



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta

**“Emociones negativas no resueltas, y su
incidencia sobre la ansiedad en adultos”**

TESIS

Para Obtener el Grado de:
Doctor(a) en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtro. Jorge Alvarado Orozco

Comité Tutorial:

Dr. Sergio González Escobar

Tutor Académico

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Tutor Interno

Dra. Sofía Rivera Aragón

Tutor Externo

Toluca, Estado de México, noviembre de 2019



ÍNDICE

	Pág.
Resumen	1
Abstract	3
Introducción	5
1. Antecedentes	9
2. Planteamiento del problema	24
3. Justificación	27
4a. Hipótesis	29
5a. Objetivos: General y específicos	29
6a. Diseño metodológico	30
6.1a Diseño del estudio	30
6.2a Definición de variables	30
6.3a Universo y muestra	33
6.4a Criterios de inclusión	34
6.5a Criterios de exclusión	34
6.6a Criterios de eliminación	34
6.7a Materiales e instrumentos	35
6.8a Procedimiento	36
6.9a Recolección de datos	37
6.10a Análisis de datos	37
4b Hipótesis	37
5b. Objetivos: General y específicos	39
6b. Diseño metodológico	40
6.1b Diseño del estudio	40
6.2b Definición de variables	40
6.3b Universo y muestra	45

6.4b	Criterios de inclusión	45
6.5b	Criterios de exclusión	45
6.6b	Criterios de eliminación	46
6.7b	Materiales e instrumentos	46
6.8b	Procedimiento	47
6.9b	Recolección de datos	48
6.10b	Análisis de datos	48
6.10	Aspecto ético	49
7.	Resultados	54
7.1	Capítulo de libro aceptado	54
7.1.1	Título	54
7.1.2	Página frontal	54
7.1.3	Carta de aceptación	56
7.1.4	Apartados del artículo	57
	Introducción	57
	Metodología	61
	Resultados	63
	Discusión de resultados	67
	Referencias	69
7.2	Capítulo de libro aceptado	72
7.2.1	Título	72
7.2.2	Página frontal	72
7.2.3	Carta de aceptación	74
7.2.4	Apartados del artículo	75
	Introducción	75
	Metodología	77
	Resultados	82
	Discusión de resultados	86
	Referencias	88
8.	Resultados adicionales	91

9.	Discusión general		99
10.	Conclusiones generales		107
11.	Bibliohemerografía utilizada		111
12.	Anexos		123

Resumen.

Czernik, Almirón, Cuenca y Mazzaro (2005) refieren que la ansiedad y la depresión, figuran entre los trastornos mentales con mayor prevalencia en el mundo, lo que ha provocado que sean objeto de estudio de distintas ciencias. Al respecto, Ortiz-Tallo (1997) señala que en el caso de la psicología, tal interés tiene décadas, lo que ha permitido el surgimiento de distintas áreas de trabajo, siendo una de ellas la explicación de su origen. En este sentido, una propuesta reciente que aborda la etiología de ambos trastornos, es la teoría de la paz o equilibrio, en específico, en la sección que Valdez-Medina (2009) llama el círculo del miedo. En ella, el autor plantea que ambos trastornos inician cuando el individuo posee una personalidad entrópica, la cual, le dificulta resolver un estímulo sorpresa o significativo, lo que le originará emociones negativas, que en caso de no ser resueltas, llevan a la persona a presentar ansiedad, y posteriormente depresión.

Por tanto, la presente investigación tuvo el objetivo de explorar si la experimentación y no resolución de las emociones negativas: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, incide en la presencia de manifestaciones depresivas y niveles de ansiedad en adultos. Para ello, el trabajo se dividió en dos fases. En la primera, participaron 30 mujeres ($\bar{x}=22.33$, D.E=4.35 años) y 30 hombres ($\bar{x}=24.77$, D.E=8.76 años), elegidos a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. Notándose que la totalidad de ellos tendió hacia una personalidad entrópica, lo que les complicó aceptar o rechazar un conflicto, principalmente del área familiar. Dicho problema, les originó emociones negativas que no habían resuelto, las cuales ellos asociaron con los niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas que experimentaban.

Para la segunda fase, se realizó un proceso similar al de la etapa anterior, sólo que en este caso, únicamente se buscó evidencia del trastorno de ansiedad. Para ello, se trabajó con 37 mujeres ($\bar{x}=23.59$, D.E=6.13 años), y 32 hombres ($\bar{x}=24.50$, D.E=6.86 años), en los cuales además de herramientas psicológicas, se usó el biofeedback para determinar si presentaban indicadores fisiológicos relacionados con el estado ansiógeno. En ellos, nuevamente se observó que poseer una

personalidad entrópica, les dificultó aceptar o rechazar un evento adverso, ocurrido primordialmente en la familia. Ello los llevó a vivenciar emociones negativas no resueltas, a raíz de las cuales: experimentaron niveles medios y altos de ansiedad, así como manifestaciones fisiológicas propias del estado ansioso, de las cuales resultaron estadísticamente significativas: el aumento del ritmo cardíaco y el incremento de la conductancia galvánica.

Así pues, los resultados obtenidos en la primera fase del estudio, permitieron observar que la secuencia que Valdez-Medina (2009) propone para explicar el origen de la depresión, se cumplió en los participantes. Al tiempo que los datos conseguidos en la primera y segunda etapa del estudio, permitieron notar que la secuencia planteada por Valdez-Medina (2009) para explicar la etiología de la ansiedad, se cumplió en los participantes. Siendo importante señalar que en ambas etapas del estudio, los conflictos familiares fueron el principal estímulo sorpresa o significativo que originó emociones negativas.

Abstract.

Czernik, Almirón, Cuenca and Mazzaro (2005) report that anxiety and depression are the most common mental disorders in the world, which leads to several studies of many disciplines. In the same way, Ortiz-Tallo (1997) points out that in psychology, the interest of studying this field started a few decades ago, which allowed the beginning of different ways of addressing these disorders, such as the origin of these diseases. In this sense, a recent proposal that addresses the etiology of both disorders is the theory of peace or balance, specifically, in the section that Valdez-Medina (2006) calls the circle of fear. In this theory, the author states that both disorders begin when the individual has an entropic personality, which makes it difficult to resolve a surprise or significant stimulus, which will cause negative emotions, which if not resolved, lead the person to present anxiety, and subsequently depression.

Therefore, this research aimed to explore whether experimentation and non-resolution of negative emotions: frustration, hatred, guilt, shame, envy or jealousy, affects the presence of depressive manifestations and levels of anxiety in adults. This study was divided in two phases. In the first one, 30 women ($\bar{x}=22.33$, $SD=4.35$ years) and 30 men ($\bar{x}=24.77$, $SD=8.76$ years) participated, using a non-probability convenience sampling to collect data. Noting that all of them tended towards an entropic personality, which complicated them to accept or reject a conflict, mainly from the family area. This problem gave rise to negative emotions that they had not resolved, which they associated with the levels of anxiety and depressive manifestations they experienced.

For the second phase, the process was similar to the previous one, but in this case, the only evidence explored was the anxiety disorder. In this part, the sample consisted of 37 women ($\bar{x}=23.59$, $SD=6.13$ years), and 32 men ($\bar{x}=24.50$, $SD=6.86$ years), in which in addition to psychological tools, Biofeedback was used to determine if they showed physiological indicators related to the anxiety disorder. In this same group, it was again observed that having an entropic personality made it difficult for them to accept or reject an adverse event, primarily in the family. This led

them to experience unresolved negative emotions, as a result of which: they experienced medium and high levels of anxiety, as well as physiological manifestations of anxiety, finding statistically significant results in: the increase in heart rate and the increase in galvanic conductance.

Thus, the results obtained in the first phase of the study, showed that the sequence that Valdez-Medina (2006) proposes to explain the origin of the depression was fulfilled in the participants. At the same time as the data obtained in the first and second phase of the study, it was noted that the sequence proposed by Valdez-Medina (2006) to explain the etiology of anxiety was fulfilled in the participants. It is important to note that in both phases of the study, family conflicts were the main unexpected or significant stimulus that caused negative emotions.

Introducción.

García (2014) señala que la psicología es una ciencia que tiene como objeto de estudio la conducta humana, ello hace que ésta aborde las acciones observables del individuo, así como los procesos cognitivos y emocionales que le subyacen. Por tanto, los temas que le atañe investigar a esta disciplina son muy variados. Aun así, Sotelo (2016) refiere que hay temáticas que son pilares dentro de la Psicología, estando entre ellas la personalidad.

Conforme a Coon (1999) la personalidad es uno de los tópicos más complejos y polémicos que tiene esta ciencia, debido a la variedad de enfoques bajo la cual ha sido abordada. En este sentido, una propuesta reciente que abona al conocimiento que se tiene de este constructo, es la teoría de la paz o equilibrio. Al respecto, Valdez-Medina, González-Arratia y González (2011) indican que la personalidad es una estrategia comportamental empleada para cubrir las carencias biológicas y psicosocioculturales que la vida genera. Ahora bien, estos autores comentan que la personalidad no es estática, sino que varía a lo largo de la vida, con base en cuatro elementos inherentes a la persona: el sexo que posee de nacimiento, la simetría física que tenga, su edad, y el contexto donde se desenvuelve.

De acuerdo con los autores, estos cuatro elementos que determinan la personalidad del individuo, así como las complicaciones del actual contexto mundial, dificultan a las personas la consecución de los satisfactores biológicos y psicosocioculturales deseados, lo que facilita que éstas desarrollen una tendencia de personalidad entrópica o en caos, la cual hace que los individuos se caractericen por tolerar –aceptar algo que en verdad rechazan– y controlar –fingir ante los demás que todo está bien o que todo está mal–.

Para Valdez-Medina (2009) esa tendencia de personalidad entrópica que están desarrollando los sujetos, los predispone a presentar: desesperanza, estrés, apatía, somatización, ansiedad, depresión, inclusive enfermedades biológicas. En este punto, es necesario señalar que la opinión de este teórico no es aislada, ya que la personalidad ha sido asociada con la vivencia de trastornos mentales, por ejemplo, Ramos (2015) la ha correlacionado con la depresión; Siabato, Forero y Paguay

(2013) con la ansiedad; Echeburúa, Marañón, y Grijalvo (2002) con trastornos de la conducta alimentaria; y Zurroza-Estrada, Oviedo-Rodríguez, Ortega-Gómez, y González-Pérez (2009) con el estrés. Del mismo modo, la personalidad ha sido vinculada con enfermedades fisiológicas, por ejemplo, Urquijo, Sánchez, Monsson y Heredia (2001) la asociaron con problemas cardiovasculares; Arbizu (2000) con el cáncer; mientras que Eagleston, Chesney, y Rosenman (1988) lo hicieron con problemas en arterias coronarias.

Así pues, la propuesta teórica de Valdez-Medina (2009), así como los trabajos empíricos citados, dejan en claro la asociación que los constructos psicológicos tienen con la salud mental y fisiológica. De acuerdo con Martín (2003) fue justamente ese vínculo entre los factores psicosociales, con la diada salud-enfermedad, lo que permitió el surgimiento de la psicología de la salud, la que conforme Morales (1999) tiene como uno de sus objetivos, el tratamiento y prevención de los trastornos mentales. Al respecto, Valencia (2007) comenta que los procedimientos que han mostrado eficacia en esta área, son aquellos que combinan el tratamiento farmacológico, con la intervención psicológica.

En cuanto al último punto, Bischof (1992) comenta que para que una propuesta teórica sea válida para un proceso de intervención, ha de cumplir varios requisitos, siendo uno de ellos, el ser probada en la práctica. Así, lo que este trabajo pretende es buscar evidencia empírica que sustente o refute la secuencia que Valdez-Medina (2009) plantea en la teoría de la paz o equilibrio, para explicar la génesis de la ansiedad y la depresión. Esto con la intención de ofrecer resultados sólidos, que permitan a este postulado ser pertinente o no, al momento de elaborar programas de intervención o profilácticos, que aborden el trastorno de ansiedad y depresión.

Para lograr tal cometido, se trabajará con la sección que dentro de la propuesta de la teoría de la paz o equilibrio es llamada el círculo del miedo. De manera general, ésta indica que poseer una personalidad entrópica, dificulta aceptar o rechazar un conflicto, lo que lleva a la persona a experimentar emociones negativas, las que de no ser resueltas, conducen a la experimentación de: ansiedad, depresión, estrés, somatización, apatía, pérdida de la paz, e inclusive enfermedades biológicas.

Señalándose, que entre la serie de constructos psicológicos que integran el círculo del miedo, se optó por abordar la ansiedad y la depresión, ya que de acuerdo con Valdez-Medina (2009) éstos son los primeros trastornos mentales a los que llevan las emociones negativas no resueltas. A ello, se agrega lo aludido por Kohn et al. (2005) quienes aseveran que la ansiedad y la depresión, son los trastornos mentales con mayor prevalencia en el mundo, proyectándose que en las próximas décadas continúen así. Esto sin dejar de lado la comorbilidad que tienen con otros trastornos, por ejemplo, González, Landero y García-Campayo (2009) los han asociado con la somatización; Arrieta, Díaz y González (2013) con el estrés; Torres, Posada, Bareño y Berbesí (2010) con el trastorno por uso de sustancias; mientras que Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2007) concluyen que también están asociados con los trastornos alimenticios. A ello, habría que anexar que la ansiedad y la depresión también han sido relacionados con conductas que dañan la salud del individuo que las experimenta, por ejemplo, Becoña y Míguez (2004) las asocian con el consumo de tabaco; Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas (2006) con la obesidad; en tanto que Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González, e Iruarrizaga (1994) la hacen con el consumo del alcohol.

Asimismo, es necesario señalar que debido a que el presente trabajo aborda la ansiedad y la depresión, se tomó en cuenta la sugerencia de Borges, Medina-Mora y López-Moreno (2004) quienes proponen que las investigaciones relacionadas con algún trastorno mental, combinen herramientas psicológicas –es importante conocer cómo surgió y se desarrolló el trastorno– con mediciones fisiológicas –a fin de saber cómo reacciona el organismo en ese trastorno–, con la intención de dar mayor sustento a los resultados encontrados. Y justamente eso se hizo, pues se emplearon instrumentos propios de la psicología –dos cuestionarios, dos escalas, un inventario, y una entrevista semiestructurada– y un biofeedback, el cual permite la medición indirecta del: ritmo cardíaco, contracción muscular, conductancia galvánica, temperatura cutánea, y vasoconstricción, los cuales de acuerdo con Faller y Schunke (2006) son funciones fisiológicas que tienen variaciones cuando el individuo entra en un estado ansioso.

Así pues, con la intención de alcanzar el objetivo del presente trabajo, éste se integra de la siguiente forma. En la primera sección, se hace referencia a los constructos psicológicos que forman parte del estudio; en la segunda parte, se aborda la relevancia que tiene el poner a prueba los postulados teóricos; en la tercera, se expone la importancia de continuar estudiando el trastorno de ansiedad y depresión; en el cuarto, quinto y sexto apartado, se especifica el método que rigió la presente investigación; en el séptimo punto, se incluyen los dos artículos que fueron aceptados como capítulo de libro; en el octavo apartado y como resultados adicionales, se anexan los resultados que los participantes obtuvieron en las mediciones fisiológicas efectuadas; en la novena sección, se plantea la discusión general del trabajo; en el décimo apartado, se indican las conclusiones alcanzadas tras la realización de la investigación, así como las limitantes que ésta tiene; en el onceavo punto, se enlistan las referencias que sustentan el presente estudio; mientras que en la décimo segunda sección, se incluyen los anexos.

Mencionado lo anterior, resta abordar los constructos psicológicos que atañen al presente estudio, y ello ocurre en el siguiente apartado.

1 Antecedentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) indica que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). De acuerdo con Beiter et al. (2015) tal concepción muestra la relevancia que el equilibrio mental tiene para la salud, aunque también comentan que esa homeostasis es complicada de conservar. Punto de vista que es compartido por la OMS (2016a) quien refiere que entre las consecuencias de la ruptura de tal equilibrio, están los trastornos mentales.

En este sentido, la misma organización (OMS, 2017a) afirma que dos de los trastornos que se ha convertido en un problema de salud internacional, son la depresión y la ansiedad, pues el 4.4% de la población mundial vivencia el primer trastorno, mientras que la ansiedad es experimentada por el 3.6% de los habitantes del mundo. Lo que respectivamente, los convierte en el primer y segundo trastorno más vivenciado en el orbe.

De acuerdo con De la Gándara y Fuertes (1999) los estadísticos anteriores, las conductas que originan, así como los relatos que existen sobre su experimentación, han hecho que ambos trastornos sean objeto de estudio de distintas disciplinas. Al respecto, Ortiz-Tallo (1997) comenta que en el caso de la psicología, dicho interés tiene décadas, lo que ha permitido el surgimiento de distintos temas de estudio, por ejemplo: factores de riesgo, comorbilidad con otros trastornos mentales o enfermedades fisiológicas, secuelas de su experimentación, tratamiento, y explicación de su génesis.

En cuanto al último punto, es necesario comentar que existen diversos postulados teóricos que explican el origen de ambos trastornos, los cuales pueden ser clasificados en dos: aquellos que sólo formulan un principio, y aquellos que además de plantear premisas, formulan una secuencia en la que éstas suceden.

1.1 Origen de la ansiedad, propuestas que basadas en una premisa.

En este tipo de postulados se encuentra el de Priest (1992) y Suinn (1993) quienes consideran que un cambio radical en el área: social, familiar, biológica, económica, psicológica, o laboral, son las causantes de la ansiedad. En cambio, De la Gándara y Fuertes (1999) aseveran que este trastorno tiene lugar cuando el individuo responde exageradamente a las presiones –persistentes o no– de su organismo, entorno psicosocial, o medio ambiente. Luengo (2005) por su parte, asegura que la ansiedad es consecuencia de la errónea percepción o interpretación de un estímulo interno o externo.

1.2 Teorías que explican la génesis de la ansiedad.

Ejemplo de este tipo de propuestas es la de Beck (1976) quien expone que este trastorno inicia con la vivencia de un evento estresante; que al ser captado por el individuo, lo hace valorar los recursos con los que cuenta para enfrentarlo; si la conclusión alcanzada no es favorable, éste experimentará alteraciones fisiológicas; posteriormente, la persona re-valorará el suceso vivido, así como la reacción fisiológica que experimentó. Si la conclusión alcanzada no le favorece, la ansiedad aumentará; incluso al grado de la disfunción somática; si ello ocurre, el individuo nuevamente evaluará en conjunto el suceso experimentado, la reacción fisiológica y somática de su cuerpo, y en caso de que la conclusión sea negativa, el ciclo se reforzará.

Spielberger (1980) por su parte, reseña que este trastorno inicia con un evento productor de tensión que es percibido como una amenaza; por lo que es valorado negativamente; causando sensaciones subjetivas de rigidez, temor, nerviosismo y una elevada actividad del sistema nervioso autónomo; lo que origina cambios fisiológicos y conductuales, los cuales en sí, integran a la ansiedad.

Opinión distinta es la de Reiss (1991) quien afirma que este trastorno tiene como origen un factor al que él llama: sensibilidad a la ansiedad, el cual poseen todos los seres humanos, ya que es una herencia de la especie. Así, cada que una persona se ve expuesta a: lesiones, una evaluación negativa, o a los síntomas propios de la

ansiedad, comienza a desarrollar este trastorno, el cual se refuerza y establece si hay un daño real, y si la persona tiene un mal concepto de ese evento.

Postura similar a la anterior, es la de Mineka y Öhman (2002) para quienes la ansiedad inicia con la presencia de cualquiera de los eventos que han amenazado la supervivencia a través de la evolución. Así, cuando alguno de ellos tiene lugar, se estimula automáticamente el módulo específico del miedo, el cual activa el sistema simpático, dando paso a las reacciones fisiológicas propias de este trastorno.

Postulado distinto es el de Barlow, Allen y Choate (2004) quienes opinan que el surgimiento de la ansiedad estaría determinado por tres vulnerabilidades: biológica –rasgos heredados–, psicológica –características propias– y específica –eventos concretos–. Así, cuando dos de éstas interactúan entre ellas, se activa el sistema nervioso autónomo y somático, lo que hace al individuo concluir que se encuentra ansioso.

Por su lado Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, y Van Ijzendoorn (2007) manifiestan que este trastorno inicia con un suceso adverso, el cual origina una sobre activación fisiológica y encamina el pensamiento hacia la amenaza. Posteriormente, la persona compara la dificultad actual con las pasadas, valorando su contexto y recursos de afrontamiento. Si tras ello, el evento es visto poco amenazante, disminuye su estado de alerta, pero si es considerado un riesgo real, surge el estado ansioso, interrumpiéndose las actividades del individuo y manteniéndose los recursos cognitivos hacia la amenaza, situación que refuerza la experimentación de ansiedad.

1.3 Origen de la depresión, propuestas basadas en una premisa.

En esta sección, se ubicaría el postulado de Rojas (1981) quien afirma que este trastorno es prevalente en individuos con personalidad depresiva, los cuales se caracterizan por tener constantes pensamientos fatalistas, así como por ser propensos a la melancolía. En cambio, Chinchilla (1999) asegura que la depresión es consecuencia de una variación drástica en el área: genética, psicológica,

ambiental, o social. Breton (1997) por su parte, comenta que el estado depresivo comienza con la vivencia de un suceso valorado negativamente por el individuo.

1.4 Teorías que explican el origen de la depresión.

En este apartado, tiene cabida la propuesta de Beck (1976) quien asevera que el trastorno de depresión tiene su base en los errores del pensamiento, y en las distorsiones del proceso de información que ocurren en la infancia. Estos errores cognitivos, desarrollan de una triple deficiencia en el sistema de creencias del sujeto, lo que lo hace valorarse negativamente –exalta sus defectos y se considera inferior a los demás–, así como a sus experiencias –únicamente ve el lado negativo de sus vivencias–, y su futuro –espera fracasos en el futuro inmediato y lejano–. Por tanto, el autor propone que los individuos que han desarrollado deficiencias en su sistema de creencias, ante una dificultad se valorarán negativamente, exaltando sus defectos y rememorando sus experiencias negativas pasadas, lo que lo llevará a pensar en un futuro catastrófico, surgiendo así la sintomatología depresiva.

Abramson, Metalsky y Alloy (1989) por su parte, indican que el factor importante para el desarrollo de la depresión, son tres patrones inferenciales negativos: (1) inferir que los factores estables y globales causan sucesos negativos, (2) deducir que los hechos negativos originarán acontecimientos negativos futuros, y (3) concluir características negativas de sí mismo, ante un evento adverso.

Así, los autores proponen que ante un incidente negativo, quienes poseen los anteriores sesgos –vulnerabilidades– cognitivos, tienen la idea de que el conflicto que enfrentan durará mucho tiempo, pudiendo verse afectadas distintas áreas de su vida. Tales pensamientos, llevan a la persona a considerar que los eventos negativos que experimenta, le causarán más problemas en el futuro, por lo que el sujeto desarrollará pensamientos negativos de sí mismo, surgiendo así la sintomatología depresiva, la cual se acentuará si el individuo tarda en resolver el conflicto que enfrenta.

Opinión distinta es la de Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (2007) quienes proponen que la depresión es el resultado final de un proceso que inicia con la presencia de factores de riesgo –evento negativo, antecedentes familiares o conflictos diarios–, que afectan los patrones de conducta adaptativa, perturbándose

así, las relaciones personales importantes para la persona. Así, la ocurrencia del factor de riesgo genera una reacción emocional negativa, que combinada con la incapacidad para revertir el daño, llevan al sujeto a sobredimensionar los fracasos y opiniones negativas de sí, lo que aumenta la disforia y los síntomas cognitivos, conductuales y emocionales asociados al estado depresivo.

Postulado distinto es el de Álvaro, Garrido y Schweiger (2010) quienes afirman que la depresión es un estado subjetivo de malestar físico y emocional, consecuencia de las presiones socioculturales del individuo. Por ello, aseguran que este trastorno inicia con la ocurrencia de un estresor –cualquier presión social– que sobrepasa las capacidades de la persona, lo que genera que las estrategias de adaptación del sujeto sean insuficientes. Si a tales características se anexa una baja autoestima y la idea de que no tiene el apoyo de sus familiares o amigos, hacen que el sujeto piense que no puede modificar su medio, lo que agravara los síntomas depresivos.

Ramírez et al. (2018) por su lado, proponen que la depresión inicia con un estrés psicológico excesivo, que altera la relación existente entre el sistema inmunológico y el sistema nervioso central. Esta pérdida de homeostasis, incrementa la segregación de la interleucina 1 beta y de la interleucina 6, al tiempo que activa los receptores toll TLR-4, el factor de transcripción NF-kB y el inflamasoma NLRP3. Estas reacciones endocrinas en conjunto, causan en primer momento síntomas generales asociados a cualquier infección, pero también, disforia y anhedonia, que son síntomas característicos de la depresión.

Asimismo, los autores señalan que si el factor estresante se mantiene o se repite a las 24 horas, se incrementa la síntesis del ácido quinolínico, el cual activa los receptores de N-metil-D-aspartato en el sistema nervioso central, y se estimulan las interleucinas IL-6 e 1l-1b, las cuales favorecen la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, y refuerzan las desviaciones del metabolismo tripófano, hacia la producción de ácido quinolínico, con lo que se reduce las síntesis de serotonina, consolidando así el estado depresivo.

Como pudo observarse, los postulados teóricos anteriores que explican el origen de la ansiedad y la depresión, centran su propuesta en tres elementos: 1) la vivencia de un evento, 2) la valoración negativa que se hace de éste, y 3) la vivencia de manifestaciones fisiológicas propias del estado ansiógeno y depresivo. Sin embargo, el circunscribir la experimentación de estos trastornos a tres o cuatro elementos, es una limitante que poseen las anteriores propuestas, ya que la explicación que ofrecen puede considerarse parcial, debido a que en la actualidad ambos constructos contemplan un área: contextual –evento aversivo–, cognitiva, afectiva, conductual, fisiológica, y endocrina.

En este sentido, una propuesta reciente que aborda la etiología de la ansiedad y la depresión, y que toma en cuenta las distintas categorías que integran a ambos constructos, es la teoría de la paz o equilibrio de Valdez-Medina (2009). Inclusive, a diferencia de las anteriores propuestas, explica cómo la ansiedad y la depresión pueden tener comorbilidad con: otros trastornos mentales, constructos psicológicos, y malestares somáticos. Por tales motivos, la teoría de la paz o equilibrio es el postulado teórico elegido, como sustento de la presente investigación, por ello es abordada a detalle en el siguiente apartado.

1.5 Teoría de la Paz o equilibrio.

Valdez-Medina (2009) indica que la vida biológica y psicosociocultural está en constante movimiento, ello hace que las personas se enfrenten cotidianamente a estímulos sorpresa –eventos vividos por primera vez– y estímulos significativos –acontecimientos experimentados en dos o más ocasiones–, los cuales respectivamente, alteran o vuelven a alterar el estado de paz o equilibrio en que el individuo se encuentra, acercándolo a distintos tipos de miedos y amenazas, al momento que lo aleja de los máximos objetivos a los que aspira el ser humano: llegar al apareamiento con fines reproductivos y de conservación de la especie –aspecto biológico–, y ser mejor que antes, que uno mismo y que los demás, para ser alguien en la vida –aspecto psicosociocultural–.

Ante ello, los sujetos actúan para evitar las consecuencias que dichas carencias traen, lo que produce un resultado positivo o negativo según sus intenciones, surgiendo en ese momento dos posibilidades. La primera sería la tendencia natural: aceptar o rechazar abiertamente con gusto y sin queja los resultados de sus acciones, lo que instauraría a la persona en un estado de paz o equilibrio similar del que partió, el cual es llamado el círculo de la paz. Nombrado así, pues quien se ubica en él, experimenta: paz, amor, seguridad, y tranquilidad, lo que aumenta su capacidad de concentración, al tiempo que fortalece su sistema inmunológico. Ahora bien, el autor comenta que el estado de paz y equilibrio no es perpetuo, además de que sólo es asequible en su totalidad, para quienes poseen una tendencia de personalidad fuerte, es decir, un Ego cero.

Pero si el sujeto en cuestión ha construido a lo largo de su vida una personalidad entrópica, ya sea con dominancia Ego (+) o Ego (-), es factible que no acepte o no rechace abiertamente con gusto y sin queja las consecuencias de sus actos, así como el estímulo sorpresa o el estímulo significativo al que hace frente. Ello provoca que éste comience a tolerar –fingir que acepta algo que en verdad rechaza o que rechaza algo que en verdad acepta– y controlar –aparentar ante los demás que todo está bien o que todo está mal–, lo que progresivamente lo acerca al círculo del miedo. Existiendo en ese momento la posibilidad de que el individuo acepte o rechace abiertamente sus conductas y los sucesos que afronta, lo que lo ubicará en un estado de paz o equilibrio similar del que partió.

Pero si la persona continúa forzando las situaciones, caerá en el círculo del miedo, el cual origina en el sujeto: baja del sistema inmunológico, menor cantidad de energía para desarrollar sus tareas, baja concentración, y un estado de ánimo alterado. Esto debido a que quienes se ubican en el círculo del miedo, se caracterizan por desarrollar emociones negativas, siendo éstas: frustración, odio, envidia, celos, vergüenza, o culpa. Las que de no resolverse, llevan al individuo a presentar niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas, las cuales se manifiestan a través de cambios conductuales, la activación del sistema nervioso autónomo en su parte simpática, así como cambios en el patrón de las segregaciones hormonales.

Sin embargo, el círculo del miedo no para allí, ya que si el sujeto no soluciona el evento y las emociones negativas que lo llevan a experimentar ansiedad, es factible que también presente: desesperanza, estrés, apatía, somatización, e inclusive alguna enfermedad biológica (Ver figura 1).

Figura 1. Diagrama del círculo del miedo de la teoría de la paz o equilibrio.

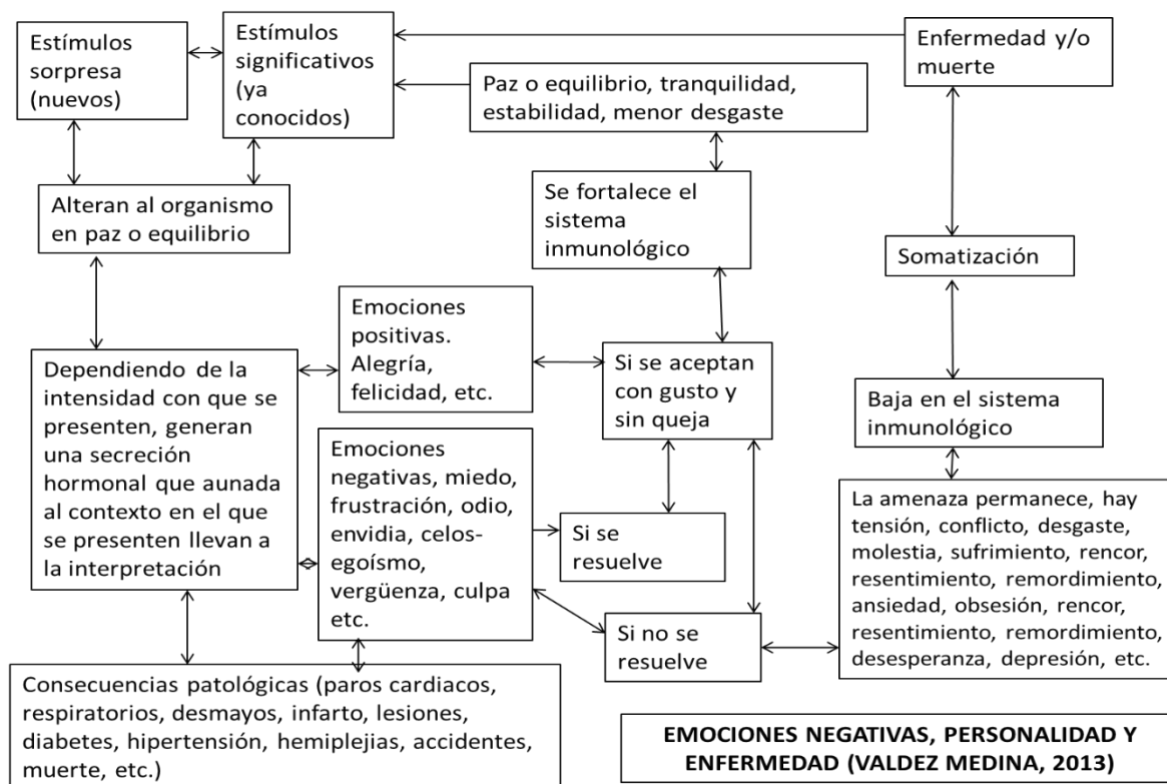


Figura 1. El modelo de la teoría de la paz o equilibrio, plantea que poseer una personalidad entrópica dificulta la aceptación o rechazo de un estímulo sorpresa o significativo, lo que lleva a la persona a presentar emociones negativas, las que de no resolverse, conducen a la experimentación de: resentimiento, ansiedad, somatización, depresión, y enfermedad biológica.

Como puede observarse, dos elementos básicos de la teoría de la paz o equilibrio son: la tendencia de personalidad y las emociones negativas, por lo que son abordados en los siguientes puntos.

1.6 Personalidad entrópica.

De acuerdo con Valdez-Medina et al. (2011) la personalidad es la estrategia comportamental que emplean los individuos, para la obtención y conservación de los recursos o satisfactores, que les permitan cubrir sus necesidades. Señalándose, que ésta se desarrolla con base en cuatro características inherentes a las personas: sexo de nacimiento, edad, simetría física, y el contexto psicosociocultural en el que se desarrollan.

En cuanto al último punto, los autores señalan que en las últimas décadas, ha tendido auge un contexto mundial violento y sobrepoblado, lo que ha complicado el acceso a los satisfactores de las necesidades biológicas y psicosocioculturales. Ello ha permitido el surgimiento de dos tendencias de personalidad. La primera sería la personalidad en paz –o Ego cero–, poseída por quienes aceptan o rechazan los eventos experimentados, lo que les brinda salud mental, paz y confianza. La segunda opción, es la personalidad entrópica, la cual tiene dos vertientes: dominancia Ego (+), propia de quienes buscan ser valorados por sus fortalezas, pues pretenden admiración; y la dominancia Ego (-), distintiva de quienes buscan ser aceptados por sus debilidades, pues buscan la compasión.

1.7 Emociones negativas.

En lo que toca a las emociones, Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) describen que éstas son reacciones universales que generan cambios afectivos, fisiológicos y conductuales, ante situaciones relevantes como: amenaza, pérdida, éxito o sorpresa. Ahora bien, Valdez-Medina (2009) muestra que dependiendo de la interpretación que se le dé al evento que la originó, así como a sus consecuencias, es que se concluye si la emoción es positiva –si provocó alegría o felicidad–, o negativa, de las cuales el autor plantea las siguientes seis:

- Frustración. Respuesta tras no poder conseguir, conservar, evitar o desaparecer lo no esperado.

- Odio. Respuesta de enojo, ira o agresión, que se produce hacia aquello que estorbó, interfirió u obstaculizó la consecución o conservación de un recurso o satisfactor, que permitía evitar o desaparecer una amenaza o miedo.
- Envidia: Alerta producida por no tener lo que otro tiene, y que se quiere para ser más atractivo, competitivo y para tener mayor jerarquía.
- Celos: Temor a perder algo que da ventaja sobre los demás, y que en caso de perderse, harían ver al individuo como poco apto o perdedor.
- Culpa: Experiencia de remordimiento al sentir que se ha cometido un error o un daño que debe repararse o pagarse.
- Vergüenza: Experiencia de paralización por el temor al fracaso, rechazo o burla, por no sentirse capaz de conseguir, conservar, evitar o desaparecer aquello que no se pretende.

Así pues, Valdez-Medina (2009) comenta que la experimentación y no resolución de cualquiera de las anteriores emociones negativas, aunadas a la dificultad para solventar el problema que las originó, hacen que el individuo centre sus recursos cognitivos y conductuales en la solución de éstos. Si ello no se consigue, aumentan los pensamientos asociados al conflicto, lo que lleva al individuo a estar en alerta permanente, ante la posibilidad de que reaparezca el problema, o bien, nuevos conflictos asociados a éste. Y es justo la alerta permanente, la que hace que los individuos comiencen a desarrollar ansiedad. Señalándose, que si la sobre activación permanece constante, el sujeto concluirá que no puede resolver el conflicto que enfrenta, así como las emociones negativas que éste origina, lo que lo llevará a la desesperanza, comenzando a presentar manifestaciones depresivas.

1.8 Biofeedback.

Ya que uno de los objetos de estudio del presente trabajo es la ansiedad, se tomó en cuenta el argumento de Borges et al. (2004) quienes sugieren que en el estudio de trastornos mentales, además de las herramientas propias de la

psicología, se anexen mediciones fisiológicas, a fin de obtener mayor certeza y confiabilidad en los resultados.

Por tanto, se optó por valorar de forma indirecta el sistema nervioso autónomo en su parte simpática, el cual conforme a Moore, Dalley y Agur (2011) se activa cada que el individuo entra en un estado ansioso. Para ello, se empleó el biofeedback, el cual de acuerdo con Da Silva, Barros y Da Costa (2013) es un aparato eléctrico que a través de sensores, capta y magnifica algunas señales fisiológicas de la activación del sistema nervioso autónomo en la sección simpática, para ser convertidos por un software, en sonidos y gráficas, para que la persona tenga conocimiento en tiempo real, de la forma en que reacciona su organismo ante un estímulo.

1.8.1 Uso del biofeedback en el sector salud.

La revisión de la literatura permitió observar que el biofeedback tiene primordialmente tres usos en el área de la salud: auxiliar en la reeducación de esfínteres uretrales y rectales, coadyuvar en el tratamiento de dolores musculares, y ser un método alternativo en el tratamiento del trastorno de ansiedad.

Ejemplo del primer punto, es el trabajo de Espitia, De Andrade y Orozco (2015) quienes a través de la contracción muscular, reeducaron el piso pélvico en mujeres con incontinencia urinaria. En tanto que Segal et al. (2018) y Remes-Troche et al. (2018) emplearon este instrumento en pacientes con estreñimiento crónico y disinergia defecatoria. Para ello, utilizaron refuerzos auditivos y visuales para corregir la incoordinación abdominopélvica y las alteraciones sensitivas de los pacientes.

Como muestra del uso del biofeedback en el tratamiento de pacientes con problemas musculares, está el estudio de Lima et al. (2012) quienes utilizaron el electromiógrafo superficial, en la rehabilitación de pacientes con lumbalgia crónica, mediante la reeducación del músculo trasverso del abdomen. Villalobos (2015) por su parte, empleó el electromiógrafo superficial en personas con dolor de miembro fantasma, observando que el tratamiento también permitió a los pacientes dormir

con facilidad y desarrollar tareas exigentes. Otro trabajo es el de Rosenthal (2018) quien utilizó el electromiógrafo superficial, como complemento de la terapia cognitivo conductual en pacientes con dolor muscular crónico, notando que el procedimiento facilitó la relajación del músculo tratado.

La otra vertiente en la que se ha empleado el biofeedback, es como auxiliar en el tratamiento del trastorno de ansiedad. Ejemplo de lo anterior, es la exploración de Capafons, Sosa y Prieto (2004) quienes trabajaron con individuos con ansiedad a volar en avión. Éstos fueron divididos en tres grupos, posteriormente valoraron su ansiedad, y recibieron tres procesos de intervención diferentes: exposición gradual al evento, solución de problemas, y sesiones de retroalimentación con biofeedback, para posteriormente ser reevaluados. Los resultados exhibieron que a raíz de la intervención, los tres grupos mostraron mejoras, pero en el caso de la biorretroalimentación, la diferencia no fue estadísticamente significativa.

En el mismo orden, Estrada y Pérez (2008) efectuaron una investigación en 32 deportistas, para determinar si la edad y nivel de concentración incidían en la disminución de niveles de ansiedad, siendo las variables fisiológicas trabajadas: temperatura cutánea periférica y frecuencia cardíaca. Para ello, cada participante se presentó a dos sesiones: en la primera se les mostraron 10 palabras e imágenes evaluadas positivamente, al tiempo que se valoró su capacidad de concentración. En la segunda reunión, se les enseñaron las palabras e imágenes valoradas en positivo, y realizaron tareas ansiógenas. Los resultados mostraron que las personas con mayor concentración, atienden mejor a las palabras e imágenes positivas, al tiempo que los adultos con alto nivel de concentración, tendieron a aumentar su temperatura cutánea periférica y disminuir su frecuencia cardíaca.

Zucker, Samuelson, Muench, Greenberg y Gevirtz (2009) por su parte, trabajaron con 38 individuos con estrés postraumático, éstos fueron entrenados durante 10 sesiones, para controlar su ritmo cardíaco, notándose en ellos una mejora fisiológica y psicológica al finalizar las intervenciones. En similar orden de ideas, Bhat (2010) realizó un estudio para determinar la utilidad del Alfa electroencefalográfico del biofeedback, en el alivio de los síntomas de ansiedad. Para ello, se apoyó en 100 pacientes con diagnóstico psiquiátrico: 50 de ellos

recibieron tratamiento con el biofeedback cinco veces a la semana durante dos meses, al tiempo que llevaban un tratamiento farmacológico. Mientras que a los otros 50, se les recetó ansiolíticos. A las cuatro y ocho semanas se volvió a evaluar el nivel de ansiedad de los participantes, observándose que a corto plazo la terapia de biorretroalimentación fue casi tan eficaz como la intervención farmacológica, y relativamente más útil en las mujeres.

Estudio semejante fue llevado a cabo por Chalo, Pereira, Sancho y Mateus (2016) quienes trabajaron con 32 estudiantes universitarios que obtuvieron puntuaciones altas de ansiedad, en la escala STAI-Y2. Éstos fueron divididos en tres grupos: los integrantes del primero, fueron entrenados con el biofeedback durante ocho sesiones, para controlar la conductancia galvánica de su piel; mientras que los miembros del grupo dos, tomaron el mismo adiestramiento, pero durante cinco sesiones; en tanto que los partícipes del tercer grupo, no recibieron ningún tratamiento. Tras su intervención, los investigadores reaplicaron la escala STAI-Y2, observando que los integrantes del primer y segundo grupo redujeron sus niveles de ansiedad, característica que se acentuó en el primer grupo de intervención.

Como puede observarse, en el ámbito médico el biofeedback es empleado como una herramienta terapéutica para corregir problemas en músculos específicos. Mientras que en psicología, es utilizado como un auxiliar en terapias encaminadas a disminuir los niveles de ansiedad, en población clínicamente diagnosticada. Lo anterior implica que la biorretroalimentación no es empleada como una herramienta preventiva en la sintomatología ansiógena.

En este sentido, la literatura revisada sólo reporta una indagación que escapa al patrón mencionado, ya que utilizó el biofeedback en individuos sin un diagnóstico clínico de ansiedad. Esa investigación fue llevada a cabo por Dzib, Moo y Chan (2010) quienes trabajaron con 42 participantes, con la intención de conocer si aumentaba su temperatura cutánea periférica, al momento que relataban eventos que los estresaban o ponían ansiosos.

Así, cada participante desarrolló cuatro ejercicios: en el primero escribieron un suceso negativo que no habían contado a nadie; en el segundo, escribieron la

misma experiencia, pero narrada en tercera persona; en el tercero, se les proporcionó una lista de palabras para que las incluyeran dentro de su relato, por lo que reescribieron el original; por último, escribieron lo que aprendieron de esa experiencia. Señalándose que al principio y final de cada ejercicio, se les midió la temperatura cutánea periférica. Tal procedimiento, permitió a los autores concluir que escribir un evento aversivo, hace que disminuya la temperatura cutánea periférica en los individuos, es decir, escribir el conflicto vivenciado atenuó la ansiedad de los partícipes.

1.8.2 Indicadores fisiológicos medidos con el biofeedback.

El presente estudio, empleará un biofeedback con la intención de medir la reacción fisiológica de los participantes, al momento que relatan el evento más aversivo que han experimentado en su vida. En específico, se utilizará el biofeedback T7500M, de ocho canales, marca Procomp® –ver anexo 1–, así como el software BioGraph Infiniti®, ambos fabricados en Vancouver, Canadá, los cuales proporcionan la medición indirecta de los siguientes indicadores fisiológicos:

- Frecuencia cardíaca. Definida por Ganong (1978) como el “número de latidos cardíacos que efectúa un ser vivo en un lapso de tiempo específico” (p. 63).
- Temperatura cutánea periférica. La cual es referida por Madrigal (2010) como la temperatura superficial de los revestimientos periféricos, como: piel, tejido subcutáneo, y las porciones superficiales de las masas musculares.
- Contracción muscular. Guyton y Hall (2001) señalan que es el proceso fisiológico en el que los músculos desarrollan tensión, acortamiento o estiramiento, a razón de un previo estímulo de extensión ordenado por el sistema nervioso central o la medula espinal.
- Vasoconstricción de arterias periféricas. Faller y Schunke (2006) describen que es el “estrechamiento de los vasos sanguíneos de cualquiera de los miembros inferiores o superiores, lo cual se manifiesta en la disminución de su volumen, así como de su estructura, lo que reduce el flujo sanguíneo del miembro en cuestión” (p. 361).

- Conductancia galvánica de la piel. Madrigal (2010) señala que se trata de los cambios en la resistencia eléctrica de la piel, tanto en los músculos tónicos, como en los fásicos.

Así pues, el presente trabajo busca obtener evidencia empírica sobre la secuencia que Valdez-Medina (2009) propone para explicar la génesis del trastorno de ansiedad y depresión. Para lograr tal cometido, se emplearán instrumentos psicológicos –la escala para la construcción y desarrollo de una personalidad entrópica, el cuestionario de tendencias de personalidad, la versión corta del cuestionario de autoevaluación de las emociones negativas, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, y la Escala Para Medir Depresión–, una técnica psicológica –entrevista abierta– y el biofeedback. Indicándose que los datos que éstos proporcionen, serán triangulados para determinar si empatan con lo planteado en la teoría de la paz o equilibrio, característica que para Kerlinger (1988) es fundamental, si se pretende que una propuesta teórica sea vista como válida en la práctica.

En este sentido, existen diversas características con las que ha de cumplir una teoría si es que quiere ser considerada pertinente, y ellas se abordan en el siguiente apartado.

2 Planteamiento del problema.

Gribbin (2006) reseña que conforme el hombre ha explicado los fenómenos que observaba, ha generado conocimientos dispares entre sí, lo que le ha llevado a tener la necesidad de fraccionar esa información en bloques de conocimiento, a los que llama ciencias. García (2009) muestra que de éstas se han realizado distintas taxonomías. Al respecto, Morris y Maisto (2005) explican que una de las clasificaciones más recientes ordena a las ciencias en formales y factuales. Las primeras se caracterizan por estar contenidas en el área simbólica, por lo que no requieren validación externa, pues al seguir reglas consensuadas obtienen un valor demostrativo. Mientras que las ciencias factuales estudian hechos de la realidad, por lo que desarrollan teorías que explican los fenómenos que abordan.

De acuerdo con Feist y Feist (2007) una de las disciplinas que se encuentra en la categoría fáctica es la psicología, ya que ésta se distingue por contar con distintas posturas teóricas que intentan explicar, predecir y controlar los fenómenos de su interés. Ahora bien, Bischof (1992) asevera que por diversos factores, no todas las teorías psicológicas son pertinentes, pues para ello, la postura teórica en cuestión ha de ser: funcional, económica, ordenada, coherente, no trivial, y tener la posibilidad de ser probada en la práctica. Esta última característica tiene para Kerlinger (1988) una singular relevancia, pues si bien el objetivo primordial del quehacer científico es la elaboración de teorías, también es fundamental la prueba empírica de éstas.

En este sentido, Boeree (2001) exterioriza que existen distintos métodos a través de los cuales una ciencia encuentra evidencia empírica que la sustente. El primero es el anecdótico, el cual se nutre de la información que el participante proporciona de sus vivencias, lo que lo torna impreciso. El segundo, sería el proceso terapéutico, sin embargo, para que sea preciso debe ser llevado a cabo por un terapeuta experto, siendo su principal desventaja la tendencia a la individualidad. El siguiente método es el fenomenológico, el cual necesita de un profesionalista entrenado en la observación e introspección de los propios procesos psicológicos, mencionándose que se requiere tiempo para que sea ejecutado idóneamente, característica que se convierte en su principal inconveniente.

A los métodos anteriores, Morris y Maisto (2005) anexan el correlacional, el cual consiste en la creación y aplicación de test psicológicos, con la intención de comparar las puntuaciones obtenidas con otras pruebas psicométricas, sin embargo, las mediciones efectuadas no dicen cómo trabajan las variables evaluadas o si éstas son reales. El otro método propuesto sería la investigación experimental, la cual es considerada la forma más precisa y controlada de indagación, siendo necesario reconocer que es complicado que varios de los tópicos abordados en psicología, pueden ser sometidos a este tipo de estudio.

Y justo en ese proceso de búsqueda de evidencia empírica que la sustente, se encuentra la teoría de la paz o equilibrio. Comentándose, que se han efectuado distintos estudios empíricos que han buscado cubrir dicho objetivo. Ejemplo de ello, fue el trabajo llevado a cabo por León (2011) quien mostró que las reacciones naturales ante el miedo –paralización, huida, apego y agresión–, hacen que las personas recuperen un estado de paz o equilibrio similar al que éste les hizo perder. Por su parte, Toribio (2012) comprobó que poseer una personalidad entrópica, origina dificultades a quien la experimenta, ya que notó que quienes se inclinaban hacia esta personalidad, eran menos felices y estaban menos satisfechos con su vida, en comparación con quienes tendían en menor grado hacia esta personalidad.

Torres (2016) por su parte, demostró que cuando un individuo pierde su paz o equilibrio, experimenta emociones negativas, las que de no ser resueltas, llevan al individuo a presentar niveles de somatización. En tanto que la investigación llevada a cabo por Aguilar (2017) permitió notar que las emociones negativas no resueltas, también pueden inducir a las personas a presentar niveles de apatía y depresión.

Así pues, con la intención de continuar con la prueba empírica a la que está siendo sometida la propuesta de Valdez-Medina (2009) es que en el presente trabajo se pondrán a prueba los siguientes supuestos que forman parte del círculo del miedo:

- 1) Poseer una personalidad entrópica, complica aceptar o rechazar abiertamente un estímulo sorpresa o significativo.
- 2) La no resolución de un estímulo sorpresa o significativo, lleva a la experimentación de las emociones negativas de: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos.
- 3) La no resolución de emociones negativas, se asocia con la presencia de niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas.

De encontrarse evidencia empírica de estos supuestos, se abre la posibilidad de tener una propuesta reciente y fundamentada, que explique el surgimiento y prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión. Hecho que abonaría al conocimiento que se tiene de éstos, lo cual puede resultar importante, si se toman en cuenta que ambos son un problema de salud internacional, de lo cual se habla en la siguiente sección.

3 Justificación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) conceptualiza la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus capacidades, lo que le permite afrontar las tensiones normales de la vida, pudiendo trabajar de forma productiva, contribuyendo al bienestar de su comunidad. Pero esta misma organización, reconoce que son varios los factores por los que tal equilibrio se ve interrumpido, figurando entre ellos los trastornos mentales, los que de acuerdo con la OMS (2016b) representan el 30% de la carga mundial de enfermedades no mortales.

En este sentido, dos trastornos mentales considerados un problema de salud internacional por su prevalencia, cronicidad y comorbilidad, son la depresión y la ansiedad, pues la OMS (2017b) calcula que respectivamente, son experimentados por el 4.4% y el 3.6% de la población mundial, lo que en ese orden, las convierte en el primer y segundo trastorno más vivenciado en el mundo. En lo que toca a México, Espinosa, Orozco e Ybarra (2015) refieren que los datos son similares, pues la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2001, mostró que el 28.6% de los encuestados presentó alguno de los 23 trastornos contenidos en el Compendio Internacional de Enfermedades en su décimo volumen, siendo los trastornos más frecuentes: ansiedad –14.3 %–, trastorno por usos de sustancias –9.2 %– y los afectivos –9 %–, entre los que figura la depresión.

Los datos anteriores, toman mayor relevancia cuando se observan las dificultades que enfrentan quienes padecen algún trastorno mental. Al respecto, Chisholm et al. (2016) afirman que el primer escoyo es el poco gasto público que los gobiernos hacen en salud mental, pues mientras que en los países con altos ingresos se invierten 50 dólares al año por individuo afectado, en los países con medianos y bajos ingresos, esta inversión disminuye hasta los dos dólares anuales por persona. Tal situación de acuerdo con la OMS (2017b) origina falta de personal especializado para una idónea cobertura sanitaria, pues en los países con altos ingresos, entre el 35 % y 50 % de quienes padecen un trastorno mental, no reciben tratamiento, cifra que se eleva del 76 % al 85 % en las naciones con bajos ingresos.

Mascayano, Lips, Mena y Manchego (2015) señalan que otra dificultad que enfrentan los pacientes con algún trastorno mental, es la estigmatización de la sociedad, familia y trabajadores del sector salud, ya que son vistos como: peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de llevar una vida independiente. Tales valoraciones son interiorizadas por los afectados, llevándolos a experimentar vergüenza, humillación y a autoexcluirse, lo que refuerza sus dificultades para acceder a un empleo estable, una pareja y calidad de vida.

En similar orden de ideas, Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano (2007) aseguran que otro conflicto que enfrentan quienes presentan algún trastorno mental, es la disminución en la interacción personal con quienes integran su esfera familiar, laboral y social. Situación que tiene mayor cronicidad y prevalencia, en comparación con personas que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa, como diabetes, artritis, hipertensión, cefalea y dolor de espalda o cuello.

Al observar las cifras y las consecuencias que trae consigo la experimentación de ansiedad y depresión, resalta la importancia de continuar con el estudio de estos trastornos. En este sentido, en el presente trabajo se optó por la validación empírica de una teoría que explica la génesis de éstos, ya que de acuerdo con Valdez-Medina (2009) tal hecho resulta relevante, pues en caso de demostrar que lo plasmado en la teoría se cumple en la práctica, se refuerza la propuesta teórica, lo que le permite ser valorada como pertinente al explicar y tratar el fenómeno abordado, al tiempo que es vista como un elemento sólido para elaborar planes profilácticos o de intervención.

Así pues, el siguiente paso es indicar el método a través del cual se pretende probar empíricamente el segmento que dentro de la teoría de la paz o equilibrio es conocido como el círculo del miedo, y ello sucede en el siguiente apartado.

En este punto, es necesario señalar el trabajo llevado a cabo se integra de dos etapas, cada una con un método diferente, los cuales son expuestos en las siguientes líneas.

Fase 1.

4a Hipótesis.

El presente trabajo reúne las características para ser considerado exploratorio, los cuales de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) se distinguen por no plantear hipótesis.

5a Objetivos: Generales y específicos.

Generales.

- 1) Explorar si la experimentación y no resolución de las emociones negativas: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, incide en la presencia de niveles de ansiedad en adultos.
- 2) Explorar si la experimentación y no resolución de las emociones negativas: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, incide en la presencia de manifestaciones depresivas en adultos.

Específicos.

- 1) Determinar si poseer una personalidad entrópica, dificulta a aceptar o rechazar abiertamente un estímulo sorpresa o significativo.
- 2) Determinar si la vivencia y no resolución de un estímulo sorpresa o significativo, lleva a la experimentación de las emociones negativas de: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos.
- 3) Determinar si experimentar y no resolver las emociones negativas de frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, tiende a asociarse con niveles: bajos, medios o altos de ansiedad.

4) Determinar si experimentar y no resolver las emociones negativas de frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, incide en la presencia de manifestaciones depresivas.

6a Diseño metodológico

6.1a Diseño del estudio

Exploratorio, transversal.

6.2a Definición de variables

6.2.1a Variables independientes

- Sexo.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Larousse (1985) refiere que es la “diferencia orgánica que distingue al macho de la hembra, tanto en animales como en plantas” (p. 603).

Definición operacional: Hombre o mujer.

- Persona sin un diagnóstico clínico de ansiedad o depresión.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2012, citado en Alvarado-Orozco, 2014) señala que se trata del individuo que no está en alerta permanente, ante la posibilidad de que aparezca un estímulo sorpresa o significativo, que altere o vuelva a alterar el estado de paz o equilibrio en que se encuentra. Y que por ende, no vive en un estado de abatimiento general, tras la desesperanza de no poder resolver un problema.

Definición operacional: Hombre o mujer mayor de 18 años, que al momento de la investigación no haya recibido un diagnóstico clínico de ansiedad o depresión.

6.2.2a Variables dependientes

- Frustración.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) comenta que se trata de la respuesta emitida tras no poder conseguir, conservar, evitar o desaparecer lo no esperado.

Definición operacional: La valoración que el participante obtenga en la aplicación de la versión corta del cuestionario de frustración de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Odio.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) refiere que es la respuesta de enojo, ira o agresión, hacia aquello que estorbó, interfirió u obstaculizó la consecución o conservación de un recurso o satisfactor, que permitía evitar o desaparecer una amenaza o miedo.

Definición operacional: La evaluación que el participante logre en la aplicación de la versión corta del cuestionario de odio de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Culpa.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) indica que es la experiencia de remordimiento, al sentir que se ha cometido un error o un daño que debe repararse o pagarse.

Definición operacional: La valoración que el participante consiga en la aplicación de la versión corta del cuestionario de culpa de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Vergüenza.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) exterioriza que se trata de la experiencia de paralización por el temor al fracaso, rechazo o burla, al no sentirse capaz de conseguir, conservar, evitar o desaparecer lo no pretendido.

Definición operacional: La evaluación que el participante obtenga en la aplicación de la versión corta del cuestionario de vergüenza de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Envidia.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) asevera que es la alerta producida por no tener lo que otro tiene, y que se quiere para ser más atractivo, competitivo y para tener mayor jerarquía.

Definición operacional: La valoración que el participante logre en la aplicación de la versión corta del cuestionario de envidia de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Celos.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) afirma que es la respuesta de temor a perder algo que da ventaja sobre los demás, y que en caso de perderse, harían ver al individuo como poco apto o perdedor.

Definición operacional: La evaluación que el participante consiga en la aplicación de la versión corta del cuestionario de celos de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Personalidad entrópica.

Nivel de medición: Intervalar

Definición conceptual: Valdez-Medina et al. (2011) señalan que es la personalidad que se encuentra en una situación de necesidad, carencia, o miedo, a causa de no haber conseguido los satisfactores que le permitieran cubrir sus necesidades biológicas o psicosocioculturales.

Definición operacional: Puntaje que el participante obtenga en la escala de Evaluación de la construcción y desarrollo de una tendencia de personalidad entrópica o en caos, de Valdez-Medina (2009).

- Tendencia de personalidad.

Nivel de medición: Ordinal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) comenta que es la estrategia comportamental que desarrollan las personas, para la obtención y conservación de los satisfactores biológicos y psicosocioculturales.

Definición operacional: La valoración que el participante logre en el Cuestionario de tendencias de personalidad, de Valdez-Medina (2009).

- Ansiedad.

Nivel de medición: Intervalar.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) refiere que es un estado de alerta permanente, ante la posibilidad de aparezca un estímulo sorpresa o significativo, que respectivamente, altere o vuelva a alterar el estado de paz o equilibrio en que el individuo se encontraba.

Definición operacional. Puntaje que el participante consiga en el Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado –IDARE–, de Spielberger y Díaz-Guerrero (1966).

- Depresión.

Nivel de medición: Intervalar.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) indica que es un estado de abatimiento general que experimenta la persona, originado por la desesperanza de no poder resolver el estado de alerta permanente en que vive.

Definición operacional: Puntaje que el participante obtenga en la Escala Para Medir Depresión –EPMD– de González (2012, citado en Alvarado-Orozco, 2014).

6.3a Universo y Muestra

Universo.

Personas mayores de 18 años que habiten en el Estado de México, y que no hayan recibido previamente un diagnóstico clínico de algún trastorno mental.

Muestra.

Se trabajó con 60 participantes repartidos equitativamente por sexo, elegidos a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. Las mujeres presentaron una edad de entre 18 y 39 años ($\bar{x}=22.33$, D.E=4.35), mientras que los hombres, de entre 18 y 57 años ($\bar{x}=24.77$, D.E=8.76), los cuales acudieron al programa de atención en crisis, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

6.4a Criterios de inclusión.

Ser mayor de 18 años, no tener un diagnóstico previo de algún trastorno mental, no consumir drogas legales o ilegales, y no padecer una enfermedad fisiológica cuyo síntoma secundario sea la ansiedad.

6.5a Criterios de exclusión.

Haber consumido café 24 horas antes de la sesión; haber bebido refresco de cola 24 horas antes de la sesión; haber tenido un conflicto previo a la sesión, que generara ansiedad o abatimiento en el participante; y no haber dormido al menos 6 horas antes la noche previa a la sesión.

6.6a Criterios de eliminación.

Personas que no asistieran a ambas sesiones; que se negaran a responder alguno de los instrumentos psicológicos; que decidieran retirarse durante alguna de las sesiones; y que durante la entrevista, revelaran que habían sido diagnosticadas previamente, con ansiedad o depresión.

6.7a Materiales e instrumentos.

Los participantes de esta etapa del estudio, respondieron los siguientes instrumentos:

1. La versión breve del Cuestionario de autoevaluación de las emociones negativas de Valdez-Medina (2012, en Torres, 2016) cuya validez fue obtenida a través de un jueceo por expertos con un acuerdo mayor al 85%. El cual mediante 55 preguntas abiertas, permite conocer la presencia, cronicidad y resolución de las emociones negativas de: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia, y celos –ver Anexo 3–.
2. Escala de Evaluación de la Construcción y Desarrollo de una Personalidad Entrópica o en Caos, construido por Valdez-Medina (2009), la cual consta de 20 ítems con tres opciones de respuesta, así como una validez de constructo que explica el 30.4% de la varianza total, y una consistencia interna obtenida a través del Alpha Cronbach, con un valor de .70 –ver Anexo 4–.
3. Cuestionario de tendencias de personalidad. Éste fue elaborado por Valdez-Medina en 2009, y se compone de cuatro interrogantes dicotómicas, cuya validez fue obtenida mediante un jueceo por expertos con un acuerdo mayor al 85% –ver Anexo 5–.
4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado –IDARE– de Spielberger y Díaz-Guerrero (1966), el cual se integra por dos sub-escalas: Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. En muestras mexicanas no clínicas, la sub-escala de Ansiedad Estado tiene una validez de $r .54$, así como un Alpha de Cronbach de .80, estando integrada por 20 preguntas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert –no en lo absoluto, un poco, bastante, y mucho–. En tanto que la sub-escala de Ansiedad Rasgo, se conforma por 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert –casi nunca, algunas veces, frecuentemente, y casi siempre–, teniendo una validez de $r .80$, y un Alpha de Cronbach de .77 –ver Anexo 6–.
5. Escala Para Medir Depresión –EPMD– de González (2012 en Alvarado-Orozco, 2014), la cual se compone de 74 preguntas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert –0 días, 1 a 2 días, 3 a 4 días, y 5 a 7 días–, teniendo una

validez de constructo que explica el 68.37% de la varianza total, así como un Alpha de Cronbach de .97 –ver Anexo 7–.

6. Una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas, elaborada por Alvarado-Orozco y Valdez-Medina (2015) la cual se orienta a cuatro áreas: familiar, personal, pareja, y laboral/escolar. Validada mediante un jueceo por expertos, con un acuerdo mayor al 85%. Indicándose, que ésta se diseñó con la intención de indagar el principal problema vivenciado por los partícipes, para determinar si éste había sido el detonante para experimentar emociones negativas no resueltas, niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas.

6.8a Procedimiento.

Los participantes asistieron individualmente a dos sesiones, con una duración aproximada de 60 minutos cada una de ellas. Éstas se efectuaron en un cubículo del área de psicometría, así como en un cubículo del laboratorio de fisiología, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

En la primera sesión, se verificó que el participante cumpliera los criterios de inclusión, para después firmar el consentimiento informado de participación –ver Anexo 2–. Posteriormente, respondió: la versión corta de los cuestionarios de autoevaluación de las emociones negativas, la escala para la construcción y desarrollo de una personalidad entrópica, y el cuestionario de tendencias de personalidad.

Para el segundo encuentro, los partícipes respondieron el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, y la Escala Para Medir Depresión. Posteriormente, se llevó a cabo la entrevista semiestructurada. Y se acordó fecha para la entrega de resultados.

6.9a Recolección de datos

Los datos fueron recolectados mediante instrumentos psicológicos –dos cuestionarios, dos escalas, y un inventario–, y una técnica psicológica –entrevista semiestructurada–.

6.10a Análisis de datos

Los datos recabados fueron analizados de la siguiente forma:

- Los datos ofrecidos en los cuestionarios de emociones negativas y la entrevista semiestructurada, fueron analizados mediante la técnica de análisis de contenido, bajo la regla de numeración de la frecuencia, la cual de acuerdo con Krippendorff (1997) consiste en dividir la unidad de análisis en categorías y subcategorías de análisis, para anotar un símbolo cada que las unidades elegidas aparecen.
- En tanto que los datos ofrecidos por: la escala de la construcción y desarrollo de una personalidad entrópica, el cuestionario de tendencias de personalidad, el inventario IDARE y la escala EPMD, fueron calificados conforme los criterios que cada uno de ellos establece. Posteriormente, con esos datos se llevaron a cabo análisis descriptivos –frecuencias, porcentajes, medias, y desviaciones estándar–.

Fase 2

4b Hipótesis.

Esta etapa del trabajo contó con las siguientes hipótesis.

1 H₀. No existe diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia cardíaca de los participantes en situación de reposo, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

1 H₁. Sí existe diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia cardíaca de los participantes en situación de reposo, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

2 H₀. No existe diferencia estadísticamente significativa en la contracción muscular de los participantes en situación de reposo, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

2 H₁. Sí existe diferencia estadísticamente significativa en la contracción muscular de los participantes en situación de reposo, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

3 H₀. No existe diferencia estadísticamente significativa en la conductancia galvánica de la piel de los participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

3 H₁. Sí existe diferencia estadísticamente significativa en la conductancia galvánica de la piel de los participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

4 H₀. No existe diferencia estadísticamente significativa en la vasoconstricción de los participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

4 H₁. Sí existe diferencia estadísticamente significativa en la vasoconstricción de los participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

5 H₀. No existe diferencia estadísticamente significativa en la temperatura cutánea periférica de los participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

5 H₁. Sí existe diferencia estadísticamente significativa en la temperatura cutánea periférica de los participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

5b Objetivos: Generales y específicos.

Generales.

- 1) Describir si la experimentación y no resolución de las emociones negativas: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, incide en la presencia de niveles de ansiedad.
- 2) Describir si la experimentación y no resolución de las emociones negativas: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, incide en la presencia de manifestaciones fisiológicas asociadas a la ansiedad.

Específicos.

- 1) Determinar si poseer una personalidad entrópica, complica aceptar o rechazar abiertamente un estímulo sorpresa o significativo.
- 2) Determinar si la vivencia y no resolución de un estímulo sorpresa o significativo, lleva a la experimentación de las emociones negativas de: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos.
- 3) Determinar si experimentar y no resolver las emociones negativas de frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, tiende a asociarse con niveles: bajos, medios o altos de ansiedad.
- 4) Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia cardíaca de los participantes en situación de reposo, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.
- 5) Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en la contracción muscular de los participantes en situación de reposo, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

6) Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en la conductancia galvánica de la piel de los participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

7) Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en la vasoconstricción de los participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

8) Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en la temperatura cutánea periférica de los participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

6b Diseño metodológico

6.1b Diseño del estudio

Descriptivo y transversal.

6.2b Definición de variables

6.2.1b Variables independientes

- Sexo.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Larousse (1985) indica que es la “diferencia orgánica que distingue al macho de la hembra, tanto en animales como en plantas” (p. 603).

Definición operacional: Hombre o mujer.

- Persona sin un diagnóstico clínico de ansiedad o depresión.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2012, citado en Alvarado-Orozco, 2014) señala que se trata del individuo que no está en alerta permanente, ante la posibilidad de que aparezca un estímulo sorpresa o significativo, que altere o vuelva a alterar el estado de paz o equilibrio en que se encuentra. Y que por ende, no vive en un estado de abatimiento general, tras la desesperanza de no poder resolver un problema.

Definición operacional: Hombre o mujer mayor de 18 años, que al momento de la investigación no haya recibido un diagnóstico clínico de ansiedad o depresión.

6.2.2b Variables dependientes

- Frustración.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) comenta que se trata de la respuesta emitida tras no poder conseguir, conservar, evitar o desaparecer lo no esperado.

Definición operacional: La valoración que el participante obtenga en la aplicación de la versión corta del cuestionario de frustración de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Odio.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) refiere que es la respuesta de enojo, ira o agresión, hacia aquello que estorbó, interfirió u obstaculizó la consecución o conservación de un recurso o satisfactor, que permitía evitar o desaparecer una amenaza o miedo.

Definición operacional: La evaluación que el participante logre en la aplicación de la versión corta del cuestionario de odio de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Culpa.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) indica que es la experiencia de remordimiento, al sentir que se ha cometido un error o un daño que debe repararse o pagarse.

Definición operacional: La valoración que el participante consiga en la aplicación de la versión corta del cuestionario de culpa de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Vergüenza.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) exterioriza que se trata de la experiencia de paralización por el temor al fracaso, rechazo o burla, al no sentirse capaz de conseguir, conservar, evitar o desaparecer lo no pretendido.

Definición operacional: La evaluación que el participante obtenga en la aplicación de la versión corta del cuestionario de vergüenza de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Envidia.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) asevera que es la alerta producida por no tener lo que otro tiene, y que se quiere para ser más atractivo, competitivo y para tener mayor jerarquía.

Definición operacional: La valoración que el participante logre en la aplicación de la versión corta del cuestionario de envidia de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Celos.

Nivel de medición: Nominal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) afirma que es la respuesta de temor a perder algo que da ventaja sobre los demás, y que en caso de perderse, harían ver al individuo como poco apto o perdedor.

Definición operacional: La evaluación que el participante consiga en la aplicación de la versión corta del cuestionario de celos de Valdez-Medina (2012), así como en la entrevista semiestructurada.

- Personalidad entrópica.

Nivel de medición: Intervalar

Definición conceptual: Valdez-Medina et al. (2011) señalan que es la personalidad que se encuentra en una situación de necesidad, carencia, o miedo, a causa de

no haber conseguido los satisfactores que le permitieran cubrir sus necesidades biológicas o psicosocioculturales.

Definición operacional: Puntaje que el participante obtenga en la escala de Evaluación de la construcción y desarrollo de una tendencia de personalidad entrópica o en caos, de Valdez-Medina (2009).

- Tendencia de personalidad.

Nivel de medición: Ordinal.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) comenta que es la estrategia comportamental que desarrollan las personas, para la obtención y conservación de los satisfactores biológicos y psicosocioculturales.

Definición operacional: La valoración que el participante logre en el cuestionario de tendencias de personalidad, de Valdez-Medina (2009).

- Ansiedad.

Nivel de medición: Intervalar.

Definición conceptual: Valdez-Medina (2009) refiere que es un estado de alerta permanente, ante la posibilidad de que aparezca un estímulo sorpresa o significativo, que respectivamente, altere o vuelva a alterar el estado de paz o equilibrio en que el individuo se encontraba.

Definición operacional. Puntaje que el participante consiga en el Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado –IDARE–, de Spielberger y Díaz-Guerrero (1966).

- Frecuencia cardíaca.

Nivel de medición: De razón.

Definición conceptual: Ganong (1978) alude que se trata del número de latidos cardíacos que tiene un ser vivo, en un lapso de tiempo específico.

Definición operacional: Resultados que el participante logre en las mediciones efectuadas con el neumógrafo torácico y abdominal, del Biofeedback T7500M.

- Contracción muscular –tensión muscular–.

Nivel de medición: De razón.

Definición conceptual: Guyton y Hall (2001) describen que se trata del proceso fisiológico en el que los músculos desarrollan tensión, acortamiento o estiramiento, tras un estímulo de extensión ordenado por el sistema nervioso central o la medula espinal.

Definición operacional: Resultados que el participante consiga en las mediciones llevadas a cabo con el electromiógrafo superficial, del Biofeedback T7500M.

- Conductancia galvánica.

Nivel de medición: De razón.

Definición conceptual: Madrigal (2010) exterioriza que son los cambios en la resistencia eléctrica de la piel, tanto en los músculos tónicos, como fásicos.

Definición operacional: Resultados que el participante obtenga en las mediciones realizadas con los sensores GCR, del Biofeedback T7500M.

- Temperatura cutánea periférica.

Nivel de medición: De razón.

Definición conceptual: Madrigal (2010) asevera que se trata de la temperatura superficial de los revestimientos periféricos del cuerpo, como: piel, tejido subcutáneo, y las porciones superficiales de las masas musculares.

Definición operacional: Resultados que el participante logre en las mediciones efectuadas con el sensor de temperatura cutánea periférica, del Biofeedback T7500M.

- Vasoconstricción.

Nivel de medición: De razón.

Definición conceptual: Faller y Schunke (2006) afirman que se trata del estrechamiento de los vasos sanguíneos en cualquiera de los miembros, lo que reduce el flujo sanguíneo en éste.

Definición operacional: Resultados que el participante consiga en las mediciones llevadas a cabo con el fotopletismógrafo, del Biofeedback T7500M.

6.3b Universo y Muestra

Universo.

Habitantes del Estado de México, mayores de 18 años, sin diagnóstico clínico previo de algún trastorno mental.

Muestra.

Se laboró con 69 participantes elegidos a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. De ellos, 37 fueron mujeres de entre 18 y 50 años $\bar{x}=23.59$, D.E=6.13, y 32 hombres de entre 18 y 47 años $\bar{x}=24.50$, D.E=6.86, los cuales asistieron al programa de atención en crisis, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

6.4b Criterios de inclusión

Ser mayor de 18 años; no tener un diagnóstico previo de algún trastorno mental; no consumir drogas legales o ilegales; no tener un clavo o placa quirúrgica en su organismo; no tener amalgamas o incrustaciones bucales; no usar aparatos ortodónticos fijos; no usar marcapasos cardíaco; no padecer una enfermedad fisiológica cuyo síntoma secundario fuera la ansiedad; asistir a ambas sesiones a la misma hora del día; no dejar pasar más de 15 días entre la primera y la segunda sesión; en el caso de las mujeres, no estar en su período menstrual; y firmar el consentimiento informado.

6.5b Criterios de exclusión

Haber consumido café 24 horas antes de la sesión; haber bebido refresco de cola 24 horas antes de la sesión; haber tenido un conflicto previo a la sesión, que

generara ansiedad en el participante; no haber dormido al menos 6 horas antes la noche previa a la sesión.

6.6b Criterios de eliminación

Participantes: que no asistieran a las dos sesiones; que no respondieran alguno de los instrumentos utilizados; que revelaran durante la entrevista que previamente habían recibido un diagnóstico de ansiedad; que se retiraran durante alguna de las sesiones; y aquellos en quienes por la razón que fuera, alguno de los sensores del biofeedback dejara de realizar la medición correspondiente.

6.7b. Materiales e instrumentos.

Las personas que tomaron parte en esta fase del estudio, contestaron los siguientes instrumentos.

1. La versión corta del cuestionario de autoevaluación de las emociones negativas, de Valdez-Medina (2012, en Torres, 2016).
2. Escala de Evaluación de la Construcción y Desarrollo de una Personalidad Entrópica o en Caos, de Valdez-Medina (2009).
3. Cuestionario de tendencias de personalidad, de Valdez-Medina (2009).
4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado –IDARE–, de Spielberger y Díaz-Guerrero (1966).
5. Una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas, elaborada por Alvarado-Orozco y Valdez-Medina (2015).
6. El biofeedback marca Procomp®, modelo T7500M, de ocho canales, de los cuales se utilizaron cinco, para los siguientes sensores: electromiógrafo superficial –valora la tensión muscular–, fotopletimógrafo –mide la vasoconstricción–, neumógrafo torácico y neumógrafo abdominal –evalúan el ritmo cardíaco–, sensor de temperatura cutánea periférica –mide la temperatura superficial periférica–, y sensores GCR –evalúan la conductancia galvánica–.

6.8b Procedimiento.

De forma individual, los participantes acudieron a dos sesiones con una duración aproximada de 80 minutos cada una de ellas, las cuales se llevaron a cabo en un cubículo del laboratorio de fisiología, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

La primera sesión se diseñó para que el participante comenzara a responder la batería psicométrica propuesta, al tiempo que se realizaba la línea base de cada una de las mediciones fisiológicas. Por ello, se inició verificando que el participante cumpliera con los criterios de inclusión, de ser así, firmó el consentimiento informado de participación, para después cumplir el siguiente protocolo:

(1) se pidió al partícipe quitara de su cuerpo cualquier objeto de metal; (2) se colocó gel antibacterial en las palmas de sus manos para que lo untara, y se esperó a que secara; (3) se humedeció una tórula de algodón con alcohol, y se limpió la palma de la mano izquierda –todos los participantes fueron diestros–, así como el músculo trapecio superior izquierdo; (4) se colocaron los sensores del biofeedback; (5) se sentó a la persona a una distancia mínima de 90 cm. de la consola de los sensores; (6) se hizo el encuadre de la sesión; (7) se verificó la impedancia de los sensores; (8) se inició la grabación del software, comenzando con cuatro minutos en los que el participante permaneció sin hacer nada; (9) se aplicó una prueba Stroop de colores –ver Anexo 8–, con la intención de verificar la variación en las mediciones; (10) los participantes contestaron los cuestionarios de emociones negativas; (11) respondieron la escala de construcción y desarrollo de una personalidad entrópica; (12) al minuto 35, se pararon las actividades, y se dejaron cuatro minutos sin hacer nada; (13) se reaplicó la prueba Stroop; (14) respondieron el cuestionario de tendencias de personalidad; (15) al terminar de contestar, se paró la grabación y se desconectaron los sensores, acordándose la fecha para la siguiente sesión.

En el segundo encuentro, se realizó una segunda medición de las variables fisiológicas –para compararlas con la línea base–, mientras el participante terminaba de responder la batería psicométrica propuesta, y era entrevistado, con

la intención de que rememorara el estímulo sorpresa o significativo más aversivo al que había hecho frente en la vida. Para ello, se siguió el siguiente protocolo:

(1) se verificó que el participante cumpliera con los criterios de inclusión; (2) se le pidió que quitara de su cuerpo cualquier objeto de metal; (3) se le colocó gel antibacterial en sus palmas, para que lo esparciera en sus manos y se esperó a que secara; (4) se humedeció una tórula de algodón con alcohol, y se limpió la palma de la mano izquierda, así como el músculo trapecio superior izquierdo; (5) se colocaron los sensores del biofeedback; (6) se sentó a la persona a una distancia mínima de 90 cm. de la consola de los sensores; (7) se hizo el encuadre de la sesión; (8) se verificó la impedancia; (9) se inició la grabación a través del software, comenzando con cuatro minutos en los que el participante permaneció sin hacer nada; (10) se aplicó la prueba Stroop de colores; (11) el participante respondió el inventario IDARE; (12) posteriormente se realizó la entrevista semiestructurada; (13) al minuto 35, se pararon las actividades, y se dejaron cuatro minutos sin hacer nada; (14) se reaplicó la prueba Stroop; (15) se continuó con la entrevista hasta finalizarla; (16) se paró la grabación, se desconectaron los sensores, y se acordó fecha para la entrega de resultados.

6.9b Recolección de datos

Los datos se recabaron durante dos sesiones, mediante el uso de: instrumentos psicológicos –dos cuestionarios, una escala y un inventario–, una técnica psicológica –entrevista semiestructurada– y el biofeedback.

6.10b Análisis de datos

Los datos proporcionados por los instrumentos empleados, fueron analizados de la siguiente manera:

- Los datos arrojados por los cuestionarios de emociones negativas y la entrevista semiestructurada, fueron analizados con la técnica de análisis de contenido, bajo la regla de numeración de la frecuencia.

- Los datos proporcionados por la escala de la construcción y desarrollo de una personalidad entrópica, el cuestionario de tendencias de personalidad, y el inventario IDARE, fueron calificados conforme los criterios que cada uno de ellos establece. Después, con esos datos se llevaron a cabo análisis descriptivos –frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar–.
- Los resultados obtenidos de los sensores del biofeedback, fueron analizados con el software BioGraph Infiniti®, el cual está diseñado para captar las señales de los sensores y convertir los impulsos eléctricos recibidos en cifras y en gráficos. Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizarlos con el paquete estadístico SPSS versión 23.0, donde se realizaron análisis descriptivos –medias y desviaciones estándar–, así como la pruebas *t de student* para muestras relacionadas.

6.10 Aspecto ético.

A fin de que el participante no enfrentara un contexto adverso durante las sesiones en las que tomó parte, el estudio se apegó a los lineamientos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013), la ley general de salud, promulgada por la Secretaria de Salud (2016), y el código ético del psicólogo, emitido por la Sociedad Mexicana de Psicología (2009).

En cuanto a la declaración de Helsinki –versión de la 64^a asamblea general–, específicamente se tomaron los siguientes artículos.

Artículo 4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.

Artículo 6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas –métodos, procedimientos y tratamientos–.

Artículo 7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Artículo 8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

Artículo 9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de quienes participan en investigación.

Artículo 10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes.

Artículo 12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas.

Artículo 17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

Artículo 24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Artículo 25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

Artículo 26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también de los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

Artículo 31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

Artículo 36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos así como los positivos, o de lo contrario deben estar a disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los

principios descritos en esta declaración no deben ser aceptados para su publicación.

En el mismo sentido, el proyecto llevado a cabo se efectuó en apego a la Ley general de Salud vigente, en sus siguientes artículos.

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.

Artículo 72. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario.

Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

Artículo 96. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.

IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

De igual modo, la investigación se efectuó en apego al código ético del psicólogo, en específico, los siguientes artículos.

Artículo 1. Asumir la obligación de regir siempre su ejercicio profesional de acuerdo con principios éticos y científicos.

Artículo 2. Garantizar invariablemente la calidad científica, profesional y ética de todas las acciones emprendidas en su ejercicio profesional.

Artículo 6. Respetar sin discriminación las ideas políticas, religiosas y la vida privada con independencia de la nacionalidad, sexo, edad, posición social o cualquier otra característica personal de quienes le consulten.

Artículo 9. Respetar la integridad de los seres humanos en todos los ámbitos donde actúe profesionalmente.

Artículo 12. Valorar la confidencialidad y el respeto por la información recibida de los consultantes, guardando el secreto profesional.

Artículo 16. Delimitar su campo de intervención y reconocer el alcance y límites de sus técnicas, y, cuando así suceda, también su falta de preparación para resolver determinados problemas que se le presenten en el ejercicio de su profesión.

Artículo 28. Respetar la normatividad de las instituciones u organizaciones con las que se trabaje o colabore.

Artículo 35. Limitarse a mantener una relación profesional con sus clientes.

7. Resultados

7.1 Capítulo de libro aceptado

7.1.1 Título del capítulo del libro publicado:

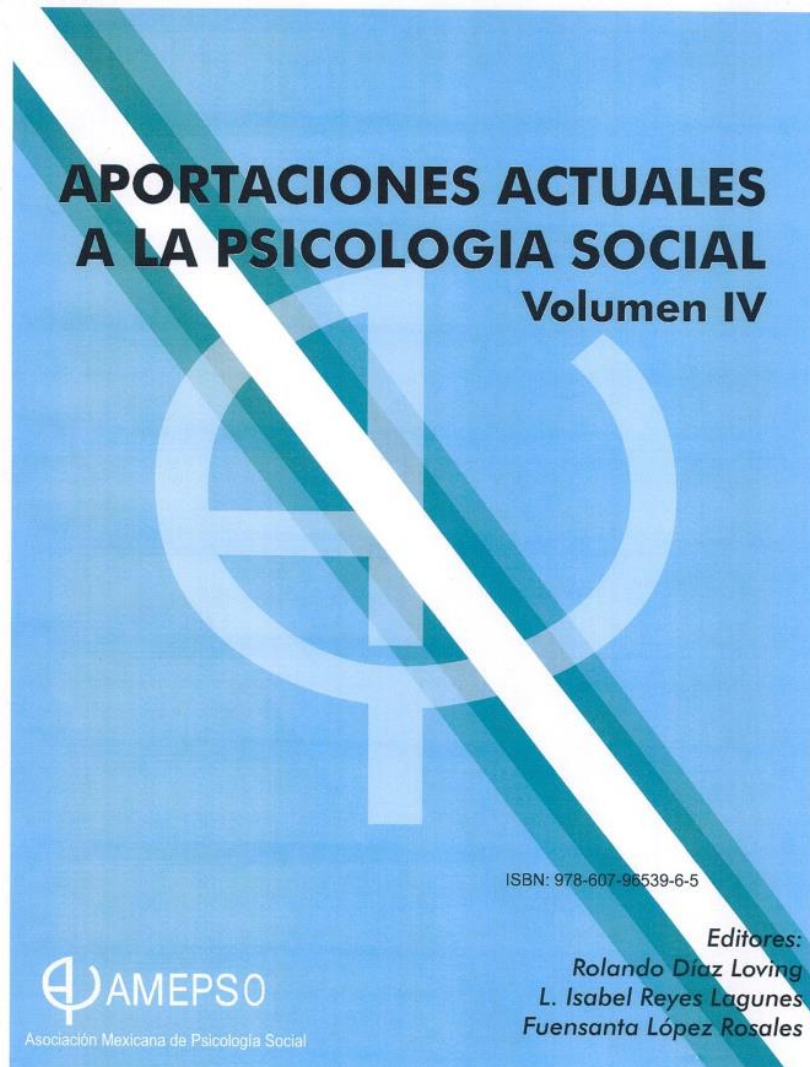
EMOCIONES NEGATIVAS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: ESTUDIO
EXPLORATORIO DE LA TEORÍA DE LA PAZ O EQUILIBRIO.

Jorge Alvarado Orozco*, Sergio González Escobar*, Norma Ivonne González
Arratia López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón**

*Universidad Autónoma del Estado de México

**Universidad Nacional Autónoma de México

7.1.2 Página frontal del manuscrito



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales, y el resarcimiento civil previsto en las leyes, reproducir, registrar, o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO).

Coordinación Editorial

Sofía Rivera Aragón, Fernando Méndez Rangel, Claudia Ivethe Jaén Cortés, Pedro Wolfgang Velasco Matus, Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco y Luz María Cruz Martínez

Primera Edición 2018

© D.R. Asociación Mexicana de Psicología Social A.C.

ISBN: 978-607-96539-6-5

Impreso en Mexico

7.1.3 Carta de aceptación.



XVII Congreso Mexicano de Psicología Social

IX Congreso Internacional de Relaciones Personales

VI Congreso Latinoamericano de Psicología Transcultural

México, Cd. Mex., marzo de 2018

Jorge Alvarado Orozco, Sergio González Escobar, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes y Sofía Rivera Aragón

PRESENTE (S)

Estimado(s) colega(s):

Después de haber revisado su aportación intitulada:

Emociones negativas, ansiedad y depresión, estudio exploratorio de la teoría de la paz o equilibrio

el Comité Científico ha aprobado su propuesta como

Parte de un Simposio

Así mismo, le informamos que el comité le anexa recomendaciones para ser incluidas en la versión final de su trabajo, el cual deberá enviar al correo (sofiar1@me.com) con fecha límite de 13 de abril de 2018.

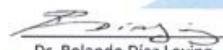
Como es práctica común en los Congresos Internacionales, es requisito indispensable que, para su inclusión final en el programa y en el libro:

Aportaciones Actuales de la Psicología Social, Volumen IV

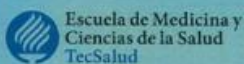
que será publicado, envíe copia del recibo de inscripción del primer autor al correo electrónico: sofiar1@me.com.

Sin más por el momento, aprovechamos la oportunidad para saludarlo y desearle un fructífero congreso.

ATENTAMENTE
COMITÉ CIENTÍFICO


Dr. Rolando Díaz Loving
PRESIDENTE DEL
COMITÉ CIENTÍFICO


Isabel Reyes Lagunes
SECRETARIA GENERAL DEL
COMITÉ CIENTÍFICO



www.amepso.org

22, 23 y 24 de Agosto de 2018 Monterrey, Nuevo León, México

7.1.4 Apartados del artículo

Introducción

Gribbin (2006) señala que conforme el hombre tuvo curiosidad por explicar los fenómenos que observaba, generó conocimientos dispares entre sí, por lo que fraccionó esa información en bloques de conocimiento, a los cuales llamó ciencias. En este sentido, García (2009) comenta que una vez dividido el saber, se realizaron taxonomías de las ciencias con base en su objeto de estudio. Ejemplo de ello es la que ordena a las ciencias en formales y factuales. Las primeras se caracterizan por estar contenidas en el área simbólica –como las matemáticas–, por lo que no requieren validación externa, pues al seguir reglas consensuadas obtienen un valor demostrativo. Mientras que las ciencias factuales –como la psicología–, se distinguen por generar teorías que aborden los tópicos enmarcados en su área.

Ahora bien, Cervone y Lawrence (2009) refieren que para que un modelo teórico sea considerado pertinente, ha de ser: funcional, parsimonioso, ordenado, coherente, no trivial, exhaustivo, y poder ser probado en la práctica. Esta última característica es relevante para Kerlinger (1988) pues considera que si bien el objetivo primordial del quehacer científico es la elaboración de teorías, también es fundamental la prueba empírica de éstas. Y es justo en esta etapa, se ubica la teoría de la paz o equilibrio de Valdez-Medina (2009).

Entre los trabajos empíricos que han corroborado varios supuestos de ésta propuesta, se encuentra el de León (2011) quien notó que las reacciones ante el miedo –huida paralización, apego y agresión–, hacen a las personas recuperar un estado de paz o equilibrio, similar al que el miedo les hizo perder. En el mismo sentido, Toribio (2012) observó que adolescentes que presentan bajos niveles de personalidad entrópica, manifestaron ser más felices y estar más satisfechos con su vida, en comparación con aquellos que presentaron niveles altos de personalidad entrópica. En el mismo orden, Torres (2013) corroboró que tener una personalidad entrópica y emociones negativas no resueltas, lleva a los individuos a presentar niveles de somatización.

Así pues, con el afán de continuar con la prueba empírica a la que está siendo sometida la teoría de la paz o equilibrio, es que se plantea la presente investigación, abordándose en específico lo que en este postulado es llamado el círculo del miedo,

en el cual, Valdez-Medina (2009) propone una secuencia para explicar el origen de la ansiedad y la depresión.

Ahora bien, la relevancia de estudiar los trastornos mentales, se justifica por su impacto en la salud pública, pues de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) éstos representan el 30% de la carga mundial de enfermedades no mortales. En este sentido, los trastornos que son un problema de salud internacional por su prevalencia, cronicidad y comorbilidad, son la depresión y la ansiedad. Respecto a ellos, la OMS (2017) emitió un comunicado en el que expresó que el 4.4% de la población mundial experimentaba depresión, mientras que otro 3.6% vivía con ansiedad, lo que respectivamente los convierte en el primer y segundo trastorno con mayor prevalencia en el mundo. En lo que toca a México, Espinosa, Orozco e Ybarra (2015) exponen que este tipo de datos son proporcionados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría, la cual reveló que los tres trastornos con mayor incidencia entre los mexicanos son: ansiedad –14.3 %–, por uso de sustancias –9.2 %–, y afectivos –9.1 %–, entre los que figura la depresión.

Las cifras anteriores, muestran por qué ambos trastornos son objeto de estudio de distintas disciplinas, entre ellas la psicología. Dicho interés se remonta a décadas, lo que ha permitido el surgimiento de distintas aristas de abordaje, por ejemplo, hay quienes hacen referencia a: consecuencias de su padecimiento, tratamiento, factores de riesgo asociados a su presencia, comorbilidad con otros trastornos o enfermedades fisiológicas, y a su origen.

Respecto al último punto, son varios los teóricos que hablan de la génesis de la ansiedad, entre ellos se encuentra Spielberger (1980, en Echeburúa, 2002) quien afirma que el trastorno inicia con un suceso negativo que produce: tensión, nerviosismo, elevada actividad del sistema nervioso autónomo, así como cambios conductuales que hacen perder al sujeto la adaptación al medio. De la Gándara y Fuertes (1999) por su parte, aseveran que este trastorno se origina cuando la persona responde de forma exagerada a las presiones de su: organismo, entorno psicosocial, o medio ambiente. Mientras que para Luengo (2005) la ansiedad es producto de la errónea percepción o interpretación de un estímulo interno o externo.

En tanto que Barlow, Allen y Choate (2004) este trastorno es producto de la interacción de tres elementos: los rasgos heredados, las características individuales, y problemas específicos.

En lo que toca a la depresión, ocurre algo similar, pues son varios los teóricos que han hablado del origen de este trastorno, hallándose entre ellos Rojas (1981) quien dice que éste tiene como origen la personalidad depresiva, la cual incluye una tendencia a permanecer adherido a pensamientos negativos, así como una propensión a la melancolía ante las adversidades. Nezu (1986) por su parte, exterioriza que la depresión surge tras la vivencia de un evento negativo que afecta la cotidianidad del individuo, hecho que se ve agravado cuando éste no tiene la capacidad para afrontarlo. Abramson, Metalsky y Alloy (1989) por su parte, señalan que poseer un estilo de inferencias negativas al experimentar sucesos aversivos, es el principal predisponente para desarrollar niveles de depresión. Dichas deducciones cognitivas, están constituidas en tres patrones desadaptativos: 1) considerar que los factores estables y globales originan hechos negativos; 2) inferir características negativas sobre sí mismo ante sucesos negativos; 3) considerar que los eventos aversivos presentes llevarán a sucesos negativos futuros. En tanto que Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (2007) proponen que este trastorno es consecuencia de un proceso que inicia con la presencia de factores de riesgo –evento negativo, antecedentes familiares, conflictos diarios–, los cuales trastornan los patrones de conducta adaptativa, perturbándose así las relaciones personales importantes para el individuo, lo que aumenta la disforia y los síntomas cognitivos, conductuales y emocionales asociados a la depresión.

Otra propuesta teoría que explica la génesis de la ansiedad y la depresión, es la Teoría de la paz o equilibrio de Valdez-Medina (2009). Grosso modo, este teórico indica que el movimiento inherente de la vida, expone a las personas a estímulos sorpresa –eventos vividos por primera vez– y estímulos significativos –sucesos vivenciados en dos o más ocasiones–, los cuales alteran el equilibrio en que el individuo se encuentra. Cuando la persona en cuestión solventa el acontecimiento, ya sea aceptándolo o rechazándolo abiertamente, se ubica en un estado de paz o equilibrio similar del que partió, en el cual: surgen emociones positivas –como la

satisfacción–, se fortalece el sistema inmunológico, y hay un funcionamiento cognitivo idóneo, pues hay pocos temas en que pensar. Tal proceso es conocido con el nombre de círculo de la paz.

Su contraparte sería el círculo del miedo, el cual inicia cuando el individuo posee una personalidad entrópica y no acepta o no rechaza abiertamente el estímulo sorpresa o significativo experimentado, lo que le hará tolerar –fingir aceptar algo que en verdad rechaza o que rechaza algo que en verdad acepta– y controlar –aparentar ante los demás que todo está bien o que todo está mal–, así como volverlo propenso a desarrollar emociones negativas –frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia y celos–, las que de no resolverse, le harán presentar ansiedad, y en un momento más álgido, manifestaciones depresiva.

Como pudo observarse, dos conceptos básicos del círculo del miedo son: la personalidad entrópica y las emociones negativas. Respecto al primer punto, Valdez-Medina, González Arratía y González (2011) comentan que la personalidad entrópica surge de dos condiciones: un contexto en el que los satisfactores biológicos y piscosocioculturales son difíciles de conseguir, lo que origina caos, tensión y desgaste en el sujeto al momento de hacerse de ellos; o bien, el desarrollo personal del individuo, en el que tras no aceptar o rechazar los sucesos vivenciados, optó por forzar, mentir, ocultar y callar. Pero sea cual fuere su origen en cada sujeto, la personalidad entrópica o en caos tendría dos vertientes: Ego (+), que es empleada por aquellos que buscan ser elegidos y aceptados por sus fortalezas, pues buscan la admiración; y Ego (-), la cual es utilizada por quienes pretenden ser valorados y elegidos por sus debilidades, pues buscan la compasión.

En lo que toca a las emociones, Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) aseveran que son reacciones universales que originan cambios en la esfera afectiva, fisiológica y conductual. Ahora bien, Valdez-Medina (2009) refiere que la interpretación que se le dé a esas reacciones, dependerá de la valoración que se haga del evento que las originó, por ello, cuando el individuo juzga de manera positiva el acontecimiento, surgirán emociones positivas. Sin embargo, cuando el sujeto califica negativamente el suceso experimentado, vivenciará emociones

negativas, entre las que se encuentran: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos.

Así pues, con el objetivo de buscar evidencia empírica que sustente o refute la secuencia que Valdez-Medina (2009) propone para explicar el origen de la ansiedad y la depresión, es que se plantea el presente estudio.

Metodología

Participantes.

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia de 129 participantes: 67 mujeres de entre 18 y 50 años ($\bar{x} = 23.03$, D.E = 5.40) y 62 varones de entre 18 y 57 años ($\bar{x} = 24.63$, D.E = 7.74), los cuales asistieron al programa de atención en crisis de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Instrumentos.

Los partícipes que tomaron parte en el estudio, contestaron los siguientes instrumentos:

- 1) Escala de Evaluación de la Construcción y Desarrollo de una Personalidad Entrópica o en Caos, construido por Valdez-Medina (2009), el cual cuenta con 20 reactivos con tres opciones de respuesta, así como con una validez de constructo que explica el 30.4% de la varianza total, y un Alpha Cronbach de .70.
- 2) Cuestionario de tendencias de personalidad de Valdez-Medina (2009), el cual se compone de cuatro interrogantes dicotómicas, validado a través de un jueceo por expertos, con un acuerdo mayor al 85%.
- 3) La versión corta del cuestionario de autoevaluación de las emociones negativas de Valdez-Medina (2012, en Torres, 2013), cuya validez fue obtenida a través de un jueceo por expertos con un acuerdo mayor al 85%. El cual mediante 55 preguntas abiertas, permite conocer la presencia, cronicidad y resolución de las emociones de: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia, y celos.

- 4) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado –IDARE– de Spielberger y Díaz-Guerrero (1966), el cual se integra de dos sub-escalas: Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. En muestras mexicanas no clínicas, la sub-escala de Ansiedad Estado tiene validez de $r = .54$, así como un Alpha de Cronbach de $.80$, estando integrada por 20 preguntas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert. En tanto que la sub-escala de Ansiedad Rasgo, se conforma por 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, teniendo una validez de $r = .80$, y un Alpha de Cronbach de $.77$.
- 5) Escala Para Medir Depresión –EPMD– de González (2012, en Alvarado-Orozco, 2014), la cual se compone de 74 preguntas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, teniendo una validez de constructo que explica el 68.37% de la varianza total, así como un Alpha de Cronbach de $.97$.
- 6) Una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas, elaborada por Alvarado-Orozco y Valdez-Medina (2015) la cual se orienta a cuatro áreas: familiar, personal, pareja, y laboral/escolar, la cual fue validada mediante un jueceo por expertos con un acuerdo mayor al 85%.

Procedimiento.

Una vez que los participantes firmaron el consentimiento informado, asistieron de forma individual a dos sesiones, cada una de las cuales duró aproximadamente 60 minutos, las cuales se desarrollaron en un cubículo de psicometría, y en un cubículo de laboratorio de fisiología, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

En el primer encuentro respondieron: la versión corta de los cuestionarios de autoevaluación de las emociones negativas, la escala de evaluación de la construcción y desarrollo de una personalidad entrópica, para después responder el cuestionario de tendencias de personalidad. En la segunda sesión, iniciaron contestando el IDARE, posteriormente respondieron la Escala Para Medir Depresión, y al final, se efectuó la entrevista semiestructurada, la cual se empleó para: detectar el principal problema que el partícipe había experimentado en su vida, indagar si dicho conflicto continuaba vigente, si éste había generado emociones

negativas no resueltas, y si el participante consideraba que dicho conflicto le había generado niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas.

Resultados

La Escala de Evaluación de la Construcción y Desarrollo de una Personalidad Entrópica o en Caos, mostró que el total de partícipes tendían hacia esta personalidad, siendo el nivel más frecuente el alto, el cual se acentuó en las mujeres (ver Tabla 1).

Tabla 1

Nivel de personalidad entrópica de los participantes

Nivel de personalidad entrópica	Hombres	Mujeres
	f	f
Baja	1	0
Media	23	25
Alta	38	42

La aplicación del cuestionario de tendencias de personalidad, permitió advertir que la tendencia más recurrente en ambos sexos fue el Ego (-). Notándose también, que las dominancias más frecuentes fueron: dejado, baja autoestima, incomprendido social, impulsivo y ególatra (ver Tabla 2).

Tabla 2

Dominancia de la tendencia de personalidad de los participantes

Dominancia	Hombres	Mujeres	Dominancia	Hombres	Mujeres
Ego (-)	f	f	Ego (+)	f	f
Dejado	9	9	Autoritario	5	1
Fracasado	8	5	Impulsivo	5	4
Baja autoestima	8	8	Ególatra	3	6
Incomprendido social	7	9	Perfeccionista	3	0
Reprimido	5	1	Sádico	2	5
Sumido	2	5	Manipulador	1	2
Desadaptado	2	6	Impositivo	0	2
Masoquista	1	1			
Incomprendido individual	1	3			
Total	43	47		19	20

La realización de la entrevista semiestructurada, reveló que el principal problema al que los partícipes han hecho frente, son estímulos significativos, es decir, sucesos que han vivido en dos o más ocasiones (ver Tabla 3).

Tabla 3

Tipo de estímulos vivenciados por los participantes

Estímulo experimentado	Hombres	Mujeres
	f	f
Estímulo sorpresa	20	17
Estímulo significativo	42	50

A través de la ejecución de la entrevista semiestructurada, se pudo observar que el estímulo sorpresa o significativo al que han hecho frente los partícipes, han ocurrido principalmente en el área familiar y de pareja (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Área en que tuvo lugar el principal estímulo sorpresa o significativo, que han enfrentado los participantes

Área donde ocurrió el estímulo sorpresa o significativo	Hombres	Mujeres
	f	f
Familia	30	41
Pareja	7	9
Laboral/escolar	12	3
Personal	5	6
Social	5	6
Económico	3	2

La entrevista semiestructurada que se realizó, evidenció que el principal estímulo sorpresa o significativo que ha traído dificultades a los hombres, fue originado por ellos mismos, y en segundo lugar por sus padres. En cambio, la dificultad vital a la que han hecho frente las mujeres, fue provocada primordialmente por su padre (ver Tabla 5).

Tabla 5

Autores del estímulo sorpresa o significativo experimentado por los participantes

Causantes del estímulo sorpresa o significativo	Hombres	Mujeres
	f	f
El participante	21	8
Papá	15	12
Pareja	7	9
Familiares (Hermano, suegra, abuelos, primos, tío)	5	8
Muerte de seres queridos	5	9
Mamá	4	5
Compañeros	2	1
Ambos padres	1	11
Delincuencia	1	4
Policía	1	0

La aplicación de los cuestionarios de emociones negativas y la entrevista semiestructurada, permitieron observar que a raíz del estímulo sorpresa o significativo vivido por los partícipes, todos experimentaban en ese momento al menos dos emociones negativas no resueltas, siendo las más frecuente la frustración, seguida por el odio y la culpa. Advirtiéndose también, que la frustración y el odio fueron las emociones negativas menos solventadas, lo que junto a la vergüenza, las convirtió en las más crónicas en ambos sexos (ver Tabla 6).

Tabla 6

Emociones negativas vivenciadas y no resueltas por los participantes.

Emoción	Hombres				Mujeres			
	Vivida	Resuelta	No resuelta	$\bar{x}$ de años viviendo la emoción	Vivida	Resuelta	No resuelta	$\bar{x}$ de años viviendo la emoción
	f	f	f		f	f	f	
Frustración	62	11	51	7.73	67	3	64	8.02
Odio	49	9	40	7.12	62	7	55	6.79
Culpa	48	13	35	7.37	53	12	41	4.96
Vergüenza	31	15	16	7.39	26	9	17	8.42
Envidia	40	11	19	6.27	43	10	33	6.52
Celos	7	0	7	3.75	13	3	10	3.89

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, mostró en ambos sexos el nivel de ansiedad más frecuente fue el medio, seguido por el nivel alto (ver Tabla 7).

Tabla 7

Niveles de ansiedad de los participantes

Niveles de ansiedad	Hombres		Mujeres	
	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
	f	f	f	f
Bajo	1	1	1	1
Medio	54	52	61	44
Alto	7	9	5	22

La aplicación de la Escala Para Medir Depresión, dejó ver que en ambos sexos la manifestación depresiva más recurrente fue la leve (ver Tabla 8).

Tabla 8

Manifestaciones depresivas de los participantes

Manifestaciones depresivas	Hombres	Mujeres
	f	f
Nula	0	0
Leve	52	54
Moderada	6	11
Alta	4	2

El procedimiento efectuado, permitió observar que en la muestra con la que se trabajó, se cumplió la secuencia que Valdez-Medina propone para explicar el origen de la ansiedad y la depresión (ver Tabla 9).

Tabla 9

Participantes en lo que se cumplió la secuencia del círculo del miedo

Indicador del círculo del medio	Hombres	Mujeres
	f	f
Personalidad entrópica	62	67
Al menos una emoción negativa no resuelta	62	67
Niveles de ansiedad medio o alto	61	66
Manifestaciones depresivas de leves a altas	62	67

Discusión de resultados

Zorrilla (2001) indica que cuando se lleva a cabo un estudio cualitativo, las conclusiones que se realizan sólo aplican a la muestra con la que se trabajó, máxime cuando el estudio fue de tipo exploratorio, por ello, los comentarios que a continuación se realizan, deben ser tomados con la cautela que el caso amerita.

Las aplicaciones que se llevaron a cabo, permitieron encontrar evidencia empírica cualitativa de varios supuestos de la teoría de la paz o equilibrio. El primero de ellos, es el que indica que poseer una personalidad entrópica, impide solventar idóneamente las dificultades que la vida plantea, y ello se observó, cuando los 129 participantes mostraron inclinación por la personalidad entrópica, y al momento en que señalaron tener un problema –principalmente significativo– que no han podido resolver.

El segundo supuesto del que se halló evidencia, fue del que señala que tras no poder resolver alguna dificultad, se desarrollarán emociones negativas, y ello pudo notarse cuando en la entrevista y los cuestionarios, los partícipes dijeron que han experimentado emociones negativas relacionados con el estímulo más complicado al que han hecho frente, siendo la frustración la más frecuente, por lo que puede ser considerada como la precursora de las demás emociones negativas.

La tercera hipótesis de la que se descubrió evidencia empírica, fue la que indica que tras no resolver las emociones negativas, se llega a experimentar ansiedad y depresión. Y ello pudo observarse cuando se notó que todos los participantes tenían al menos dos emociones negativas no resueltas, así como niveles de ansiedad y

manifestaciones depresivas. Asociación que fue corroborada en la entrevista, pues en ella, 120 participantes dijeron que si llegaron a presentar ansiedad y depresión, las atribuirían al estímulo sorpresa o significativo más aversivo al que han hecho frente, los restantes nueve varones no atribuyeron a nada en específico los niveles de ansiedad o depresión que llegaron a presentar. Tal hecho, Hurlock (1987) lo atribuye a la educación que se le da a los hombres, pues a éstos se les enseña a ser poco comunicativos de sus experiencias, con la intención de no mostrarse débiles ante los demás.

Asimismo, pudo observarse que los estímulos significativos fueron los que originaron más emociones negativas en los partícipes, de acuerdo con Valdez-Medina (2009) ello encontraría explicación en la naturaleza misma de estos estímulos, pues implican un contacto frecuente con la persona o la cosa que origina el problema mismo, lo que aumenta la dificultad para rechazarlo o solucionarlo.

El punto anterior se ve reforzado, cuando se observa que la familia fue la principal fuente de sufrimiento para los participantes, suceso que conforme a Preston (2001) se debe a que este grupo social es la principal fuente de apoyo y protección para las personas, pero cuando ello no ocurre así, es normal que surjan conflictos intrapersonales e interpersonales, los cuales se ven agravados por la cercanía física y emocional que hay entre los integrantes del grupo.

En el mismo orden de ideas, pudo advertirse que el padre de los partícipes, fue el integrante de la familia que más estímulos significativos sin resolver originó, principalmente por tener una conducta poco ética o anticuada, tal hecho, Greer (2000) lo ve como un fenómeno de la actual dinámica social, en el que los hijos no valoran los esfuerzos de sus progenitores, lo que origina desprecio hacia ellos. Mientras que para González (2005) tal suceso es fruto de la diferencia de intereses que hay entre padres e hijos, lo que crea dificultades y emociones contradictorias entre ellos.

En similar orden de ideas, pudo advertirse que otro de los causantes de estímulos sorpresa o significativos no resueltos, fue el mismo participante, primordialmente por: haber sido dados de baja de la escuela, ser irresponsables, no ser disciplinados, no ser agraciados físicamente y haber cometido actos que

dañaron a otros. Montesino (2002) refiere que en el caso de los varones, dicho malestar se debe a que con sus acciones, se ven poco aptos para tener un buen trabajo en el futuro, lo que les impedirá desarrollar de forma eficiente uno de sus principales roles: ser proveedor de su familia. Mientras que en el caso de las mujeres, Lagarde (2000) apunta que tal molestia se debería a que se muestran poco capaces de cumplir con los nuevos roles que se le están atribuyendo a las féminas: ser independiente y profesionistas exitosas.

Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (abril, 1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372. doi 10.1037/0033-295X.96.2.358
- Alvarado-Orozco, J., & Valdez-Medina, J. L. (2015). Actividades avanzadas de investigación I. Universidad Autónoma del Estado de México, Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Conducta. Toluca, Estado de México. 19 de octubre de 2015.
- Alvarado-Orozco, J., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., González, S., & Arguello, F. J. (julio, 2014). Frustración, odio y culpa, origen de la personalidad en conflicto. *Revista Internacional PEI*, 4(7). Recuperado de <http://www.peiac.org/Revista/Numeros/No7/frustracion.html>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (abril, 2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. doi 10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Cano-Vindel, A. C., & Miguel-Tobal, J. J. (julio, 2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3). Recuperado de <http://www.ansiedadystres.org/ultimo-numero-ansiedad-y-estres>
- Cervone, D., & Lawrence, A. P. (2009). *Personalidad, teoría e investigación* (2ª ed.). Distrito Federal, México: Manual Moderno.
- Davidoff, L. L. (1989). *Introducción a la Psicología* (3ª ed.). Estado de México, México: McGraw-Hill.
- De la Gándara, J., & Fuertes, J. C. (1999). *Ansiedad y angustia: causas, síntomas y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2002). *Avances en el tratamiento psicológico de la ansiedad*. Madrid, España: Pirámide.

- Espinosa, M. C., Orozco, L. A., & Ybarra, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38, 201-208. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.028
- García, C. H. (2009). *Cómo investigar en psicología*. Distrito Federal, México: Editorial Trillas.
- González, E. (2005). *Padres, hijos y amigos, la educación de los adolescentes*. Madrid, España: Editorial CCS.
- Gray, P. (2008). *Psicología, una nueva perspectiva* (3ª ed.). Distrito Federal, México: McGraw-Hill.
- Greer, G. (2000). *La mujer completa*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Gribbin, J. (2006). *Historia de la ciencia 1543-2001* (2ª ed.). Barcelona, España: Critica Barcelona.
- Hurlock, B. E. (1987). *Psicología de la adolescencia*. Distrito Federal, México: Editorial Paidós.
- Kerlinger, F. D. (1988). *Investigación del comportamiento* (3ª ed.). Distrito Federal, México: McGraw-Hill.
- Lagarde, M. (2000). *Los cautiverios de las mujeres; madre, esposa, monjas, putas, presas, y locas*. Distrito Federal, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- León, A. A. (2011). *Reacciones del miedo; estrategias para conseguir la paz o equilibrio, en adultos de la ciudad de Toluca* (Tesis de maestría inédita). Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (2007). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. E. Caballo (Dir.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vo.1*. (pp. 493-541). Madrid, España: Siglo XXI.
- Luengo, D. (2005). *La ansiedad al descubierto*. Barcelona, España: Paidós.
- Montesinos, R. (2002). *Las rutas de la masculinidad*. Barcelona, España: Gedisa.

Nezu, A. M. (abril, 1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202. doi. [10.1037/0022-006X.54.2.196](https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.2.196)

Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud mental, fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes, estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Preston, J. (2001). *Cómo vencer la depresión*. Bogotá, Colombia: Pax.

Priest, R. G. (1992). *Ansiedad y depresión*. Barcelona, España: Plural.

Rojas, E. (1981). *Psicopatología de la depresión*. Barcelona, España: Salvat.

Spielberger, C. D. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. Distrito Federal, México: Manual Moderno.

Toribio, L. (2012). *Autoestima, optimismo y personalidad entrópica como predictores de la felicidad en adolescentes* (Tesis de maestría inédita). Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.

Torres, M. A. (2013). *Características de personalidad en adultos que presentan síntomas somáticos* (Tesis de maestría inédita). Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.

Valdez-Medina, J. L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio*. Distrito Federal, México: EDAMEX.

Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I. & González, S. (2011). La personalidad entrópica. En J. Moral, J. L. Valdez-Medina, & N. I. González-Arratia (Eds.), *Psicología y salud* (pp. 133-156). Saltillo, México: Consorcio de Universidades Mexicanas.

Zorrilla, S. (2001). *Introducción a la metodología de la investigación* (25ª ed.). Distrito Federal, México: Aguilar León.

7.2 Artículo y/o capítulo de libro enviado

7.2.1 Título del capítulo de libro publicado

EMOCIONES NEGATIVAS NO RESUELTAS Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE MUJERES ADULTAS

Jorge Alvarado Orozco*, Sergio González Escobar*, Norma Ivonne González
Arratia López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón**

*Universidad Autónoma del Estado de México

**Universidad Nacional Autónoma de México

7.2.2 Página frontal del manuscrito.

APORTACIONES ACTUALES A LA PSICOLOGIA SOCIAL

Volumen IV

ISBN: 978-607-96539-6-5



Asociación Mexicana de Psicología Social

Editores:

*Rolando Díaz Loving
L. Isabel Reyes Lagunes
Fuensanta López Rosales*

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales, y el resarcimiento civil previsto en las leyes, reproducir, registrar, o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO).

Coordinación Editorial

Sofía Rivera Aragón, Fernando Méndez Rangel, Claudia Ivethe Jaén Cortés, Pedro Wolfgang Velasco Matus, Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco y Luz María Cruz Martínez

Primera Edición 2018

© D.R. Asociación Mexicana de Psicología Social A.C.

ISBN: 978-607-96539-6-5

Impreso en Mexico

7.2.3 Carta de aceptación



XVII Congreso Mexicano de Psicología Social

IX Congreso Internacional de Relaciones Personales

VI Congreso Latinoamericano de Psicología Transcultural

México, Cd. Mex., marzo de 2018

Jorge Alvarado Orozco, Sergio González Escobar, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes y Sofía Rivera Aragón

PRESENTE (S)

Estimado(s) colega(s):

Después de haber revisado su aportación intitulada:

Emociones negativas no resueltas y su influencia en la ansiedad de mujeres adultas

el Comité Científico ha aprobado su propuesta como

Parte de un Simposio

Así mismo, le informamos que el comité le anexa recomendaciones para ser incluidas en la versión final de su trabajo, el cual deberá enviar al correo (sofiar1@me.com) con fecha límite de 13 de abril de 2018.

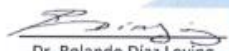
Como es práctica común en los Congresos Internacionales, es requisito indispensable que, para su inclusión final en el programa y en el libro:

Aportaciones Actuales de la Psicología Social, Volumen IV

que será publicado, envíe copia del recibo de inscripción del primer autor al correo electrónico: sofiar1@me.com.

Sin más por el momento, aprovechamos la oportunidad para saludarlo y desearle un fructífero congreso.

ATENTAMENTE
COMITÉ CIENTÍFICO


Dr. Rolando Díaz Loving
PRESIDENTE DEL
COMITÉ CIENTÍFICO


Isabel Reyes Lagunes
SECRETARIA GENERAL DEL
COMITÉ CIENTÍFICO



Escuela de Medicina y
Ciencias de la Salud
TecSalud



FaPsi
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



www.amepso.org

22, 23 y 24 de Agosto de 2018 Monterrey, Nuevo León, México

Introducción

Uno de los trastornos considerado un problema de salud internacional por su prevalencia, cronicidad y comorbilidad, es la ansiedad. La cual de acuerdo con la OMS (2017) es padecida por el 3.6% de la población mundial. En lo que se refiere a cifras mexicanas, Espinosa, Orozco e Ybarra (2015) señalan que éstas son proporcionadas por la Encuesta Nacional de Psiquiatría de 2001, la cual mostró que el trastorno con mayor incidencia entre los mexicanos es la ansiedad. Señalándose que en ambas estadísticas, es en las mujeres en quienes se acentúan las cifras.

Los anteriores datos, muestran la razón por la cual este trastorno es objeto de estudio de distintas ciencias, entre ellas la Psicología. En el caso de ésta, el interés tiene décadas, lo que ha permitido que surjan distintas aristas de estudio: identificación de factores de riesgo, comorbilidad con otros trastornos mentales o enfermedades físicas, correlación con factores psicológicos y explicación de su etiología.

Respecto al último punto, Cervantes (2008) refiere que existen distintos teóricos que explican la génesis de este trastorno, encontrándose entre ellos Spielberger (1980, en Echeburúa, 2002) quien apunta que éste inicia con un evento valorado negativamente, el cual produce sensaciones subjetivas de tensión y una elevada actividad del sistema nervioso autónomo, generándose cambios fisiológicos y conductuales. Mientras que para Mineka y Öhman (2002) la ansiedad comienza en el módulo específico del miedo, el cual se activa automáticamente ante estímulos que amenazan la supervivencia.

En otro orden, Barlow, Allen y Choate (2004) consideran que este trastorno tiene su origen en la interacción de tres vulnerabilidades: los rasgos heredados, las características del individuo, y sus experiencias. En tanto que para Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, y Van Ijzendoorn (2007) éste inicia al juzgar los estímulos del ambiente como amenazantes, ello lleva a evaluar: las experiencias pasadas, el contexto, y los recursos de afrontamiento. Si tras ello, el evento es visto como riesgo real, surge el estado ansioso.

Como pudo observarse, las anteriores propuestas hacen énfasis en la presencia de un evento adverso valorado negativamente, el cual da paso a cambios

fisiológicos y conductuales propios del estado ansioso. Sin embargo, es necesario señalar que estos modelos muestran una falencia al dejar de lado: la personalidad del individuo, la capacidad de éste para solventar el suceso adverso, así como las emociones que la persona llega a experimentar a raíz del conflicto.

Tales puntos, sí son retomados por la teoría de la paz o equilibrio de Valdez-Medina (2009) quien plantea que la ansiedad inicia con la vivencia de un estímulo sorpresa –evento nuevo– o estímulo significativo –suceso conocido–, que altera el estado de paz o equilibrio en que la persona se encuentra. Cuando tal evento es aceptado o rechazado, el individuo se instauro en un equilibrio similar del que partió. Pero si éste posee una personalidad entrópica, no aceptará el estímulo que enfrenta. Ello originará que comience a tolerar y controlar, lo que le hará caer en el círculo del miedo, donde desarrollará: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, las que de no resolverse, lo llevarán a presentar niveles de ansiedad.

Como pudo notarse, dos elementos básicos de este modelo teórico son: la tendencia de personalidad entrópica y las emociones negativas. El primer punto es entendido por Valdez-Medina, González-Arratia y González (2011) como la estrategia comportamental para la obtención y conservación de los recursos, existiendo la posibilidad de desarrollar dos tendencias. La primera sería la personalidad en paz o –ego cero–. La segunda opción, es la personalidad entrópica, la cual tiene dos vertientes: dominancia ego (+), propia de quienes buscan ser valorados por sus fortalezas, pues pretenden admiración; y la dominancia ego (-), característica de quienes buscan ser evaluados por sus debilidades, pues buscan la compasión.

En lo que toca a las emociones, Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) describen que éstas son reacciones universales que generan cambios afectivos, fisiológicos y conductuales, ante situaciones relevantes como: amenaza, pérdida, éxito o sorpresa. Ahora bien, Valdez-Medina (2009) apunta que dependiendo de la interpretación que se le dé al evento, es que se concluye si la emoción es positiva –si provocó felicidad–, o negativa, en caso de que genere: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos.

Por tanto, con la intención de buscar evidencia empírica que sustente o refute la secuencia que Valdez-Medina (2009) propone para explicar el origen de la ansiedad, es que se plantea la presente investigación, la cual está integrada por dos estudios.

Metodología

Investigación I

Objetivo.

1) Explorar si poseer una personalidad entrópica y experimentar y no resolver las emociones negativas: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, tiende a originar niveles: bajos, medios o altos de ansiedad en las participantes.

Participantes.

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia de 30 mujeres de entre 18 y 39 años ($\bar{x}=22.31$, D.E=4.35), las cuales asistieron al programa de atención en crisis de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México. Diecinueve eran estudiantes de licenciatura, cinco obreras, tres amas de casa y tres profesionistas. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, no tener un diagnóstico previo de algún trastorno mental, participar voluntariamente y firmar el consentimiento informado.

Instrumentos.

Las mujeres que tomaron parte en esta fase, respondieron los siguientes instrumentos:

1. La versión corta del cuestionario de autoevaluación de las emociones negativas de Valdez-Medina (2012, en Torres 2016), cuya validez fue obtenida a través de un jueceo por expertos con un acuerdo mayor al 85%. El cual mediante 55 preguntas abiertas, permite conocer la presencia, cronicidad y resolución de las emociones: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia, y celos.

2. Cuestionario de tendencias de personalidad de Valdez-Medina (2009), el cual se compone de cuatro interrogantes dicotómicas, validado a través de un jueceo por expertos, con un acuerdo mayor al 85%.
3. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado –IDARE– de Spielberger y Díaz-Guerrero (1966), el cual se integra de dos sub-escalas: Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. En muestras mexicanas no clínicas, la sub-escala de Ansiedad Estado tiene validez de $r .54$, así como un Alpha Cronbach de $.80$, estando integrada por 20 preguntas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. En tanto que la sub-escala de Ansiedad Rasgo, se conforma por 20 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, teniendo una validez de $r .80$, y un Alpha de Cronbach de $.77$.
4. Una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas, elaborada por Alvarado-Orozco y Valdez-Medina (2015) la cual se orienta a cuatro áreas: familiar, personal, pareja, y laboral/escolar, validada mediante un jueceo por expertos, con un acuerdo mayor al 85%. La cual tenía la intención de indagar respecto al principal problema vivenciado por las partícipes, para determinar si éste había sido el detonante para experimentar emociones negativas no resueltas y ansiedad.

Procedimiento.

Firmado el consentimiento informado, las participantes asistieron individualmente a dos sesiones, cada una de las cuales duró aproximadamente 60 minutos. En la primera, se les aplicó la versión corta de los cuestionarios de autoevaluación de las emociones negativas, posteriormente, contestaron el cuestionario de tendencias de personalidad. En el segundo encuentro, respondieron la escala IDARE, para después llevar a cabo la entrevista semiestructurada. Señalándose, que las sesiones se efectuaron en un cubículo de psicometría y en un cubículo del laboratorio de fisiología, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Investigación II

Hipótesis.

1 H₀ No existe diferencia estadísticamente significativa en la contracción muscular de las participantes en situación de reposo, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

1 H₁ Sí existe diferencia estadísticamente significativa en la contracción muscular de las participantes en situación de reposo, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

2 H₀ No existe diferencia estadísticamente significativa en la vasoconstricción de las participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

2 H₁ Sí existe diferencia estadísticamente significativa en la vasoconstricción de las participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

Objetivos.

1. Describir si poseer una personalidad entrópica y experimentar y no resolver las emociones negativas: frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, tiende a originar niveles: bajos, medio o altos de ansiedad, en las participantes.

2. Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en la contracción muscular de las participantes en situación de reposo, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

3. Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en la vasoconstricción de las participantes, antes y después de que verbalicen el problema más aversivo que han enfrentado en la vida.

Participantes.

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia de 37 mujeres de entre 18 y 50 años $\bar{X}=23.54$, D.E=6.14-, las cuales asistieron al programa de atención en crisis de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México. Veinte eran estudiantes de licenciatura, siete amas de casa, cuatro obreras, tres trabajadoras administrativas, dos comerciantes y una

jubilada. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años; no tener un diagnóstico previo de algún trastorno mental; no consumir drogas legales e ilegales; no tener un clavo o placa quirúrgica en su organismo; no tener amalgamas o incrustaciones bucales; no usar aparatos ortodónticos; no usar marcapasos cardíaco; no padecer una enfermedad fisiológica cuyo síntoma secundario sea la ansiedad; haber dormido ocho horas la noche previa; no haber ingerido alcohol, tabaco o refresco de cola 12 horas antes; asistir a ambas sesiones a la misma hora del día; no estar en su período menstrual; y firmar el consentimiento informado.

Instrumentos y materiales.

Las participantes que tomaron parte en la segunda fase, respondieron los siguientes instrumentos:

- 1) La versión corta del cuestionario de autoevaluación de las emociones negativas de Valdez-Medina (2012, en Torres, 2016).
- 2) Cuestionario de tendencias de personalidad de Valdez-Medina (2009).
- 3) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz-Guerrero (1966).
- 4) Una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas, elaborada por Alvarado-Orozco y Valdez-Medina (2015).
- 5) Biofeedback. Da Silva, Barros y Da Costa (2013) refieren que este es un aparato eléctrico que a través de sensores, capta y magnifica algunas señales fisiológicas de la activación del sistema nervioso autónomo, en su parte simpática. En este caso, se empleó el electromiógrafo superficial –valora la tensión muscular– y el fotopletismógrafo –mide la vasoconstricción– del biofeedback T7500M, de ocho canales, marca Procomp®, y el software BioGraph Infiniti®, ambos fabricados en Vancouver, Canadá.

Procedimiento.

Las mujeres asistieron individualmente a dos sesiones, con una duración aproximada de 80 minutos, las cuales se efectuaron en un cubículo del laboratorio de fisiología, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Para el primer encuentro, se volvió a verificar que la participante cumpliera con los criterios de inclusión, de ser así, firmó el consentimiento informado de participación, para después cumplir el siguiente protocolo: (1) Se pidió a la participante quitara de su cuerpo cualquier objeto de metal; (2) se colocó gel antibacterial en las palmas de sus manos para que lo untara y se esperó a que secara; (3) Se humedeció una tórula de algodón con alcohol, y se limpió la palma de la mano izquierda –todas eran diestras–, así como el músculo trapecio superior izquierdo; (4) se colocaron los sensores del biofeedback: el electromiógrafo en el músculo trapecio superior izquierdo, y el fotopleletismógrafo en la falange media, del dedo medio, de la mano derecha; (5) se sentó a la participante a una distancia mínima de 90 cm. de la consola de los sensores; (6) se hizo el encuadre de la sesión; (7) se verificó la impedancia de los sensores; (8) se inició la grabación del software, comenzando con cuatro minutos en los que la participante permaneció sin hacer nada; (9) se aplicó una prueba Stroop de colores, con la intención de verificar la variación en las medidas; (10) la participante contestó los cuestionarios de emociones negativas; (11) al minuto 35, se pararon las actividades, y se dejaron cuatro minutos sin hacer nada; (12) se reaplicó la prueba Stroop; (13) posteriormente respondió el cuestionario de tendencias de personalidad; (14) se paró la grabación del software y se desconectaron los sensores.

Para la segunda sesión, se siguió el siguiente protocolo:

(1) Se pidió a la participante quitara de su cuerpo cualquier objeto de metal; (2) se le colocó gel antibacterial en las palmas para que lo esparciera en sus manos y se esperó a que secara; (3) se humedeció una tórula de algodón con alcohol, y se limpió la palma de la mano izquierda, así como el músculo trapecio superior izquierdo; (4) se colocó el electromiógrafo superficial y el fotopleletismógrafo; (5) se sentó a la participante a una distancia mínima de 90 cm. de la consola de los

sensores; (6) se hizo el encuadre de la sesión; (7) se verificó la impedancia; (8) inició la grabación del software, comenzando con cuatro minutos en los que la participante permaneció sin hacer nada; (9) se aplicó la prueba Stroop de colores; (10) la participante respondió el inventario IDARE; (11) se realizó la entrevista semiestructurada; (12) al minuto 35, se pararon las actividades, y se dejaron cuatro minutos sin hacer nada; (13) se reaplicó la prueba Stroop; (14) se continuó con la entrevista, hasta finalizarla; (15) se paró la grabación del software y se desconectaron los sensores, acordándose fecha para la entrega de resultados.

Resultados

Investigación I

El procedimiento mostró que 22 de las participantes tenían una personalidad entrópica con dominancia Ego (-), y las ocho restantes con dominancia Ego (+).

Mientras que los datos proporcionados por los cuestionarios de emociones negativas y la entrevista semiestructurada, se analizaron mediante el análisis de contenido, bajo la regla de numeración de frecuencia, la cual acorde con Krippendorff (1997) consiste en determinar categorías y subcategorías de análisis, para anotar un símbolo cada que éstas aparecen. Ello permitió notar que la familia fue quien propició un mayor número de emociones negativas, siendo la frustración la más experimentada y la menos resuelta (ver Tabla 1).

Tabla 1

Número de participantes de la primera fase que experimentaron emociones negativas, y sus causas

Emoción negativa	Participantes que vivenciaron la emoción	Participantes que no resolvieron la emoción	Categoría	Subcategoría
Frustración	30	28	Familia Personal	Mala actitud del padre, separación de los padres Haber abortado, su apariencia física, ser insegura
Odio	30	28	Familia	A su padre, madre, hermano, ambos padres

			Pareja	Rival de amores y pareja
Culpa	28	24	Familia Personal	Responderle a su papá, pelear con su mamá Haber abortado, no cuidar su salud, dejarse influenciar
Vergüenza	17	13	Familia Social	Su padre, hermanos, familiares Sus vecinos sepan de sus problemas, su casa
Envidia	10	8	Familia Personal	Padre comprensivo, familia unida, madre Ser asertiva, ser más sociable, ser segura
Celos	6	5	Pareja Familia	Hacia su pareja actual, por su expareja Por sus padres

En tanto que la administración del IDARE, dejó ver que en ansiedad estado y ansiedad rasgo, el nivel más frecuente fue el medio (ver Tabla 2).

Tabla 2

Nivel de ansiedad de las participantes

Nivel de ansiedad	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
	f	f
Bajo	1	0
Medio	26	18
Alto	3	12

Investigación II

El proceso seguido en la segunda etapa, permitió observar que 25 de las participantes tenían una personalidad entrópica con dominancia Ego (-), en tanto que las 12 restantes, se inclinaron hacia el Ego (+).

Mientras que el análisis de contenido efectuado a los cuestionarios de autoevaluación de las emociones negativas y la entrevista semiestructurada, dejó ver que todas las partícipes tenían al menos dos emociones negativas no resueltas, siendo la frustración la emoción vivenciada con mayor frecuencia, seguida por odio, culpa y envidia. Advirtiéndose también, que la frustración, el odio y la culpa, fueron las emociones menos resueltas (ver Tabla 3).

Tabla 3

Número de participantes de la segunda fase, que experimentaron emociones negativas, y sus causas

Emoción negativa	Participantes que vivenciaron la emoción	Participantes que no resolvieron la emoción	Categoría	Subcategoría
Frustración	37	36	Familia	Problemas con el padre, dificultades con la mamá
			Personal	Suicidio de conocidos, enfermedades padecidas
Odio	32	28	Familia	A su papá, mamá, abuela, tío
			Pareja	A su ex-esposo, esposo, ex-novio
Culpa	26	18	Familia	Discutir con sus padres, golpear a su mamá
			Personal	No ayudar a los demás, no cuidar su salud
			Personal	Su enfermedad, carencias personales
Envidia	22	17	Familia	Con su papá y madre
			Familia	Su enfermedad, carencias personales
Celos	12	9	Familia	A quienes tienen buena relación con sus padres, a quienes tienen familiares decentes
			Social	A sus amigas, el físico de otras personas
Celos	12	9	Familia	La relación con sus padres, la atención del padre
			Personal	Ser consentida

La administración del inventario IDARE, dejó ver que el nivel de ansiedad medio, fue el que dominó tanto en ansiedad rasgo como en ansiedad estado (ver Tabla 4).

Tabla 4

Niveles de ansiedad de las participantes del segundo estudio.

Nivel de ansiedad	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
	f	f
Bajo	0	1
Medio	35	26
Alto	2	10

Figura 1. Contracción del músculo trapecio superior izquierdo de las partícipes, en la primera y segunda sesión.

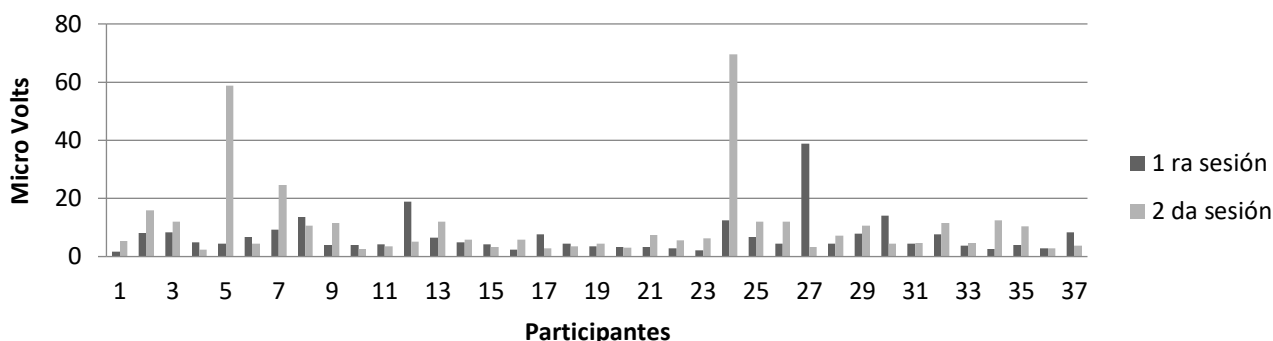


Figura 1. Comparación de la media ajustada que las participantes obtuvieron en las mediciones realizadas con el electromiógrafo superficial, el cual deja ver que en comparación con la primera sesión, en 22 de ellas se incrementó el número de micro volts –tensión muscular–, al momento en que verbalizaban el principal problema al que habían hecho frente en la vida.

Figura 2. Vasoconstricción de las participantes en la primera y segunda sesión.

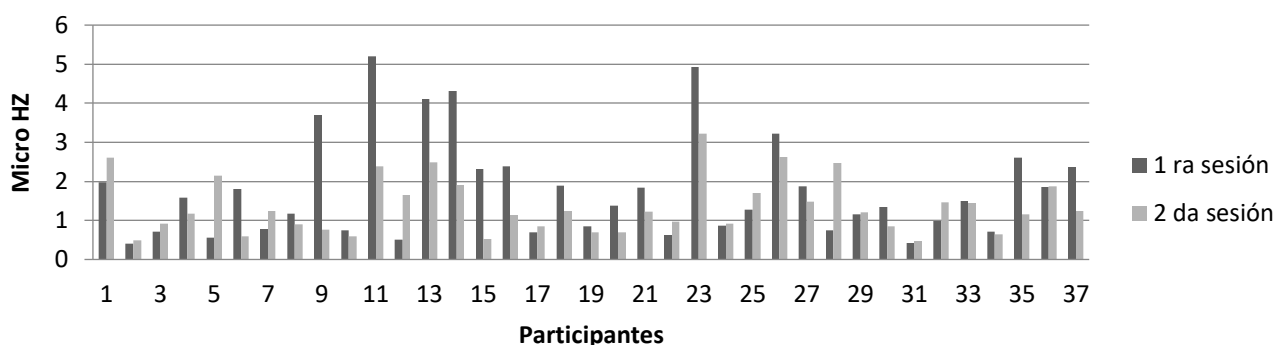


Figura 2. Comparación de la media ajustada que las partícipes obtuvieron en las mediciones ejecutadas con el fotopletismógrafo, el cual dejó ver que en comparación con la primera sesión, en 22 de ellas decreció el número de micro HZ –vasoconstricción– de la falange media, del dedo medio de su mano derecha, al momento que rememoraban el conflicto más fuerte que habían enfrentado en la vida.

Obtenida la media ajustada de ambas sesiones, se realizó una *t* de *student* para muestras relacionadas con ambas mediciones, observándose que sólo la vasoconstricción mostró una diferencia estadísticamente significativa (ver Tabla 5).

Tabla 5

Resultados de la prueba t de student para muestras relacionadas, de la contracción muscular y vasoconstricción de las participantes.

Variable fisiológica	$\bar{X}$		t	p
	1ª sesión	2ª sesión		
Contracción muscular	6.88	24.71	-1.12	.267
vasoconstricción	1.76	1.34	2.37	.023*

* $p \leq 0.5$

Discusión de resultados

Los estudios anteriores, permiten indicar que en la muestra con la que se trabajó, se cumplió la secuencia que Valdez-Medina (2009) propone para explicar la etiología de la ansiedad. Ya que todas las participantes refirieron que tras la vivencia del principal estímulo sorpresa o significativo al que han hecho frente y no han aceptado o rechazado, comenzaron a experimentar emociones negativas, las que al no ser resueltas, las llevaron a presentar algún nivel de ansiedad.

De igual forma, los trabajos llevados a cabo permitieron notar que tener una tendencia de personalidad entrópica con dominancia Ego (+) o Ego (-), complica aceptar o rechazar el estímulo sorpresa o significativo que se vivencia, lo que conduce a la experimentación de emociones negativas. Esto se vio reflejado cuando las 37 mujeres manifestaron su tendencia hacia la personalidad entrópica, y cuando señalaron tener un conflicto no solucionado, lo que las ha llevado a presentar emociones negativas no resueltas, relacionadas con dicho evento.

Otro de los supuestos de los que se encontró evidencia, es el que indica que al no resolverse las emociones negativas, se llega a experimentar ansiedad. Lo cual se constató en las partícipes, pues el total de ellas presentó al menos dos emociones negativas no resueltas, las cuales a consideración de ellas, estarían asociadas con los niveles de ansiedad que presentan. Ahora bien, Craske,

Hermans, y Vansteenwegen (2008) indican que además de los cambios psicológicos, la ansiedad incluye variaciones psicofisiológicas, por la activación del sistema simpático.

Por ello, se midió la vasoconstricción y la tensión muscular, los cuales de acuerdo con Moore et al. (2011) son manifestaciones fisiológicas que ocurren durante el estado ansioso. Así, al realizarse la valoración de los biomarcadores, pudo notarse que aún y cuando se incrementó en la tensión muscular en 22 partícipes, ésta diferencia no fue estadísticamente significativa, por lo que se acepta la hipótesis nula formulada para la tensión muscular. En cuanto a la vasoconstricción, ésta tuvo lugar en 22 de las participantes, diferencia que resultó estadísticamente significativa, por lo que se acepta la hipótesis alterna formulada para la vasoconstricción. Ahora bien, el hecho de que ambos indicadores fisiológicos no tuvieran lugar en la totalidad de la muestra, encuentra explicación en lo expuesto por Faller y Schunke (2006) quienes refieren que los organismos no responden de la misma manera ante la ansiedad, pues hay quienes esa variación la experimentan en la: temperatura cutánea, pilo-erección, frecuencia cardíaca, o ritmo respiratorio.

Por otro lado, pudo apreciarse que la familia fue la principal fuente de emociones negativas, debido a dificultades con los padres. Conforme a Corral, et al. (2015) ello se debe a que las participantes han concluido que las conductas de su padre no propician un ambiente positivo, en el cual vean satisfechas sus necesidades materiales y afectivas.

Igualmente, pudo advertirse que la segunda área que generó emociones negativas en las partícipes fue la personal, principalmente por no ser seguras de sí mismas, y por ser indisciplinadas. Suceso que es concordante con lo expuesto por Valdez-Medina, Díaz-Loving y Pérez (2006), quienes refieren que con tales acciones, las participantes estarían en contra de la educación que a esa edad reciben las jóvenes mexicanas, pues se les inculca ser responsables de sí, fuertes y capaces, a fin de estar preparadas para la adultez.

En otro orden de ideas, pudo notarse que la tercera dimensión que originó emociones negativas en las participantes fue la pareja, principalmente por la ruptura

de la relación. Al respecto, Díaz-Loving y Sánchez (2002) mencionan que ello se debe a la importancia que este vínculo tiene para los humanos, ya que es el medio ideal para solventar la necesidad de afecto, amor, apego y apareamiento. Y al terminarse dicho vínculo, Buss (2004) asevera que es normal que el sujeto reaccione negativamente, pues se pierde la exclusividad sexual y de recursos que se tenía sobre la pareja.

Referencias

- Alvarado-Orozco, J., & Valdez-Medina, J. L. (2015). Actividades avanzadas de investigación I. Universidad Autónoma del Estado de México, Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Conducta. Toluca, Estado de México. 19 de Octubre de 2015.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (enero, 2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological bulletin*, 133, 1-24. doi 10.1037/0033-2909.133.1.1
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (abril, 2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. doi 10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., & López-Moreno, S. (septiembre, 2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2004/num%205/el%20papel%20de%20la%20epidemiologia.pdf
- Buss, D. M. (2004). *La evolución del deseo*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Cano-Vindel, A. C., & Miguel-Tobal, J. J. (julio, 2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3). Recuperado de <http://www.ansiedadystres.org/ultimo-numero-ansiedad-y-estres>
- Cervantes, L. A. (2008). Nivel de ansiedad en niños de la escuela 15 de septiembre de la ciudad de Toluca (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.
- Corral, V., Frías, M., Gaxiola, J., Tapia, C., Fraijo, B., & Corral, N. (2015). *Ambientes Positivos*. Distrito Federal, México: Pearson Education.

- Craske, M., Hermans, D., & Vansteenwegen, D. (2008). *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas*. Distrito Federal, México: Manuela Moderno.
- Da Silva, A., Barros, M., & Da Costa R. (enero, 2013). Biofeedback no tratamento de transtornos relacionados ao estresse e à ansiedade: uma revisão crítica. *Psico-USF*, 18, 131-140. doi 10.1590/S1413-82712013000100014
- Díaz-Loving, R., & Sánchez, R. (2002). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. Distrito Federal, México: Porrúa.
- Echeburua, E. (2002). *Avances en el tratamiento psicológico de la ansiedad*. Madrid, España: Pirámide.
- Espinosa, M. C., Orozco, L. A., e Ybarra, J. L. (mayo, 2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud mental*, 38, 201-208. doi 10.17711
- Faller, A., & Schunke, M. (2006). *Estructura y función del cuerpo humano*. Barcelona, España: Paidotribo.
- Krippendorff, K. (1997). *Metodología de análisis de contenido, teoría y práctica* (1ª reimp.). Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Mineka, S., & Öhman, A. (noviembre, 2002). Phobias and preparedness: the selective, automatic, and encapsulate nature of fear. *Biological Psychiatry*, 52, 927-937. doi. 10.1016/S0006-3223(02)01669-4
- Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2011). *Anatomía con orientación clínica*. Madrid, España: Wolters Kluvert.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes, estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Spielberger, C. D., & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. Distrito Federal, México: Manual Moderno.
- Torres, M. A. (2016). *Variables psicológicas y su asociación con la presencia de somatización o enfermedad* (Tesis de doctorado inédita). Facultad de Enfermería y obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.
- Valdez-Medina, J. L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio*. Distrito Federal, México: EDAMEX.

- Valdez-Medina, J. L., Díaz-Loving, R., & Pérez, M. R. (2006). *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios* (2ª ed.). Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., & González, S. (2011). La personalidad entrópica. En J. Moral, J. L. Valdez-Medina, & N. I. González-Arratia (Eds.), *Psicología y salud* (pp. 133-156). Saltillo, México: Consorcio de Universidades Mexicanas.

8. Resultados adicionales.

En esta sección se muestran los resultados de las mediciones llevadas a cabo, así como los análisis estadísticos que se efectuaron con los datos cuantitativos proporcionados por éstas. Siendo necesario señalar que tales gráficas y cifras no han sido contempladas para ninguna publicación, sin embargo, se incluyen para que el lector tenga un panorama más completo del trabajo efectuado.

Figura 2. Comparación de la media ajustada que obtuvieron los hombres, en las mediciones de la frecuencia cardíaca de la primera y la segunda sesión.

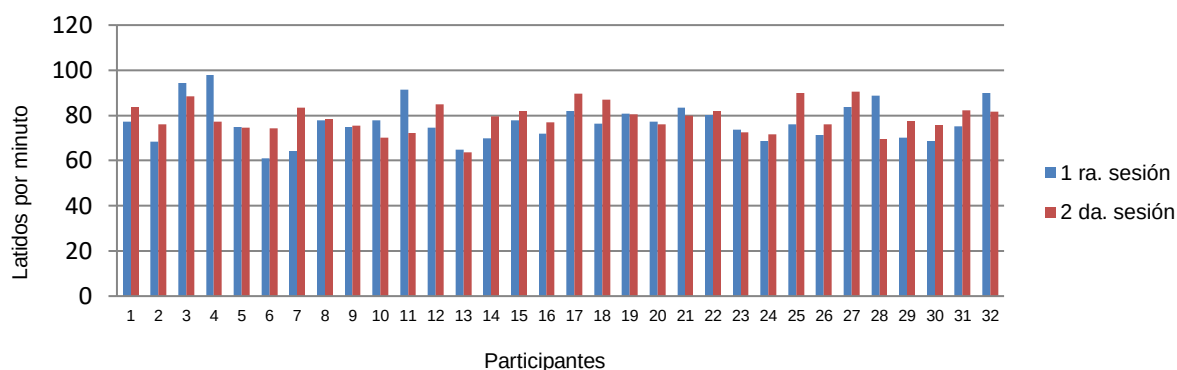


Figura 2. El uso del neumógrafo torácico y abdominal durante las dos sesiones en que tomaron parte los varones, permitió observar que en comparación con aquella donde sólo contestaron instrumentos psicológicos, relatar el principal problema que habían enfrentado en la vida, hizo que aumentara la media ajustada del número de latidos cardíacos por minuto en 20 –62.5 %– de ellos.

Figura 3. Comparación de la media ajustada que alcanzaron los hombres, en las mediciones de contracción muscular de la primera y la segunda sesión.

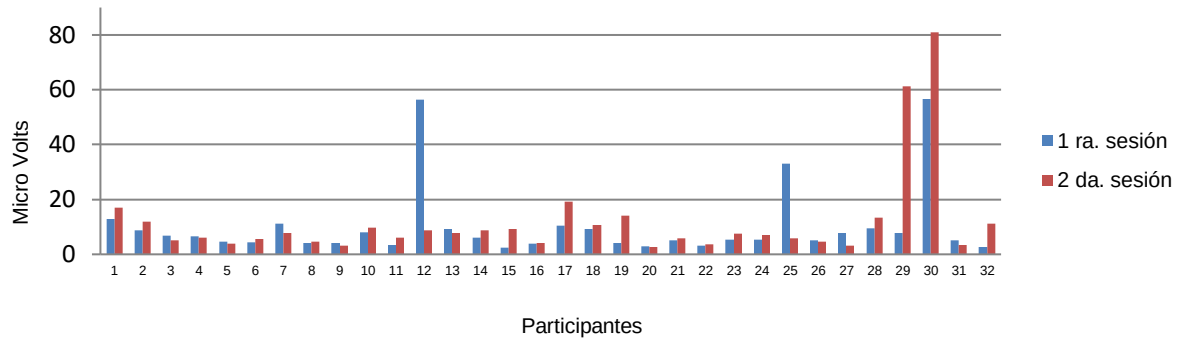


Figura 3. El empleo del electromiógrafo superficial en ambas sesiones, dejó ver que al contrastar los resultados de ambos encuentros, en el segundo se incrementó el número de micro volts en el músculo trapecio superior izquierdo en 20 –62.5 %– de los participantes. Lo cual muestra que éstos se tensaron muscularmente, al momento que verbalizaban el que a su consideración, era el conflicto más aversivo que habían enfrentado.

Figura 4. Comparación de la media ajustada que obtuvieron los hombres, en las mediciones de la conductancia galvánica de la primera y la segunda sesión.

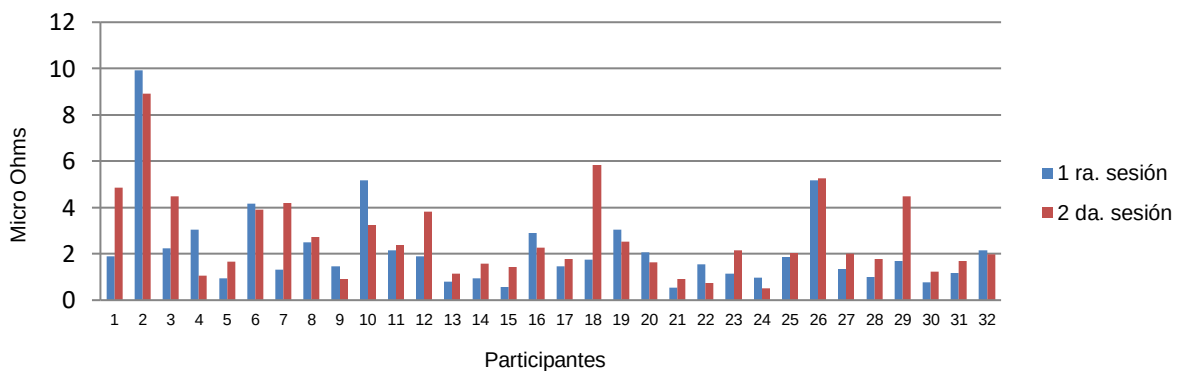


Figura 4. La utilización de los sensores GCR en ambas sesiones, mostró que aquella en la que los hombres narraron la dificultad más importante en su vida, hizo que en 21 –65.6 %– de ellos se incrementara el número de micro Ohms en su dedo índice y anular de la mano izquierda. Es decir, hablar del evento más complicado por el que han pasado, aumentó su sudoración.

Figura 5. Comparación de la media ajustada que alcanzaron los hombres, en la medición del flujo sanguíneo –vasoconstricción– de la primera y la segunda sesión.

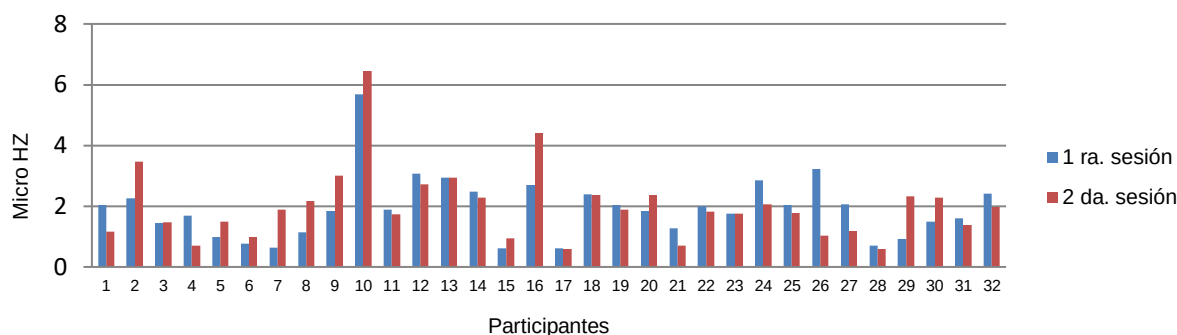


Figura 5. Los resultados arrojados por el uso del fotopletismógrafo, exhibieron que en comparación con las mediciones efectuadas en la primer sesión, cuando los participantes relataron el problema más aversivo por el que habían pasado, en 17 –53.1 %– de ellos, aumentó el número de micro Hertz en la falange media, del dedo medio de la mano izquierda, lo que indica que éstos, experimentaron el fenómeno de vasoconstricción –disminución del calibre de las venas– en esos momentos.

Figura 6. Comparación de la media ajustada que obtuvieron los hombres, en la medición de la temperatura cutánea periférica, en la primera y segunda sesión.

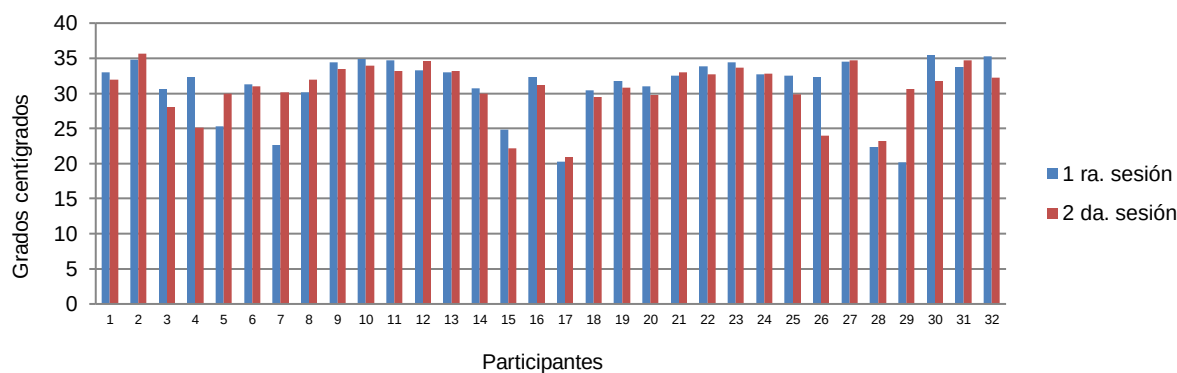


Figura 6. La ejecución de la entrevista semiestructurada y el empleo del sensor de temperatura cutánea, revelaron que en comparación con la primera sesión, en 19 de los participantes –59.3 %– bajó la temperatura cutánea periférica, al momento que relataban el principal conflicto que han tenido en la vida.

Con los resultados obtenidos en cada una de las mediciones llevadas a cabo con los hombres, se realizó una *t* de *Student* para muestras relacionadas, la cual mostró que en comparación con la primera sesión, en éstos se incrementó la media ajustada de: frecuencia cardíaca, contracción muscular, y conductancia galvánica, al momento que verbalizaban el principal evento al que habían hecho frente en la vida, lo cual es un indicador fisiológico de ansiedad, sin embargo, dicha diferencia sólo fue estadísticamente significativa en la conductancia galvánica. De igual forma, pudo notarse que en comparación con la primera sesión, la media de la temperatura cutánea periférica disminuyó cuando los participantes narraban el problema más complicado que habían enfrentado, suceso que es un indicador fisiológico de ansiedad, sin embargo, tal descenso de la temperatura no fue estadísticamente significativo (ver Tabla 1).

Tabla 1

t de *Student* para muestras relacionadas, de las variables fisiológicas valoradas en los hombres.

Variable fisiológica	1ª sesión		2ª sesión		t	p
	$\bar{X}$	D.E	$\bar{X}$	D.E		
Frecuencia cardíaca	77.00	8.71	78.88	6.42	- 1.13	.264
Contracción muscular	10.19	13.30	11.68	16.30	-.57	.573
Conductancia galvánica	2.15	1.84	2.69	1.82	- 2.19	.036*
Flujo sanguíneo (vasoconstricción)	1.91	1.01	1.99	1.18	-.54	.588
Temperatura cutánea periférica	30.99	4.43	30.62	3.77	.60	.550

* $p \leq 0.5$

Figura 7. Comparación de la media ajustada que presentaron las mujeres, en las mediciones de la frecuencia cardíaca de la primera y la segunda sesión.

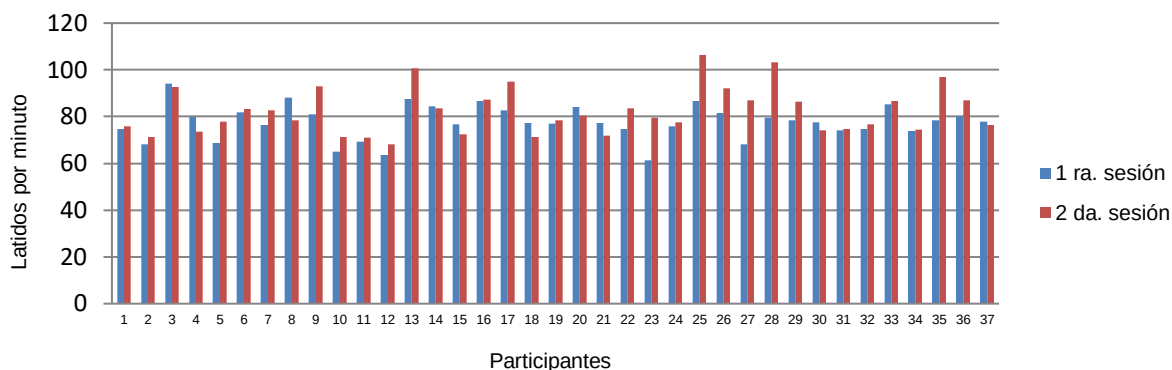


Figura 7. La entrevista semiestructurada y el empleo del neomógrafo torácico y abdominal en ambas sesiones, permitieron observar que en comparación con el primer encuentro, aumentó el número de latidos cardíacos por minuto en 27 –72.9 %– de las participantes, al momento que relataban el principal problema que habían enfrentado en su vida.

Figura 8. Comparación de la media ajustada que obtuvieron las mujeres, en las mediciones de la conductancia galvánica de la primera y la segunda sesión.

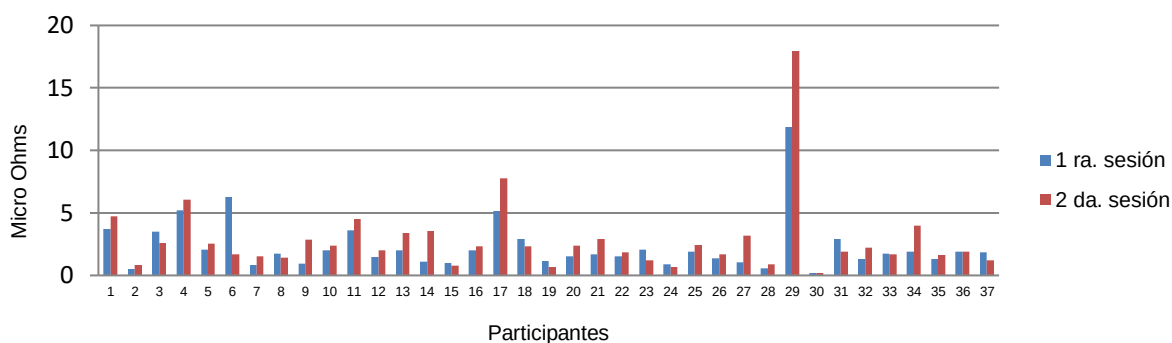


Figura 8. El uso de los sensores GCR en ambas sesiones, dejó ver que en comparación con la primera sesión, en 25 –67.5 %– de las partícipes se incrementó en número de micro Ohms en la falange media, del dedo medio de su mano izquierda, lo que indica que aumentó la conductancia galvánica en su piel, al

momento que hablaban del que a su consideración, ha sido el conflicto más aversivo que habían enfrentado en su vida.

Figura 9. Comparación de la media ajustada que obtuvieron las mujeres, en la medición de la temperatura cutánea periférica, en la primera y segunda sesión.

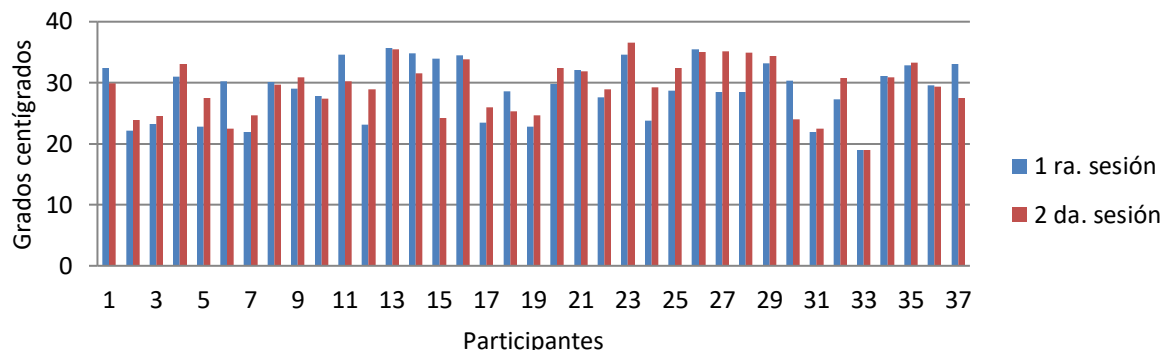


Figura 9. El sensor de temperatura cutánea, así como la entrevista llevada a cabo en las mujeres, mostró que al comparar los resultados de la primera y segunda sesión, descendió la temperatura cutánea periférica en 17 –45.9 %– de ellas, al momento que verbalizaban el conflicto más importante que habían enfrentado.

Con los resultados proporcionados por las mediciones efectuadas en las mujeres, se llevó a cabo una *t* de *Student* para muestras relacionadas, la cual permitió ver que en comparación con la primera sesión, al momento en que las participantes narraban el que consideraban el problema más fuerte en su vida, aumentó la media de su frecuencia cardíaca y conductancia galvánica, fenómenos que son considerados indicadores fisiológicos de la ansiedad. Sin embargo, dicha diferencia sólo fue estadísticamente significativa en la frecuencia cardíaca (ver Tabla 2).

Tabla 2

t de Student para muestras relacionadas, de las variables fisiológicas valoradas en las mujeres.

Variable fisiológica	1ª sesión		2ª sesión		t	p
	$\bar{X}$	D.E	$\bar{X}$	D.E		
Frecuencia cardíaca	77.65	7.22	82.23	9.87	-3.39	.002*
Conductancia galvánica	2.29	2.09	2.80	2.97	-2.01	.051
Temperatura cutánea periférica	28.89	4.64	29.25	4.38	-.57	.567

* $p \leq 0.5$

Una vez que se contó con las mediciones fisiológicas de ambos sexos, se realizó una *t de Student* para muestras relacionadas, la cual dejó ver que la media ajustada de la frecuencia cardíaca, contracción muscular y conductancia galvánica, aumentó en la segunda sesión, al momento que los participantes relataban el principal conflicto al que habían hecho frente, sin embargo, tal diferencia sólo fue estadísticamente significativa en la frecuencia cardíaca y conductancia galvánica. Del mismo modo, pudo notarse que en ambos sexos disminuyó la media ajustada del flujo sanguíneo entre la primera y segunda sesión, sin embargo, ésta diferencia no fue estadísticamente significativa. De igual manera, el análisis llevado a cabo permitió notar que la media ajustada de la temperatura cutánea periférica, aumentó cuando los participantes verbalizaban la dificultad más importante por la que habían atravesado, resultado que no concuerda con la literatura revisada, pues ésta indica que al entrar en un estado ansioso, la temperatura cutánea periférica disminuye (ver Tabla 3).

Tabla 3

t de Student para muestras relacionadas, de las variables fisiológicas valoradas en ambos sexos.

Variable fisiológica	1ª sesión		2ª sesión		t	p
	$\bar{X}$	D.E	$\bar{X}$	D.E		
Frecuencia cardíaca	77.35	7.89	80.68	8.56	-3.14	.002*
Contracción muscular	9.44	11.04	12.78	26.16	-1.02	.310
Conductancia galvánica	2.23	1.97	2.75	2.49	-2.96	.004*
Flujo sanguíneo (vasoconstricción)	1.83	1.16	1.65	1.00	1.57	.120
Temperatura cutánea periférica	29.86	4.63	29.88	4.14	-.04	.963

* $p \leq 0.5$

9. Discusión general

El procedimiento llevado a cabo en ambas fases del trabajo, permitió observar que en la muestra empleada se cumplieron los objetivos formulados, lo que al mismo tiempo permitió obtener evidencia empírica de varios supuestos que forman parte de la teoría de la paz o equilibrio de Valdez-Medina (2009).

El primer supuesto del que se encontró evidencia, fue del que indica que poseer una personalidad entrópica dificulta aceptar o rechazar un estímulo sorpresa o significativo. Ello se observó cuando todos los participantes tendieron hacia esta personalidad, y cuando mencionaron que tienen años sin solventar un estímulo sorpresa o significativo. De acuerdo con Valdez-Medina (2009) ello se debe a que los individuos con una personalidad entrópica, fuerzan su adaptación a los sucesos que no son de su agrado, lo que les genera conflicto. Opinión similar es la de Cloninger (2003) quien refiere que rasgos propios de la personalidad del individuo –poca tolerancia a la frustración, arrogancia y deshonestidad– hacen que éste no se adapte a las adversidades que enfrenta en los contextos donde interactúa.

El segundo supuesto del que se halló evidencia, fue del que señala que no aceptar o rechazar abiertamente un estímulo sorpresa o significativo, lleva a presentar emociones negativas no resueltas. Esto se notó cuando el total de los participantes, indicó que a raíz del estímulo sorpresa o significativo que no han solventado, presentan al menos una emoción negativa no resuelta. Valdez-Medina (2009) refiere que ello se debe a una valoración negativa del evento ocurrido, lo que hace que los individuos tengan una perspectiva negativa de su futuro en el área biológica o psicosociocultural. Tal postura coincide con la de Chóliz (2005) quien refiere que tras cualquier suceso, el individuo realiza una valoración cognitiva de

éste, y en caso de que la conclusión no sea positiva, la persona experimentará emociones negativas, llamadas así, por los efectos aversivos que generan en la conducta y pensamientos de quien las vivencia.

El tercer supuesto del que se encontró sustento, fue del que refiere que tener emociones negativas no resueltas, se asocia con la presencia de niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas. Ello se corroboró cuando los participantes expresaron que sus niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas, estarían relacionadas con las emociones negativas originadas por el estímulo sorpresa o significativo que no habían resuelto. De acuerdo con Valdez-Medina (2009) ello se debe a que tras vivenciar un problema que no es aceptado o rechazado, los individuos generan emociones negativas, las que de no ser resueltas, llevan a la experimentación de ansiedad, la cual hace que el individuo encamine sus recursos cognitivos y físicos a la resolución del conflicto, que en caso de no lograrse, darán paso a la desesperanza –por la imposibilidad de solventar el conflicto– y posteriormente a las manifestaciones depresivas. Punto de vista similar es el de Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) quienes aseveran que en ocasiones, la experimentación de emociones negativas es tan desagradable que se vuelven patológicas, originando un desajuste en la frecuencia, intensidad y adecuación al contexto, a tal grado que pueden originar daño a la salud física –trastornos cardiovasculares, reumatológicos o inmunológicos– o mental –ira patológica, ansiedad, o depresión–.

Ahora bien, con sustento en la evidencia empírica encontrada de los tres supuestos de la teoría de la paz o equilibrio, puede indicarse que: poseer una personalidad entrópica, tener un estímulo sorpresa o significativo no solucionado, así como presentar emociones negativas no resueltas, deben ser considerados factores de riesgo para la experimentación de niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas. Ello, también hace plantear que el surgimiento de la ansiedad y la depresión, no se da únicamente por la experimentación de un conflicto, tal y como lo postula Rojas (1981), Chinchilla (1999), De la Gándara y Fuertes (1999), y Luengo (2005). Así como que tampoco, se originan únicamente

por la vivencia de un problema valorado negativamente, tal y como sostienen Beck (1976), Abramson et al. (1989), Barlow et al. (2004) y Bar-Haim et al. (2007).

En otro orden de ideas, pudo observarse que en comparación con los hombres, las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas. Dichos resultados, concuerdan con las cifras expuestas a nivel mundial por la OMS (2017a), a nivel continental por Kohn y Rodríguez (2009) y a nivel nacional por Medina-Mora et al. (2005) quienes muestran que en comparación con los hombres, las mujeres tienen una mayor prevalencia en los trastornos de ansiedad y depresión. De acuerdo con Velasco (2015) tal hecho se debería a las diferentes presiones sociales y aspectos socioculturales a los que se enfrenta cada sexo. En este sentido, Valdez-Medina (2009) refiere que uno de esos elementos psicosocioculturales sería la expresividad. La que conforme a Riquelme, Rivera-Aragón y Díaz-Loving (2014) es la forma en que cada sexo manifiesta su sentir en la sociedad, así, a los varones se les enseña a ser instrumentales y a callar, mientras que a las mujeres se les inculca la expresión de su sentir.

Otra propuesta que ayuda a entender la incidencia de los trastornos mentales mencionados, es la de Cahill (2003) para quien tal diferencia se explica por las distintas hormonas gonadales que dominan en cada sexo, lo que implica variantes: estructurales, químicas y funcionales en el cerebro. Como ejemplo de ello, Asami et al. (2009) señalan que en un estado ansioso, las estructuras cerebrales se comportan diferente, pues los hombres muestran una mayor reducción de la activación de la amígdala derecha y en la corteza insular bilateral, mientras que las mujeres exhiben una disminución de la actividad en la corteza prefrontal dorsolateral y ventrolateral, el tálamo, el giro temporal derecho, y en la corteza parietal. Ocurre algo similar con la depresión, ya que Frodl et al. (2002) hallaron que al comparar los cerebros de ambos sexos en el momento en que éstos cursaban un episodio depresivo, los varones presentaban un menor volumen total del hipocampo, así como una menor sustancia gris del hipocampo izquierdo.

Por otro lado, pudo advertirse que la familia fue el contexto que generó el mayor número de estímulos sorpresa y estímulos significativos no resueltos en los participantes, siendo el conflicto con el padre el más frecuente. De acuerdo con Batllori (1993) la problemática recurrente experimentada por los participantes, puede deberse a que éstos han concluido que su padre no desempeña adecuadamente sus obligaciones o responsabilidades. A lo anterior, Corral et al. (2015) anexarían la percepción por parte de los participantes, de que las conductas de sus progenitores no proporcionan un ambiente favorable que les permita satisfacer sus necesidades materiales, sociales y afectivas. Ante tal panorama, puede considerarse que la propuesta de Preston (2001) no se cumple en los participantes, ya que para ellos, el grupo familiar no es la fuente primaria de apoyo y protección de la que deberían gozar. Lo anterior lleva a considerar que para los participantes, la familia fue la principal fuente de conflicto.

La segunda área donde se originaron más estímulos sorpresa o significativos, fue la pareja, siendo la infidelidad el motivo más recurrente. Conforme a lo planteado por Buss (1994) tal pesadumbre en los participantes, se debe a que la relación de pareja es uno de los vínculos más significativos para el ser humano, pues como lo marca Fisher (2007) en ésta se depositan muchas expectativas, a lo que se anexa que en ella es posible la cobertura de necesidades relevantes para la especie, como: afecto, apego y apareamiento. Sin embargo, como Romero (2007) refiere, dicho pacto puede verse interrumpido por distintas razones, entre las que se encuentra la infidelidad. Y es justo este punto donde se explican las emociones negativas experimentadas por los participantes, pues como señala Fisher (2004) el ser víctima de un acto de infidelidad, pone en riesgo la seguridad y sobrevivencia del ofendido, al tiempo que se le despoja de la exclusividad sexual y de recursos que tenía sobre su pareja, poniéndose de paso entredicho, su calidad como amante.

La tercera área que originó emociones negativas en los participantes fue la laboral/escolar, característica que se acentuó en los varones, por no tener buen empleo y por haber causado baja escolar. De acuerdo con Valdez-Medina, Díaz-Loving y Pérez (2006), tal pesar en los hombres se debe a que el rol biológico y social que les corresponde, es el de proveedor y protector de la familia, y tener un

empleo con bajos ingresos, o no tener los estudios que les permita conseguir un buen trabajo, los descalifica para tales tareas. En el caso de las mujeres, Burín (2007) refiere que su incomodidad se debe a que en la actualidad, el medio social ejerce mayor presión en éstas, para que tengan una mejor preparación académica, y para que muestren un desempeño laboral que les permita el mayor desarrollo profesional.

Una vez que en la primera fase del estudio se observó que en los participantes se cumplía la secuencia que Valdez-Medina (2009) plantea para explicar el origen de la ansiedad y la depresión, pudo notarse que éstas se manifestaban en el área psicológica –todos presentaban algún nivel de ansiedad conforme a las normas de calificación del inventario IDARE, así como también, indicios de manifestaciones depresivas, de acuerdo a las normas de evaluación de la escala EPMD–, cognitiva –la totalidad refirió tener pensamientos recurrentes sobre el principal estímulo sorpresa o significativo que vivenciaban–, conductual –señalaron que a raíz del principal problema al que habían hecho frente, su forma de actuar cambió–, y afectiva –dijeron haber desarrollado una serie de emociones negativas, relacionadas con el inconveniente más aversivo que habían experimentado–. Al observarse lo anterior, se tomó en cuenta la sugerencia de Borges et al. (2004) quienes expresan que en las investigaciones que aborden trastornos mentales, se agreguen mediciones fisiológicas. Por tanto, se optó por integrar un biomarcador relacionado únicamente con la ansiedad, a fin de que los resultados proporcionados por éste, fueran triangulados con los ofrecidos por las herramientas psicológicas, dando así, mayor sustento a los resultados.

Para esta investigación, la opción asequible fue el biofeedback, el cual de acuerdo con Da Silva et al. (2013) es un aparato eléctrico que mediante sensores, capta y magnifica algunas señales fisiológicas de la activación del sistema nervioso autónomo, en su parte simpática. El biofeedback empleado fue el modelo T7500M, de ocho canales, marca Procomp®, y el software BioGraph Infiniti®, ambos fabricados en Vancouver, Canadá. Los cuales en conjunto permiten la valoración

indirecta de la frecuencia cardíaca, la tensión muscular, la conductancia galvánica, el flujo sanguíneo y la temperatura cutánea periférica.

Así pues, al comparar los resultados que hombres y mujeres obtuvieron en las mediciones fisiológicas entre la primera y la segunda sesión, pudo advertirse que en esta última, en todos los partícipes; o aumentó la frecuencia cardíaca, la contracción muscular o su conductancia galvánica, o bien, disminuyó su temperatura cutánea periférica o su flujo sanguíneo. Reacciones que conforme a Moore et al. (2011) son fenómenos fisiológicos que ocurren cuando la persona entra en un estado ansioso. Con sustento en lo anterior, puede indicarse que tal y como lo plantea Valdez-Medina (2009) tener un estímulo sorpresa o significativo no resuelto, lleva al individuo a presentar niveles de ansiedad, y como lo demuestran los resultados obtenidos, este estudio también ofrece evidencia fisiológica de ello.

Sin embargo, si bien los participantes presentaron cambios en las mediciones efectuadas entre la primera y segunda sesión, los resultados obtenidos en las mediciones de contracción muscular, vasoconstricción, y temperatura cutánea periférica, no resultaron estadísticamente significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula planteada para estas variables.

Ocurriendo lo contrario con las mediciones efectuadas en la conductancia galvánica y ritmo cardíaco, ya que las diferencias resultaron estadísticamente significativas en ambos sexos, por lo que se acepta la hipótesis alterna formulada para esas variables. Señalándose, que tal resultado concuerda con lo expuesto por Faller y Schunke (2006) quienes refieren que estos fenómenos fisiológicos están entre las reacciones del sistema nervioso autónomo en su parte simpática, cuando la persona presenta un estado ansioso. Siendo necesario señalar que si los participantes continúan con la prevalencia de estas respuestas fisiológicas, incrementan la posibilidad de dañar su salud. Ya que el aumento del ritmo cardíaco en una situación de reposo –como el experimentado por los participantes–, es asociado por Pascual et al. (2008) con el padecimiento de enfermedades somáticas cardíacas; por Esquivel et al. (2009) con la presencia de cardiopatías isquémicas, y; por Carney, Freedland y Veith (2005) con arritmia fatal y muerte súbita cardíaca.

En cuanto a la conductancia galvánica, Adame, Ruvalcaba y Guerra (2017) aseveran que este fenómeno es tomado como indicador de estrés, en tanto que Pozo, Cortes y Pastor (2013) comentan que también es considerado un indicador de atención mental. Siendo pertinente comentar que tales características, empatan con la forma en que Valdez-Medina (2009) concibe a la ansiedad, ya que afirma que uno de los elementos principales de este trastorno, es la atención exacerbada a que aparezca o vuelva a aparecer un estímulo que termine con la paz de la persona, lo cual la pone tensa, y al mismo tiempo, la hace caer en desesperanza, pues surge el pensamiento de que no puede solventar su conflicto.

Otra respuesta fisiológica que ambos sexos tuvieron en común, fue que en comparación con la primera reunión, la media ajustada de la temperatura cutánea periférica se incrementó en la segunda sesión. Tal resultado, contradice lo formulado por Madrigal (2010) y McConell y Hull (2012) quienes indican que al entrar en un estado ansioso –tal y como ocurrió cuando los participantes verbalizaban el problema más adverso que habían enfrentado en la vida–, la temperatura cutánea periférica de los sujetos baja, a raíz de la vasoconstricción de las venas de los dedos. Ahora bien, tal resultado es para Faller y Schunke. (2006) una muestra más de que biológicamente, la ansiedad se experimenta de forma distinta en cada persona.

En el mismo orden de ideas, y al hacer una diferenciación por sexo de los datos obtenidos, pudo apreciarse que en el caso de los varones, la única medición que resultó estadísticamente significativa fue la conductancia galvánica, mientras que en las mujeres, lo fue la frecuencia cardíaca y la vasoconstricción –disminución del flujo sanguíneo–. Dichos resultados, encontrarían explicación en lo planteado por Jadresic (2010) quien manifiesta que la variación en las respuestas fisiológicas entre hombres y mujeres, están determinadas por las hormonas sexuales que dominan en cada uno de los sexos. Esta postura, es compartida por García (2003) quien además, afirma que tal diferencia hormonal origina una distinta organización funcional del cerebro, lo que provoca respuestas distintas a los estímulos del medio. Siendo importante señalar, que como lo menciona Pinker (1996) dicha diferencia

biológica entre ambos sexos, se ve reforzada por el medio sociocultural, el aprendizaje y la socialización que tiene cada persona.

Ya de forma específica, y como se mencionó líneas arriba, la medición que resultó estadísticamente significativa en los hombres fue la conductancia galvánica, la cual además de ser un indicador de estrés y atención cognitiva, para Norris, Larsen, y Cacioppo (2007) también lo es de la neurosis; para Rodríguez et al. (2002) lo es de la hiperhidrosis situacional; y para Ledowski et al. (2006) así como Loggia, Juneau y Bushnell (2011) también lo es del dolor físico.

En lo que corresponde a las mujeres, las mediciones que resultaron estadísticamente significativas, fueron la frecuencia cardíaca y la vasoconstricción. Respecto al primer indicador, Pascual et al. (2008) y Esquivel et al. (2009) la asocian con problemas cardíacos, conforme a Cuartas et al. (2008) a ello habría que anexar, que también es un factor de riesgo de tercer orden, para el padecimiento de enfermedades cardiovasculares, las cuales la OMS (2017c) refiere que son la primer causa de mortalidad en el mundo, replicándose la misma información en México, pues de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018) los problemas cardiovasculares, son la principal causa de muerte en el país.

En cuanto a la vasoconstricción, Carvajal (2017) apunta que éste es un indicador fisiológico terciario asociado a la disfunción endotelial, la que conforme a Badimón y Martínez-González (2006) se encuentra entre los primeros indicios de enfermedad vascular y arteriosclerosis. En tanto que Bertomeu y Morillas (2003) apuntan que la vasoconstricción también es considerada un factor de riesgo, para la presencia de hipertensión arterial secundaria.

Planteadas la discusión del trabajo, resta formular las conclusiones a las que se llega, y ello ocurre en el siguiente segmento.

10. Conclusiones generales, sugerencias y limitaciones.

En esta sección del documento, se enlistan las conclusiones a las que se llegó tras la realización de la investigación, siendo éstas las siguientes.

- La tendencia de personalidad que predominó en ambos sexos fue Ego (-), lo que implica que la mayor parte de la muestra busca ser aceptada o rechazada con base en sus debilidades o carencias.
- Poseer una personalidad entrópica, ya sea Ego (+) o Ego (-), dificulta la aceptación o rechazo de un estímulo sorpresa o significativo.
- La mayoría de los participantes refirió que el inconveniente primordial que han afrontado en la vida es de tipo significativo, lo que indica que llevan años lidiando con tal dificultad.
- Tras la vivencia y no resolución de un estímulo sorpresa o significativo, la emoción negativa que se presentó en primer lugar con mayor frecuencia fue la frustración, la cual antecedió al: odio, culpa, vergüenza, envidia y celos. Ello llevó al total de participantes, a presentar al menos dos emociones negativas no resueltas, lo cual dejó ver que no hay emoción negativa que se presente en solitario.

- En el caso de los hombres, la emoción negativa que lleva más tiempo sin ser resuelta es la frustración, la cual fue originada principalmente por conflictos con el padre. Mientras que en las mujeres, la emoción negativa que lleva más tiempo sin ser solventada fue la vergüenza, primordialmente por inconvenientes con el papá.
- Vivenciar y no resolver las emociones negativas de frustración, odio, culpa, vergüenza, envidia o celos, se asocia con la presencia de niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas en ambos sexos. Condición que fue más notable en las mujeres, quienes en comparación con los hombres, obtuvieron puntajes más altos en el inventario IDARE y en la escala EPMD.
- Al cumplirse la secuencia que la teoría de la paz o equilibrio propone para explicar el origen de la ansiedad, se considera pertinente contemplar como factores de riesgo para la experimentación de este trastorno: 1) poseer una personalidad entrópica, 2) tener un estímulo sorpresa o significativo no resuelto, y 3) presentar emociones negativas no solventadas.
- La evidencia empírica proporcionada por el presente estudio, así como la otorgada por León (2011), Toribio (2012), Torres (2016) y Aguilar (2017) muestran que la teoría de la paz o equilibrio puede comenzar a ser considerada una propuesta válida para explicar el origen de la ansiedad, ya que la secuencia planteada por Valdez-Medina se ha venido cumpliendo en los participantes. Esto mismo hace ver que en comparación con otras propuestas que explican la génesis de la ansiedad, la teoría de la paz o equilibrio tiene la ventaja de ser más robusta, ya que contempla las distintas dimensiones que integran el constructo, área: cognitiva, conductual, psicológica, afectiva, fisiológica y endócrina. Esto al tiempo de abordar su comorbilidad con otros trastornos mentales, constructos psicológicos, y la enfermedad biológica.
- Las dificultades que generaron el mayor número de emociones negativas en ambos sexos, fueron: conflictos con el padre, haber sido víctima de una infidelidad de la pareja, y no tener un buen empleo. Por tanto, para la muestra con la que se trabajó, la familia –primaria y secundaria– fue la principal fuente de problemas.
- Todos los participantes presentaron al menos un indicador fisiológico relacionado con la ansiedad. Sin embargo, las medidas fisiológicas que resultaron

estadísticamente significativas en ambos sexos fueron: conductancia galvánica y ritmo cardíaco. Ello implica que al entrar en un estado ansioso, en la mayoría de los participantes se incrementa su sudoración y el número de latidos cardíacos que tienen por minuto.

- En el caso de los hombres, la única medida fisiológica que resultó estadísticamente significativa, fue la conductancia galvánica. Ello evidencia que la mayor parte de los hombres pertenecientes a la muestra, manifiestan su ansiedad a través del aumento del sudor corporal.
- En cuando a las mujeres, las medidas fisiológicas que resultaron estadísticamente significativas, fueron la frecuencia cardíaca y la vasoconstricción. Lo cual indica que al presentar ansiedad, a la mayoría de las participantes les late más rápido el corazón, al tiempo que disminuye el grosor de las venas de los dedos de su mano izquierda.
- El biofeedback, también puede ser utilizado en personas sin un diagnóstico clínico de ansiedad.
- Para la muestra con la que se trabajó, la temperatura cutánea periférica no resultó ser un buen indicador fisiológico para valorar la ansiedad.
- El presente estudio cuenta con la limitación de ser exploratorio, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, por lo que las inferencias realizadas sólo aplican a los participantes que tomaron parte en la investigación.
- Otra razón por la cual deben tomarse con reserva los resultados y conclusiones alcanzadas, es que en la segunda fase del trabajo, la muestra no estuvo repartida equitativamente por sexo, siendo más las mujeres que tomaron parte en esa fase, lo que pudo originar que algunos resultados se acentuaran en ellas.
- Una tercera limitante, es que se trabajó con una muestra no clínica, así como el hecho de ser una investigación transversal.
- Los datos arrojados por el presente trabajo, permiten validar una perspectiva reciente que explica el origen de la ansiedad, y al mismo tiempo, sirve de base para que ésta propuesta sea considerada pertinente al momento de elaborar programas profilácticos o de intervención, para el trastorno de depresión y ansiedad.

- Los resultados proporcionados por la presente investigación, empatan con lo formulado en la teoría de la paz o equilibrio, ello alienta a integrar en una futura indagación, el total de constructos psicológicos que conforman el círculo del miedo, a fin de obtener evidencia empírica que constata la secuencia de aparición de éstos, así como la correlación que pueda existir entre ellos.
- Para futuras investigaciones, sería pertinente trabajar con una muestra clínica de personas diagnosticadas con el trastorno de ansiedad, a fin de realizar un estudio retrospectivo, para ver si la secuencia planteada por la teoría de la paz o equilibrio, también se cumple en ellas.
- Se sugiere la realización de un estudio longitudinal, para valorar si la prevalencia de la no resolución del estímulo sorpresa o significativo, así como de las emociones negativas experimentadas, incrementa los niveles de ansiedad, o los valores de las mediciones psicofisiológicas asociadas a dicho trastorno.
- Para estudios que retomen el uso del biofeedback al valorar las manifestaciones fisiológicas del trastorno de ansiedad, se propone que las mujeres, no estén en la etapa de ovulación, debido al cambio hormonal propio de esta fase, lo cual puede alterar las mediciones realizadas.
- A investigaciones que pretendan medir las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad a través de los sensores del biofeedback, se les propone que realicen más de dos mediciones, a fin de que el participante se acostumbre al uso de los sensores, ya que la incomodidad que generan, puede alterar la medición basal.
- Se propone que la teoría de la paz o equilibrio sea usada en constructos psicológicos como: adicciones, violencia en la pareja, conducta violenta, bullying, y alexitimia, para ver si éstos se asocian con los principios planteados en el círculo del miedo.
- Se sugiere que la secuencia que el círculo del miedo plantea para explicar el origen de la ansiedad, sea probado en el ámbito clínico.
- Se propone que se realice un estudio, en el que se aborde el principal estímulo positivo experimentado por el participante, así como el más aversivo. Esto con el fin de ver cómo reacciona fisiológicamente el organismo del partícipe, y

determinar, si hay una diferencia fisiológica entre recordar el principal recuerdo positivo y el negativo.

11. Bibliohemerografía utilizada.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (abril, 1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*. 96, 358-372. doi: 10.1037/0033-295X.96.2.358

Adame, A., Ruvalcaba, P., & Guerra, G. (enero, 2017). Intervención de enfermería con enfoque cognitivo conductual en estrés de estudiantes universitarios. *Jóvenes en la ciencia, revista de divulgación científica*, 3(1). Recuperado de <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2242/1740>

Aguilar, Y. P. (2017). *La apatía en jóvenes universitarios: estudio de evaluación* (Tesis de doctorado inédita). Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.

Alvarado-Orozco, J. (2014). *Frustración, odio y culpa, origen de la personalidad en conflicto* (Tesis de maestría inédita). Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.

Alvarado-Orozco, J., & Valdez-Medina, J. L. (2015). *Actividades avanzadas de investigación I*. Universidad Autónoma del Estado de México, Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Conducta. Toluca, Estado de México. 19 de octubre de 2015.

Álvaro, J. L., Garrido, A., & Schweiger, I. (mayo, 2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68. 333-348. doi: [10.3989/ris.2008.06.08](https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08)

- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24, 173-178. doi: 10.23938/ASSN.0444
- Arrieta, K., Díaz, S., & González, F. (junio, 2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista colombiana de psiquiatría*, 42, 173-181. doi: 10.1016/S0034-7450(13)70004-0
- Asami, T., Yamasue, H., Hayano, F., Nakamura, M., Uehara, K., Otsuka, T., Roppongi, T., Nihashi, N., Inoue, T., & Hirayasu, Y. (agosto, 2009). Sexually dimorphic gray matter volume reduction in patients with panic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 173, 128-134. doi: 10.1016/j.pscychresns.2008.10.004
- Asociación Médica Mundial (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de http://conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- Badimón, L., & Martínez-González, J. (marzo, 2006). Disfunción endotelial. *Revista Española de cardiología*, 6, 21-30. doi: 10.1157/13087918
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (enero, 2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological bulletin*, 133, 1-24. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.1
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (abril, 2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Batllo, A. (abril, 1993). El adolescente y la problemática familiar. *Perfiles educativos*, 16(60) Recuperado de <http://www.iisue.unam.mx/perfiles/articulo/1993-60-el-adolescente-y-la-problematica-familiar.pdf>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York, Estados Unidos de América: International Universities Press.
- Becoña, E., & Míguez, M. C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16(2). Recuperado de <http://es.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/407/406>

- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., & Casanova, D. (septiembre, 2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 45, 211-220. doi: 10.4067/S0717-92272007000300005
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhodes, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (marzo, 2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90-96. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.054
- Bertomeu, V., & Morillas, P. (2003). Diagnóstico de la HTA. Criterios de sospecha y diagnóstico de la HTA secundaria. *Monocardio*, 5(3). Recuperado de <http://castellanacardio.es/wp-content/uploads/2010/11/hipertension-arterial-l.pdf#page=19>
- Bhat, P. (agosto, 2010). Eficacia de las ondas alfa EEG biofeedback en el tratamiento de la ansiedad. *Psiquiatría Diario Industrial*, 19, 111-114. doi: 10.4103/0.972-6.748,90341
- Bischof, L. (1992). *Interpretación de las teorías de la personalidad*. Distrito Federal, México: Editorial Trillas.
- Boeree, C. G. (2001). *Teorías de la personalidad* [versión DX Reader]. Recuperado de <http://webpace.ship.edu/cgboer/personalidad.html>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., & López-Moreno, S. (septiembre, 2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46(5). Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2004/num%205/el%20papel%20de%20la%20epidemiologia.pdf
- Breton, S. (1997). *La depresión*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Burín, M. (2007). Trabajo y parejas: impacto del desempleo y de la globalización en las relaciones entre los géneros. En Ma. L. Jiménez & O. Tena (Coord.) *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp. 59-80). Cuernavaca, México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM.
- Buss, D. M. (1994). *The evolution of desire: strategies of human mating*. Nueva York, Estados Unidos de América: Basic Book.
- Cahill, L. (diciembre, 2003). Sex and hemisphere-related influence on the neurobiology of emotionally influenced memory. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27, 1235-1241. doi: 10.1016/j.pnpbp.2003.09.019

- Cano-Vindel, A. C., & Miguel-Tobal, J. (julio, 2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3). Recuperado de <http://www.ansiedadystres.org/ultimo-numero-ansiedad-y-estres>
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González, H., & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en los drogodependientes. *Anales de psicología*, 10(2). Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29591/28661>
- Capafons, J., Sosa, C., & Prieto, P. (enero, 2004). Comparación de tres programas terapéuticos para la fobia a viajar en avión. *Psicothema*, 16(4). Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=3047>
- Carney, R. M., Freedland, K. E., & Veith, R. C. (mayo, 2005). Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, 29-33. doi: 10.1097/01.psy.0000162254.61556.d5
- Carvajal, C. (septiembre, 2017). El endotelio: estructura, función y disfunción endotelial. *Medicina legal de Costa Rica*, 34(2). Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000200090
- Chalo, P., Pereira, A., Sancho, L., & Mateus, H. (2016). Biofeedback y ansiedad no superior. *Psicología, Saúde & Doenças*, 17, 60-66. doi: 10.15309/16psd170109
- Chinchilla, A. (1999). *Guía terapéutica de las depresiones*. Barcelona, España: Masson.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (mayo, 2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415-424. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado de <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la personalidad*. Estado de México, México: Pearson Educación.
- Coon, D. (1999). *Psicología* (8a Ed). Distrito Federal, México: Internacional Thomson Editores.
- Corral, V., Frías, M., Gaxiola, J., Tapia, C., Farjo, B., & Corral, N. (2015). *Ambientes Positivos*. Distrito Federal, México: Pearson Educación.

- Cuartas, V., Escobar, A., Lotero, E. V., Lemos, M., Arango, J. C., & Healthier, R. (julio, 2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *Revista CES Psicología*, 1(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423540422003.pdf>
- Czernik, G., Almirón, L., Cuenca, E., & Mazzaro B. (junio, 2005). Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. *ALCMEON*, 15(2). Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/12/46/04_Czernic.htm
- Da Silva, A., Barros, M., & Da Costa R. (enero, 2013). Biofeedback no tratamento de transtornos relacionados ao estresse e à ansiedade: uma revisão crítica. *Psico-USF*, 18, 131-140. doi: 10.1590/S1413-82712013000100014
- De la Gándara, J., & Fuertes, J. C. (1999). *Ansiedad y angustia: causas, síntomas y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Dzib, J. P., Moo, J., & Chan, J. G. (julio, 2010). Técnicas psicoterapéuticas para proteger la confidencialidad y la responsabilidad legal: implicaciones del Biofeedback y Eeasp en el contexto jurídico. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 6(2). Recuperado de <http://revistas.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/view/252/421>
- Eagleston, J. R., Chesney, M. A., & Rosenman, R. H. (1988). Factores psicosociales de riesgo en las enfermedades coronarias: el patrón de comportamiento tipo A, como ejemplo. *Revista latinoamericana de Psicología*, 20(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80520107.pdf>
- Echeburúa, E., Marañón, I., & Grijalvo, J. (agosto, 2002). Trastornos de personalidad en pacientes aquejados de anorexia y bulimia nerviosa: un estudio piloto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7(2). Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/02.2002\(2\).Echeburua-Mara%C3%B1on-Grijalvo.pdf](http://www.aepcp.net/arc/02.2002(2).Echeburua-Mara%C3%B1on-Grijalvo.pdf)
- Espinosa, M. C., Orozco, L. A., & Ybarra, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38, 201-208. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.028
- Espitia, F. J., De Andrade, A., & Orozco, H. (septiembre, 2015). Utilidad del Biofeedback Perineal en las disfunciones del piso pélvico. *Investigaciones Andina*, 17(31). Recuperado de <http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/IA/article/view/542/545>
- Esquivel, C. G., Gámez, J. A., Villa, F., García, F. A., Martínez, J. A., Aguirre, B., & Velasco, V. M. (febrero, 2009). Ansiedad y depresión, síndrome coronario

agudo. *Medicrit, Revista de medicina interna y crítica*, 6(1). Recuperado de <http://www.medicrit.com/a/6118.php>

Estrada, O., & Pérez, E. (junio, 2008). Palabras e imágenes positivas en la respuesta de ansiedad en deportistas de competición. *Cuadernos de psicología del deporte*, 8(1). Recuperado de <http://revistas.um.es/cpd/article/view/54521>

Faller, A., & Schunke, M. (2006). *Estructura y función del cuerpo humano*. Barcelona, España: Paidotribo.

Feist, J., & Feist, G. J. (2007). *Teorías de la personalidad*. Madrid, España: McGraw-Hill.

Fisher, H. (2004). *¿Por qué amamos?* Distrito Federal, México: Taurus.

Fisher, H. (2007). *Anatomía del amor. Historia natural de la monogamia, el adulterio y el divorcio*. Buenos Aires, Argentina: Anagrama.

Frodl, T., Meisenzahl, E. M., Zetsche, T., Born, C., Groll, C., Jäger, M., Leinsinger, G., Bottlender, R., Hahn, K., & Möller, H. J. (julio, 2002). Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1112-1118. doi: 10.1176/appi.ajp.159.7.1112

Ganong, W. F. (1978). *Manuel de fisiología médica*. Distrito Federal, México: Manual Moderno.

García, C. H. (2009). *Cómo investigar en psicología*. Distrito Federal, México: Editorial Trillas.

García, E. (abril, 2003). Neuropsicología y género. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 23(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000200002&script=sci_arttext&lng=pt

García, E. L. (2014). *Psicología*. [versión DX Reader]. Recuperado de <http://www.editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074387124.pdf>

González, M., Landero, R., & García-Campayo, J. (febrero, 2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de salud pública*, 25(2). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9873>

Gribbin, J. (2006). *Historia de la ciencia 1543-2001* (2ª ed.). Barcelona, España: Crítica Barcelona.

Guyton, A. C., & Hall, J. (2001). *Tratado de fisiología médica* (10ª ed.). Querétaro, México: McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). China: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Características de las defunciones registradas en México durante 2017*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>

Jadresic, E. (diciembre, 2010). La necesaria distinción de género. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48, 261-263. doi: 10.4067/S0717-92272010000500001

Kerlinger, F. D. (1988). *Investigación del comportamiento* (3ª ed.). Distrito Federal, México: McGraw-Hill.

Kohn, R., & Rodríguez, J. (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn & S. Aguilar-Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 19-34). Washington, Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud.

Kohn, R., Levav, I., Caldas, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S., & Saraceno, B. (octubre, 2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de salud pública*, 18(4/5). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8038/28084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Krippendorff, K. (1997). *Metodología de análisis de contenido, teoría y práctica* (1ª reimp.). Barcelona, España: Editorial Paidós.

Lara M., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (septiembre, 2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5). Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1184/1182

Larousse (1985). *Diccionario enciclopédico*. Distrito Federal, México: Editorial Larousse.

Ledowski, T., Bromilow, J., Paech, M. J., Storm, H., Hacking, R., & Schug, S. A. (diciembre, 2006). Monitoring of skin conductance to assess postoperative pain intensity. *British Journal of Anaesthesia*, 97, 862-865. doi: [10.1093/bja/ael280](https://doi.org/10.1093/bja/ael280)

- León, A. A. (2011). *Reacciones del miedo; estrategias para conseguir la paz o equilibrio, en adultos de la ciudad de Toluca* (Tesis de maestría inédita). Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (2007). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. E. Caballo (Dir.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vo.1.* (pp. 493-541). Madrid, España: Siglo XXI.
- Lima, P., Oliveira, R. R., Moura-Filho, A. G., Raposo, M., Costa, L., & Laurentino, G. (septiembre, 2012). Concurrent validity of the pressure biofeedback unit and surface electromyography in measuring transversus abdominal muscle activity in patients with chronic nonspecific low back pain. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16(5). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235024378003>
- Loggia, M. L., Juneau, M., & Bushnell, M. C. (marzo, 2011). Autonomic responses to heat pain: Heart rate, skin conductance, and their relation to verbal ratings and stimulus intensity. *Pain*, 152, 592–598. doi: 10.1016/j.pain.2010.11.032
- Luengo, D. (2005). *La ansiedad al descubierto, cómo comprenderla y hacerle frente*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Madrigal, R. (2010). *Introducción a la psicofisiológica aplicada*. Estado de México, México: UAEM.
- Martín, L. (Julio, 2003). Aplicación de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista cubana de Salud pública*, 29(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (enero, 2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38, 53-58. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.007
- McConell, T. H., & Hull, K. L. (2012). *El cuerpo humano, forma y función*. Barcelona, España: Wolters Kluwer.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., & Zambrano, J. (diciembre, 2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1773-1783. doi:10.1017/S0033291705005672

- Mineka, S., & Öhman, A. (noviembre, 2002). Phobias and preparedness: the selective, automatic, and encapsulate nature of fear. *Biological Psychiatry*, 52, 927-937. doi: [10.1016/S0006-3223\(02\)01669-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01669-4)
- Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2011). *Anatomía con orientación clínica*. Madrid, España: Wolters Kluvert.
- Morales, F. (1999). *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana, Cuba. Científico Técnica.
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2005). *Psicología* (14ª ed.). Estado de México, México: Prentice Hall.
- Norris, C. J., Larsen, J. T., & Cacioppo, J. T. (septiembre, 2007) Neuroticism is associated with larger and more prolonged electrodermal responses to emotionally evocative pictures. *Psychophysiology*, 44, 823–826. doi: [10.1111/j.1469-8986.2007.00551.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2007.00551.x)
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental, un estado de bienestar*. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos básicos* (48ª ed.). Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud (2016a). *Salud mental, fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016b). *La inversión en el tratamiento de ansiedad tiene un rendimiento del 400 %*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017a). *Depresión y otros trastornos mentales comunes, estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (2017b). *Trastornos mentales*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017c). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Ortiz-Tallo, M. (1997). *Trastornos psicológicos*. Málaga, España: Ediciones Albije.

- Pascual, J. C., Castaño, J., Espulga, N., Díaz, B., García-Ribera., & Bulbena, A. (marzo, 2008). Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. *Medicina Clínica*, 130, 281-285. doi:10.1157/13116589
- Pinker, S. (1996). *El instinto del lenguaje*. Madrid, España: Alianza.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (diciembre, 2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
- Pozo, A., Cortes, B., & Pastor, A. M. (enero, 2013). Conductancia de la piel en deportes de precisión y deportes de equipo. Estudio preliminar. *Revista de psicología del deporte*, 22(1). Recuperado de https://www.rpd-online.com/article/view/v22-n1-pozo-cortes-martin_pastor/889
- Preston, J. (2001). *Cómo vencer la depresión*. Colombia: Pax.
- Priest, R. (1992). *Ansiedad y depresión*. Barcelona, España: Plural.
- Ramírez, L. A., Pérez-Padilla, E. A., García-Oscos, F., Salgado, H., Atzorim, M., & Pineda, J. C. (septiembre, 2018). Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotalámico-hipofísico-suprarrenal. *Biomédica, revista del Instituto Nacional de Salud*, 38, 437-450. doi: 10.7705/biomedica.v38i3.3688
- Ramos, F. (2015). *Personalidad, depresión y muerte* (tesis de doctorado, Universidad complutense de Madrid). Madrid, España. Recuperada de <https://eprints.ucm.es/52161/1/5308236060.pdf>
- Reiss, S. (marzo, 1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153. doi: 10.1016/0272-7358(91)90092-9
- Remes-Troche, J. M., Coss-Adame, E., López-Colombo, A., Amieva-Balmori, M., Carmona, R., Charúa, L., Flores, R., Gómez, O., González, M., Icaza, M. E., Morales, M., Schmulson, M., Tamayo, J. L., Valdovinos, M. A., & Vázquez, G. (abril, 2018). Consenso mexicano sobre estreñimiento crónico. *Revista de Gastroenterología de México*, 83, 168-189. doi: 10.1016/j.rgmx.2017.12.005
- Riquelme, A. M., Rivera-Aragón, S., & Díaz-Loving, R. (abril, 2014). La instrumentalidad y expresividad en la percepción hacia la mujer. *Acta de investigación psicológica*, 4(1). Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2014/articulos_a/AIP_Facultad_de_Psicologia_UNAM_41_1430_1445_La_instrumentalidad_y_expresividad_en_la_percepcion_hacia_la_mujer_con_exito.pdf

- Rodríguez, R., Almirall, P. J., Oramas, A., Hechavarría, J. H., Azze, M. A., Fernández, B., & Álvarez, M. (2002). Estrés y manifestaciones dermatológicas en una población trabajadora bajo exigencias psíquicas. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 3(1-2). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol3_%201-2_02/rst09102.pdf
- Rojas, E. (1981). *Psicopatología de la depresión*. Barcelona, España: Salvat.
- Romero, P. A. (2007). *Infidelidad: concepción, correlatos y predictores* (Tesis de doctorado inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.
- Rosenthal, S. (abril, 2018). "Watch the screen": Biofeedback can improve mindfulness for chronic pain. *Biofeedback*, 46, 15-20. doi: 10.5298/1081-5937-46.1.06
- Secretaria de Salud (2016). *Ley general de salud*. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Segal, J. P., Chan, H., Collins, B., Faiz, O. D., Clark, S. K., & Hart, A. L. (marzo, 2018) Biofeedback in patients with ileoanal pouch dysfunction: a specialist center experience. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 53, 665-669. doi: 10.1080/00365521.2018.1454508.
- Siabato, E. F., Forero, I. X., & Paguay, O. C. (julio, 2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Psicología avances de la disciplina*, 7(2). Recuperado de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-RelacionEntreAnsiedadYEstilosDePersonalidadEnEstud-4924070.pdf>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo*. Distrito Federal, México: Trillas.
- Sotelo, V. (2016). *Fundamentos de la psicología. Manual auto formativo*. Huancayo, Perú: Universidad intercontinental.
- Spielberger, C. D. (1980). *Tensión y Ansiedad*. Distrito Federal, México: Harla.
- Spielberger, C. D., & Díaz-Guerrero, R. (1966). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. Distrito Federal, México: Manual Moderno.
- Suinn, R. M. (1993). *Entrenamiento en manejo de la ansiedad*. Bilbao, España: Biblioteca de psicología.
- Toribio, L. (2012). *Autoestima, optimismo y personalidad entrópica como predictores de la felicidad en adolescentes* (Tesis de maestría inédita).

Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.

- Torres, M. A. (2016). *Variables psicológicas y su asociación con la presencia de somatización o enfermedad* (Tesis de doctorado inédita). Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.
- Torres, Y., Posada, J., Bareño, J., & Berbesí, D. J. (febrero, 2010). Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos seleccionados. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39, 14s-35s. doi: [10.1016/S0034-7450\(14\)60265-1](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60265-1)
- Urquijo, S., Sánchez, R., Nonsson, N., & Heredia, L. (julio, 2001). Relación entre trastornos de personalidad y enfermedades cardiovasculares. *PSICO-USF*, 6(2). Recuperado de <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/21.pdf>
- Valdez-Medina, J. L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio*. Distrito Federal, México: EDAMEX.
- Valdez-Medina, J. L., Díaz-Loving, R., & Pérez, R. (2006). *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios*. Estado de México, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., & González, S. (2011). La personalidad entrópica. En J. Moral, J. L. Valdez-Medina & N. I. González-Arratia (Eds.), *Psicología y salud* (pp. 133-156). Saltillo, México: Consorcio de Universidades Mexicanas.
- Valencia, M. (marzo, 2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día mundial de la salud mental 2007. *Salud Mental*, 30(2). Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/download/1162/1160
- Velasco, M. P. W. (2015). *Una aproximación bio-psico-sociocultural al estudio del bienestar subjetivo en México. Un modelo explicativo predictivo* (Tesis de doctorado inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.
- Villalobos, L. A. (2015). Biorretroalimentación EMG para el dolor de miembro fantasma constrictivo. Un informe de tres casos. *Clínica y salud*, 26, 97-102. doi: [10.1016/j.clysa.2014.12.002](https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.12.002)
- Villaseñor, S. J., Ontiveros, C., & Cárdenas, K. V. (agosto, 2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en salud*, 8(2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062e.pdf>

Zucker, T. L., Samuelson, K. W., Muench, F., Greenberg, M. A., & Gervitz, R. N. (2009). The effects of respiratory sinus arrhythmia biofeedback on heart rate variability and posttraumatic stress disorder symptoms: a pilot study. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 34, 135-143. doi: 10.1007/s10484-009-9085-2

Zurroza-Estrada, A. D., Oviedo-Rodríguez, I. J., Ortega-Gómez, R., & González-Pérez, O. (marzo, 2009). Relación entre rasgos de personalidad y el nivel de estrés en médicos residentes. *Revista de investigación clínica*, 61(2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2009/nn092d.pdf>

12 Anexos.

Anexo 1. Sensores del biofeedback

Figura 9. Vista superior del receptor de canales, fibra óptica e interface del biofeedback T7500M.



Figura 9. El receptor de canales del biofeedback, es la pieza donde se conectan los sensores que captan la activación del sistema nervioso autónomo, así como la interface, la cual envía al *software biograph infinity*, las señales recogidas, para que sean convertidas en sonidos y cifras.

Figura 10. Vista superior del neumógrafo.



Figura 10. El neumógrafo, fue el sensor que se colocó en el tórax y en el abdomen de los participantes, para captar su ritmo cardíaco.

Figura 11. Vista frontal de la fijación del neumógrafo torácico y abdominal.



Figura 11. Ejemplo de la colocación del neumógrafo torácico y abdominal en los participantes.

Figura 12. Vista superior del electromiógrafo superficial.



Figura 12. El uso del electromiógrafo superficial en los participantes, permitió valorar la tensión muscular en ellos.

Figura 13. Vista superior de la colocación del electromiógrafo superficial.



Figura 13. Ilustración de la forma en que se adhirió el electromiógrafo superficial, en el músculo trapecio superior izquierdo de los participantes.

Figura 14. Vista superior del fotopletismógrafo.



Figura 14. El empleo del fotopletismógrafo, permitió medir la vasoconstricción de los participantes.

Figura 15. Vista superior de la colocación del fotopleletismógrafo.



Figura 15. Ejemplo de la colocación del fotopleletismógrafo, en la falange media del dedo medio, de la mano izquierda de los participantes.

Figura 16. Vista superior del sensor de temperatura cutánea periférica.



Figura 16. El empleo de este sensor en los participantes, permitió valorar la temperatura cutánea periférica en ellos.

Figura 17. Vista superior de la colocación del sensor de temperatura cutánea periférica.



Figura 17. Ejemplificación de la forma en que fue adherido el sensor de temperatura cutánea periférica, en el dedo menique de la mano izquierda de los participantes.

Figura 18. Vista superior de los sensores GCR.

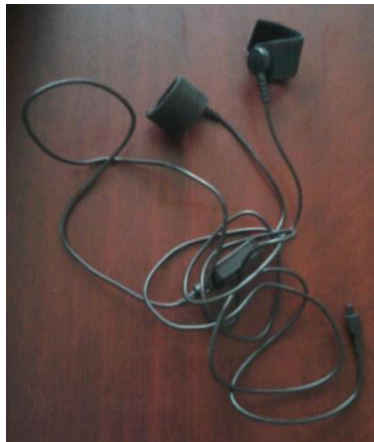


Figura 18. La colocación de los sensores GCR, permitió la valoración de la conductancia galvánica de los participantes.

Figura 19. Vista superior de la colocación de los sensores GCR.



Figura 19. Ilustración de la forma en que se colocaron los sensores GCR, en la falange media de los dedos índice y anular, de la mano izquierda de los participantes.

Anexo 2. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación en psicología.

Título del proyecto: Emociones negativas no resueltas y su incidencia sobre niveles de ansiedad en adultos.

Investigador principal: Jorge Alvarado Orozco

Sede del estudio: Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México

Nombre del participante: _____
A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación en psicología. Antes de decidir si toma parte o no, debe conocer y comprender cada uno de los puntos. Este proceso es conocido como consentimiento informado. Siéntase con libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.

Una vez que haya comprendido el estudio, si usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento.

Procedimiento.

Si usted decide tomar parte se presentará a tres sesiones, en las que ocurrirá lo siguiente:

Primera sesión. Se le conectarán los sensores del Biofeedback, para que posteriormente conteste: la escala de construcción y desarrollo de una personalidad entrópica, los cuestionarios de emociones negativas, el cuestionario de tendencias de personalidad, la escala de somatización y la escala EEVA. Duración, 80 minutos aprox.

Segunda sesión. Se le conectarán los sensores del biofeedback, para que después responda las escalas IDARE y EPMD. En un segundo momento, se efectuará una entrevista semiestructurada, la cual será grabada en audio. Duración, 80 minutos aprox.

Tercera sesión. Se le proporcionarán los resultados que haya obtenido en los cuestionarios y las escalas aplicadas, así como en el biofeedback. Duración, 20 minutos.

Es necesario señalar que todas las sesiones se llevarán a cabo de forma individual, en un cubículo del laboratorio de fisiología, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Beneficios.

El presente estudio ayudará a conocer si usted presenta niveles de ansiedad y manifestaciones depresivas.

Confidencialidad. La información que usted proporcione será tratada de forma confidencial, y sólo tendrán acceso a ella los integrantes del equipo de investigación, no estando disponible para nadie más. Asimismo, se indica que la grabación que se haga de la entrevista, así como los cuestionarios y escalas que usted responda, quedarán identificados con un número y no con su nombre. Tales resultados serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de forma global, de tal manera que no pueden identificarse resultados individuales.

Riesgos Potenciales/Compensación: Al ser una investigación que no emplea métodos invasivos, el riesgo por formar parte del presente estudio es mínimo. Ya que los sensores del biofeedback se adhieren con velcro o cinta microporo, previo aseo de la zona con un algodón impregnado con alcohol étílico. Asimismo, se aclara que usted no recibirá ningún pago por participar en la presente investigación, comentándose también, que las sesiones no tienen costo alguno.

Participación Voluntaria/Retiro. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirarse de la investigación en el momento en que usted lo decida.

Consentimiento para su participación en el estudio. Su firma indica que acepta participar voluntariamente en el presente estudio.

Firmas.

Nombre del participante.

Firma.

Fecha

Día/mes/año

Nombre completo de quien obtiene el consentimiento.

Fecha

Día/mes/año

Firma.

Anexo 3. Ejemplos de preguntas, de la versión corta del cuestionario de autoevaluación de las emociones negativas.

Frustración.

¿Has vivido situaciones frustrantes en tu vida en las que no has podido conseguir o evitar algo? SI NO

¿Emocionalmente cómo te sentiste al no haber podido conseguirlo o evitarlo?

Odio.

¿Alguna vez en tu vida ha habido algo que consideres que te haya estorbado para conseguir o evitar algo, que te han llevado a sentir odio? SI NO

¿Físicamente cómo te sentiste, es decir, qué síntomas tuviste cuando experimentaste esa situación?

Culpa.

¿Alguna vez has experimentado el sentimiento de culpa? SI NO

¿Ante qué situación o persona experimentaste este sentimiento de culpa?

Vergüenza.

¿Has vivido situaciones en las que te has sentido inseguro por considerar que podrías fallar, por pensar que quedarías en ridículo o que se burlarían de ti? SI NO

Si no te atreviste, ¿con qué lo sustituiste, compensaste o con qué intercambiaste aquello que te daba vergüenza para evitar seguir sintiéndola?

Envidia.

¿Has vivido situaciones en tu vida en las has deseado tener lo que otra persona tiene? SI NO

¿Todavía lo tienes?, ¿Desde hace cuánto tiempo aproximadamente?

Celos.

¿Has vivido situaciones en tu vida en las que has experimentado miedo por no poder conservar o no querer perder algo? SI NO

¿Qué tratabas de conservar o que no querías perder?

Anexo 4. Instrucciones y ejemplo de reactivos de la Escala para la construcción y desarrollo de una personalidad entrópica.

Instrucciones. A continuación, se te presentan una serie de reactivos, cada uno de ellos tiene tres frases, léelas y elige aquella que mejor refleje la forma en que has actuado a lo largo de tu vida. Posteriormente, tacha la frase elegida.

- | | A | B | C |
|----|---|--|---|
| 1 | A lo largo de mi vida, he visto que la he vivido en un continuo estado de caos, conflicto, intranquilidad, incertidumbre, con desconfianza, y con muchos miedos. | A lo largo de mi vida, he visto que en ocasiones la he vivido en un estado de caos, conflicto, intranquilidad, incertidumbre, con desconfianza, con un cierto nivel de miedo que no puedo controlar adecuadamente. | A lo largo de mi vida, he visto que la he vivido en un estado de paz, equilibrio, de tranquilidad, de certidumbre, con una gran confianza, sin temores ni miedo. |
| 7 | En muchas ocasiones de mi vida me he descubierto fingiendo, aparentando, mintiendo, reprimiendo, ocultando, guardando secretos míos y de otros, tolerando y controlando la vida misma. Me es muy difícil aceptar o rechazar abiertamente. En ocasiones sí he culpado a otros por actos que yo cometí. | Aunque a lo largo de mi vida he tratado de no fingir, no aparentar, no mentir, no reprimir, de ocultar o de guardar secretos míos o de otros, no siempre lo he logrado. | No finjo, no aparento, no reprimo, no guardo secretos míos ni de nadie más, no tolero ni controlo nada, sólo acepto o rechazo abiertamente, sin queja y asumiendo mi responsabilidad personal. No culpo a nadie por lo mío. |
| 13 | No me agrada mucho estar en silencio, me da la impresión de que | No siempre me gusta estar en silencio. Sólo cuando tengo que | Me gusta ser, hacer, estar y vivir en silencio, |

- | | | | |
|----|--|--|--|
| | estoy sólo, que nadie me hace caso, me inquieto, me pone nervioso. Para mí esa no es una forma de ser, estar, hacer o vivir en paz o equilibrio. | pensar en algo importante, o para concentrarme en una tarea. Estar en silencio se me hace algo aburrido, difícil. | en paz o equilibrio, y hacerlo con y por gusto |
| 20 | Me gusta saber que soy el mejor, que soy más que los demás, que muchos me admiran, que conocen lo que soy, lo que hago, y que puedo llegar a poner u ejemplo de vida para otros, ser un modelo a seguir. | Me gustaría saber que hay alguien que piensa que soy el mejor, que soy más que los demás, que muchos me admiran, que conocen lo que soy, lo que hago, y que puedo llegar a poner un ejemplo de vida para otros, ser un modelo a seguir. Pero, no sé si algún día lo logre. | Yo no pretendo ser mejor, ni peor, ni más ni menos, sólo quiero ser, hacer y vivir de forma libre y en paz o equilibrio, sin jamás intentar ser un modelo a seguir para nadie, pues cada quien es lo que es, y hay que aceptarlo así, abiertamente, sin queja, contento. |

Anexo 5. Instrucciones y ejemplo de reactivos del cuestionario de tendencias de personalidad

Instrucciones. Compara los pares (A-B, C-D, E-F, G-H) y elige sólo una opción de ellas, marcando con una X la que te describa mejor o que se presente o haya presentado más frecuentemente a lo largo de tu vida, ya que, aunque sepas que

ambas opciones las has tenido alguna vez en tu vida, seguramente algunas de ellas ha sido más recurrente o persistente como parte de tu personalidad.

A

Considero que siempre he sido capaz de aceptar hasta lo que rechazo de mí mismo. Creo que siempre me he aceptado por completo, aunque sé que hay cosas de mí que no me gustan para nada.

B

Hay cosas que definitivamente no acepto de mí.

Frecuentemente intento cambiar para ser diferente, para ser mejor, para ser otro.

Trato de cambiar para ser mejor aceptado, más querido, mejor valorado.

G

Frecuentemente me gusta imponer mi punto de vista, que las cosas se hagan como yo digo.

H

Es común en mi mostrarme indiferente, poco sensible, poco empático, o identificado con los problemas y situaciones que viven los demás. Intento mantenerme al margen para evitar problemas.

No trato de controlarlos, ni de imponerles mi punto de vista

Anexo 6. Instrucciones y ejemplo de reactivos del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado –IDARE–.

Ansiedad Estado.

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llena el círculo numerado que indique *cómo te sientes ahora mismo*, o sea, *en este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee

mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

		NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1.	Me siento calmado(a)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5.	Estoy a gusto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
15.	Me siento reposado(a)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
20.	Me siento bien	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Ansiedad Rasgo.

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

		NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
21.	Me siento bien	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
26.	Me siento descansado	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
31.	Tomo las cosas muy a pecho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
39.	Soy una persona estable	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Anexo 7. Instrucciones y ejemplo de reactivos de la Escala Para Medir Depresión –EPMD–.

¿Cuántos días durante la última semana, has presentado los siguientes indicadores? Elige la opción y marca el círculo correspondiente.

Indicador	5-7 días	3-4 días	1-2 días	0 ningún día
Desganada(o)	☐	☐	☐	☐
Morir es lo mejor que me puede pasar	☐	☐	☐	☐
Nauseas	☐	☐	☐	☐
Me parece que soy un inútil	☐	☐	☐	☐
Solo	☐	☐	☐	☐
Enojado	☐	☐	☐	☐

Evito hablar con la gente	☐	☐	☐	☐
Triste	☐	☐	☐	☐
Dolor de cabeza	☐	☐	☐	☐
Frustrado	☐	☐	☐	☐
Soy distante con la gente	☐	☐	☐	☐

Anexo 8. Prueba Stroop

1. Tarea de lectura en voz alta

Azul	Rojo	Amarillo	Verde
Verde	Azul	Verde	Rojo
Amarillo	Rojo	Rojo	Azul
Azul	Amarillo	Amarillo	Rojo
Rojo	Azul	Verde	Azul

2. Tarea de denominación: Nombrar el color

XXX	XXX	XXX	XXX
XXX	XXX	XXX	XXX
XXX	XXX	XXX	XXX
XXX	XXX	XXX	XXX
XXX	XXX	XXX	XXX

3. Tarea de conflicto: Leer el color de la tinta, no la palabra escrita

Azul	Rojo	Amarillo	Verde
Verde	Azul	Verde	Rojo
Amarillo	Rojo	Rojo	Azul
Azul	Amarillo	Amarillo	Rojo
Rojo	Azul	Verde	Azul

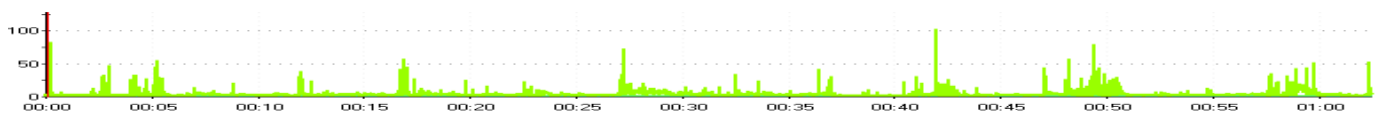
Anexo 9. Reporte por participante.

Participante No. 1. Mujer de 24 años, la cual exterioriza que su problema vital es la mala relación que tiene con su abuela, lo que ha originado desavenencias con su familia nuclear.

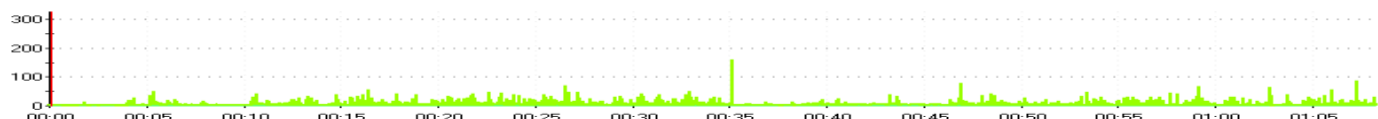
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La actitud prepotente de su abuela		Haber metido a su padres y hermanos en el conflicto			A quienes llevan una buena relación con sus familiares	Nivel: medio Dominancia : Incomprendido social, Ego (-),	Moderado
No resuelto 5 años		No resuelto 5 años			No resuelto 4 años		

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
	Estado	Rasgo	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Leve				
			3.11 4.06	74.6 75.7	3.70 4.75	1.98 2.60	32.3 29.9
			7 6				7 5

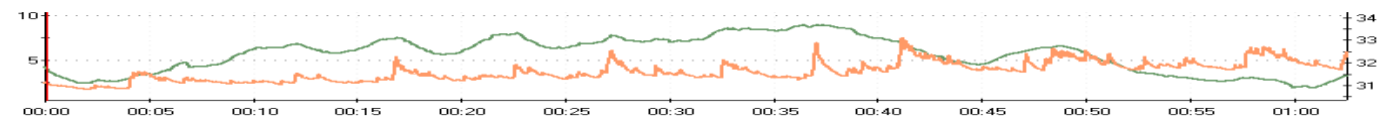
Contracción muscular, primera sesión



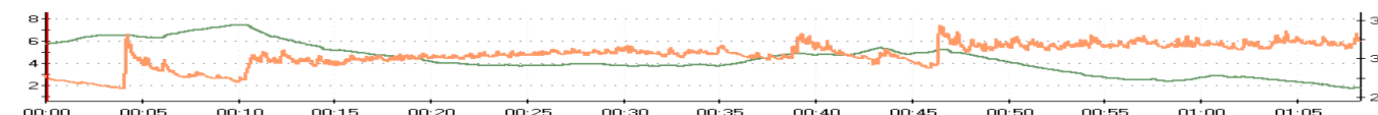
Contracción muscular, segunda sesión



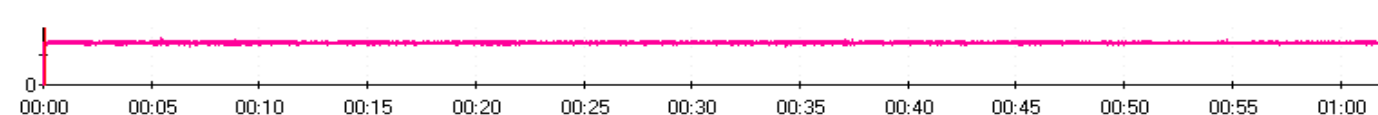
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



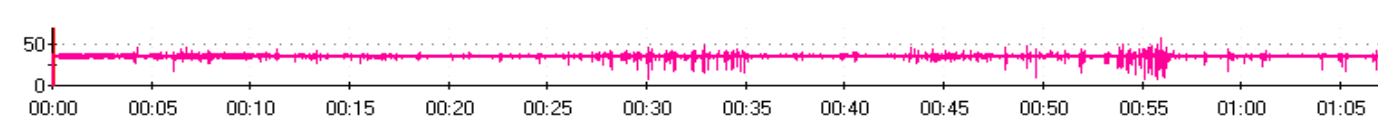
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



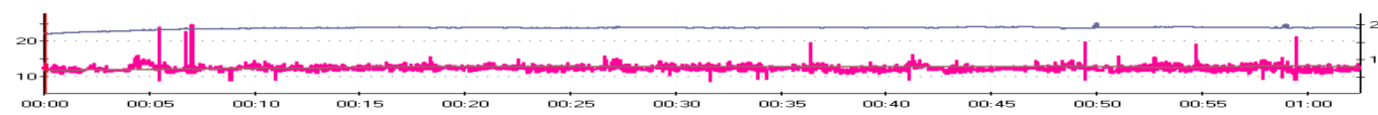
Flujo sanguíneo, primera sesión



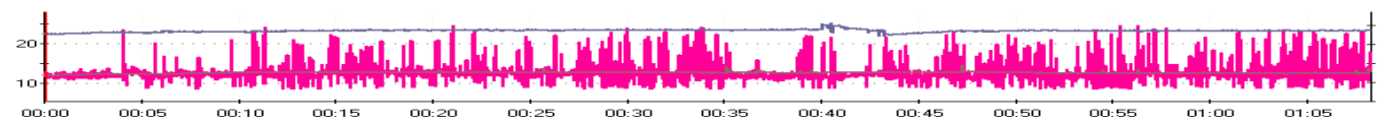
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión

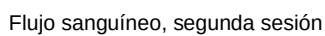
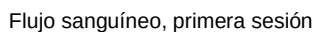
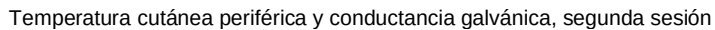
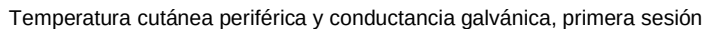
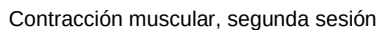


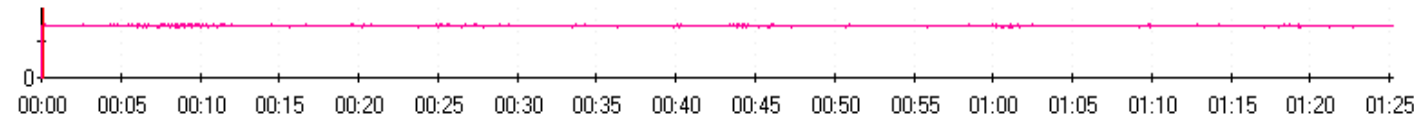
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



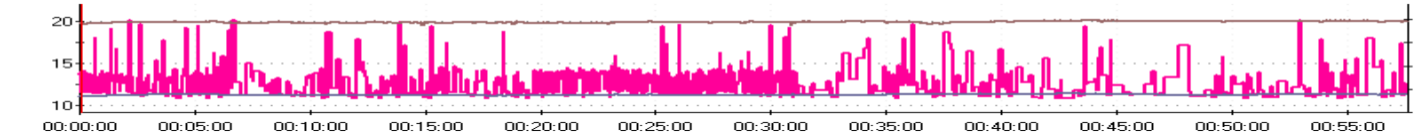
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPÍCA	APATÍA
Le robaron sus posesiones	A la fémina que le robaba sus cosas		La convivencia con su familia			Nivel: medio	
No resuelto	No resuelto		No resuelto			Dominancia : Manipulador, Ego (+)	Moderado
2 años	2 años		2 años				

Contracción muscular, primera sesión





Frecuencia cardíaca, primera sesión



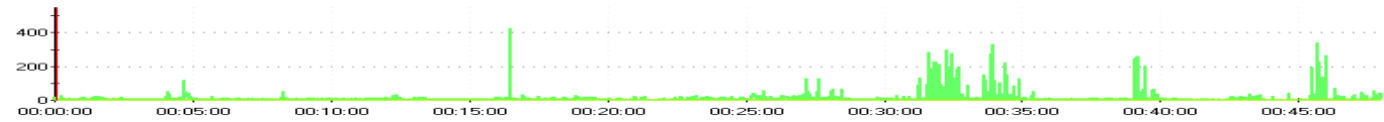
Frecuencia cardíaca, segunda sesión

Participante No. 3. Mujer de 20 años, la cual expresó que el conflicto relevante que vive, son las dificultades que tiene con su madre, debido al desinterés que tiene por ella, el cual contrasta con el apoyo incondicional del que goza su hermano.

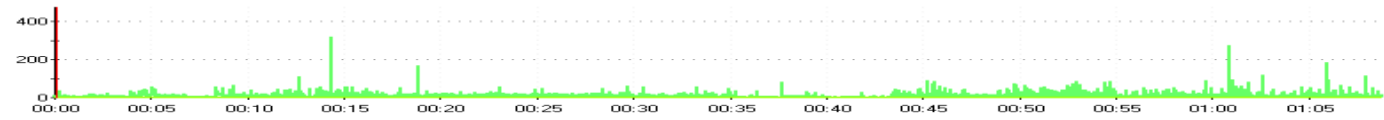
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La relación con su madre	El trato que recibe de su mamá y hermano	No ser la hija que su madre quisiera		El trato que recibe de su madre y hermano	A quienes tienen una buena relación con su madre	Nivel: Alto	
No resuelto 10 años	No resuelto 7 años	No resuelto 3 años		No resuelto 7 años	No resuelto 10 años	Dominancia : Sumiso, Ego (-)	Moderado

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
	Medio	Alto		Medio	Leve								
				7.21	8.85	94.14	92.64	3.48	2.62	0.71	0.92	23.24	24.50

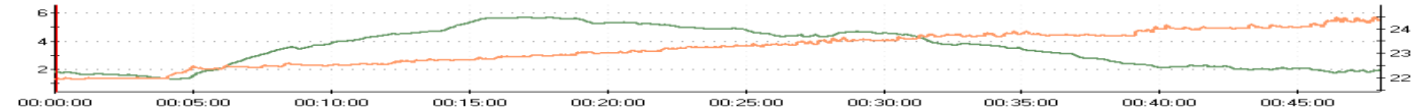
Contracción muscular, primera sesión



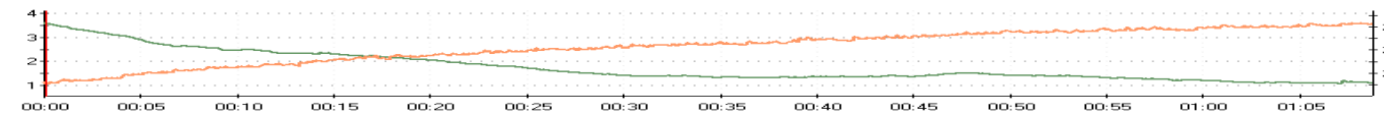
Contracción muscular, segunda sesión



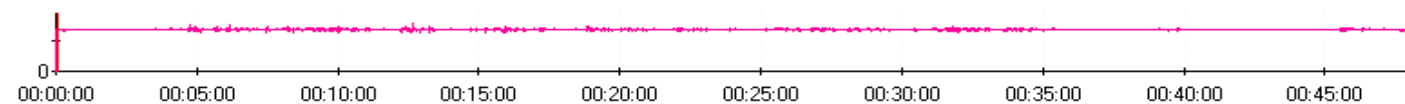
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



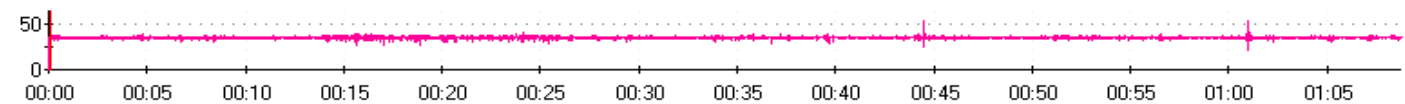
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



Flujo sanguíneo, primera sesión



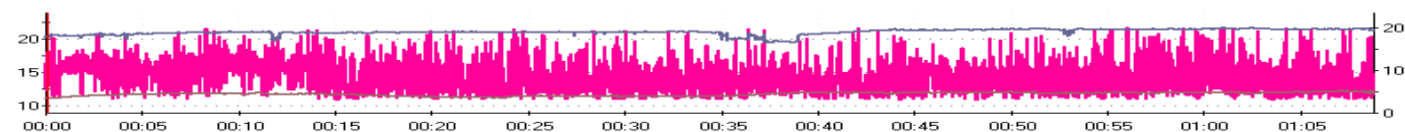
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

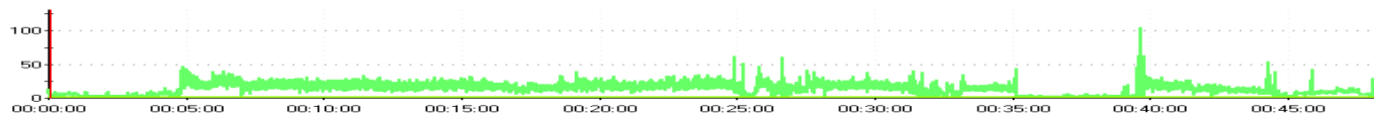


Participante No. 4. Fémica de 24 años, la cual relata que la complicación primordial que vivió fue la enfermedad de su padre, la cual le originó la muerte. Lo que también provocó roces con sus tías.

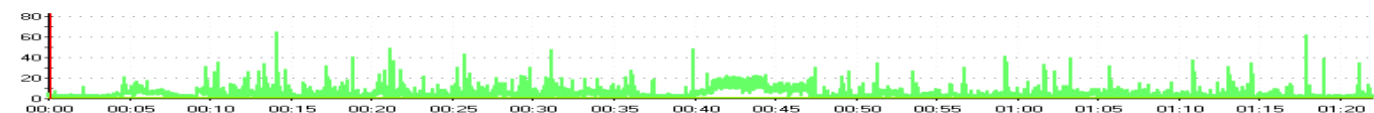
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La muerte de su padre	A sus tías	No saber cómo asistir a su papá cuando se ponía mal			A sus compañeras que tienen a su padre vivo	Nivel: alto Dominancia : Fracasado, Ego (-)	Moderada
No resuelto 9 años	No resuelto 9 años	No resuelto 9 años			No resuelto 9 años		

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Bajo	Medio	Medio	Leve	13.15	3.91	79.92	73.65	5.22	6.05	1.58	1.17	30.99	33.02

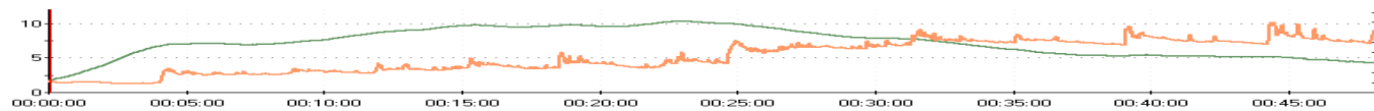
Tensión muscular, primera sesión



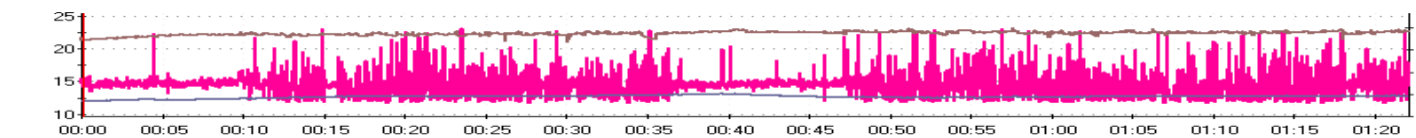
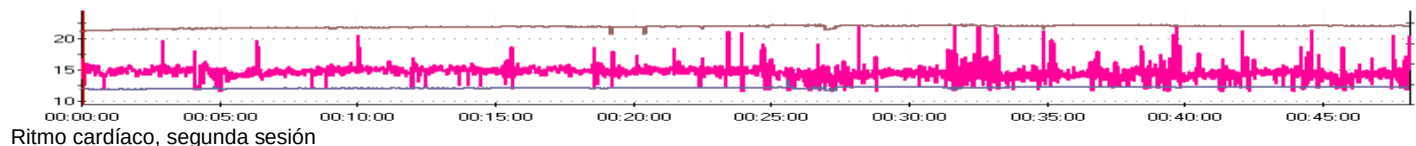
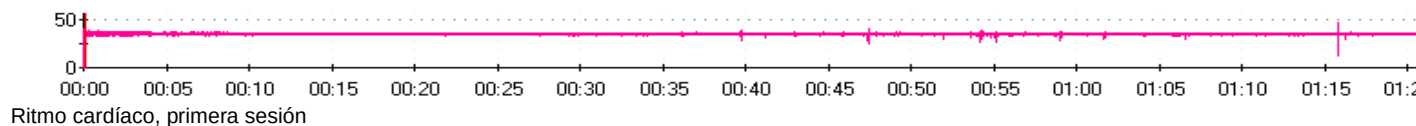
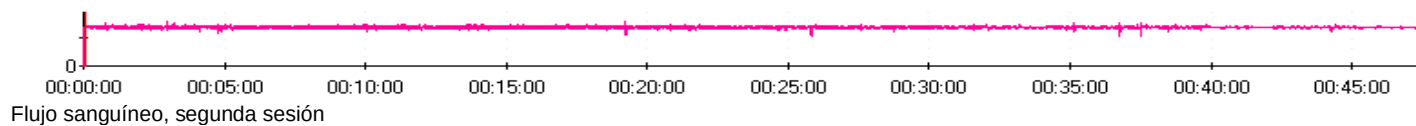
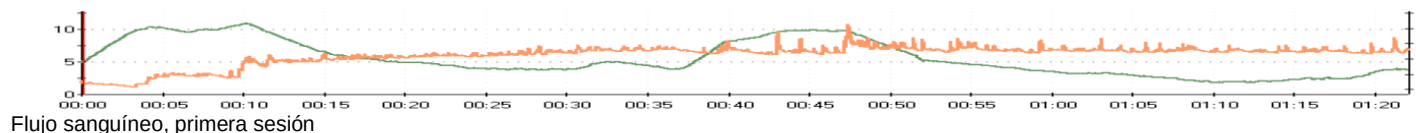
Tensión muscular, segunda sesión



Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión

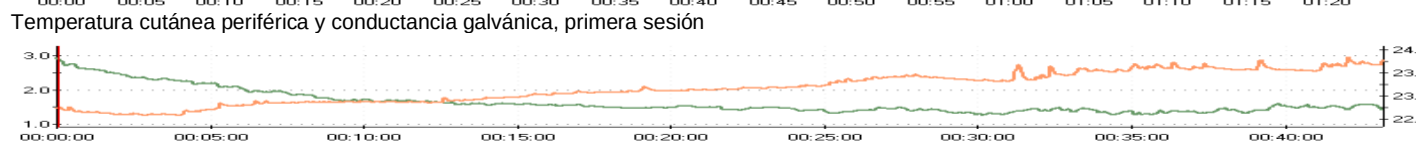
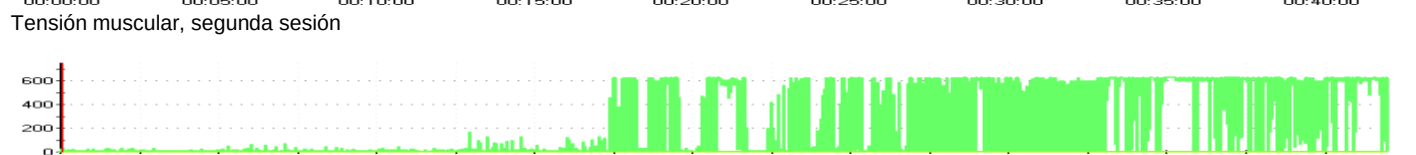
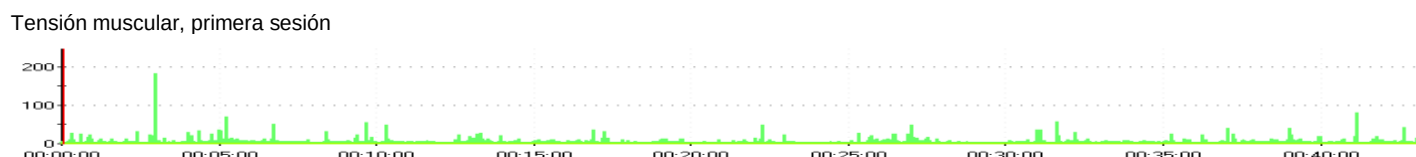


Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión

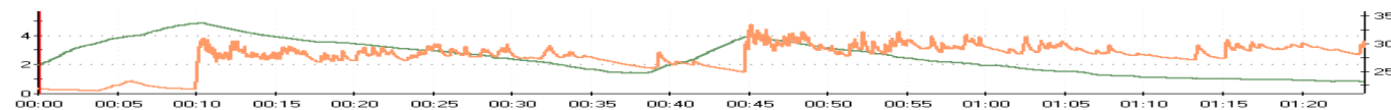


Participante No. 5. Fémína de 24 años, quien refiere que su problema relevante, son los conflictos en los que se involucra su tío, lo que hace que sus padres acudan a apoyarlo, restándole importancia a ella y a sus hermanos.

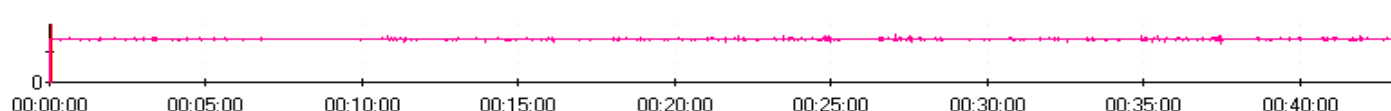
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA		APATÍA	
Su tío no se haga responsable de sus acciones		A su tío, por el apoyo incondicional que recibe		Reclamar a su mamá el favoritismo hacía su tío		El cariño de sus padres				La buena suerte que tiene su tío		Nivel: alto			
No resuelto		No resuelto		Resuelto		No resuelto				No resuelto		Dominancia : Incomprendido social, Ego (-)		Moderado	
9 años		9 años				9 años				9 años					
SOMATIZACIÓN		ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA		CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
		Estado	Rasgo			1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Bajo		Medio	Medio	Leve		3.39	203.07	68.85	77.91	2.06	2.53	0.55	2.14	22.85	27.51



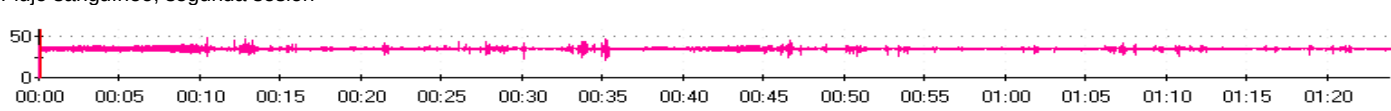
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



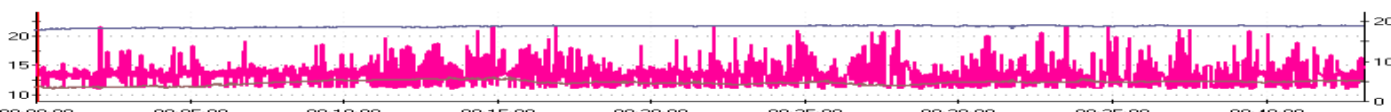
Flujo sanguíneo, primera sesión



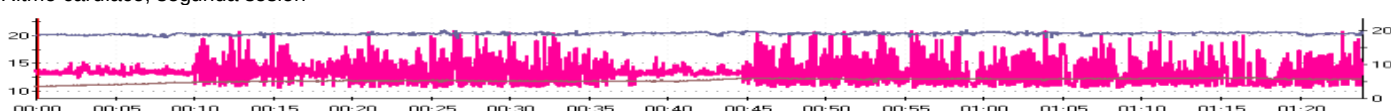
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Ritmo cardíaco, primera sesión



Ritmo cardíaco, segunda sesión



Participante No. 6. Mujer de 31 años, quien apunta que la problemática vital por la que ha travesado, fue no haber podido estar junto a su abuelo cuando éste falleció, ni siquiera en el sepelio.

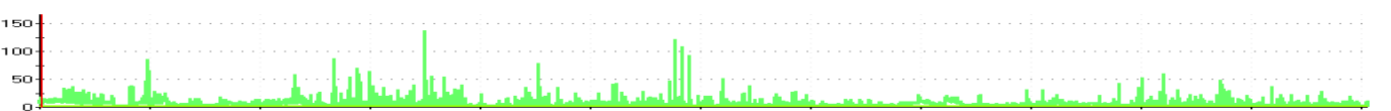
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
No haber podido ver a su abuelo antes de morir		No haber podido acompañar a su abuelo			A sus primos, ya que ellos estuvieron en todo momento con su abuelo	Nivel: alto	
No resuelto 12 años		Resuelto			No resuelto 10 años	Dominancia : Ególatra, Ego (+)	Moderado

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Leve	7.28	5.35	81.80	83.38	6.27	1.70	1.80	0.59	30.19	22.51

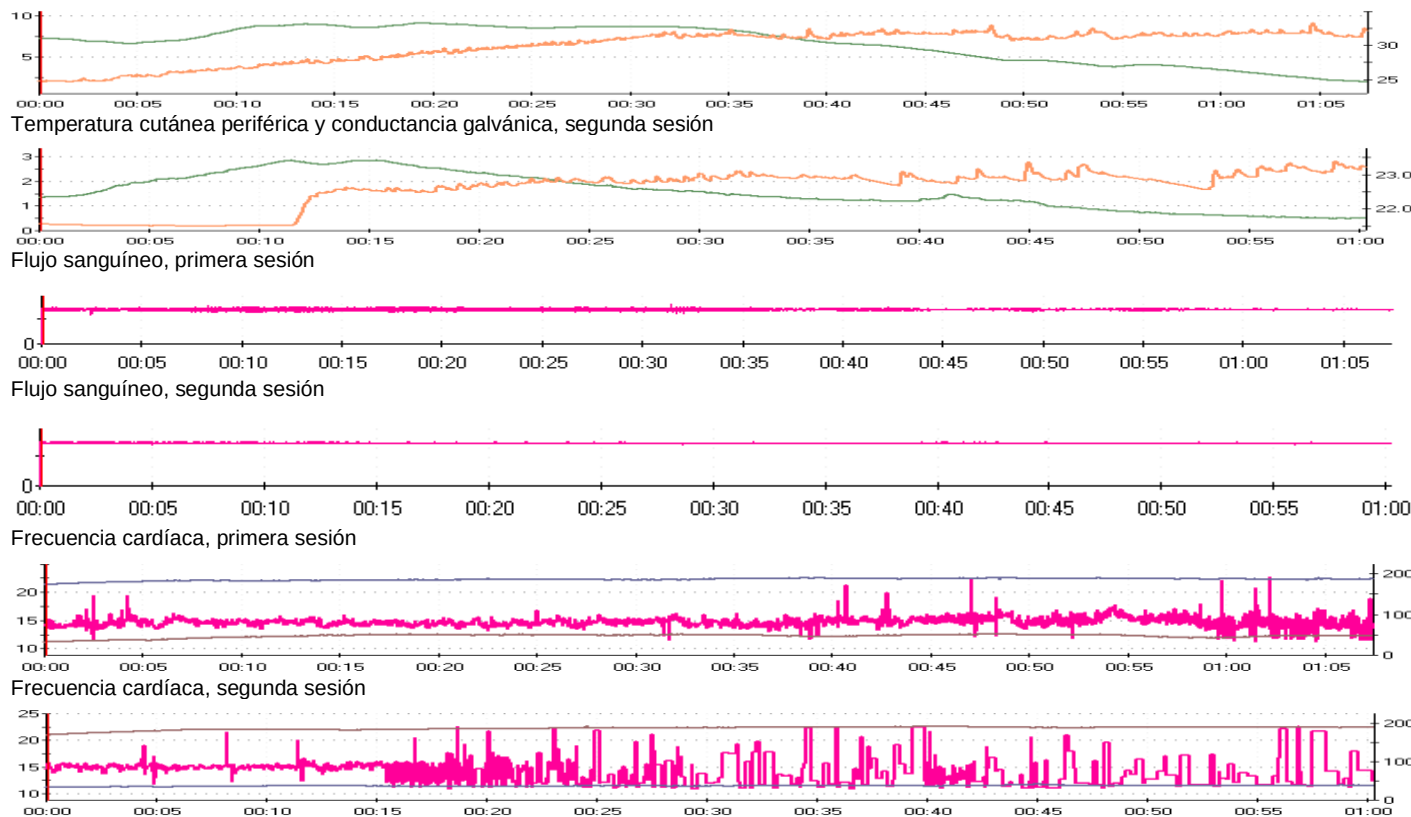
Contracción muscular, primera sesión



Contracción muscular, segunda sesión

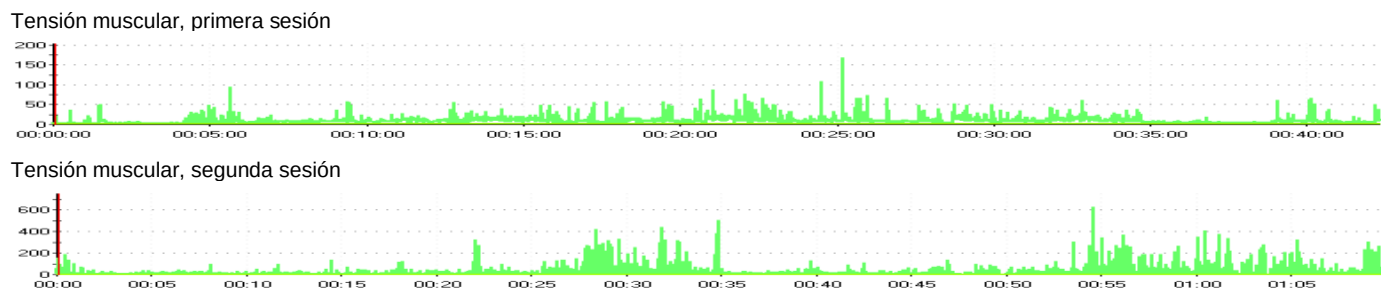


Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión

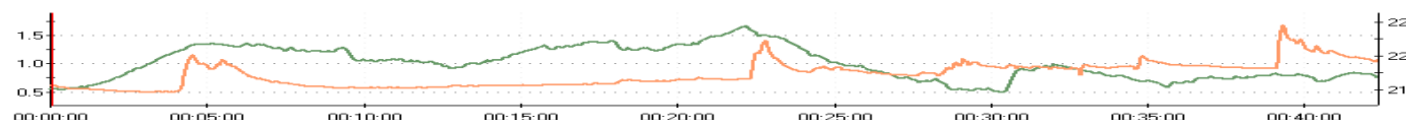


Participante No. 7. Fémmina de 30 años, quien relata que el conflicto más relevante por el que ha pasado, fue que en una fiesta hirieron a su hermano con un arma blanca.

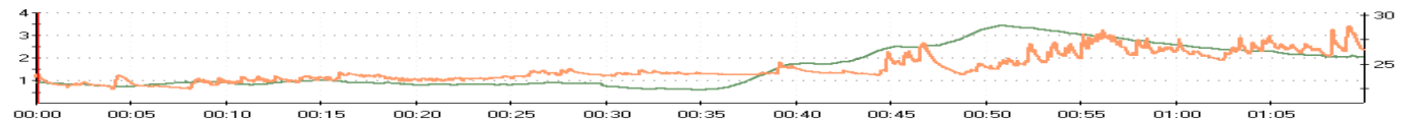
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA		APATÍA	
El que su hermano haya sido herido con una navaja		Al sujeto que dañó a su hermano						Los miembros de su familia sean vistos como peleoneros				Nivel: medio			
No resuelto 7 años		Resuelto						No resuelto 6 años				Dominancia : Sumiso, Ego (-)		Modera do	
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA			
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión		
Alto	Alto	Alto	Leve	8.82	13.04	76.35	82.64	0.81	1.54	0.78	1.24	21.89	24.64		



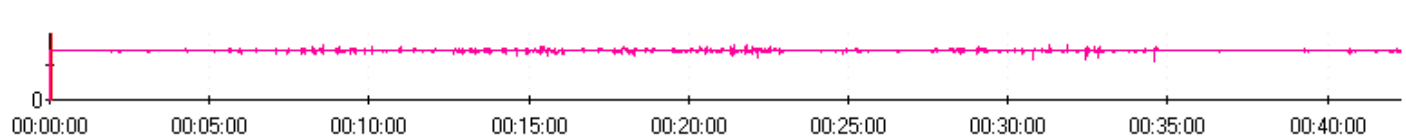
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



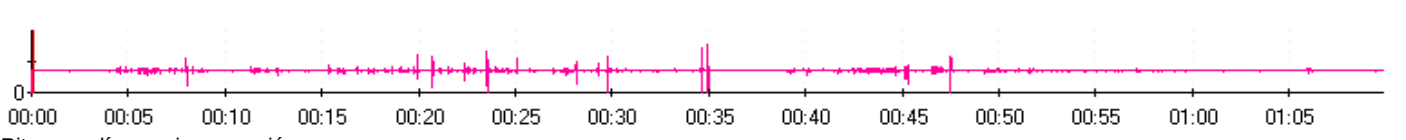
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



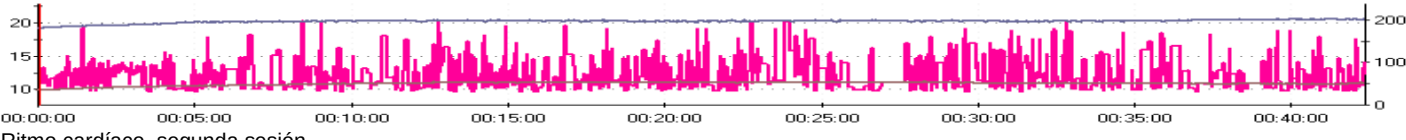
Flujo sanguíneo, primera sesión



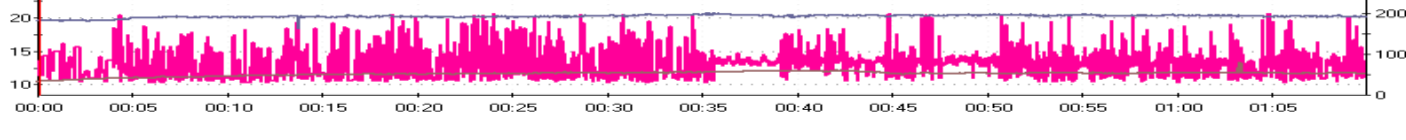
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Ritmo cardíaco, primera sesión



Ritmo cardíaco, segunda sesión

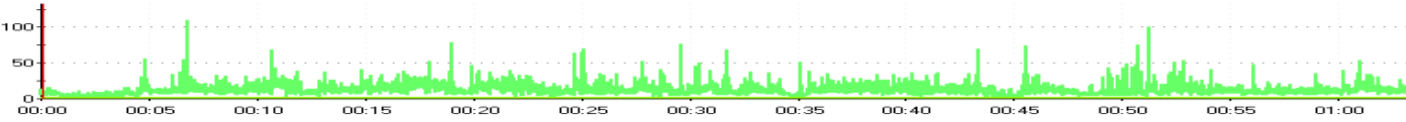


Participante No. 8. Mujer de 20 años, quien refiere que la complicación primordial que enfrenta, es la actitud machista de su padre, lo que originó violencia intrafamiliar en su familia nuclear.

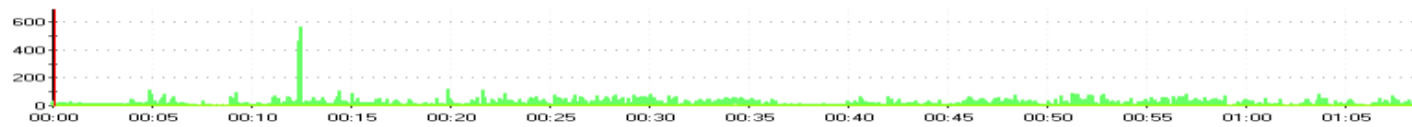
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La actitud machista de su padre	Hacia su papá			Vecinos familiares enterarán de lo que vivían	A las personas con mejores padres	Nivel: alto Dominancia : Incomprendido social, Ego (-)	Moderada
No resuelto 10 años	No resuelto 10 años			Resuelto	Resuelto		

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Alto	Medio	Leve	11.70	10.16	88.16	78.50	1.75	1.42	1.17	0.90	30.13	29.68

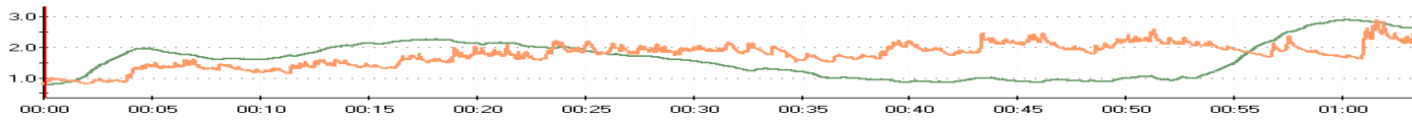
Tensión muscular, primera sesión



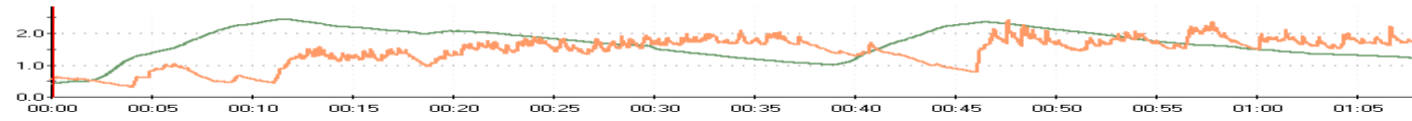
Tensión muscular, segunda sesión



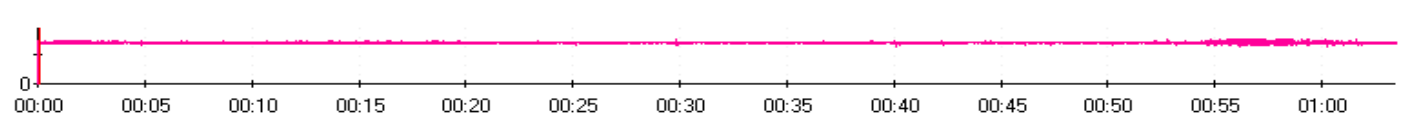
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



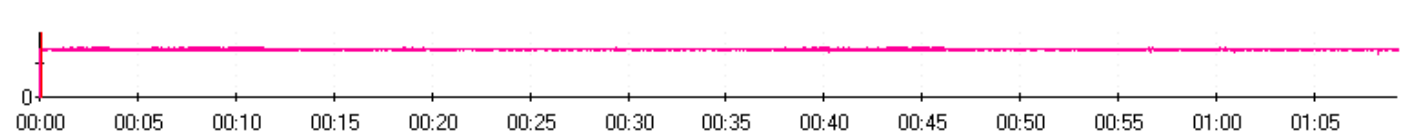
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



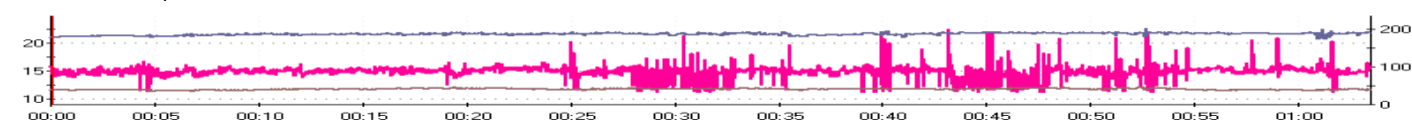
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión



Ritmo cardíaco, primera sesión



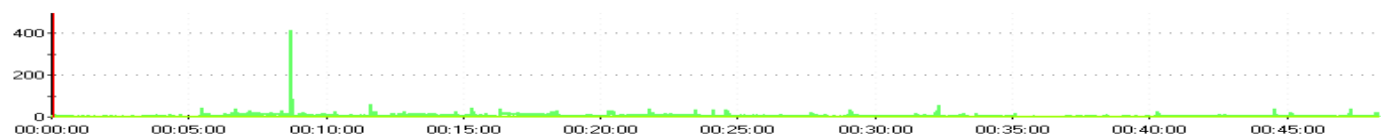
Ritmo cardíaco, segunda sesión

Participante No. 9. Fémína de 20 años, quien comenta que la principal dificultad que ha vivenciado, fue que su papá le retirara el apoyo económico cuando le dijo que quería seguir estudiando, lo que ha generado varios incidentes entre ellos.

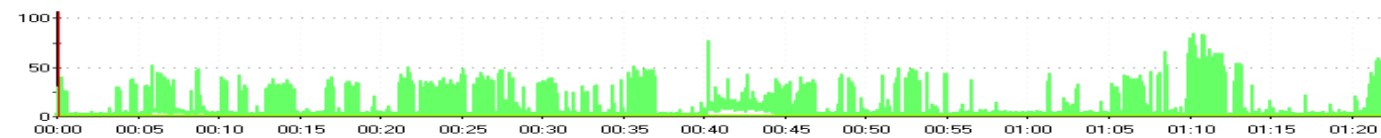
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	TENDENCIA DE PERSONALIDAD	APATÍA
Su padre le retirara el apoyo económico	A su papá				A quienes son apoyados por sus padres	Nivel: alto	
No resuelto 3 años	No resuelto 3 años				No resuelto 3 años	Dominancia : Incomprendido social, Ego (-)	Moderado
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDÍACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
	Estado	Rasgo					

Medio	Medio	Medio	Leve	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
				5.24	4.67	81.08	92.91	0.95	2.85	3.69	0.77	29.08	30.88		

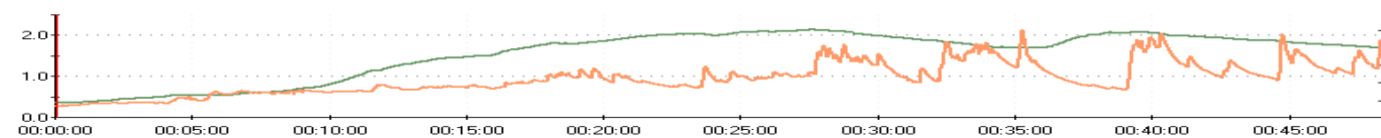
Contracción muscular, primera sesión



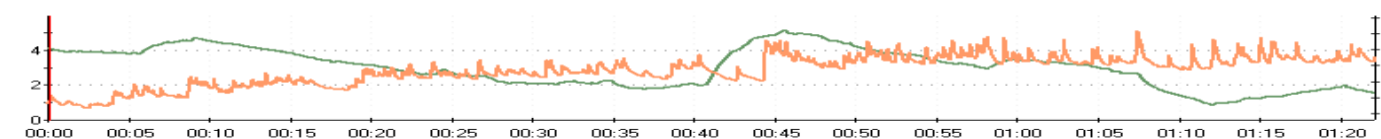
Contracción muscular, segunda sesión



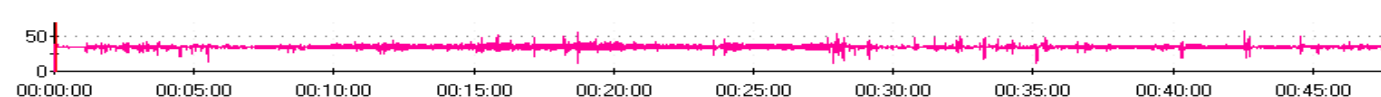
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



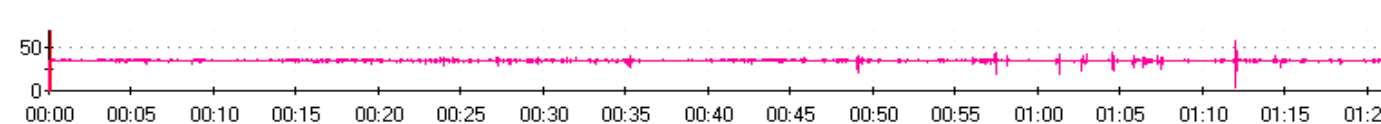
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



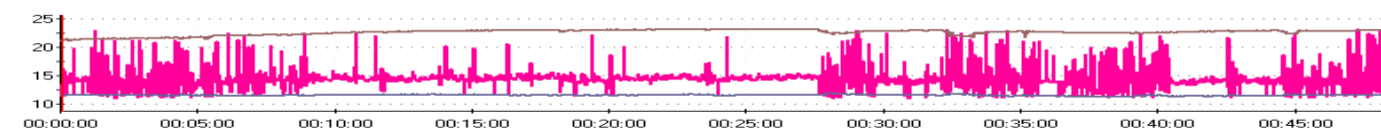
Flujo sanguíneo, primera sesión



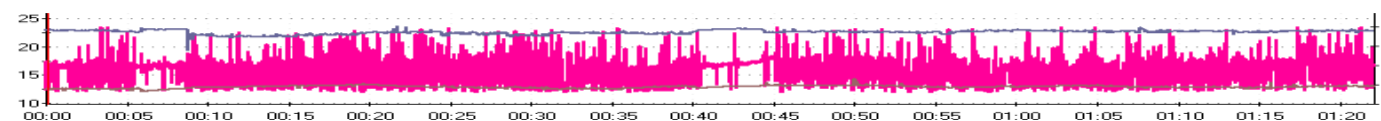
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

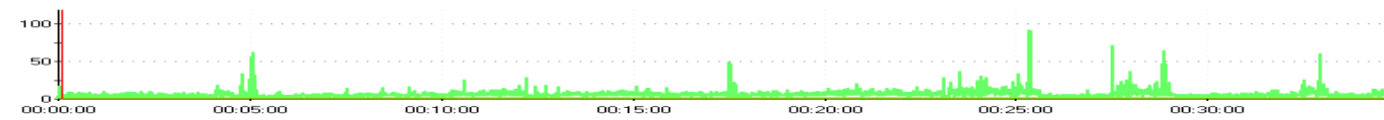


Participante No. 10. Mujer de 28 años, la cual asevera que el problema vital que ha vivido, fue la separación de sus padres, lo que originó que su papá se fuera alejando progresivamente de ella, hasta tener un contacto mínimo.

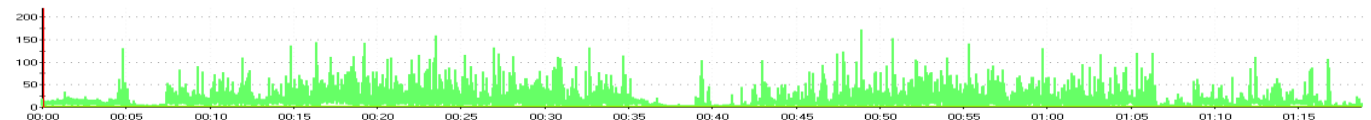
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Su padre se alejara de ella	A su papá, por limitar el contacto entre ellos	Las discusiones que ha tenido con el padre		Los demás se enteraran que ya no tenía una buena relación con su papá	A quienes tienen una buena relación con su padre	Nivel: alto Tendencia: Impulsivo, Ego (+)	Moderado

No resuelto 5 años	No resuelto 5 años		Resuelto	Resuelto		No resuelto 5 años							
SOMATIZACI ÓN	ANSIEDAD		MANIFESTAC IÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓ N MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATUR A CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasg o		1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesión	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n
Medio	Medi o	Alto	Leve	5.30	12.6 4	65.0 8	71.1 7	2.03	2.40	0.75	0.59	27.8 0	27.4 0

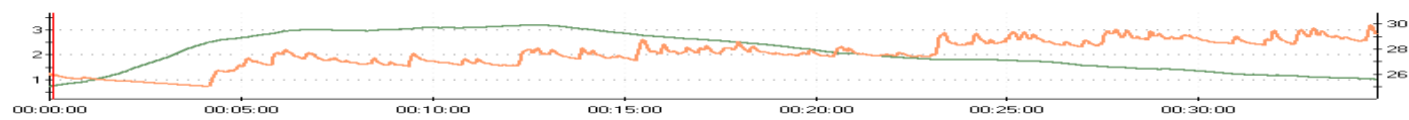
Contracción muscular, primera sesión



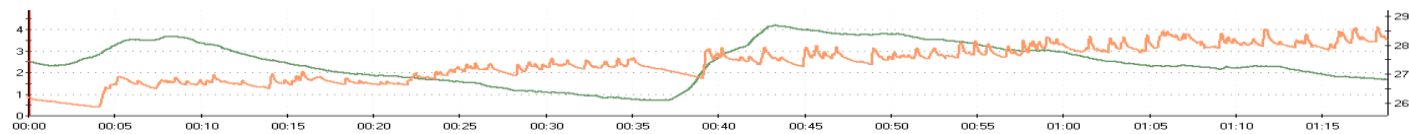
Contracción muscular, segunda sesión



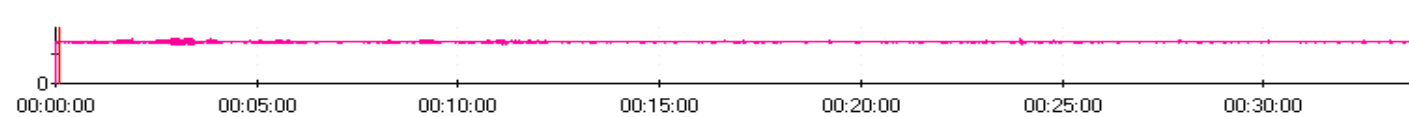
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



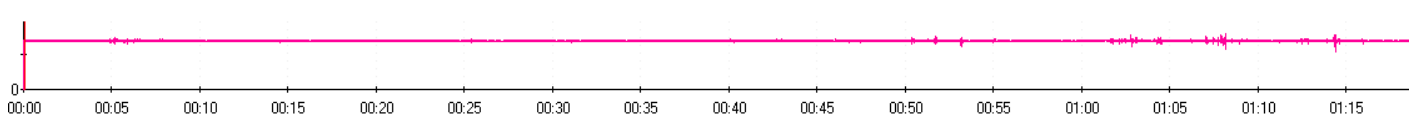
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



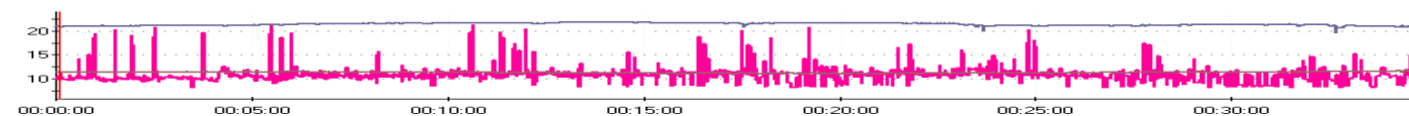
Flujo sanguíneo, primera sesión



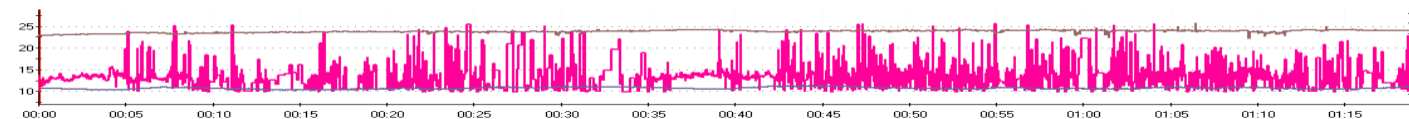
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

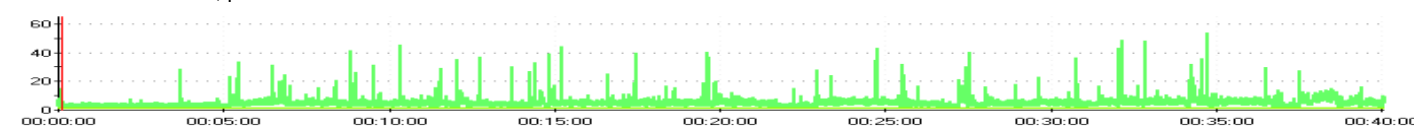


Participante No. 11. Fémica de 23 años, la cual exterioriza que la problemática más relevante que experimenta, es que su esposo no la apoye ante las fricciones que tiene con su suegra.

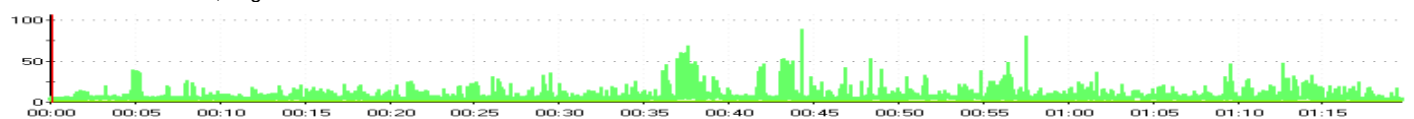
FRUSTRACIÓN ODIO CULPA CELOS VERGÜENZA ENVIDIA PERSONALIDAD ENTROPICA APATÍA

Su esposo no la defiende de su suegra		Hacia su esposo		Hacia su hija, desea que no se lleve bien con su abuela		A quienes tienen un buen esposo		Nivel: alto		Dominancia : Sádico, Ego (+)		Modera do	
No resuelto		No resuelto		No resuelto		No resuelto							
2 años		2 años		1 años		1 años							
SOMATIZACI ÓN	ANSIEDAD		MANIFESTAC IÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓ N MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCI A GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATUR A CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasg o		1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n
Medio	Medi o	Med io	Leve	4.40	4.67	69.4 1	71.1 4	3.60	4.54	5.20	2.38	34.5 7	30.2 6

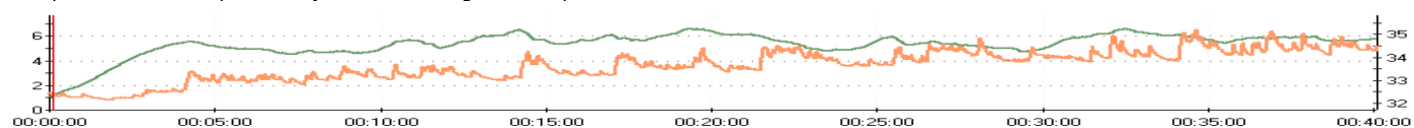
Contracción muscular, primera sesión



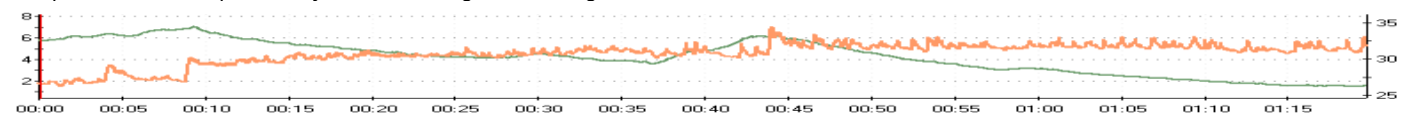
Contracción muscular, segunda sesión



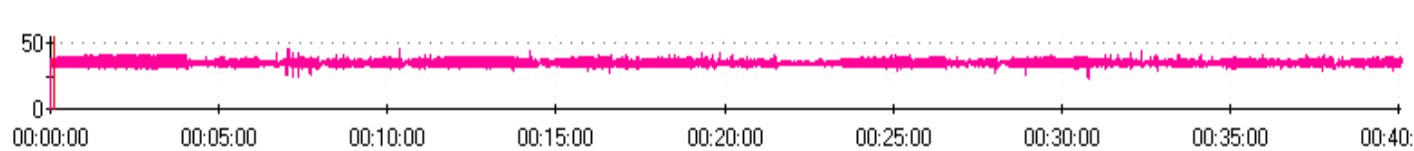
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



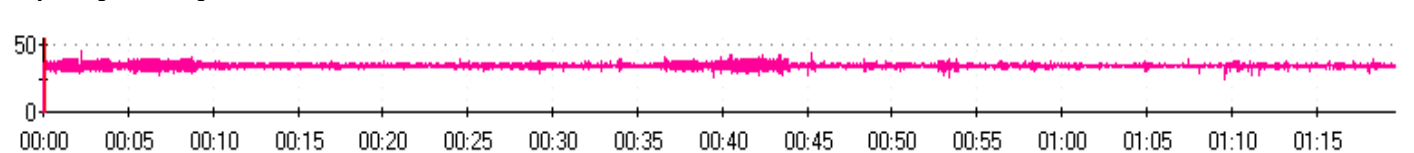
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



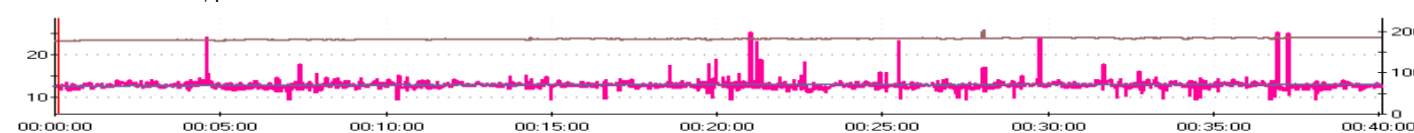
Flujo sanguíneo, primera sesión



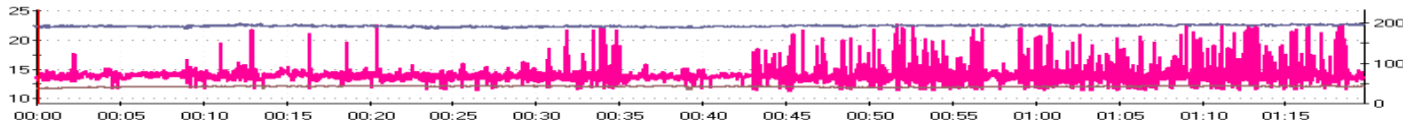
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

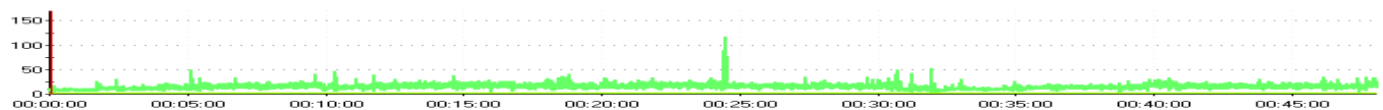


Participante No. 12. Mujer de 19 años, quien apunta que el conflicto primordial que ha experimentado, fue la muerte de su padre por una enfermedad, la cual le fue ocultada por su tía. A lo que se suma el hecho de que ella vendió sin su consentimiento, un terreno que su padre le había heredado.

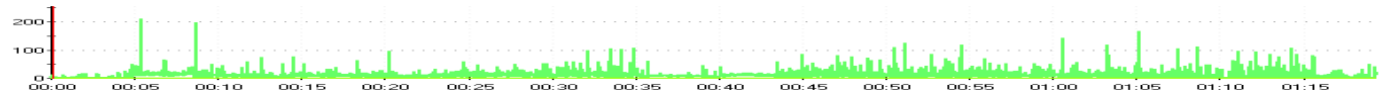
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La muerte de su padre	A su tía	No haber estado junto a su padre	La gente no la reconociera que ella era hija de su padre			Nivel: alto	
No resuelto 9 años	No resuelto 9 años	No resuelto 9 años	No resuelto 9 años			Dominancia : Fracasado, Ego (-)	Moderada

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Bajo	Medio	Medio	Leve	14.46	9.47	63.71	68.20	1.49	1.99	0.51	1.65	23.11	28.87

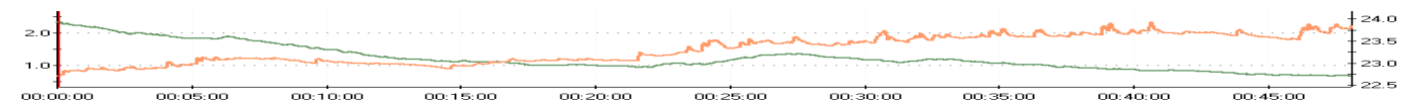
Tensión muscular, primera sesión



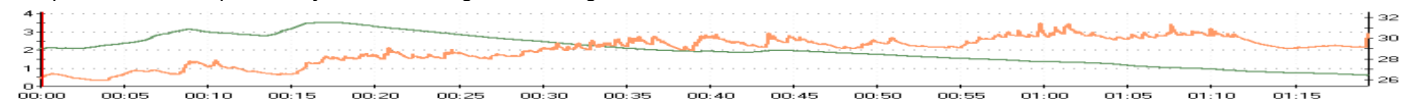
Tensión muscular, segunda sesión



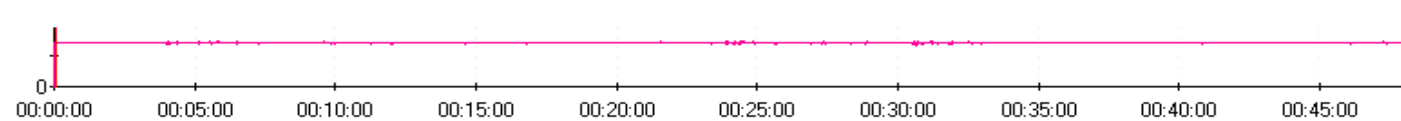
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



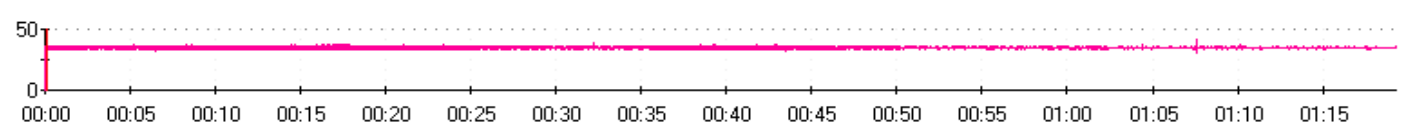
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



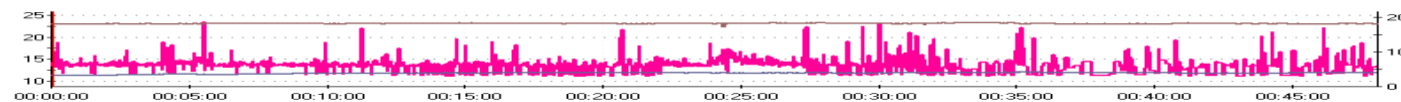
Flujo sanguíneo, primera sesión



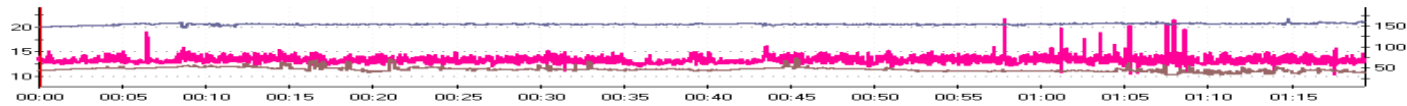
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



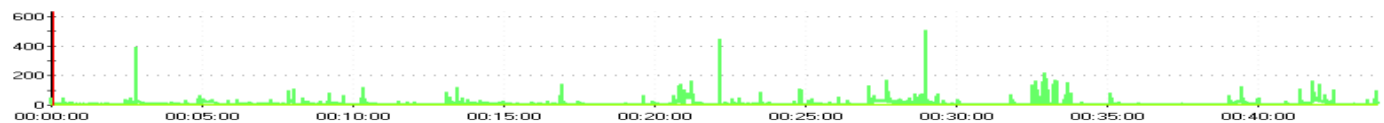
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



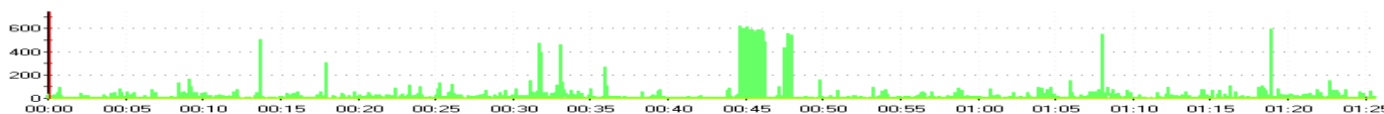
Participante No. 13. Fémina de 19 años, la cual comenta que la principal dificultad que ha vivido, es el grado de exigencia que su padre tiene hacia ella.

FRUSTRACIÓN		ODIO	CULPA		CELOS	VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA		
El que su padre sea exigente con ella		La exigencia	Haber defraudado a su papá por no pasar un examen de admisión			Haber defraudado a su padre		A quienes tienen una relación normal con su papá		Nivel: alto			
No resuelto		No resuelto	No resuelto			Resuelto		Resuelto		Dominancia : Impulsivo, Ego (+)	Bajo		
10 años		10 años	2 años										
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Moderado	10.45	13.05	87.53	100.72	2.02	3.39	4.10	2.48	35.66	35.46

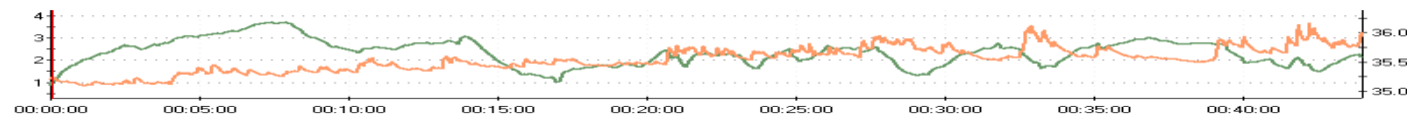
Contracción muscular, primera sesión



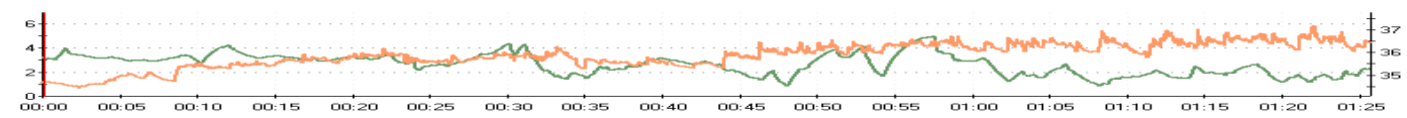
Contracción muscular, segunda sesión



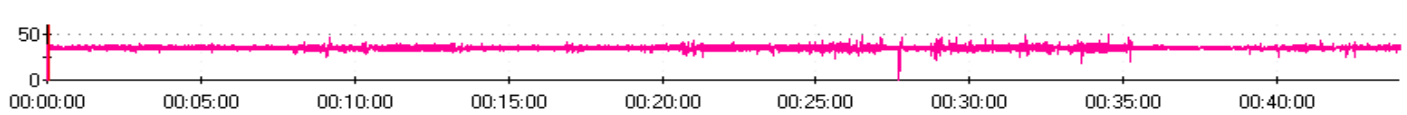
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



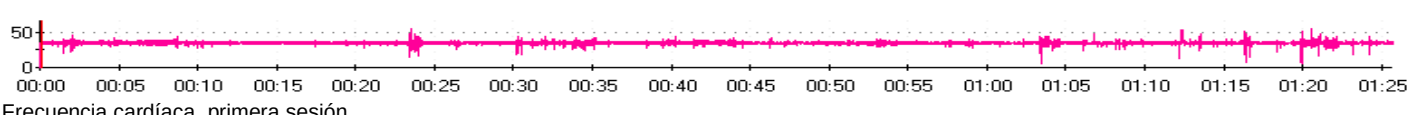
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



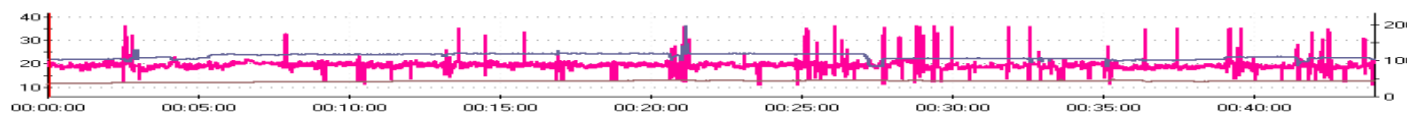
Flujo sanguíneo, primera sesión



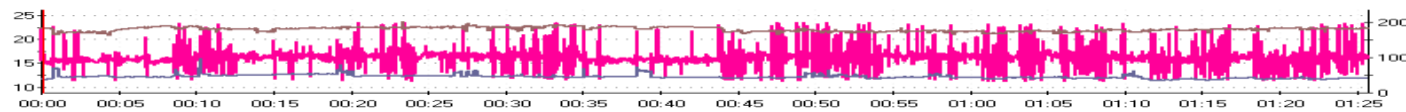
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

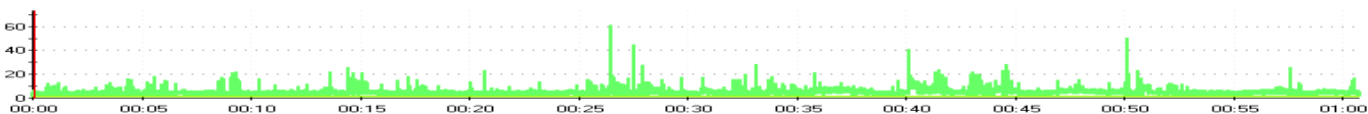


Participante No. 14. Mujer de 19 años, la cual señaló que el problema vital que ha experimentado, fue la ruptura de la relación familiar entre su mamá y una de sus tías, ya que el esposo de la segunda fue acusado de violencia sexual contra dos de sus sobrinas, y la mamá de la participante decidió apoyar a las infantas, lo que originó que su familia nuclear se distanciara de sus tíos y primos.

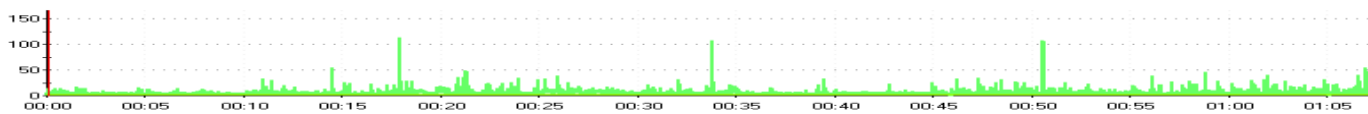
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
No saber si en verdad su tío abusó de sus dos sobrinas	Hacia su prima que acusó a su tío	Ver sufrir a su tía	La relación con su familia		A los que en esos momentos no tenía problemas familiares	Nivel: medio	
No resuelto	No resuelto	Resuelto	No resuelto		Resuelto	Dominancia : Baja autoestima Ego (-)	Moderado
4 años	3 años		3 años				

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
	Estado	Rasgo	1ª sesión	1ª sesión	1ª sesión	1ª sesión	1ª sesión
Bajo	Medio	Medio	Leve	84.3	1.12	4.32	34.7
				83.4	3.54	1.90	31.5
				4			4

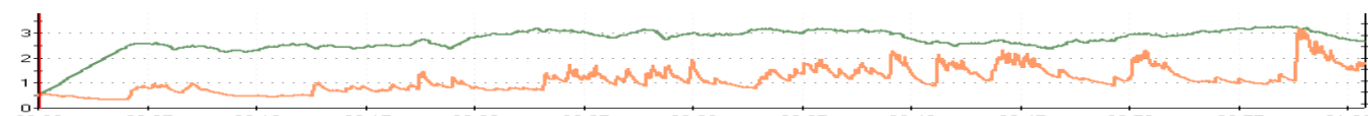
Contracción muscular, primera sesión



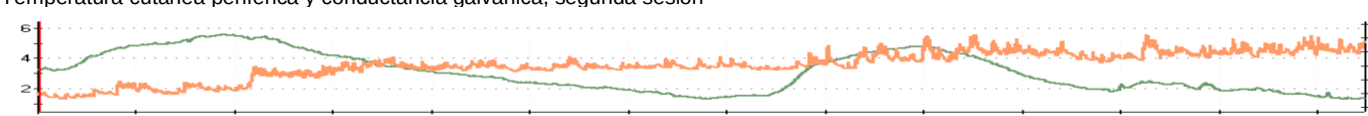
Contracción muscular, segunda sesión



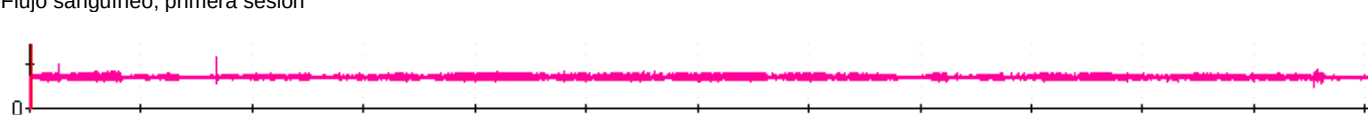
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



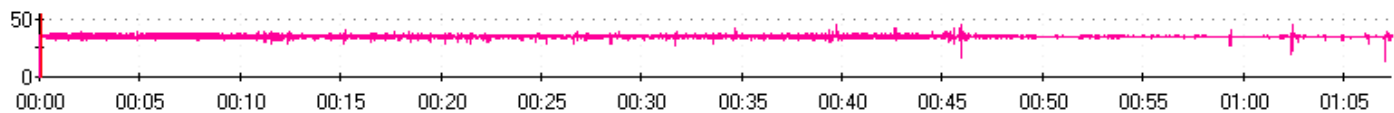
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



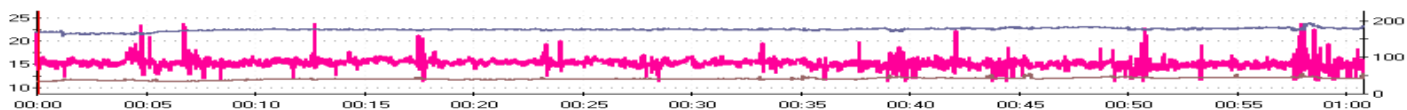
Flujo sanguíneo, primera sesión



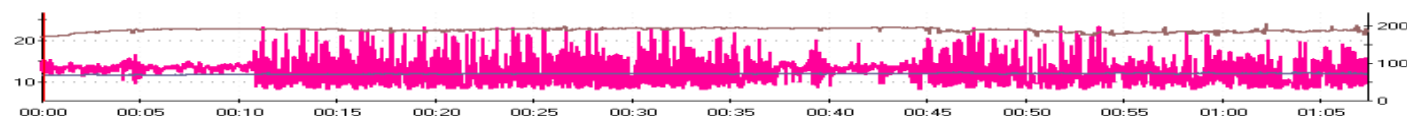
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

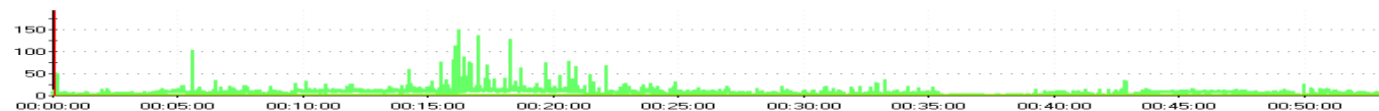


Participante No. 15. Fémica de 19 años, quien considera que la problemática más relevante que ha vivido, fue ser acusada de llevar a una compañera de la prepa a una fiesta, en la que ésta tuvo un percance y sangró de la cara y la vagina, por lo que su mamá fue a reclamar a los directivos de la escuela, lo que casi le cuesta ser expulsada.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
El casi ser expulsada de la escuela por una acusación injusta		Para con sus papás		Que los demás supieran que iba a fiestas donde se consumía alcohol y tabaco		Nivel: alto	
Resuelto		No resuelto 4 años		Resuelto		Dominancia : Baja autoestima, Ego (-)	Baja

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Baja	Medio	Medio	Leve	6.41	19.94	76.72	72.36	1.00	0.79	2.32	0.52	33.92	24.23

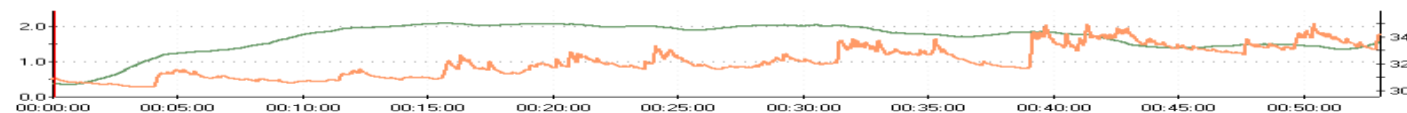
Contracción muscular, primera sesión



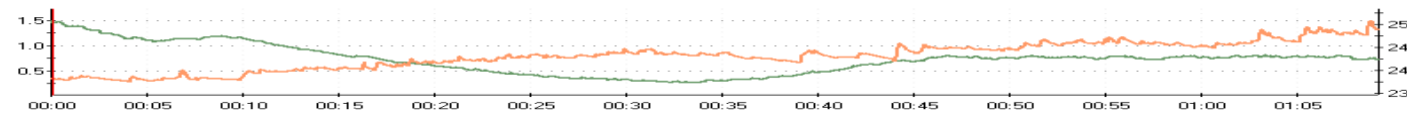
Contracción muscular, segunda sesión



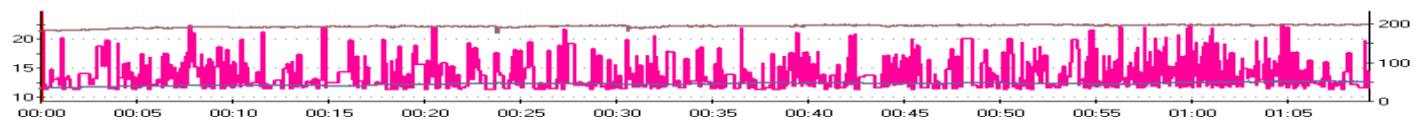
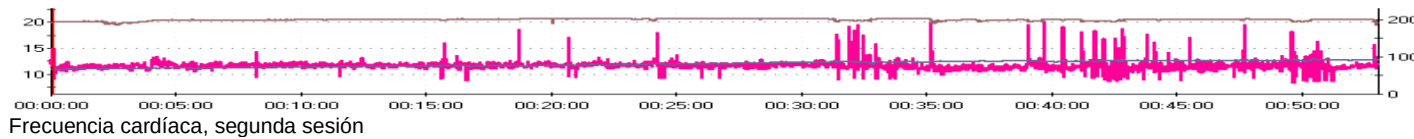
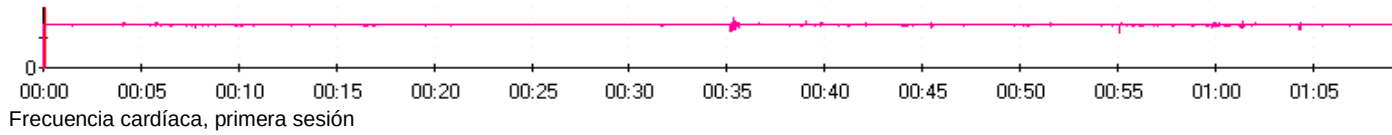
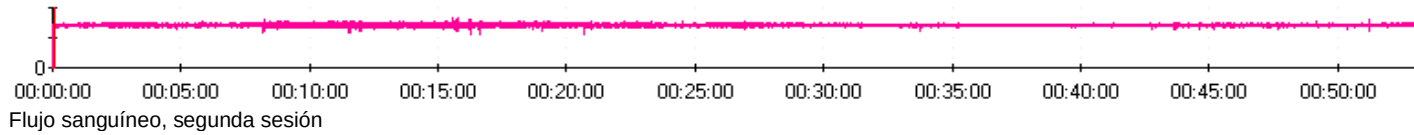
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



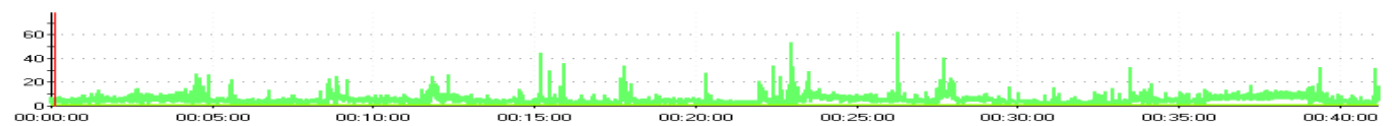
Flujo sanguíneo, primera sesión



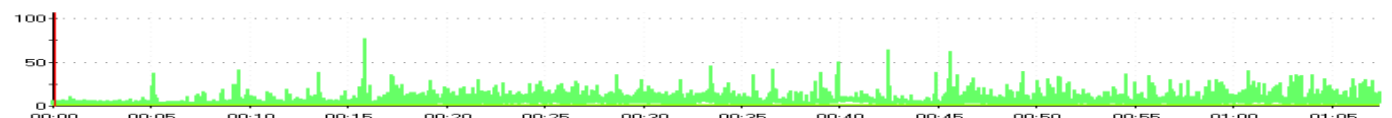
Participante No. 16. Mujer de 21 años, la cual expresa que el conflicto primordial que ha tenido en su vida, fue el asesinato de su tío, al cual consideraba su padre por el apoyo que había recibido de él.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Saber que no volverá a ver a su tío	Los problemas a los que se enfrentaron tras la muerte de su tío			Ser objeto de burla tras el asesinato de su tío		Nivel: alto Dominancia : Baja autoestima, Ego (-)	Moderado
No resuelto 15 años	No resuelto 10 años			Resuelto			
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
Estado	Rasgo		1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Leve				
			4.51 5.16	86.7 87.2	2.01 2.31	2.38 1.14	34.4 33.8
			5 2				9 6

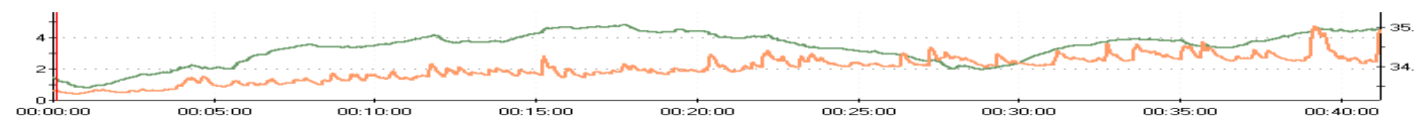
Contracción muscular, primera sesión



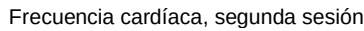
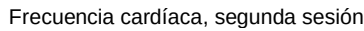
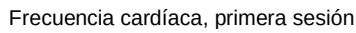
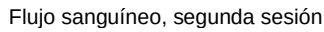
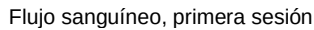
Contracción muscular, segunda sesión



Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión

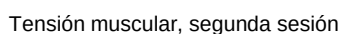
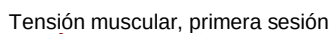


Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión

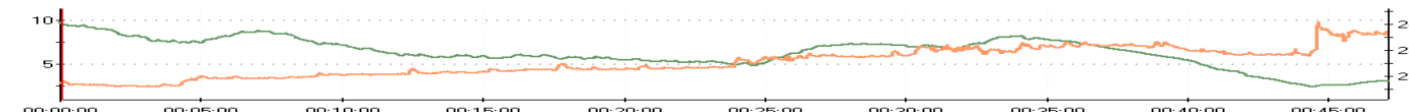


Participante No. 17. Fémina de 19 años, quien indica que la principal complicación que vive, es la inestabilidad familiar que hay en su casa, consecuencia de la serie de infidelidades que hay entre sus padres. Lo que originó que su papá llevara a otra de sus hijas a vivir a su familia nuclear.

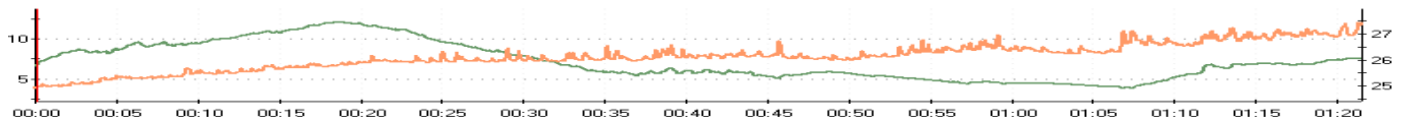
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA	CELOS		VERGÜENZA	ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA		
La mala relación que tienen sus padres	A su mamá, por tener novio y presentárselo		Por su papá, no quiere perder su atención				A su media hermana, por tener más atención de padre		Nivel: alto				
No resuelto	No resuelto		No resuelto				No resuelto			Dominancia, Ególatra, Ego (+)	Alta		
10 años	10 años		7 años				7 años						
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIAS GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Alto	Leve	11.0	5.26	82.6	95.0	5.17	7.78	0.69	0.84	23.4	25.9
				1		1	0					5	4



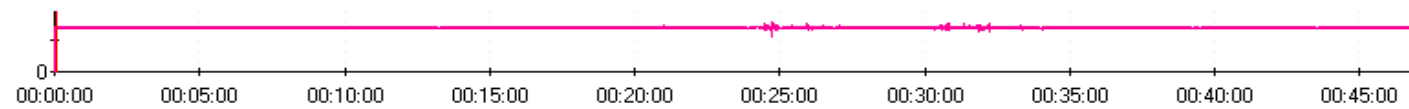
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



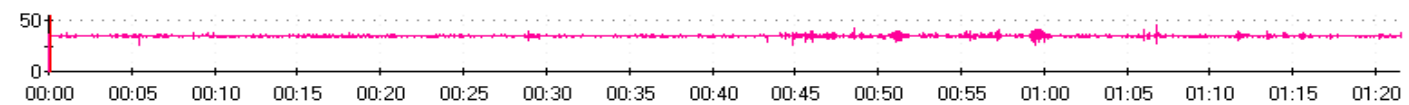
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



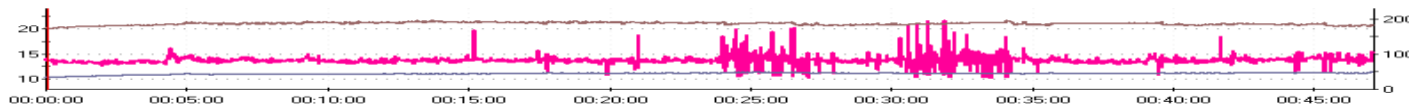
Flujo sanguíneo, primera sesión



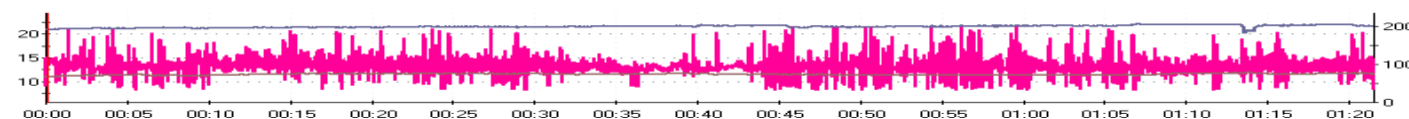
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



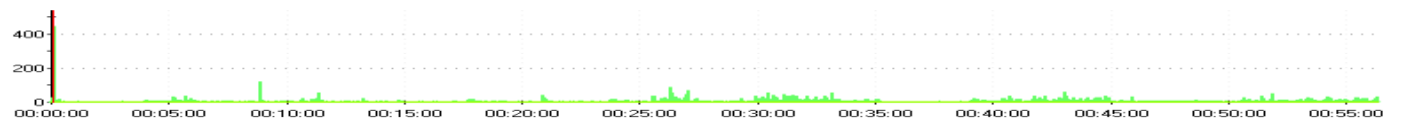
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



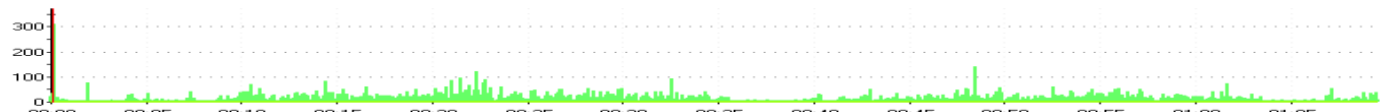
Participante No. 18. Mujer de 30 años, lo cual relata que la complicación vital que ha vivido, fue una enfermedad autoinmune que padeció en su infancia, lo que trajo distintas consecuencias como: sobreprotección, sobrepeso y burlas a su persona.

FRUSTRACIÓN	ODIO		CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA					
La enfermedad que padeció	Hacia: dios, a la enfermedad y a ella		Por descuidarse	El trato preferencial que tiene		El físico de otras personas	Nivel: alto						
No resuelto 10 años	No resuelto 10 años	No resuelto 1 año	Resuelto		Resuelto	Dominancia : Fracasado, Ego (-)	Alto						
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Alto	Medio	Medio	Moderado	3.60	4.59	77.19	71.17	2.89	2.34	1.89	1.24	28.56	25.34

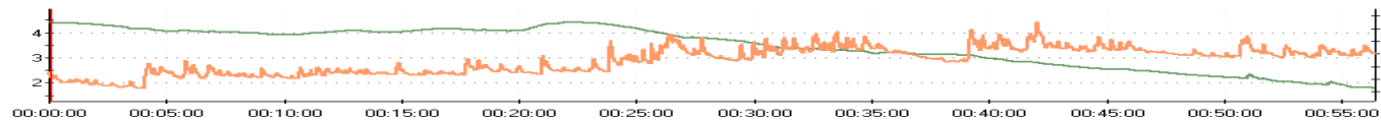
Contracción muscular, primera sesión



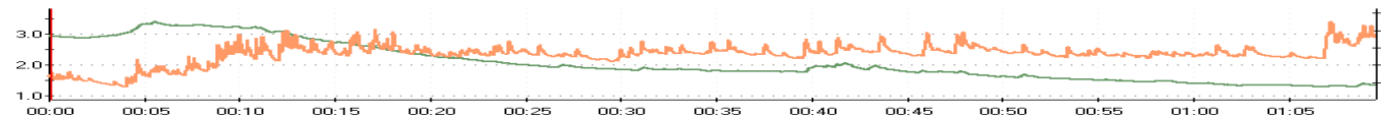
Contracción muscular, segunda sesión



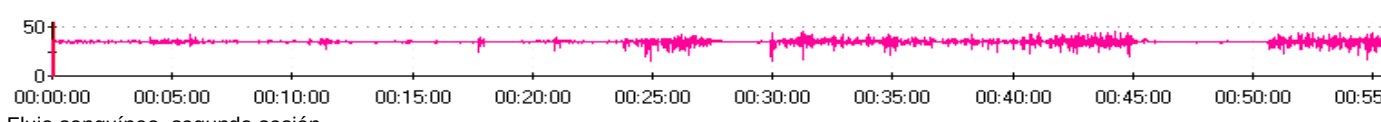
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



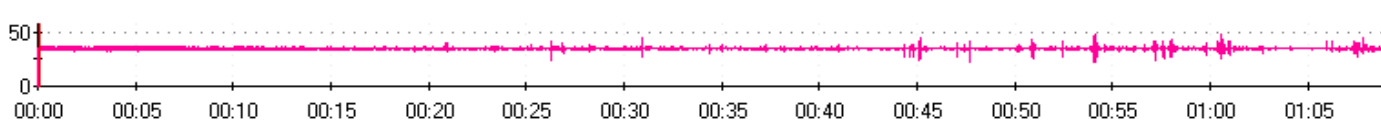
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



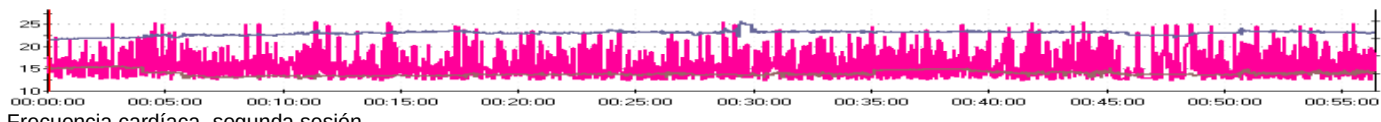
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



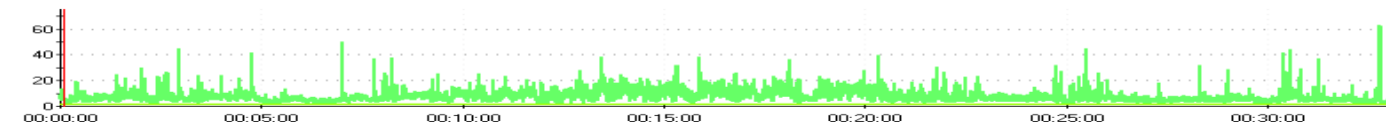
Frecuencia cardíaca, segunda sesión

Participante No. 19. Fémína de 21 años, la cual revela que la dificultad más significativa que vivencia, es la mala relación que tiene con su abuela paterna, ya que ésta maltrata a su papá.

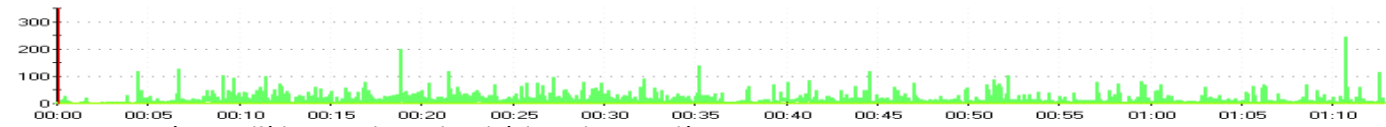
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
El maltrato de su abuela materna hacía su papá	A su abuela y a su padre		Por su papá			Nivel: alto	
No resuelto	No resuelto		No resuelto			Dominancia: Dejado, Ego (-)	Moderado
13 años	7 años		14 años				

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	Rasgo	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
Bajo	Medio	Medio	Leve	1ª sesión: 7.2 2ª sesión: 5.9	1ª sesión: 77.02 2ª sesión: 78.55	1ª sesión: 1.18 2ª sesión: 0.65	1ª sesión: 0.85 2ª sesión: 0.69	1ª sesión: 22.83 2ª sesión: 24.65

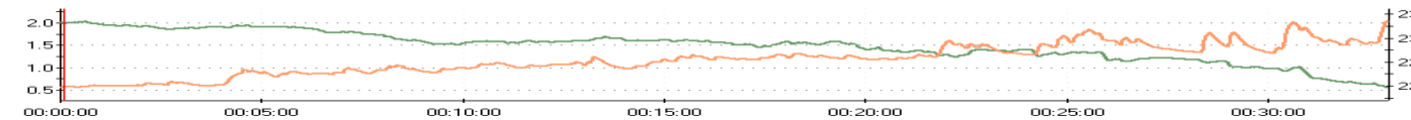
Contracción muscular, primera sesión



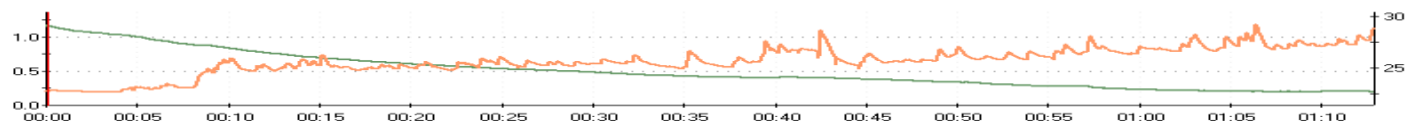
Contracción muscular, segunda sesión



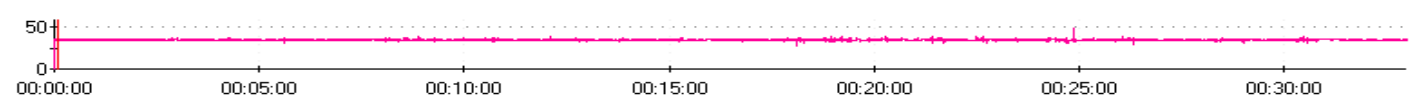
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



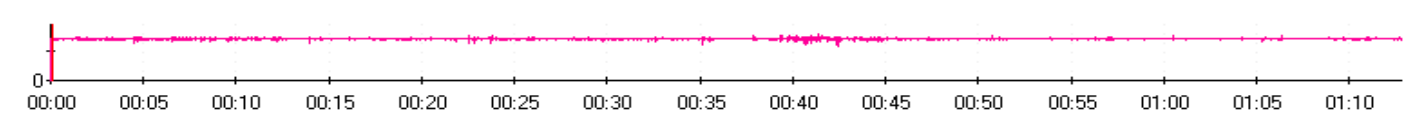
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



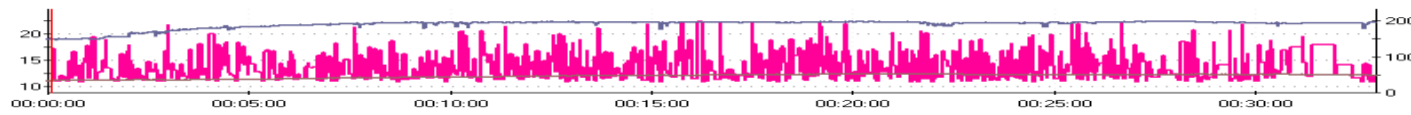
Flujo sanguíneo, primera sesión



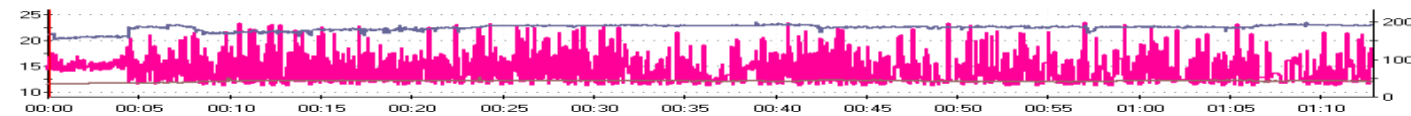
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión



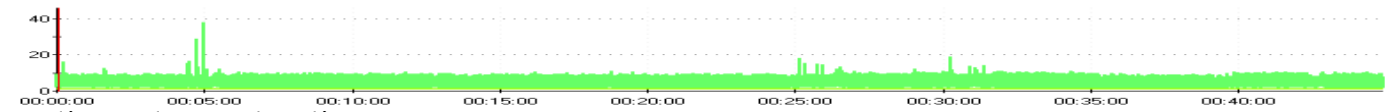
Participante No. 20. Mujer de 20 años, quien refiere que la principal problemática que vive, son las discusiones constantes de sus papás, los cuales ocasionalmente la hacen tomar parte.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Las peleas de sus padres	A su mamá, por hacerla tomar parte en las discusiones	No poder expresar lo que siente				Nivel: medio	
No resuelto 12 años	No resuelto 5 años	No resuelto 8 años				Dominancia: a: Ególatra, Ego (+)	Alta

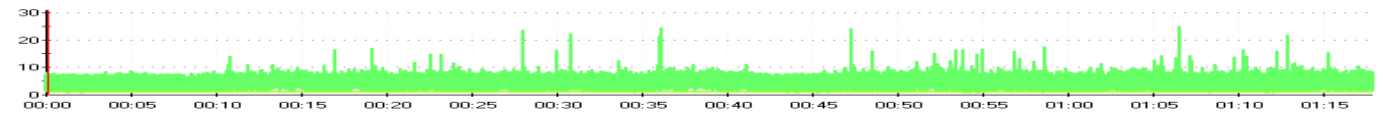
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
	Rasgo						

Medio	Medio	Alto	Leve	1ª sesión n	2ª sesión n	1ª sesión n	2ª sesión n	1ª sesión n	2ª sesión n	1ª sesión n	2ª sesión n	1ª sesión n	2ª sesión n
				3.2	2.9	84.	80.	1.5	2.3	1.38	0.6	29.	32.
				8	1	17	54	1	6		9	80	41

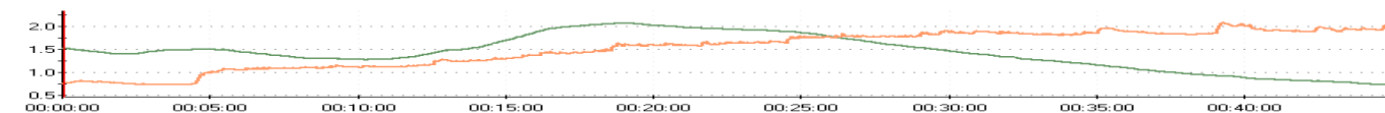
Tensión muscular, primera sesión



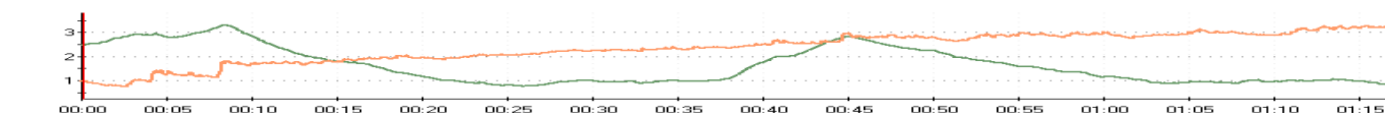
Tensión muscular, segunda sesión



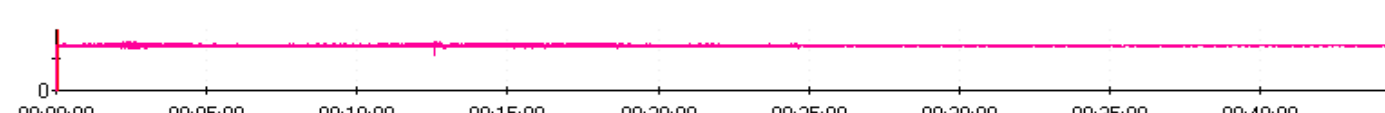
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



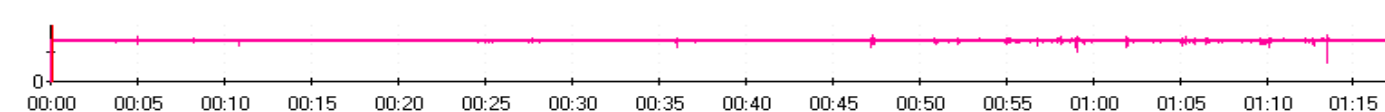
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



Flujo sanguíneo, primera sesión



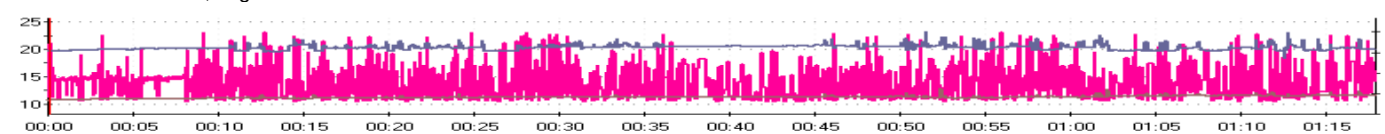
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

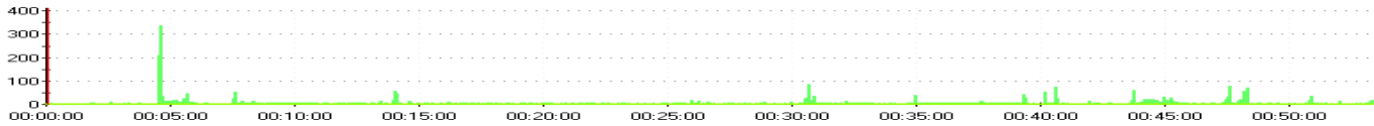


Participante No. 21. Fémica de 22 años, la cual exterioriza que el problema vital que ha vivenciado, fue la ruptura inesperada de su relación de pareja, y que al pedir una explicación de las causas de la separación, recibiera respuestas ambiguas.

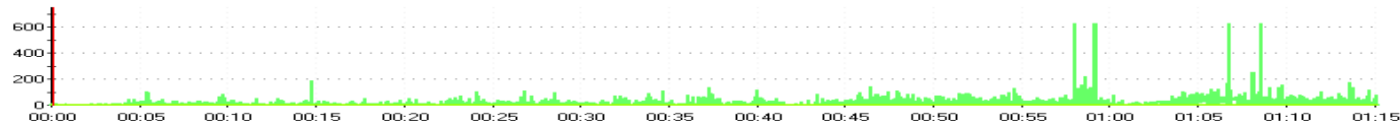
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Su relación de pareja terminara	A su ex novio, por no dar una explicación convincente	Sentir que pudo ser la causante de la ruptura		Sus conocidos se enteraran que la	A quienes tienen una relación de pareja estable	Nivel: alto Dominancia: Baja autoestima, Ego (-)	Moderado

						habían terminado							
No resuelto	No resuelto	No resuelto				Resuelto	Resuelto						
4 años	4 años	4 años											
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	Rasgo	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA					
Alto	Medio	Medio	Leve	1ª sesión 2.6 6	2ª sesión 11. 17	1ª sesión 77. 39	2ª sesión 71. 77	1ª sesión 1.6 8	2ª sesión 2.9 4	1ª sesión 1.84	2ª sesión 1.2 2	1ª sesión 32. 13	2ª sesión 31. 86

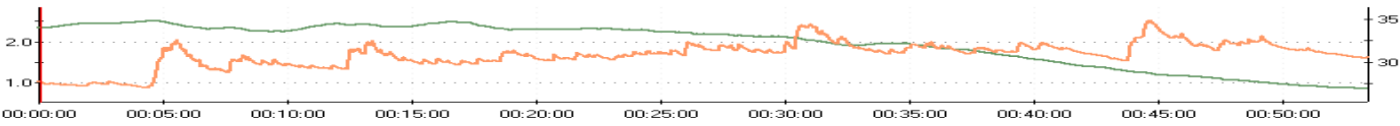
Contracción muscular, primera sesión



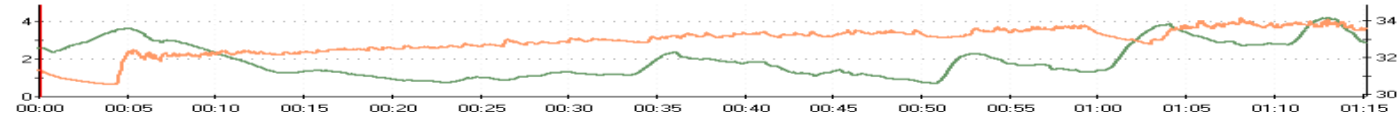
Contracción muscular, segunda sesión



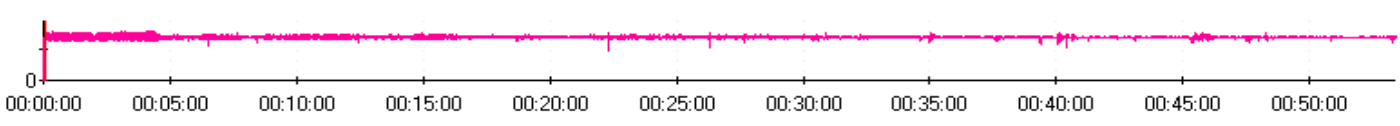
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



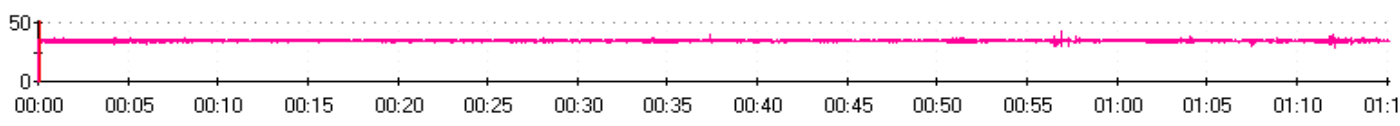
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



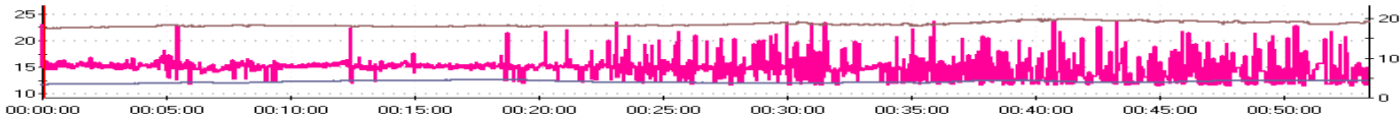
Flujo sanguíneo, primera sesión



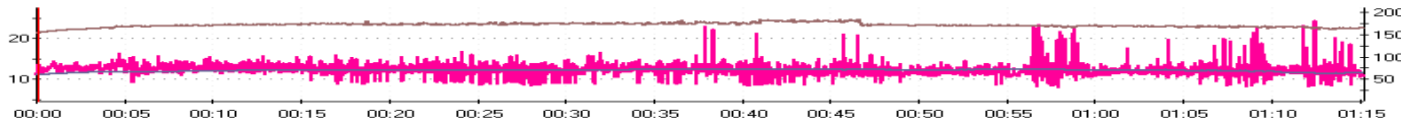
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



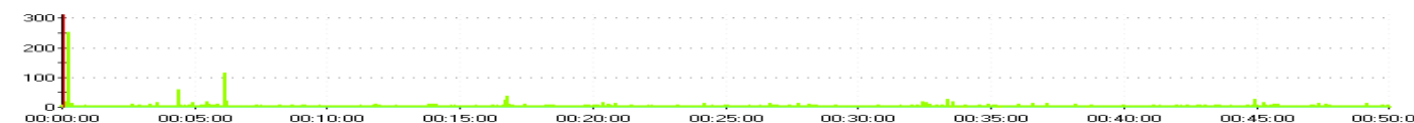
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



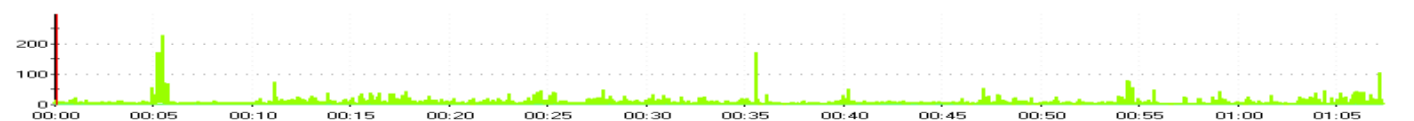
Participante No. 22. Mujer de 27 años, la cual identifica como su principal conflicto, la ausencia de su padre por motivos de trabajo, lo que ha facilitado que éste le sea infiel a su mamá.

FRUSTRACIÓN	ODIO		CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA		APATÍA			
La actitud de su padre, y la infidelidad hacía su madre	A su padre, por la infidelidad y el maltrato a su mamá		Su nacimiento desencadenó la actitud de su papá			A quienes tienen un papá atento y responsable		Nivel: alto					
No resuelto	No resuelto		No resuelto			No resuelto		Tendencia : Desadaptado, Ego (-)		Moderado			
20 años	18 años		10 años			10 años							
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Alto	Leve	3.09	3.87	74.59	83.49	1.54	1.84	0.63	0.96	27.59	28.90

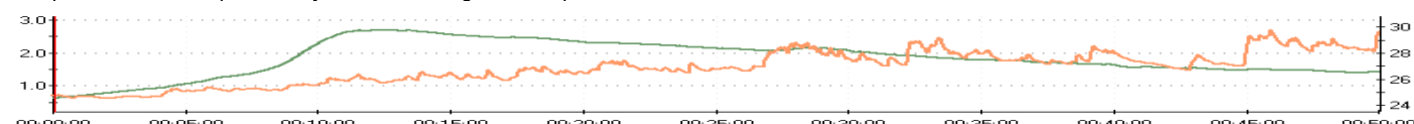
Contracción muscular, primera sesión



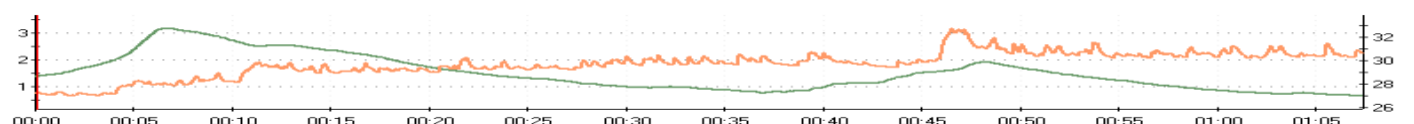
Contracción muscular, segunda sesión



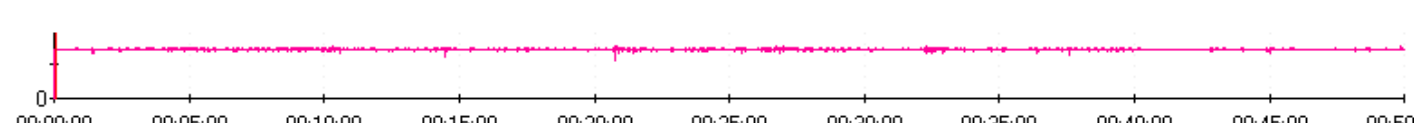
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



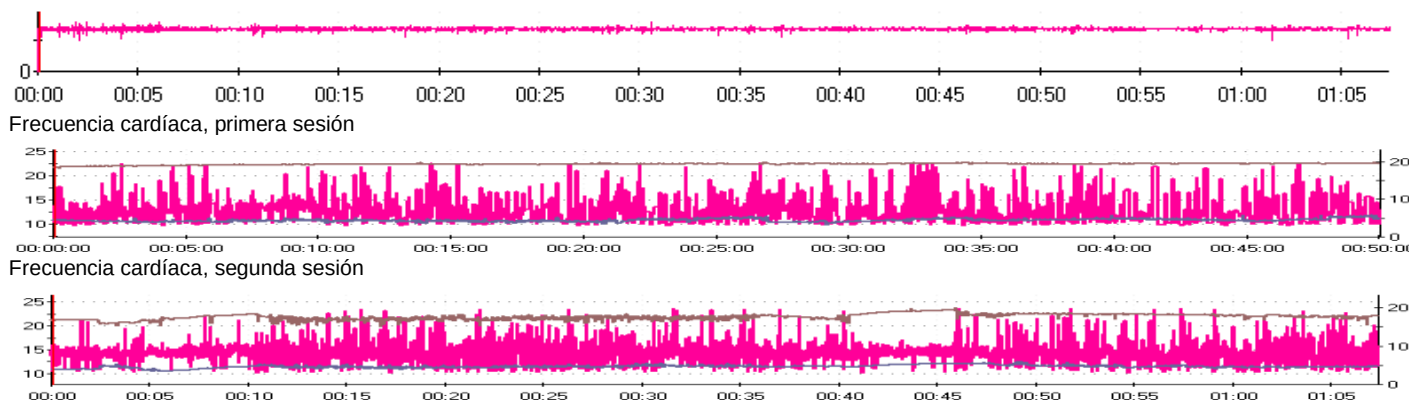
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



Flujo sanguíneo, primera sesión



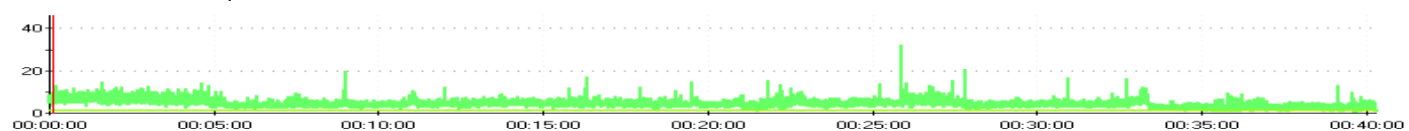
Flujo sanguíneo, segunda sesión



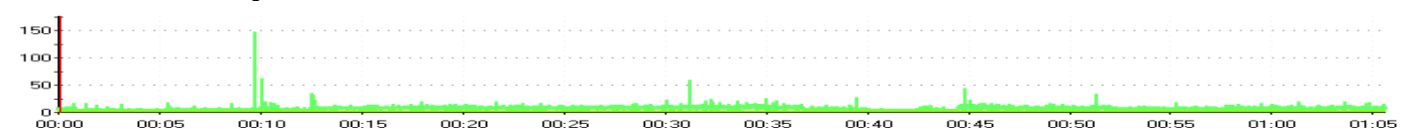
Participante No. 23. Fémína de 30 años, quien reveló que la complicación más importante que ha experimentado, fue el suicidio de uno de sus primos.

Experimentado, fue el suicidio de uno de sus primos.															
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA		APATÍA	
El suicidio de su primo		Hacia quienes se suicidan		Haberle dejado de hablar semanas antes por un chisme		Por su primo						Nivel: alto			
No resuelto 3 años		Resuelto		No resuelto 3 años		Resuelto						Dominancia: Baja autoestima Ego (-)		Moderado	
SOMATIZACIÓN		ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA		CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
		Estado				1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión	
Bajo		Medio		Leve		4.0		61.		2.0		3.2		34.	
						2		31		6		4.92		65	
						0		53		9				62	

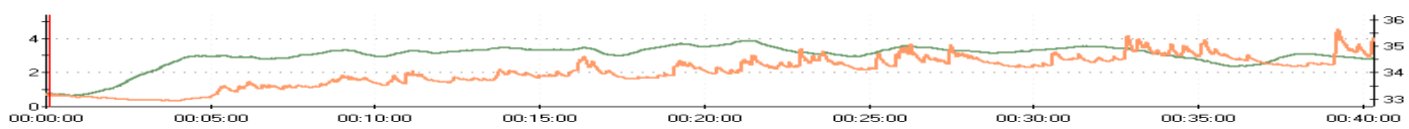
Contracción muscular, primera sesión



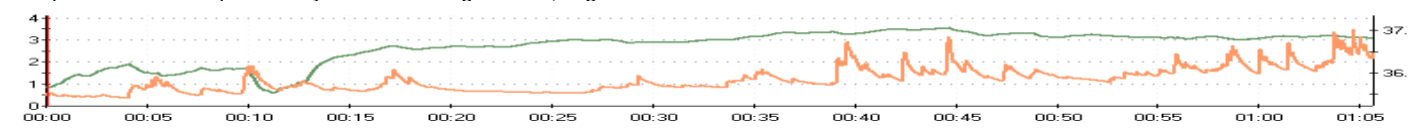
Contracción muscular, segunda sesión



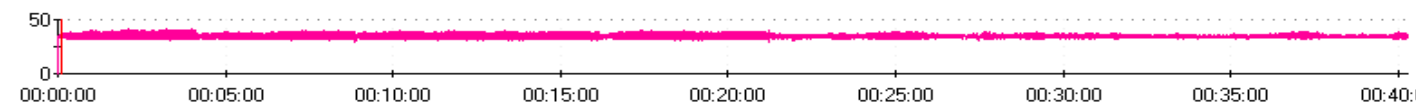
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



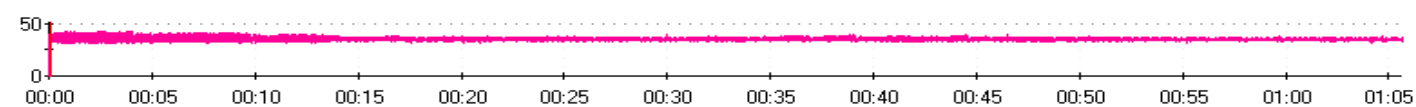
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



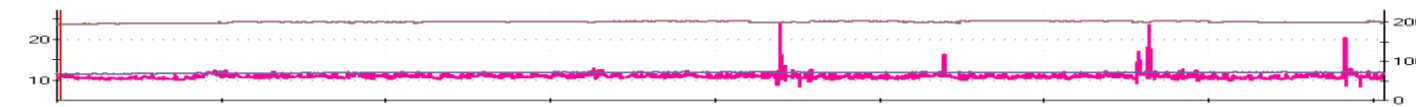
Flujo sanguíneo, primera sesión



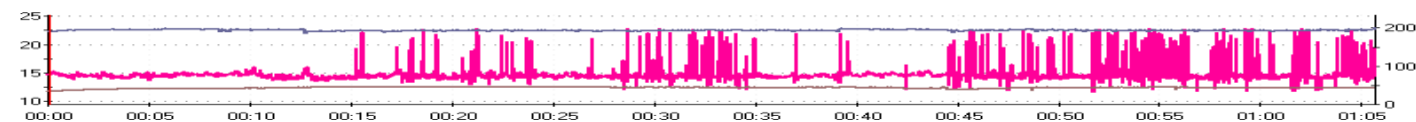
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

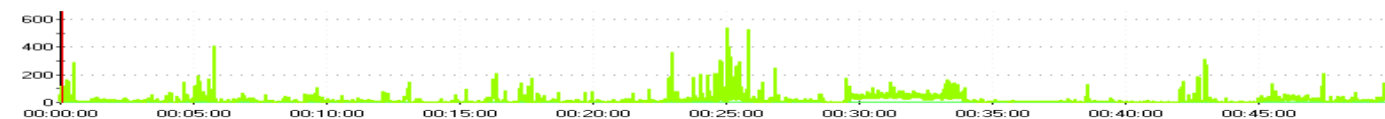


Participante No. 24. Mujer de 19 años, la cual argumenta que el problema más relevante que ha experimentado, fue la muerte de su abuela materna, lo que originó problemas y desunión familiar.

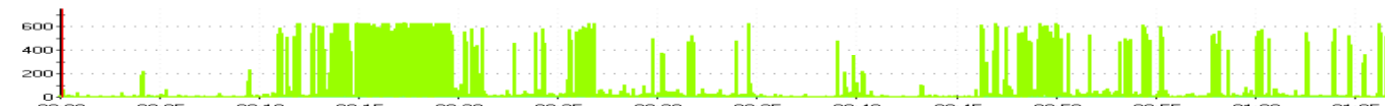
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La muerte de su abuela y la desunión familiar que ello provocó		No haber pasado más tiempo con su abuela, por estar con sus amigos				Nivel: medio	
No resuelto		No resuelto				Dominancia: a: Baja autoestima, Ego (-)	Moderado
5 años		5 años					

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	Rasgo	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA A GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
Medio	Medio	Alto	Leve	1ª sesión: 12, 75; 2ª sesión: 38, 13	1ª sesión: 75, 74; 2ª sesión: 77, 69	1ª sesión: 0.9, 1; 2ª sesión: 0.6, 5	1ª sesión: 0.86, 0.9; 2ª sesión: 2, 2	1ª sesión: 23, 76; 2ª sesión: 29, 26

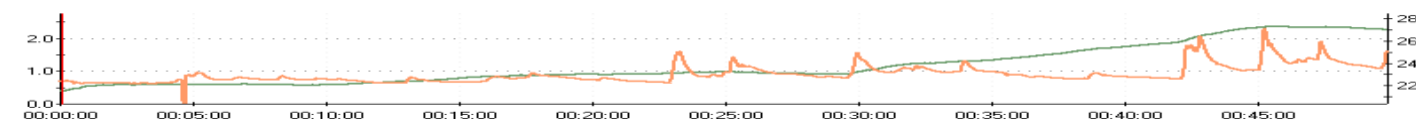
Contracción muscular, primera sesión



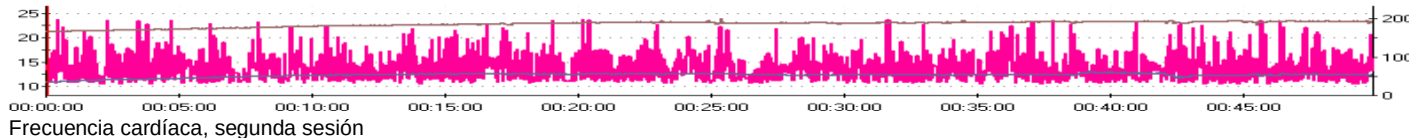
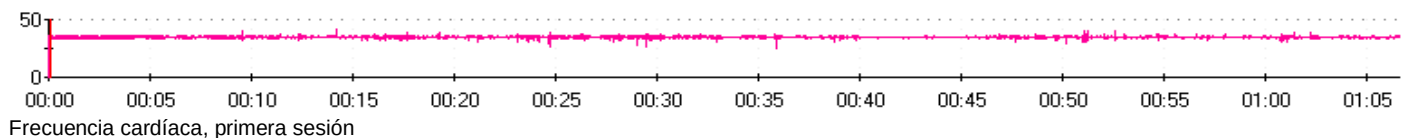
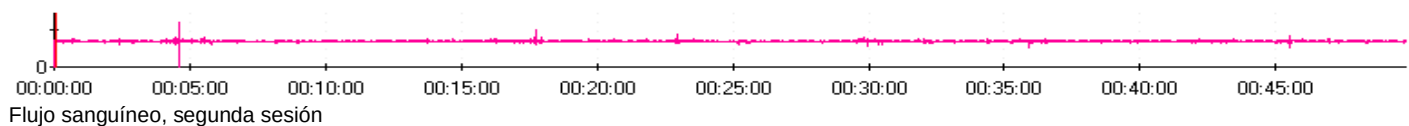
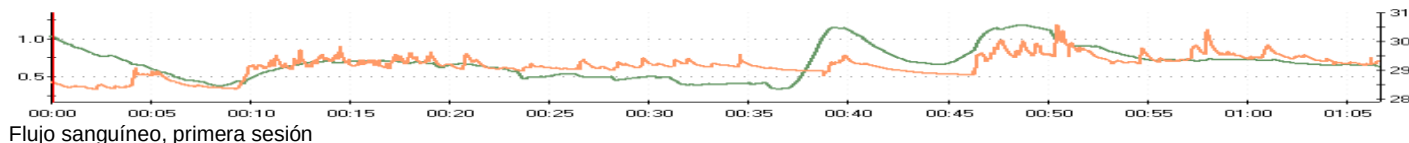
Contracción muscular, segunda sesión



Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



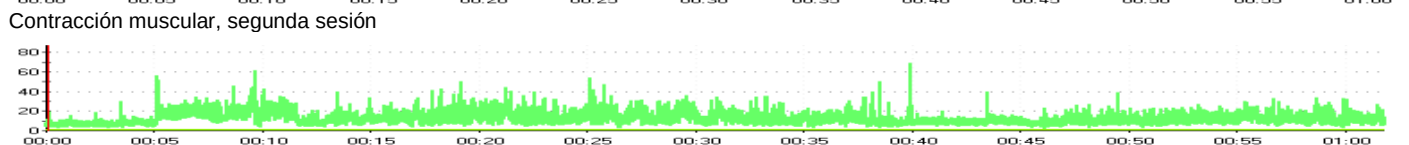
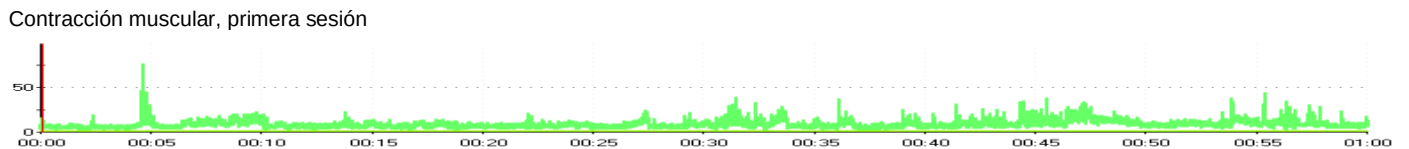
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



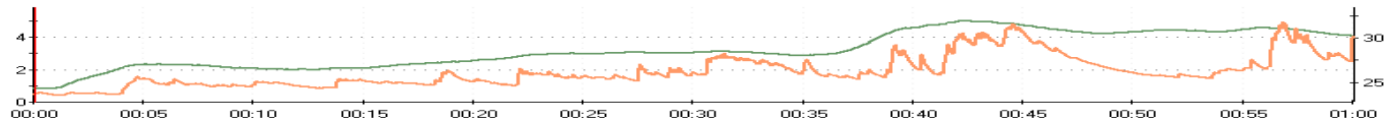
Participante No. 25. Fémica de 20 años, la cual relata que el problema primordial al que ha hecho frente, son las burlas por su sobrepeso.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Le hagan burla por su sobrepeso	A las personas que se burlaban de ella y a sí misma			Su cuerpo		Nivel: alto	
No resuelto 13 años	No resuelto 10 años			No resuelto 8 años		Dominancia: Incomprendido o social, Ego (-)	Moderado

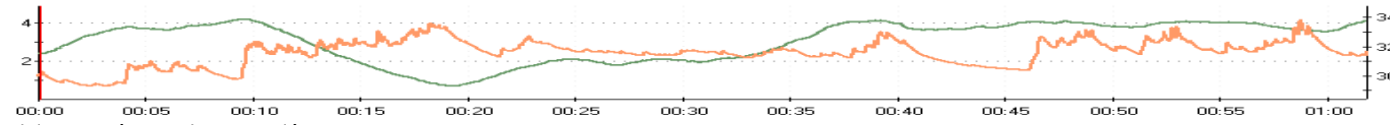
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	Rasgo	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
Medio	Medio	Alto	Leve	1ª sesión: 7.73, 2ª sesión: 11.88	1ª sesión: 86.64, 2ª sesión: 106.46	1ª sesión: 1.88, 2ª sesión: 2.43	1ª sesión: 1.27, 2ª sesión: 1.71	1ª sesión: 28.65, 2ª sesión: 32.38



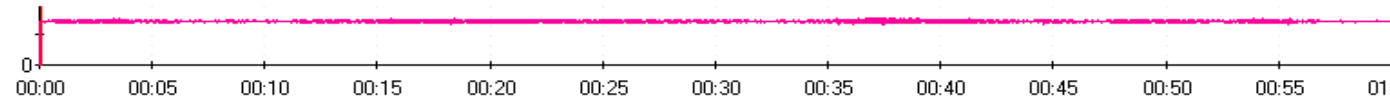
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



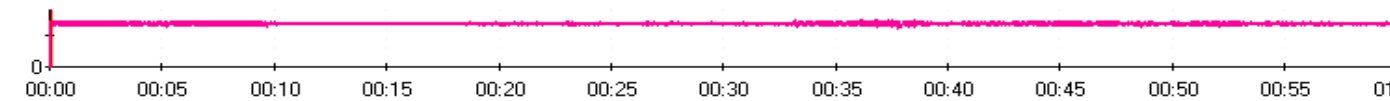
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



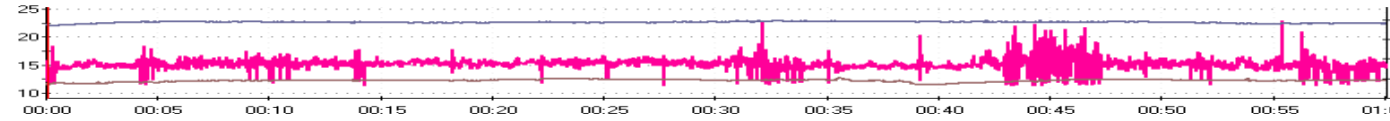
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión

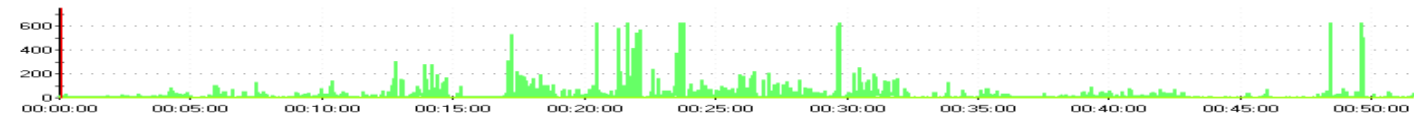


Frecuencia cardíaca, segunda sesión

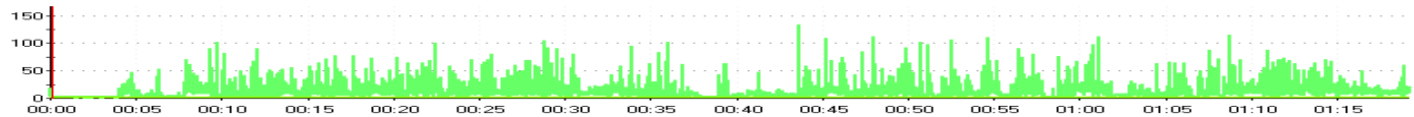
Participante No. 26. Mujer de 29 años, quien señala que la principal dificultad que ha vivenciado, fue la separación de sus padres, lo que implicó que su papá se alejara, y perdiera el cariño y protección que éste le hacía sentir.

procedimiento que esto le había costado															
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA		APATÍA	
Su padre no estuviera presente para brindarle cariño y protección				Que su mamá tolerara infidelidad es y golpes por ella y su hermana		Por su padre				A quienes tienen un padre protector y cariñoso		Dominancia: Baja autoestima, Ego (-)		Moderado	
				No resuelto		No resuelto				No resuelto					
				20 años		20 años				12 años		20 años			
SOMATIZACIÓN		ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA		CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
		Estado		Rasgo											
						1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión	
Medio		Medio		Medio		Leve		10.30		10.30		81.67		92.09	

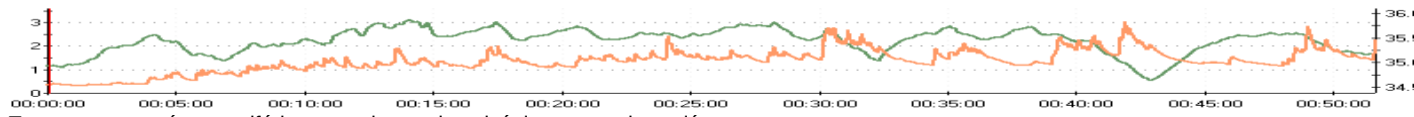
Contracción muscular, primera sesión



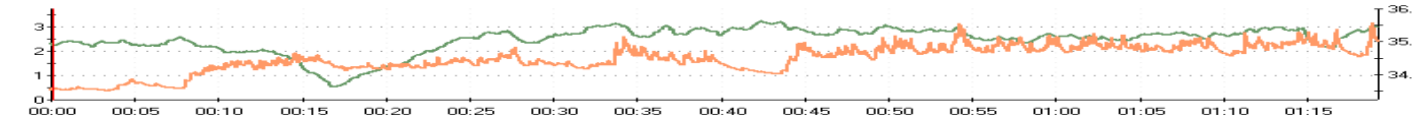
Contracción muscular, segunda sesión



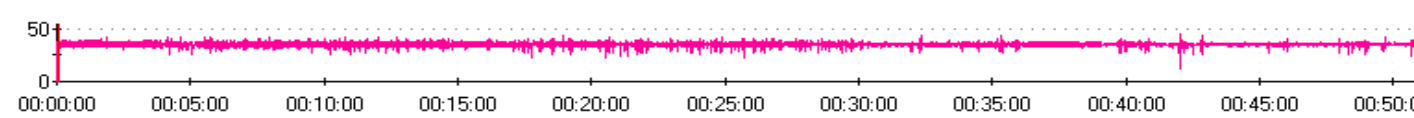
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



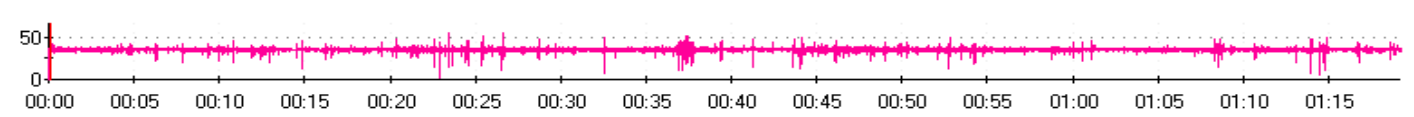
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



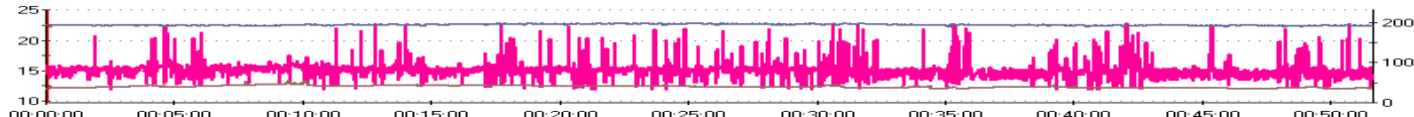
Flujo sanguíneo, primera sesión



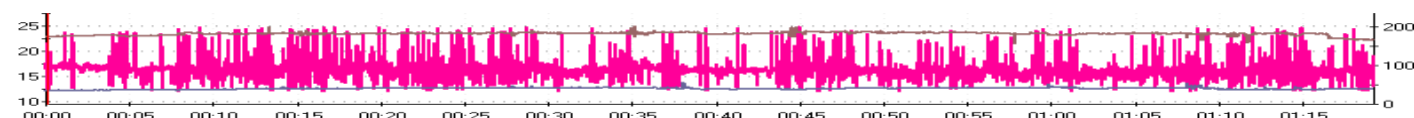
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

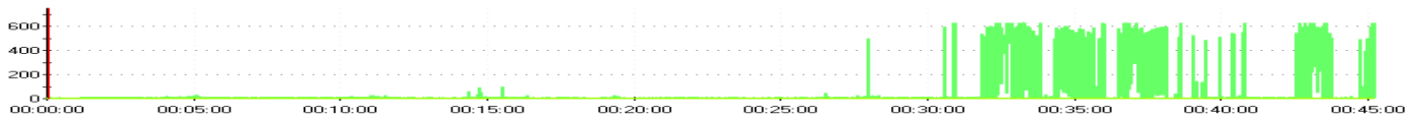


Participante No. 27. Fémnia de 20 años, quien expresa que su principal conflicto fue la mala relación que tuvo con su mamá, lo que la llevó a consumir tabaco y alcohol.

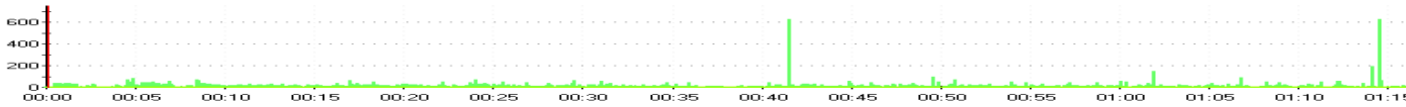
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
No sentirse amada por su mamá	Hacia su mamá y su hermana menor	Hacia su mamá, por haberla insultado y hacerle daño	Por el cariño y atención de su hermano	El consumir tabaco y alcohol	A su cuñada, por tener la atención de su hermano	Nivel: medio	
No resuelto	Resuelto	No resuelto	No resuelto	Resuelto	No resuelto	Dominancia: Sumiso, Ego (-)	Alta
6 años		5 años	4 años		4 años		
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
	Rasgo						

Medio	Medio	Medio	Leve	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
				55.70	5.22	68.23	86.93	1.03	3.18	1.88	1.48	28.43	35.11

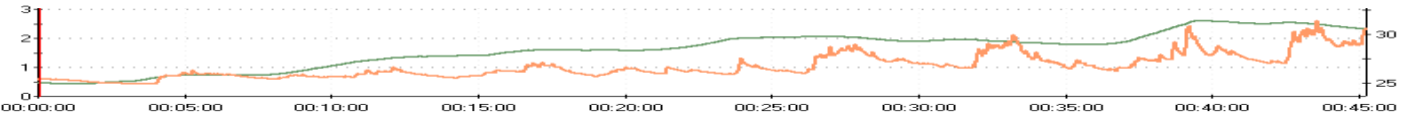
Contracción muscular, primera sesión



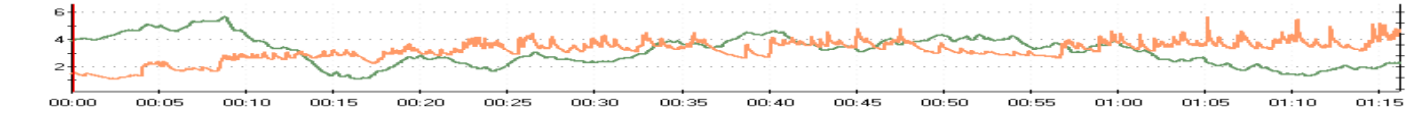
Contracción muscular, segunda sesión



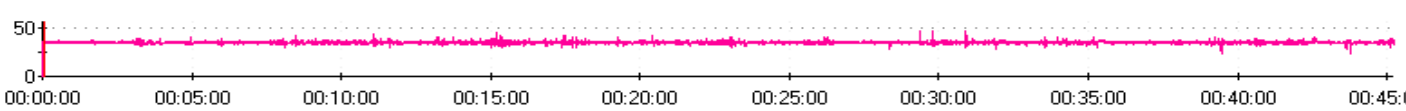
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



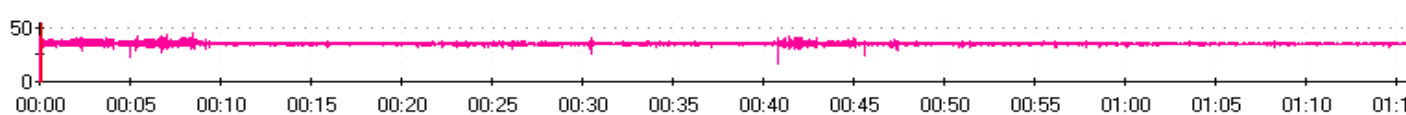
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



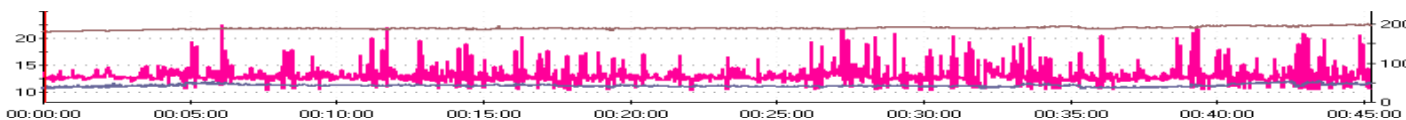
Flujo sanguíneo, primera sesión



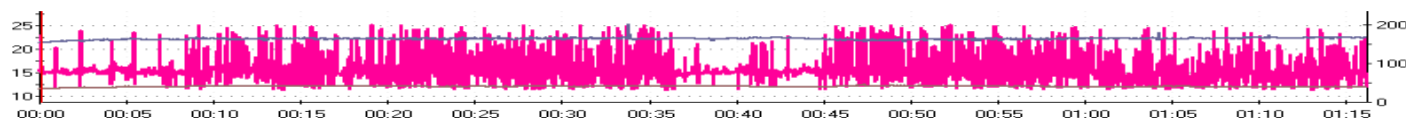
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



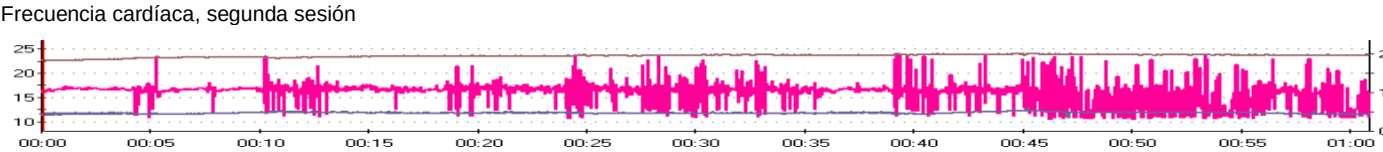
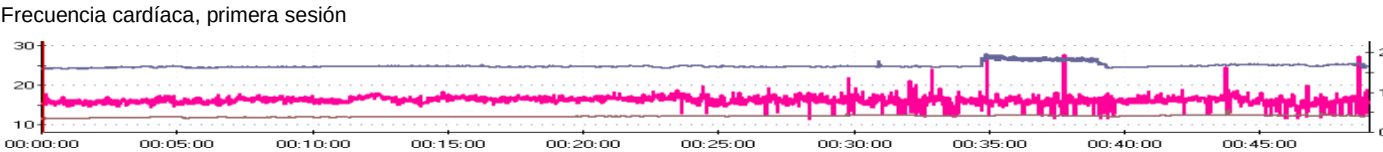
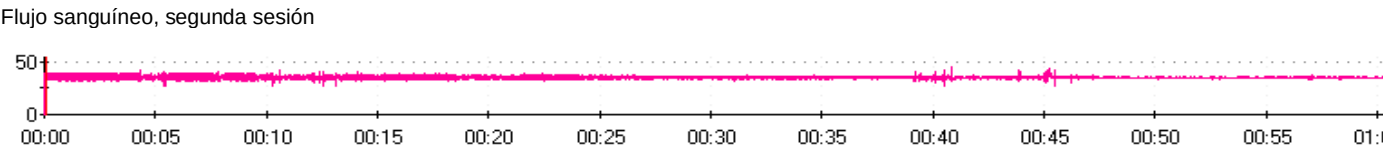
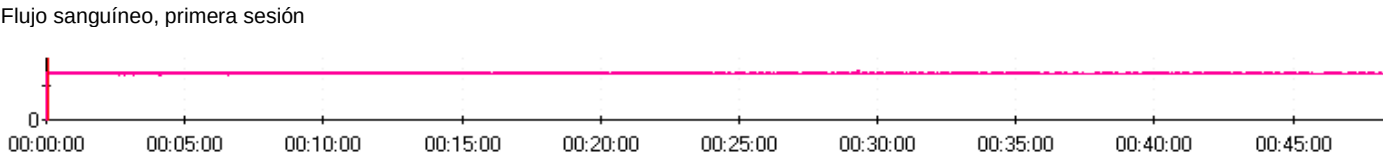
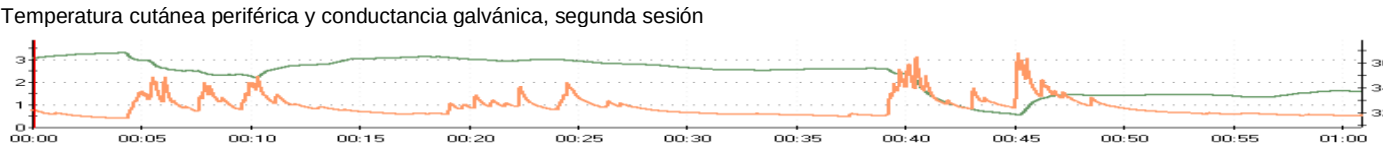
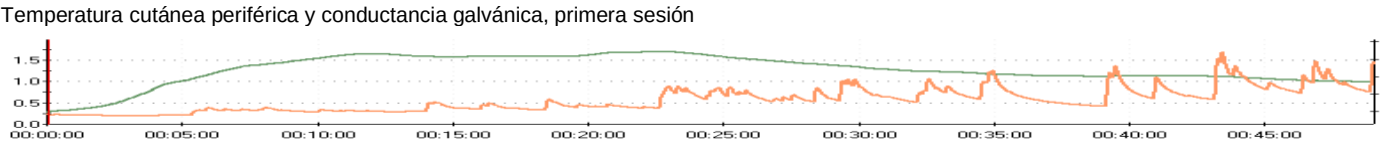
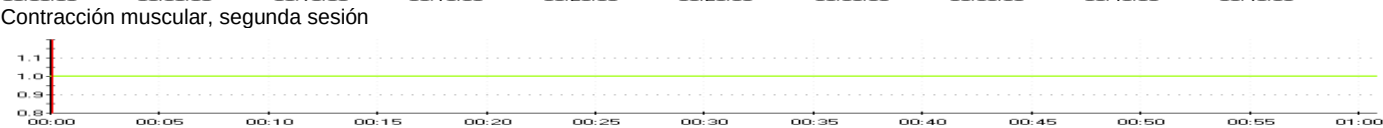
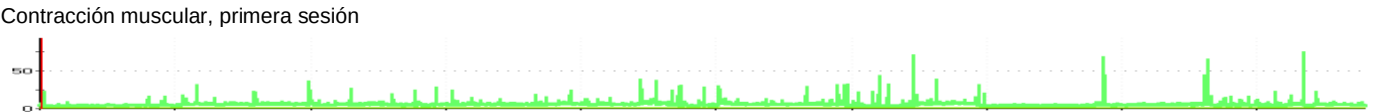
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



Participante No. 28. Mujer de 19 años, quien exterioriza que el problema vital que ha experimentado, es que su padre haya muerto en un accidente cuando estaba molesta con él.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Estar molesta con su padre cuando éste falleció	A la muerte	Haber discutido con su papá				Nivel: alto	
No resuelto	No resuelto	No resuelto				Dominancia: Desadaptado, Ego (-)	Moderado
2 años	2 años	2 años					

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Alto	Medio	Medio	Moderado	4.60	7.20	79.59	103.30	0.57	0.90	0.75	2.47	28.48	34.98



Participante No. 29. Fémina de 29 años, quien revela que la problemática más relevante que ha experimentado, es la separación de sus papás, lo que también originó que su padre les retirara la palabra y el apoyo económico.

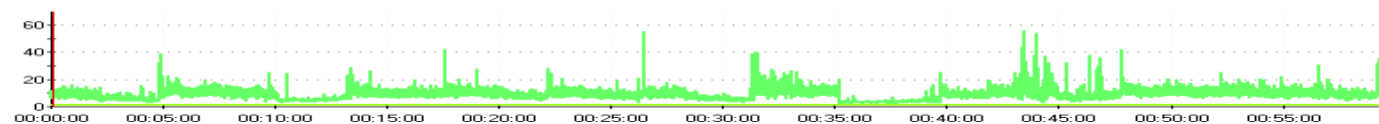
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROP��ICA	APATÍA
Que sus padres	A su padre, por	Su hermana				Nivel: medio	Moderado

separaran y actitud que se deprima
 ella no tomó y no pueda
 pudiera hacer nada hacer
 No resuelto No resuelto nada
 No resuelto No resuelto No resuelto
 5 años 4 años 4 años

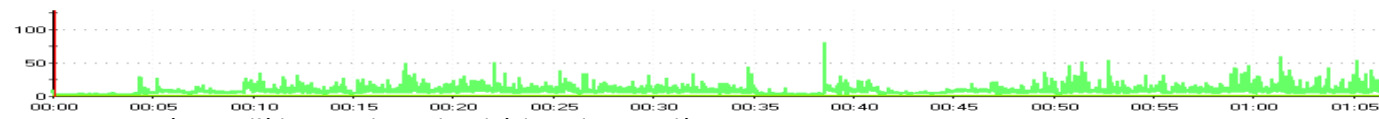
Tendencia
 :
 Desadaptado,
 Ego (-)

3 años		4 años		4 años									
SOMATIZA CIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTAC IÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estad o	Ras go		1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n
Medio	Medio	Alto	Leve	8.7	7.7	78.	86.	11.	17.	1.15	1.2	33.	34.
				9	6	31	29	85	93				

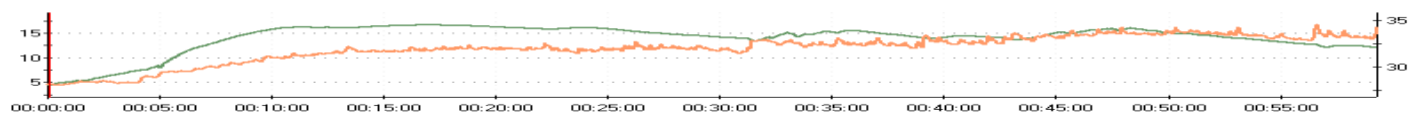
Contracción muscular, primera sesión



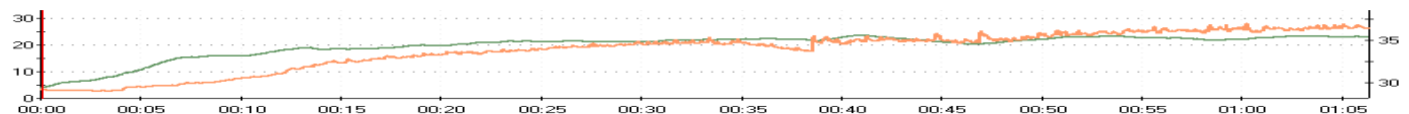
Contracción muscular, segunda sesión



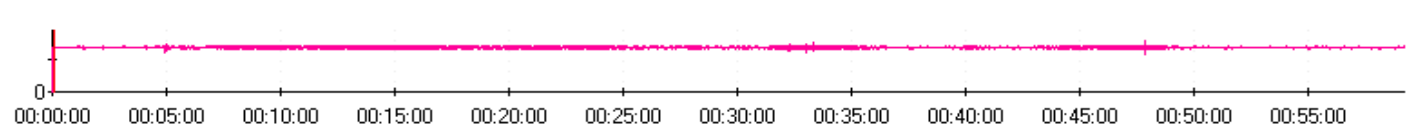
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



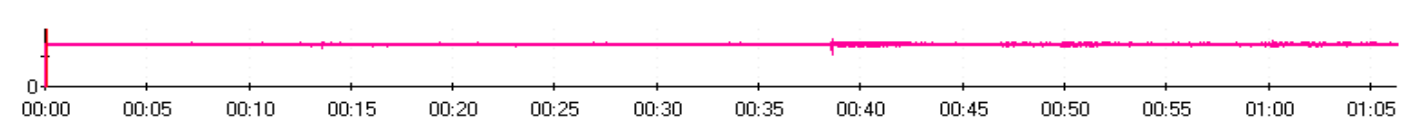
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



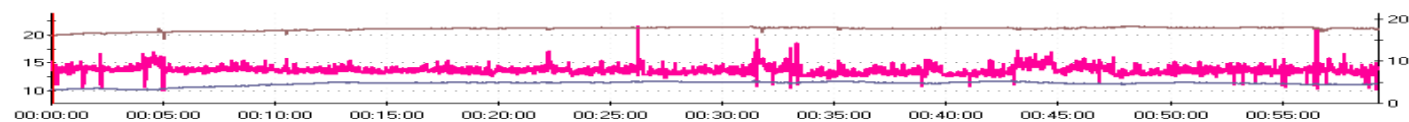
Flujo sanguíneo, primera sesión



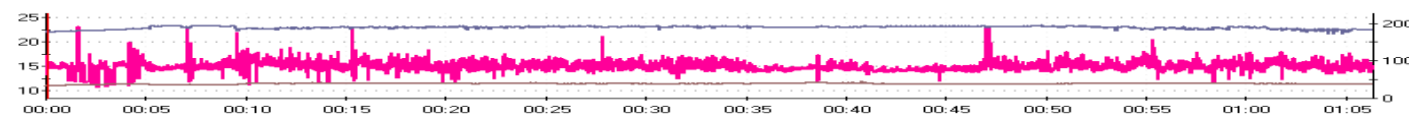
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



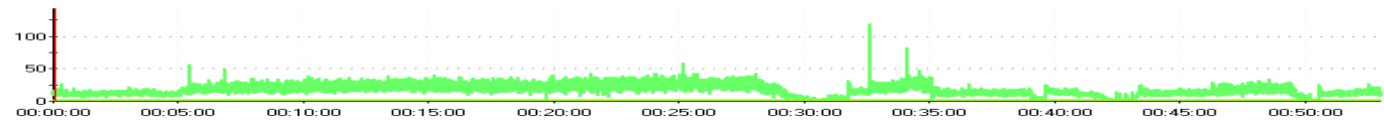
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



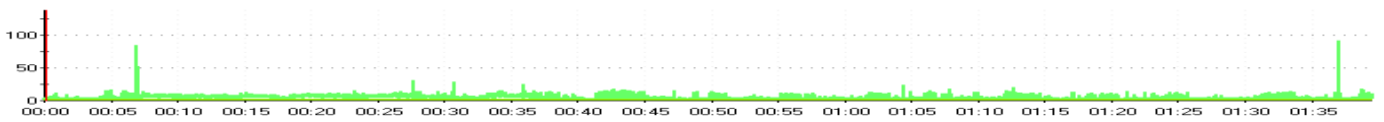
Participante No. 30. Mujer de 50 años, quien considera como conflicto primordial, la mala relación que tuvo con su ex esposo, así como la infidelidad de la que fue víctima por parte de éste.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
No haber tenido buena comunicación con su ex esposo	A su ex pareja y a ella misma	Por haber solicitado el divorcio		El que los demás supieran de la infidelidad de su esposo y de la mala comunicación que tenían	A quienes tienen un esposo responsable	Nivel: alto	Moderado
No resuelto 35 años	Resuelto	Resuelto		No resuelto 30 años	No resuelto 30 años	Dominancia : Ególatra, Ego (+)	
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
Media	Medio	Alto	Leve				
			1ª sesión 16.41	1ª sesión 77.48	1ª sesión 0.20	1ª sesión 1.35	1ª sesión 30.36
			2ª sesión 4.16	2ª sesión 74.10	2ª sesión 0.21	2ª sesión 0.85	2ª sesión 24.01

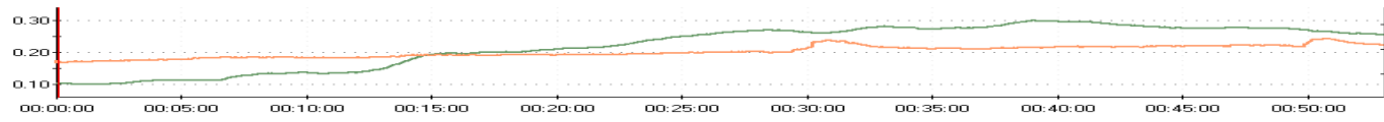
Tensión muscular, primera sesión



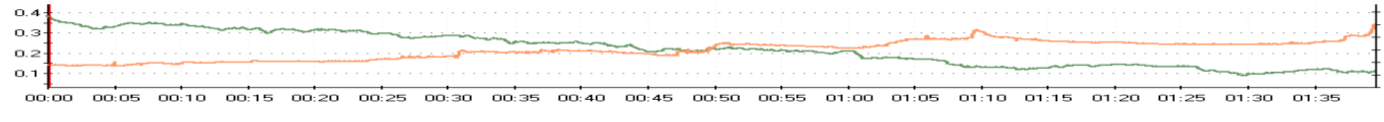
Tensión muscular, segunda sesión



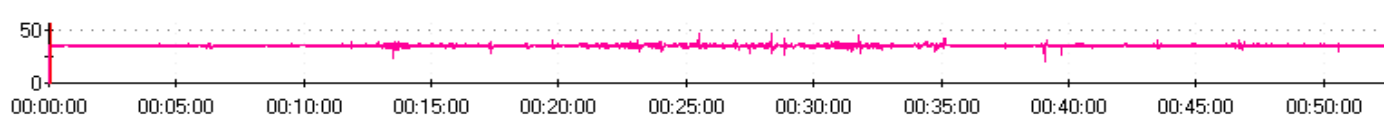
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



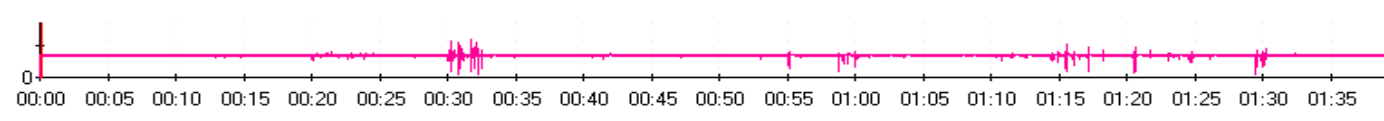
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



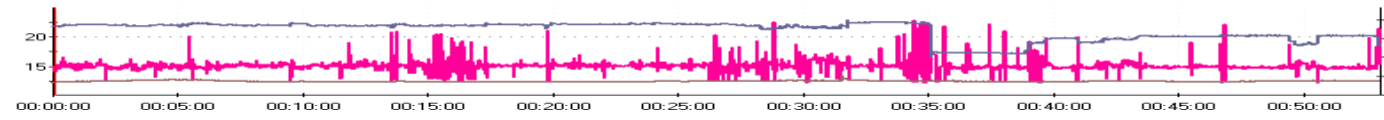
Flujo sanguíneo, primera sesión



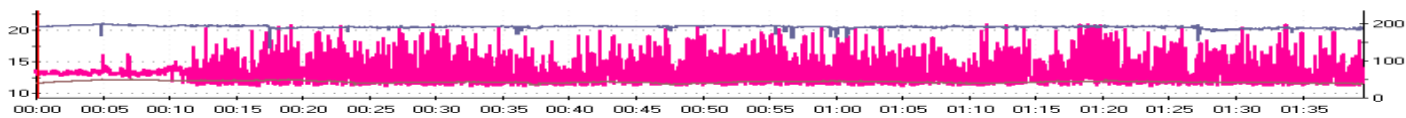
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Ritmo cardíaco, primera sesión



Ritmo cardíaco, segunda sesión

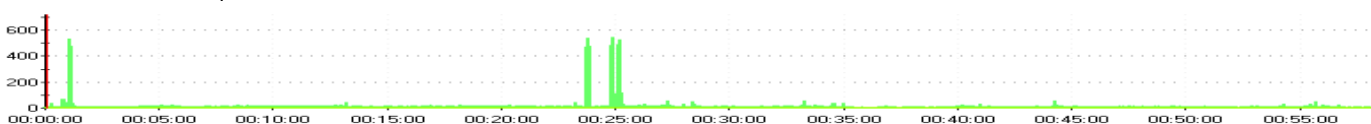


Participante No. 31. Fémina de 27 años, la cual indica que la principal complicación que ha experimentado, fue un accidente automovilístico que sufrió junto a sus familiares, lo que originó que su madre estuviera en cama por un tiempo, y que su familia se desbalanceara económicamente.

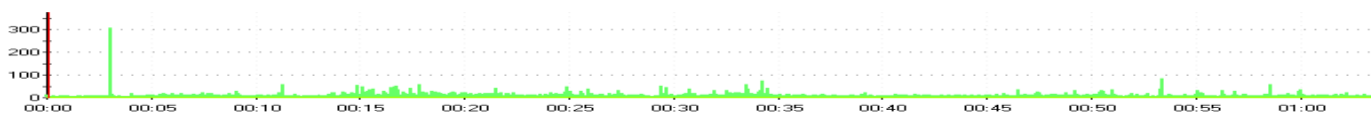
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
El accidente que sufrió su familia	Al señor que los chocó y se dio a la fuga				A quienes no han pasado por una dificultad semejante	Nivel: alto Dominancia: Incomprendido social, Ego (-)	Moderado
No resuelto 5 años	No resuelto 5 años				Resuelto		

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
	Rasgo		1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión	1ª sesión 2ª sesión
Alto	Medio	Leve	10.07 6.17	74.28 74.82	2.93 1.91	0.43 0.47	21.89 22.48

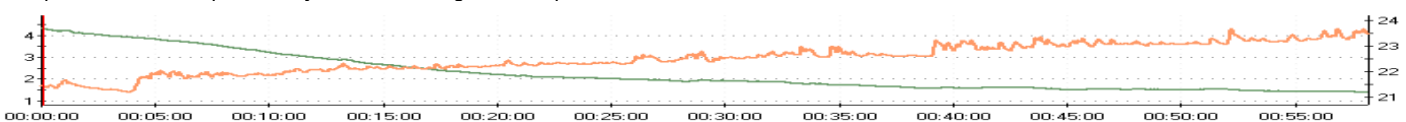
Contracción muscular, primera sesión



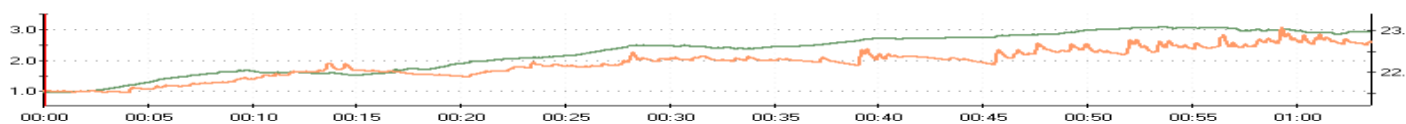
Contracción muscular, segunda sesión



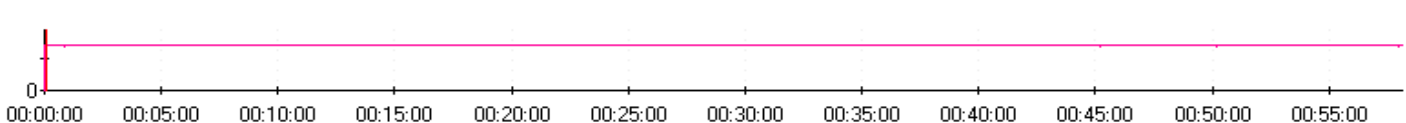
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



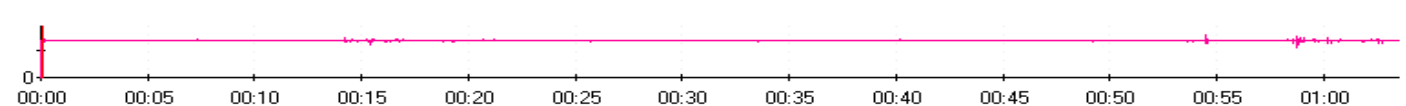
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



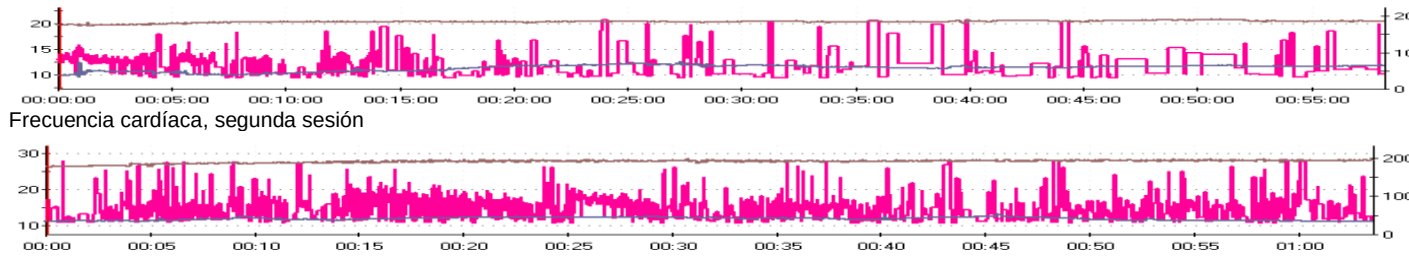
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión

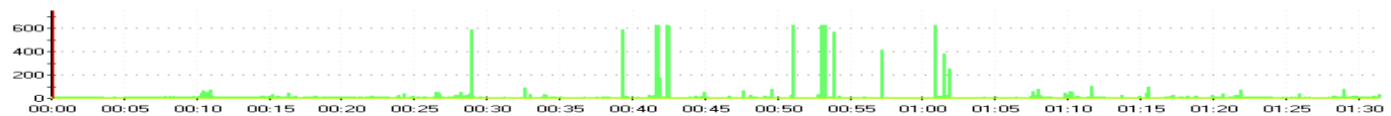


Participante No. 32. Mujer de 18 años, la cual señala como dificultad vital, la serie de suicidios que ejecutaron en un corto tiempo, personas que ella conocía: el compadre de sus papás, su amigo, un vecino y el amigo de su hermano.

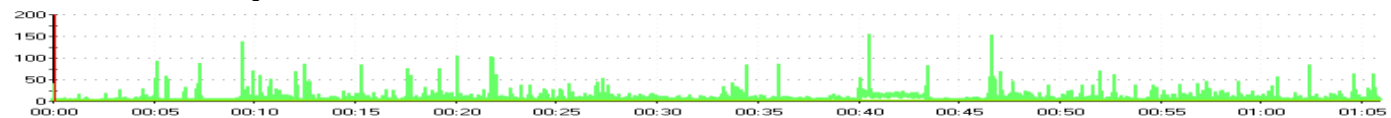
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
El que sus conocidos se suicidaran	A los que cometen suicidio	No haber podido ayudar a su amigo			A los que se suicidaron, pues han solucionado sus problemas Resuelto	Nivel: alto	
No resuelto 1 año	No resuelto 1 año	Resuelto				Dominancia: Dejado, Ego (-)	Alto

SOMATIZA CIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTAC IÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓ N MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA A GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATUR A CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estad o	Ras go		1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n
	Medi o	Alto		6.2	5.4	74.	76.	1.3	2.2	0.99	1.4	27.	30.
Alto			Moderad o	5	1	70	64	4	1		6	23	78

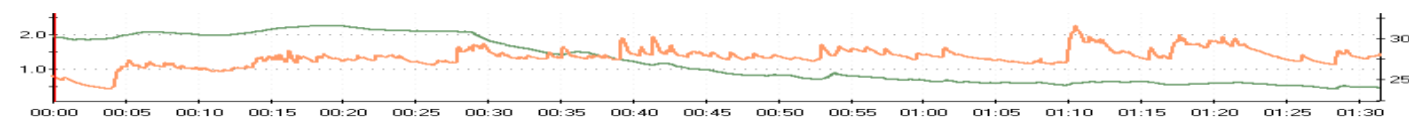
Contracción muscular, primera sesión



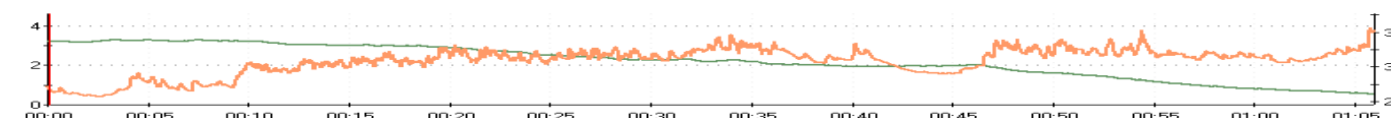
Contracción muscular, segunda sesión



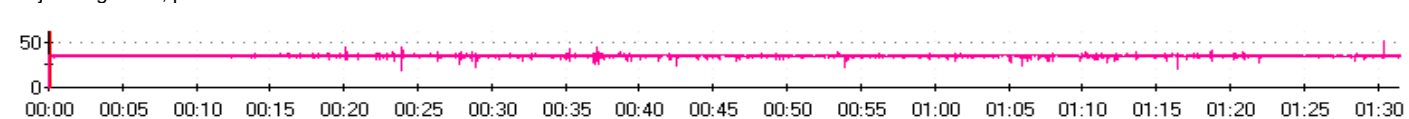
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



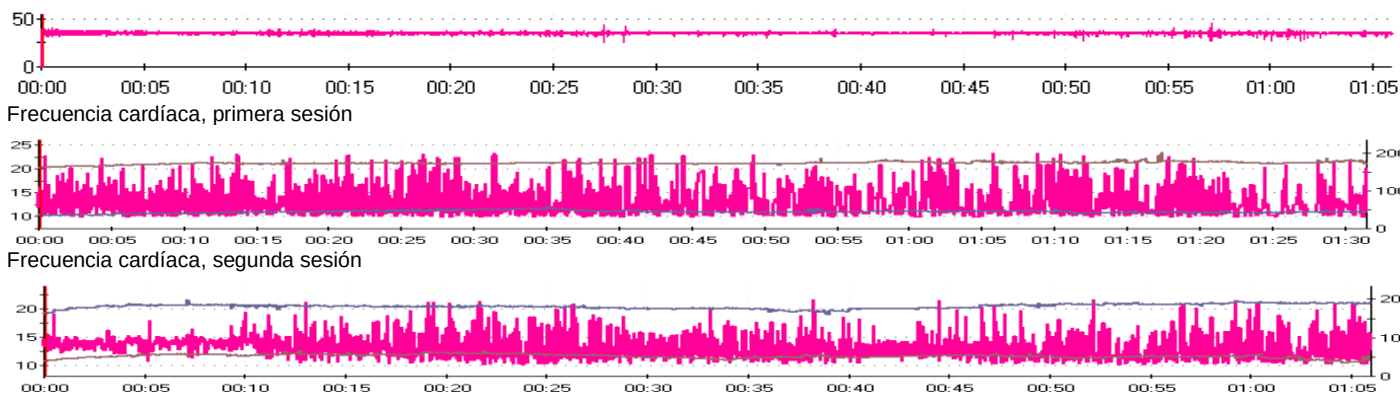
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



Flujo sanguíneo, primera sesión



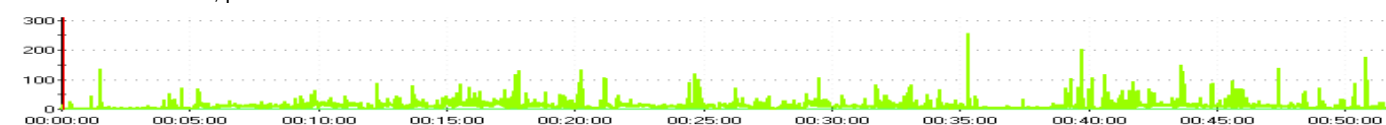
Flujo sanguíneo, segunda sesión



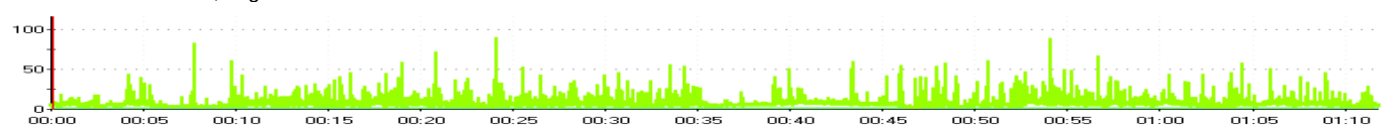
Participante No. 33. Fémica de 18 años, la cual refiere la problemática más relevante por la que ha pasado, ha sido la separación de sus padres, sin que ello eliminara las discusiones entre sus progenitores, de las cuales sigue siendo testigo.

progenitores, de las cuales sigue siendo testigo.															
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA		APATÍA	
Los conflictos entre sus padres		A sus padres, por el daño que le causan a ella y su hermana		Por ofender a sus padres		Hacia su padre		Los demás supieran que sus padres se habían divorciado		A su hermana, por tener la atención de su papá		Nivel: alto		Alta	
No resuelto 8 años		No resuelto 6 años		Resuelto		Resuelto		Resuelto		No resuelto 2 años		Dominancia: Incomprendido social, Ego (-)			
SOMATIZACIÓN		ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA		CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
		Estado				1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión	
		Rasgo				sesión		sesión		sesión		sesión		sesión	
Medio		Medio		Leve		9.1		6.5		85.		86.		1.7	
						1		6		30		68		6	
										1		1		1	
												1.50		1.4	
														99	
														99	

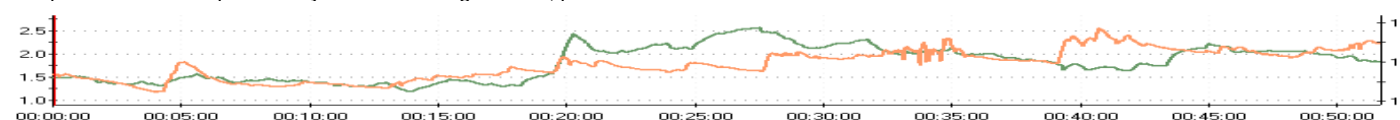
Contracción muscular, primera sesión



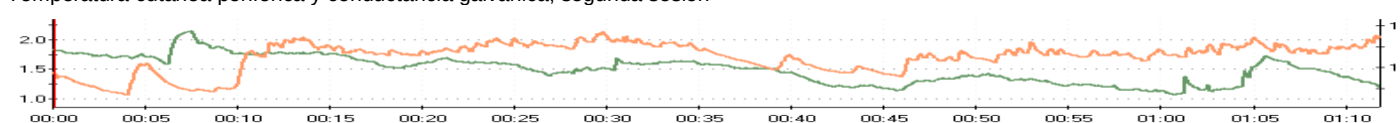
Contracción muscular, segunda sesión



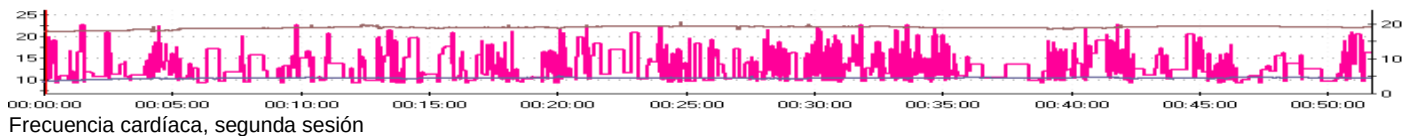
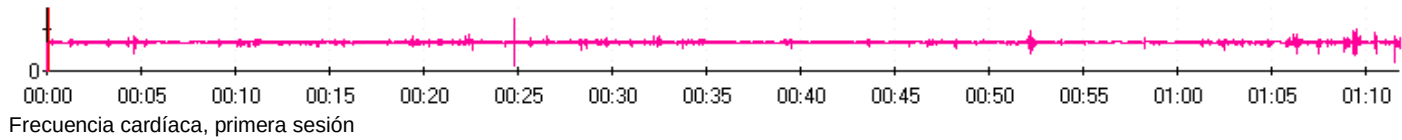
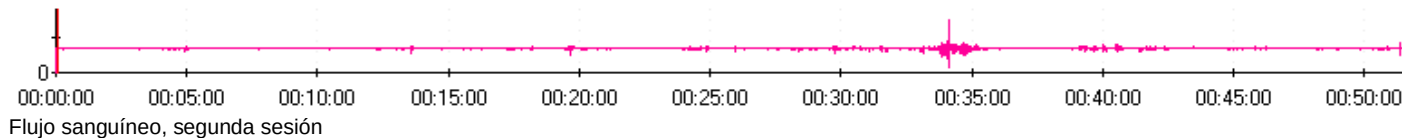
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



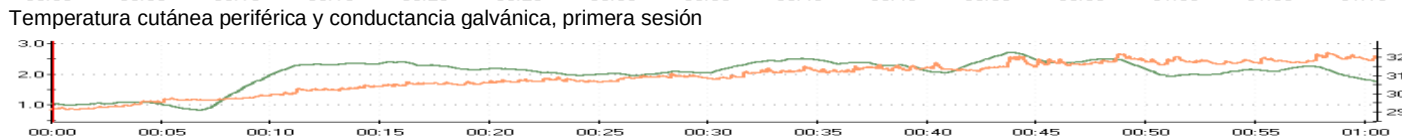
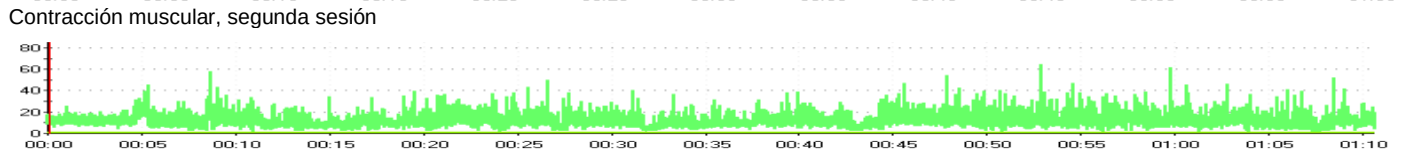
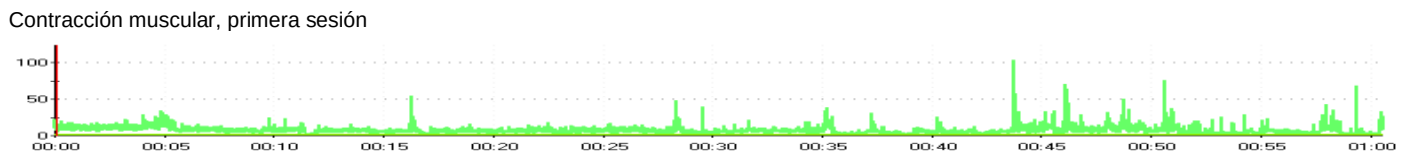
Flujo sanguíneo, primera sesión



Participante No. 34. Mujer de 21 años, cuyo conflicto vital, fue estudiar dos semestres de la licenciatura en educación primaria por imposición de su padre, lo que la llevó a desertar de la escuela.

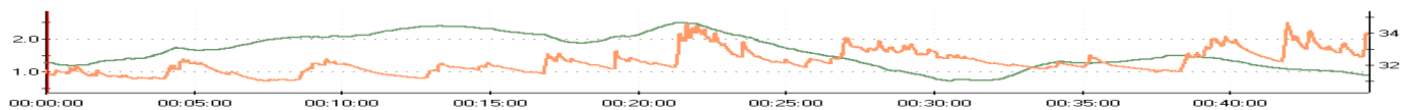
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
No haber estudiado en su momento la licenciatura que deseaba	Hacía su papá por imponerle su deseo y hacía ella por no defender sus convicciones	Por sentirse incapaz			Hacía quienes estudiaban lo que habían deseado	Nivel: medio Dominancia: Dejado, Ego (+)	Moderado
No resuelto 3 años	No resuelto 3 años	No resuelto 3 años			No resuelto 3 años		

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	Rasgo	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
Bajo	Medio	Medio	Leve	1ª sesión: 6.79, 2ª sesión: 11.46	1ª sesión: 73.83, 2ª sesión: 74.43	1ª sesión: 1.90, 2ª sesión: 4.00	1ª sesión: 0.71, 2ª sesión: 0.65	1ª sesión: 31.13, 2ª sesión: 30.89

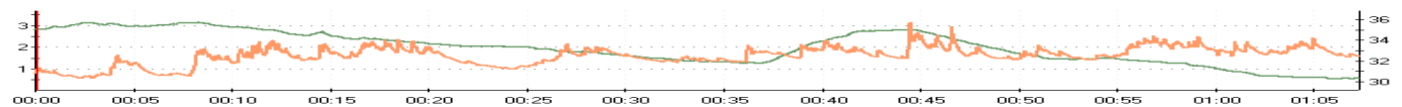


FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTRÓPICA	APATÍA
Se inventaran chismes sobre ella	A su prima y sus tías			El chisme que inventaron de ella		Nivel: alto	
No resuelto 5 años	No resuelto 5 años			Resuelto		Dominancia: Autoritario, Ego (+)	Moderada

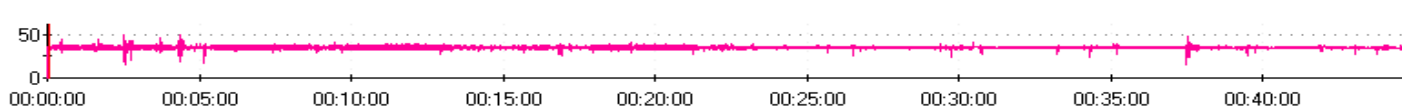
SOMATIZA CIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTAC IÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓ N MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCI A GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATUR A CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estad o	Ras go		1 ^a sesió n	2 ^a sesió n	1 ^a sesió n	2 ^a sesió n	1 ^a sesió n	2 ^a sesió n	1 ^a sesión	2 ^a sesió n	1 ^a sesió n	2 ^a sesió n
	Medi o	Me dio		Leve	7.7 0	6.6 8	78. 38	96. 98	1.2 9	1.6 1	2.61 5	1.1 5	32. 85



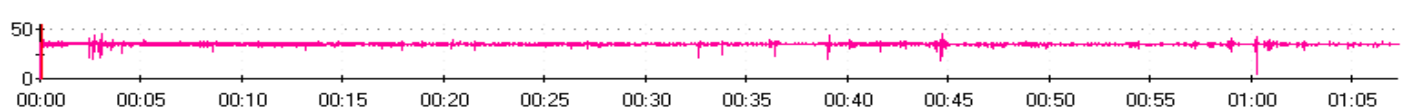
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



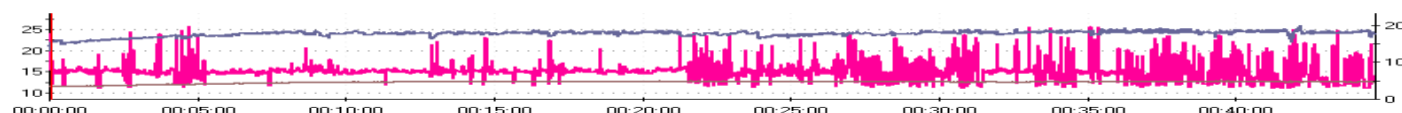
Flujo sanguíneo, primera sesión



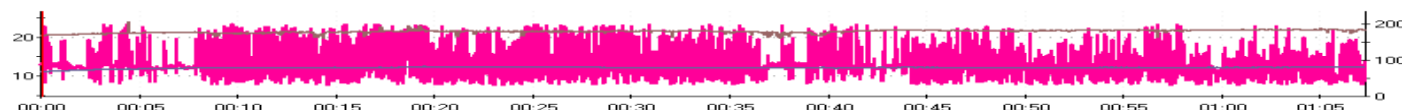
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión



Participante No. 36. Mujer de 19 años, quien asevera que la dificultad más relevante por la que atraviesa, es tener un papá con mal carácter y estricto, el cual engañó a su mamá, lo que hizo que se separaran un tiempo, y que a partir de allí su madre bebara constantemente.

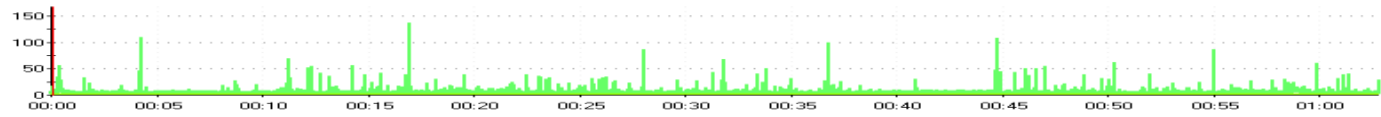
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTRÓPICA	APATÍA
Las peleas constantes de sus padres	A su padre, por su mal carácter y a su mamá por alcoholica					Nivel: alto	
No resuelto 10 años	No resuelto 8 años					Dominancia: Sádico, Ego (+)	Moderado

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Leve	2.5	3.9	80.	86.	1.9	1.9	1.85	1.8	29.	29.
				1	1	13	84	0	0		8	53	34

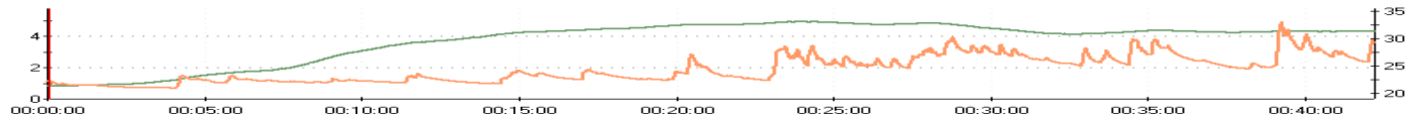
Contracción muscular, primera sesión



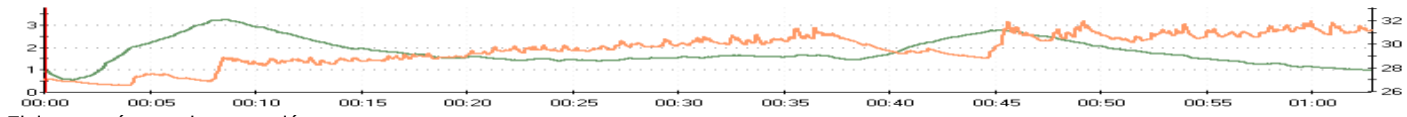
Contracción muscular, segunda sesión



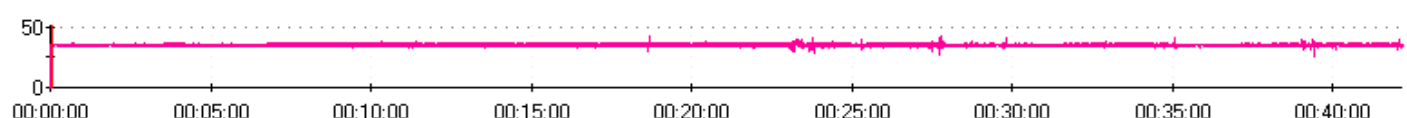
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



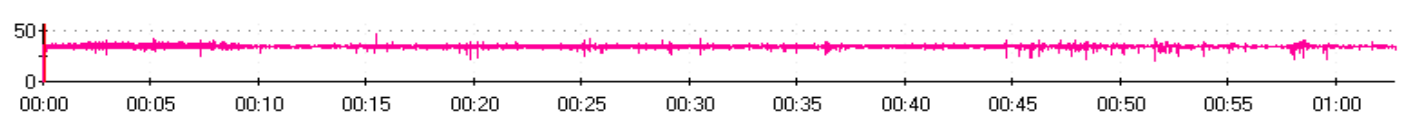
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



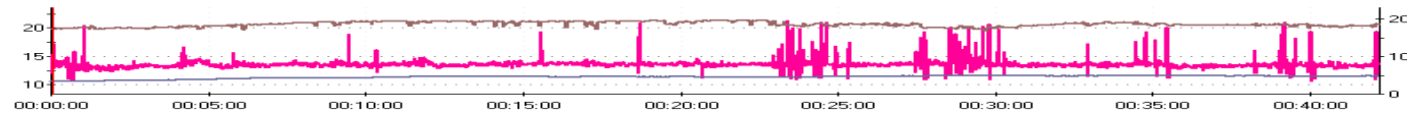
Flujo sanguíneo, primera sesión



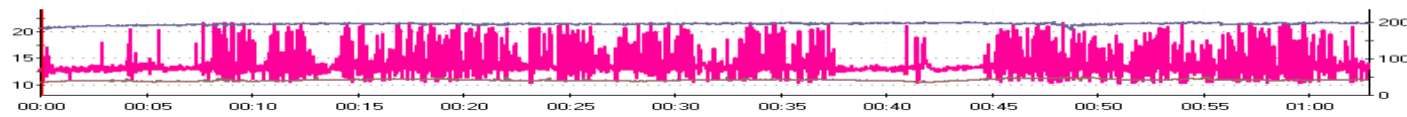
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión



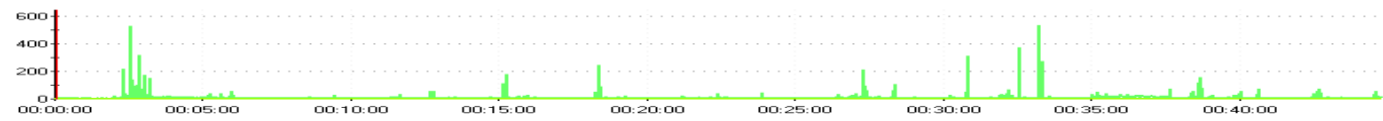
Participante No. 37. fémina de 25 años, la cual indica que la principal dificultad que experimenta, es la mala relación con su padre, lo que origina discusiones e insultos entre ellos.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La mala relación que tiene con su padre	A su padre	Hacer comentarios con la intención de hacer sentir mal a su papá		Se enteren de la mala relación que tiene con su papá	A quienes tienen una buena relación con su padre	Nivel: alto	
No resuelto	No resuelto	No resuelto		No resuelto	No resuelto	Dominancia: Impositivo, Ego (-)	Alta
10 años	10 años	8 años		6 años	10 años		

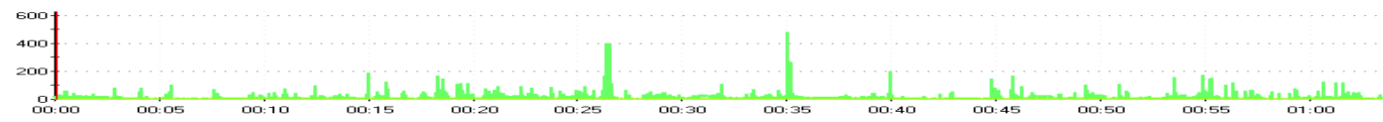
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
--------------	-----------------	-------------------------	----------------------	----------------	------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Alta	Medio	Bajo	Alta	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
				7.3	8.6	77.	76.	1.8	1.1	2.36	1.2	33.	27.
				1	7	88	41	5	9		4	10	54

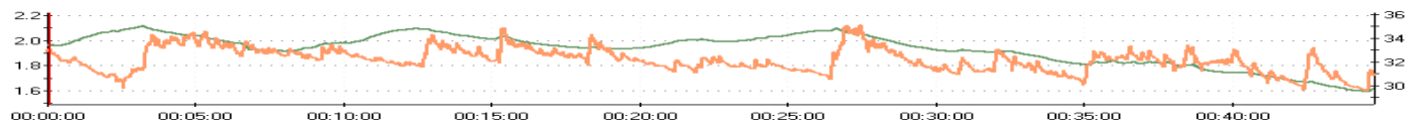
Contracción muscular, primera sesión



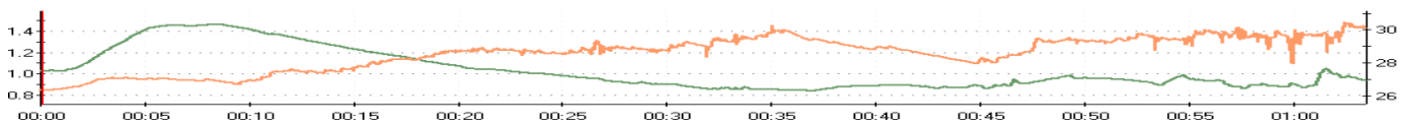
Contracción muscular, segunda sesión



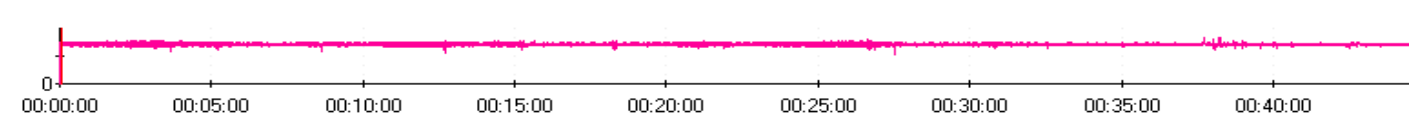
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



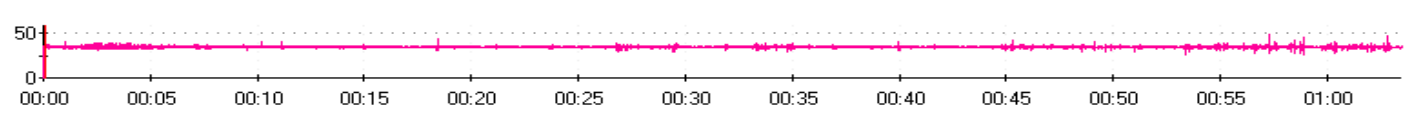
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



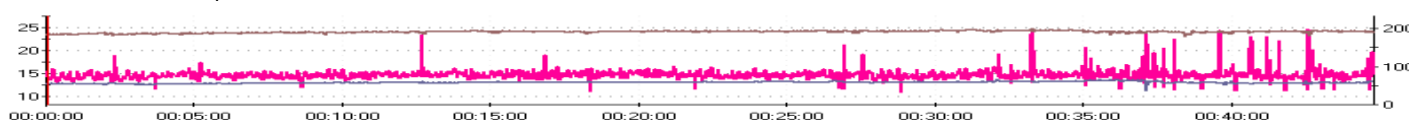
Flujo sanguíneo, primera sesión



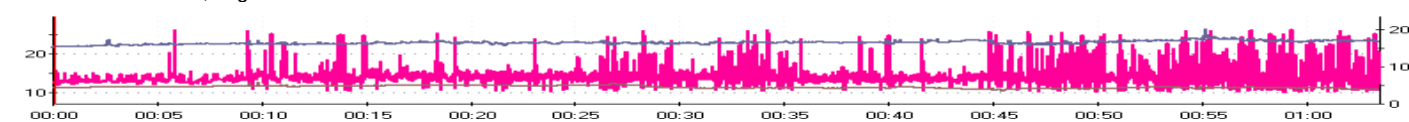
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión



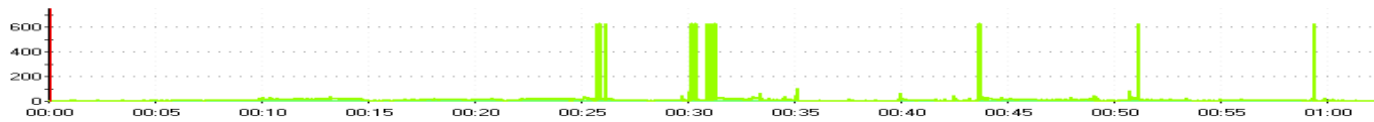
Reporte de los varones

Participante No. 38. Hombre de 25 años, quien indica que su principal problemática es no tener solvencia económica, por no tener un buen trabajo.

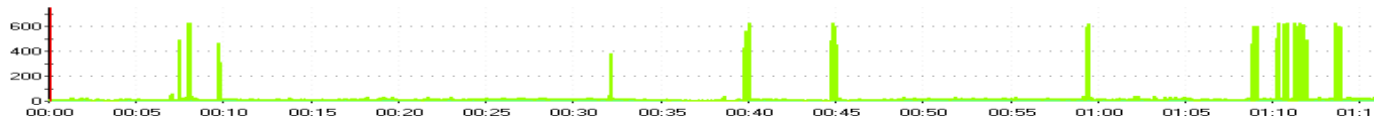
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Falta de solvencia económica				Con las mujeres, por no tener dinero	A quienes tienen un buen trabajo	Nivel: alto	
No resuelto 8 años				No resuelto 7 años	No resuelto 8 años	Dominancia : Incomprendido social, Ego (-)	Moderada

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Alta	Medio	Medio	Leve	12.84	16.95	77.32	83.88	1.89	4.85	2.05	1.16	33.00	31.94

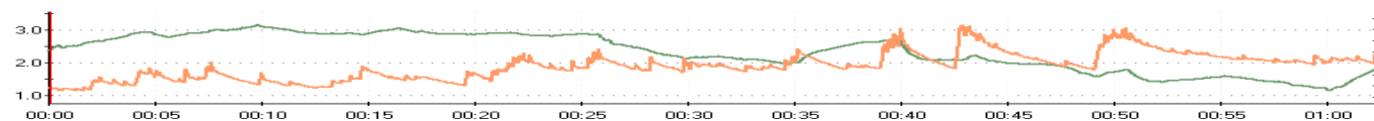
Contracción muscular, primera sesión



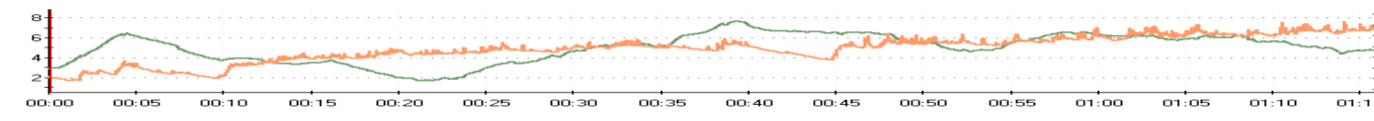
Contracción muscular, segunda sesión



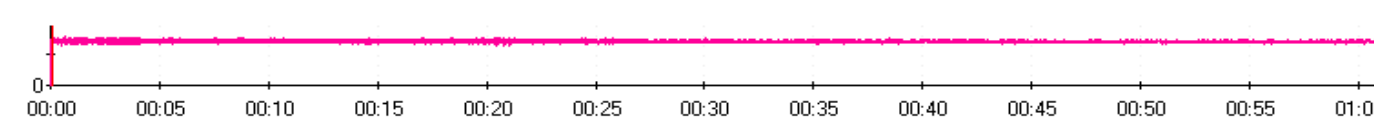
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



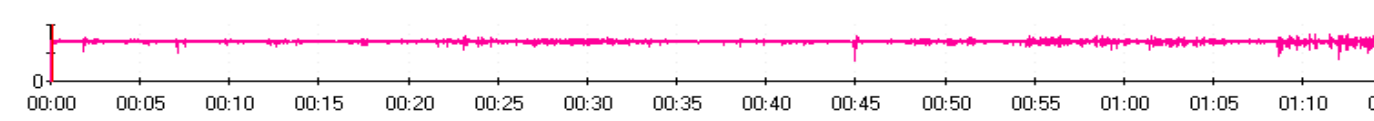
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



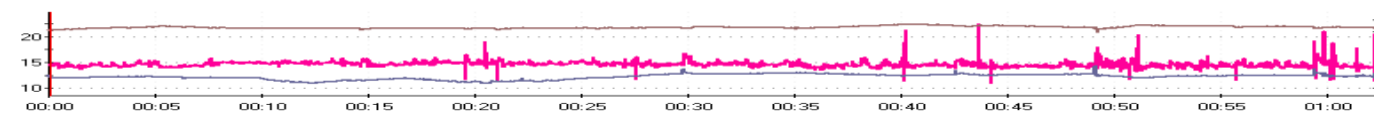
Flujo sanguíneo, primera sesión



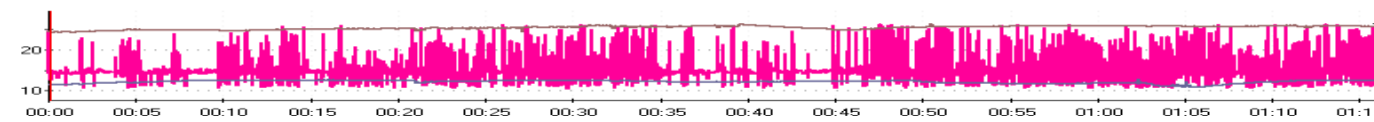
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión



Participante No. 39. varón de 23 años, cuya dificultad primordial es la condición psiquiátrica de su madre, lo que ha repercutido en la forma de expresarse con los demás, ya que lo califican de directo y agresivo.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Lo vivido a causa de la		Por la forma de			Hacia quienes	Nivel: alto	Moderada

condición
psiquiátrica
de su madre

expresars
e con los
demás

tienen una
mamá
normal que
satisfizo sus
necesidade
s
No resuelto

Dominanci
a: Baja
autoestima,
Ego (-)

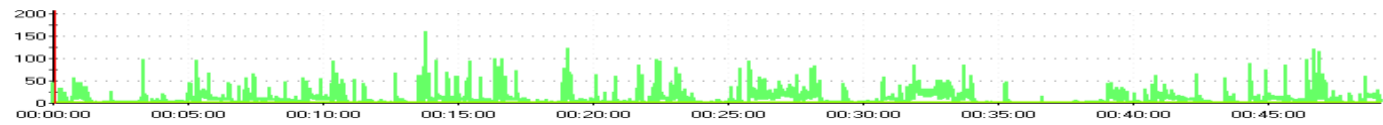
No resuelto

No
resuelto
8 años

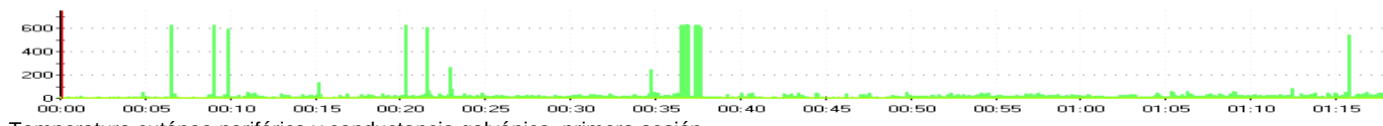
10 años

SOMATIZACI ÓN	ANSIEDAD		MANIFESTAC IÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓ N MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCI A GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATUR A CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estad o	Ras go		1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n
	Media	Medi o	Medio	Leve	8.6 6	11. 83	68. 29	75. 96	9.9 2	8.9 3	2.25 7	34. 79	35. 69

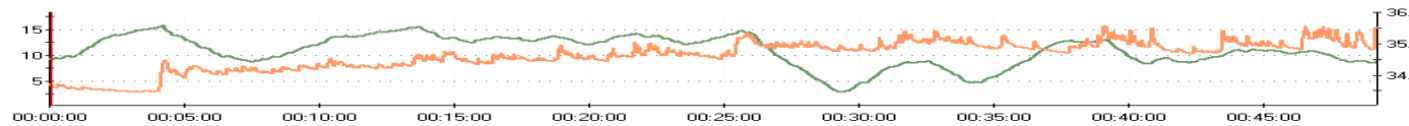
Contracción muscular, primera sesión



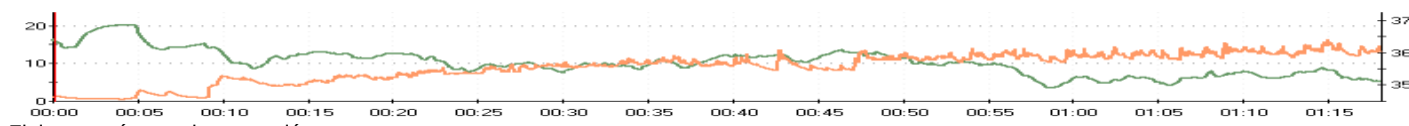
Contracción muscular, segunda sesión



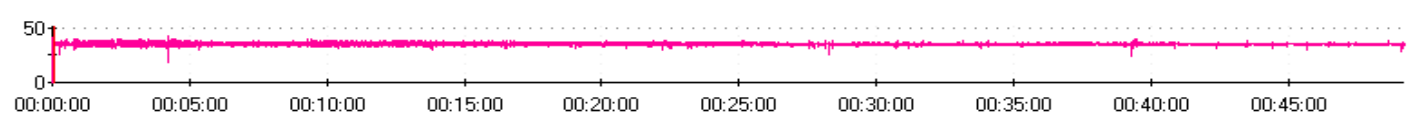
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



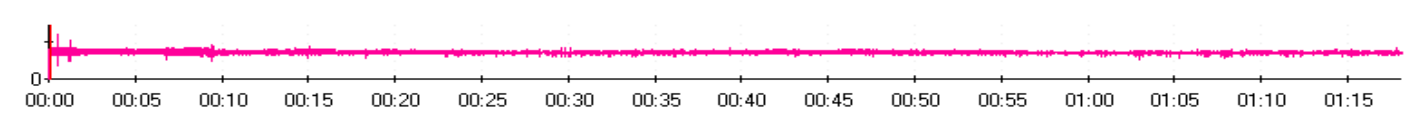
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



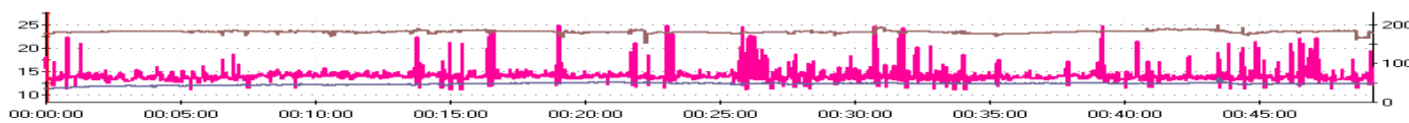
Flujo sanguíneo, primera sesión



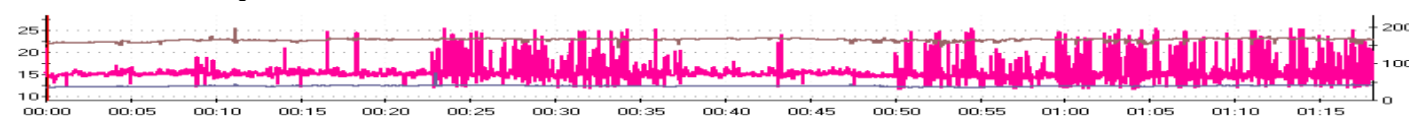
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

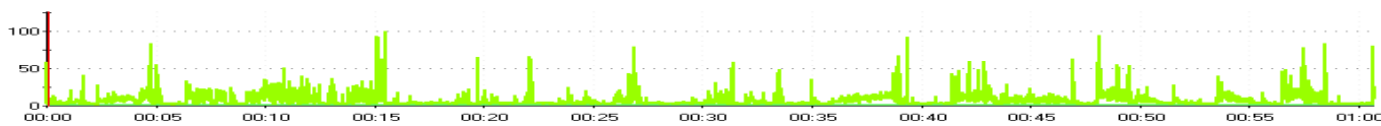


Participante No. 40. Hombre de 22 años, quien señala que el problema más fuerte que ha enfrentado, fue la separación de sus padres, lo que provocó que él fuera criado por sus abuelos.

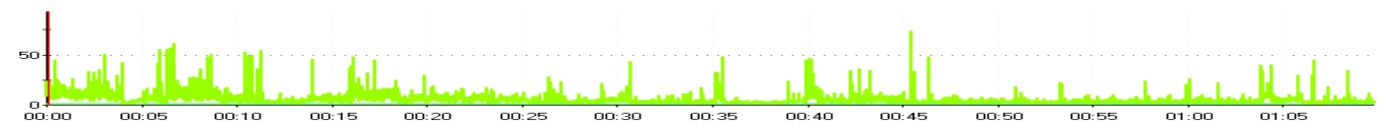
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Haber sido abandonado por sus padres		No pasar el tiempo necesario con sus abuelos		Haber sido abandonado por sus padres		Nivel: alto	
No resuelto		No resuelto		No resuelto		Dominancia: Baja autoestima, Ego (-)	Moderado
8 años		4 años		6 años			

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Leve	6.8	5.1	94.	88.	2.2	4.4	1.44	1.4	30.	28.
				5	2	47	41	5	7		6	66	04

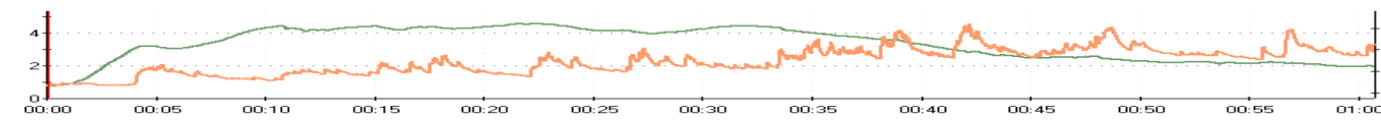
Contracción muscular, primera sesión



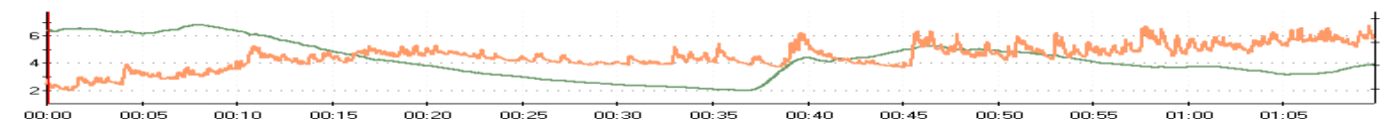
Contracción muscular, segunda sesión



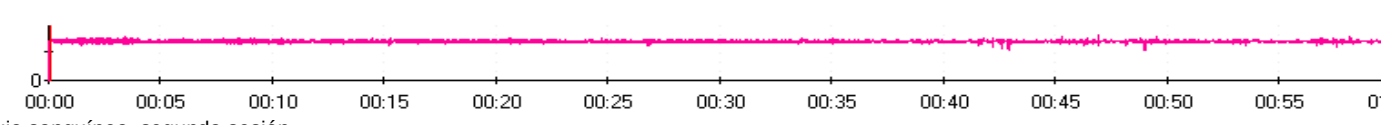
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



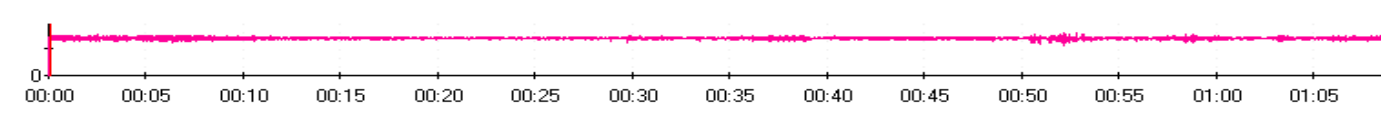
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



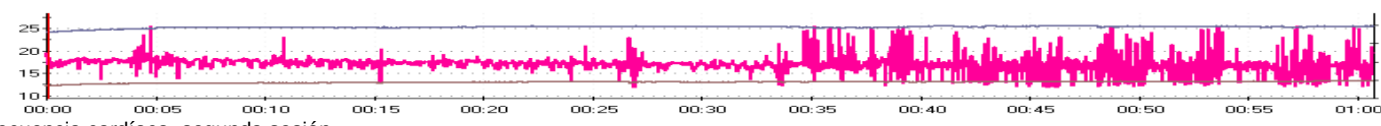
Flujo sanguíneo, primera sesión



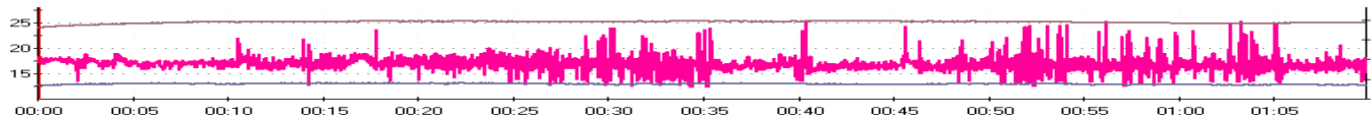
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



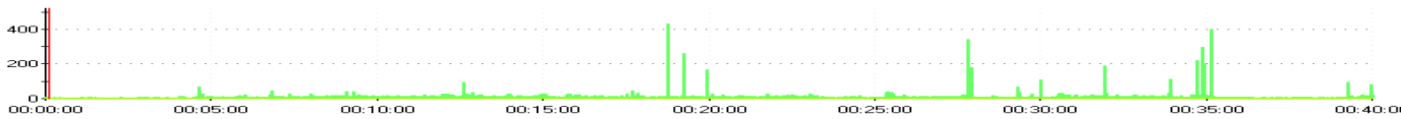
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



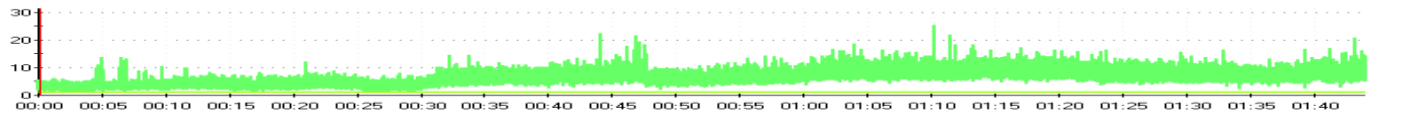
Participante No. 41. Varón de 23 años, quien comenta que su conflicto vital es la falta de dinero, lo que lo ha llevado a prostituirse.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA						
No tener el dinero necesario para solventar ropa y viajes		Por prostituirse		Los demás se den cuenta de su carencia		Nivel: alto							
No resuelto		No resuelto		No resuelto		Dominancia: Perfeccionista, Ego (+)	Moderado						
6 años		6 años		5 años									
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA						
	Estado	Rasgo	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión					
Bajo	Alto	Alto	Leve	6.5	6.1	97.	77.	3.0	1.0	1.69	0.7	32.	25.
				3	8	84	25	5	5		0	35	13

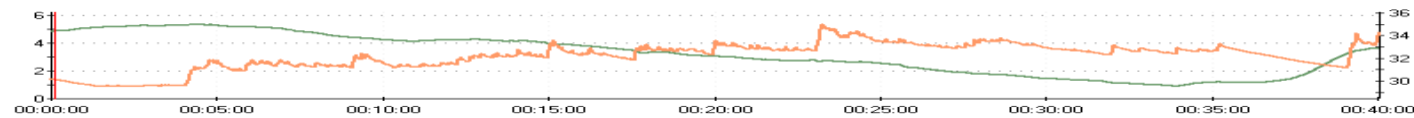
Tensión muscular, primera sesión



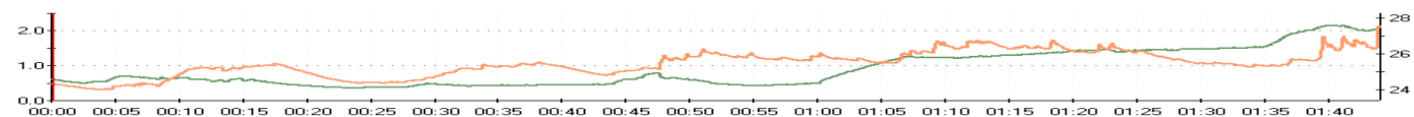
Tensión muscular, segunda sesión



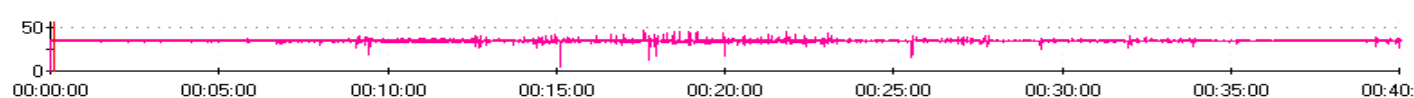
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



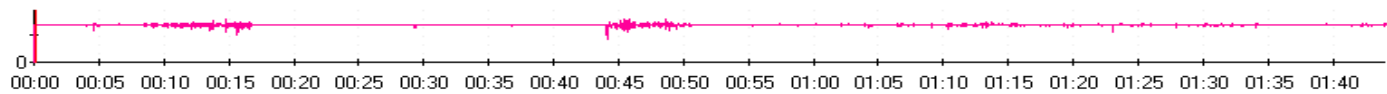
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



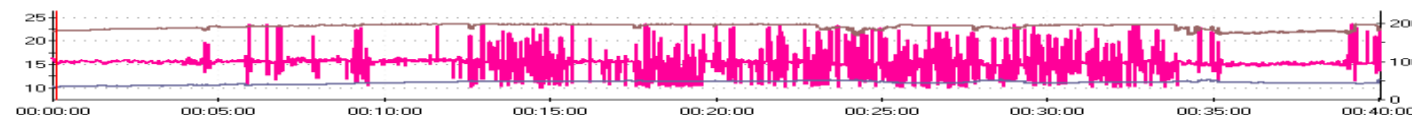
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión

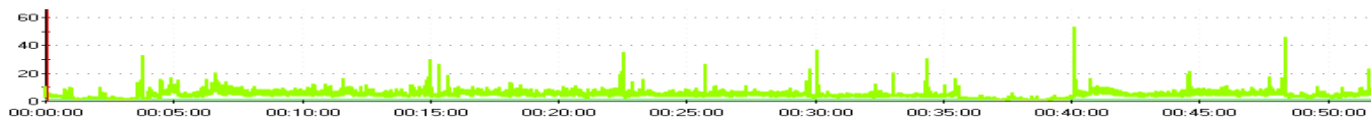


Frecuencia cardíaca, segunda sesión

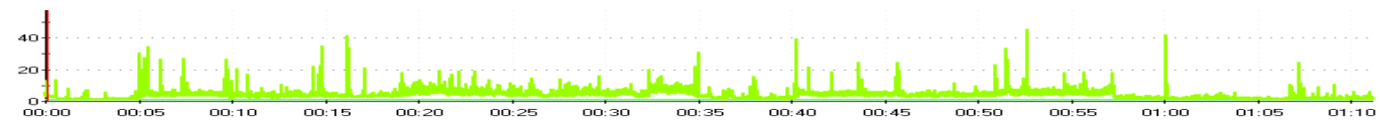
Participante No. 42. Hombre de 47 años, quien refiere que la complicación más fuerte por la que ha pasado, fue la separación de su segunda esposa, pues tiene dificultades para ver a sus hijos, así como problemas con la pareja de ella.

¿Por qué se le frustra como pareja de él?												PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
FRUSTRACIÓN	ODIO		CULPA	CELOS	VERGÜENZA		ENVIDIA		A quienes tienen una familia unida			Nivel: alto	
No haber conservado a su familia	A la hermana de su pareja, pues fue quien la sonsaco para que ella se fuera		Con sus hijos, por no haber conservado o la familia	Hacía su hija la menor								Dominancia: Manipulador, Ego (+)	Moderada
No resuelto	Resuelto		No resuelto	No resuelto	Resuelto								
4 años			4 años	4 años									
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Alta	Alto	Alto	Alta	4.6	3.9	74.	74.	0.9	1.6	0.98	1.4	25.	30.
				4	7	78	49	3	7		9	30	00

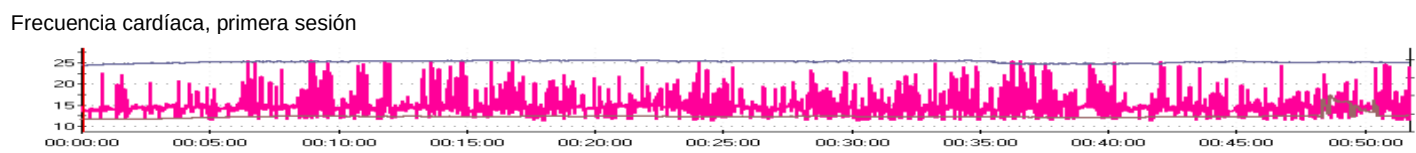
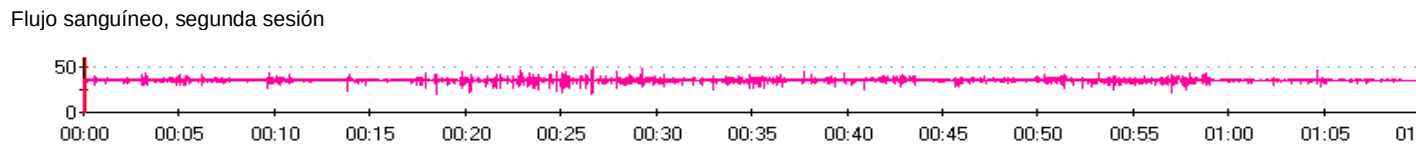
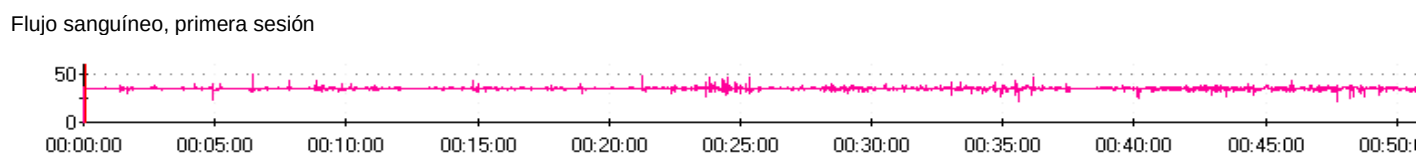
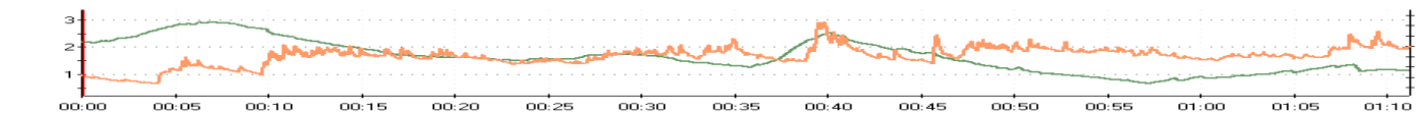
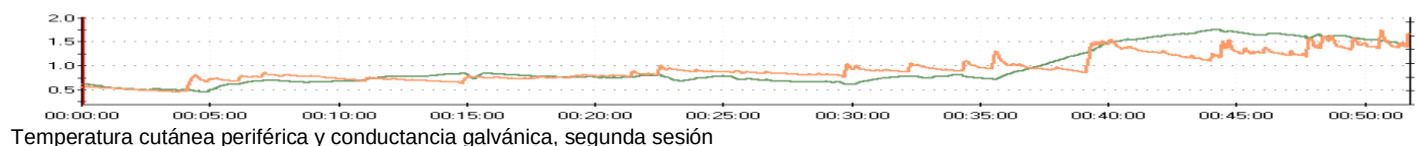
Contracción muscular, primera sesión



Contracción muscular, segunda sesión

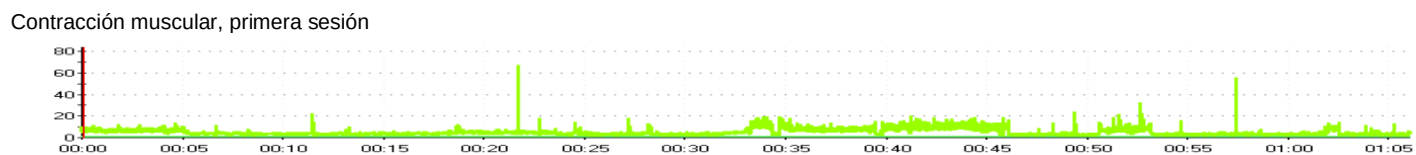


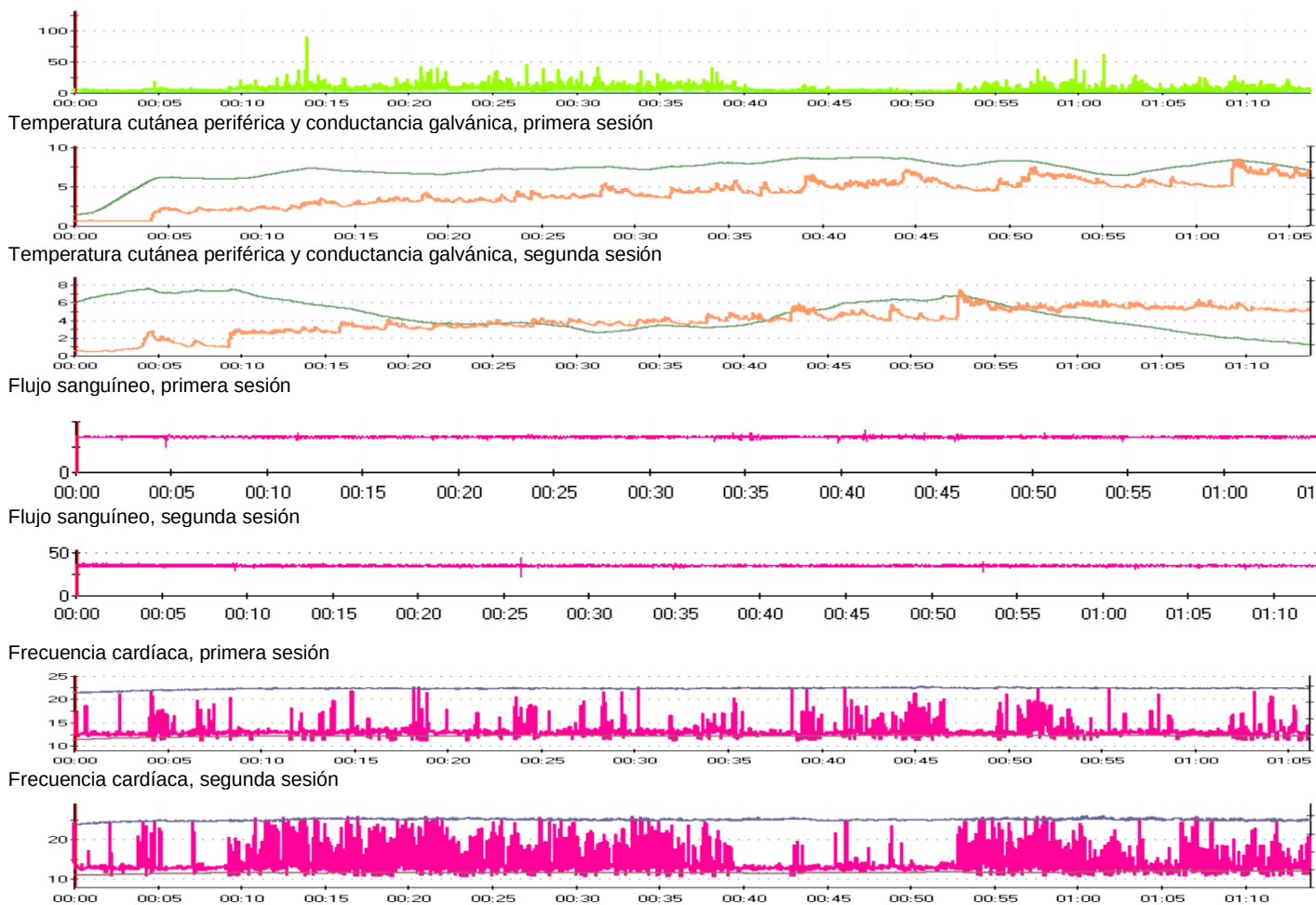
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



Participante No. 43. Varón de 19 años, quien refirió que su principal problemática es la mala relación que tiene con su hermana, lo que lo ha llevado a negarla en público.

relación que tiene con su hermana, lo que le ha llevado a negarla en público.															
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA		APATÍA	
No tener una buena relación con su hermana		A sí mismo, por rechazar a su hermana		Por rechazar a su hermana						A quienes tienen relaciones sanas con su familia		Nivel: medio			
No resuelto		No resuelto		No resuelto						No resuelto		Dominancia: Desadaptado, Ego (-)		Alt	
4 años		4 años		3 años						2 años					
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA			
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión		
Alta	Medio	Medio	Leve	4.39	5.48	60.92	74.31	4.17	3.92	0.77	0.99	31.29	30.98		

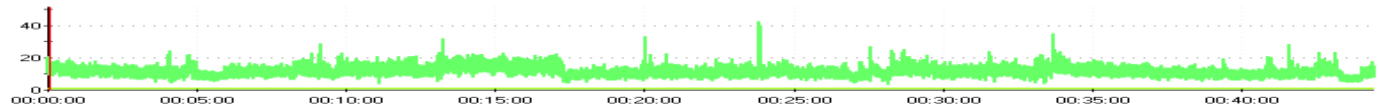




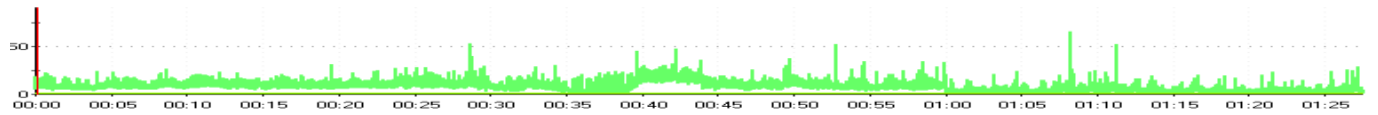
Participante No. 44. Hombre de 25 años, quien apuntó que la dificultad primordial por la que atraviesa, es no aceptar su homosexualidad.

atraviesa, es no aceptarse homosexualidad.															
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA		APATÍA	
No tomar la decisión de aceptarse				Por ser homosexual						A las personas que son heterosexuales		No resuelto		Nivel: alto	
No resuelto				No resuelto						No resuelto		Dominancia: Impositivo, Ego (+)		Alta	
13 años				13 años						13 años					
SOMATIZACIÓN		ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA		CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
		Estado		Rasgo		1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión	
Medio		Medio		Leve		11.30		7.71		64.35		83.40		1.32	
						30		1		35		40		2	
										9		0.64		9	
														65	
														19	

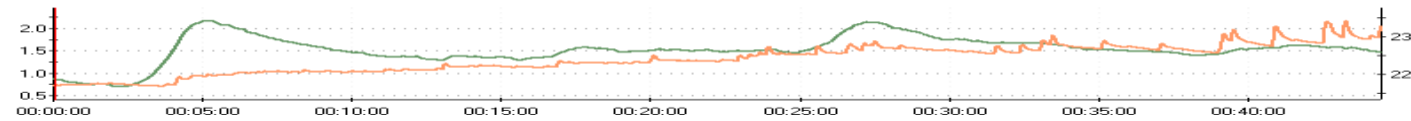
Tensión muscular, primera sesión



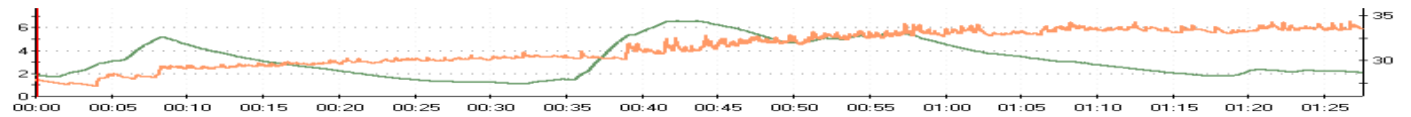
Tensión muscular, segunda sesión



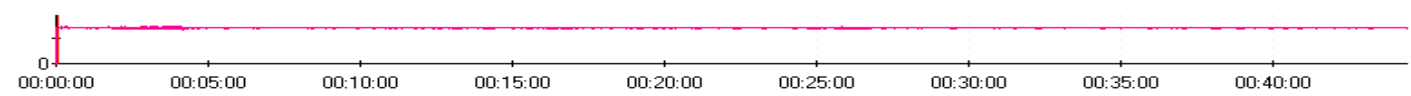
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



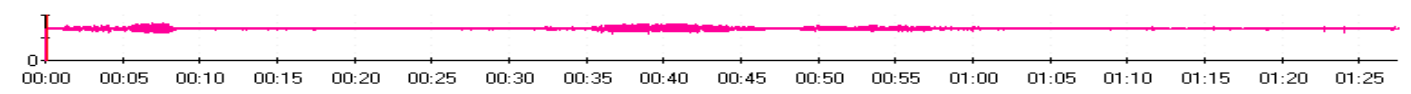
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



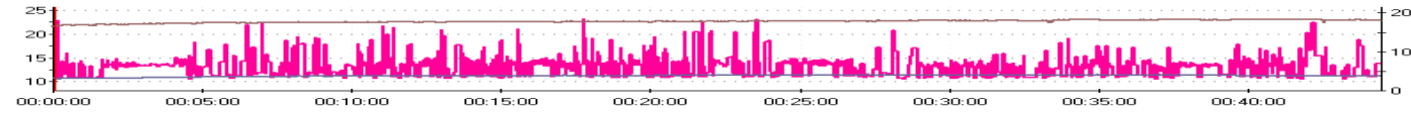
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



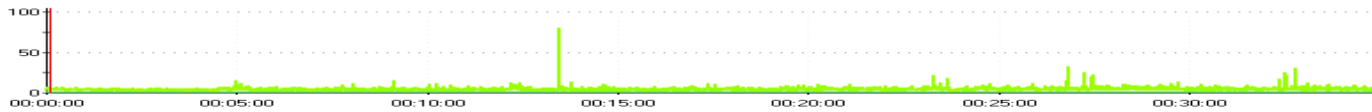
Frecuencia cardíaca, segunda sesión

Participante No. 45. Varón de 20 años, el cual indicó que su principal problema ha sido la muerte de su abuelo, quien era como su padre, lo que originó que éste le heredara terrenos, provocando el descontento de sus tíos.

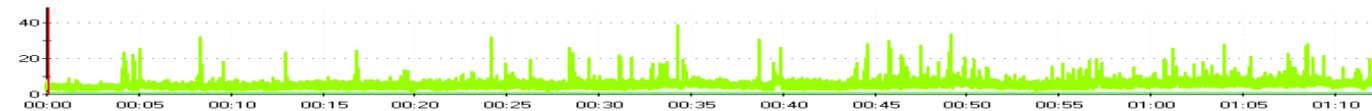
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La muerte de su abuelo	A sus tíos, pues no cuidaron a su abuelo, y sólo se acercaron por los terrenos				A los niños que van con sus abuelos	Nivel: alto	
No resuelto	No resuelto					Dominancia: Autoritario, Ego (+)	Baja
7 año	6 año				Resuelto		

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Media	Medio	Medio	Leve	4.05	4.72	77.93	78.55	2.49	2.72	1.15	2.18	30.15	31.93

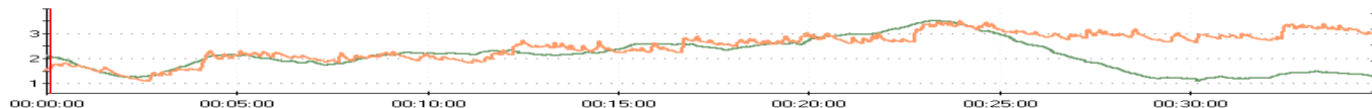
Contracción muscular, primera sesión



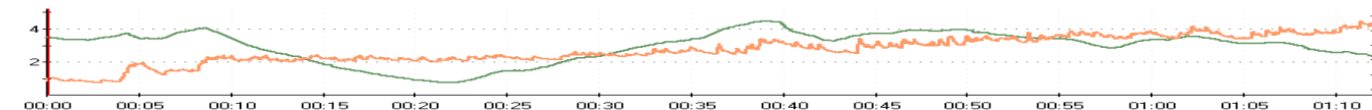
Contracción muscular, segunda sesión



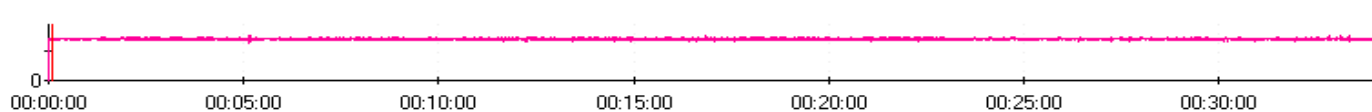
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



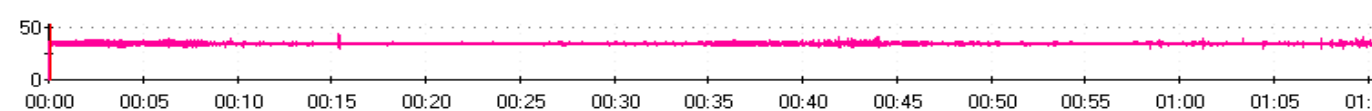
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



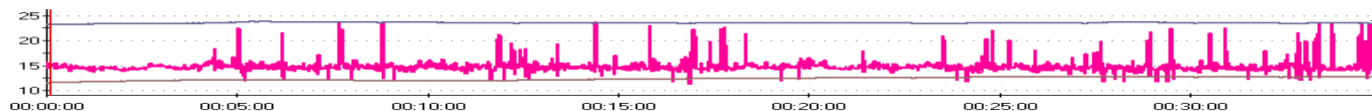
Flujo sanguíneo, primera sesión



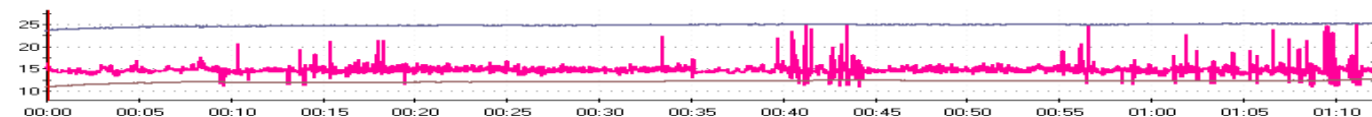
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

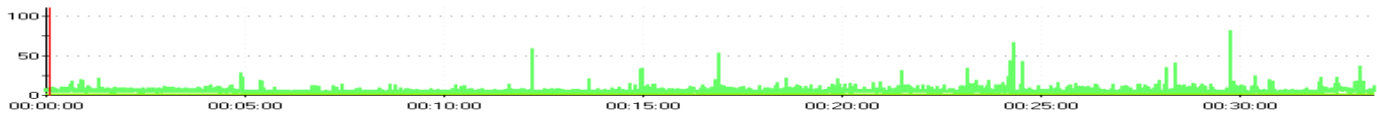


Participante No.46. Hombre de 20 años, el cual asevera que el conflicto vital por el que ha pasado, fue abandonar el seminario por una mujer con la cual tuvo una relación efímera.

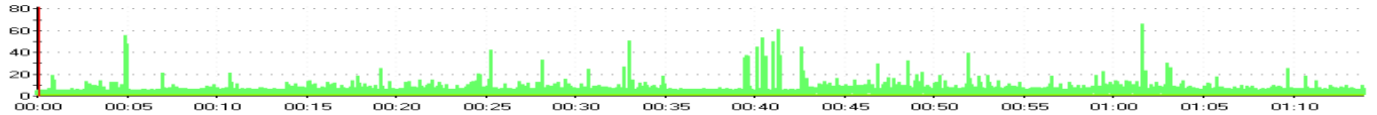
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Dejar el seminario	A sí mismo	Con su familia, por		Con sus amigos y	A los que son	Nivel: alto	Alta

no valorar su esfuerzo				familiares, cuando se enteraron que había dejado el seminario				seminaristas				Dominancia: Incomprendido social, Ego (-)			
No resuelto		No resuelto		No resuelto		Resuelto		No resuelto							
3 años		3 años		3 años						3 años					
SOMATIZACIÓN		ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA		CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
		Estado Rasgo													
						1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión		2ª sesión		1ª sesión	
						4.1		3.0		74.		75.		1.4	
						5		8		79		54		7	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
										1.4		0.9		1.84	
</															

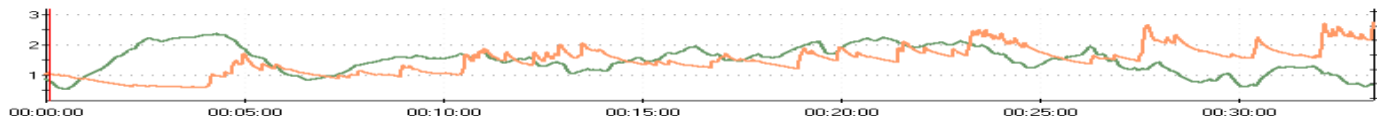
Contracción muscular, primera sesión



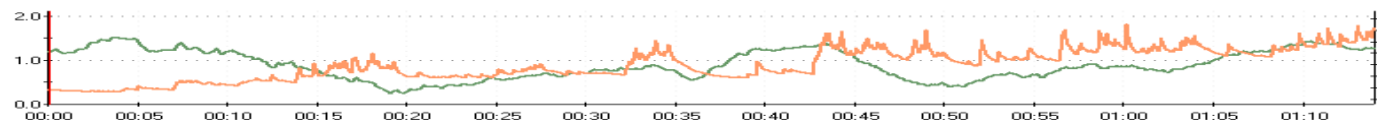
Contracción muscular, segunda sesión



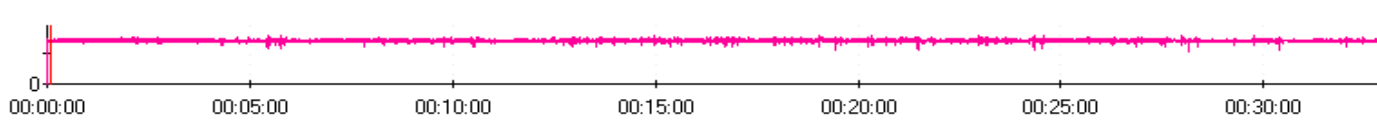
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



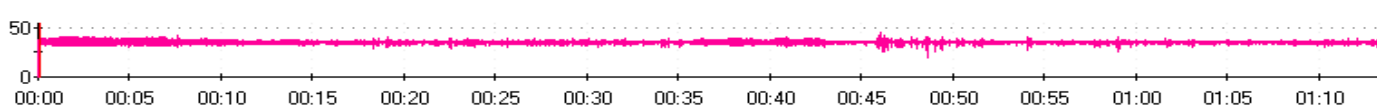
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



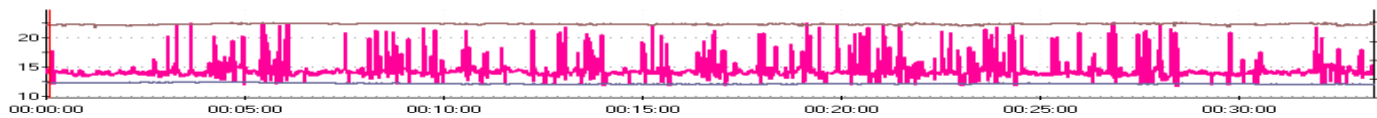
Flujo sanguíneo, primera sesión



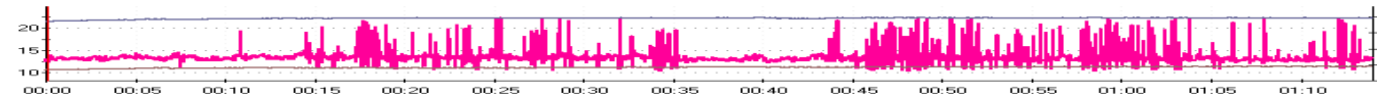
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

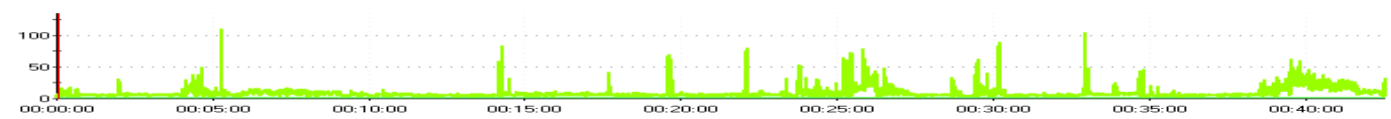


Participante No. 47. Varón de 32 años, el cual señaló que la complicación más fuerte por la que ha pasado, es la infidelidad reiterativa de su padre a su mamá, lo que ha hecho que la dinámica familiar sea negativa.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La infidelidad de su padre	Hacia su padre	Saber de la infidelidad antes que su mamá, y no decirle a ella			A quienes tienen una familia unida	Nivel: alto	
Resuelto	No resuelto	Resuelto			No resuelto	Dominancia: Dejado, Ego (-)	Baja
6 años				5 años			

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Media	Medio	Medio	Leve	7.9	9.7	77.	70.	5.1	3.2	5.68	6.4	34.	33.
				1	8	75	16	7	6		4	90	97

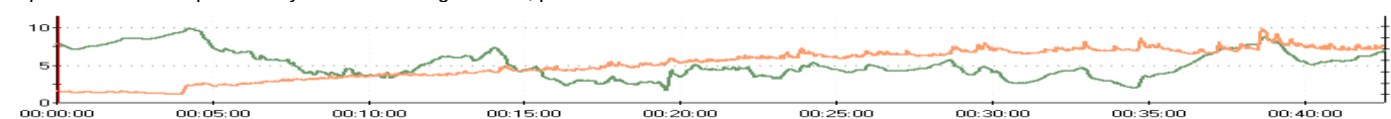
Contracción muscular, primera sesión



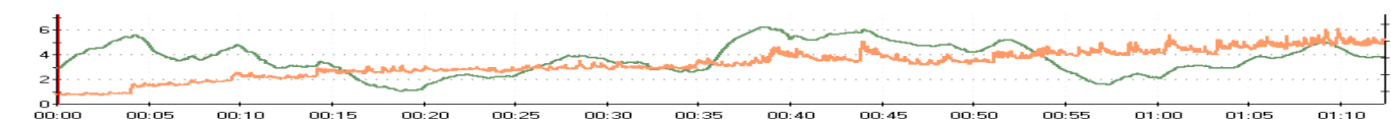
Contracción muscular, segunda sesión



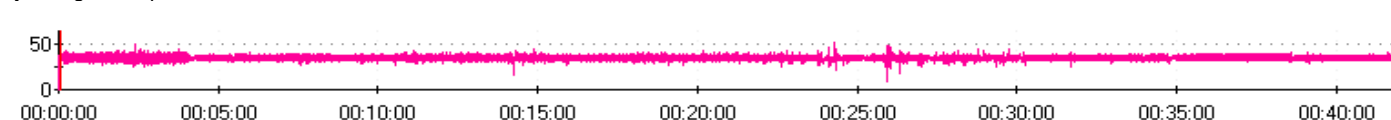
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



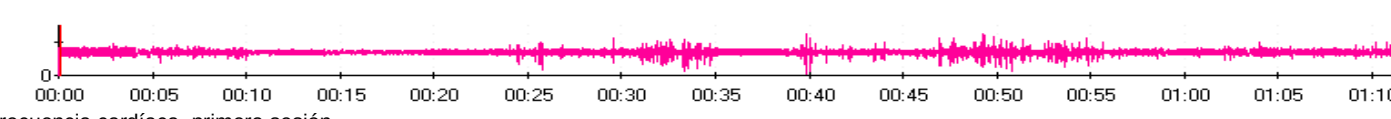
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



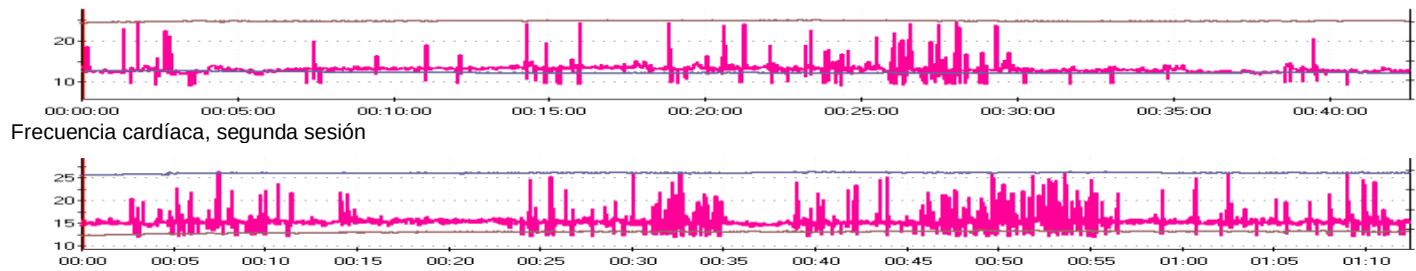
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión



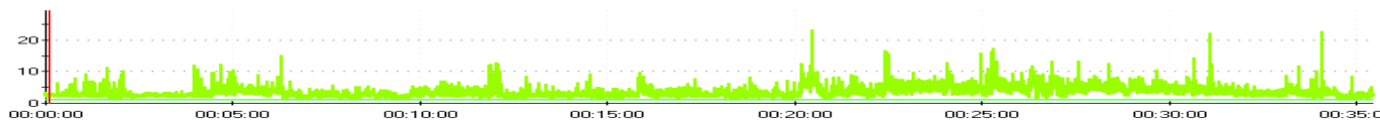
Frecuencia cardíaca, primera sesión



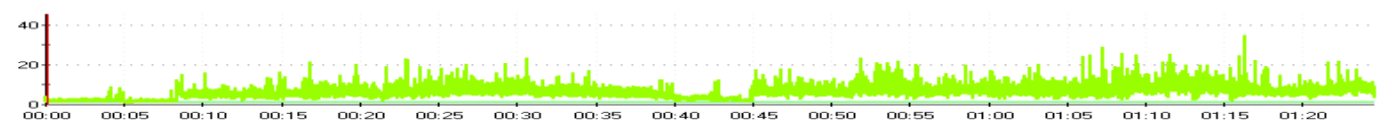
Participante No. 48. Hombre de 22 años, el cual comentó que la problemática principal por la que atraviesa es el autoritarismo de su padre, lo que originó que su madre los abandonara.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA						
El autoritarismo del padre	A su padre, por la actitud			No tener dinero, pues ha perdido el apoyo de su papá	A quienes tienen a su familia unida	Nivel: alto							
No resuelto	No resuelto			Resuelto	No resuelto	Dominancia: Autoritario, Ego (+)	Alta						
10 años	7 años				8 años								
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Baja	Medio	Medio	Leve	3.3	6.0	91.	72.	2.1	2.3	1.88	1.7	34.	33.
				4	2	35	36	5	8		3	72	20

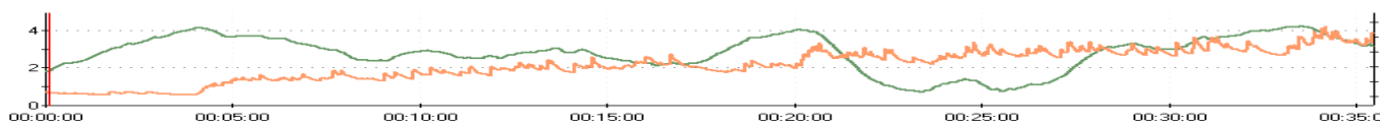
Contracción muscular, primera sesión



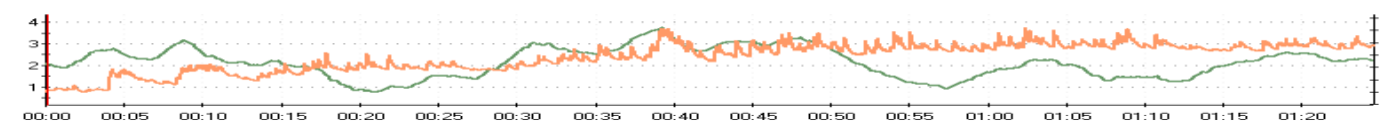
Contracción muscular, segunda sesión



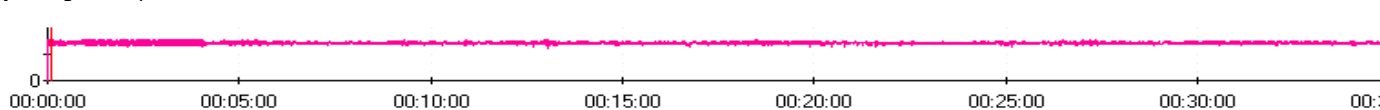
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



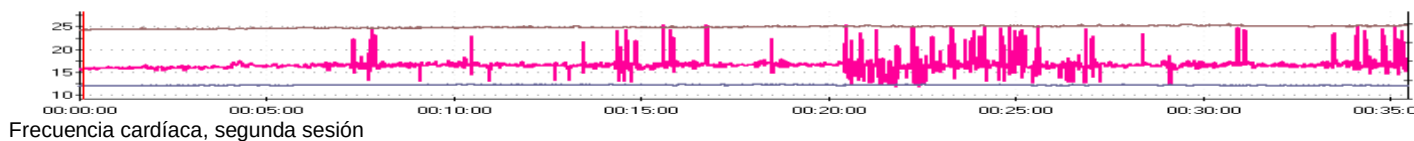
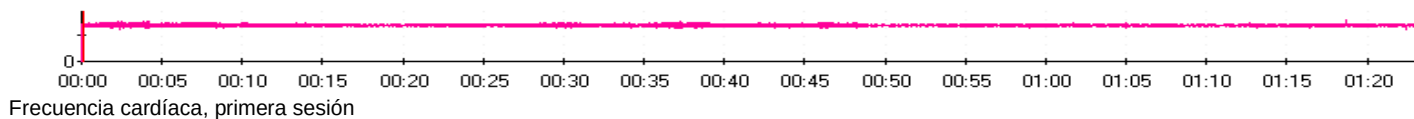
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión

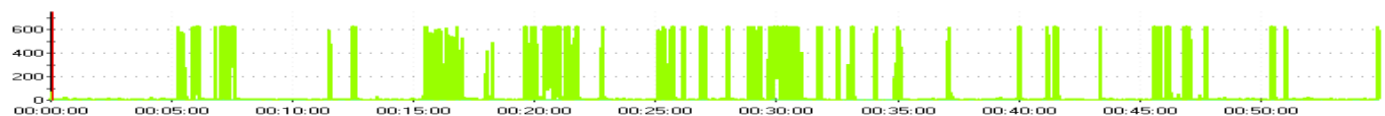


Participante No. 49. Varón de 21 años, quien refirió que su problemática vital, fue haber sido dado de baja de la escuela por faltarle al respeto a su profesor, después de que éste le diera una baja calificación.

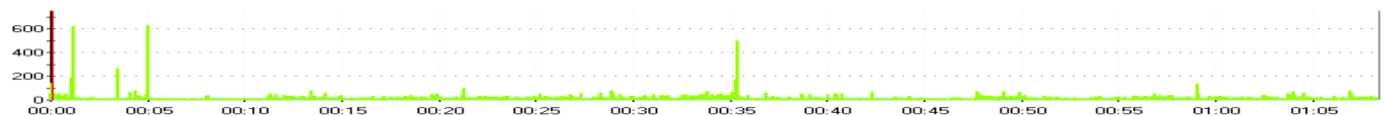
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
No haber podido seguir estudiado	Al profesor con el que discutió	Con sus padres		Haber sido dado de baja de la escuela	A sus compañeros por seguir estudiando	Nivel: alto	
No resuelto	No resuelto	Resuelto		Resuelto	No resuelto	Dominancia: Perfeccionista	Moderado
1 año	1 año				7 meses	Ego (+)	

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	Rasgo	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
Baja	Alto	Medio	Leve	1ª sesión: 56.44, 2ª sesión: 8.83	1ª sesión: 74.71, 2ª sesión: 85.04	1ª sesión: 1.88, 2ª sesión: 3.82	1ª sesión: 3.08, 2ª sesión: 2.73	1ª sesión: 33.32, 2ª sesión: 34.63

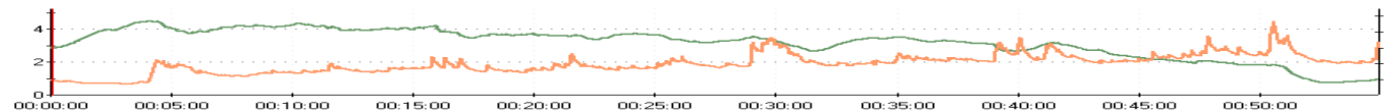
Contracción muscular, primera sesión



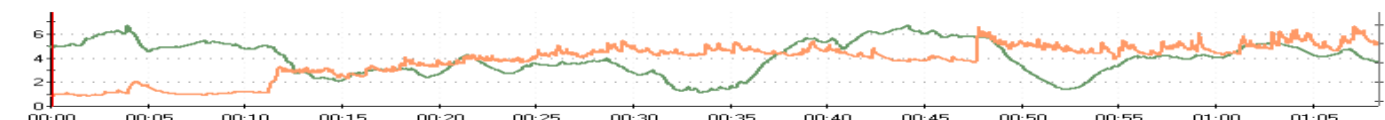
Contracción muscular, segunda sesión



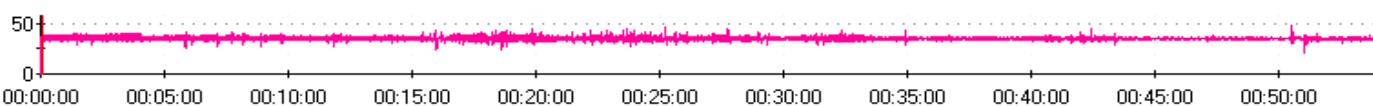
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



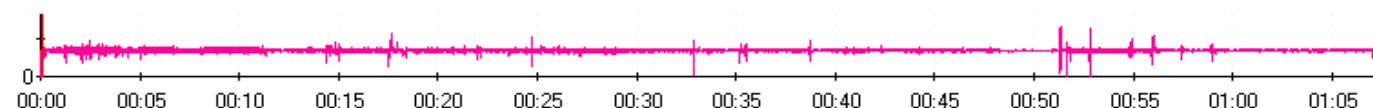
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



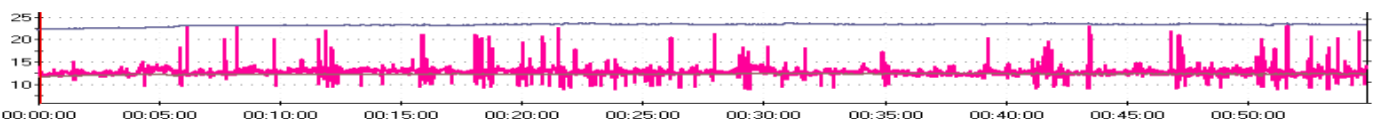
Flujo sanguíneo, primera sesión



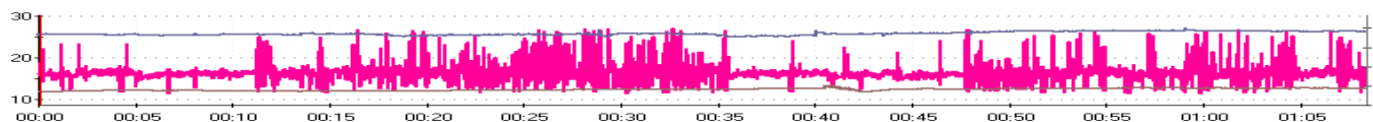
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



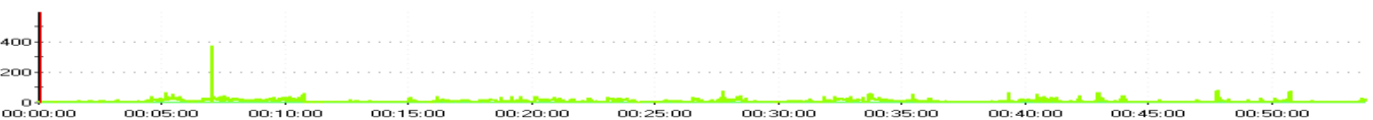
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



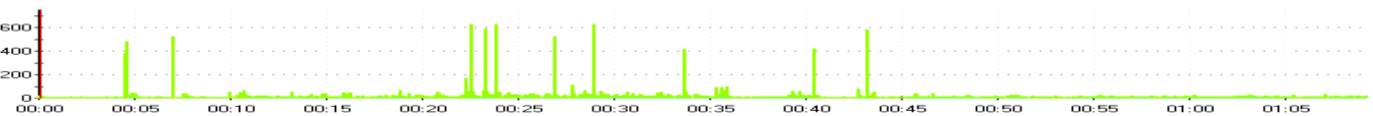
Participante No. 50. Hombre de 38 años, el cual apuntó que el conflicto más fuerte por el que atraviesa, es ser estéril y no poder ser padre.

atravesada, es ser estéril y no poder ser padre.						PERSONALIDAD ENTROPICA							
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA		APATÍA						
No poder ser papá	A sí mismo, por estar ebrio y originar el accidente que lo dejó estéril	Por no ser padre			A quienes han podido ser padres, sin la necesidad de adoptar.	Nivel: alto							
No resuelto	No resuelto	No resuelto			No resuelto	Dominancia: Fracasado, Ego (-)	Moderada						
15 años	10 años	8 años			8 años								
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Media	Medio	Medio	Leves	9.1	7.6	64.	63.	0.7	1.1	2.95	2.9	32.	33.
				9	7	82	78	9	5		4	97	16

Contracción muscular, primera sesión



Contracción muscular, segunda sesión



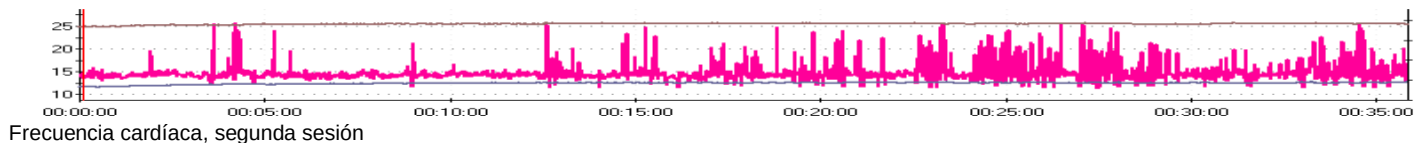
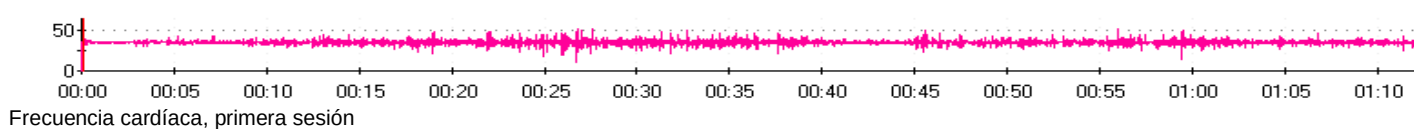
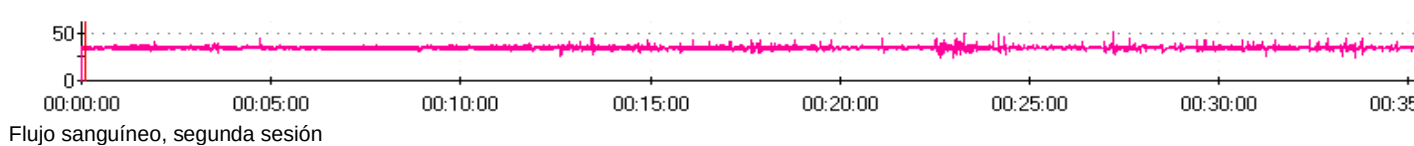
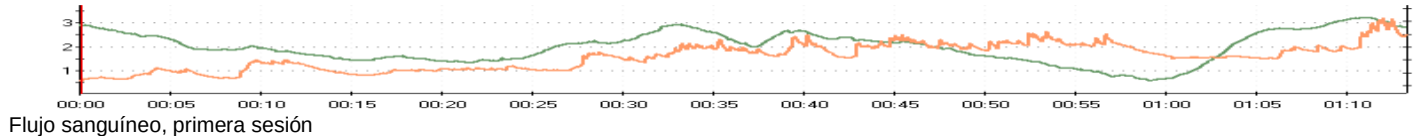
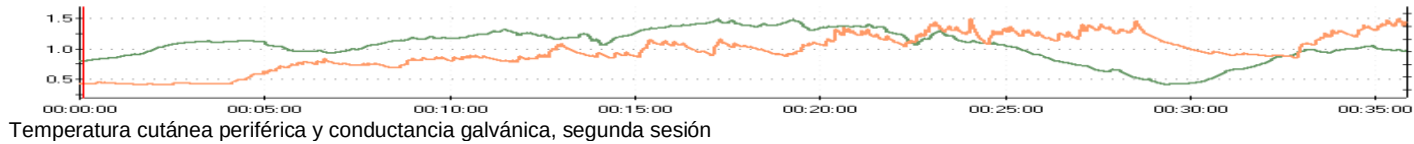
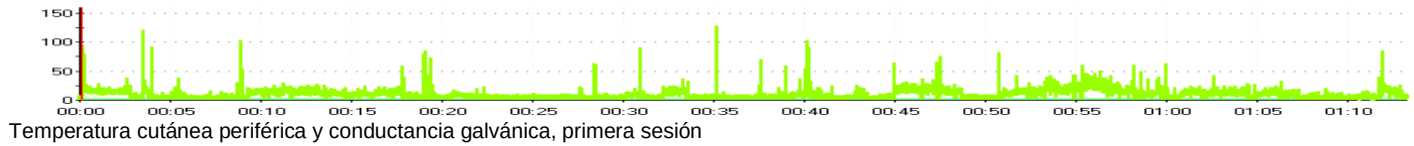
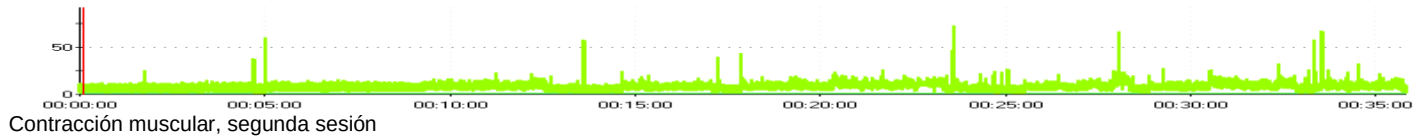
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



Participante No. 51. Varón de 23 años, el cual afirmó que la complicación más fuerte que ha tenido en la vida, fue que su papá se fuera de la casa, aun y cuando su mamá había tenido un accidente cerebro-vascular meses antes.

Cerebro vascular meses antes.										PERSONALIDAD ENTROPICA		APATÍA	
FRUSTRACIÓN	ODIO		CULPA	CELOS	VERGÜENZA		ENVIDIA		Nivel: alto		Dominanci		
Que su padre se fuera de casa y cambiara la dinámica de su casa	A su padre, por irse		Su mamá se preocupe por los problemas en los que se mete	Hacía su mamá					a: Baja autoestima, Ego (-)		Bajo		
No resuelto	Resuelto		No resuelto	No resuelto									
9 años			5 años	5 años									
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Leve	Alto	Medio	Leve	6.19	8.66	69.92	79.46	0.95	1.57	2.47	2.27	30.73	29.99

Contracción muscular, primera sesión



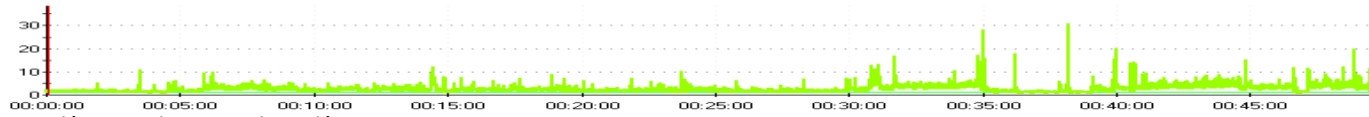
Participante No. 52. Hombre de 20 años, el cual indica que la principal problemática por la que atraviesa, es permanecer con su pareja por conveniencia y no por amor.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Permanecer con una pareja a la que no quiere	Contra sí mismo, por no ser congruente y dejarla	No corresponde a su pareja			A quien anduvo con la mujer que en verdad le gusta	Nivel: medio	
No resuelto	No resuelto	No resuelto			Resuelto	Dominancia: Fracasado, Ego (-)	Moderado
3 años	3 años	3 años					

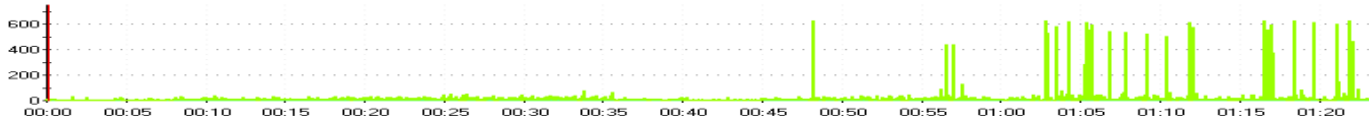
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
Medio	Estado Medio	Rasgo Medio	Leve				
			1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión
			n	n	n	n	n

2.4	9.1	77.	81.	0.5	1.4	0.62	0.9	24.	22.
5	5	75	93	8	2		5	84	21

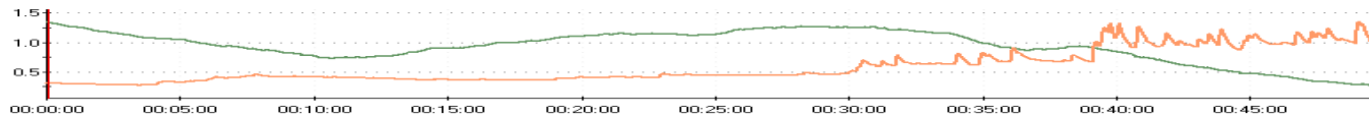
Contracción muscular, primera sesión



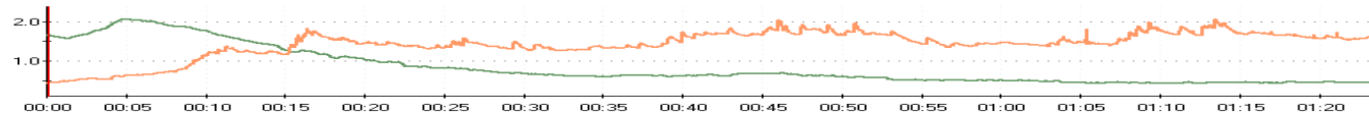
Contracción muscular, segunda sesión



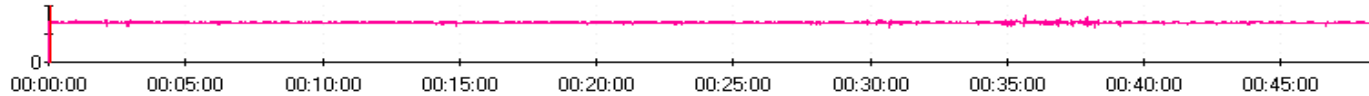
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



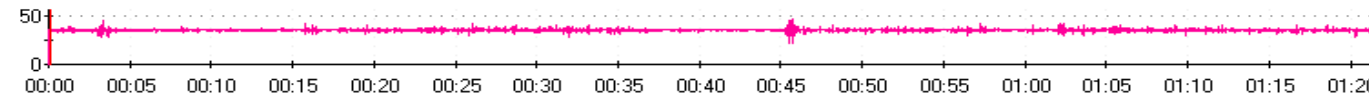
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



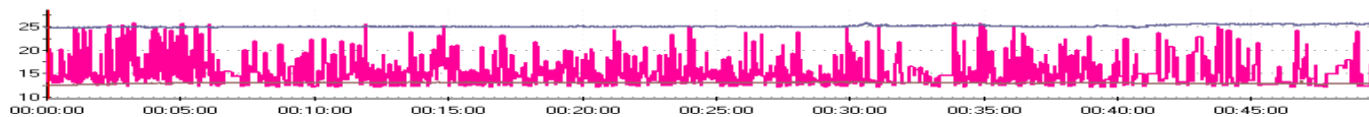
Flujo sanguíneo, primera sesión



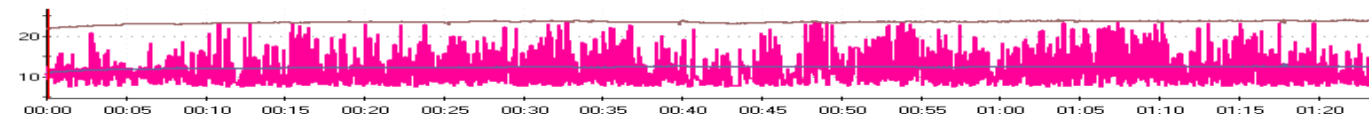
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión



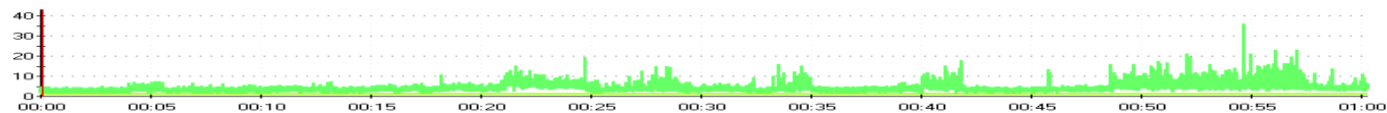
Participante No. 53. Varón de 18 años, el cual relata que la dificultad primordial que ha vivido, fueron los roces familiares que tuvo con su familia política, lo que también provocó que su mamá tuviera desavenencias con ellos.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Ser el origen de los conflictos familiares	Hacia la mamá y hermanas de su padrastro, pues ellas	Por su causa, tuvieron que salir de la casa de su			A su primo político, pues a pesar de su mala actitud, es apreciado	Nivel: alto Dominancia: Impositivo, Ego (+)	Moderado

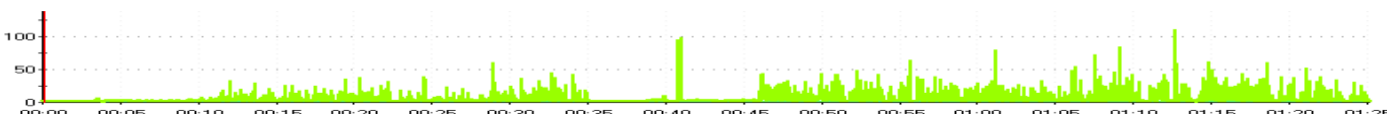
hicieron los problemas familia política por sus familiares

No resuelto 3 años		No resuelto 3 años		Resuelto		No resuelto 4 años							
SOMATIZACI ÓN	ANSIEDAD		MANIFESTAC IÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓ N MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCI A GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATUR A CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estad o	Ras go		1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n	1ª sesión	2ª sesió n	1ª sesió n	2ª sesió n
	Medi o	Me dio		Leve	3.8 2	4.1 1	71. 83	76. 98	2.9 0	2.2 8	2.70	4.4 1	32. 32

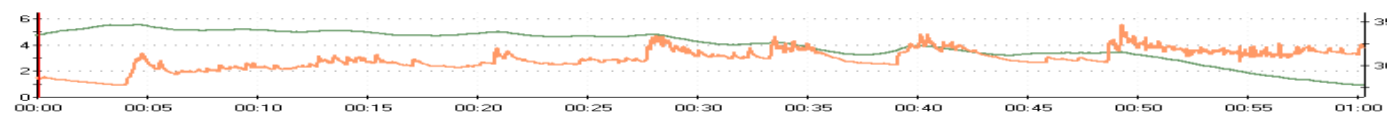
Contracción muscular, primera sesión



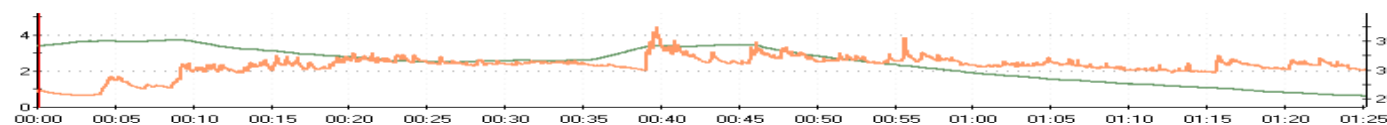
Contracción muscular, segunda sesión



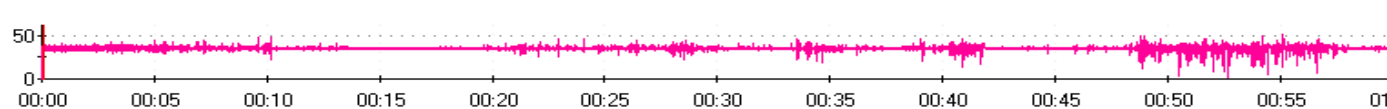
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



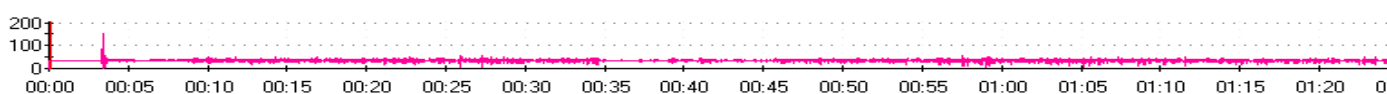
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



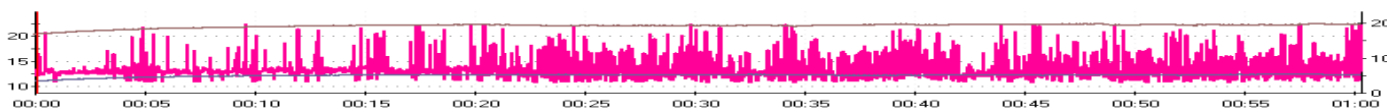
Flujo sanguíneo, primera sesión



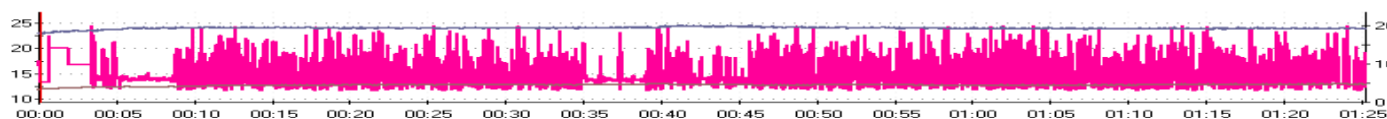
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



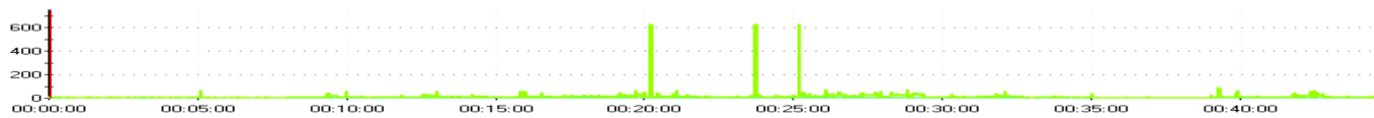
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



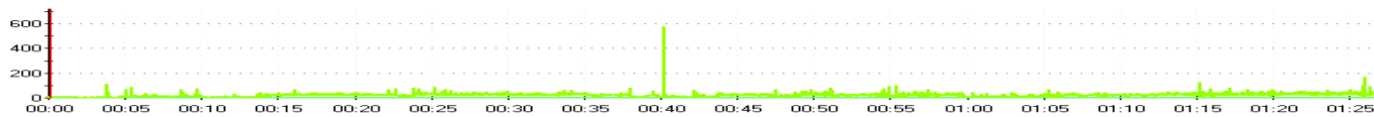
Participante No. 54. Hombre de 20 años, el cual señaló como dificultad vital, el cáncer que padeció su papá, lo que en su momento originó que él asumiera la manutención de su casa.

FRUSTRACIÓN	ODIO		CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA					
La enfermedad de su padre	A su tío, por decir a los demás que él mantuvo la casa	Gritarle a su hermano por exigir cosas, cuando lo importante era su padre	A su familia	Al hacerse responsable de algunas actividades de su padre			Nivel: alto						
							Dominancia: Masoquista, Ego (-)	Moderada					
Resuelta	No resuelto	Resuelto	No resuelto	Resuelto									
1 año													
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Alta	Alto	Medio	Leves	10.49	19.19	81.93	89.60	1.45	1.79	0.61	0.60	20.27	20.95

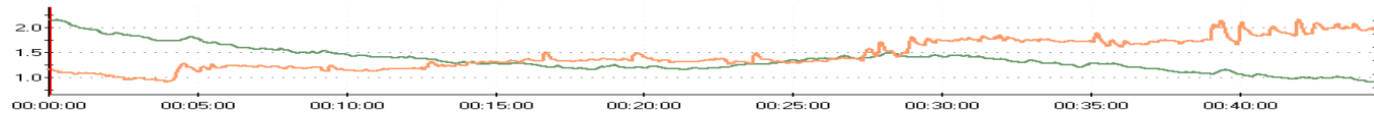
Contracción muscular, primera sesión



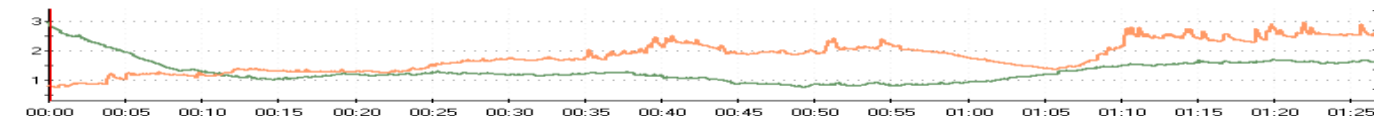
Contracción muscular, segunda sesión



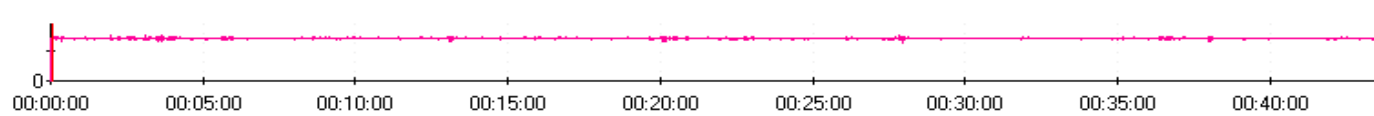
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



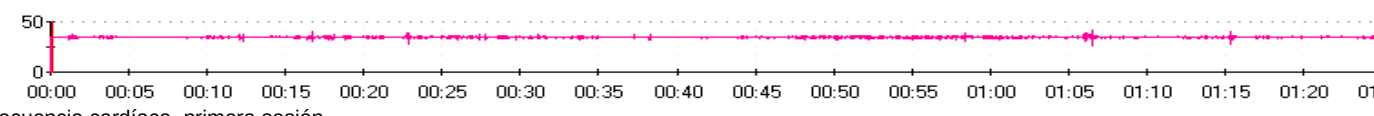
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



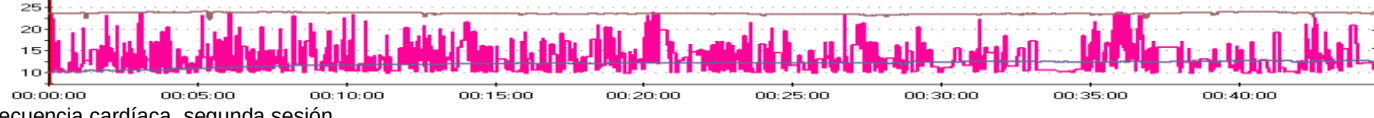
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión

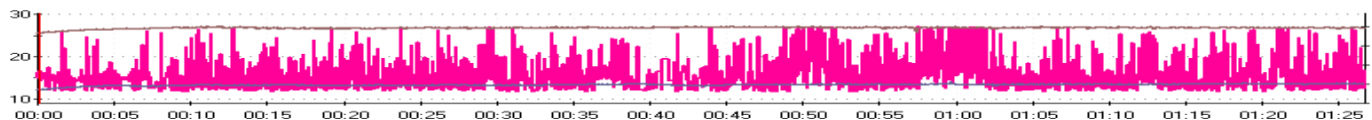


Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión



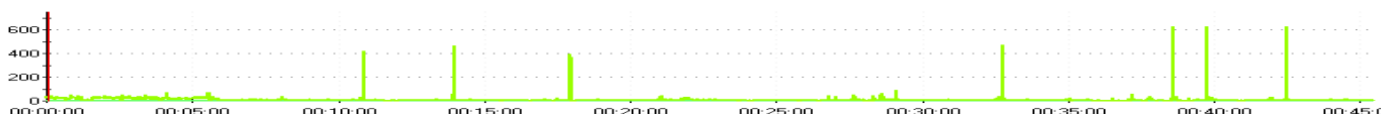


Participante No. 55. Varón de 21 años, el cual comentó que el problema más fuerte que ha vivido, fue que se mamá lo abandonara a él, a su hermano y a su padre.

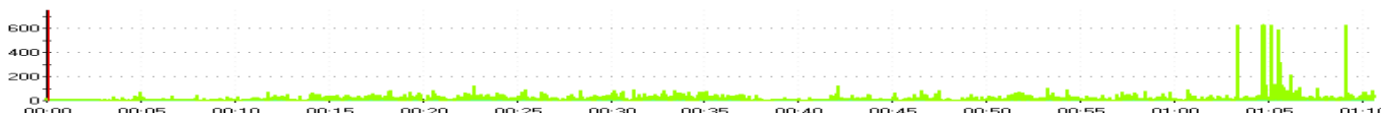
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Su mamá los abandonara	A su mamá, por no ocuparse de él y su hermano			La gente se enterara de que los habían abandonado	A los compañeros que tienen a su mamá	Nivel: medio	
No resuelto	No resuelto			Resuelto	No resuelto	Dominancia: Sumiso, Ego (-)	Baja
12 años	12 años				12 años		

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Alta	Medio	Medio	Leve	9.1	10.81	76.28	87.07	1.76	5.85	2.39	2.37	30.44	29.48

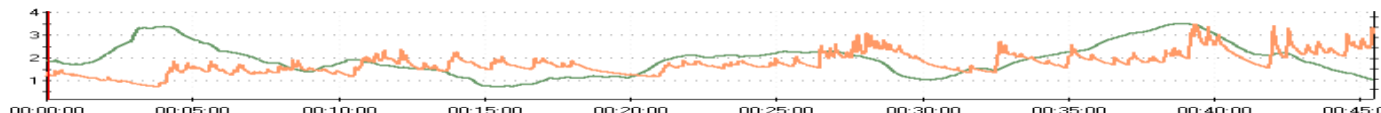
Contracción muscular, primera sesión



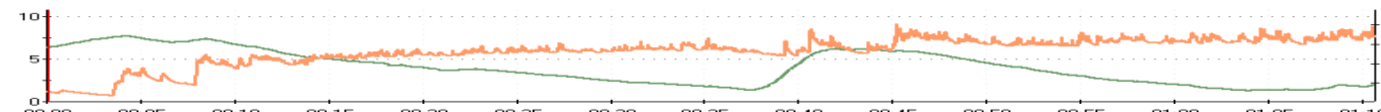
Contracción muscular, segunda sesión



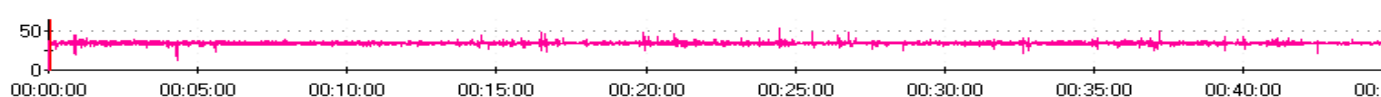
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



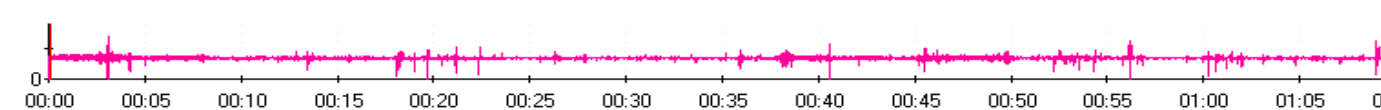
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



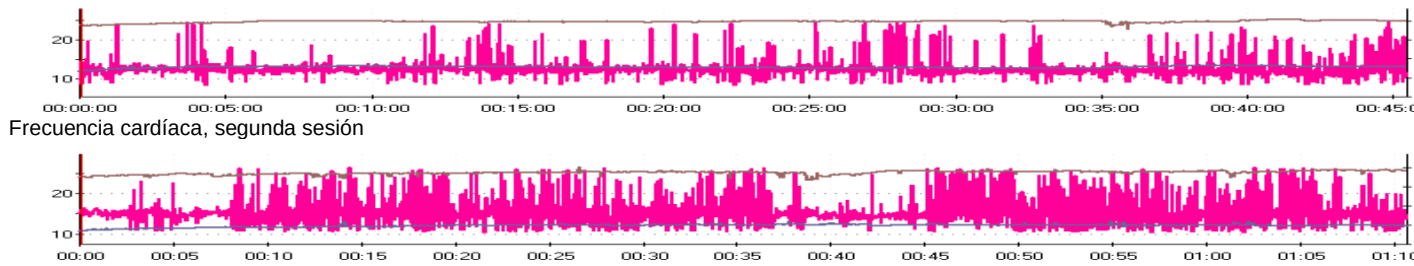
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión

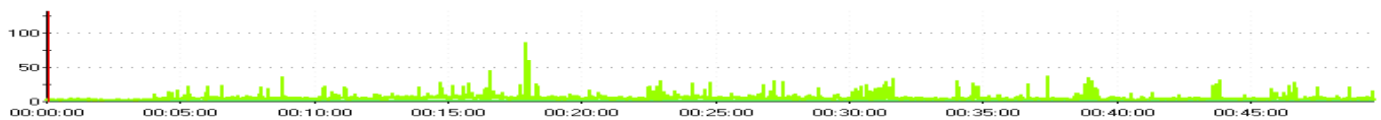


Participante No. 56. Hombre de 31 años, el cual refirió que el principal conflicto al que ha hecho frente, fue crecer con un padre violento y alcohólico, lo que originó el divorcio de sus padres.

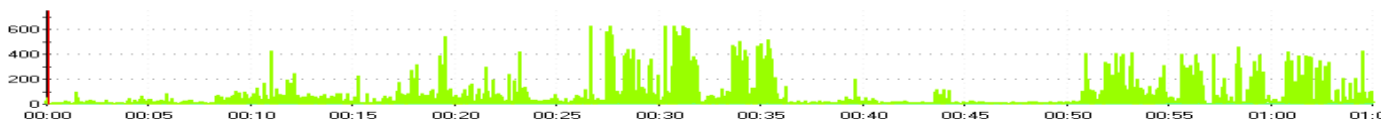
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
No hacer nada ante la violencia ejercida por su padre		A su padre, por sus acciones		Por no poder defender a su mamá		Hacía su mamá		La gente se diera cuenta de lo que hacía su padre				Nivel: medio	
Resuelto		No resuelto		No resuelto		No resuelto		No resuelto				Dominancia: Autoritario, Ego (+)	Baja
		12 años		10 años		7 años		12 años					

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Baja	Medio	Medio	Leves	4.17	14.15	80.92	80.37	3.04	2.52	2.04	1.89	31.78	30.80

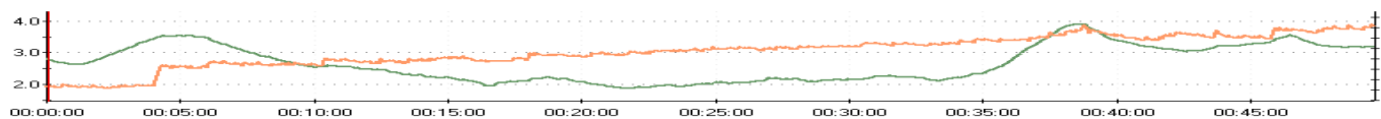
Contracción muscular, primera sesión



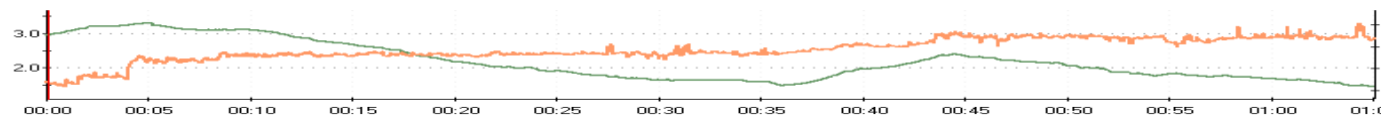
Contracción muscular, segunda sesión



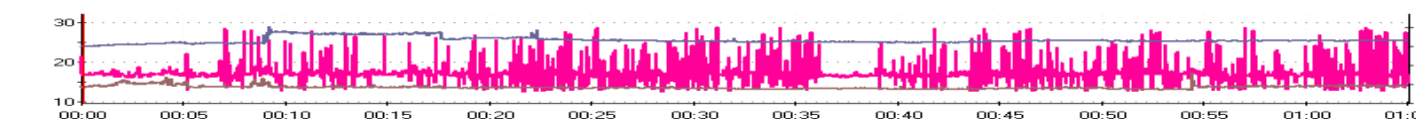
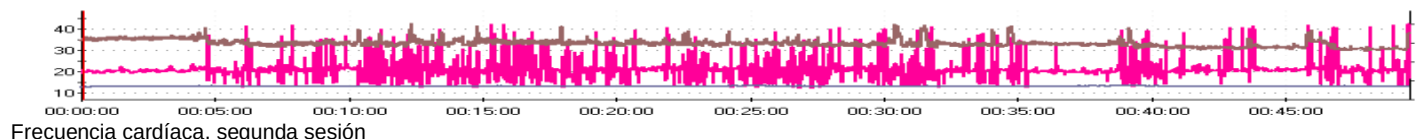
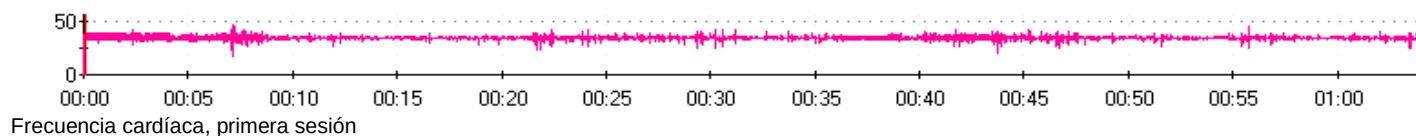
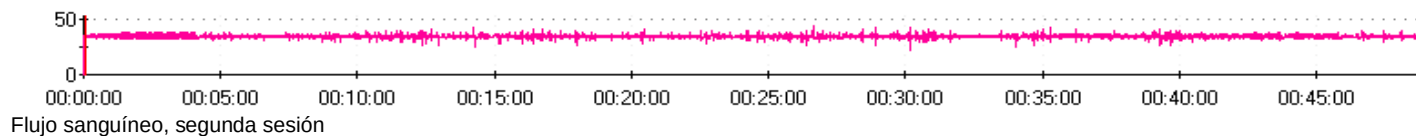
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



Flujo sanguíneo, primera sesión

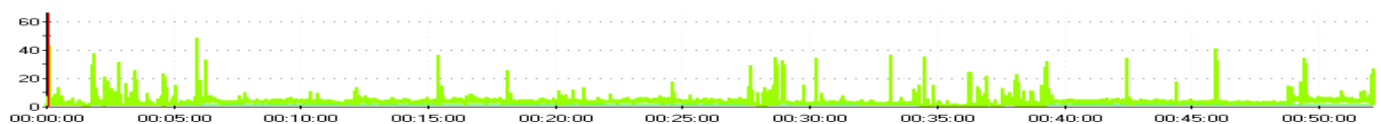


Participante No. 57. Varón de 42 años, el cual dijo que su problemática principal, fue que su familia se desintegrara cuando su esposa le pidió el divorcio, porque él no quiso cambiar de religión.

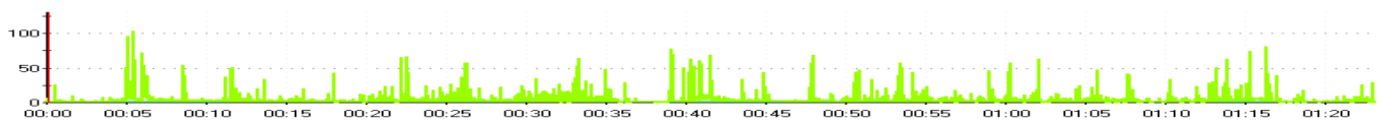
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Su familia se haya desintegrado	A su esposa y a quienes influyeron en ella	No haber puesto límites a su esposa y a quienes le influyeron	Hacia su hijo, no quiere perderlo		A las familias que permanece n unidas	Nivel: alto	
No resuelto	Resuelto	No resuelto	No resuelto		No resuelto	Dominancia: Desadaptado, Ego (-)	Moderada
9 años		9 años	5 años		5 años		

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Media	Medio	Medio	Leve	3.0	2.6	77.	76.	2.0	1.6				
				1	4	12	12	7	4	1.84	7	01	80

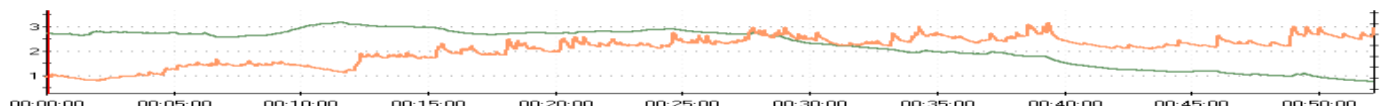
Contracción muscular, primera sesión



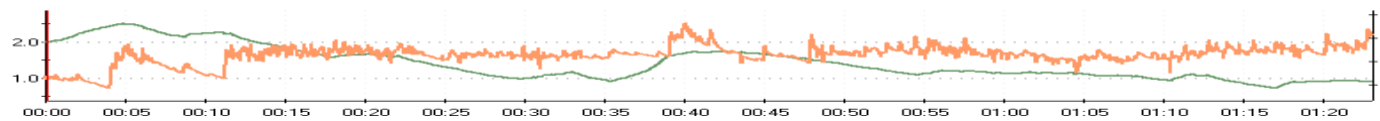
Contracción muscular, segunda sesión



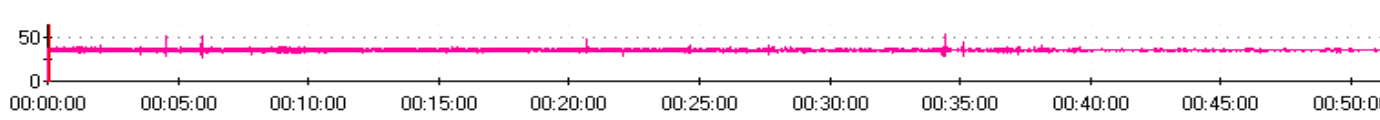
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



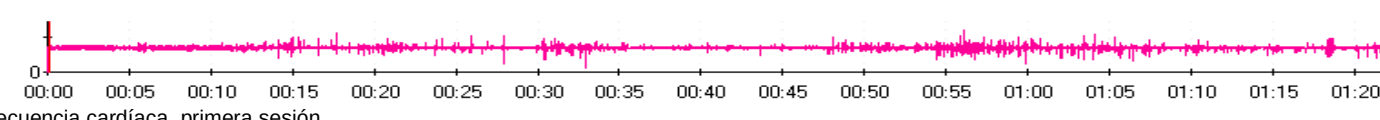
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



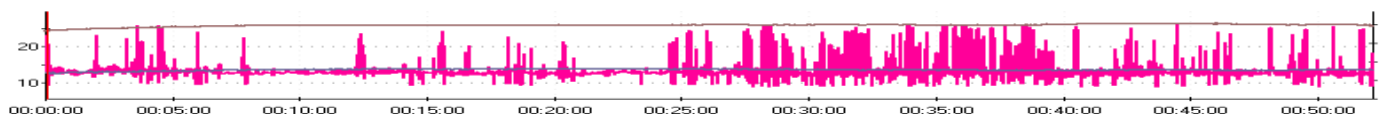
Flujo sanguíneo, primera sesión



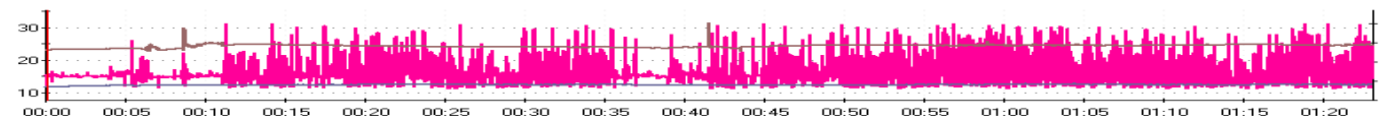
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



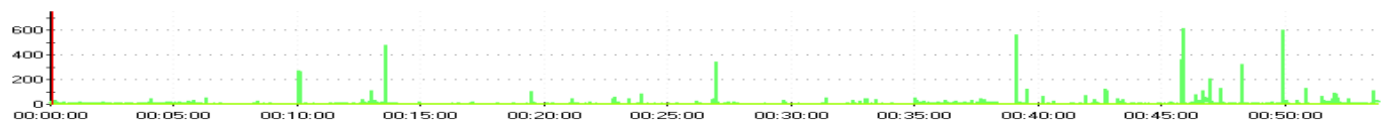
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



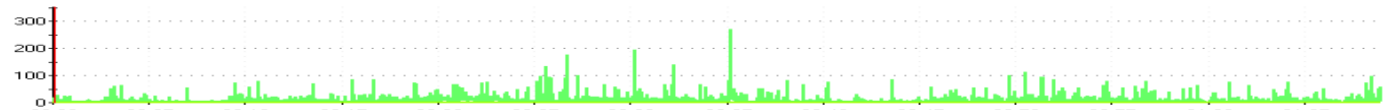
Participante No. 58. Hombre de 20 años, quien comenta que la dificultad más relevante que ha vivenciado, fue equivocarse al elegir la licenciatura a estudiar, lo que al año le hizo causar baja.

FRUSTRACIÓN	ODIO		CULPA		CELOS	VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA		
Equivocarse al elegir la licenciatura a estudiar	A sus ex profesores y compañeros		Con su papá, al decirle que iba a cambiar de carrera			Que los demás supieran que estudiaba historia y no lo que deseaba		Hacia aquellos que estudiaban lo que querían		Nivel: alto	Dominancia: Incomprendido individual, Ego (-)		
No resuelto 3 años	No resuelto 3 años		Resuelto			Resuelto		Resuelto			Moderado		
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
	Medio	Alto		Alto	Leve	5.00	5.95	83.38	79.96	0.53	0.91	1.27	0.70

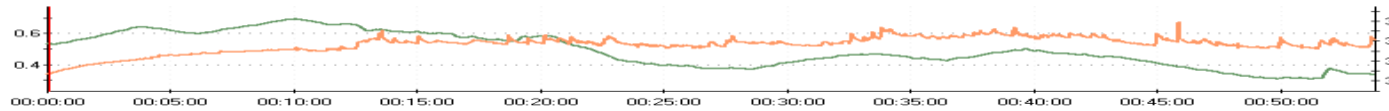
Contracción muscular, primera sesión



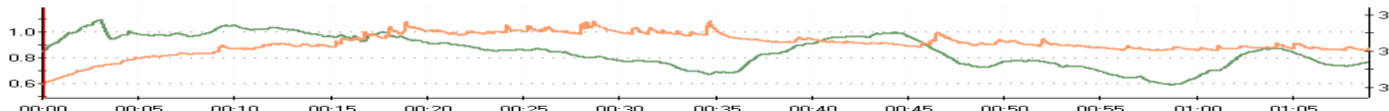
Contracción muscular, segunda sesión



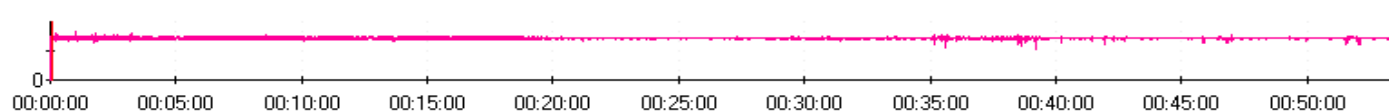
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



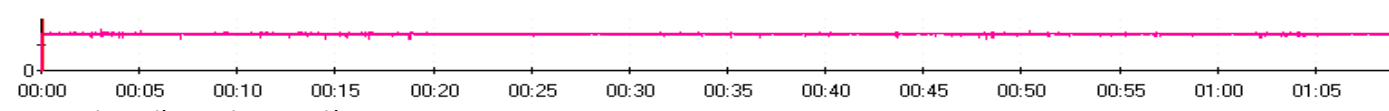
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



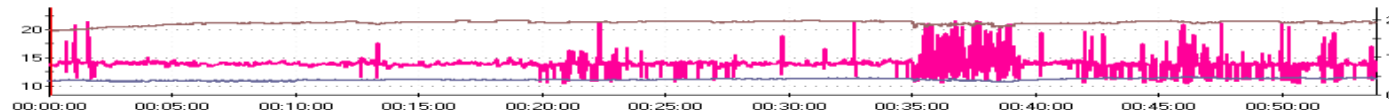
Flujo sanguíneo, primera sesión



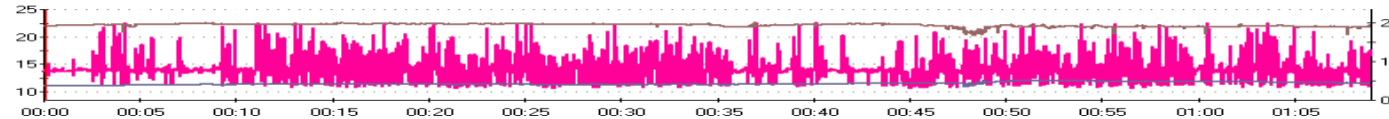
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



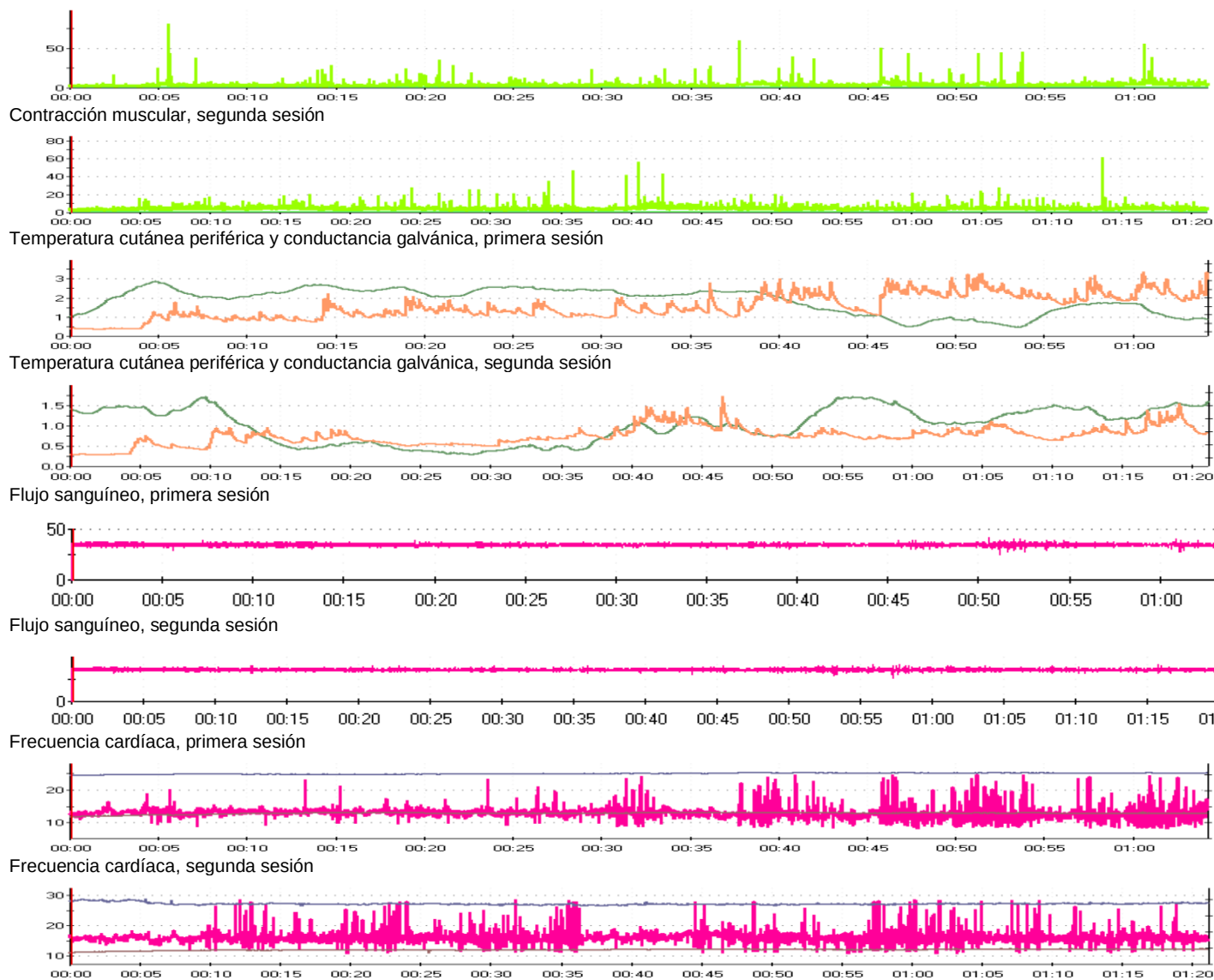
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



Participante No. 59. Varón de 20 años, el cual aseveró que el problema vital al que ha hecho frente, fue tener que desertar de la secundaria debido a las carencias económicas que surgieron cuando su papá los abandonó.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA						
Abandonar la escuela por motivos económicos No resuelto	A su papá, por abandonarlo No resuelto			Ante sus compañeros , por haber desertado Resuelto	A quienes tienen estudios No resuelto	Nivel: alto Dominancia: Baja autoestima, Ego (-)	Moderada						
6 años	6 años				3 años								
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	Rasgo	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA					
				1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión				
Media	Medio	Alto	Leve	3.1 6	3.7 2	80.05	81.98	1.55	0.75	1.99	1.83	33.83	32.75

Contracción muscular, primera sesión

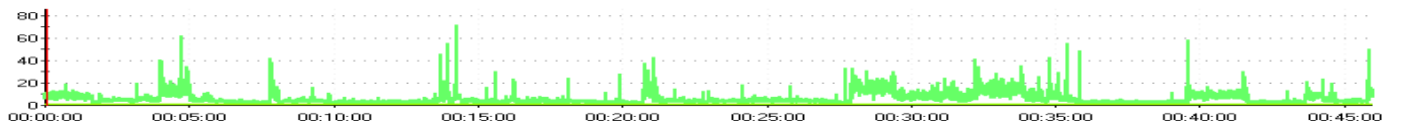


Participante No. 60. Hombre de 25 años, quien identifica como conflicto más relevante, la mala relación que tiene con su padre, debido al temperamento y costumbres de éste.

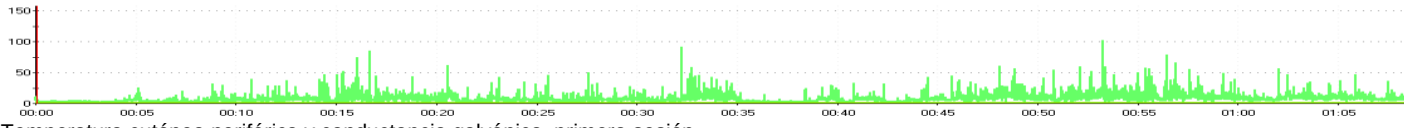
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Los conflictos con su padre	Hacia su padre	Por alentar las peleas con su padre		Los demás supieran de los pleitos con su papá	A su hermano, pues lleva una mejor relación con su papá	Nivel: medio	
No resuelto	No resuelto	No resuelto		No resuelto	No resuelto	Dominancia: Sádico, Ego (+)	Alta
7 años	7 años	7 años		5 años	4 años		
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado Rasgo	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA

Alta	Medio	Medio	Leve	1ª sesión 5.4 4	2ª sesión 7.4 4	1ª sesión 73. 66	2ª sesión 72. 39	1ª sesión 1.1 4	2ª sesión 2.1 4	1ª sesión 1.76	2ª sesión 1.7 6	1ª sesión 34. 46	2ª sesión 33. 70
------	-------	-------	------	-----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	------------------------	------------------------

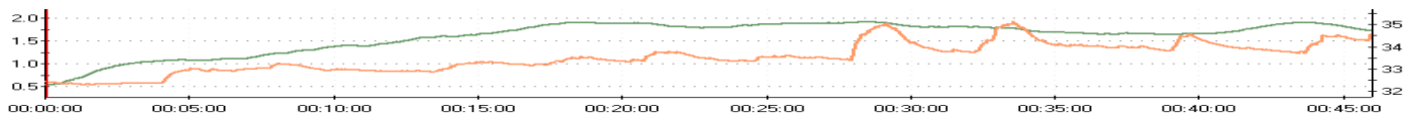
Contracción muscular, primera sesión



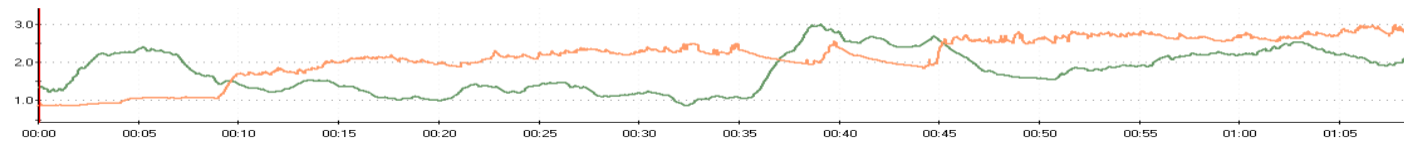
Contracción muscular, segunda sesión



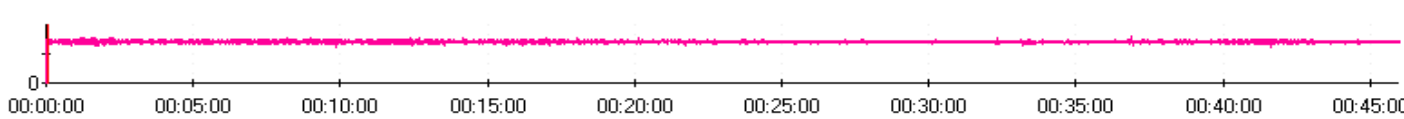
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



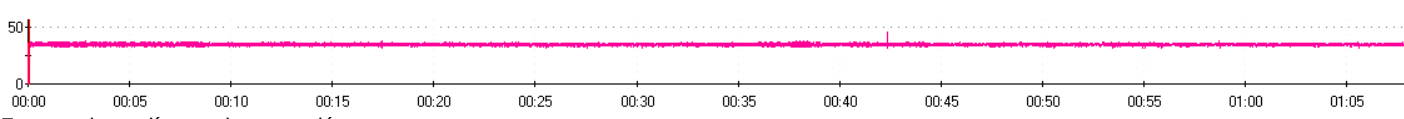
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



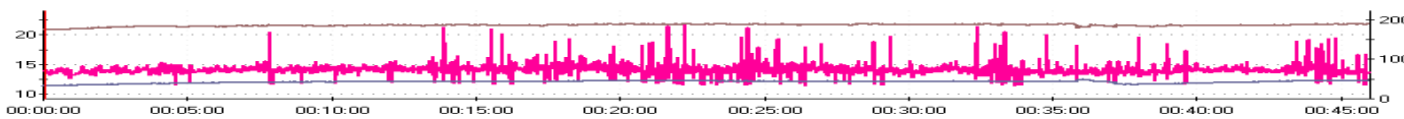
Flujo sanguíneo, primera sesión



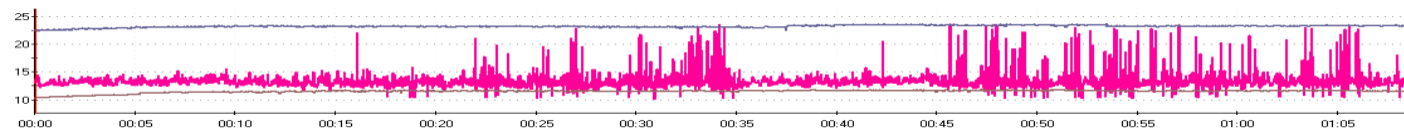
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión

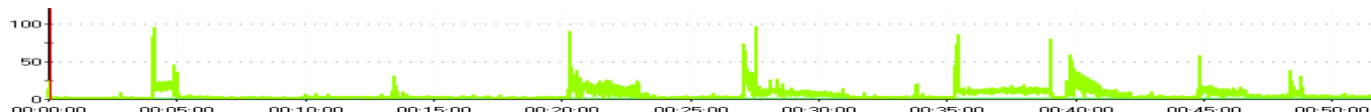


Participante No. 61. Varón de 26, el cual relató que la complicación más adversa por la que ha pasado, es que lo dieran de baja de la escuela por sus malas calificaciones, defraudando así a sus padres.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Haber defraudado a sus padres	A sí mismo, por inconstante	Por no haber seguido estudiando		Ante sus amigos, por haber dado baja	A quienes siguieron estudiando	Nivel: alto Dominancia: Fracaso, Ego (-)	Alta

6 años		6 años		5 años		Resuelto		Resuelto					
No resuelto		No resuelto		No resuelto									
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Leve	5.30	7.10	68.55	71.66	0.98	0.51	2.86	2.07	32.70	32.82

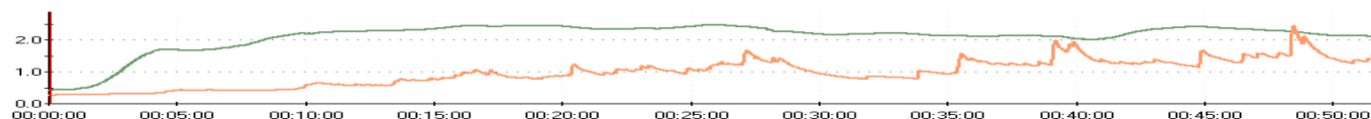
Contracción muscular, primera sesión



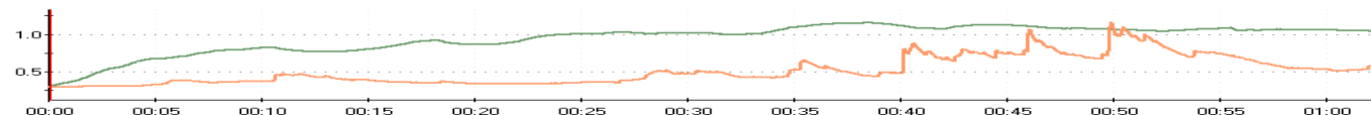
Contracción muscular, segunda sesión



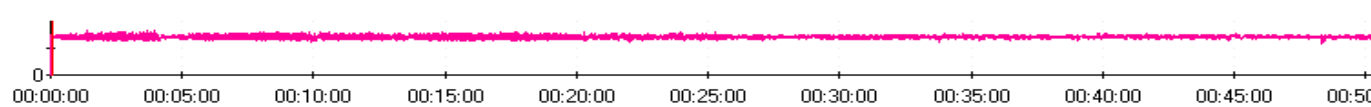
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



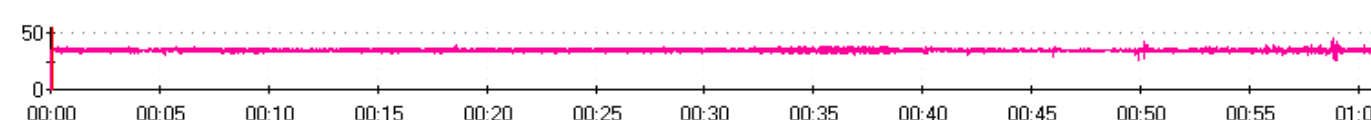
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



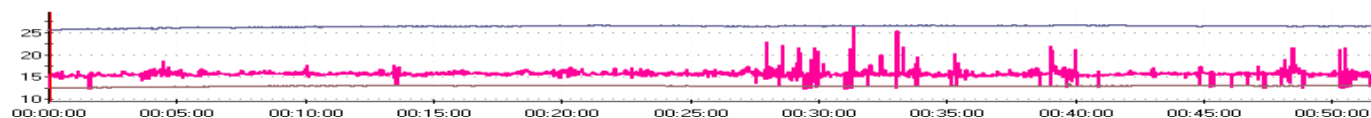
Flujo sanguíneo, primera sesión



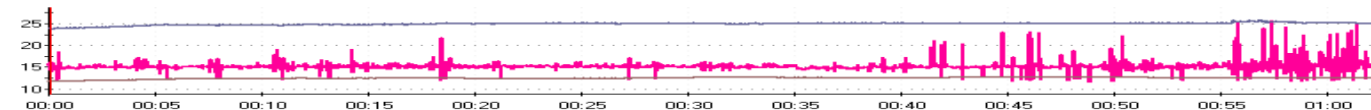
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión



Participante No. 62. Hombre de 20 años, el cual afirmó que la problemática relevante en su vida, es la mala relación que tiene con su papá, a causa de su actitud machista, así como de la violencia de pareja que ejerce sobre su mamá.

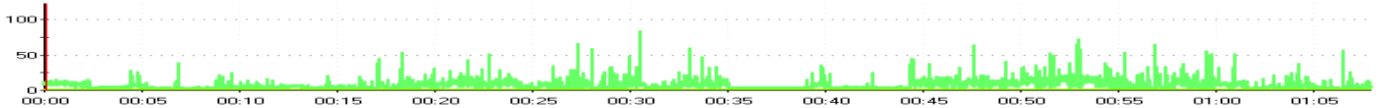
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La actitud de su padre	Hacia su papá			Ante los familiares que saben que su padre le es infiel a su mamá	A quienes tienen un papá tranquilo y que no es machista	Nivel: alto	
No resuelto 12 años	No resuelto 12 años			No resuelto 8 años	No resuelto 12 años	Dominancia: Dejado, Ego (-)	Moderado

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Leve	32.99	5.76	76.04	90.08	1.86	2.04	2.05	1.78	32.54	29.86

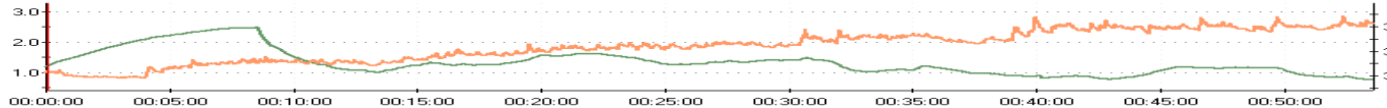
Contracción muscular, primera sesión



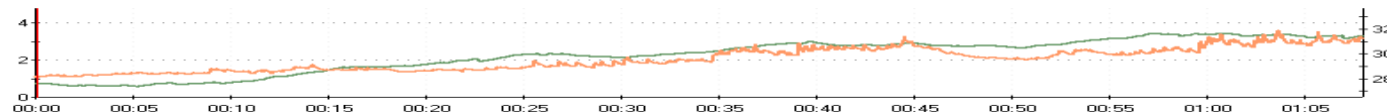
Contracción muscular, segunda sesión



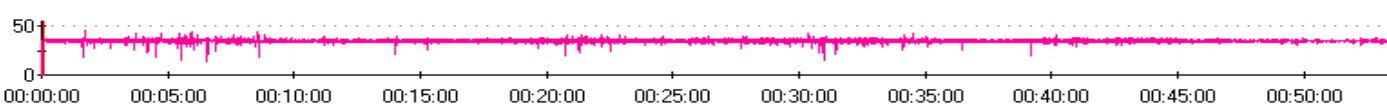
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



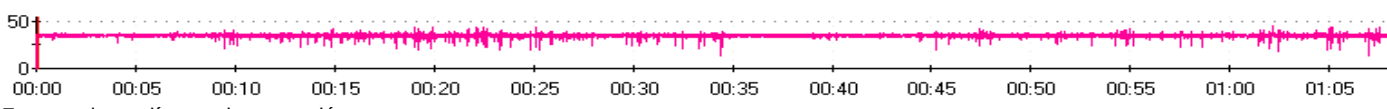
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



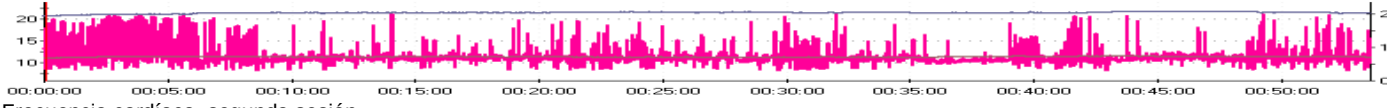
Flujo sanguíneo, primera sesión



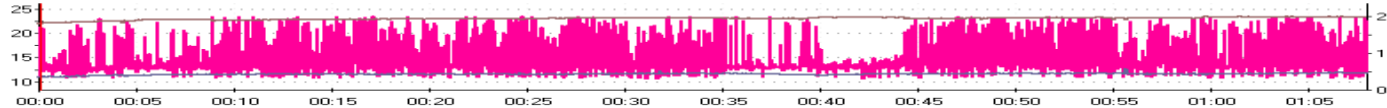
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



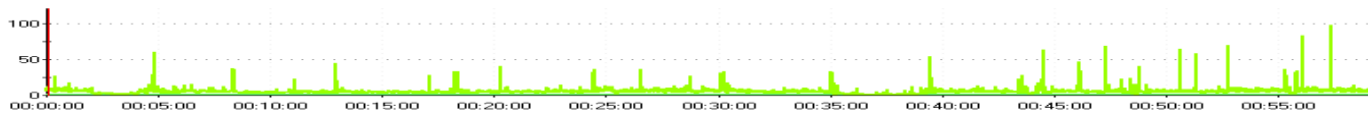
Frecuencia cardíaca, segunda sesión



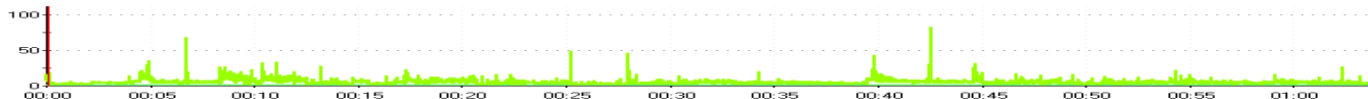
Participante No. 63. Varón de 19 años, el cual relató que la principal dificultad a la que ha hecho frente, fue un accidente cerebrovascular de su padre, a raíz del cual quedó afectado de la vista e incapacitado para trabajar

FRUSTRACIÓN	ODIO		CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA					
El accidente de su padre	A su hermano, por no ser sensible ante la situación y portarse mal					A quienes tienen a su papá sano	Nivel: medio						
No resuelto	No resuelto					No resuelto	Dominancia: Ególatra, Ego (+)	Moderado					
1 año	1 año					1 año							
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA					
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión		
Medio	Medio	Medio	Leve	5.1	5.2	71.	76.	5.1	5.2	3.23	1.0	32.	23.
				2	5	25	04	8	5		2	30	94

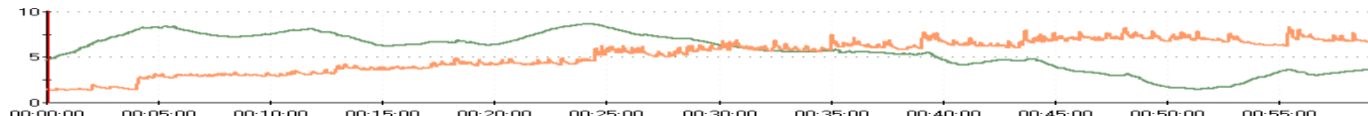
Contracción muscular, primera sesión



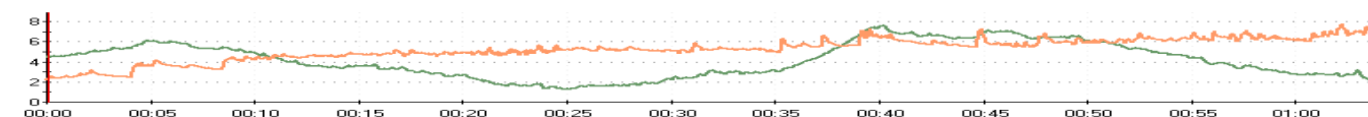
Contracción muscular, segunda sesión



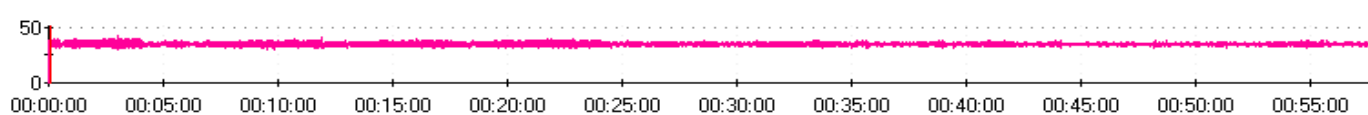
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



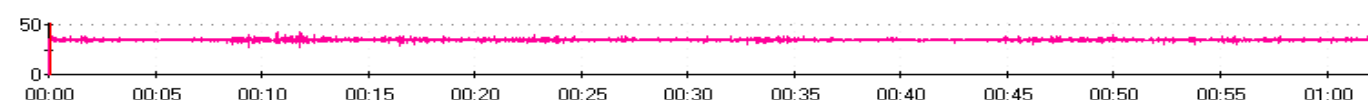
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



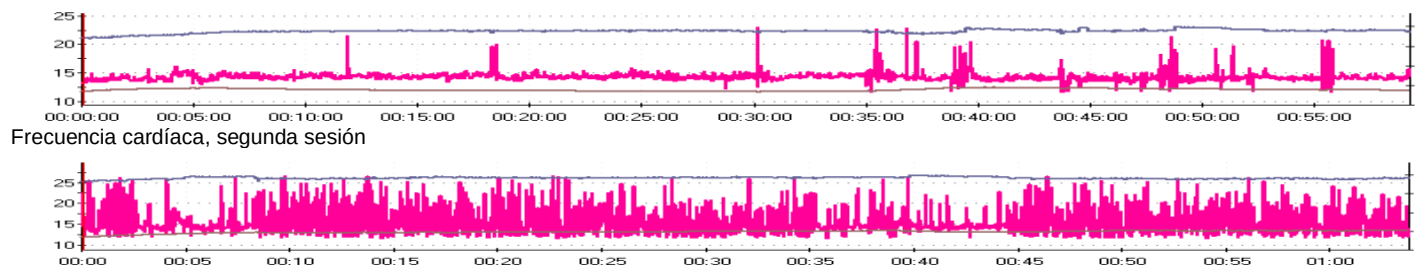
Flujo sanguíneo, primera sesión



Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión

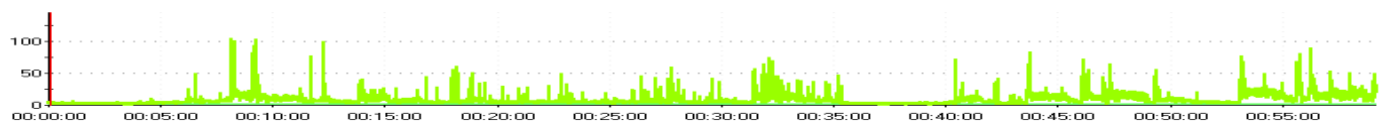


Participante No. 64. Hombre de 25 años, el cual apuntó que el problema primordial por el que ha pasado, es que un corto periodo de tiempo, su mejor amigo y su abuelo murieron atropellados.

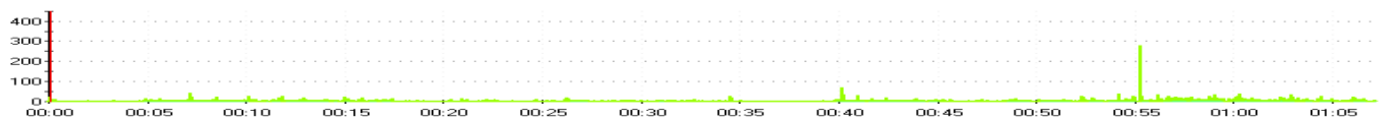
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Que seres estimados murieran por la imprudencia de otra persona	A quienes atropellaron a sus seres queridos	No haber podido auxiliar a su amigo				Nivel: alto	
No resuelto	No resuelto	No resuelto				Dominancia: Baja autoestima, Ego (-)	Moderado
2 años	2 años	2 años					

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA Rasgo	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA
Medio	Alto	Medio	Leve				
			1ª sesión: 7.8, 2ª sesión: 3.1	1ª sesión: 83, 2ª sesión: 90	1ª sesión: 1.3, 2ª sesión: 2.0	1ª sesión: 2.07, 2ª sesión: 1.1	1ª sesión: 34, 2ª sesión: 34
			8, 6	65, 58	5, 2	9, 9	50, 66

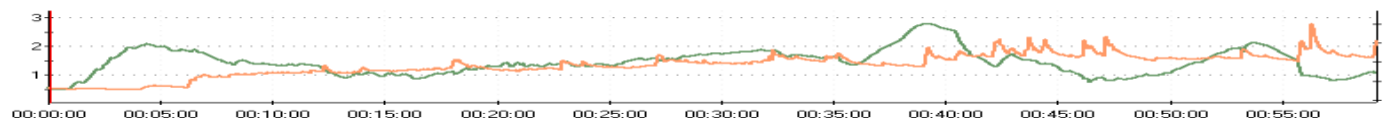
Contracción muscular, primera sesión



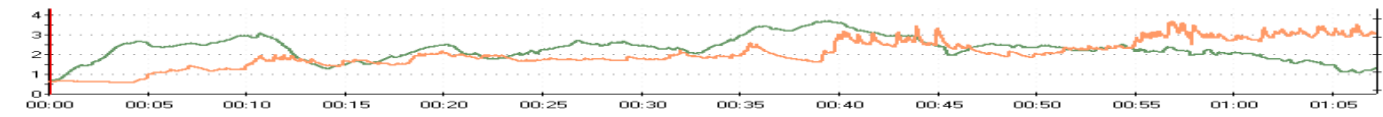
Contracción muscular, segunda sesión



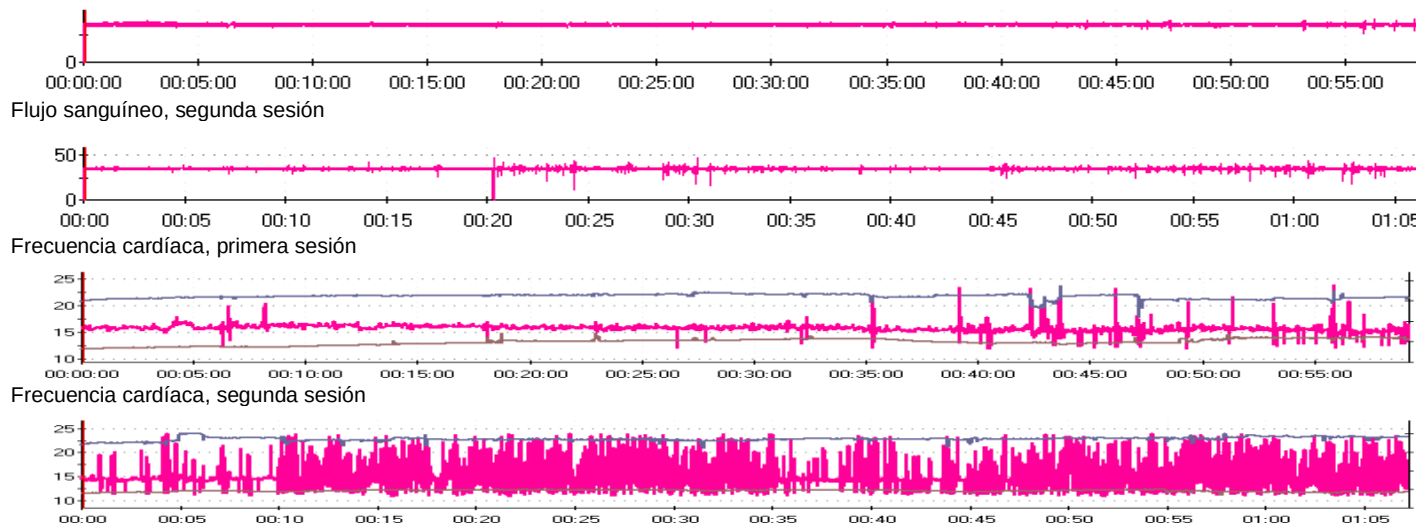
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



Flujo sanguíneo, primera sesión

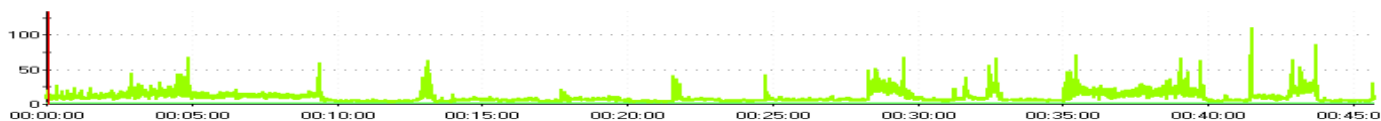


Participante No. 65. Hombre de 25 años, el cual afirmó que la complicación más fuerte que ha tenido en la vida, fue el divorcio de sus padres, lo que provocó que su papá le brindara poca atención, originado al participante problemas con su hermano y otras figuras de autoridad.

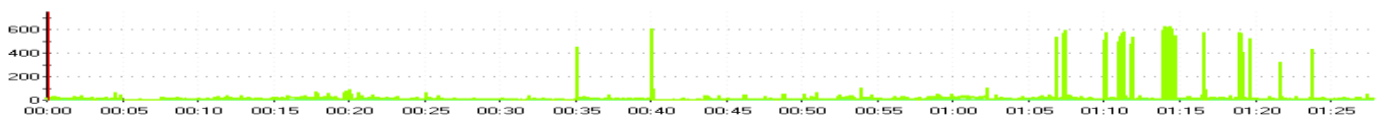
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
La separación de sus padres		Haber causado problemas , para ver a sus padres juntos		Su mamá descubriera que fumaba marihuana	A quienes tienen a ambos padres	Nivel: alto	
No resuelto		No resuelto		Resuelto	No resuelto	Dominancia: Incomprensión o social, Ego (-)	Moderado
7 años		5 años			7 años		

SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Leve	9.4	13.8	88.72	69.68	0.9	1.7	0.70	0.5	22.32	23.25

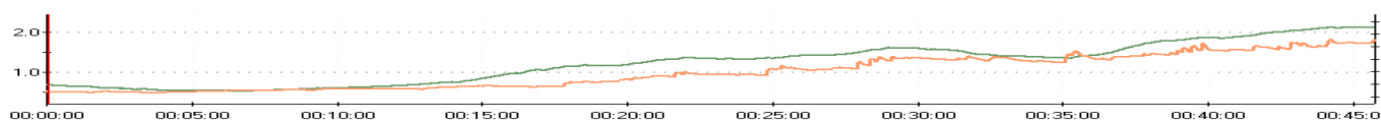
Contracción muscular, primera sesión



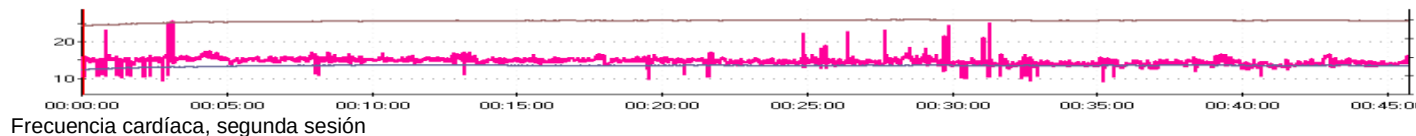
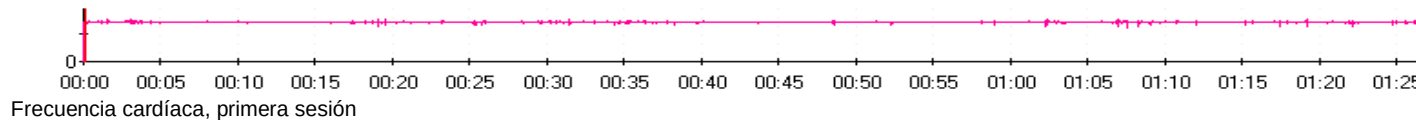
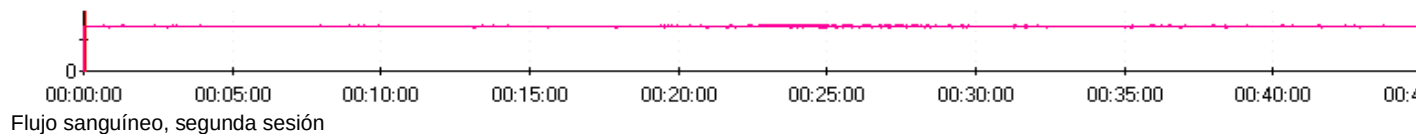
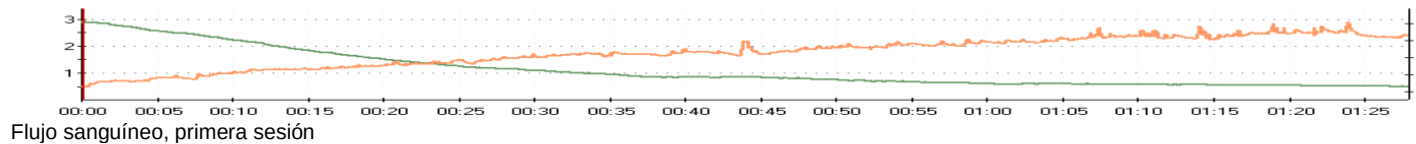
Contracción muscular, segunda sesión



Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión

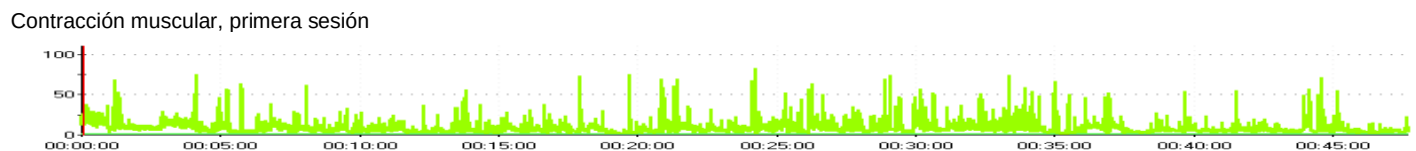


Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión

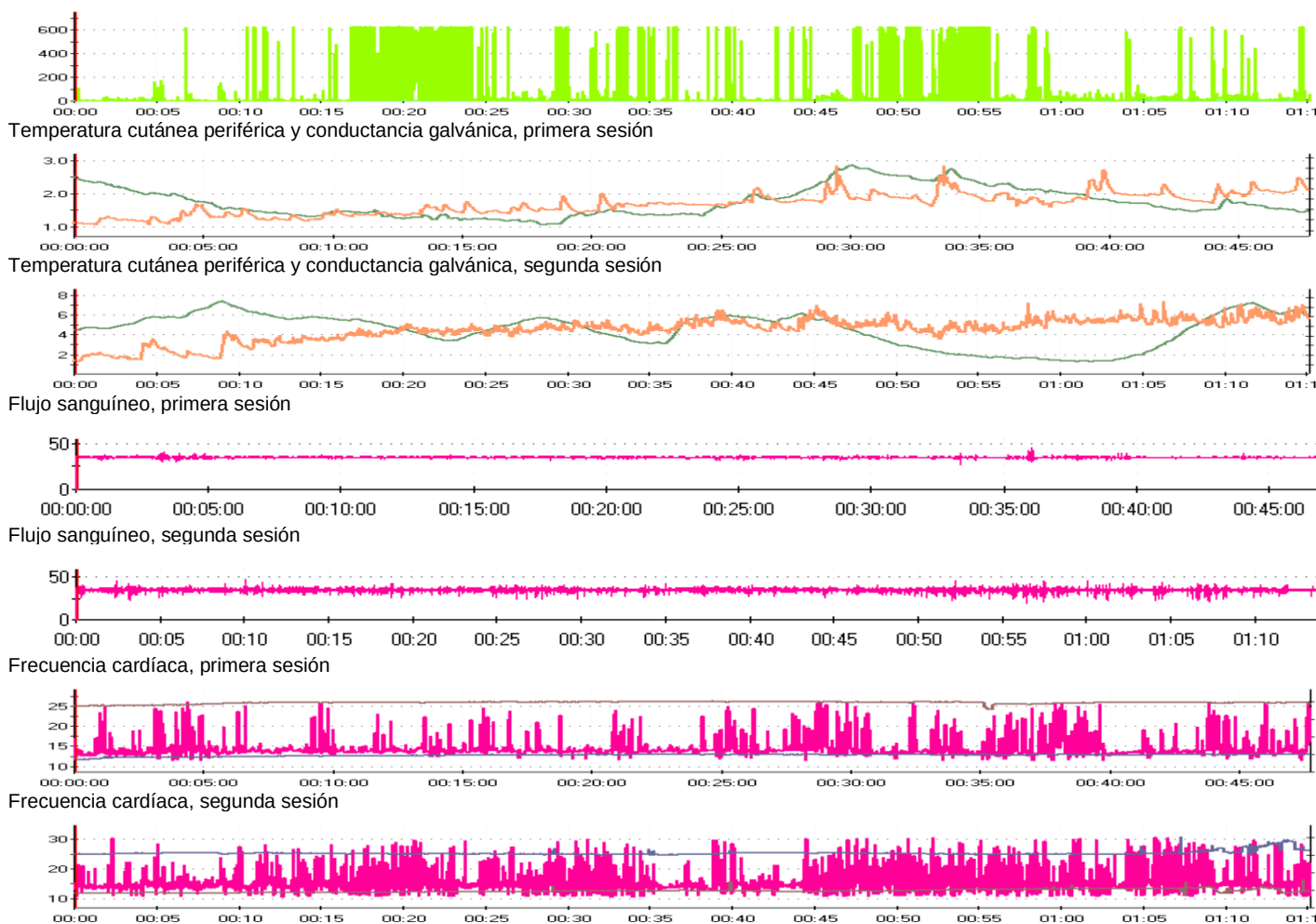


Participante No. 66. Varón de 20 años, el cual aseveró que el conflicto vital en su vida, ha sido la separación de sus padres, lo que lo llevó a tener conductas negativas para verlos unidos por algunas horas

Algunas notas														PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA					
La relación distante con su papá		A su padre, por su ausencia y las carencias económicas		Consigo mismo, por consumir drogas ilegales		La zona de confort que tiene con su madre				A quienes tienen una buena relación con sus padres		Nivel: alto			
No resuelto		No resuelto		Resuelto		No resuelto				No resuelto		Dominancia: Impulsivo, Ego (+)		Moderado	
13 años		10 años				5 años									
SOMATIZACIÓN		ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA		CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
		Estado	Rasgo			1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio		Medio	Medio	Leves		7.8	61.25	70.26	77.58	1.68	4.47	0.92	2.32	20.18	30.61



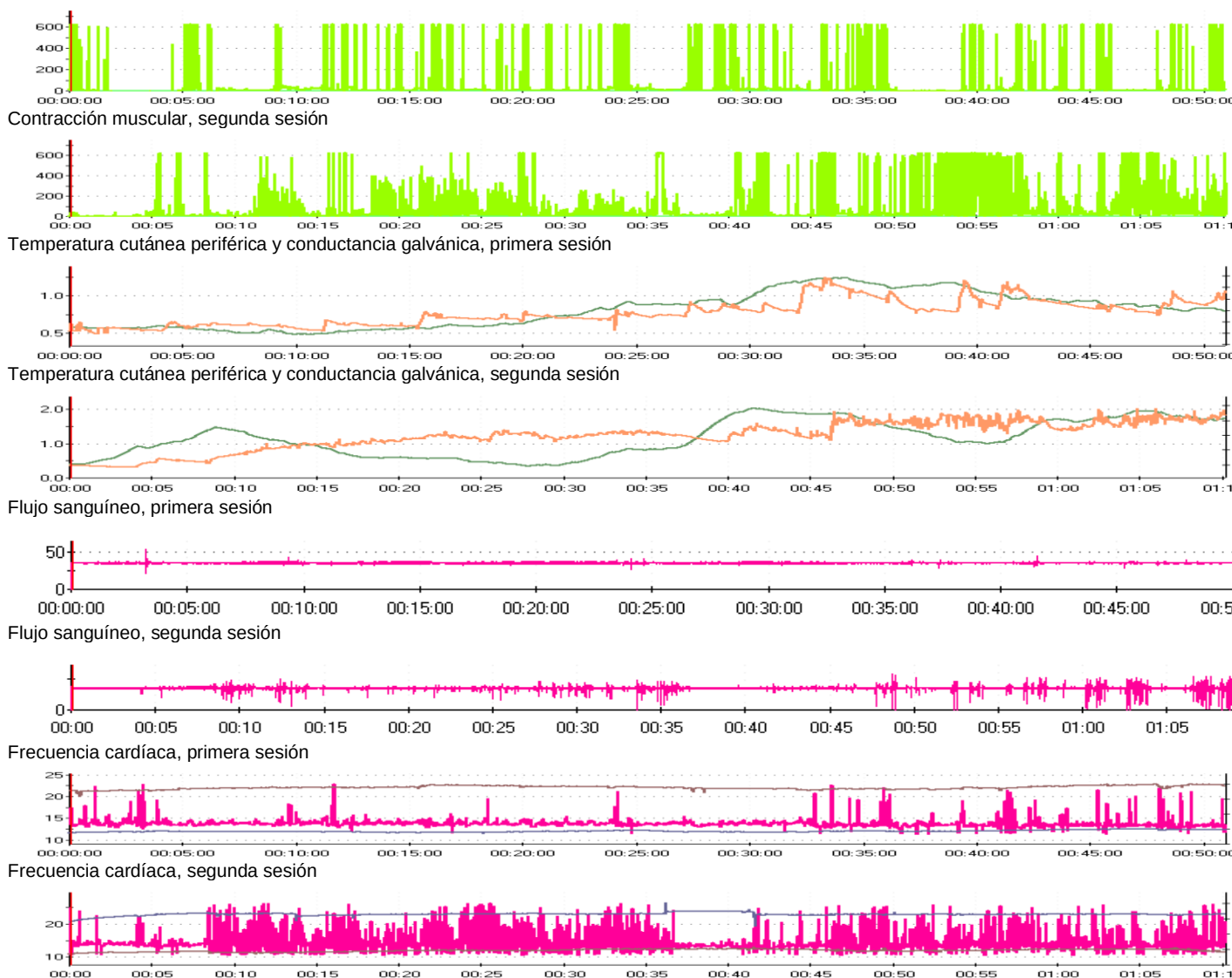
Contracción muscular, segunda sesión



Participante No. 67. Varón de 21 años, el cual relata que al ser criado por sus abuelos, ha tenido como problemática relevante, el mal carácter de su abuelo y la falta de confianza que éste le tiene.

Como problemática relevante, el mal carácter de su abuelo y la falta de confianza que este le tiene.													
FRUSTRACIÓN		ODIO		CULPA		CELOS		VERGÜENZA		ENVIDIA		PERSONALIDAD ENTROPICA	
Las críticas constantes de su abuelo		A su abuelo		Por no cumplir los parámetros de su abuelo				Los demás se enteren de la forma en que lo trata su abuelo				Dominancia: Incomprendido social, Ego (-)	
No resuelto		Resuelto		No resuelto				No resuelto				Moderado	
14 años				10 años				10 años					
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD		MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR		RITMO CARDIACO		CONDUCTANCIA GALVÁNICA		FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)		TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA	
	Estado	Rasgo		1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
Medio	Medio	Medio	Leve	56.61	81.03	68.59	75.69	0.77	1.23	1.48	2.29	35.50	31.78

Contracción muscular, primera sesión

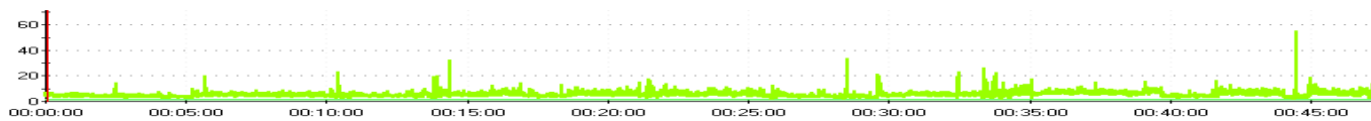


Participante No. 68. Hombre de 21 años, el cual indicó que la dificultad primordial por la que atraviesa, es la mala relación que tiene con su mamá, debido a que él ya no desea ayudar en las labores de la casa, así como acatar órdenes que juzga poco prácticas.

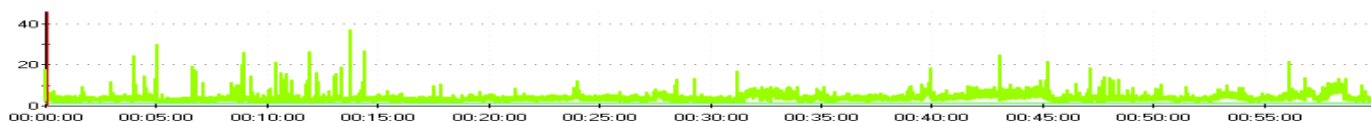
FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Los conflictos con su madre		Para con su madre, pues sabe que sólo lo tiene a él				Nivel: alto	
No resuelto		No resuelto				Dominancia: Dejado, Ego (-)	Moderado
2 años		2 años					
SOMATIZACIÓN	ANSIEDAD Estado Rasgo	MANIFESTACIÓN DEPRESIVA	CONTRACCIÓN MUSCULAR	RITMO CARDIACO	CONDUCTANCIA GALVÁNICA	FLUJO SANGUÍNEO (vasoconstricción)	TEMPERATURA CUTÁNEA PERIFÉRICA

Bajo	Medio	Medio	Leve	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión	1ª sesión	2ª sesión
				5.2	3.4	75.	82.	1.1	1.6	1.60	1.3	33.	34.
				3	8	18	40	7	9		8	75	66

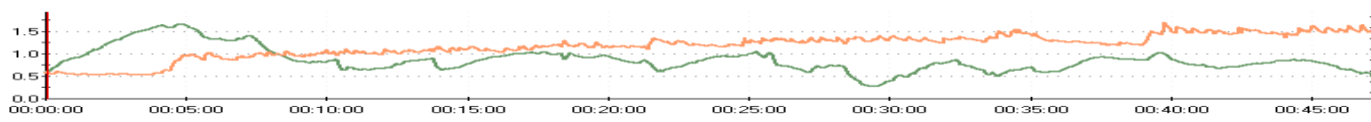
Contracción muscular, primera sesión



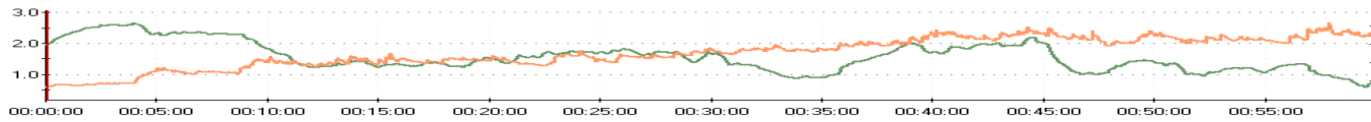
Contracción muscular, segunda sesión



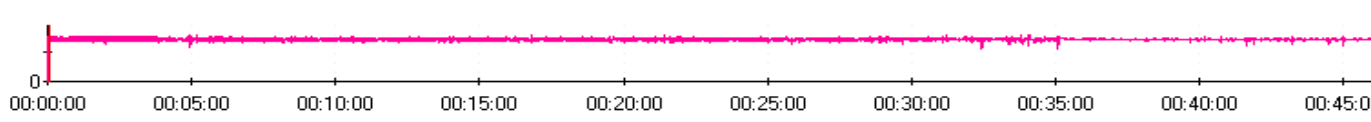
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, primera sesión



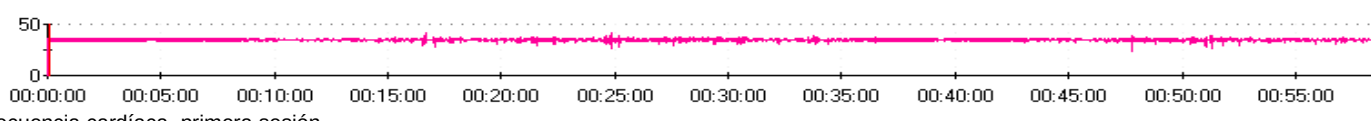
Temperatura cutánea periférica y conductancia galvánica, segunda sesión



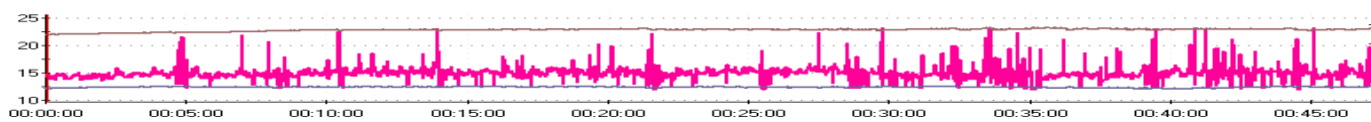
Flujo sanguíneo, primera sesión



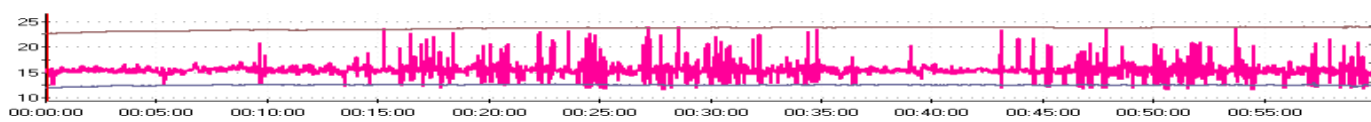
Flujo sanguíneo, segunda sesión



Frecuencia cardíaca, primera sesión



Frecuencia cardíaca, segunda sesión



Participante No. 69. Varón de 30 años, el cual consideró que el problema más fuerte que ha vivido, fue presenciar un accidente laboral, en el cual vio caer a una persona desde el techo de una nave industrial, hasta el suelo.

FRUSTRACIÓN	ODIO	CULPA	CELOS	VERGÜENZA	ENVIDIA	PERSONALIDAD ENTROPICA	APATÍA
Ver caer a la persona del techo de una nave industrial		No poder ayudar al accidentado			A quienes no han pasado por su problema	Nivel: alto	
No resuelto		No resuelto			No resuelto	Dominancia: Reprimido, Ego (-)	Moderado
2 años		2 años			2 años		

