiere a las conductas aplicadas a las de evasión o escape que produce la ansiedad y que ocasionalmente no están bajo el control voluntario de la persona que la padece.

esta teoría es base para una serie de implicaciones que conllevan la intervención aplicable a los trastornos de ansiedad, durante el proceso de investigación se encuentra una falta de concordancia entre las partes de sistema de dicha teoría cuando un debate de discordancia la cual se manifiesta al momento de la evaluación cada parte del sistema tiene un resultado de intensidad diferente a los demás esto hace que tenga cada parte una independencia, lo cual se traduce como una medición independiente en distintas áreas, cada parte mide el área que el sujeto presenta con tensión discriminando a las otras partes por lo tanto habría que determinar cuál de las manifestaciones predomina o el patrón de respuesta que este arroja, en un estudio comparativo entre personas con y sin trastornos psicósomáticos.

Encontraron índices más elevados de reactividad fisiológica auto informada en aquellos con trastornos psicósomáticos incluso en aquellas situaciones que no fueron valoradas como amenazantes.

Posteriormente, Espada, Torres, Cano-Vindel y Ochoa (1994) encontraron perfiles diferenciales de respuesta cognitiva, fisiológica y motora en un estudio comparativo de sujetos con trastorno por angustia con agorafobia, ansiedad generalizada y grupo control, de modo que los diagnosticados de trastorno por angustia con agorafobia se caracterizaron por una elevada reactividad cognitiva respecto a la reactividad fisiológica y motora.

El grupo de pacientes diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada se caracterizó por presentar una elevada reactividad motora ligeramente superior a la reactividad fisiológica, y ambas muy por encima de la reactividad cognitiva. Finalmente, el grupo control se caracterizó por una mínima reactividad en los tres sistemas de respuesta.

Según la teoría de Lang (1968), ninguno de los tres sistemas de respuesta es considerado prioritario en la respuesta compleja de ansiedad. Así, cada sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) es considerado potencialmente relevante para medir y evaluar las respuestas de ansiedad. La adopción de esta teoría tuvo, al menos, dos efectos importantes sobre la evaluación de la ansiedad por parte de los investigadores cognitivo-conductuales (Martínez, Ingles, Cano, García, M, C, A YJ. (2012). ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA TEORÍA TRIDIMENSIONAL DE LA ANSIEDAD DE LANG. *Ansiedad y Estrés*, (VOL.18), PP.201-219)

Capítulo III

MARCO TEORICO

3.1 Sigmund Freud

Freud ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Viena en 1873, a los diecisiete años de edad, Ernst Von Brücke era profesor de Fisiología y director del Laboratorio de Fisiología de la Universidad de Viena, En 1874, Brücke publicó su libro Lecciones de Fisiología, donde exponía la opinión radical de que el organismo vivo es un sistema dinámico al que se aplican las leyes de la física y la química, Freud sentía un gran respeto y admiración por Brücke y muy pronto aceptó la doctrina de esa nueva fisiología dinámica.

Poco tiempo después pasó a trabajar como ayudante en el Laboratorio de Fisiología. Mientras Freud aún era estudiante de medicina, Wilhelm Wundt, que había sido asistente de Helmholtz en Berlín, fundó en 1879 un laboratorio en la Universidad de Leipzig, para el estudio experimental de la mente humana a través del método de la introspección analítica. De esa manera, la psicología quedaba definida como el estudio científico de la mente humana, y ésta se identificaba con la experiencia consciente. Mientras tanto, Sigmund Freud terminó su formación universitaria en medicina en 1881, pero sin interés por la práctica médica profesional. Su pasión por la investigación, que se había manifestado desde sus años de estudiante de medicina, lo perfilaba como un investigador con brillante futuro en el campo de la Fisiología, Pero en vista de la precaria situación económica por la que atravesaba Freud, Brücke le sugirió que debía renunciar a emprender una carrera teórica.

Charcot acababa de descubrir una relación estrecha entre la hipnosis y la histeria; al parecer, había algo histeroide en la hipnosis y algo hioideo en la

histeria, por lo cual era posible utilizar la hipnosis para curar la historia, El contacto con Charcot despertó en Freud el interés por los problemas de la mente humana, el interés de Freud por estudiar la mente humana se desarrolló al margen de la ciencia psicológica propuesta por Wilhelm Wundt, es decir, al margen de la psicología experimental, En el lenguaje de Wundt, podríamos decir que los estudios de Freud sobre la mente humana pertenecían a una segunda psicología, nombre con que designó Wundt a la psicología que se hacía fuera del laboratorio.

Posteriormente, Freud reconoció que su posición sobre lo psíquico inconsciente tenía un antecedente en las ideas del filósofo Theodor Lipps. En ese sentido, expresó:

Un filósofo alemán, Theodor Lipps, afirmó con la mayor claridad que lo psíquico es en sí mismo inconsciente y que lo inconsciente es lo verdaderamente psíquico. El concepto del inconsciente ha estado desde hace tiempo llamando a las puertas de la psicología para que se le permitiera la entrada. La filosofía y la literatura han jugado con frecuencia con él, pero la ciencia no encontró cómo usarlo. El psicoanálisis ha aceptado el concepto, lo ha tomado en serio y le ha dado un contenido nuevo. Con sus investigaciones ha llegado a un conocimiento de las características de lo psíquico inconsciente que hasta ahora eran insospechadas y ha descubierto algunas de las leyes que lo gobiernan. (RODRIGUEZ., A.. (1992.). SIGMUND FREUD: PSICOLOGÍA, PSICOANÁLISIS Y MÉTODO CIENTÍFICO. *Perspectivas Psicológicas/Santo Domingo (Rep. Dom.)*, (VOLS.6-7), pp.92-101,).

En 1886, Freud se establece como neurólogo clínico en Viena, pero desde 1876 se hallaba dedicado al trabajo investigativo: primero en el laboratorio del Instituto de Fisiología de Ernest Brücke y luego en el Laboratorio de Anatomía Cerebral, cuyas puertas le fueron abiertas por Meynert. Empieza, de este modo, a recibir en su consulta gran número de pacientes diagnosticados como enfermos nerviosos, categoría que plantea a la medicina de finales del siglo XIX enormes

dificultades. Consideraban los internistas que los trastornos y padecimientos de una serie de enfermos no correspondían a enfermedades del estómago, de la vista, etc., sino del sistema nervioso. Este grupo de pacientes se destacaba por la variedad y la exuberancia del cuadro clínico

son personas que no pueden realizar ningún esfuerzo mental a causa de sus dolores de cabeza o de su falta de concentración, los ojos les duelen al leer, las piernas se les fatigan al caminar, sintiéndolas sordamente doloridas y como embotadas; su digestión está perturbada por sensaciones molestas, por eructos o por espasmos gástricos; las evacuaciones sólo las realizan con ayuda de medicamentos; dormir le resulta imposible, etc.

Todos estos trastornos pueden presentarlos simultánea, sucesiva o sólo parcialmente; más en todos los casos tratase a todas luces de una y la misma enfermedad. Además, los síntomas suelen ser muy variables y sustituirse o sucederse mutuamente; el mismo enfermo que hasta el momento estaba impedido de trabajar por los dolores de cabeza, sin que lo molestara su digestión, pueden sentirse al día siguiente totalmente aliviado de aquéllos, pero desde ese instante no soportará, por ejemplo, casi ningún alimento.

Los trastornos también pueden desaparecer súbitamente ante una modificación profunda de sus condiciones de vida; en un viaje, por ejemplo, podrá sentirse muy bien y saborear sin trastornos las más diversas comidas, pero apenas vuelto a su casa debe limitarse a ingerir leche cuajada. En algunos de estos enfermos el trastorno -un dolor, una debilidad paralizante- hasta puede trocar de pronto el lado del cuerpo afectado, saltando del derecho a la misma región del lado izquierdo. Más en todos los casos es posible confirmar que los síntomas se hallan bajo la influencia directa de las excitaciones, de las conmociones emocionales, las preocupaciones, etc., y que pueden desaparecer, cediendo la plaza a una perfecta salud, sin dejar rastro alguno, aunque sean de larga. (RODRIGUEZ., A.. (1992.). SIGMUND FREUD: PSICOLOGÍA, PSICOANÁLISIS Y MÉTODO CIENTÍFICO. *Perspectivas Psicológicas/Santo Domingo (Rep. Dom.)*, (VOLS.6-7), pp.92-101,).

3.1.1 Neurosis

En el último tercio del siglo XVIII surgió la obra de William Cullen (1710- 1790), uno de los miembros más destacados de la escuela médica de Edimburgo. Dos aspectos ideológicos ubican la contribución de Cullen: el vitalismo y la nosotaxia more botanico. Cullen fue uno de los pilares del vitalismo dieciochesco. La escuela vitalista atribuía la diferencia entre lo viviente y lo no viviente al principio vital, es decir, a una fuerza específica, ontológica y operativamente superior a las restantes en la naturaleza cósmica (Laín-Entralgo, 1998).

El vitalismo del siglo XVIII se desarrolló a partir del concepto de irritabilidad de Albrecht Von Haller. Para éste, la nota distintiva de la materia viva es su capacidad de percibir cambios en el mundo exterior (sensibilidad) y de responder a ellos (irritabilidad). La sensibilidad es propiedad específica del nervio y la irritabilidad lo es del músculo; por eso los nervios son moderadores, mientras que los músculos son autores. Posteriormente, el concepto de irritabilidad se asoció con el de fuerza nerviosa o tono, que era conferido al organismo por acción del sistema nervioso.

William Cullen heredó esta doctrina y fue, concretamente, el representante más característico de la versión de dicho vitalismo llamada neuropatología, que fundamentaba todas las funciones y la existencia de la vida en la actividad del sistema nervioso, reduciendo asimismo todas las enfermedades a alteraciones nerviosas. Otro aspecto importante para entender la ubicación ideológica de Cullen es su adscripción a la nosotaxia more botánico, esto es, la clasificación de las enfermedades al estilo de los botánicos. Es conocido el caso de Carlos Linneo, médico y botánico que realizó, entre otras, una taxonomía de las plantas. Por poner un ejemplo –pero ahora con términos de la taxonomía contemporánea–, el peral pertenece al reino vegetal, a la clase de las angiospermas (plantas cuyas semillas están encerradas en un fruto), subclase dicotiledóneas (plantas que tienen dos hojas embrionales al momento de la germinación), orden de los rosales y género pyrus.

Neurosis, termino implementado por el medico William Cullen de origen escocés, en cuanto a las afecciones que parecían tener origen de manera neurológica pero que no presentaban una causa orgánica definida, sin presencia de lesiones en el órgano en donde se mantenía el síntoma encontramos una definición:

Las neurosis son todas las afecciones contra natura del sentimiento y del movimiento donde la pirexia no constituye una parte de la enfermedad, y todas aquellas que no dependen de una afección tóxica de los órganos, sino de una afección más general del sistema del cual depende especialmente el movimiento y el pensamiento". (Gómez, G.. (2008). FREUD: ENFERMEDADES NERVIOSAS, ANGUSTIA Y ESTRÉS O del estatuto del cuerpo implicado en las dolencias del sujeto. *Affectio Societatis*, (VOL.9), pp.1-20,).

Freud cuestiona fuertemente la neurología de su época por estar en un estado de estancamiento conformista por el hecho de dar nombre en las causas de estados nerviosos ya sean ligeros o graves trastornos funcionales en las partes del cerebro en cuanto a su lesión provocaba parálisis orgánica etc. Así, interroga la tesis de Charcot sobre la lesión cortical, aunque solo dinámica, con la que este maestro de la neurología explicaba la histeria.

También, hace ver cómo a pesar de los avances en los métodos de exploración de su época, la medicina no lograba encontrar daño alguno en las estructuras del cuerpo, ciertos rasgos del cuadro clínico aún excluyen totalmente la posibilidad de que en el futuro, disponiendo de medios de exploración más sutiles se llegue a demostrar tales afecciones, susceptibles de explicarlos aspectos clínicos de la enfermedad; hoy la medicina apoyada en las técnicas de la imagen informática – en especial de la resonancia magnética, que arroja datos cuantitativos y no cualitativos sobre la anatomía cerebral.

Dos grandes cuadros clínicos conformaban, en la medicina de la época freudiana, las enfermedades nerviosas: la histeria y la neurastenia; cuadros que Freud sitúa en dos registros distintos, atendiendo a su etiología y a la dimensión del cuerpo en ellas implicado: la histeria en las psiconeurosis y la neurastenia – una de cuyos síntomas era la angustia– dentro de las neurosis actuales.

El término neurosis actual es introducido por Freud en 1898 para situar la neurosis de angustia y la neurastenia, solo más tarde incluye la categoría médica existente de hipocondría, Tal diferenciación, neurosis actuales y psiconeurosis, se sostiene en consideraciones de carácter patógeno y biológico: si en ambas neurosis la causa es sexual, en las neurosis actuales se trata de desórdenes en la vida sexual actual, y no de sucesos importantes de la vida pasada como en las psiconeurosis.

La etiología de las neurosis actuales es particularmente somática, y no de orden psíquico como en las psiconeurosis. En las neurosis actuales el factor desencadenante del trastorno se encuentra en lo somático (en la neurosis de angustia, será la ausencia de descarga de la excitación sexual, y en la neurastenia la descarga inadecuada de la misma excitación. Luego, sobrecarga de excitación sexual causada por una acumulación que no conllevaba descarga), mientras que en las psiconeurosis –histeria y neurosis obsesiva– se halla en lo psíquico. las neurosis actuales a partir de una metáfora energética y económica de la sexualidad donde la energía liberada debe ser trasformada, de lo contrario se acumula y produce malestar en el organismo.

Esta concepción energética del funcionamiento nervioso le viene de la escuela fisiológica de Helmholtz, a quien Freud había conocido a través de la enseñanza de Brücke. la esencia de [las neurosis actuales, dice Freud] reposa en las perturbaciones de los procesos sexuales, de aquellos procesos orgánicos que determinan la producción y el empleo de la libido sexual. En último término, no podemos por menos de representarnos estos procesos como de orden químico, viendo así en las neurosis actuales los efectos somáticos, y en las psiconeurosis, además, los psíquicos de los trastornos del metabolismo sexual. La analogía de las neurosis con los fenómenos de intoxicación y de abstinencia, consecutivos al uso de ciertos alcaloides, y con la enfermedad de Basedow y la de Addison, se impone clínicamente, y del mismo modo que estas dos últimas enfermedades, no pueden ser ya descritas como, también las propiamente dichas habrán de ser excluidas de tal categoría, no obstante su nombre.

En la neurosis de angustia los síntomas se caracterizan por una naturaleza tóxica de tal magnitud que, su cuadro clínico se asemeja a los fenómenos consecutivos a una incorporación exagerada o a una privación repentina de ciertos tóxicos del sistema nervioso. Es un hecho, en los momentos de angustia predominan las perturbaciones de la actividad cardíaca, respiratoria, digestiva, hay sudoración, temblores y convulsiones, bulimia, vértigo, entumecimiento y adormecimiento, etc. La noción de neurosis actual finalmente desaparece de la nosografía freudiana en la medida en él encuentra que, sea cual sea el valor precipitante de los factores actuales, siempre se descubre en sus síntomas la expresión simbólica de conflictos psíquicos, como de acontecimientos de la infancia. Y, en lo que referente al asunto de cuerpo, constatará que el cuerpo (en su condición necesaria de goce), está igualmente presente en las psiconeurosis

la histeria utiliza con gran preferencia, para la formación de sus síntomas, todas las influencias normales y patológicas que la excitación libidinosa ejerce sobre el soma. Desempeñan éstas entonces el papel de los granos de arena que las ostras perlíferas van recubriendo con su nacarada secreción.

La idea de Freud respecto a la conexión nerviosidad-vida moderna, a la que concede poca credibilidad en un comienzo, se modificará con el paso de los años. Ella será objeto de tratamiento en *El malestar en la cultura*, donde remite el malestar del sujeto a las restricciones que le impone la civilización. Señala allí a la civilización al discurso, como se dice con Lacan, de producir síntomas.

El discurso que ordena cada época exige al sujeto que renuncie a una parte de su satisfacción, a esta exigencia Freud la nombra, sacrificio de las pulsiones. En consecuencia, Freud hace depender el síntoma de dichas exigencias pulsionales: El síntoma representa un grito mudo que manifiesta la verdad del goce, es una forma de protesta contra la homogenización del goce que promueve el discurso, La verdad del malestar , el estrés siendo una de las formas de dicho malestar, es siempre relativa a las ofertas que el discurso impone, de allí que, los significantes

del goce aceptados, en cada momento, como normales están presentes en la producción de los síntomas.

El desciframiento del goce sintomático, realizado a partir de la experiencia analítica, representa una operación que aporta también un esclarecimiento sobre la manera como el discurso de la época condiciona los síntomas, esto es, la manera como ellos cambian con el paso del tiempo, con el estado de la civilización, la ciencia, las costumbres morales, sexuales, etc. (Soler, 1998). Es así como hoy, a partir de lo que agencia el discurso médico, ya no se habla más de enfermedad nerviosa, de neurastenia, sino de estrés. El hombre del común está hoy estresado, Acusa al estrés de sus dolencias y males.

Se hace del estrés, tanto la causa como el efecto, de las dificultades, lo insoportable de la vida, como de muchos trastornos corporales, se lo relaciona con alteraciones del organismo tales como desarreglos gástricos, cardíacos, alergias, dolores, afecciones respiratorias y dermatológicas, Con la noción de estrés, la medicina explica nuevas entidades clínicas, tipo síndrome.

Con la categoría estrés, desde el discurso médico hasta el discurso común, dan cuenta de una serie de manifestaciones somáticas, que, por tanto, el psicoanálisis diferencia en la medida que obedecen a órdenes diferentes. No se trata de la misma dimensión corporal cuando se está ante un síntoma conversivo, un fenómeno psicósomático o los desarreglos enlazados a la angustia. Y, por tanto, esta diferenciación que es fundamental dentro del psicoanálisis orientado desde Freud y Lacan, no opera en el campo de la salud, el cual más bien ha comprimido los diferentes estatutos del cuerpo, llegando así hasta explicar y tratar todos los fenómenos corporales –para los cuales no logra hallar una casualidad definida–, con un argumento de tipo funcional, a la manera como ya lo hacían los médicos antes o sin la luz que los hallazgos y formulaciones freudianas aportaron sobre los misterios del cuerpo. Para ilustrar esto, nos referiremos enseguida a dos tipos de síndromes de gran actualidad.

3.2 pierre janett

Nació en 1859 en París y, exceptuando siete años que pasó de profesor en provincias y varios viajes al extranjero, vivió toda su vida en la capital francesa. Procedía de la clase media alta, de una familia que había producido numerosos eruditos, juristas y filósofos. Era agnóstico y liberal. Los primeros trabajos importantes de Janet fueron publicados entre 1889 y 1905.

Más tarde comenzó a reconsiderar sus teorías, pero sus trabajos pasaron casi inadvertidos en medio de la confusión política provocada tanto por la I como por la II guerra mundial. En el momento de la liberación de París, en 1944, era un anciano de 84 años. Murió tres años después, a los 87 de edad. Janet era el hijo mayor de una madre joven (tenía 21 años cuando él nació), mientras que los 45 años de su padre le hacían pertenecer a otra generación.

Le siguieron dos hermanos: Jules y Margarita. La persona de la familia que ejerció una mayor influencia sobre Janet fue su tío Paul Janet. No solo le ayudó en su carrera, sino que en la vida de estos dos hombres se pueden trazar grandes paralelismos. Ambos eran tímidos, solitarios, ambos sufrieron un periodo de depresión en la adolescencia y, después de superarlo, siguieron con éxito su carrera.

Ambos entraron en la École Normal Supérieure, enseñaron filosofía en el liceo y posteriormente fueron profesores universitarios y miembros del Institut de France. Paul Janet escribió libros de filosofía que fueron clásicos en Francia durante dos o tres generaciones, y numerosos estudios sobre historia de la filosofía. Janet sufrió a los 15 años un periodo de depresión e interrumpió sus estudios durante varios meses, en los que padeció al mismo tiempo una crisis religiosa. Consiguió, sin embargo, sobreponerse a la depresión y encontrar un nuevo equilibrio.

A partir de entonces se convirtió en un brillante estudiante y decidió dedicarse a la filosofía. Después de terminar sus estudios de bachillerato logró ser admitido

en la École Normal Supérieure, para salir tres años más tarde como Agregé de Filosofía. Una vez terminados sus estudios se dedicó inmediatamente a su carrera profesional. A los 22 años empezó a enseñar filosofía en el liceo de El Havre donde estuvo casi siete años, es decir hasta 1889. Janet dedicaba la mayor parte de su tiempo libre al trabajo voluntario en el hospital de El Havre y a la investigación psicológica que estaba realizando.

Decidido a hacer su tesis doctoral en (Letras) pensó en estudiar las alucinaciones en conexión con el mecanismo de percepción y se dirigió a un médico en busca de ayuda para poder observar pacientes. El Dr. Gilbert habló a Janet de una persona notable: Léonie, esta fue llamada al Havre y sometida a los experimentos de Janet durante varios años. Janet pudo demostrarse a sí mismo que le era fácil hipnotizarla, no solo directamente sino también a distancia, y darle sugerencias (mentales) que ella cumpliría exactamente. Escribió un trabajo acerca de sus primeros experimentos, que fue leído por Paul Janet en nombre de su sobrino en 1885 en la Sociedad de Psicología Fisiológica de Paris, bajo la presidencia de Charcot. El trabajo produjo sensación, y como resultado de esa comunicación llegaron a El Havre una serie de visitantes distinguidos de diversos países ansiosos de ver a Léonie. Janet comprendió el valor terapéutico de la hipnosis, la necesidad de buscar en el inconsciente las causas de los síntomas histéricos, pero el concepto de inconsciente seguía estando esencialmente vinculado a los estados patológicos y esta perspectiva imposibilitaba toda generalización.

El tratamiento de Breuer a Ana O, primer caso en la historia de la psicología de cura catártica, se desarrolló en 1880, pero Breuer no lo publicó hasta 1895, es decir, después de Janet. Creemos que se trata de una similitud de ideas, pareja a otros casos en la historia de la ciencia. Para Freud en cambio, el inconsciente, lejos de ser una forma de hablar será el objeto de estudio al que dedicará toda su vida. Y no solo investigara el inconsciente de los demás, sino que escuchara y dará espacio mental a lo que tan a menudo se soslaya por ser más difícil y doloroso, es decir explorara, a través del autoanálisis, su propio

inconsciente.(Ojeda, C.. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica.. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, (vol.41), pp.95-102.)

3.2.1 Disociación

Hay mucha confusión en torno al significado clínico de la palabra «disociación». Puede ser entendida con significados diferentes, según el momento histórico en que la encontremos y por otro lado, podemos decir que el concepto disociación ha tenido diferentes sinónimos (con matices) a lo largo de la historia: disolución, desagregación, clivage, splitting, etc. Partiendo de esta premisa, creo que se hace necesaria una investigación histórica conceptual, que clarifique dicha confusión. Berrios (1992) ha definido la psiquiatría como una “disciplina descriptiva”, ya que el diagnóstico depende fundamentalmente del reconocimiento y denominación de las diferentes formas conductuales. Para poder entender este “vocabulario” es necesario conocer cómo se originó y cómo llegó a formarse, esto es, conocer su historia. Siguiendo la línea de investigación histórica de Berrios, he querido estudiar, en primer lugar, la etimología de la palabra; en segundo lugar, el aura semántica; y en tercer lugar la historia del concepto y su zeitgeist.

La palabra disociación procede del verbo latino DISSOCIARE, que tiene su origen en el sustantivo SOCIUS < socio “compañero”, del que derivaron otros términos como asociar, asociación, disociativo, donde el prefijo dis- transforma la palabra a la que se une en la opuesta. Así pues, mientras el significado de socio es el de “compañero”, “unión”, el de disociación es, por el contrario “desunión”, “separación”.

Este prefijo tendría su origen en el griego dys-, prefijo peyorativo con el significado de “mal” o “trastornado”. En los años 1880, disociación no se usaba aún en medicina, salvo en su acepción química: descomposición de un cuerpo bajo la acción del calor (Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas, de

Dechambre, 1884). Según el diccionario de términos médicos de medicina, de Garnier, de 1972, la disociación auriculo ventricular se introdujo por Chauveau, en 1883, para designar la actividad independiente de las aurículas y los ventrículos cardiacos.

Contemporáneamente, Pierre Janet (1859-1947) dedicado también al estudio de la histeria, llegó independientemente a conclusiones similares a las primeras formulaciones de Freud. Janet, que llamó disociación al estado alterado de conciencia producido por el trauma temprano, describió muchos casos de personalidad múltiple, sentando las bases del actual conocimiento sobre el tema. Según Janet, la reacción emocional vehemente frente a un hecho traumático dependía más del significado que éste tuviera para el sujeto que del evento en sí mismo adelantándose de esta manera varias décadas a la formulación del concepto de trauma del DSM IV.

Cuando la emoción es intensa, el individuo tendería a experimentar una amnesia del hecho, no pudiendo así estructurar una narrativa del hecho. Esto se transformaría, siempre siguiendo a Janet, en una “fobia al recuerdo” que persistiría mediante experiencias intrusivas, re experimentaciones somáticas y pensamientos obsesivos. Consecuentemente, la resolución del trastorno surgiría de la integración de las memorias traumáticas en una narrativa.

La disociación, según Janet, se activaría cuando la intensidad de la emoción sobrepasa la capacidad del sujeto, en tanto que la represión freudiana es un mecanismo activo que excluiría de la conciencia las memorias dolorosas Pierre Janet notó que sus pacientes traumatizadas reaccionaban a estímulos estresantes actuales con conductas que hubieran sido apropiadas en la situación del trauma original, quedando de alguna manera apegadas al trauma. El recuerdo de la situación traumática no había podido ser incorporado a los esquemas de memoria preexistentes, quedando de esta manera disociado. El esfuerzo y energía psíquica requeridos en mantener esta disociación, manteniendo los recuerdos perturbadores fuera de la conciencia provocarían un estancamiento en la personalidad de la paciente histérica.

Afirmaba Janet que, durante un hecho traumático, los datos sensoriales son codificados de una manera diferente a la normal, y se guarda como una idea disociada o “fija”. Para que esa “idea fija” se transforme en una memoria normal, requiere “...la organización de una narrativa del evento... y poner esta narrativa en su lugar como uno de los capítulos de nuestra historia personal” El cuerpo de conocimientos desarrollado sólidamente por Janet, cayó prontamente en el olvido, hasta que recientemente, fuera rescatado al desarrollarse la nueva ola de conocimientos sobre el estrés postraumático a partir de fines de la década de 1970 comienzos de los 80.

Durante la Primera Guerra Mundial, inicialmente se creyó que la sintomatología traumática era de origen físico, y se atribuyó al efecto de la explosión de las granadas (“shell shock”). Paradojalmente, el británico Charles Myers, que en 1915 fue el primero en usar el término shell shock, postuló que las causas de la sintomatología presentada por los soldados eran de origen psicológicas, encontrando incluso su similitud con los síntomas de la histeria. De cualquier manera, la creencia más común era que los síntomas postraumáticos se debían a la cobardía y debilidad del soldado.

En esta dirección, Yealland llegó a proponer en su trabajo de 1918, *Hysterical Disorders of Warfare* el uso de amenazas, castigos y avergonzamientos a modo de “tratamiento” para quienes sufrieran la neurosis de guerra. Incluso llegaron a usarse descargas eléctricas para tratar el mutismo y pérdida sensorial de algunos pacientes. En 1920 el Report of the Shell Shock Commission recomendó dejar de usar este término aduciendo que sugestionaba a los soldados, favoreciendo su aparición y su uso malicioso.

En 1970, cuando la guerra de Vietnam estaba en uno de sus picos más altos, la organización Veteranos de Vietnam Contra la Guerra (Vietnam Veterans Against the War) la primera organización de veteranos en oponerse a una guerra aún en curso, comenzó a buscar ayuda psicológica fuera de los ámbitos oficiales. En poco tiempo, jóvenes psiquiatras como Chaim Shatam y Robert Lifton lograron desarrollar un fuerte movimiento basado en lo que se denominó “rap groups”,

integrados por veteranos, y que sirvieron para tomar conciencia y compartir las secuelas de la guerra. Sustentado en el movimiento pacifista, esta vez el estudio de las secuelas traumáticas de la guerra llegó a cristalizar entonces en el reconocimiento oficial de la existencia de un trastorno debido a los hechos traumáticos. En 1980, la American Psychiatric Association incorpora en el DSM-III el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. Simultáneamente, creó la categoría de trastornos disociativos, incluyendo el diagnóstico de Personalidades Múltiples, legitimando el trastorno, que en la edición de 1994 (DSM-IV) se transformó en el Trastorno Disociativo de la Identidad. En esta última edición también se creó el diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo, que destaca la importancia de las reacciones disociativas durante e inmediatamente después del evento potencialmente traumatogénico.

El desarrollo del psicoanálisis relegó la disociación a un segundo plano, al desechar la hipnosis y el abuso sexual infantil, condenándola a un lento ocaso. Simultáneamente, algunas investigaciones llevadas a cabo por Masserschmidt (1927-8) pusieron en duda la validez del concepto, y el desarrollo del diagnóstico de esquizofrenia hizo declinar el interés en los trastornos disociativos, propiciando diagnósticos erróneos en muchos casos.

3.3 Henry ey

Henri Ey nació el 10 de agosto del año 1900, en Banyuls-dels-Aspres, pequeño pueblo del sudoeste de Francia en la región del Rousillon (también denominada por algunos como “Cataluña francesa” o “Cataluña del norte”), famosa tanto por sus vinos, como por ser cuna de insignes psiquiatras, entre los que se encuentran también Pinel, Esquirol y Magnan.

Su padre era viticultor y uno de sus abuelos era médico. En dicha ciudad realizó sus estudios primarios y secundarios y según relata el propio autor, allí nació su vocación por la psiquiatría, cuando de niño se cruzaba con frecuencia con “...un

hombre extraño al que todo el mundo llamaba loco...". Posteriormente comenzó sus estudios de Medicina en Toulouse y los continuó en París, finalizando la licenciatura en 1923. Paralelamente obtuvo la licenciatura de Filosofía en la Sorbona. Más tarde y durante unos diez años trabaja como médico interno en los Hôpitaux Psychiatriques de la Seine (París), en los servicios de Guiraud, de Marie y de Capgras. Desde 1931 a 1933 es jefe de Clínica del servicio de Henri Claude en Sainte Anne, donde hizo famosas las presentaciones clínicas de las "sesiones de los miércoles". Otro insigne psiquiatra, Jacques Lacan, será su amigo inseparable en dicho servicio y, a la vez, un adversario teórico irreconciliable respecto a las teorías psiquiátricas que ambos desarrollarán con el tiempo.

En 1933 es nombrado jefe del hospital psiquiátrico de Bonneval , situado a unos 100 kilómetros de París, en la región del Loira y en él trabajará - si bien continuó con la docencia en Sainte Anne - hasta su jubilación, en 1971. Henri Ey no accedió nunca, oficialmente, a una cátedra - aunque al parecer le ofrecieron varias de ellas - pero su actividad docente fue tan intensa y de tal calidad que llegó a ser considerado el maestro máximo de la psiquiatría francesa. Se dedicó fundamentalmente a la enseñanza y formación de post-grado, pugnando por la necesidad de que todos los hospitales psiquiátricos, y no sólo los universitarios, fuesen reconocidos como escuelas de formación de especialistas.

Asimismo, defendió la individualización de la Psiquiatría como especialidad, separándola de la Neurología, con la que entonces estaba unida en los planes oficiales como "Neuropsiquiatría". En el hospital de Bonneval organizó, durante 25 años, las célebres jornadas conocidas como "Coloquios", donde se discutía sobre los más importantes problemas de la Psiquiatría y materias afines, reuniendo a los mejores especialistas franceses en cada materia. Entre ellos cabe destacar "Las relaciones de la Neurología y la Psiquiatría", en 1943, con la participación de Ajuriaguerra, Hécaen y Rouart y el célebre coloquio sobre 'El inconsciente', celebrado en 1966, con la asistencia, entre otros, de Lacan, Minkowski, Guiraud, Laplanche y Lantéri-Laura. Profesionalmente y hasta su jubilación, solo se desligó del psiquiátrico de Bonneval durante la II Guerra

Mundial. En 1939 se alistó en el ejército y posteriormente, en 1944, se unió a la Resistencia. Fue condecorado con la Cruz de Guerra y antes de regresar a Bonneval, trabajó durante breve tiempo en el servicio de Psiquiatría del hospital militar de Val-deGrâce en París; el mismo lugar donde pocos años después, en 1952 y gracias a Laborit y posteriormente a Delay y Deniker en otro hospital parisino se desarrolló la psicofarmacología actual, al introducir la Clorpromazina (Largactil) en el arsenal terapéutico.

Después de su jubilación, continuó su actividad docente en el hospital psiquiátrico de Thuir, en el Rousillon, donde siguió dando conferencias con presentación de enfermos todos los miércoles (al igual que había hecho durante años en el hospital de Sainte Anne) y en el que organizó un famoso seminario sobre "La noción de esquizofrenia", en 1975. Asimismo, fue Secretario General del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en París (1950), con Jean Delay como Presidente. Tras el mismo congreso, fue nombrado Secretario de la entonces naciente Asociación Mundial de Psiquiatría, puesto en el que permaneció hasta 1967. En 1951 organizó, también en París, la primera Exposición Mundial de Arte Psicopatológico.

La obra escrita de Henri Ey es considerada una de las más prolíficas y profundas de la Psiquiatría y se ha cifrado en más de 300 artículos científicos entre 1926 y 1977. Al margen de en numerosas revistas internacionales, muchos de ellos fueron publicados en la revista, "L'Evolution Psychiatrique", órgano de la sociedad del mismo nombre, ambas fundadas por él mismo en 1934. Fundó además otras dos revistas "Entretiens psychiatriques" y el 'Boletín del Sindicato de Psiquiatras de los Hospitales", siendo secretario nacional del Sindicato.

Asimismo, fue el primer traductor al francés de la obra principal de Eugen Bleuler: "Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias", realizado al comienzo de su carrera profesional (1926) y es mundialmente famoso por las numerosas ediciones del texto titulado "Tratado de Psiquiatría" (1960), realizado en colaboración con Bernard y Brisset y traducido por primera vez al castellano en 1965, o también por su "Traité des Hallucinations", en 2 volúmenes de más de

1500 páginas (1973). Asimismo, fue el encargado de dirigir los tres tomos del apartado de Psiquiatría, en la Encyclopédie Médico-Chirurgicale, en 1955, contando con 150 colaboradores. En 2008 se tradujeron al español sus "Estudios psiquiátricos", publicados originalmente en francés, entre 1948 y 1954.

3.3.1 NEUROSIS DE ANGUSTIA

La neurosis de angustia se caracteriza para este autor por la aparición de crisis (ataques de angustia) sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional; la neurosis fóbica por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizante. En este último cuadro se incluyen la claustro y agorafobia, el miedo a la oscuridad, el vértigo, el miedo a las muchedumbres, el miedo social, a animales, insectos, etcétera. Por su parte, la neurosis histérica, en la que la angustia está más elaborada que en los casos anteriores, sobre la base de una personalidad caracterizada por psicoplasticidad, sugestibilidad y la "teatralidad" (la formación imaginaria de su personaje) se constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de una "conversión somática".

Se entienden bajo este nombre (Freud, 1895) los comportamientos neuróticos, en los que los síntomas neuróticos más destacados están constituidos por las manifestaciones de una angustia permanente. Ésta aparece como determinada por el desequilibrio hormono neurovegetativo.

Freud llamaba a este tipo de neurosis las neurosis actuales: entendiendo por ello el que estaban inmediatamente unidas a un substrato orgánico activo. En comparación con los estados agudos de angustia ya estudiados estas conductas están compuestas por todos los síntomas de una ansiedad caracterizada desde el punto de vista fisiopatológico por un "terreno ansioso" (disonía

neurovegetativa, síndromes funcionales diversos, espasmos, trastornos cenestopáticos, etc.) y, desde el punto de vista psicopatológico, por un perpetuo estado de alerta y de miedo. En comparación con la neurosis en general, se comportan como estados generadores, "nebulosas con poder de organización" (Gendrot y Racamier, 1955), perpetuamente en movimiento, susceptibles de cambios, pero sin abocar por lo general a esas formaciones de defensa típicas que entran en la organización de las neurosis más estructuradas y que estudiaremos más adelante. Todo estado neurótico, bien revista la forma neta y definida de la histeria de conversión o bien la de la neurosis obsesiva, implica este fondo de angustia. La neurosis de angustia constituye, por lo tanto, como una especie de tronco común de la organización neurótica en marcha hacia conductas neuróticas más estables y más estructuradas (Freud). Como describe Henri Ey al hablar de la semiología de los trastornos de la personalidad:

El Yo neurótico es un Yo que no alcanza a resolver el conflicto interno de su identificación: yo no soy "yo" sino por la identificación a "un personaje" que constituye el ideal de mi Yo. Pues bien, el neurótico "no consigue asumir el papel de su personaje, identificarse consigo mismo y autenticar su persona; y es en una especie de juego artificial, en un sentido falso, como el neurótico vive su angustia".(Rodríguez, A. (marzo-abril 2013). Fundamentos teóricos a problemas clínicos en los trastornos de la personalidad y su proyección en el DSM-5/CIE-11. Salud Mental 2013, (Vol. 36), No. 2,)

La neurosis de angustia se presenta, pues, en forma de crisis, más o menos brutales, que inciden en una personalidad alterada en su desarrollo caracterial y en su infraestructura neurovegetativa. La ansiedad crónica se organiza a semejanza de una neurosis caracterológica, de la que está cercana (como ha resultado evidente, por el orden que seguimos en este Tratado). Constituye una posición sistemática ante la existencia, como una constitución basada sobre la angustia. Visto desde el exterior, en efecto, el sujeto, desde la infancia ha manifestado una tendencia a la inquietud, a las posiciones de repliegue, y ha pedido sin cesar protección.

La madre, la hermana mayor, los profesores, los amigos, los jefes, etc., se convierten en los soportes necesarios para su seguridad. Matrimonio, amistades, profesión, están dominados por el deseo perpetuo de apoyo y de amor. Pero, en contrapartida, los fracasos, las tristezas, las enfermedades, la menopausia, la jubilación, la vejez, serán otras tantas pruebas y llamadas a sus "crisis". Su vida entera está instalada en la ansiedad.

Desde el interior, a lo largo de una psicoterapia, por ejemplo, puede verse bien cómo estas personalidades, que no han podido jamás constituir un Yo verdaderamente independiente, se comportan ante los "traumatismos" (fracasos, decepciones, muertes, etc.) de su existencia. Puede decirse que, verdaderamente, el ansioso los "espera", no sólo considerándolos pruebas terribles, sino también como pruebas suplementarias de su permanente aflicción. Además, el acontecimiento no toma sentido más que en relación a su sistema de reacciones propias (carácter).

Un acontecimiento importante, como por ejemplo la guerra, puede aturdirle menos que otro acontecimiento sin ninguna gravedad, como, por ejemplo, una simple mudanza. Los "traumatismos" son a la vez muy fáciles de provocar y muy variables en sus efectos para cada persona y, según el grado de evolución del Yo, dependen del momento de la existencia y el ambiente social. Estos sujetos han sido llamados, según los matices de su angustia, neurasténicos, deprimidos constitucionales, pequeños ansiosos, cenestápatas.

El término de depresión constitucional propuesto por Montassut, plantea el problema de una "constitución" particular. En efecto, es frecuente encontrar en la familia de estos enfermos una "herencia neuroartrítica" y en su tipología una calidad grácil de las formas, una apariencia de fragilidad, que el examen corrobora revelando una hipotensión arterial, una resistencia débil a las infecciones y a las pruebas de esfuerzo. Son los candidatos a las "intolerancias" de todos tipos: alimenticias, medicamentosas, caracteriales.

Su adaptación está siempre estrechamente condicionada. Aquí, de nuevo se encuentra la medicina psicosomática con sus trastornos habituales: alergia,

colitis espasmódica, migraña, asma, tuberculosis tórpida. La noción de terreno planteada por Dupré (constitución hiperemotiva) o por Montassut (depresión constitucional), plantea en realidad, aquí como en otros lugares, la discusión etiológica mayor: la de la dinámica del desarrollo del carácter y de la persona en las condiciones ofrecidas por el medio y, especialmente, en sus relaciones con el otro.

Las crisis, los grandes recrudescimientos de ansiedad dan ritmo a la vida de estos Paroxismos. sujetos. Las crisis se repiten o duran tanto más cuanto más desfavorables son las Fases de tensión conclusiones de existencia, incorrecta la terapéutica y, sobre todo, cuanto más tiránicas son las exigencias afectivas profundas. (E Y ,BERNARD,BRISSET., H,P,CH.. (1978.). *Tratado de PSQUIATRÍA..* MEXICO: MASSON , S.A .)

Los problemas psicopatológicos planteados por la neurosis de angustia gravitan naturalmente, en primer lugar, alrededor de la angustia normal. En efecto, la ansiedad no es en sí un fenómeno patológico. La angustia es una de las características de la condición humana. El miedo se encuentra en todos los animales, ya que tiene como objeto la amenaza del mundo exterior. La angustia, en tanto que es reacción contra una amenaza interna, el miedo de sí mismo, es específica del hombre; es la angustia de su libertad (Kierkegaard). Además, se ha presentado siempre como el fondo mismo del problema de la existencia, en todas las fases del desarrollo psíquico del hombre, o, más exactamente, ella se constituye desde el momento en que los "Objetos" (las otras personas) son incorporados, por así decir, a la existencia del sujeto como elementos de su constitución psíquica. Hemos visto, en relación a esto, que los primeros conflictos entre el deseo y su Objeto se operaban en una atmósfera de angustia primitiva (Mélanie Klein), y que la formación de la Persona se instituye como un proceso de identificación que implica la angustia de la elección objeta. Más tarde, cuando el Yo está organizado normalmente, todos los problemas afectivos, morales y sociales de su existencia tienen una base de angustia a nivel de sus relaciones con la realidad.

Sin embargo, La neurosis de angustia, incluso si proviene de una malformación constitucional de la estructura del Yo que no puede franquear la última etapa de su desarrollo normal, Diversas no es puramente genotípica. En efecto, la manifestación de esta "disposición" o predisposición teorías sobre depender de la primera amalgama entre et ser y su medio. Sobre este punto han insistido la la angustia escuela psicoanalítica y especialmente Melanie Klein.

el Yo. No es menos cierto que la neurosis de angustia, en tanto que forma regresiva o malformación del Yo, suelda, por así decir, el individuo a sentimientos "vitales" a una angustia primitiva, que tampoco son reductibles au n simple condicionamiento por las situaciones (Pavlov, Masserman. Gant, y todos los autores que han trabajado en neurosis experimentales). Dicho de otro modo, ocurre con esta neurosis como con todas las demás. No puede ser considerada más que como una disgenesia del desarrollo, un defecto de organización de la personalidad del ansioso, que convierte la angustia en la ley de su existencia. Es por esto por lo que, como vamos a ver, si bien las terapéuticas físicas pueden aliviar la expresión emocional de la angustia y la experiencia dolorosa de los sentimientos que la forman, apenas pueden deshacer el lazo que encadena el neurótico a su deseo de sufrir y de mantener perpetuamente su ansiedad.

3.4 peter lang

La teoría de los tres sistemas de respuesta propuesta por Lang (1968) se ha convertido, con el paso de los años, en una de las corrientes más populares respecto a la conceptualización, evaluación y tratamiento de la ansiedad. Esta teoría mantiene que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta: conductual o motor, fisiológico y cognitivo. Desde que fue propuesta por Lang, ha sido ampliamente aceptada no sólo como un modo de objetivar el estudio empírico de las respuestas de ansiedad, sino también como una forma de entender teóricamente la naturaleza de la ansiedad y sus trastornos. La propuesta de Lang sobre el triple sistema de respuesta de la ansiedad se basó en observaciones realizadas durante sus investigaciones sobre la técnica de

desensibilización sistemática como tratamiento de la ansiedad fóbica. Sus primeras observaciones contradecían el modelo unitario de la emoción, constatando bajas correlaciones entre las diferentes medidas del miedo o la ansiedad cognitivas, conductuales y fisiológicas.

Según el modelo unidimensional, las diferentes medidas deben correlacionar entre sí en un momento determinado del tiempo, y si se producen cambios, por ejemplo, como resultado de un tratamiento, deben modificarse simultáneamente todas ellas. Sin embargo, los datos de Lang indicaban que lo habitual era la discordancia entre los tres sistemas de respuesta. Esta teoría, por tanto, modifica la idea de que la ansiedad es un concepto unitario y propone que este constructo se manifiesta en un triple sistema de respuesta, es decir, que la respuesta de ansiedad tiene componentes cognitivos, fisiológicos y motores. Además, según Lang, el modelo también es extensible o válido para el resto de emociones. Tradicionalmente Barlow, estos tres componentes cognitivo, fisiológico y motor, han sido conceptualizados como:

Respuesta cognitiva: la ansiedad normal se manifiesta en pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza; mientras que la ansiedad psicopatológica se vivencia como una catástrofe inminente (amenaza magnificada) y se puede experimentar como “desórdenes de pánico” generalizados. Comprende pensamientos o imágenes muy específicos, como anticipaciones catastrofistas de un problema.

Respuestas fisiológicas: se asocian a un incremento en la actividad de dos sistemas principalmente, el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Somático, pero también como parte de la activación de la actividad neuroendocrina del Sistema Nervioso Central. Como consecuencia de este incremento se pueden producir aumentos en la actividad cardiovascular, la actividad electro dérmica, el tono músculo-esquelético y la frecuencia respiratoria.

Respuestas motoras: debido a los aumentos en las respuestas fisiológicas y cognitivas se producen cambios importantes en la respuesta motora, los cuales han sido divididos, habitualmente, en cambios en las respuestas directas e

indirectas. Las respuestas directas incluyen: tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias, etc.

Además, pueden incluir una reducción de la precisión motora y del tiempo de reacción, de aprendizaje y ejecución de tareas complejas; también una disminución de la destreza para la discriminación perceptiva y de la memoria a corto plazo. Las respuestas indirectas se refieren a las conductas de escape o evitación producto de la ansiedad y que, usualmente, no están bajo un total control voluntario por parte de la persona. Las respuestas de ansiedad en los otros dos componentes (cognitivo y fisiológico) cumplen un papel de estímulos discriminativos, siendo la base para la posterior aparición de otras respuestas, como la evitación o la huida. En esta línea, Méndez, Olivares y Bermejo (2001) realizan una distinción con respecto a las conductas motoras.

Los trabajos y la teoría descritos por Lang van a ser confirmados y apoyados posteriormente por los trabajos de investigación de distintos autores. A partir de esta teoría se derivan una serie de implicaciones que habrá que tener en cuenta, tanto para la conceptualización y la evaluación como para las técnicas de intervención aplicadas a los trastornos de ansiedad. Así, la ansiedad se debería conceptualizar como un fenómeno formado por un conjunto de respuestas que se clasifican en los tres sistemas dando lugar a perfiles de respuesta diferenciales y, además, habría que evaluar cada uno de estos tres sistemas por separado para, posteriormente, elegir el método de tratamiento más adecuado. A continuación, se desarrollan estos aspectos.

Discordancia y Desincronía: Perfiles de respuesta diferenciales. Las diferentes investigaciones que han evaluado los tres sistemas de respuesta de la ansiedad tienden a confirmar la falta de concordancia entre ellos, es decir, pueden no covariar entre sí. Este fenómeno es conocido como discordancia o fraccionamiento de la respuesta. Así, si evaluamos a una persona sometida a una situación ansiosa encontraremos que cada sistema de respuesta presenta una intensidad diferente, existiendo, por tanto, cierta independencia entre los sistemas. Además, puede existir falta de covariancia entre respuestas de un

mismo sistema. De este modo, se pueden obtener correlaciones bajas e incluso nulas o negativas entre las medidas de respuestas pertenecientes a distintos sistemas e incluso entre medidas de respuestas de una misma modalidad. Así, por ejemplo, distintas respuestas fisiológicas pueden no covariar entre sí en una misma persona. En este sentido, Côté y Bouchard no encontraron correlaciones significativas entre las respuestas fisiológicas y conductuales en pacientes adultos con fobia a las arañas.

En la misma línea, Mühlberger, Sperber, Wieser y Pauli no encontraron correlaciones entre las respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales en una muestra de personas con fobia a las arañas, aunque sí encontraron concordancia dentro de las diferentes medidas utilizadas para evaluar las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales. Sin embargo, recientemente, Ollendick . utilizando una muestra de niños y adolescentes de 7 a 16 años con fobias específicas, encontraron tanto patrones concordantes como discordantes en la muestra analizada. Concretamente, estos autores encontraron dos grupos con respuestas cognitivas y fisiológicas concordantes: (a) alta reactividad cognitiva y fisiológica y (b) baja reactividad cognitiva y fisiológica, así como dos grupos con respuestas discordantes: (a) alta reactividad fisiológica y baja reactividad cognitiva y (b) baja reactividad fisiológica y alta reactividad cognitiva. Además, fueron comparadas las conductas de evitación en todos los grupos, encontrando que las personas con baja reactividad cognitiva y fisiológica presentaban menos conductas de evitación que aquellas con alta reactividad cognitiva y fisiológica. (Cano-Vindel, A. (2003). DESARROLLOS ACTUALES EN EL ESTUDIO DEL CONTROL EMOCIONAL . *Ansiedad y Estrés* , (9), 223-229)

Lang (1968, 1971) propuso que la emoción fuese considerada como una reacción que se manifiesta en tres sistemas conductuales importantes: subjetivo, somático y motor observable. Desde un punto de vista empírico las correlaciones entre las respuestas de estos tres sistemas pueden llegar a ser sorprendentemente bajas, por lo que se consideran sistemas parcialmente independientes, aunque también

altamente interactivos. Este enfoque es hoy comúnmente aceptado y se conoce como "teoría de los tres sistemas de respuesta emocional".

Desde este modelo se han estudiado una serie de fenómenos que muestran que puede ser más útil considerar las peculiaridades de cada uno de estos tres sistemas que conceptualizar la emoción como un constructo "unitario", en el que todas las respuestas obedecen las mismas reglas. Los principales fenómenos estudiados en esta línea son el fraccionamiento direccional (directional fractioning), la de sincronía (desynchrony) y la discordancia (discordance) entre sistemas de respuesta. En todos estos fenómenos se pone de manifiesto el que diferentes respuestas emocionales pueden obedecer a principios y reglas distintas. Se hace por tanto imprescindible estudiar estos fenómenos para entender mejor qué es la emoción.

El fraccionamiento direccional (Lacey, 1967), o fraccionamiento de respuesta, se refiere a la escasa covariación entre distintas respuestas emocionales en una misma reacción emocional, de manera que una determinada respuesta en un momento dado puede incrementarse, mientras la otra permanece sin cambios o disminuye. La desincronía es otro fenómeno similar que consiste en que los cambios en un sistema pueden no producirse de forma sincrónica al mismo tiempo en otro sistema. Pero debemos señalar que muchas veces el uso del término desincronía se hace como un sinónimo de fraccionamiento, perdiendo así su raíz temporal, o cronológica.

En general se observa que la covariación entre las respuestas de un mismo sistema suele ser mayor que entre respuestas de diferentes sistemas. Así, se suelen obtener correlaciones más altas entre respuestas de un mismo tipo o sistema (cognitivo, por ejemplo) que entre respuestas de diferente tipo (cognitivo y fisiológico, por ejemplo). Para referirse a este fenómeno, se suele hablar de discordancia entre sistemas de respuesta (Michelson, 1986, 1987).

Haciendo un inciso sobre este punto, queremos añadir que, a la hora de analizar esta covariación intersistemas e intrasistemas, deben tenerse en cuenta otras variables, tales como el método de evaluación autoinforme, registro fisiológico y

observación y el contenido de lo evaluado en cada caso los contenidos concretos de las respuestas emocionales que se compara. Así, por ejemplo, en la falta de covariación entre respuestas entre el sistema cognitivo y el fisiológico no sólo hay que tener en cuenta la distinta naturaleza de las respuestas que se comparan subjetivas versus fisiológicas, sino que además se mezclan frecuentemente: (1) el método las respuestas subjetivas se evalúan mediante el método de auto informe, mientras que las respuestas fisiológicas primariamente se evalúan mediante registro fisiológico y (2) los contenidos (no es lo mismo la sensación de inseguridad, por ejemplo, que un incremento en la respuesta de sudoración). Aunque estos tres términos (fraccionamiento, desincronía y discordancia) no siempre se hayan usado de manera clara y diferenciada, se han investigado algunos factores que pueden influir sobre esta falta de covariación.

El modelo de los tres sistemas de respuesta emocional tiene importantes implicaciones (Rachman, 1978; Hugdahl, 1981) para la evaluación (Haynes y Wilson 1979; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988) y para el tratamiento (Ost, Jerremalm y Johansson, 1981; Ost, Johansson y Jerremalm, 1982; Ost, Jerremalm y Jansson, 1984; Michelson, 1986; Haug, Brenne, Johnsen, Berntzen et al, 1987; MiguelTobal y Cano-Vindel, 1989) de problemas emocionales. Una de las consecuencias más clara es la necesidad de evaluar por separado los tres sistemas de respuesta, ya que cada uno de ellos puede estar más o menos alterado en cada individuo; además se observa la existencia de un patrón específico de reactividad individual característico (Hugdahl, 1981), el cual interacciona con el tipo de tratamiento aplicado, de manera que los sujetos que tienen un predominio de respuestas emocionales en un determinado sistema (cognitivo, fisiológico o motor) se ven más beneficiados por aquellos tipos de técnicas que reducen más, precisamente, las respuestas de ese sistema.

Se han explorado otras implicaciones de este modelo tripartito de las emociones, como por ejemplo las relaciones entre formas de adquisición de las fobias y el perfil de reactividad del sujeto ante el estímulo fóbico (Cano-Vindel, A. (2003). DESARROLLOS ACTUALES EN EL ESTUDIO DEL CONTROL EMOCIONAL. *Ansiedad y Estrés* , (9), 223-229).

Si bien en alguno de estos temas, que hemos repasado como implicaciones del modelo tridimensional de la emoción, se ha ido reduciendo el interés de los investigadores, podemos asegurar que el poso que han dejado es enorme, hasta cambiar por completo el panorama del estudio de las emociones en las últimas décadas.

El control de pensamientos negativos, la eliminación de recuerdos desagradables, la atención selectiva a estímulos emocionales, etc., es posible para un sujeto que intenta olvidar experiencias desagradables. Este ejercicio de control tendría como fin preservar al individuo de una experiencia desagradable. Así, se disminuiría el malestar psicológico que produce la experiencia emocional negativa y aumentaría el grado de control percibido.

Es cierto que no se puede dejar de pensar en algo inmediatamente, de manera precisa. Esto es lo que intentan los sujetos que presentan un trastorno obsesivo compulsivo con los pensamientos intrusivos, y fracasan. Lo que consiguen es pensar cada vez más en aquello que quieren eliminar de su pensamiento. Pero, un pensamiento intrusivo se puede apartar de nuestra conciencia. Si el sujeto no se obsesiona, si intenta no prestarle atención, si le resta importancia lo devalúa, hace una valoración menos emocional, al cabo de un tiempo, su conciencia estará procesando otros estímulos diferentes y no se acordará del pensamiento intrusivo. Así pues, la experiencia emocional desagradable se puede manejar, en cierta medida. Directa o indirectamente podemos llegar a olvidar, a no tener presente en nuestra conciencia la mayor parte del tiempo, lo que no nos gusta. Podríamos decir que para este sistema de respuesta (cognitivo-subjetivo) podemos llegar a tener un cierto grado de control o manejo, sin un entrenamiento especial, y que este grado de control o manejo lo poseen muy probablemente un porcentaje muy importante de individuos. Algo que no sucede con algunas respuestas del sistema fisiológico. Las respuestas fisiológicas inervadas por el Sistema Nervioso Autónomo no pueden ser controladas a voluntad. Como ya se ha mencionado, en las respuestas electro dermales el intento de control voluntario genera un incremento paradójico de la respuesta. En cambio, se

regulan mejor usando la imaginación. Pero muy pocas personas controlan sus respuestas electro dermales la primera vez que se les da feedback. Lo habitual es que al conectarles los electrodos del aparato y decirles que la señal acústica que oyen es una medida de su ansiedad, dicha señal se dispare. Aquí debemos tener en cuenta el papel de la retroalimentación (feedback), pues controlamos mejor aquellas respuestas de las que tenemos un mejor feedback natural (más información), que aquéllas de las que no tenemos apenas información.

Así, podemos controlar mejor, aunque sea indirectamente (a través de la respiración, por ejemplo) la tasa cardiaca, que la presión arterial. Y coincide que tenemos más información sobre la tasa cardiaca que sobre la presión arterial. Aunque hay diferencias individuales en la percepción de la tasa cardiaca, esta percepción la tenemos, pero de la presión arterial no tenemos más información que la que nos pueda suministrar un aparato de registro. La tensión muscular presenta también aspectos voluntarios y automáticos, como la respiración. La regulación de la intensidad de estas respuestas puede hacerse de dos formas: voluntariamente, prestando atención a este proceso; o automáticamente, sin una atención especial. Probablemente los cambios musculares y respiratorios más relacionados con una reacción emocional se producen de una manera automática.

Así, por ejemplo, los cambios en los músculos faciales, que producen la expresión universal de una emoción, resultan difíciles de controlar voluntariamente. En general, para reducir la activación fisiológica, los dos métodos más indicados son la relajación y el biofeedback. A los que podríamos añadir los ejercicios de imaginación o visualización. En la relajación muscular, mediante ejercicio muscular voluntario de distensión, se consigue la reducción no sólo de la tensión muscular, sino también, aunque sea indirectamente, de la actividad del sistema nervioso autónomo (por ejemplo, tasa cardiaca). En otro tipo de relajación, cuando se usa como técnica el control de la respiración, se persigue una disminución de la activación fisiológica mediante ejercicio voluntario de reducción de la frecuencia respiratoria (aumentando la profundidad de la

inspiración y enlenteciendo ligeramente la expiración). De nuevo en este caso, no sólo se consigue disminuir directamente la tasa respiratoria, sino que indirectamente se consiguen algunas reducciones en respuestas fisiológicas inervadas por el Sistema Nervioso Autónomo como por ejemplo, la tasa cardiaca. Con el biofeedback se pretende conseguir un buen entrenamiento en el manejo de la actividad fisiológica de aquellas respuestas con escaso o nulo control voluntario (y escasa o nula información o feedback natural). La retroalimentación que se proporciona a un individuo, mediante un aparato de biofeedback, sobre cambios en su tasa de respuesta (en ausencia de feedback natural) ayuda al individuo a conseguir cambios sobre esa respuesta.

Capitulo IV

Análisis y resultados

4.1 características de sujeto de investigación:

Sujeto de investigación de sexo femenino de 27 años de edad originaria de Comitán de Domínguez Chiapas soltera sin hijos, de religión católica, con estudios a nivel superior, actualmente empleada en una tienda de comercial de la ciudad, residente actualmente en la ciudad de origen, la entrevistada es seleccionada a entrevista y accedió de manera positiva a la contribución de esta investigación, anteriormente tratada con proceso terapéutico por el padecimiento de ansiedad.

4.2 entrevista:

Dentro de la psicología, la entrevista es el instrumento por excelencia para obtener y recabar datos; se utiliza para obtener información en los procesos de selección de personal, en el diagnóstico clínico y psicopedagógico, en el asesoramiento vocacional, en la investigación psicológica y sociológica y en la valoración del aprendizaje. Saber interrogar, escuchar, encontrar la lógica en las respuestas del otro y hallar la lógica en las preguntas que se harán son aspectos clave para cualquier tipo de entrevista, ya sea para entrevistar un campesino, un vendedor, un niño, un paciente hospitalizado o un profesionalista. En todas y cada una de estas entrevistas el objetivo de los procedimientos es el mismo: obtener información confiable, válida y pertinente para orientar la toma de decisiones.

Entrevista es la acción de reunirse, verse mutuamente. Implica la comparecencia de dos o más personas en un lugar determinado para tratar algo de interés: un encuentro cara a cara en el que se generan preguntas y respuestas sobre algún punto en común. Dialogar para saber o profundizar es la esencia de

la entrevista; en este último sentido toda entrevista tiene un común denominador: gestionar información, investigar”. (M. Colín, Introducción a la entrevista psicológica, p. 11).

4.2.1 ¿normalmente en el día a día como considera su estado de ánimo?

Respuesta:

Normalmente en el transcurso de la semana me siento bien, aunque conforme avanza la misma me comienzo a sentir aburrida o a veces triste por el hecho de que trabajo medio tiempo y en las tardes ni tengo nada que hacer, solo al anochecer, alrededor de las 11 de la noche tengo que recoger las cosas y checar que todo esté bien en el negocio de mi mama, ya que yo soy quien le dejan la responsabilidad de eso todos los días y eso me hace sentir atada con algo que nadie más de ms hermanos quiere apoyar, es por eso que mientras pasa la semana me aburro y hasta me enojo por que interviene en mis actividades que quisiera hacer, o esto también me hace dormir más tarde, afectando a mi horario de sueño porque yo entro temprano a trabajar y como me tengo que ir en colectivo tengo que despertarme temprano para poder hacer todo lo que debo, esto me causa desesperación y es por eso que en el trascurso de la semana no sabría definir bien mi estado de ánimo ya que sea por cuestiones diferentes me puedo sentir bien o mal.

Análisis:

La persona en cuestión refiere su estado emocional como variante en el transcurso normal de la semana, refleja una inconformidad por deberes que le han otorgado y, manifiesta disgusto por la responsabilidad que le causa en el día a día siendo este causante de malestares y variantes de humor y de emociones como la afección en su área de descanso personal y laboral, dentro de la teoría

de james lange refiere que las emociones ocurren como un resultado de reacciones fisiológicas como psicológicas a los eventos los cuales estos eventos se pueden ver reflejados en el sistema nervioso reaccionando de distintas formas.

4.2.2 ¿tiene alguna emoción la cual tenga más recurrencia en su vida que afecte su desarrollo personal o social?

Respuesta:

Actualmente no, considero que lo que vivo es como los de una persona normal, regularmente tengo lapsos de tristeza o desanimo pero lo normal todo se da a la situación que ya había comentado pero, no es algo permanente la convivencia con mis amigos y mi familia hacen que eso sea pasajero, y como mencione actualmente no tengo ninguna emoción o sentimiento que me impida desarrollarme de manera adecuada o correcta, siento que mi vida actual es normal con altas y bajas como cualquiera pero nada fuera de lo normal o por lo menos no como antes que si los padecía, no frecuentemente pero en ocasiones llegue a tener ataques de miedo y eso si en ocasiones me afecto en su momento a mi vida personal , familiar y en otros aspectos más.

Análisis:

En la descripción de la entrevistada comenta su estado actual emocional de vida, aclarando que no existe ningún tipo de emoción actual que dificulte su vida, aunque refiere que en el pasado sufrió “ataques de miedo” como ella si lo menciona, haciendo referencia a un ataque de pánico producido normalmente por un trastorno de ansiedad el cual se puede definir como un estado de alerta

constante sin ninguna razón aparente que en ocasiones se transforma en una patología más compleja.

4.2.3 ¿conoces que es la ansiedad o que crees a que se refiere?

Respuesta:

Como tal yo no lo conozco pero siento, que es como un sentimiento de miedo de, preocupación, Hasta cierto punto de querer hacer algo y que no puedes o que no está en tus manos poder controlar, podría decir que es un sentimiento negativo para ti por cosas que aun no han pasado pero tu cuerpo reacciona o se somatiza de alguna manera en modo como reflejo, y que esto mismo no deja que reacciones en el momento que te sucede, dejándote hasta cierto punto, talvez débil, o indefenso sin saber que hacer o cómo reaccionar.

Análisis:

Nos refiere su conocimiento en base a su experiencia básicamente narra las vivencias que tuvo durante el padecimiento de la misma, indica que no tiene claro el concepto de la ansiedad, pero tiene el conocimiento de lo que es.

4.2.4 ¿conoces la definición de la ansiedad y lo que conlleva?

Respuesta:

No, no conozco la definición, tampoco me la explicaron de manera muy concreta, solo lo que te mencione es maso menos que me dieron a entender, pero nunca

se me dio la curiosidad de averiguar cómo está definida, a lo mejor si lo hubiese hecho algo habría cambiado, y pues pienso que la ansiedad y junto al estrés hace que tengas enfermedades provocadas.

Análisis:

Dentro de las diferentes teorías expuestas todas están de acuerdo en el principio que todo parte del sistema nervioso central y esta se comunica hacia todo el cuerpo el cual tiene el control sobre el sistema motor y endocrino, por lo mencionado existen datos médicos sobre la manifestación en otros aspectos de forma física del cuerpo humano en la persona que lo padece.

4.2.5 ¿cuáles son las enfermedades que has padecido en base a la ansiedad?

Respuesta:

Si, las he padecido y la mayor parte de las afecciones que he presentado han sido en base hormonal según mi médico y terapeuta mis problemas hormonales los provocaba o más bien las disparaba de forma hormonal y esto ha sido un problema para mí, ya que al ser mujer las hormonas nos manejan prácticamente la vida, desde el humor y el apetito, fue algo tormentoso pasar por esos momentos en los cuales son sabias que hacer ni a quién acudir, es una sensación de desesperación que no sabes de donde sale, llego el momento que pensé que lo que tenía no era parte de la ansiedad si no que talvez era parte de otro problema médico y que mi familia estaba involucrada para que no me lo dijeran, fue una etapa difícil más porque en ese entonces yo trabajaba en un ambiente de estrés, me presionaba a mí misma y en un momento note laceraciones o más bien erupciones en la piel en mi cuello y en las manos.

Análisis:

Como mencionamos sobre las teorías acerca del sistema nervioso y endocrino que la ansiedad implica está dentro de los parámetros explicados sobre los padecimientos físicos y emocionales tanto como también lo es lo hormonal siendo un padecimiento que encaja en el trastorno de la ansiedad, a su vez encontramos el principio básico de la psicología holística la cual se identifica por mantener un equilibrio entre cuerpo mente y espíritu la cual tiene como tarea el equilibrio entre mente y cuerpo ya que los problemas no resueltos se ven reflejados de forma biológica.

4.2.6 ¿en qué momento surgieron estas respuestas biológicas?

Respuesta:

Lo comencé a notar de manera progresiva comencé con comezón en áreas distintas de mi cuerpo, de manera gradual primero comenzaron leves, que casi ni te das cuenta que te sucede algo, después aumento a una comezón mayor en varias partes del cuerpo, lo que le siguió después fueron laceraciones, provocadas por el hecho de la comezón que de igual manera iba avanzando, todo comenzó en el periodo de mi vida en el que estaba estudiando y al verme obligada a pagar una colegiatura mensual comencé a trabajar en un agencia como vendedora, esto me causo mucho estrés y fue tanto lo que me preocupaba por que no lograba vender absolutamente nada, de alguna manera todo eso mi cuerpo lo comenzó a sacar y me empezaron las laceraciones y las bombitas, irritación, picazón y pues después de eso comencé a tener episodios de estrés, pánico o ansiedad no lo sé bien, se me iba el aliento, se me iba el aire no podía pensar en nada y lo único que hacia es llorar para poder tranquilizarme.

Análisis:

Dentro del contexto presentado por parte de la entrevistada nos narra de manera cronológica la forma en que vivió el progreso en sí misma la ansiedad, el momento en el que ocurre y quizás uno de los eventos más relevantes que influyeron hacia el primer episodio de pánico.

4.2.7 ¿existía otra situación en tu vida la cual creas que en ese momento del inicio de la ansiedad participara como detonante?

Respuesta:

Si de echo en ese momento estaba pasando por un nuevo cambio en mi vida, me enfrentaba a cosas distintas a las cuales no estaba muy bien preparada, en esa etapa de mi vida, fue cuando tenía mi primera pareja formal tenía aproximadamente 21 años en ese entonces y ya teníamos un tiempo viviendo juntos

Análisis:

Reforzando y nutriendo los hechos anteriormente sobre la evolución de la ansiedad en la persona entrevistada podemos notar los diferentes escenarios a los cuales estaba expuesta, siendo comprensible la decadencia emocional de la misma siendo estos los detonantes principales para su avance.

4.2.8 ¿en ese momento de tu vida tenías algún tipo de sentimiento o pensamiento frecuente que te afectara?

Respuesta:

Yo pienso que es como una sensación de no poder controlar, es como si te hicieran daño y no pudieras hacer nada, me sentía frustrada, sin poder hacer nada, en toda mi vida no sabía que era la frustración a lo mucho que llegaba era un enojo y ya hasta ahí, la primera vez que me ocurrió eso fue cuando tenía mi pareja y me entere de que me era infiel y al saberlo y no poder hacer nada por qué quieres a la persona, me frustró y llego al punto de que me caí al suelo y no podía respirar y él tuvo que llegar por mí porque no podía ni hablar sentía que no podía ni siquiera pensar nada.

Análisis:

La persona entrevistada nos cuenta como las situaciones por las que pasaba ayudaron para que el episodio de pánico se manifestara, la carga emocional y psicológica aunada a su estrés la llevo a un estado de ataque de pánico lo cual el dsm-v nos define como trastorno de pánico (300.01) el cual concuerda con los padecimientos que muestra al momento de describir su experiencia.

4.2.9 ¿cuándo el episodio se manifestó, habías pasado por alguna pérdida?

Respuesta:

Si de echo en esos momentos de mi vida, yo era quien no aceptaba la infidelidad de mi pareja, en realidad no lo sabía a ciencia cierta, aunque el resto de i familia

si pero yo no quería aceptarlo porque no tenía pruebas de ello que me hiciera creer, esto llevo a la perdida cuando sentí que había perdido a mi papa, no físicamente pero como padre si lo sentí así en base a la misma situación, aunque no lo considero como parte del problema, más bien creo que lo que en realidad me tenía así era la frustración que sentía al sentirme entre la espada y la pared al no poder hacer nada y querer estar con mi pareja aunque sabía que me hacía daño y al final mi cuerpo de alguna forma lo saca en manera de enfermedad.

Análisis:

En este apartado podemos descartar un estado de ansiedad distinto al ya planteado con anterioridad, podemos resumir que el trastorno de ansiedad por separación (309.21) no se cumple con las descripciones y conjeturas llegadas en base al discurso de la persona entrevistada.

4.2.10 ¿Cuándo te enfrentabas a la situación del episodio de Pánico cuales eran tus pensamientos, fantasías o emociones que surgían dentro de ti en el momento?

Respuesta:

Durante el primer ataque de ansiedad o de estrés que presente, durante el ataque que tenía lo único que quería era respirar, y no podía en ese preciso momento sentía que él me abrazaba, pero de una forma brusca, y como que me quitaba el aire y yo lo único que hacía era rechazarlo porque lo único que podía pensar era en respirar mi instinto natural me hacía querer hacerlo, después conforme pasaron los años ya tenía el conocimiento de que me estaba dando un ataque de ansiedad, y ahora en estos momentos si me diera ya sé cómo controlarlo y que me tengo que tranquilizar sea como sea.

Análisis:

Durante los ataques de pánico nos manifiesta no presentar pensamientos, más que el instinto de supervivencia del ser humano como lo es luchar, en este caso como lo es con la ansiedad, aunque la fantasía se hace presente con el hecho de representar a su pareja que la oprime reflejando la causa principal de su afección de ansiedad.

4.2.11 ¿frente a la situación del episodio que métodos úsate para controlarlo o como lo superabas?

Respuesta:

Después de pasar por momentos tormentosos con los lapsos de ansiedad y al saber que me ocurría algo lo único que se me ocurría era respirar profundamente, más lento y pensar cosas tranquilas, hacer consiente a mi mente que es un ataque de ansiedad, y que me pasa y que ya es, no normal pero que es algo que frecuentemente se me pasa no es para siempre, que cuando llega un límite de mi estrés y ansiedad es cuando mi cuerpo tiene que sacarlo, ahora cuando yo estaba en mi primer ataque de ansiedad, lo único que puede hacer es llorar ya cuando me empecé a tranquilizar solo se me caían las lágrimas hasta que me tranquilicé.

Análisis:

En esta etapa nos cuenta el proceso de como afronto los ataques de pánico al hacerse consiente de que lo padecía y al tener conciencia de esto con llevo a buscar la manera de poder sentirse mejor, esto hace un poco alusión al principio de histeria de Sigmund Freud que en base a lo conocido en su tiempo desarrollo su conjetura del inconsciente el cual consideraba que un hecho traumático que

se hallaba reprimido en el inconsciente pero que se manifestaba de manera de ataques que no tenían explicación y que esta fue la base para el psicoanálisis.

4.2.12 ¿recurriste alguna fuente de información pediste ayuda para saber que te sucedía?

Respuesta:

Tengo algunos conocidos dentro del círculo familiar que son psicólogos, sin embargo no recurrí a ellos tal vez por pena, pero si investigue de forma independiente en internet buscando por medio de los síntomas que había padecido y buscando que era lo que lo provocaba, tratando de entender de el por qué mi cuerpo está reaccionando de esta forma, y ser consciente de la situación que me está llevando a que yo me sienta mal o que me dé un ataque y de alguna manera solucionarlo o evitarlo, para ya no tenerlo más.

Análisis:

Nos presenta una cuestión importante durante el proceso, acerca de la información del padecimiento que como ella mucha gente padece a diferentes grados, la necesidad de información acerca de los trastornos de ansiedad que con eso ella logra tener un conocimiento y hacer frente de cierta forma al problema al cual se está enfrentando.

4.2.13 ¿Cuándo determinaste que tenías ansiedad acudiste a algún profesional para pedir ayuda?

Respuesta:

Si tuve contacto con dos psicólogos los cuales que recuerdo, que uno de ellos que la ansiedad que tengo es porque yo relaciono la soledad con la comida, esto

me hace pensar cuando era chica, esto fue que mis padres me dejaban sola en la casa, entonces lo que hacían era llenarme de dulces y llenarme de chucherías, ponerme la tele y se iban, y es por eso que la ansiedad me comentaba que era por la soledad, yo no me siento cómoda sola, aunque mis episodios de ansiedad han sido por frustración al no poder hacer nada o querer hacerlo mejor, nunca han sido por estar sola.

Análisis:

En este apartado volvemos a determinar que los ataques de pánico surgen por otras cuestiones que no es la soledad, ya que no se han presentado ante esta situación, aunque según el diagnóstico del psicólogo al que acudió determina que es parte de la condición podemos decir que el trastorno de ansiedad por separación no está presente.

4.2.14 ¿recibiste algún tipo de tratamiento?

Respuesta:

Si en el momento que padecía esto solamente recibí terapia psicológica, esto de manera verbal, y en algún momento de mi vida tomé un medicamento llamado fluoxetina, para tratar de controlar la ansiedad, esta me hacía sentirme anestesiada emocionalmente, tanto que te quitaba la tristeza como el enojo, prácticamente te quitaba el humor, me mantenía como si estuviera en piloto automático, esto es lo que sentía, cuando estuve con muchos episodios, me sentía a gusto con el medicamento, conforme aso el tiempo ya no me sentía bien y por eso lo deje, el tratamiento psicológico me preguntaban mi día a día, como marchaban mis relaciones familiares y sociales y por lo regular siempre fue así durante el proceso.

Análisis:

Durante el tiempo que padeció los ataques de ansiedad decidió llevar terapia psicológica la cual fue verbal de forma cognitiva, para desahogar las emociones y sentimientos que almacenaba y que provocaba sus episodios en este caso de sufrirlos de manera regular tuvo que ser medicada como sería en realidad en casos de este tipo.

4.2.15 ¿actualmente como consideras los episodios, con mayor frecuencia o menor?**Respuesta:**

Mis episodios ya tienen un rato que no me sucede, el último que tuve fue hace como 3 años aproximadamente, de ahí en adelante no, lo único que he tenido es estrés, sobre todo por el fallecimiento de mi papa, pero ahí mi cuerpo si somatizo, no tuve el ataque de ansiedad, pero en ese momento sí, mi cuerpo saco lo que sentía de alguna manera.

Análisis:

Con el tratamiento recibido la persona entrevistada nos afirma avance positivo en cuestión de su padecimiento con la ansiedad esto quiere decir que el proceso psicológico si le ha funcionado en cuestión personal y que ha aprendido a detectar las causas y consecuencias de esta.

4.2.16 ¿Cómo consideras tu calidad de vida actualmente?

Respuesta:

Yo siento que actualmente en la forma emocional he crecido, porque he sido más consciente de las emociones que he experimentado en cada situación, anteriormente estaba en la ignorancia o la inocencia, porque estaba más chica y pues esto tal vez forma parte del por qué en este momento de mi vida y ano sufro de los ataques de ansiedad.

Análisis:

En el testimonio de la entrevistada nos cuenta como es su vida actualmente al darse cuenta y al hacer frente al padecimiento que dificultaba su nivel de vida algo así como la catarsis que propuso breuer al hacer consciente lo inconsciente y afrontar los problemas actuales.

4.2.17 ¿en base a tu experiencia como puedes describir la vida con padeciendo ansiedad?

Respuesta:

La vida en conjunto con la ansiedad es algo feo, es atormentarte diario, auto sabotearte diario, estar en completo desacuerdo contigo mismo, no estar contento con la vida que llevas y dentro de tu mente está el pensamiento de que tú puedes hacer algo, tu puedes estar mejor, tu puedes hacerlo mejor, pero no haces nada para cambiar eso, mi motivo personal en el que no hacía nada era el pensamiento de que no tengo el control de todas situaciones que me rodean, sí, he buscado ayuda, así que no es como que me deje ahí sin hacer nada, pero

tampoco es intentar tener el control de todo, y lo que hago es mantener el equilibrio.

Análisis:

Desde el punto de vista personal de una persona que ha padecido ansiedad es fácil observar que no se trata de una calidad de vida muy agradable también podemos definir que la ayuda profesional es indispensable en este tipo de casos para poder así tener un equilibrio del padecimiento.

4.2.18 ¿cómo consideras la terapia psicológica, y que recomiendas a las personas que padecen de ansiedad?

Respuesta:

El tiempo que estuve en el proceso de terapia fue un momento muy importante para sobrellevar mi situación, ya que no había nada más a lo que pudiera recurrir, trabaje cosas desde mi ansiedad hasta cosas que me han marcado una diferencia en mi vida personal, yo recomendaría a las personas en mi situación y mis experiencias es que acudan con un psicólogo o un psiquiatra según qué tan grave sea su situación, informarse, porque ya siendo consciente del problema que tienes podrías lograr controlarlo o por lo menos tendrían herramientas de como poder hacerlo , yo creo que es algo indispensable para este tipo de personas, como también tener la guía de un psicólogo de día a día, así como que tengan la confianza en los conocimientos de los profesionales que de verdad logran un cambio importante en su vida.

Análisis:

Dentro del discurso de la entrevista menciona el punto de vista personal acerca de la terapia psicológica y los avances que ha logrado, así mismo hace alusión a la teoría de breuer de lo cociente, o en terapia psicológica llamaríamos un insight sobre la situación que un paciente con el padecimiento de ansiedad y el avance que lograrían obtener para regular su vida.

4.3 Sugerencias y propuestas

Como sabemos y en base a esta pequeña investigación nos queda más claro sobre lo que es en realidad la ansiedad lo cual es un tema de importancia para que el resto de las personas consideren un cambio e su vida si padecen de este trastorno, conocer el origen y las características que definen a esta afección es también uno de los propósitos a cumplir, ya que la ansiedad e su n estado emocional displacentero que se acompaña de cambios psicossomáticos y a su vez también físicos como lo plantea y trata de explicar la teoría biológica y a su vez en base a la rama de la psicología holística que es la que nos menciona y explica las bases de las emociones y las cuales al no ser resueltas o por decirlo liberadas se tienden a manifestar de forma física y biológica, esta nos podría afectar de manera considerable a cada persona en la que se presente afectando directamente la calidad de vida de estas.

es por ello que a modo de sugerencia, se podría implementar un programa de información temprana como de la misma manera de forma paralela contar con un equipo de apoyo para lidiar con la presencia de síntomas de ansiedad a personas y a estudiantes, de esta forma como manera de prevención para que, conozcan los términos correcto de esta dolencia, que se manifiesta en nosotros como una reacción adaptativa o simplemente como un síntoma o como un síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

se considera que la ansiedad es patológica por la presentación irracional con la que se manifiesta, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad de la persona, esta es una de las causas por las que la ansiedad es una de las afecciones más comunes dentro de la sociedad y esta no discrimina ni tiene un edad específica en la actualidad se conocen casos en menores de edad que cada vez van en aumento es por eso que propondría un programa de información tanto al público como a las escuelas públicas para a poyar al sector poblacional de la

entidad, esto representaría un esfuerzo que con apoyo adecuado y los contactos necesarios serian de gran apoyo a la comunidad en crecimiento.

La propuesta de trabajo seria en una estructura como se propone a continuación:

1 El paso principal:

Indagar en sujetos con factores de riesgo tal como lo serian , desde la historia familiar de la presencia de la ansiedad, como antecedentes personales de la ansiedad durante la niñez o la adolescencia, eventos de vida estresante o traumáticos, la aparición de ideas suicidad en los miembros del núcleo familiar y de la persona, comorbilidad con trastornos psiquiátricos o existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias, la presencia de síntomas de ansiedad que permitan elaborar el diagnóstico adecuado.

2 diagnostico en base a:

- síntomas físicos, los más referidos por personas con ansiedad son: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, sincope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea.
- Los síntomas psíquicos como los cognoscitivos, conductuales y afectivos, predominantes son:
Intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseos de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente.
- Se dará preferencia a la entrevista clínica para establecer el diagnostico, los instrumentos y escalas se utilizarán para complementar la valoración, son preferibles aquellos cuestionarios breves, fáciles de manejar e

interpretar como la escala de Hamilton para la ansiedad (HARS) y el inventario de ansiedad de Beck (BAI).

- Todo paciente con síntomas de ansiedad, y una vez descartados los padecimientos médicos incluidos otros psiquiátricos, el uso de medicamentos y sustancias psicoactivas que cursan con estos síntomas, deberá clasificarse de acuerdo con los criterios específicos de DSM-V y CIE 10.
- Incluir en la historia clínica del paciente, antecedentes personales de: Uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos, sustancias psicoactivas, presencia de enfermedades orgánicas conocidas y acontecimientos vitales estresantes, vinculados a la historia familiar, laboral y social del paciente.

3 tratamiento:

se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información científica basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, y tener en cuenta su opinión, para así facilitar la toma de decisiones compartida. se debe ofrecer terapia de exposición a los pacientes con presencia de fobia específica por sus resultados benéficos.

La terapia cognitivo conductual para tratar:

Trastornos de ansiedad generalizada, pánico con y sin agorafobia, trastornos de fobias específicas, trastorno obsesivo compulsivo.

Para la mayor parte de los pacientes, la tcc se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá complementarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio, puede ser en forma individual o grupal, por su eficacia en los trastornos de ansiedad se recomienda un tratamiento combinado de terapia y farmacología.

4 seguimiento:

- cuando se inicie un nuevo tratamiento con ayuda de fármacos, el paciente debe ser evaluado en las 2 primeras semanas y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas.
- Al cabo de 12 semanas de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con el o considerar una intervención alternativa, en caso de que el medicamento continúe por más de 12 semanas, el paciente deberá ser evaluado cada 8-12 semanas dependiendo de la evolución clínica.

4.4 Conclusiones:

Ya hemos recalcado que la ansiedad es uno de los padecimientos más comunes dentro del sector poblacional en todo el mundo seguido de la depresión y que a su vez tiene contacto con otras disfunciones que se presentan en distintas situaciones y estilos de vida, esto hace que sea una de las enfermedades más intrigantes en el contexto actual lleno de evolución tecnológica y la presión social de las masas en la actualidad como en un principio desde el lado filosófico se intentaba descubrir de donde salían todas aquellas características del ser humano englobándolas en emociones o desde los tiempos de Aristóteles encasillándolos con el hecho de un alma la cual se intenta dar significado a la volubilidad del hombre.

Considero una teoría ideográfica como lo es la de Michael Balint algo cercano a la idea de las afecciones nerviosas, él nos plantea una idea algo parecida a las teorías propuestas a la histeria o la neurosis, esta nos indica que desde el nacimiento nos enfrentamos a un traumatismo al nacer al romper la armonía del sujeto y el objeto (niño-vientre) y que esta se restaura con el primer estadio del amor primario, la cual si no se cumple de manera eficiente causará deficiencias en el desarrollo del sujeto algo llamado "falla básica" esta surge desde la idea del psicoanálisis, más adelante de los pensadores se presentan las distintas teorías las que pretenden tener una noción más específica de las características de los padecimientos que afectan al hombre desde la teoría de Freud (1973) que en su visión trata propone la idea de la neurosis, principalmente la neurosis de angustia esto antes de clasificarla como ansiedad, describe como una excitación del sistema nervioso o a su vez la privación de un estímulo, lo que provocaba un colapso del mismo dando como consecuencia todos aquellos síntomas derivados de dicho trastorno, más adelante Pierre Janet nos presenta una de sus teorías en base a la teoría de Freud "la histeria" en este pensamiento le denomina disociación lo cual propone un "trauma temprano" el cual era la responsable de todas las características presentes de un ataque de pánico que un trastorno de ansiedad asocia, Henri Heuyer con su teoría de la neurosis de angustia y más adelante con las distintas teorías y las ideas plasmadas en esta investigación

podemos encontrar una de las teorías que más me llama la atención como lo es la del modelo tridimensional de Peter Lang (1988) mantiene que la ansiedad se manifiesta en tres sistemas de respuesta relativamente independientes: cognitivo, fisiológico y motor o conductual.

Las investigaciones nos mencionan que las tres modalidades pueden estar disociadas es decir, pueden no covariar entre sí, llevando a una falta de uniformidad entre dichos sistemas. A este fenómeno se le conoce como discordancia o fraccionamiento de respuesta. Además, los niveles de activación de los tres sistemas pueden modificarse en distinto grado a lo largo del tiempo ante un tratamiento, fenómeno conocido como desincronía. Todo esto hizo pensar en normas de funcionamiento diferentes para los distintos sistemas, lo que ha dado lugar a varias líneas de investigación, como lo es el estudio de las estrategias de regulación emocional, la creación de nuevos instrumentos de medida o la mejora de los estudios sobre eficacia de los tratamientos. La multidimensionalidad de la respuesta de ansiedad y los fenómenos de discordancia y desincronía permiten obtener diferentes perfiles o patrones de respuesta diferenciales en los individuos ante determinadas situaciones ansiógenas. A partir de esta teoría se derivan una serie de implicaciones que habrá que tener en cuenta, tanto para la conceptualización, la autorregulación, la evaluación, así como para las técnicas de intervención aplicadas a los trastornos de ansiedad. Así, la ansiedad se conceptualiza como un fenómeno formado por un conjunto de respuestas que se clasifican en los tres sistemas y, además, es necesario evaluar cada uno de estos tres sistemas por separado, la práctica actual de la evaluación se caracteriza porque casi nunca se evalúan de forma explícita y simultánea la naturaleza tridimensional de las respuestas de miedo y ansiedad, por lo que durante los últimos años, muchos investigadores han vuelto a poner en acción la necesidad de profundizar en la investigación sobre el modelo de los tres sistemas de respuesta del miedo y la ansiedad, con la esperanza de que a partir de la investigación poder decir que la ansiedad en la vida diaria de una persona con una vida normal, es un proceso que se puede tornar complicado no obstante la ayuda psicológica puede, marcar una diferencia, y considero la

información temprana o el acceso a información para la población vulnerable a padecerla lograría causar un impacto positivo a la vida plena de las personas que quizás ya padecen de este trastorno y que por miedo o desinformación no recurren a los centros especializados o a los profesionales no logran tener una estabilidad mental o emocional la cual causa consecuencias como lo propone la rama holística sobre las manifestaciones físicas o biológicas la cual aun causa una vida más complicada a quien la padece, en base a los testimonios plasmados nos damos cuenta que tanto como un tratamiento llevado de manera oportuna como el uso de fármacos logran hacer una diferencia notable a la recurrencia de los lapsos o episodios de ansiedad que se presentan en cualquier parte, más el conocimiento y la aceptación de esta simplemente ya causa un impacto de valor en los casos los cuales cuentan como opción el tratamiento psicológico logrando un avance positivo en la dirección correcta.

4.5 Bibliografía.

- Rodríguez, A. (marzo-abril 2013). Fundamentos teóricos a problemas clínicos en los trastornos de la personalidad y su proyección en el DSM-5/CIE-11. *Salud Mental* 2013, (Vol. 36), No. 2.
- Cano-Vindel, A. (2003). DESARROLLOS ACTUALES EN EL ESTUDIO DEL CONTROL EMOCIONAL . *Ansiedad y Estrés* , (9), 223-229.
- Rodríguez, E. (2006.). SIGMUND FREUD: PSICOLOGÍA, PSICOANÁLISIS Y MÉTODO CIENTÍFICO. *Perspectivas Psicológicas/Santo Domingo (Rep. Dom.)*, (Vols. 6-7), pp. 92-101.
- Berenzon, S... (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México.. *salud pública de México.*, (vol. 55,) , p.1.
- Sierra, Juan Carlos, & Ortega, Virgilio, & Zubeidat, Ihab (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1),10 - 59.[fecha de Consulta 20 de Junio de 2020]. ISSN: 1518-6148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271/27130102>
- Guía de practica clínica DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ADULTO, mexico; secretaria de salud, 2010
- sierra, ortega, Zubeidat, J.V.I. (MAR. 2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA*, (VOL.3), PP.10-59,
- CALVO MARTÍNEZ, TOMÁS. (----). *ACERCA DEL ALMA- ARISTOTELES*. MEXICO: BIBLIOTECA BÁSICA GREDOS Lib er al os Lib ros
- Rojas, F. (2016). La angustia: un camino del hombre hacia lo divino. *Ideas y Valores*, 65 (Sup. N.º 2), 137-154.
- Sierra, Juan Carlos, & Ortega, Virgilio, & Zubeidat, Ihab (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1),10 - 59.[fecha de Consulta 20 de Junio de 2020]. ISSN: 1518-6148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271/27130102>
- Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280
- Sanz, J.. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck . *Canales de psicología*, (VOL 2), PP.133-170,

- Martínez,Ingles,cano,garcia, M,C,A YJ. (2012). ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA TEORÍA TRIDIMENSIONAL DE LA ANSIEDAD DE LANG. *Ansiedad y Estrés*, (VOL.18), PP.201-219
- RODRIGUEZ., A.. (1992.). SIGMUND FREUD: PSICOLOGÍA, PSICOANÁLISIS Y MÉTODO CIENTÍFICO. *Perspectivas Psicológicas/Santo Domingo (Rep. Dom.)*, (VOLS.6-7), pp.92-101,
- gomez, G.. (2008). FREUD: ENFERMEDADES NERVIOSAS, ANGUSTIA Y ESTRÉS O del estatuto del cuerpo implicado en las dolencias del sujeto. *Affectio Societatis*, (VOL.9), pp.1-20,
- Ojeda, C.. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica.. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, (vol.41), pp.95-102.
- Rodríguez, A. (marzo-abril 2013). Fundamentos teóricos a problemas clínicos en los trastornos de la personalidad y su proyección en el DSM-5/CIE-11. *Salud Mental* 2013, (Vol. 36), No. 2
- E Y ,BERNARD,BRISSET., H,P,CH.. (1978.). *Tratado de PSIQUIATRÍA..* MEXICO: MASSON , S.A .
- Rojas-Malpica, Carlos, & de la Portilla-Geadá, Néstor, & Mobilli-Rojas, Adele, & Martínez-Araujo, Danilo (2012). La psicosis única revisitada. De la nosotaxia a la nosología. *Salud Mental*, 35(2),109-122.[fecha de Consulta 20 de Junio de 2020]. ISSN: 0185-3325. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582/58223312004>
- -Álvarez JM. Henry Ey, Estudios psiquiátricos, 2 volúmenes, Buenos Aires, Polemos, 2008. Reseña de libros. *Revista de la AEN*. 2009; XXIX: 566-569. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16173/16030>
- Rojo A. El Concepto de Disociación en el Fin-de-Siècle: P. Janet y S. Freud. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid 2006. <http://eprints.ucm.es/tesis/med/ucm-t29094.pdf>
- R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Helio Carpintero, Luís Mayor y Ma Antonia Zalbidea. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *revista de filosofía 3º época*, vol. III, 71-82.
- CASTRO ., E.. (2010.). EL ESTUDIO DE CASOS COMO METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN Y SU IMPORTANCIA EN LA DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS. *Revista Nacional de administracion*, (vol.1), pp.31-54

- Victoria puerta. (Nov 26, 2018). *La ansiedad en la historia*. HTTPS. AMADAG Recuperado de <https://amadag.com/la-ansiedad-en-la-historia>
- Virues, R. A. (2005, 25 de mayo). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*, 7(8). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- ANGUERA., A.. (1991.). Pierre Janet, un contemporáneo de Sigmund Freud. La noción del inconsciente. *anuario de psicología.*, (n° 50.), pp.99-108,
- Giraldo, C.. (2005.). La clínica psiquiátrica: ¿signos y síntomas de una crisis?1. *filosofía de la mente y bioética*, (vol.34), p.4,
- santiago, Etchebarne, Gómez, Roussos ., J,I,J,A.. (Septiembre 6 de 2011). Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis • Número 14 • 2010 197 Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. *REVISTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PSICOANÁLISIS N°*, (N°14), pp.197-219.,