

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA**



**Evaluación de un Modelo de Tratamiento Hipnoterapéutico y
Estratégico Breve para la disminución del Consumo de
Benzodiazepinas en pacientes con Trastornos de Ansiedad.**

MEMORIA PARA OPTAR AL TITULO DE PSICOLOGO

VOLUMEN I

Juan Pablo Díaz Tarragó

Luis Melchor Muñoz Aguilar

Prof. Patrocinante : Ps. Isabel M. Fontecilla Silva
Profesional Colaborador : Ps. Mario Pacheco León
Prof. Guía Metodológico : Ps. Elisabeth Wenk Wehmeyer

Santiago, Mayo 2000

DEDICATORIA

A Milton H. Erickson Ph.D, en cuyo espíritu nos nutrimos en todo momento.

A Michael Yapko Ph.D y Jeffrey Zeig Ph.D, grandes maestros que han cimentado nuestro desarrollo profesional.

Y muy especialmente a Mario Pacheco León, gran maestro, amigo, motivador por excelencia; que ha despertado en nosotros la curiosidad, la creatividad, y por sobre todo el afecto.

A nuestras familias...

AGRADECIMIENTOS JUAN PABLO DÍAZ

En este momento tan especial de mi vida personal, académica y laboral, tengo tantos seres queridos a los cuales expresar mi agradecimiento por su apoyo, amor y aceptación.

A mis padres, Juan y Bélgica, dedico este logro, por el esfuerzo realizado en todos estos años, superando dificultades y pensando siempre en un futuro mejor. Muy especialmente a mi madre que ha sido muy sabia en el valor de la tolerancia y el conocimiento de mis virtudes y defectos, potenciándome eternamente.

A mi querido hermano Mauricio por su dulzura, sensibilidad y cariño. A mis hermanas Claudia y Ximena por su aceptación y mi sobrino por su capacidad de endulzar e iluminar cualquier momento.

A mis familiares, abuela Aurora, tios y tias (Quena, Judith, Arturo, Carlos, Erika, Miguel, Maria) a mi padrino Gregorio por su apoyo siempre importante. A mis queridos primos.

A mis grandes amigos Claudio E., Felipe S., Roberto R., Javier E., Rodrigo L., Alberto E., Karen M., Paula R., por el cariño entregado, la escucha y el compartir momentos de alegrías..

A Jaime, Hilda y Alejandro, con mucho afecto.

Y finalmente, un muy intenso agradecimiento, dedicación y sentimiento a Karina, por todo el interés, el apoyo y el amor, realmente importantes e inolvidables.

AGRADECIMIENTOS LUIS MUÑOZ

Al final de este proceso siento que estoy obteniendo un logro trascendental en mi vida y son muchas las personas que tengo conmigo en estos momentos, y a los cuales quiero agradecer su apoyo y entrega.

A Zulema y Bernarda, en cuyo amor y paciencia crecí, y en cuya memoria me refugio y fortalezco siempre.

A Adriana, desde cuyo centro emergí, y al cual vuelvo cada vez con mayor intensidad; agradezco su entrega vital, su amor, su paciencia y comprensión, y esperando que este logro recompense tantos años de esfuerzo.

A María, por ser mi fortaleza, mi apoyo, mi centro, por su amor y entrega permanente y desinteresada, sin la cual no hubiese logrado esta meta.

Y muy especialmente a Yasna, mi compañera de vida, mi felicidad, mi motivación, mi equilibrio, mi jardín de amor. Agradezco su comprensión, su apoyo, su paciencia, su amor, que me han permitido crecer, y hacer de mi un hombre integro, amante de lo que hago y de las personas que me rodean.

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer conjuntamente a las autoridades de las Corporación Municipal de Desarrollo Social de Pudahuel por las facilidades para realizar la investigación; a la Dirección de Salud de la comuna; a las Directoras de los consultorios Pudahuel La Estrella y Pudahuel Poniente, de donde se obtuvieron las pacientes; al Cosam de Pudahuel; y a todos los funcionarios, tanto de los consultorios como del Cosam, que brindaron su ayuda en este proceso.

También a Isabel M. Fontecilla, Patricio Larraín, Ramón Gonzalo Cardemil, José Miguel Cortés, Juana Jaque, Italo Garcia, Rodrigo Lafforet.

Agradecer especialmente a Elisabeth Wenk sin cuyo apoyo incondicional, cariño y genio metodológico, esta tesis no habría sido posible realizar.

Finalmente queremos agradecer en forma especial al psicólogo y supervisor clínico Mario Pacheco León, por el apoyo brindado al desarrollo de esta investigación, por las largas horas de trabajo, por su apoyo constante en cada una de las etapas de este proyecto, por sus fundamentales aportes, por las discusiones desarrolladas, por las revisiones y correcciones propuestas por él, que han hecho de nosotros mejores profesionales y de esta memoria un trabajo del cual nos sentimos plenamente orgullosos.

A todos ellos Muchas Gracias.

Juan Pablo Díaz T.
Luis Muñoz Aguilar.

INDICE

1	INTRODUCCION	2
2	JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	6
2.1	ANTECEDENTES	6
2.2	DEFINICION DEL PROBLEMA A ABORDAR	8
2.2.1	Abordaje de la atención primaria a los problemas de salud mental	8
2.2.2	Dificultades del sistema de salud	11
3	MARCO TEORICO	13
3.1	BENZODIZEPINAS	14
3.1.1	Aspectos generales	14
3.1.2	Intoxicación	22
3.1.3	Dependencia a las Benzodiazepinas	22
3.1.4	Indicaciones, prescripción y dosis de benzodiazepinas	23
3.2	DEPENDENCIA	25
3.2.1	Trastornos por consumo de sustancias	25
3.2.2	Especificaciones respecto del curso de la Dependencia	27
3.3	TRASTORNOS DE ANSIEDAD	29
3.3.1	Dimensiones de la Ansiedad	35
3.3.2	La Ansiedad desde el punto de vista del proceso	39
3.3.3	Aspectos psicológicos del paciente adicto a las benzodiazepinas	54
3.4	TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS DE LA ANSIEDAD	56
3.4.1	Terapia Cognitiva-conductual	58
3.4.2	Terapia Experiencial de Greenberg	63
3.4.3	Terapia del MRI	70
3.4.4	Terapia Orientada a las soluciones	74
3.5	ANTECEDENTES TEORICOS DE HIPNOTERAPIA Y PSICOTERAPIA ERICKSONIANA	80
3.5.1	Principios Epistemológicos	80
3.5.2	Principios distintivos	82
3.5.3	Principio de Utilización	85
3.5.4	Hipnosis naturalista y de utilización	88
3.5.5	Terapia Ericksoniana en Tratamientos de Ansiedad	95

4	OBJETIVOS	103
4.1	OBJETIVO GENERAL	103
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	103
5	METODOLOGIA	105
5.1	ASPECTOS GENERALES	105
5.2	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	106
5.3	DEFINICION DE VARIABLES	107
5.3.1	Variables Dependientes	107
5.3.2	Variable Independiente	108
5.3.3	Variable Interviniente	110
5.4	FORMULACION DE HIPOTESIS	111
5.5	DEFINICION DEL UNIVERSO Y DE LA MUESTRA	113
5.5.1	Características del Universo	113
5.5.2	Características de la Muestra	113
5.6	INSTRUMENTOS	117
5.6.1	Descripción de los instrumentos a utilizar	117
5.7	PROCEDIMIENTOS	124
6	ANALISIS DE RESULTADOS	130
6.1	RESULTADOS	130
6.2	ANALISIS DE SINTOMAS ANSIOSOS	132
6.3	ANALISIS DE LOS NIVELES DE CONSUMO	152
6.4	CORRELACION VARIABLE INTERVINIENTE CON LAS VARIABLES DEPENDIENTES	156
7	DISCUSION DE RESULTADOS	159
8	CONCLUSIONES	166
9	ALCANCES E IMPLICANCIAS DE LA INVESTIGACION	171
	BIBLIOGRAFIA	174

1. INTRODUCCION

La Salud Mental es un tema que ha adquirido relevancia en Salud Pública. El aumento de las consultas por trastornos de orden psicológico-psiquiátricos (alrededor de un 30% en el nivel de atención primaria [Ministerio de Salud, 1998]), ha determinado la necesidad del sistema de salud de buscar respuestas efectivas para resolver estas dificultades.

Por los recursos que dispone la atención primaria -médicos generales sin formación en salud mental- el manejo farmacológico surge como la principal alternativa terapéutica. Esto se complementa con la escasez de recursos especializados de los niveles secundario y terciario del sistema de salud.

El tratamiento farmacológico tiene ventajas significativas para los pacientes, como por ejemplo, su accesibilidad, la rapidez del alivio de los síntomas más severos, el costo y poco esfuerzo de su parte, pero no resuelve a largo plazo el problema, por cuanto no incluye al paciente como sujeto activo en la solución, es decir, lo que puede hacer desde su experiencia para resolver los problemas.

El alivio de los síntomas refuerza en el paciente la percepción que la única forma exitosa de resolver su problema es el consumo de medicamentos, lo que funciona como un importante estímulo para la adhesión al tratamiento y posterior cronicidad de la ingesta.

Hay factores que intervienen en el desarrollo de la dependencia, tales como una indicación inadecuada de fármacos, el incumplimiento del régimen terapéutico por el paciente y una escasa educación acerca del uso de los medicamentos (efectos, tiempo máximo recomendable de consumo, graduación de las dosis, riesgos de dependencia, etc.). Además, el autodiagnóstico y la automedicación son dos riesgos importantes en el comportamiento sanitario de nuestra población, factor manejado en cierta medida en

la actualidad producto del control exhaustivo de las recetas (Espinoza, 1991).

Las Benzodiazepinas (BDZ), medicamentos psicotrópicos depresores del sistema nervioso central, comparten varias propiedades, entre ellas su eficacia como ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, anticonvulsivantes y relajantes musculoesqueléticos (Guze y cols., 1993); pero pese a proporcionar buenos resultados terapéuticos a corto plazo, son altamente adictivos en uso prolongado, dosis altas, y cuadros con evolución poco favorable. La principal indicación terapéutica de las Benzodiazepinas es en Trastornos de Ansiedad, cuadros de detección altamente frecuente en atención primaria.

Si se considera que las benzodiazepinas no tienen efectos terapéuticos a largo plazo en este tipo de cuadros (Bourne, 1989; Guze y cols., 1993), y en complemento a lo que se observa en la práctica clínica (pacientes con largos períodos de tratamiento farmacológico y con baja evolución sintomática), los trastornos de ansiedad son aquellos mayormente asociados con dependencia a este tipo de sustancias.

Un estudio del año 1991 realizado en Santiago de Chile, acerca del consumo de Benzodiazepinas (Espinoza, 1991), plantea el desafío de diseñar modelos de intervención desde la psicología, la medicina, y las ciencias farmacéuticas, que apunten a la población de alto riesgo y que sean breves, efectivos, y replicables.

La presente investigación surgió por una parte de esta conclusión; y por otro lado, del trabajo clínico de los autores en centros de atención primaria donde se detectó un número elevado de pacientes que, tras ser atendidos por dificultades de salud mental, iniciaron tratamiento farmacológico, y se transformaron en dependientes de sus medicamentos, sin resolver el trastorno que los llevó a consultar.

Este trabajo pretende principalmente ser un aporte a la psicoterapia por cuanto plantea una modalidad de abordaje de los trastornos de ansiedad; además puede incluirse dentro del campo de la Psicología de la Salud, pretendiendo aportar a la salud pública una propuesta metodológica para la disminución de la cantidad de pacientes con dependencia a las benzodiazepinas.

El trabajo consistió en la aplicación de un modelo terapéutico basado en el enfoque de la Hipnoterapia y psicoterapia Ericksoniana, en el cual se integraron con fines pragmáticos, técnicas provenientes de otros enfoques (cognitivas y experienciales).

Según este enfoque psicoterapéutico, la ansiedad se define como un proceso, no como un estado de enfermedad, que el individuo experimenta en las distintas dimensiones de la experiencia humana (Yapko, 1988) a través de fenómenos como estilos cognitivos disfuncionales (Beck & Emery, 1985) y/o emociones mal expresadas (Greenberg, 1996) y/o procesos de autohipnosis sintomática (Beletsis, 1989) y/o pautas relacionales limitantes (Zeig, 1999).

El tratamiento está dirigido a la modificación terapéutica de estos procesos disfuncionales, donde se utilizan las características psicológicas de cada paciente para producir el alivio, teniendo como principio la idea que las personas poseen las habilidades y recursos para cambiar y enfrentar saludablemente las dificultades que los llevan a consultar.

Esta investigación es de tipo explicativo, con un diseño experimental, con medición antes-después, para la comparación de los grupos experimental y control frente a la variable independiente representada por el modelo de tratamiento.

La medición de los resultados se centró en dos variables: Primero, nivel de consumo de benzodiazepinas; y segundo, síntomas ansiosos en las distintas dimensiones de la experiencia humana. Para la primera variable, se establecieron niveles de consumo de

benzodiazepinas que fueron homogeneizados asignando un valor a cada nivel. Para la segunda, se construyó una pauta de evaluación de procesos sintomáticos, que se agruparon por dimensión, lo cual facilitó la posterior comparación entre grupos.

Se evaluaron los resultados comparando las variaciones registradas en el grupo experimental, que fue sometido a la intervención psicoterapéutica, consigo mismo y con el grupo control, estableciéndose las diferencias respectivas. Finalmente se realizó una comparación, en el grupo experimental, entre la cantidad de años que las pacientes consumían benzodiazepinas y los resultados obtenidos luego de la intervención, para establecer qué grado de relación existe entre ambas.

2. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

2.1 Antecedentes generales

En el año 1991 se llevó a cabo en Santiago de Chile un estudio epidemiológico del consumo de benzodiazepinas (Espinoza, 1991). La muestra estuvo constituida por 1.500 personas seleccionadas según criterios predeterminados de sexo y edad, y elección aleatoria de hogares. Este estableció algunas importantes conclusiones, como por ejemplo:

- 1) La provincia de Santiago hace uso excesivo e inadecuado de benzodiazepinas.
- 2) Un 4,1% de las personas de la muestra corresponde a la categoría "dependiente", por lo tanto se está frente a un problema de Salud Pública relevante, ya que al extrapolar, alrededor de 200.000 personas tendrían problemas de dependencia a las benzodiazepinas.
- 3) Cuando ya se está en la clasificación de dependiente a las BDZ, el síndrome de abstinencia es severo y se requiere prioridad en las medidas terapéuticas inmediatas diseñando además estrategias efectivas en el mediano y largo plazo.
- 4) La población femenina son las principales usuarias de benzodiazepinas, especialmente las mujeres mayores de 25 años, y por tanto son ellas el grupo de mayor relevancia para desarrollar cualquier intento de controlar el problema.
- 5) Es importante considerar el tratamiento psicológico como parte del manejo de estos trastornos, ya que tiene efectos más duraderos.
- 6) Es necesario que se determine el uso restringido y eficaz de las benzodiazepinas, y se consideren dentro de las indicaciones de uso, la forma de discontinuación y supresión

del medicamento. Estas indicaciones deben considerar la complementación con una psicoterapia individual o grupal, que incluya, dentro de los objetivos, el apoyo necesario para la supresión del medicamento con alternativas de menor riesgo y mayor efectividad a largo plazo.

Para una revisión acabada del perfil de la investigación referida véase el Anexo N°1.

2.2 Definición del problema de investigación

2.2.1 Abordaje de la atención primaria a las problemáticas de Salud Mental.

El sistema de salud en su nivel asistencial primario, aborda la problemática de Salud Mental del mismo modo como lo hace con el resto de las patologías "orgánicas", es decir, con un diagnóstico y posterior tratamiento, basándose exclusivamente en los síntomas o malestares físicos de los pacientes, lo que conlleva a que se entregue un régimen terapéutico destinado a la disminución y posterior eliminación de estos. Se elige la alternativa farmacológica, por ser la más rápida, es decir, aquella que produce efectos casi instantáneos de los síntomas más severos y una disminución progresiva de la casi totalidad de las molestias; por ser de más bajo costo y de mayor accesibilidad, además el paciente sólo debe ingerir los fármacos y luego seguir con sus actividades habituales, no requiriendo mayor esfuerzo de su parte.

Esta podría ser una opción eficiente, de no ser porque al cabo de un determinado período, el paciente desarrolla tolerancia al fármaco, requiriendo cada vez dosis más altas para lograr el mismo efecto. Como las dosis llegan hasta un nivel máximo, el paciente al cabo de unos meses de tratamiento, está con los mismos síntomas que lo llevaron a consultar, atenuados por el medicamento, pero con una condición de aferramiento a este último, que lo hace estar dependiente de él, con temores respecto al término de las dosis, sin antes renovar la receta, siendo reforzado a pensar que sin él no podrá salir adelante. Si ocurre que no ha podido conseguir el medicamento para el período siguiente, antes que se termine la dosis actual, los síntomas atenuados recrudecen con mayor intensidad, deteriorando significativamente la salud del paciente.

Esto plantea un problema para el sistema de salud, puesto que tiene a un paciente que requiere medicamentos en forma continua, se vuelve dependiente de éstos, no resuelve sus dificultades; es decir, sigue con las quejas y malestares habituales, se transforma en policonsultante, llenando las consultas de morbilidad. Este es un número creciente de casos y representa una pérdida considerable de recursos.

En general, el sistema de salud, consciente de esto, opera reduciendo paulatinamente las dosis de la benzodiazepina suministrada, hasta alcanzar márgenes muy pequeños; sin embargo, el paciente nuevamente desarrollará los síntomas, frente a cualquier situación conflictiva que le corresponda enfrentar.

Los pacientes con trastornos psicológicos leves funcionan bien con Benzodiazepinas, sobre todo cuando hay asociado al cuadro un evento estresante sobre el cual al cabo de un tiempo, elaboran espontáneamente estrategias de enfrentamiento. Pero este modelo fracasa en aquellos cuadros de mediana y alta complejidad, con síntomas severos, persistentes, que han dejado un deterioro en la persona, o cuando hay aspectos personales, ya sea cognitivos, afectivos, relacionales, que predisponen al paciente al trastorno. Un ejemplo de esto es el caso de los Desórdenes de Ansiedad, cuadro con muy alta incidencia en la consulta de salud mental en atención primaria; que se describe como un modo determinado de experimentar el mundo, caracterizado por un pensamiento en extremo orientado al futuro, donde el paciente es incapaz de vivir y disfrutar el presente, incapaz de hacer pausas para el descanso, con ideas irracionales de amenaza y perjuicio. Este modo de explicarse el mundo, de experimentar las distintas situaciones, no es posible cambiarlo con fármacos. Por ende el paciente con esta alternativa terapéutica se sentirá mejor un tiempo, por cuanto mejorará un poco su insomnio, estará levemente más tranquilo, pero dependerá de los medicamentos, y las molestias persistirán, pese a todo.

Otro antecedente importante es que la atención primaria cuenta casi exclusivamente con médicos generales, que en su mayoría no tiene el tiempo ni la experiencia para dar un tratamiento especializado para las necesidades del paciente y tampoco para entregar información sobre las condiciones del tratamiento, lo que facilita que la persona aumente su consumo y desarrolle posteriormente la dependencia.

Así, el consumo de Benzodiazepinas es bastante alto en la actualidad; por ejemplo, en un Consultorio de la comuna de Pudahuel se entregaron en un año 35.566 dosis de Diazepam, con un promedio mensual de 2.963 unidades (período comprendido entre Julio de 1998 y Junio de 1999). El Diazepam es la Benzodiazepina de mayor uso en los consultorios de atención primaria de la Comuna, utilizándose además de éste, el Clordiazepóxido y el Alprazolam. En general, las Benzodiazepinas representan entre un 5 y un 10% del total de recetas emitidas por el servicio de farmacia del Consultorio del que se obtuvieron estos datos, hecho significativamente alto, considerándose el total de fármacos de que dispone la atención primaria.

2.2.2 Dificultades del sistema de salud por no contar con respuestas especializadas para tratar el tema de la salud mental

En la actualidad, el Sistema de Salud se ha visto sobrepasado por problemáticas complejas y que requieren de un abordaje diferente; esto ha significado, por ejemplo, que deba incorporar el ámbito de la salud mental en las acciones habituales de su quehacer, considerando que las dificultades en ese ámbito tienen una alta incidencia en las consultas de morbilidad y en la pesquisa del personal paramédico. Esto ha significado también, que deba modificar su concepción acerca de la Salud, desde una visión biomédica, más centrada en la enfermedad, hacia otra biopsicosocial, centrada en la salud desde una perspectiva más amplia, donde se complementan acciones de recuperación, con otras destinadas a la promoción y fomento de una mejor salud de las personas y sus comunidades; y acciones de prevención de las enfermedades y sus múltiples factores de riesgo (Ministerio de Salud, 1997).

Sin embargo, Salud Mental en atención primaria es un servicio incipiente, con pocos recursos humanos y materiales, que se ve sobrepasado por la alta demanda, incapaz de dar una respuesta eficaz y tener un impacto significativo en la reducción de los altos índices de consultas. Este panorama conlleva a que un alto número de pacientes no acceda a las respuestas efectivas que el servicio de salud mental podría darles, debiendo recurrir al tratamiento farmacológico como forma de buscar alivio a sus dificultades, pasando a integrar el grupo cada vez más creciente de personas que probablemente se conviertan en adictos a los fármacos.

Además, el sistema de salud en atención primaria no puede responsabilizarse íntegramente por cada paciente, dado que no dispone de los recursos para ello, por ejemplo, no cuenta con la

cantidad de médicos suficientes para que los pacientes puedan acceder al mismo profesional cada vez que necesitan atención, tampoco es posible realizar un adecuado seguimiento. Esto impide realizar un tratamiento eficaz y comprometido con los pacientes, lo que predispone a éstos a no seguir totalmente las indicaciones y que luego de un tiempo vuelvan a consultar por malestares que no han podido superar.

Los autores de la investigación detectaron esta problemática, su alta incidencia; y de este modo pretendieron desarrollar un modelo de psicoterapia que respondiera a las características de ser eficaz y eficiente, para la resolución de estas dificultades y contribuir, por una parte, a la recuperación definitiva de los pacientes; y por otra, a la resolutividad del sistema. Es así como se pone a prueba en esta investigación el modelo de intervención terapéutica que se detallará más adelante, mediante una investigación de diseño experimental.

3. MARCO TEORICO

Para efectos de la presente investigación es preciso revisar algunos aspectos teóricos relacionados con el problema a abordar. En este sentido se analizan temas tales como: benzodiazepinas, lo que permite conocer cuál es la acción que ellas desempeñan; el concepto de dependencia, para establecer los indicadores que la caracterizan; los trastornos de ansiedad, para distinguir cuáles son los síntomas que permiten tipificar estos cuadros y conocer su evolución; además se desarrolló una perspectiva que integra los aportes de algunos teóricos del enfoque sistémico estratégico y ericksoniano (Yapko, 1988; Zeig, 1999), que distingue a la ansiedad como un proceso; finalmente, se revisan distintos modelos psicoterapéuticos, para construir un abordaje que integra el enfoque de la hipnoterapia ericksoniana y psicoterapia estratégica, con técnicas de los modelos cognitivo y experiencial.

3.1 Benzodiazepinas

3.1.1 Aspectos generales

Las benzodiazepinas (BZD) son una familia de fármacos químicamente semejantes, depresores del sistema nervioso central, que por su mayor margen terapéutico reemplazaron a los barbitúricos como hipnóticos y ansiolíticos. Los estudios clínicos de estos fármacos comenzaron en 1957, culminando en 1960 con la introducción del *clordiazepóxido*, el cual dio nacimiento a la familia de las benzodiazepinas y a la denominación de "ansiolíticos" al grupo de fármacos, caracterizados por una disminución de los estados de ansiedad y angustia en el ser humano y un margen terapéutico amplio.

Los efectos de las Benzodiazepinas se deben a la potenciación de un neurotransmisor inhibitorio, el ácido γ -aminobutírico (GABA). Los efectos sobre el GABA ocurren en todo el sistema nervioso central (SNC), incluido el hipotálamo y las regiones límbica y talámica del cerebro. Las benzodiazepinas reducen la cantidad de sueño con movimiento ocular rápido (REM), además del sueño de las fases 3 y 4. Los efectos anticonvulsivantes de las benzodiazepinas parecen deberse al aumento de inhibiciones presinápticas. Los efectos depresores del SNC son capaces de producir una amplia gama de depresión del mismo, que va desde la sedación leve hasta el coma, pasando por el sueño (Guze, B., Richeimer, S., Szuba, M., 1992). Son sustancias muy lipofílicas, lo que permite que se distribuyan muy fácilmente en los tejidos, su paso al sistema nervioso central es rápido y existe una acumulación en el tejido adiposo, lo que es relevante, por ejemplo, si se trata de sujetos obesos. Además atraviesan la placenta, tanto al comienzo como al final del embarazo, por lo que puede producirse acumulación en el feto. Las Benzodiazepinas se metabolizan ampliamente en el sistema microsomal hepático y muchas veces generan metabolitos activos

cuya biotransformación es más lenta que la del compuesto original, por lo tanto la duración de la acción de dichos compuestos tiene muy poca relación con la vida media de eliminación del fármaco (Salinas, 1996).

En Chile, el consumo de benzodiazepinas está regulado por el Reglamento de Estupefacientes denominado "Reglamento de Productos Psicotrópicos y Reglamentación Complementaria, del Ministerio de Salud. Santiago de Chile, 1997; que modificó los Decretos Supremos Nº 404 y 405, 1983. (Estos Reglamentos se resumen en el Anexo 2.)

Las acciones centrales de todas las benzodiazepinas, que sirven a su vez de clasificación, son las siguientes:

- 1) Ansiolíticas.
- 2) Hipnóticas.
- 3) Anticonvulsivantes.
- 4) Relajadoras de la musculatura esquelética.

3.1.1.1 Benzodiazepinas Ansiolíticas

Su efecto consiste en la disminución de la tensión emocional, ansiedad o angustia; es decir, tienen un efecto predominantemente psíquico, a través de un descenso en la actividad neurofisiológica. Este efecto debiera ser selectivo en el sentido de que el paciente ansioso o angustiado se calme, conservando intactas las demás funciones centrales, de alerta, cognitivas y motoras. Sin embargo, es posible observar efectos muy semejantes entre los distintos tipos de benzodiazepinas, consistiendo la diferencia en la intensidad de cada una de ellas. A continuación se presenta una clasificación de este tipo de benzodiazepinas.

Tabla N° 1: Benzodiazepinas Ansiolíticas

Principio Activo	N° de Productos Farmacéuticos
<i>Alprazolam</i>	40
<i>Bromazepam</i>	38
<i>Clobazam</i>	8
<i>Clorazepato</i>	14
<i>Clordiazepóxido</i>	26
<i>Cloxazolam</i>	2
<i>Diazepam</i>	50
<i>Halazepam</i>	2
<i>Ketazolam</i>	11
<i>Lorazepam</i>	43
<i>Medazolam</i>	3
<i>Oxazepam</i>	6
<i>Oxazolam</i>	4
Total	257

Fuente: Minsal/ISP. Septiembre de 1992

La farmacocinética, o procesos de cambio que sufre el fármaco dentro del organismo ha permitido destacar diferencias entre ellas. En primer lugar, aunque las benzodiazepinas se absorben casi completamente en el tubo digestivo, lo hacen a velocidades variables: El *diazepam*, el *clordiazepóxido* y el *clorazepato*, de absorción rápida, alcanzan concentraciones sanguíneas máximas a la hora de ingeridas. Entre las benzodiazepinas de absorción media tenemos al *lorazepam* y *alprazolam*; y los compuestos de absorción lenta, como por ejemplo, *oxazepam* y *prazepam* que alcanzan niveles plasmáticos máximos entre 3 y 4 horas luego de ingeridos.

Durante el proceso de biotransformación de la benzodiazepina, o de modificación de este fármaco en interacción con el organismo, que ocurre en el hígado, se obtienen durante las primeras etapas metabolitos activos, que son productos que conservan la actividad ansiolítica y prolongan la vida media del compuesto.

El concepto de vida media se define como el tiempo necesario para que la concentración sanguínea del fármaco se reduzca a la mitad, es decir, corresponde al período que transcurre entre la

ingesta, en la cual el medicamento es absorbido en el tubo digestivo alcanzando la máxima concentración en la sangre, y el momento en que, iniciada la etapa de eliminación, la concentración del fármaco se ha reducido a la mitad. Este concepto permite obtener una medida de la permanencia del fármaco en el organismo. En la Tabla N°2 se muestra un esquema de las benzodiazepinas divididas según su vida media.

Tabla N° 2: Vida Media de las benzodiazepinas

Duración de acción	Benzodiazepinas Ansiolíticas
I.- <u>Acción larga</u> : Vida media mayor de 24 horas.	<i>Clordiazepóxido</i> <i>Diazepam</i> <i>Medazepam</i> <i>Clorazepato</i> <i>Prazepam</i> <i>Clobazam</i> <i>Ketazolam</i> <i>Bromazepam</i>
II.- <u>Acción intermedia</u> : Vida media entre 5 y 24 horas.	<i>Alprazolam</i> <i>Temazepam</i>
III.- <u>Acción corta</u> : Vida media menor de 5 horas.	<i>Lorazepam</i> <i>Oxazepam</i>

Fuente: Minsal, 1992.

En el caso de las benzodiazepinas de acción larga, la administración de una dosis diaria es suficiente para mantener un nivel sanguíneo útil compatible con un buen efecto ansiolítico; prescribir más de una dosis diaria produce acumulación de metabolitos activos, aumentado el efecto, lo que en muchos pacientes se traduce en somnolencia y debilidad muscular, además que una vez suspendido el tratamiento, el fármaco y los metabolitos persisten en el organismo. Por último, pacientes con insuficiencia hepática, prolongan aún más la vida media de estos compuestos, hecho que es necesario considerar.

Las benzodiazepinas de acción intermedia poseen una vida media menor porque sólo una parte de la dosis origina metabolitos activos y el resto se inactiva rápidamente.

Las benzodiazepinas de acción corta se inactivan rápidamente y deben ser administrados 2 o 3 veces por día para mantener un buen nivel terapéutico.

La reacción adversa más común es una exageración de su efecto depresor central, donde se observa somnolencia, deterioro intelectual y motor, efectos que se relacionan directamente con la dosis ingerida y con la edad. Además es posible observar vértigos, hipersensibilidad y perturbaciones endocrinas en tratamientos prolongados, con presencia de ciclos menstruales anovulatorios y disminución de la función sexual en ambos sexos.

3.1.1.2 Benzodiazepinas Hipnóticas

Sus efectos son similares a las ansiolíticas. Producen disminución de la latencia para dormir, alargamiento del tiempo total del sueño y disminución de la frecuencia de los despertares nocturnos. A continuación se presenta un cuadro resumen con este tipo de fármacos.

Tabla N° 3: Benzodiazepinas Hipnóticas

Principio Activo	N° de Productos Farmacéuticos
<i>Brotizolam</i>	5
<i>Clonazepam</i>	4
<i>Estazolam</i>	4
<i>Flunitrazepam</i>	20
<i>Flurazepam</i>	4
<i>Loprazolam</i>	1
<i>Lormetazepam</i>	10
<i>Midazolam</i>	7
<i>Nitrazepam</i>	6
<i>Quazepam</i>	3
<i>Triazolam</i>	17
Total	81

Fuente: Minsal, 1992.

El análisis farmacocinético de los derivados hipnóticos presenta puntos coincidentes con lo descrito para los ansiolíticos, compartiendo la mayoría de las propiedades físico-químicas.

De modo similar a las benzodiazepinas ansiolíticas, el proceso fundamental que diferencia a los diversos fármacos hipnóticos es la biotransformación hepática y es la base para la clasificación de acuerdo a la duración del efecto. La Tabla N° 4 muestra la división en cuatro grupos.

Tabla N° 4: Vida media de las benzodiazepinas hipnóticas

Duración de acción	Benzodiazepinas Hipnóticas
I.- Acción larga: Vida media entre 18 y 30 horas.	<i>Nitrazepam</i> <i>Flurazepam</i>
II.- Acción intermedia: Vida media entre 7 y 20 horas.	<i>Flunitrazepam</i> <i>Estazolam</i> <i>Loprazolam</i>
III.- Acción corta: Vida media entre 3 y 5 horas.	<i>Lorazepam</i> <i>Oxazepam</i>
IV.- Acción Ultracorta: Vida media entre 1,5 y 2,5 horas.	<i>Midazolam</i>

Fuente: Minsal, 1992.

Los compuestos de acción prolongada forman metabolitos activos, lo que explica la aparición de efectos residuales a la mañana siguiente de su administración.

En el grupo de acción intermedia hay presencia de productos activos, pero de vida media corta porque sufren una inactivación rápida por conjugación con el ácido glicurónico.

Los hipnóticos de acción corta y ultracorta tienen una inactivación casi inmediata.

La reacción adversa más común es la acción depresora residual a la mañana siguiente, que se manifiesta en somnolencia, debilidad muscular y mareos, signos casi inevitables con la utilización de BDZ de acción larga.

Otra reacción adversa que producen los hipnóticos de acción intermedia, corta y ultracorta es la amnesia de tipo anterógrada, es decir, la falla de memoria para hechos que ocurren luego de la administración del fármaco.

Los hipnóticos de duración corta y ultracorta manifiestan también el llamado "rebote de insomnio" que consiste en la reaparición del insomnio, a veces más intenso que el previo a la medicación cuando esta se suprime bruscamente.

3.1.1.3 Benzodiazepinas de acción Anticonvulsivante

Las benzodiazepinas son capaces de prevenir y suprimir fenómenos convulsivos de diverso origen, por ejemplo, el *clonazepam* se ha utilizado en algunas formas de epilepsia, como el *petit mal*, ausencias atípicas y espasmos mioclónicos. También el *nitrazepam*, el *bromazepam* y el *flunitrazepam* han demostrado efectos anticonvulsivantes, pero el desarrollo de tolerancia de estos medicamentos ha impedido que desplacen a los anticonvulsivantes

clásicos.

3.1.1.4 Benzodiazepinas de acción relajante de la musculatura esquelética

Esta acción se produce con dosis mayores que las necesarias para producir los otros efectos. Son clínicamente útiles en el tratamiento de algunos estados espásticos consecutivos a accidentes tromboembólicos cerebrales o lesiones de la médula espinal.

3.1.2 Intoxicación aguda

Se produce cuando el paciente ha ingerido una sobredosis (ver tabla Nº 18), en la cual se experimenta una depresión marcada del sistema nervioso central, sueño profundo, relajación muscular importante, depresión que en pocos casos suelen llegar al estado de coma, a menos que el sujeto haya ingerido o recibido simultáneamente cualquier otro depresor central (barbitúricos, alcohol, analgésicos narcóticos, neurolépticos, etc.)

3.1.3 Dependencia a las Benzodiazepinas

La capacidad de las BDZ para producir dependencia es un hecho indiscutido en la actualidad. Se han comunicado casos de pacientes que sometidos a altas dosis de *clordiazepóxido*, desarrollaron signos del síndrome de abstinencia luego de suprimir bruscamente las dosis. Hay estudios que muestran la aparición de dependencia física con el uso de dosis terapéuticas por períodos prolongados, lo que constituye un hecho fundamental a considerar.

El síndrome de abstinencia es grave con la utilización de altas dosis de estas sustancias, ya que los pacientes llegan a presentar convulsiones, psicosis y alucinaciones, aunque es menos frecuente. La supresión brusca de dosis terapéuticas produce depresión, confusión y despersonalización. Los signos más recurrentemente observados al dejar el consumo, tanto en dosis altas como terapéuticas, son: temblor, anorexia, parestesias, visión borrosa, insomnio, ansiedad.

3.1.4 Indicaciones, prescripción y dosis de las benzodiazepinas

Para efectos de esta investigación se utilizaron pacientes con trastornos de ansiedad, que consumen sólo tres tipos de Benzodiazepinas, que son aquellas recetadas en la atención primaria con mayor frecuencia, especialmente porque son las que disponen las farmacias de los consultorios y son de distribución gratuita. La descripción que se indica en la tabla N°5, incluye a estos tres medicamentos.

Tabla 5: Indicaciones, prescripción y dosis de benzodiazepinas

Cuadros	Benzodiazepina	Dosis diarias (mg x día)
Ansiosos, De insomnio, Crisis de pánico; Síndrome de privación alcohólica, Crisis convulsivas, Distonía aguda, Espasticidad; Premedicación quirúrgica; Agitación psicomotora, Movimientos involuntarios.	<i>Clordiazepóxido</i>	De 5 a 60
	<i>Diazepam</i>	De 5 a 60
	<i>Alprazolam</i>	De 0.25 a 6

3.2 Concepto de dependencia

Según el DSM-IV, la dependencia del consumo de benzodiazepinas se enmarca dentro de los trastornos relacionados con el uso de sustancias. Estos trastornos se dividen en dos grupos:

- 1) trastornos por consumo de sustancias, donde se incluyen la dependencia y el abuso.
- 2) trastornos inducidos por sustancias, en el cual figuran la intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastornos amnésicos, psicóticos, del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño.

3.2.1 Trastornos por consumo de sustancias: Dependencia (según el DSM-IV)

La dependencia es un patrón desadaptativo de consumo de una sustancia, en este caso de las benzodiazepinas, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por *tres o más* de los siguientes ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- 1) *Tolerancia*: Definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto que produce una determinada concentración de sustancia, disminuye claramente con su consumo continuado.

- 2) *Abstinencia*: Definida por cualquiera de los siguientes ítems:
- a) El síndrome de abstinencia, que tiene los siguientes criterios:
 - i. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
 - ii. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - 3) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 - 4) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 - 5) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 - 6) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, por ejemplo, visitas reiteradas a uno o varios médicos, desplazarse largas distancias, esperas prolongadas.
 - 7) Reducción importante de actividades sociales, laborales, o recreativas debido al consumo de la sustancia.
 - 8) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o

persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Si se establecen signos de Tolerancia o Abstinencia, se debe especificar que se trata de un Trastorno por consumo de sustancias con Dependencia fisiológica.

3.2.2 Especificaciones respecto del curso de la Dependencia

Se establecen cuatro especificaciones respecto de la Remisión de la Dependencia según lo establece el DSM-IV:

Remisión total temprana: Esta especificación se designa si no se cumplen los criterios de dependencia o abuso durante 1 a 12 meses.

Remisión parcial temprana: Se establece si se han cumplido entre 1 y 12 meses uno o más criterios de dependencia o abuso, sin que se cumplan todos los criterios para la dependencia.

Remisión total sostenida: Se usa si no se cumple ninguno de los criterios de dependencia o abuso en ningún momento durante un período de 12 meses o más.

Remisión parcial sostenida: Se utiliza si no se cumplen todos los criterios para la dependencia durante un período de 12 meses o más; sin embargo, en esta especificación se encuentran presentes uno o más de los criterios de dependencia o abuso.

Las cuatro especificaciones de remisión son aplicables únicamente cuando no se cumple ninguno de los criterios para la dependencia de sustancias o el abuso de sustancias durante un mes como mínimo.

La diferenciación entre remisión total sostenida y recuperación requiere considerar:

- a) El tiempo transcurrido desde la última alteración.
- b) Duración total de la alteración.
- c) Necesidad de evaluación continuada.

3.3 Trastornos de Ansiedad

Según el DSM-IV, los Trastornos de Ansiedad están constituidos por una serie de cuadros que se detallan en el Anexo 3. A continuación se entrega un resumen (tabla N° 6) de cada uno de ellos:

Tabla N° 6 Resumen Trastornos de Ansiedad según DSM-IV

Trastorno/ Caracte- rística	Síntomas Principales	Cultura y sexo	Prevalencia	Pronóstico
1. <i>Trastorno de Angustia (panic disorder) sin agorafobia:</i>	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas. Inquietud excesiva por volver a tenerlas y por sus consecuencias. Cambios personales importantes relacionados con las crisis.	Aparece a veces como intenso temor a maleficios. Se da dos veces más en mujeres que en hombres.	La prevalencia en todo el mundo se sitúa entre el 1,5 y el 3,5%.	Estudios indican que al cabo de varios años de tratamiento el 30% está bien, el 40 a 50% ha mejorado y un 20% está igual o peor.
2. <i>Trastorno de Angustia (panic disorder) con agorafobia:</i>	Similar a la anterior pero con la presencia además de Agorafobia	Se da tres veces más en mujeres que en hombres.	La prevalencia en todo el mundo se sitúa entre el 1,5 y el 3,5%.	Evolución similar al anterior.
3. <i>Agorafobia sin historia de trastorno de angustia:</i>	Aparición de Ansiedad en lugares o situaciones donde es difícil escapar o la ayuda puede no estar disponible. Se desarrollan conductas evitativas en relación al lugar o situación.	Este tipo de trastornos son más frecuentes en mujeres que en hombres.	En la mayoría de los casos la agorafobia se presenta con trastorno de angustia. No hay estudios de prevalencia.	Poco se sabe de la evolución de este cuadro. Casos anecdóticos sugieren pronóstico complicado.

(Continuación Tabla Nº 6)

<p>4. <i>Fobia específica</i> (antes <i>fobia simple</i>) :</p>	<p>Temor excesivo e irracional ante la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. La exposición a ellas provoca una reacción inmediata de ansiedad.</p>	<p>Dependiendo de la cultura se da un gran espectro de fobias. Pueden generarse a partir de un acontecimiento traumático. Son más frecuentes en mujeres.</p>	<p>Oscila entre un 10 a 11% de la población general.</p>	<p>En general tienen buen pronóstico, salvo aquellas que persisten durante toda la vida adulta, que remiten en más o menos el 20% de los casos.</p>
<p>5. <i>Fobia social</i> (<i>trastorno de ansiedad social</i>):</p>	<p>Temor excesivo y persistente ante situaciones sociales o actuaciones en público, donde se teme actuar de un modo equivocado. La exposición a ellas provoca una reacción inmediata de ansiedad. Se debe especificar si es o no generalizada.</p>	<p>Varía de cultura en cultura, dependiendo de las exigencias sociales del lugar. En poblaciones clínicas, ambos sexos se muestran igualmente propensos.</p>	<p>Oscila entre el 3 y el 13% como prevalencia global. La variación está en la definición de los umbrales para cuantificar el malestar clínico.</p>	<p>La intensidad del trastorno y sus consecuencias dependen de los acontecimientos vitales estresantes y las exigencias sociales. La evolución es heterogénea, en algunos se vuelve crónica, en otros remite.</p>

(Continuación Tabla Nº 6)

<p>6. <i>Trastorno obsesivo-compulsivo:</i></p>	<p>Presencia de obsesiones (pensamientos, impulsos, imágenes, recurrentes e intrusivos, que causan malestar) o compulsiones (comportamientos o actos mentales-rezar, contar- repetitivos, que el sujeto se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión). La persona los reconoce como excesivos, como el producto de su mente y trata de neutralizarlos.</p>	<p>Los rituales culturales pueden ser exagerados, y dar origen a este cuadro; los sucesos vitales y las pérdidas significativas, pueden intensificar los rituales. El trastorno muestra similiar incidencia entre hombres y mujeres.</p>	<p>Estudios recientes han estimado la prevalencia global en un 2,5%.</p>	<p>La mayoría presenta un curso crónico con altas y bajas, con aumento de los síntomas en períodos de acontecimientos estresantes. Alrededor de un 15% muestra deterioro social y laboral, un 5% sigue un curso episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los períodos intercríticos.</p>
<p>7. <i>Trastorno por estrés postraumático :</i></p>	<p>El sujeto expuesto a un hecho estresante y traumático, reacciona con intenso temor; reexperimenta la experiencia a través de recuerdos, sueños, imágenes, malestares intensos y respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos similares. El paciente evita aquellos estímulos asociados al evento y manifiesta un embotamiento de su reactividad general.</p>	<p>Hay mayor incidencia en emigrantes de lugares con disturbios sociales y conflictos civiles importantes.</p>	<p>Se estima una prevalencia global de entre un 1 a un 14%, dependiendo de los criterios diagnósticos y el tipo de población. En población de riesgo (víctimas de guerras, volcanes, terrorismo, etc) la cifra oscila entre un 3 a 58%.</p>	<p>La evolución depende de la intensidad, la duración, la proximidad al acontecimiento traumático. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos logra recuperarse completamente a los 3 meses.</p>

(Continuación Tabla Nº 6)

<p>8. <i>Trastorno por estrés agudo:</i></p>	<p>Aparición de ansiedad, temor, síntomas disociativos que duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas y que aparecen durante el primer mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático.</p>	<p>Algunos acontecimientos son vívidos traumáticamente por las personas, la intensidad y el tipo de respuestas pueden estar modulados por las diferencias culturales.</p>	<p>La prevalencia en la población expuesta a acontecimientos traumáticos de carácter agudo, depende de la intensidad y la persistencia del trauma y el grado de exposición a éste.</p>	<p>Los síntomas se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran como mínimo 2 días y, o bien se resuelven en las 4 primeras semanas después.</p>
<p>9. <i>Trastorno de ansiedad generalizada:</i></p>	<p>Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades por más de 6 meses. Al sujeto le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p>	<p>Se debe tener en cuenta el contexto cultural al evaluar el carácter excesivo de estas preocupaciones. La relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres.</p>	<p>Prevalencia global llega hasta el 5%.</p>	<p>Muchos de estos pacientes se consideran nerviosos de toda la vida. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante con agravamientos en períodos de estrés.</p>

(Continuación Nº 6)

10. <i>Trastorno de ansiedad debido a...</i> (indicar enfermedad médica):	La ansiedad, crisis de angustia, obsesiones o compulsiones predominan el cuadro clínico, y se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.	No hay antecedentes.	No hay antecedentes.	No hay antecedentes.
11. <i>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:</i>	La ansiedad, crisis de angustia, obsesiones o compulsiones predominan el cuadro clínico, y se demuestra que las alteraciones aparecen durante la intoxicación o abstinencia o durante el primer mes siguiente, y el consumo de una sustancia está relacionado etiológicamente con la alteración.	No hay antecedentes.	No hay antecedentes.	No hay antecedentes.

(Continuación Nº 6)

12. <i>Trastorno de ansiedad no especificado:</i>	Son trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica, que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad. Por ejemplo, trastorno mixto ansioso-depresivo, síntomas de fobia social relacionados con el impacto social de una enfermedad médica, trastornos de ansiedad en los que es imposible determinar su origen.	No hay antecedentes.	No hay antecedentes.	No hay antecedentes.
---	--	----------------------	----------------------	----------------------

3.3.1 Dimensiones de la ansiedad

Puede considerarse que la experiencia humana se da en dimensiones múltiples (Yapko, 1988), y los problemas de salud mental afectan en todas estas dimensiones y se relacionan sinérgicamente para la mantención de ellos. La identificación de estas dimensiones otorgan una guía al terapeuta hacia una variedad de aspectos donde dirigir su tratamiento. (Yapko, 1988).

Para este análisis, se consideran las siguientes dimensiones de la experiencia humana :

- 1) *Fisiológica*: Se refiere al ámbito de funcionamiento netamente biológico de las personas en la cual este experimenta una serie de síntomas o malestares físicos.
- 2) *Cognitiva*: Tiene que ver con el procesamiento y evaluación que hace el individuo de la realidad que vive, y representan aquellas pautas de pensamiento que son sintomáticas en el individuo ansioso.
- 3) *Conductual*: Se refiere al operar del sujeto; para esta investigación, son aquellas pautas sintomáticas observables en el individuo ansioso.
- 4) *Afectiva*: Relacionada con los aspectos emocionales de las personas, e incluye síntomas que revelan una perturbación en este ámbito.
- 5) *Relacional*: Los individuos se relacionan consigo mismo y con los otros; y aquí se incluyen pautas sintomáticas evidentes en la forma en que se da esta relación, que llevan al sujeto a un conflicto consigo mismo o con los demás.
- 6) *Simbólica*: Incluye aquellas representaciones de la experiencia interna del cliente, tales como sueños y símbolos. En estos pacientes es posible encontrar sueños recurrentes, símbolos, que gatillan respuestas ansiosas.

- 7) *Contextual*: Implica variables situacionales específicas que pueden gatillar la respuesta ansiosa en un sujeto.
- 8) *Histórica*: Experiencias específicas en la historia de vida del individuo que pueden haber sido gatillantes en la formación de pautas ansiógenas.

3.3.1.1 Síntomas ansiosos en las Dimensiones de la experiencia humana

La ansiedad determina un desequilibrio para el paciente en estas áreas y se concreta en síntomas distinguibles en cada una de ellas, las cuales se enumeran para fines descriptivos en las siguientes Tablas. Esta clasificación esta basada en la sistematización del Manual Diagnóstico y Estadística De Los Desórdenes Mentales DSM IV (American Psychiatric Association, 1987); en lo propuesto por Beck (1985); y Higgins (1989).

Tabla N° 7: Síntomas ansiosos en la dimensión fisiológica

Perturbación del sueño (Insomnio).
Perturbación del apetito (Hiperfagia).
Agitación constante.
Tensión muscular.
Dolores musculares.
Temblores.
Cefaleas.
Mareos.
Sensación de agotamiento al levantarse.
Exceso de energía de activación (arousal).
Taquicardias repentinas.
Patrón de respiración restringida.
Sensación de tener la garganta constreñida.
Sensación de ahogo.
Sensación de boca seca.

Tabla N° 8: Síntomas ansiosos en la dimensión cognitiva

Anticipación constante de los hechos.
Expectativa catastrófica.
Pérdida de objetividad y toma de perspectiva.
Preocupación excesiva por situaciones cotidianas.
Ideación de muerte.
Concentración disminuida.
Idea de que el tiempo transcurre más rápido.
Curso del pensamiento acelerado.

Tabla N° 9: Síntomas ansiosos en la dimensión conductual

Hiperactividad constante.
Agitación psicomotora permanente.
Descanso inadecuado.
Habla acelerada.
Comportamiento compulsivo, perfeccionista.
Comportamiento defensivo (alerta constante).
Abuso de sustancias.

Tabla N° 10: Síntomas ansiosos en la dimensión afectiva

Interpretación de las emociones como miedo.
Inseguridad de sí mismo.
Estimación de sí mismo empobrecida.
Irritabilidad.
Anhedonia.
Sentimientos de pérdida del control.
Amplificación de las amenazas y las dificultades.
Sentimientos de incapacidad para resolver problemas.

Tabla N° 11: Síntomas ansiosos en la dimensión relacional

Evaluación negativa de sí mismo en situaciones sociales.
Excesiva responsabilidad por los otros.
Dificultad en la independencia de los otros.
Elevada reactividad emocional.
Episodios de crisis de llanto, agresión, intentos de suicidio.
Evitación social (Lo social es fuente de ansiedad).
Límites personales difusos.
Expresión inadecuada de la rabia.

Tabla N° 12: Síntomas ansiosos en la dimensión Simbólica

Pesadillas recurrentes.
Imágenes inoportunas.

Tabla N° 13: Síntomas ansiosos en la dimensión Contextual

Respuestas ansiógenas predecibles frente a situaciones particulares referidas a personas, lugares, horas, épocas.

Tabla N° 14: Síntomas Ansiosos en la dimensión histórica

Rango estrecho de experiencia personales.
Crianza en una cultura de valores rígidos en cuanto al rol genérico.

3.3.2 La ansiedad desde el punto de vista del proceso¹

A continuación, y para sentar un marco de referencia que describa cómo operan los pacientes cuando experimentan el trastorno de ansiedad, se realizará un análisis de la ansiedad desde una perspectiva fenomenológica basada en los siguientes enfoques:

- (1) la formación de problemas a través de las soluciones fallidas propuestas por el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch y otros, 1984),
- (2) el fenómeno de trance sintomático como experiencia ansiosa y los fenómenos hipnóticos involucrados (Yapko, 1992; Pacheco, 1998) (Ver Anexo N° 4);
- (3) las pautas de déficits experienciales observables en este tipo de pacientes (Robles, 1991; Yapko, 1986; 1998; Pacheco, 1999a; Zeig, 1999;)(ver anexo 5).

3.3.2.1 Enfoque de la ansiedad a partir de las soluciones intentadas

El grupo del MRI de Palo Alto (Fisch y otros, 1984) describe cinco tipos de problemas que son gatillados y mantenidos por los intentos de solución que realizan los sujetos y que consisten en:

- a. Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo;
- b. Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo;
- c. Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición;
- d. Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre

¹ Por "proceso", se entenderán aquellas secuencias conductuales, cognitivas, afectivas, etc., que se constituyen en un complejo o pauta, y que contribuyen a la mantención del problema o los síntomas.

- aceptación; y
- e. Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.

Entre los dos primeros tipos de intentos se puede encontrar algunas formas básicas de mantener la ansiedad.

En el caso del intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo, se pueden encontrar aquellos casos de problemas en el rendimiento físico, insomnio, temblores, obsesiones y compulsiones. En estos problemas, el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, en cuanto a actividades de orden mental o corporal, que de forma natural presentan ciertas fluctuaciones tales como el sueño o el cansancio, pero cuando aparecen, el sujeto intenta no experimentar las fluctuaciones y mantener la regularidad, lo cual no está bajo control voluntario; y por el contrario a lo que espera, se potencia la fluctuación que desea evitarse.

El paciente cree que la solución que él intenta es la única posibilidad para corregir el síntoma. Es el caso, por ejemplo, de aquellas personas que, estando alerta todo el día llegan a la noche todavía en esta condición y, por lo tanto, no se duermen pese al manifiesto cansancio físico; esta persona hace un gran esfuerzo para quedarse dormida y como consecuencia de este intento, más dificultad tiene para dormir, lo que facilita que concluya que padece un problema grave.

En el segundo intento, "el de dominar un acontecimiento temido aplazándolo", los pacientes se encuentran atrapados y se quejan de miedo y ansiedad de que algo malo va a suceder. Generalmente la dificultad comienza cuando el sujeto enfrenta alguna actividad que implica cierto riesgo, riesgo que amplifica especulando sobre los peligros que "van a aparecer". Entonces el paciente entra en el círculo vicioso de pensar o percibir que el acontecimiento temido es algo que no puede dominar.

En ambos tipos de intentos de solución de un problema, se puede observar la posibilidad de experimentar síntomas ansiosos que se mantendrán a través del tiempo. Por ejemplo, en el primer caso la persona ansiosa puede exigirse a sí misma un exceso en alguna actividad física o mental y tener en algún momento señales de cansancio que no tomará en cuenta o no considerará importantes. Al caer la noche se encontrará con evidente cansancio corporal pero muy activa mentalmente, lo cual derivará en insomnio. En el segundo tipo de intento, lo más común es que surjan trastornos de ansiedad del tipo Fóbico, en que se amplificará el potencial amenazante del objeto o situación ansiógena y se tenderá a evitarlo sistemáticamente.

3.3.2.2 Trance Síntomático y Fenómenos Hipnóticos presentes en los casos de ansiedad

La hipnosis, como ha sido definida en estudios anteriores, puede ser descrita como un mecanismo naturalista para crear realidades, las cuales no son inherentemente buenas ni malas (Pacheco, 1996, 1998; Yapko 1992; Venegas, 1994; Donoso, 1994; Cobian, 1996).

La ocurrencia natural de la fenomenología hipnótica implica la vivencia de trances terapéuticos (v.g., aquellos dirigidos o autodirigidos hacia la resolución de algún problema, o simplemente el período de descanso ultradiano descrito por Rossi [1986/1993] en el cual la atención está dirigida hacia el interior); y también aquellas experiencias denominadas trances sintomáticos (v.g., la absorción en experiencias dañinas) (Gilligan, 1987).

Todos los componentes de la hipnosis, tanto los fenómenos hipnóticos clásicos (v.g., ideodinamismos, distorsión de tiempo, alteraciones sensoriales, etc.) (ver Anexo 4) hasta los aspectos hipnóticos de la comunicación social que influencia el

comportamiento del individuo (v.g., instrucciones paradójicas, atención sostenida) (Gilligan, 1988) son igualmente evidentes en trances terapéuticos y sintomáticos. La focalización de la atención, aspecto inicial en la microdinámica de la inducción de trance, y la sugestión (Pacheco, 1998), también aparecen en el trance sintomático, y están dirigidas a una dimensión particular de la experiencia que puede ser dañina (v.g., abstraerse imaginando las consecuencias negativas de un fracaso en los exámenes futuros) (Yapko, 1992). A continuación se describirán, en forma resumida, las características de ambos tipos de trance.

3.3.2.2.1 Trances Terapéuticos

Los trances terapéuticos son experiencias dirigidas por el terapeuta o autodirigidas luego de entrenamiento (autohipnosis) y son direccionados hacia el beneficio del sujeto. Las características que hacen que un trance sea considerado terapéutico son aquellas que (Yapko, 1992):

1. Aumentan la calidad de la imagen de sí mismas de las personas y sus experiencias de vida.
2. Facilitan un rapport positivo y significativo entre el individuo y los otros significativos en la vida de él.
3. Manifiestan flexibilidad –la habilidad para adaptarse en respuesta y tiempo a las circunstancias cambiantes.
4. El contexto es apropiado, queriendo decir que la porción de realidad a la cual el individuo responde encaja en una forma beneficiosa, que es congruente con las intenciones y deseos del individuo.
5. Fomenta la habilidad del individuo para reconocer, aceptar y utilizar efectivamente las diferentes partes de sí mismo.
6. Permite que las posibilidades positivas motiven al

individuo para actuar de un modo orientado a metas responsables.

Estas características hacen del trance terapéutico un mecanismo saludable capaz de gatillar respuestas y cambios experienciales positivos y apropiados al contexto en las diversas situaciones de la vida.

Erickson, Rossi y Rossi (1976) teorizaron las siguientes microdinámicas en la inducción de trance y la sugestión terapéutica:

1) *Fijación de la atención*: Para inducir trance hipnótico (o influenciar la experiencia del oyente en una forma hipnótica no formal) se requiere primero fijar la atención del sujeto en una realidad externa o interna. Los métodos más usuales son:

- Fijación de ojo.
- Anécdotas que motivan e interesan.
- Levitación de mano.
- Relajación y todas las formas de experiencia interna (sensorial, perceptual o emocional).

2) *Debilitación de los esquemas conscientes*: Como consecuencia de la fijación de atención, se tienden a debilitar los marcos mentales habituales y los marcos de referencia comunes. Los sistemas de creencias son interrumpidos y suspendidos. La consciencia es distraída. Rossi indica que durante esa supresión momentánea, las pautas de asociación y experiencias sensorio-perceptuales tienen la oportunidad para ratificarse por sí mismos en una forma que pueda iniciar el estado especial (alterado o alterno) de consciencia descrito como trance. Existen variadas formas lingüísticas que facilitan este proceso:

- Shock, sorpresa.
- Distracción.
- Sobrecarga cognitiva.
- Confusión, uso de *non sequiturs*.
- Paradoja.
- Vínculos y dobles vínculos.
- Pérdida de habilidades.

3) *Búsqueda inconsciente*: Al estar debilitadas las asociaciones habituales, surge una búsqueda inconsciente para reorganizar la situación. Según Erickson y Rossi, las sugerencias indirectas facilitan estas asociaciones mentales y los procesos inconscientes, ya que inician una búsqueda inconsciente dentro del sujeto. Algunas de las formas indirectas que facilitan este proceso son las siguientes:

- Chistes, juegos de palabras.
- Metáfora, analogía, lenguaje vulgar.
- Implicación.
- Señales ideomotoras.
- Preguntas y tareas que requieren búsqueda inconsciente.
- Sugestiones de final abierto.

4) *Procesos inconscientes*: Estos son procesos internos movilizados por la búsqueda inconsciente. Según Erickson y Rossi, éstos son la sumatoria de:

- Sugestiones intercaladas.
- Asociaciones literales.

- Asociaciones individuales.
- Significados múltiples de las palabras.
- Procesos autónomos, sensoriales y perceptuales.
- Mecanismos de defensa de la personalidad.

5) *Respuesta hipnótica*: Son el resultado natural de la búsqueda de procesos iniciados por el terapeuta. La respuesta hipnótica consiste en datos o respuestas conductuales experimentadas como ocurriendo *totalmente por sí mismas* (hipnóticas). Dichas respuestas pueden ser sugeridas por el terapeuta o pueden darse en forma espontánea (como sucede con diversos fenómenos hipnóticos).

De acuerdo a esas fases teorizadas por Erickson y Rossi, no siempre es necesaria la inducción de trance formal al sujeto –es decir, indicarle que se efectuará un trance hipnótico a través de una inducción de trance– para realizar la sesión de terapia. Puede efectuarse una intervención terapéutica en la que se busca influenciar el comportamiento del paciente o motivarlo para realizar una tarea terapéutica, y en la cual pueden distinguirse esas fases (muchas de estas intervenciones pueden encontrarse en Haley [1980]). Nardone y Watzlawick (1992) han denominado a este proceder terapéutico como "hipnoterapia sin trance."

Por ejemplo, el terapeuta puede atraer la atención del sujeto relatándole una historia motivante, cuya trama sea paralela al problema que presenta el paciente e ilustrarle diversas formas en que el (los) protagonista(s) lo enfrentaron (Lankton y Lankton, 1983; Zeig, 1985).

3.3.2.2.2 Trance sintomático

La bibliografía especializada describe cómo la misma estructura de la hipnosis que genera efectos terapéuticos, puede, en un contexto distinto, generar síntomas no deseados. Se denomina *Trance Sintomático* a las circunstancias de un individuo que ha generado una visión negativa de sí mismo y de la vida, que lo llevan a experiencias sintomáticas no deseadas (Gilligan, 1987; Yapko, 1992).

El fenómeno de trance sintomático se manifiesta a través de:

- 1) Formas Autolimitantes y autodestructivas de responder a las experiencias de vida.
- 2) Un rapport pobre con los otros significativos en la vida de la persona, creando esa clase de relaciones insatisfactorias –incluso destructivas– observadas en clientes depresivos y ansiosos.
- 3) Percepción de la realidad como algo rígido, sobrecogedor, inductor de dolor, sugiriendo directamente que la persona necesita modificarla, mostrando el individuo una marcada dificultad para reconocer y adaptarse a las circunstancias cambiantes que se requerirían para generar respuestas nuevas o modificar las anteriores.
- 4) Respuestas conductuales que son inapropiadas al contexto, en donde el individuo no se da cuenta o responde significativamente a las exigencias características de las situaciones que enfrenta, generando experiencias que luego serán vistas como fracaso, rechazo, humillación, etc.
- 5) Rechazo a sí mismo, que se manifiesta en la inhabilidad para aceptar y utilizar las diferentes partes de uno mismo.

Ritterman (1988, p. 121-184) ha utilizado las microdinámicas de la inducción de trance y la sugestión terapéutica descritas por

Erickson, Rossi y Rossi (1976) para analizar cómo a través de las interacciones familiares disfuncionales se pueden inducir síntomas. Esta autora realiza su análisis comparando las dinámicas familiares con el proceder del hipnotista. A continuación se resume su postura en el siguiente cuadro (Tabla N°15) comparativo:

Tabla N° 15 Inducción de síntomas en la interacción familiar

Inducción de trance terapéutico	Inducción de síntomas
<p>Establecimiento de rapport intenso con el paciente, que posibilita la fijación de la atención, desconectándose el sujeto de los estímulos externos.</p> <p>Erickson (Erickson y Rossi, 1979) denomina a esta fase "preparación".</p> <p>Rossi (Erickson, Rossi y Rossi, 1976) indican que en el encuadre terapéutico existe un acuerdo de permanecer juntos, lo cual da al paciente la libertad de romper el contrato cuando lo estime conveniente.</p>	<p>El rapport es facilitado por la interdependencia económica y afectiva de los miembros de la familia.</p> <p>La familia posee distintas reglas (explícitas e implícitas) que establecen los límites de lo público y privado. Asimismo, otro rasgo que es creador potencial de una predisposición a concentrarse hacia adentro, es el consenso familiar o "nosotridad".</p> <p>Desde el punto de vista de Rossi (Erickson, Rossi y Rossi, 1976), las reglas familiares, descritas por Ritterman, equivalen a un mandato del cual el sujeto índice no puede escapar.</p>
<p>Concentración de la atención hacia adentro. (Fijación de la atención)</p>	<p>La familia posee diversos modos para hacer que sus integrantes no presten atención a otros contextos exteriores, y que atiendan selectivamente a aspectos interiores.</p>
<p>Confusión (debilitación de los esquemas conscientes) que activa el deseo de claridad y, por lo cual tiende a haber una mayor receptividad para las sugerencias.</p>	<p>Técnicas familiares de confusión. Las familias pueden confundir a un miembro sintomático o activar sus dudas.</p>
<p>Iniciación de búsqueda inconsciente, a través de lenguaje indirecto o directo terapéutico.</p>	<p>Evocación de ciertas palabras o sucesos con determinadas connotaciones que pueden dar inicio a un proceso de búsqueda inconsciente en momentos especiales.</p>

(Continuación Tabla N° 15)

Activación de procesos inconscientes.	Inicio de procesos inconscientes a través de la intercalación de mandatos perjudiciales para el sujeto; y transmisión de mensajes en niveles múltiples, aparentemente invalidantes.
Respuesta hipnótica: procesos psicológicos y fisiológicos espontáneos.	Activación "aparentemente" automática de los componentes del síntoma.

Ritterman (1988) distingue diversas pautas de interacción familiar en la generación de cada fase de esa microdinámica. Sugiere que el terapeuta puede transformar esas pautas "en una herramientas de contrainducción terapéutica." (p. 159)

En cuanto a las características generales de los trances sintomáticos, se puede distinguir la ocurrencia de fenómenos hipnóticos (ver anexo N° 4). A continuación se describirán los fenómenos hipnóticos involucrados en la experiencia ansiosa

3.3.2.2.3 Fenómenos Hipnóticos evidentes en el Trance sintomático de la ansiedad .

Los fenómenos hipnóticos son mecanismos que construyen la experiencia subjetiva; operan en todas las experiencias cotidianas, incluso en las sintomáticas (Yapko, 1988, 1992, 1999) (Ver anexo N° 4). La concepción de los fenómenos en estos términos suministra un marco para conceptualizar y organizar intervenciones terapéuticas. A continuación se explican los fenómenos hipnóticos distinguibles en la ansiedad y qué manifestaciones específicas se expresan dentro de ellos:

- 1) *Amnesia*: Pérdida del recuerdo conciente de éxitos pasados, de capacidades tales como la tranquilidad para enfrentar las variadas situaciones de la vida.

2) *Alteraciones sensoriales:* Consisten en somatizaciones (cenestésicas) a partir de la experiencia ansiosa, tales como cefaleas, temblores.

3) *Disociación:* El paciente presenta un ánimo ansioso independiente del contexto, además se disocia del contexto presente, para orientarse hacia el futuro.

Por otro lado existe una disociación de una parte de la experiencia que tiene que ver con el control y con la tranquilidad. Esta podría ser conceptualizada como el disociarse de los recursos que obviamente posee y que incluso se pueden encontrar en la historia pasada o actual.

4) *Distorsión de tiempo:* Percepción subjetiva de que el tiempo transcurre rápido y que no se alcanza a realizar lo programado. En otras ocasiones en que se espera algo, el tiempo transcurre más lento.

5) *Fenómenos Ideodinámicos:* Ocurrencia de fenómenos ideoafectivos automáticos, es decir, respuestas emocionales gatilladas por ciertas ideas. Por ejemplo, el pensamiento de posible amenaza, en alguna situación gatilla automáticamente el miedo, la inseguridad, la necesidad de protección. Por otro lado, el tener que realizar alguna actividad y estar atrasado en el tiempo gatilla el "nerviosismo" o sensación de no alcanzar a realizar lo planeado.

6) *Pseudorientación en el tiempo:* Representada en el fenómeno de progresión en el tiempo, es decir, el paciente tiene un foco de orientación temporal centrado en el futuro; y se encuentra

constantemente en el cuestionamiento de qué va a pasar si algo malo ocurre, si no alcanza el tiempo, etc.

- 7) *Sugestiones posthipnóticas*: Se dan como respuestas comportamentales dentro de la gama ansiosa, asociadas a ciertas situaciones o contextos.

3.3.2.3 Pautas de déficits experienciales en el síndrome ansioso

Como se ha observado, los pacientes ansiosos presentan déficits en una amplia variedad de dimensiones de la experiencia humana.

Zeig (1999; Robles, 1991) y Yapko (1986, 1988) han descrito una serie de indicadores para la evaluación de los modos en que las personas construyen su realidad interna, y que si se encuentran desequilibrados en algún extremo, pueden contribuir a la sintomatología ansiosa (Ver Anexo 5).

Para reconocer estos déficits es necesario observar a través del relato del paciente, las pautas de pensamiento, afecto y comportamiento característico de cada uno. Para una ilustración general, se mencionarán los que se observaron en forma regular en las sujetos estudiadas en esta investigación.

- 1) *Estilo de Respuesta*: Se da en la forma *One down*; es decir, la persona dirige su conducta básicamente por las afirmaciones e indicaciones de otros, en lo que compete a sus interacciones cotidianas y también en sus relaciones con los profesionales de salud. Este tipo de relación aparece más marcado en los casos de ansiedad con dependencia a las benzodizepinas. Asimismo, en lo que respecta a la apertura a la experiencia, la persona responde de manera defensiva frente a las

interacciones que interpreta como amenazantes.

- 2) *Estilo cognitivo*: Los investigadores encontraron un pensamiento concreto-global, lo cual dificulta la generalización de los aprendizajes, la determinación de secuencias de actividades a realizar y operar según ese orden.
- 3) *Estilo de concentración*: El estilo de concentración del paciente varía según la situación a que se enfrente, sin mantenerse en un nivel de equilibrio. En ocasiones, su concentración se encuentra focalizada (por ejemplo en la casa, en una situación amenazante) o muy difusa (en el caso de realizar actividades domésticas en forma acelerada).
- 4) *Sistema representacional*: Es algo variable; un aspecto relevante es que las personas que sufren ansiedad experimentan un fenómeno denominado sinestecia, que consiste en que las percepciones representadas en una modalidad sensorial gatillan una respuesta en las otras modalidades (Weerth, 1998) (por ejemplo, un ruido muy estridente -auditivo- gatilla taquicardia, sudoración -respuesta cenestésica- y expectación catastrófica -visual-).
- 5) *Foco de atención*: En general es externo, con un grado elevado de conciencia de otros, de los sucesos, etc. El paciente deja de prestar atención a señales internas; sólo en el caso de experimentar señales de "nerviosismo" el paciente presta excesiva atención a ellas.
- 6) *Estilo de procesamiento de la información*: Se observa acrecentación de la información, en el sentido de amplificar los riesgos, los posibles fracasos, etc.

- 7) *Grado de dominio de la experiencia:* El paciente se encuentra en una situación de víctima de la experiencia, pensando que tiene poco o nada de control sobre los acontecimientos en forma constante.
- La conducta está generalmente controlada por otros, ya que son los comportamientos de ellos los que regulan la actividad, los estados emocionales, e incluso los intentos de resolución del nerviosismo.
- 8) *Reactividad Emocional:* Las personas presentan una elevada reactividad emocional, en cuanto a que responde en muchas oportunidades desbordándose en expresiones de rabia o tristeza que llegan a la desesperación. Para esto, la persona constantemente toma distancia de la realidad en cuanto a lo social; generalmente lo considera amenazante, por lo cual se mantiene distante.
- 9) *Experiencias de desarrollo y consecuencias sobre la visión de mundo:* En estos pacientes se ha observado experiencias de desarrollo consistentes en la crianza bajo un modelo de género rígido en cuanto al rol de la mujer y el hombre; donde la mujer tiene la presión de atender y mantener las condiciones generales de la casa y la familia. Esto tiene como consecuencia sobre la visión de mundo, que la mujer se hace excesivamente responsable de la satisfacción de los otros, especialmente de los seres cercanos, despreocupándose de sí misma. Esto hace que la persona tenga pocas posibilidades de experimentar distintas situaciones y por lo tanto no enfrente la diversa gama de situaciones que tiene la vida y que se consolidan en repertorio de experiencias. La casa es el lugar que ocupa un amplio porcentaje de la vida de la persona. Por

otro lado, las personas no presentan un repertorio variado de emociones, casi todo es miedo, "nerviosismo" y tensión.

10) *Posición en la familia:* Generalmente se puede observar un rol sostenedor de la familia (por ejemplo, la dueña de casa) tanto en lo funcional como en lo afectivo.

11) La persona está altamente orientada hacia las tareas, por ejemplo domésticas o laborales.

La persona es rígida en su sistema de valores y creencias, incluso en cuanto a sí misma (piensa que ella es así y que no puede cambiar).

12) *Orientación temporal:* Los pacientes presentan una desmedida orientación temporal hacia el futuro, con expectativas catastróficas.

13) *Capacidad de disociación:* La persona ansiosa tiene dificultades para fraccionar la experiencia en sus partes y componentes, y desarrolla una incapacidad de contactarse con sus recursos, de adaptarse a cada rol o desafío de la diversidad de la vida, perdiendo la flexibilidad. Por lo tanto, al abordar los desafíos no es capaz de ordenarlos, se enfrenta de manera estereotipada, con las mismas herramientas, a una gran cantidad de situaciones, donde generalmente fracasa, y después tiende a evitar los riesgos normales de la vida.

3.3.3 Aspectos psicológicos del paciente adicto a las benzodiazepinas

Los pacientes con cuadros ansiosos y dependencia a las benzodiazepinas, son personas que presentan características que se describen a continuación:

El paciente experimenta una variedad de sintomatología ansiosa que lo lleva a consultar. Esta sintomatología puede resumirse en que la persona pasa gran parte del día muy tensa, realizando constantemente actividades, no tomando descanso, sintiéndose insegura y temerosa de que algo malo pueda suceder, responsabilizándose de los problemas de otros, y teniendo la concepción de tener que responder a todas las demandas requeridas por ellos.

El paciente piensa que no puede hacer nada por cambiar este ánimo ansioso y recurre a consultar a servicios de medicina centrado básicamente en sus malestares somáticos. El tratamiento médico indicado para estos trastornos es suministrar una dosis inicial – terapéutica– de benzodiazepinas, las cuales reducen la incomodidad de los síntomas y generan la percepción de que es la única alternativa que puede ayudar a resolver su problema. Por otro lado, esto reafirma la conciencia de poseer un problema grave y frente al cual no se poseen las capacidades y recursos personales para enfrentarlo. Después de un tratamiento prolongado con benzodiazepinas, la persona no realiza cambios en su sistema de vida, sigue con el mismo ritmo de actividad, y recurre al fármaco de manera espontánea cada vez que lo requiere o cuando se encuentra en períodos en los que se intensifica el nerviosismo.

De este modo, el fármaco pasa a cumplir un rol protagónico como agente gatillante de seguridad, tranquilidad y confianza, estableciendo una dependencia psicológica del medicamento, por lo que en el momento que el médico pretende retirarlo, el paciente

responde de forma negativa, percibiendo la imposibilidad de abandonar este recurso compensador con efectos tan significativos para su vida.

3.4 Tratamientos psicoterapéuticos de la ansiedad

La ansiedad, como se ha descrito anteriormente, es un cuadro que involucra síntomas en las diversas dimensiones de la experiencia del paciente. Para tratarla existen distintos enfoques terapéuticos, que difieren en mayor o menor medida en los supuestos epistemológicos, la concepción del ajuste y desajuste psicológico, y, por ende, en las técnicas utilizadas. Brevemente, estos distintos enfoques podrían clasificarse en las siguientes categorías:

- 1) *Enfoques pragmáticos*: Conciben la ansiedad como un complejo sintomático que se expresa en distintas dimensiones de la experiencia del paciente, abordando en el tratamiento aquellas dimensiones más relevantes según el enfoque teórico. Todos estos enfoques están orientados en el presente, les interesan los procesos más que las causas, la terapia es breve, y prescriben distintas tareas para realizar entre sesiones.

En esta investigación se incluye la *Terapia Cognitivo-conductual*, que se preocupa principalmente del estilo cognitivo (de procesamiento de la información) que mantiene la ansiedad. (Beck y Emery, 1985)

También se ubican en esta categoría los *Enfoques Sistémico-Estratégicos*, que buscan la modificación de las pautas personales/interaccionales que generan y/o mantienen la sintomatología ansiosa: Terapia Breve del MRI, Terapia Ericksoniana y Terapia Orientada a la Solución. (DeJong y Berg, 1998; de Shazer, 1992; Fisch y col., 1984; Nardone, 1997, Nardone y Watzlawick, 1992; O'Hanlon, 1989; Watzlawick y col., 1976).

2) *Enfoque Fenomenológico*: En esta categoría se incluyen las denominadas terapias *Humanista-Experienciales*, las cuales comparten una visión existencial-fenomenológica, colocan el énfasis terapéutico en el presente, dan especial importancia a la relación terapéutica, y se centran y usan el proceso vivencial-emocional como vehículo terapéutico. Estas terapias pueden ser breves o de larga duración. Sin embargo, presentan distintas concepciones respecto a la disfunción psicológica (y la ansiedad entre ellas):

Para Gendlin (1999), los síntomas psicológicos son el producto de una simbolización inadecuada de las experiencias emocionales asociadas a las necesidades genuinas del individuo.

Para Greenberg y cols. (1996), la disfunción psicológica se deriva de una falla en el proceso de simbolización constructiva de la experiencia emocional, presentando el sujeto esquemas emocionales disfuncionales desarrollados a partir de las experiencias vividas.

3) *Enfoques Históricos*: Para estos enfoques la ansiedad es un síntoma que representa un conflicto intrapsíquico. Freud advirtió que ésta no debía ser tratada directamente por el analista para provocar alivio, sino que debían explorarse y conceptualizarse los conflictos inconscientes que la originan a través de los métodos psicoanalíticos tradicionales (en Hollander, 1989).

Para los efectos de la redacción de este Marco Teórico se han excluido los enfoques psicodinámicos, por cuanto su abordaje no se dirige hacia la resolución de la ansiedad como motivo de consulta.

A continuación se ilustrarán, en forma resumida, los principios y algunas técnicas de los modelos terapéuticos que fueron integrados en el Modelo de Tratamiento aplicado en esta investigación: Terapia Cognitiva-conductual de Beck, Terapia Experiencial, Modelo Estratégico MRI y Terapia Orientada a las Soluciones. Los principios y técnicas de la Hipnoterapia y Psicoterapia Ericksoniana serán tratadas en profundidad en la sección siguiente, puesto que este enfoque sirvió de marco conceptual integrador para el diseño del Modelo de Tratamiento puesto a prueba.

3.4.1 Terapia Cognitiva-Conductual

La dimensión Cognitiva aparece como la más influyente en la creación de los síntomas ansiosos (Beck y Emery, 1985).

La Terapia Cognitiva ha sido la corriente que más ampliamente se ha dedicado al análisis y propuesta metodológica para el abordaje de esta dimensión de los problemas psicológicos. Uno de sus investigadores y terapeutas más prolíficos ha sido Aaron Beck, quien junto a un equipo especializado ha sintetizado modelos de tratamiento, estrategias y técnicas para diversos cuadros.

El tratamiento descrito por Beck da especial relevancia a amplificar el percatarse consciente de los niveles cognitivos, es decir, en el procesamiento de información de la realidad que realizan los pacientes para acceder a esta organización.

Los niveles cognitivos se pueden resumir a partir de la tríada cognitiva, que representan los procesamientos de información que hace el sujeto acerca de sí mismo, de su entorno y de su futuro. Este procesamiento se da en distintos niveles: Pensamientos automáticos, errores cognitivos y esquemas subyacentes (Beck, 1987).

Este enfoque psicoterapéutico se orienta según ciertos principios que a continuación se describirán (Beck y Emery, 1985):

1. La terapia esta basada en el *modelo cognitivo de los desórdenes emocionales*. Esto se refiere a que se hace una diferenciación entre cogniciones, emociones, comportamiento y respuesta psicológica. Es importante transmitir claramente que los síntomas (ansiosos, depresivos, etc.) son gatillados y mantenidos por la evaluación errada o disfuncional de una situación, idea que se reitera a través de toda la terapia y puede gatillar alivio inicial, ya que pone al paciente en posición de desarrollar un conjunto de estrategias mentales para corregir aquel procesamiento (pensamientos o emociones).
2. La terapia es *breve*, esto significa que se desarrolla en un número limitado de sesiones que oscila entre 5 a 20. La razón de esto es que se alienta la auto-suficiencia del paciente, a través de estrategias simples, evitando cualquier tipo de conceptualización que pueda complicar el proceso de mejoría.
3. Generar una *buena relación terapéutica* es clave para la efectividad de la terapia, ésta se basa en la confianza y la aceptación, sin la cual las técnicas y procedimientos no funcionan. En este sentido es necesario concebir en la relación terapéutica, que el tratamiento es un *esfuerzo colaborativo* entre ambos actores.
4. La terapia utiliza primariamente el *método socrático*, esto es, el cuestionamiento constante a través del uso de preguntas, lo cual induce que el paciente llegue a darse

cuenta de lo que sus pensamientos son, cómo examinarlos y lograr sustituirlos por pensamientos más saludables. El uso de preguntas puede establecer la estructura de procesamiento del paciente y clarificar las afirmaciones que continuamente hace, desarrollar colaboración (base en la construcción de una buena relación), despertar interés, abrir el sistema lógico (previamente cerrado del paciente), generar motivación para tratar con nuevos comportamientos y ampliar la perspectiva de sí mismo.

5. La terapia es *estructurada y directiva*. Le entrega a la persona un formato para enfrentar sus problemas que le provee cierto orden. Esta característica brinda seguridad al paciente y promueve el aprendizaje.

6. Se *orienta a los problemas*. El foco inicial es resolver los problemas presentes. Es de vital importancia traducir las quejas vagas en problemas específicos, concretos y manejables, asumiendo que el paciente puede aprender a abordar sus síntomas rápidamente. En el formato de solución de problemas el psicoterapeuta necesita moverse a través de 4 pasos:
 - Conceptualizar el problema del paciente
 - Elegir una estrategia
 - Escoger una técnica para implementar la estrategia
 - Evaluar la efectividad de ésta.

El proceso psicoterapéutico se orienta a modificar los "patrones autodestructivos" cognitivos que los pacientes tienden a perpetuar (p. 187).

7. La terapia cognitiva se basa en un *modelo educacional*, que pretende desarrollar capacidades que permitan al paciente

implementar formas más efectivas de enfrentar su vida. Se espera que el proceso de aprendizaje continúe luego que la terapia finalice, a través de la práctica y experimentación por parte del paciente.

8. La teoría y técnicas de la terapia cognitiva confían en el *método inductivo y en la investigación*. Los pacientes son entrenados en un procedimiento científico para evaluar sus pensamientos, considerar las creencias como hipótesis, poner atención a todos los aspectos útiles, y a revisar sus hipótesis de acuerdo a la información que recibe.
9. *El trabajo fuera de la sesión* tiene un carácter central en terapia cognitiva. Se intenta mostrar a los pacientes el cómo aplicar los procedimientos aprendidos en la terapia a los eventos cotidianos que enfrentará. Este trabajo refuerza y complementa los aspectos educacionales de la terapia y se basa en la asignación de tareas.

El tratamiento de la ansiedad se sustenta en los principios descritos anteriormente; a continuación se explica en forma resumida cómo se implementa la psicoterapia.

La meta primaria es el aumento del percatarse conciente de los procesos de pensamiento (p.e. de los pensamientos automáticos), con el propósito de facilitar la refutación por parte del paciente. Es importante transmitir claramente que la ansiedad es mantenida por la evaluación errada o disfuncional de una situación (idea que se reitera a través de toda la terapia). Esto puede gatillar alivio inicial ya que pone al paciente en posición de desarrollar un conjunto de estrategias mentales para corregir aquellos pensamientos o emociones.

Es importante normalizar las respuestas de ansiedad, ya que

los clientes tienen la concepción errónea de estar perdiendo el contacto con la realidad, lo que significa alta preocupación y desesperanza.

El siguiente paso es el reconocimiento de los errores cognitivos: esto resulta ser una exploración profunda hacia el paradigma del paciente, para así descubrir los significados inadecuados que ha estado atribuyendo a sus experiencias. Los pacientes están convencidos de que ven las cosas tal como son en la realidad; entonces el terapeuta debe proporcionar evidencia de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a mantener la sintomatología.

Beck (1987) enfatiza un componente fundamental del proceso de terapia que denomina "prueba de realidad a través del empirismo colaborador"; en el cual, el terapeuta crea un contexto en que el cliente puede ensayar su perspectiva de las cosas, y evaluar distintas emociones o cogniciones alternativas, lo cual derrumba los parámetros rígidos de sus creencias o sentimientos.

La visualización previa de un evento ansiógeno es otra estrategia útil tanto para fines diagnósticos como para la intervención. Se pueden estudiar las cogniciones a la base del evento y luego ensayar modos alternativos o "más realistas" y saludables de hacer frente a la situación, lo que se realiza para modificar la experimentación frecuente en pacientes ansiosos de imágenes catastróficas y omisión de factores de seguridad o "salvamento" en situaciones difíciles. Es importante para el progreso, distinguir entre dos niveles de miedo; primario (directamente relacionado a situación, objeto, etc.) y secundario (miedo a que los síntomas se presenten, "miedo al miedo"). Para el manejo del segundo nivel, el psicoterapeuta enseña una serie de formas concretas, denominadas técnicas para modificar el componente afectivo, basadas en rol playing.

Las tareas de registro se utilizan para analizar eventos

ansiosos observando la intensidad de los síntomas, el contexto, y la duración de estos. La gráfica resultante entrega al terapeuta información valiosa y muestra al paciente que la ansiedad suele producirse por situaciones exteriores y que tienen duración limitada.

Finalmente los métodos de relajación tienen un rol en cuanto a permitir que el paciente aumente el dominio sobre los síntomas.

Adicionalmente, puede prescribirse como técnica de autocontrol en eventos ansiógenos, la realización de actividad física.

3.4.3 Terapia Experiencial de Greenberg

En psicoterapia experiencial se intenta hacer una redefinición de la experiencia del paciente en el lenguaje; se desea tener acceso a la experiencia inmediata y explorar en ella, para luego reformularla.

Greenberg (Greenberg y cols., 1996) propone una terapia focalizada en las emociones, partiendo de la idea de que el vínculo terapéutico es una relación emotiva. A continuación se exponen los principios a la base del trabajo experiencial de este autor:

1. Existen diferentes tipos de emociones y distintas maneras de expresarlas; sólo algunas emociones son inteligentes y saludables, por ende, necesitamos patrones para discriminar entre emociones saludables y patológicas.
2. El sistema emocional es un sistema adaptativo; es decir, la emoción cumple un rol organizador en la experiencia del ser humano. La emoción implica tendencia a la acción, sistema de significado que nos informa de nuestras reacciones y es un aspecto central que regula nuestros vínculos sociales. Desde pequeños nuestro sistema emotivo básico se pone en contacto con los estímulos del medio; el cerebro empieza entonces a representarse a sí mismo las propias reacciones

emotivas, así como las situaciones en que esos estímulos están ocurriendo. Estas representaciones no se realizan en un nivel conceptual, sino que en un nivel experiencial, y los individuos van construyendo un modelo de sus propias experiencias. Cuando este modelo se va instalando y además se desarrolla el lenguaje, se agregan a estos sistemas, pensamientos y creencias con un fundamento lingüístico.

3. Es necesario regular las emociones. Los seres humanos constituyen un sistema complejo de autorregulación, en donde las emociones tiene un papel protagónico.
4. A lo largo de todo el crecimiento, las personas comienzan a internalizar un proceso de autorregulación emotiva, desarrollando luego maneras más complejas de autorregulación emocional y social.
5. Mediante un sistema de procesamiento tácito se crean *esquemas emotivos*, estructuras internas emotivas que son una integración del sistema biológico emotivo y de la experiencia emotiva. El individuo crea y almacena esquemas emotivos, integrando el cerebro emotivo y la corteza cerebral cognitiva.
6. Las emociones resultan de una evaluación automática de situaciones relativa a metas, necesidades, intereses personales, expectativas, etc. Esta evaluación corresponde a la definición de los esquemas emotivos, es decir, la evaluación realizada por un patrón complejo activa emocionalmente al individuo. Cuando los esquemas emotivos son activados, se tiene la sensación de ser en el

mundo; por lo tanto, se producen sistemas complejos de significado.

7. Los seres humanos poseen dos sistemas de procesamiento de la información: Un sistema de procesamiento *emotivo y experiencial*, que es rápido y generalizado; y otro sistema que es *racional conceptual*, que es más lento y lógico. Greenberg propone una integración dialéctica entre ambos sistemas, ya que funcionar en una forma adaptada significa integrar razón y emoción. La emoción eso sí, antecede al pensar, aunque estén muy relacionadas e integradas, las respuestas primarias son inicialmente emotivas.
8. Los esquemas cognitivos son activados emocionalmente, se organizan emocionalmente y reservan información compleja. Una vez que el esquema emotivo es activado, se produce una reacción emocional involuntaria, y luego el cerebro se pregunta por la naturaleza de la situación. La información almacenada conforma un sistema complejo de procesamiento, donde se incluyen experiencias de vida y aprendizajes culturales. La emoción es entonces una tendencia a la acción relacional y un proceso de construcción de significados.
9. Las bases de la emoción organizan al individuo para la acción, pero en un contexto de relaciones sociales variadas, son un monitoreo acerca de cómo lo afectan sus relaciones, si están bien o mal. Sin embargo, no todas las emociones se asocian con las relaciones, por ejemplo, hay un placer interno, íntimo, al disfrutar de algo que personalmente se guste de hacer.

En el ámbito terapéutico, la misión es ayudar a la persona a poner atención en sus emociones y que aprenda a autorregularse.

Se realiza una evaluación de la emoción, para saber si es primaria, secundaria o instrumental. La emoción *primaria* es aquella que ocurre sin ningún antecedente previo, es la primera reacción de la persona frente a algo, puede ser adaptativa o desajustada.

La emoción *secundaria* es más compleja, viene como una reacción emocional frente a una emoción primaria, por ejemplo, si se experimentó miedo frente a una situación y luego se siente vergüenza, el miedo sería la emoción primaria y la vergüenza la secundaria.

Las emociones *instrumentales* son las que se experimentan y se expresan porque el individuo sabe que tienen efecto instrumental en los otros, se usan para conseguir algo de alguien.

En terapia se debe prestar atención a las emociones primarias, por cuanto declaran quiénes somos, dan una información clara de la persona, esto es la autenticidad.

En general, se deben hacer dos evaluaciones en la vida cuando se siente algo. Se debe decidir si es una emoción primaria o no; si no, se debe explorar la propia experiencia para ver cuál es la emoción primaria a la base. Cuando se identifica, la persona debe preguntarse si es adaptativa o no; si lo es, puede usarse como guía para la acción, si no lo es, debe transformarla.

Algunos de los procedimientos terapéuticos básicos consisten en establecer el vínculo terapéutico, en donde el terapeuta empatiza con los sentimientos del cliente; se debe sintonizar con las emociones que éste experimenta y/o transmite, validando y confirmando aquello que le sucede.

La empatía es un concepto central en este enfoque, pues crea una nueva visión en la que uno ve el mundo a través de los ojos del otro, así el terapeuta se involucra en la experiencia del cliente, facilitando que éste desarrolle más claridad y vea de manera

diferente aquello que le sucede. El terapeuta no trata de entender sino de explorar, de promover una exploración más profunda.

Para tratar de activar la emoción se realizan intervenciones en distintos niveles. El nivel básico es el de la respuesta empática, que significa empatizar para que la persona se focalice más en sus emociones. Luego está el nivel instruccional, donde se le pide al cliente que experimente su sensación corporalmente, que cierre sus ojos y se centre en el lugar de su cuerpo donde está sintiendo. El tercer nivel se refiere al uso de técnicas con estímulos, que se trata de evocar mediante técnicas como imagerías o psicodrama, emociones que la persona tiene.

Luego se evocan y exploran los sentimientos de desagrado o experiencias dolorosas que la persona desea evitar, trayéndola en forma vívida a la sesión. Se parte de la idea que si la emoción es descontrolada hay que regularla; esto se hace porque este es el esquema emotivo que la experiencia ha trastornado y establecido, y que se quiere modificar.

Finalmente se procede una reestructuración emotiva, ésta se realiza interfiriendo los esquemas desadaptativos que se articulan en forma de una creencia desajustada. Los esquemas se articulan según creencias del *self* acerca de la persona. La intervención se realiza haciendo ver a la persona sus necesidades primarias, sus metas, etc. Esto sirve de base a la organización del sí mismo por cuanto se busca que emerja otra emoción, hacia la cual se puede dirigir la atención, y crear una nueva organización personal.

Además, las personas desarrollan la capacidad de tranquilizarse a sí mismas, en que una parte del sí mismo tranquiliza a la otra; y gran parte del trabajo terapéutico consiste en recuperar esa capacidad. Luego se promueve la reflexión de la experiencia que se está teniendo, surgen metáforas, las cuales van cambiando.

En definitiva, lo que hace este enfoque es desarrollar un proceso de empatía con los significados emotivos de los clientes;

luego tener acceso a los modos específicos de procesamiento del cliente y finalmente, la creación de significados en momentos determinados. Esto se realiza mediante un proceso que requiere primeramente que el paciente tome contacto con su experiencia sensorial; luego una búsqueda experiencial, focalizándose internamente para buscar un significado; luego se activa la expresión, es decir, hay contacto externo; posteriormente se desarrolla contacto interpersonal, entre ambos participantes; finalmente se promueve la reflexión del cliente desde la experiencia y se desarrolla una construcción narrativa nueva y más positiva.

Dentro del contexto de los desordenes de ansiedad una emoción que se expresa predominantemente en el cliente es el miedo, experimentándolo en diversas situaciones, que lo llevan a sentirse frecuentemente en peligro, amplificando las amenazas, centrándose en una sensación permanente de angustia y preocupación. Además el temor se extiende a gran cantidad de situación cotidianas que la persona debe enfrentar, interfiriendo significativamente en sus relaciones interpersonales. Otra emoción recurrente es la rabia, en la cual el cliente ha acumulado diversas situaciones displacenteras y que no ha expresado de manera satisfactoria, además de estar permanentemente disconforme con su estado actual, generando una frecuente irritabilidad. Estas emociones pueden ser catalogadas de primarias o secundarias según sea el caso, aunque sin embargo se aprecia con mayor frecuencia que la rabia es una emoción primaria, mientras que el miedo es secundario a la experiencia de rabia, lo que hace que la persona experimente la sensación de pérdida de control.

Asociado a esto se encuentran una serie de esquemas cognitivos que se desencadenan contingentemente con la emoción; por ejemplo, ideas de ruina y perjuicio, desvalorización personal. Esto lleva a que el paciente esté excesivamente preocupado de lo que va a ocurrir, fraccionando el si mismo, trasladando una parte al

futuro y dejando otra en el presente, hecho que resulta desgastador para él.

La terapia en este caso pretende lograr que el paciente tome contacto con el miedo o rabia permanentes, según cual sea la emoción primaria; luego se trata de evocar los procesos cognitivos asociados para distinguirlos claramente; posteriormente a esto se procede a una modificación de esos procesos mediante una reasociación de significados, y finalmente se desarrolla una modificación de los esquemas emocionales poniendo en contacto al cliente con experiencias emocionales agradables y placenteras, y procediendo a la integración de nuevos significados.

3.4.3 Modelo de Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto

El enfoque del Mental Research Institute de Palo Alto posee ciertos principios distintivos que se explican en esta sección.

Este equipo de trabajo e investigación se formó con algunos de los integrantes del Proyecto de Comunicación liderado por Gregory Bateson, a quien se le considera como un precursor de la teoría sistémica en terapia familiar.

Sus principales representantes son Watzlawick, Fisch, Ross, Weakland, Jackson, entre otros. Los inspiradores de este enfoque fueron Gregory Bateson, Don Jackson y Milton H. Erickson (puede afirmarse que el MRI sistematizó las estrategias terapéuticas desarrolladas por Erickson) (Wittezaele y García, 1994; Watzlawick, 1991).

El modelo del MRI es revolucionario en cuanto a su orientación, sus técnicas y la brevedad de la terapia, además de la amplitud de casos que puede abordar (toda la variedad de motivos de consulta) y su efectividad.

Este enfoque y el de Erickson han sido denominados "estratégicos". Haley (1980) introdujo el concepto "estratégico" para definir a un enfoque terapéutico en el cual:

"el clínico inicia lo que ocurre dentro de la psicoterapia y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz." (Haley, 1980, p. 7)

Nardone y Watzlawick (1994) afirman que esta concepción de la terapia es una «verdadera y auténtica "herejía" respecto a las teorías y las prácticas clásicas en el campo psicoterapéutico.» (p. 33)

Estos autores analizan cuatro "herejías"² que subyacen a este enfoque:

- (1) El terapeuta estratégico no se deja encerrar por ningún modelo rígido de interpretación de la "naturaleza humana", ni por una concepción rígida y ortodoxa de la psicología y la psiquiatría. El fundamento filosófico que subyace a estos enfoques es el *constructivismo radical*; (Watzlawick, 1979, 1988) el cual se basa en la premisa que es imposible, por parte de cualquier ciencia, ofrecer una explicación absolutamente "verdadera" y "definitiva" de la realidad, y sobre el hecho que la realidad está determinada por el punto de observación del investigador/sujeto.

El pensamiento estratégico no se funda en una teoría que, describiendo la "naturaleza humana", prescriba en consecuencia conceptos de "sanidad" o "normalidad" comportamental y psíquica en oposición a los de la patología. [...] El pensamiento estratégico más bien se interesa por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia entre individuos [...] El objetivo es el buen funcionamiento de estas relaciones, no en términos generales y absolutos de normalidad, sino en términos de realidad totalmente personal, diversa de individuo a individuo y de contexto a contexto. (Nardone y Watzlawick, 1994, p. 36)

² Watzlawick y Nardone se refieren (humorísticamente) a la definición etimológica de "hereje": "aquel que tiene posibilidad de elegir."

(2) La segunda herejía es que la tarea del terapeuta no se centra en el análisis "profundo", ni en la búsqueda de las causas del problema hasta la extrapolación de las verdades escondidas, "sino cómo funciona y cómo puede cambiar la situación de malestar de un sujeto, de una pareja o de una familia. El paso es de los contenidos a los procesos, y se trata de un *saber cómo* más que un *saber por qué*. (Nardone y Watzlawick, 1994, p. 37)

(3) La tercera herejía tiene relación con la noción del cambio terapéutico. Desde esta perspectiva,

[...] los problemas humanos pueden resolverse mediante estrategias focales que rompen el sistema circular de retroacciones que mantienen operante el problema. De esta ruptura, de un equilibrio disfuncional, habrá de derivar el cambio en el comportamiento y en las concepciones del sujeto, enjaulado en una situación problemática. [...] Hay que "obligar" al paciente a salir de la rigidez de su perspectiva, conduciéndolo a otras posibles perspectivas que determinarán nuevas realidades y soluciones...

(Nardone y Watzlawick, 1994, p. 44)

(4) La cuarta herejía se refiere a las estrategias terapéuticas y los procesos de cambio. En la mayor parte de las psicoterapias,

...impregnadas de la idea del "cognitocentrismo" (centralidad del pensamiento por sobre las acciones), se basa en el supuesto que el actuar sigue al pensar. Por consiguiente, para cambiar un comportamiento erróneo o una situación problemática, hay que cambiar primero la manera de pensar

del paciente y sólo después es posible cambiar su manera de obrar. [...] Desde el punto de vista estratégico, que en definitiva es el del constructivismo radical, este proceso debe invertirse. Es decir, se parte de la convicción que, para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el obrar y, como consecuencia, el pensar del paciente, o mejor, el punto de observación, el "marco" de la realidad.

(Nardone y Watzlawick, 1994, p. 47)

En cuanto a los principios orientadores, en este enfoque hay un entendimiento de las interacciones entre las personas como el establecimiento de pautas comunicacionales que, al hacerse recurrentes, tienden a estabilizarse. Las dificultades y problemas humanos son concebidos de manera interaccional, es decir, se dan en la relación mutua entre el consultante y las personas significativas que conviven con él. En general, el grupo de convivencia más importante está constituido por la familia.

La intervención terapéutica está dirigida hacia la resolución de problemas y busca modificar las pautas de interacción recurrentes que los mantienen.

No existen problemas crónicos, sino dificultades mal manejadas persistentemente durante un vasto lapso de tiempo.

La exploración de las pautas de mantención de problemas se realiza centrándose en el presente y orientándose hacia el futuro, desestimándose la relevancia del pasado de las personas como medio esencial para la resolución de sus problemas actuales.

Los problemas son definidos conjuntamente en la relación terapéutica entre cliente y terapeuta, y surgen a partir de la propia concepción y experiencia del paciente.

La terapia se desarrolla en torno a la construcción de un foco terapéutico concreto y específico, estableciendo metas pequeñas, verificables y medibles.

El terapeuta debe mantener una actitud permanente de cooperación con el paciente, intentando encontrar las modalidades particulares que tiene cada paciente específico de cooperar con el terapeuta en su tratamiento.

Las técnicas básicas de este modelo de tratamiento incluyen las siguientes estrategias:

- A) Proceso de entrevista basado en la seguridad que la resolución del problema ocurrirá.
- B) Intervención en el encuadre: reencuadre y redefinición.
- C) Intervención en la pauta, a través de tareas paradójales.
- D) Manejo del cambio.

Estas técnicas serán explicadas en otra sección (Anexo N° 6) ya que forman parte del repertorio terapéutico utilizado en esta investigación.

3.4.4 Terapia Orientada a la Solución del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee

La Terapia orientada a las soluciones también se enmarca dentro de la tradición de la terapia breve, ya que no intenta corregir ningún desajuste subyacente causal, sino más bien su trabajo se centra en utilizar lo que los clientes traen para ayudarlos a satisfacer sus necesidades de manera que puedan llevar sus vidas de una manera más satisfactoria para ellos mismos (de Shazer, 1986; 1991). Es además estratégica, por cuanto está orientada al logro de metas claramente definidas, de común acuerdo entre terapeuta y cliente.

Este enfoque terapéutico fue desarrollado en el Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB) de Milwaukee, donde un equipo encabezado por Steve de Shazer, estableció una forma particular de abordar las dificultades humanas, donde la propuesta más

innovadora la constituye el hecho de centrar la terapia en aquello que el paciente hace de manera adecuada y en tratar de descubrir cómo utilizarlo (Berg, 1996). La comunicación que se establece entre terapeuta y cliente se basa fundamentalmente en lo que sucede cuando el problema no está presente, o en aquello que hace el cliente que le permite resolverlo, es decir, pone su foco de atención en las excepciones o soluciones al problema; lo permite resaltar los aspectos positivos o recursos del cliente y no los aspectos negativos o deficitarios. Se procede así porque se tiene la convicción de que para resolver un problema no es necesario conocer detalladamente las características de este (de Shazer, 1991, 1992), sino más bien, lo importante es rescatar aquello que el cliente ya está haciendo y que es útil y bueno para él. Otro elemento central, complementario al anterior, consiste en que el terapeuta puede ayudar al paciente para que este construya su propia solución, para ello se proyecta al paciente a un futuro en el que la queja ha desaparecido; en el cual este se observa realizando todo aquello que podría hacer si la queja ya no existiera; esto facilita que el paciente se ponga en contacto con experiencias positivas y deseables para él. Es importante destacar que cuando se le pide al cliente que realice una exploración del futuro sin el problema, este señala algunos aspectos que son coincidentes con aquellas excepciones que ya están ocurriendo en la vida del cliente. Todo esto permite que se creen expectativas en relación a que la queja se puede resolver, y despiertan la motivación para impulsar una conducta diferente, la cual conduce a la solución (de Shazer, 1991).

Dentro de los principios que orientan su quehacer se pueden mencionar (de Shazer y cols., 1986; 1991; 1992).

1. Las quejas o dificultades se desarrollan en el contexto de la interacción humana. Los individuos traen consigo sus

cualidades únicas, recursos, limitaciones, creencias, valores, experiencias y a veces, dificultades; y continuamente aprenden y desarrollan diferentes maneras de interactuar con cada uno de los otros. Las soluciones consisten en cambiar las interacciones en el contexto de las restricciones de esa situación única.

2. La terapia breve consiste en ayudar a los clientes a hacer algo diferente, cambiando su conducta interaccional y/o su interpretación de las conductas y situaciones, de modo que una solución (una resolución de queja) pueda alcanzarse. La solución necesita ajustarse dentro de los límites de la situación particular, de tal forma que la solución pueda desarrollarse.
3. La resistencia en terapia es redefinida en este enfoque como *cooperancia*: "Es decir, cada familia (individual o pareja) muestra una forma única en sus intentos por cooperar, y la labor del terapeuta es describir primero, esa manera particular que él y la familia muestran y, después, cooperar con la forma de la familia y, de este modo, promover el cambio." (de Shazer, 1984).
4. Pueden y deben construirse significados nuevos y benéficos, pues es arbitrario que cierta conducta sea rotulada como síntoma; la misma conducta podría ser tanto apropiada como normal. Cualquier conducta puede ser vista desde una multitud de puntos de vista, y el significado depende de la construcción o interpretación del observador.

5. Para iniciar la solución de una queja se necesitan cambios mínimos; una vez que el cambio se ha iniciado, el cliente generará cambios adicionales (de Shazer, 1991).
6. Un cambio en una parte del sistema conduce a cambios en el sistema como un todo. En el contexto terapéutico, este principio se ilustra con el que basta con que el cliente ensaye un pequeño cambio, para iniciar una dirección hacia la solución o meta del tratamiento.
7. La terapia efectiva puede realizarse incluso aunque el terapeuta no pueda describir aquello de lo que el cliente está quejándose; lo que ambos necesitan saber es: "¿Cómo sabremos que el problema está resuelto?" Los detalles de las quejas de los clientes y una explicación de cómo el problema es mantenido, puede ser útil para construir rapport y diseñar intervenciones; pero para que un mensaje de intervención se ajuste exitosamente no es necesario tener una descripción detallada de la queja. En este modelo, es más importante que el terapeuta reconozca las excepciones a los problemas, que la estructura o pauta de estos.
8. Las ideas que tiene el cliente sobre lo que se debe cambiar, se basan en lo que sería su visión de la realidad si no mediara la queja particular que presenta.

Las *quejas* son definidas como una dificultad, además de los intentos infructuosos que se hacen recurrentes por superar esa dificultad, y/o una dificultad más la percepción de parte del cliente que la situación está estática y nada está cambiando.

Las *soluciones* son los cambios perceptuales o conductuales que el terapeuta y el cliente construyen para alterar la dificultad, la forma ineficaz de superar la dificultad, y/o son la construcción de una manera de ver alternativa aceptable que habilita al cliente para experimentar la situación de queja de manera diferente.

Las quejas incluyen conductas ocasionadas por la visión de mundo del cliente, y son mantenidas por la idea del cliente que lo que decidieron hacer acerca de la dificultad original era la única manera correcta y lógica de hacerlo. Los clientes se comportan como si estuvieran atrapados haciendo más de lo mismo, debido a haber seleccionado una conducta alternativa a la rechazada y prohibida.

Por ello es útil centrarse en ayudar a los clientes a describir su(s) factor(es) favorito(s), el que ellos eligen para enfatizar en su descripción, esto para ser utilizado posteriormente. Aquellos aspectos excluidos de la queja del cliente son también potencialmente útiles para diseñar intervenciones y proponer soluciones.

Cada queja puede ser construida en muchas diferentes, soluciones posibles.

Algunas soluciones se desarrollan a través de la resolución de un problema construido; otras se desarrollan a través de la construcción de futuros alternativos que no incluyen la queja.

Las intervenciones y las soluciones sólo necesitan ajustarse dentro de los límites de la queja en muchas de las mismas formas que la llave maestra se ajusta dentro de los límites de muchas cerraduras distintas.

Una máxima en este enfoque es: "Si algo funciona, haga más de eso. Si no funciona, no lo haga de nuevo, haga algo diferente." (de Shazer, 1992).

Una vez que se han obtenido los primeros cambios y la expectativa ha sido fortalecida, el terapeuta facilita una detallada descripción de los cambios producidos, en las distintas áreas de la

vida del cliente. Cualquier cosa que incite a este a decir que las "cosas están mejor", necesita ser identificada como señal de progreso, y cualquier cosa nueva, diferente o más efectiva que el cliente informe necesita ser alentada o amplificadas para fortalecer el proceso terapéutico y alcanzar las metas propuestas.

Para el caso de la ansiedad, el interrogatorio orientado a las soluciones busca rescatar aquellas situaciones en las cuales el cliente debió haber experimentado ansiedad y no lo hizo; aquellas situaciones en que sintiéndola, pudo controlarla; y aquellas situaciones en las cuales se encuentra realmente tranquilo, a gusto, sin experimentar ansiedad; describiendo detalladamente cada una de ellas, para extraer de allí, los recursos o habilidades que el paciente ya ha desarrollado en su experiencia cotidiana.

Se trata de establecer además si estas excepciones a la queja son deliberadas o espontáneas, es decir, si el cliente tiene o no dominio sobre ellas; para el caso de las primeras, entregar tareas para realizar fuera de la sesión, en las cuales el paciente realice de manera directa e intencionada la excepción o acción que provoca que el problema no se manifieste (solución); si la excepción es espontánea, y el cliente no tiene dominio sobre ella, se le pide que introduzca un elemento al azar en la secuencia de conductas que llevan a la solución.

En los casos de ansiedad lo más común es encontrar excepciones en relación a lugares, situaciones, que el paciente recuerda como placenteros, libres de tensión; también suelen mencionar personas que les provocan cierta seguridad y tranquilidad. Estas excepciones son utilizadas dentro del contexto de la terapia para prolongar los momentos de agrado, que el cliente pueda acceder a ellos cuando los necesite, pudiendo alterar el desarrollo de experiencias desagradables.

3.5 Antecedentes teóricos de la Hipnoterapia y la Psicoterapia Ericksoniana

En esta sección se describirán y analizarán los aspectos teóricos más relevantes del Enfoque Ericksoniano, en cuyo marco conceptual se construyó el tratamiento para las pacientes que componen la muestra de esta investigación.

Se conoce como Enfoque Ericksoniano al sistema terapéutico desarrollado por el difunto psiquiatra norteamericano Milton H. Erickson, cuyo trabajo influenció el desarrollo de la terapia del MRI³ e inspirador de algunas de las técnicas del CTFB de Milwaukee.

Los conceptos y principios que se analizarán en esta sección, corresponden en gran parte a las sistematizaciones de la terapia de Erickson efectuadas por algunos de sus más destacados discípulos (Gilligan, Lankton, Rossi, Zeig) y seguidores como Yapko; puesto que Erickson se negó a construir una teoría acerca de su trabajo, ya que pensaba que una teoría acerca de las personas y la terapia hacía perder de vista la individualidad de cada paciente.

3.5.1 Principios epistemológicos de la Psicoterapia Ericksoniana

Según Lankton (1997a), el pensamiento y la praxis clínica de Erickson varió paulatinamente desde un pensamiento lineal –que lleva al experto a dirigir el proceso terapéutico y a imponer comportamientos en el paciente– a un pensamiento y proceder terapéutico congruente con lo que Lankton (1997b) denomina

³ Puede afirmarse que el MRI sistematizó parte de la terapia y las técnicas desarrolladas por Erickson. (Nardone y Watzlawick, 1999)

epistemología "emergente", cuyos principios en la terapia "moderna" (modelos sistémicos y estratégicos) se enuncian a continuación:

- 1) La realidad humana (y la terapia) es una co-creación.
- 2) La participación es lo único posible —la observación es participación.
- 3) Los observadores forman parte del sistema que observan.
- 4) La puntuación de la experiencia es básicamente arbitraria.
- 5) La identificación de pautas está limitada por la experiencia de quienes etiquetan y sus opciones.
- 6) Orientado a metas —las tareas son las soluciones.
- 7) El descubrimiento de la salud ayuda a construir los recursos deseados.
- 8) Orientada al futuro —los propósitos se encuentran en el presente y el futuro inmediato.
- 9) Los individuos y el ambiente forman un ecosistema.
- 10) Los problemas son recíprocos y cíclicos entre ellos y entre las partes del sistema.
- 11) Los agentes de cambio ayudan a crear un contexto para la solución de problemas.

Un análisis simple de los principios enunciados más arriba, revelan la coincidencia del pensamiento "ericksoniano" actual con los postulados del enfoque del MRI. Sin embargo, el enfoque ericksoniano presenta diferencias con el de Palo Alto en un aspecto que, para Rossi (1990/1994), es fundamental para distinguirlos como enfoques hermanados pero diferenciables.

Las diferencias entre estos enfoques son: (1) mientras el MRI tiene *siempre una orientación interpersonal* en la concepción de los problemas humanos, el enfoque ericksoniano se orienta a *lo interpersonal y lo intrapersonal* (según la naturaleza del problema

presentado por los clientes); y (2) el enfoque ericksoniano trabaja con el constructo del *inconsciente*, mientras que el MRI no lo utiliza.

3.5.2 Principios distintivos del Enfoque Ericksoniano

Para la comprensión de los alcances del tratamiento elaborado en esta investigación, es necesario describir, primero, los principios que distinguen este enfoque.

1) Es una *terapia estratégica*. Lankton (1990/1994, p. 116-117) ha definido a la terapia estratégica ericksoniana del siguiente modo:

"El enfoque estratégico ericksoniano es un método de trabajo con los clientes, que enfatiza las habilidades y talentos comunes, naturales, incluso inconscientes. Las metas de la terapia se construyen sobre la inteligencia y salud de los individuos. Trabaja para encuadrar el cambio en formas que reduzcan la resistencia y la dependencia de la terapia, rodeando la necesidad de *insight*, y permitir al cliente tener el crédito total por los cambios.

La mayoría de los problemas no son vistos como patologías internas, sino como el resultado natural de resolver las exigencias del desarrollo, en formas que no funcionan del todo bien para las personas involucradas. El enfoque estratégico ericksoniano se distingue en que está asociado con ciertas intervenciones en las cuales se confía en las tareas extramuro y las sesiones de terapia. [...] Como tales, son usadas para motivar a los clientes a participar activamente en cambiar la forma en que viven consigo mismos y otros.

[...] la terapia estratégica está interesada en movilizar a los clientes. Este movimiento será en la vida de ellos, fuera de la

oficina del terapeuta, y el uso del tiempo de la consulta está dirigido hacia ese fin. Las tareas son, desde luego, entregadas para que el cliente realice acciones entre las sesiones. [...] Consecuentemente, las comprensiones o el *insight* que tenga un cliente del problema, no es de importancia central. El asunto de importancia central es la participación del cliente en nuevas experiencias y transacciones que consoliden pautas de relación apropiadas al desarrollo."

- 2) La psicoterapia e hipnoterapia Ericksoniana se caracteriza por su *flexibilidad* hacia los pacientes, a quienes se reconoce como personas singulares; los cuales tienen una historia larga de aprendizajes que se consolidan en recursos experienciales (es decir, habilidades adquiridas para enfrentar la vida). La terapia consiste en reorganizar y asociar esas habilidades en los contextos actuales y futuros para hacerlas disponibles (Erickson y Rossi, 1979).
- 3) El acercamiento terapéutico involucra una *evaluación cuidadosa* del individuo para desarrollar un tratamiento que, a diferencia de otros abordajes, no se inicia con un diagnóstico según categorías o etiquetas; sino con el establecimiento de objetivos y metas terapéuticos, una cuidadosa evaluación de los recursos del cliente, y el uso de una variedad de estrategias creativas para la consecución de las metas, construyendo un tratamiento *individualizado* (hecho "a la medida", [Robles, 1991; Zeig, 1992/1997]) para cada consultante, según su manera de cooperar o responder a la terapia y de la forma en que construye e interpreta la experiencia de vida.

- 4) Considera el *sistema* en el cual se encuentra inmerso el cliente; es decir, no se preocupa sólo de la remoción de síntomas, sino también que las personas puedan conectarse saludablemente consigo mismo y con las personas significativas a su alrededor, esto implica estar muy atento al ciclo vital familiar del contexto en que participa el sujeto. (Lankton y Lankton, 1983, 1986)
- 5) Una de sus herramientas distintivas utilizadas en el tratamiento es la *hipnosis*; la cual no es terapia en si misma, sino que una estrategia comunicacional para transmitir la terapia, y así movilizar los recursos y habilidades personales para la solución de problemas en las diversas dimensiones de la vida. (Yapko, 1992/1997)
- 6) Trabaja con la idea de que los problemas que experimentan los pacientes se deben en gran parte a sus limitaciones conscientes, por lo cual es relevante el énfasis en el cambio inconsciente (Erickson y Rossi, 1979; Lankton, 1985). Por lo tanto, en este enfoque se han desarrollado estrategias para debilitar los esquemas conscientes (hipnosis formal y no formal, lenguaje indirecto, tareas terapéuticas), de modo que puedan utilizarse los recursos inconscientes.
- 7) Se concibe al *inconsciente* como el depósito de aprendizajes psicológicos, conductuales y fisiológicos que se han adquirido a lo largo de la vida, necesarias para la interacción con el mundo y el funcionamiento automático de innumerables conductas cotidianas. (Yapko, 1990)
- 8) Otro aspecto característico es el principio de *utilización*; el terapeuta se alía con el paciente, establece rapport y utiliza

todo lo que el paciente trae o muestra en cuanto a limitaciones, síntomas, historia, y recursos potenciales para construir y desarrollar la terapia. (Erickson y Rossi, 1979; Lankton, 1985; Zeig, 1992/1997)

9) En último término es muy característico el uso de estrategias *comunicacionales indirectas*, las cuales posibilitan evitar o burlar las resistencias conscientes del paciente, y facilitan el aprendizaje inconsciente. Este principio es el que se ocupa cuando se transmiten mensajes terapéuticos a través de metáforas terapéuticas, que hacen juego (son isomórficas) con la fenomenología del problema del cliente, o cuando se asignan tareas terapéuticas.

10) En cuanto a la forma en que se transmite la terapia, Zeig (1987, 1992/1997) indica que la directividad del tratamiento es inversamente proporcional al monto de resistencia percibida al cambio; es decir, mientras mayor sea la resistencia percibida en el paciente, mayor debe ser la indirección del tratamiento.

3.5.3 El principio de utilización: "El sello que distingue al enfoque de Erickson"

Según Zeig (1992/1999), "la utilización terapéutica es un principio fundamental de la terapia ericksoniana. Es el sello que distingue al enfoque de Erickson. Además, es una fuente importante de la que emana a menudo una terapia que consigue éxitos." (p. 154-155)

Zeig define a la utilización como "*la disponibilidad del terapeuta para responder estratégicamente a todos y cada uno de*

los aspectos del paciente o del entorno (itálicas en el original)" (1992/1999, p. 155-156) Esto significa que todo lo que el paciente trae a terapia (historia, problemas, síntomas, familia, postura frente al terapeuta) puede usarse en beneficio del paciente.

"En los métodos ericksonianos, tomamos las cosas de la situación inmediata y las aprovechamos orientándolas constructivamente [...] el terapeuta es un participante activo en el proceso de «co-creación» del cambio basado en el cliente [...] En esencia el terapeuta ayuda al paciente a percibir la virtud de sus defectos." (Zeig, 1992/1999, p. 156-157)

Zeig (1992/1999) distingue los siguientes principios de la utilización:

- 1) Principio 1: "Primero es la inducción del terapeuta" (p. 165). Zeig quiere significar con esto que el terapeuta debe fijar su atención en su interacción con el paciente, atento a las complejidades de la situación momento-a-momento, y aprovecharlas.
- 2) Principio 2: "Todo lo que el paciente trae consigo a la consulta puede ser utilizado. Todo lo que existe en la situación de terapia puede ser utilizado." (p. 166)
- 3) Principio 3: "El terapeuta puede aprovechar cualquier técnica que el paciente use para ser paciente." (p. 166) Este principio se refiere a que el terapeuta debe distinguir la *pauta de mantención* del problema del cliente; y luego necesita diseñar una intervención terapéutica que sea isomórfica a esa pauta, y que agregue *ruido significativo* (Keeney, 1987) que introduzca un cambio –aunque sea mínimo– a la pauta presentada por el paciente; el cual terminará transformando la pauta original en algo distinto o deteniéndola.

Este mismo principio es aplicable al trance sintomático. El terapeuta reconoce los fenómenos hipnóticos disfuncionales involucrados en la experiencia sintomática del cliente; y construye intervenciones –entregadas en trance terapéutico formal o no formal– en las cuales incluye fenómenos hipnóticos complementarios y/o contrarios, o redefine componentes de ese fenómeno⁴. Esto generará una nueva pauta.

En este principio subyace un principio más general que aparece consistentemente en el trabajo terapéutico de Erickson, y que se deriva de sus extensas investigaciones en la inducción de trance hipnótico: la creación de una "dirección de aceptación" o "tendencia al sí", que se tratará en la próxima sección.

4) Principio 4: "Hay que desarrollar cualquier respuesta que se reciba" (p. 167)

Este principio también deriva del trabajo con hipnosis de utilización, en donde el terapeuta acepta cualquier respuesta que dé el sujeto en el proceso de inducción de trance; esas respuestas son aceptadas y se las usa para guiar gradualmente hacia la respuesta esperada.

⁴ Por ejemplo, con un paciente ansioso que está constantemente presentando orientación al futuro y amplificando las posibles amenazas y riesgos, el terapeuta puede dirigir la atención del paciente hacia el contexto presente en la inducción de trance, o podría orientarlo al futuro a una situación en la cual se sienta seguro y pueda mirar hacia atrás, advirtiéndole aquellas veces que en el pasado pronosticó catástrofes que en definitiva no ocurrieron.

Otro ejemplo sería que en el proceso de inducción de trance, el terapeuta connotara sensaciones corporales opuestas a las sintomáticas, como placenteras, generadoras de comodidad y seguridad.

3.5.4 Hipnosis naturalista y de utilización

Desde sus estudios tempranos de hipnosis con Clark Hull en la Universidad de Wisconsin, Erickson se percató que podrían existir formas distintas para llevar a los sujetos a un trance hipnótico y que los fenómenos experimentados en el trance tenían similitud con los fenómenos psicológicos habituales. Esto lo llevó a desarrollar una concepción de la hipnosis y su inducción muy distinta a la de su profesor, y que lo distinguió en la década de los años 1940 como el "Maestro de la hipnosis". (Haley, 1985; Rossi et al., 1983; Zeig y Munion, 1999).

3.5.4.1 Hipnosis naturalista⁵

A lo largo de su vida, Erickson definió de muchas maneras lo que él entendía por hipnosis; algunas de sus ideas son las siguientes:

[...] Por cierto, la hipnosis no es sueño fisiológico, aunque parece semejante e incluso puede usarse para producir sueño fisiológico. No es un poder mágico o especial. No es nada más que un estado especial de consciencia en el cual ciertos comportamientos escogidos de la vida diaria son manifestados en una forma directa, usualmente con la ayuda de otra persona. Pero es posible inducírsele a si mismo. La hipnosis es un tipo de comportamiento especial, no obstante normal, que ocurre cuando la atención y los procesos de pensamiento son dirigidos al conjunto de aprendizajes experienciales adquiridos, o alcanzados, en las experiencias de vida.

⁵ Para una revisión extensa de las distintas teorías de la hipnosis, veáse Herreros y Venegas, 1994.

[...] En este estado especial de consciencia denominado hipnosis, pueden encontrarse las numerosas formas de comportamiento de la vida cotidiana -diferentes en relaciones y grados, pero siempre dentro de límites normales. No pueden lograrse habilidades trascendentes, no pueden implantarse nuevas habilidades, sino que potenciar la expresión de las habilidades que pueden o no haber sido reconocidas completamente.

[...] La hipnosis no puede crear nuevas habilidades dentro de la persona, sino que puede ayudar a una mejor y superior utilización de habilidades ya poseídas, aunque estas habilidades no estuvieran previamente reconocidas.

[...] En el estado hipnótico, el sujeto está abierto a sus recuerdos, aprendizajes, sus condicionamientos y a todos los numerosos aprendizajes vitales. El estado hipnótico es un estado especial de consciencia y disposición a responder.

[...] La hipnosis es esencialmente una comunicación de ideas y comprensiones a un paciente, en una forma que éste sea más receptivo a la presentación de ideas y esté así más motivado para explorar sus propios potenciales corporales para el control de sus respuestas psicológicas, fisiológicas y comportamiento.

[...] El trance terapéutico es un período durante el cual las limitaciones del marco de referencia usual y las creencias de uno están temporalmente alteradas, de modo que uno puede ser receptivo a los patrones, asociaciones y modos de funcionamiento mental que conducen a la resolución de problemas.

[...] La hipnosis profunda es ese nivel de hipnosis que permite al sujeto funcionar adecuada y directamente en un nivel inconsciente de percatarse, sin interferencias de la mente consciente.

(En Pacheco, 1996, p. 19-20)

El concepto de hipnosis "naturalista" tiene dos acepciones en el trabajo de Erickson: como método de estudio de la hipnosis y la hipnosis como un fenómeno psicológico natural.

Como método de estudio se refiere a que Erickson, en lugar de utilizar la metodología científica de laboratorio, con aislamiento de variables y métodos artificiales, prefirió realizar sus estudios de la hipnosis y sus fenómenos en condiciones "naturales", es decir, experimentos de campo, y estudio de casos (Rossi, 1980).

El concepto de hipnosis "naturalista" se refiere al hecho que Erickson, agudo observador, se percató tempranamente que podían conseguirse los fenómenos de la hipnosis (inducción de trance y fenómenos hipnóticos) haciendo referencia a las experiencias de la vida cotidiana, en lugar de construir impositivamente esas experiencias en los sujetos a través de artilugios lingüísticos rituales (métodos tradicionales de inducción de trance). Por ejemplo, cuando se quiere obtener una regresión de edad (ver Anexo 4), un hipnotista tradicional puede sugerirle al sujeto que se imagine que está en una máquina del tiempo cómodamente sentado, viajando hacia atrás, y que la detendrá en determinada edad, en donde pueda observar lo que está sucediendo ahí (Yapko, 1990). Erickson, sin embargo, en una conversación casual, comenzaría a referirse a los distintos aprendizajes tempranos, como aprender el abecedario, caminar, etc., para luego profundizar dicha experiencia y utilizarla en beneficio del trabajo terapéutico de esa sesión (Erickson y Rossi, 1979; Zeig, 1985).

Asimismo, muchas de sus estrategias terapéuticas tienen a la base la evocación y re-dirección de procesos psicológicos naturales.

3.5.4.2 Hipnosis de utilización

El sello distintivo de Erickson la "utilización terapéutica", tiene sus raíces en sus experimentos de campo para inducir, profundizar, mantener y utilizar el trance hipnótico.

Cuando Erickson estudió hipnosis con Hull (años 1923 a 1924), este último se proponía estudiar al "hipnotismo" (término acuñado por el padre de la hipnosis, Braid en el siglo XIX) bajo el paradigma del conductismo naciente. Por lo tanto, Hull necesitaba estandarizar sus procedimientos y la hipnosis sería el resultado de su ritual de inducción que imponía a los sujetos; y si la inducción fallaba, era responsabilidad del sujeto poco sugestionable (concepto inventado por Bernheim, otro padre de la hipnosis en el siglo XIX).

Erickson basado en las enseñanzas de su profesor, pero al mismo tiempo en las discrepancias no expresadas con éste, paulatinamente fue abandonando los métodos tradicionales de inducción de trance, para dar énfasis a lo que Haley (1966) denominó años más tarde la naturaleza "interaccional" de la hipnosis.

Cuando se induce trance hipnótico de utilización, el objetivo del terapeuta es conseguir la mayor disposición a cooperar del paciente. Erickson descubrió que el mejor modo de lograr esto, era "aceptar y utilizar la situación de encuentro interpersonal, sin intentar efectuar una reestructuración psicológica. Al hacer esto, el comportamiento presentado del paciente llega a ser una ayuda definitiva y una parte real en la inducción del trance, antes que un posible obstáculo." (Erickson, 1958/1980, p. 168)

El estudio de los métodos de inducción de trance de Erickson (Rossi, 1980), muestra que con excepción de los métodos no verbales (inducción por pantomima⁶ [Erickson y Rossi, 1981]), el terapeuta va adaptando su estrategia a las respuestas que obtiene del sujeto, el cual a su vez responde a la conducta del terapeuta, quien a su vez modifica su conducta para adaptarse al sujeto, y éste responderá entonces a la conducta del terapeuta, y así sucesivamente. Grinder y Bandler (1994) han denominado a este método, *matching and leading* (espejar y dirigir, acompañar y dirigir, hacer juego y dirigir).

Desde el punto de vista de Keeney (1987) este método de inducción de trance crea un sistema cibernético, en donde el terapeuta y el paciente se influyen mutuamente. El terapeuta, poco a poco, va introduciendo pequeñas variaciones en su comportamiento y va dirigiendo al paciente y siendo dirigido por éste.

A través de este método, Erickson comenzaba a urdir su tejido y preparar el terreno, para dirigir la atención del sujeto desde una orientación de realidad externa a una realidad interna, en la cual era muy probable que el paciente siguiera las sugerencias de Erickson.

Cuando Erickson quería evocar algún fenómeno hipnótico, podía relatar historias y anécdotas de la vida cotidiana en las cuales se manifestaban los procesos psicológicos a la base de ese fenómeno, y lo más probable era que el sujeto respondiera afirmativamente desarrollando el fenómeno en forma "involuntaria."

Erickson aplicaba este principio de la inducción de trance, en todas sus intervenciones terapéuticas, ya fueran hipnóticas o no; primero se aseguraba que el paciente lo siguiera y luego presentaba

⁶ Métodos de inducción de trance no verbales, en donde el terapeuta fija la atención del sujeto al confundirlo a través de la interrupción de un comportamiento motor habitual.

la intervención (tareas paradójicas, reencuadre, metáforas, etc.) (Nardone y Watzlawick, 1992).

El observador sagaz podrá percatarse que Erickson desarrolló un sutil y poderoso método de persuasión e intervención interpersonal. Lankton (1997b) hace notar que Erickson fue pasando paulatinamente hacia el final de su carrera hacia métodos terapéuticos menos directivos, confiando cada vez más en la creatividad de los pacientes, al hacer un uso creciente de sugerencias indirectas a través de relatos e historias terapéuticas que le entregaban a éstos una mayor libertad de respuesta terapéutica.

Yapko (1992) distingue seis razones para el uso de la hipnosis en la psicoterapia en general,

- (1) *Amplifica la experiencia subjetiva.* Una de las utilidades de la experiencia hipnótica es que puede amplificar porciones de la experiencia subjetiva para hacerlas más accesibles al tratamiento. La hipnosis puede ser usada en una forma de diagnóstico o de terapia.
- (2) *Facilita la interrupción de pautas.* La hipnosis sirve para interrumpir las pautas de la experiencia del paciente y desarrollar otras nuevas, más adaptativas. Por ejemplo, un procedimiento tan simple como una relajación hipnótica, al suministrar un breve período de alivio a la agitación o ansiedad de un paciente, le está indicando que los síntomas pueden cambiar, son maleables y no fijos.
- (3) *Posibilita el aprendizaje experiencial.* La hipnosis puede contribuir mucho al aprendizaje de experiencia del paciente, puesto que coloca el énfasis en la experiencia directa. El terapeuta que utiliza en forma hábil la hipnosis no está atado a los parámetros rígidos de la "realidad", pudiendo ayudar a

crear nuevas realidades experienciales en el paciente durante el período de trance, que pueden ser aplicadas a otros contextos fuera de la consulta.

- (4) *Permite la asociación y contextualización de respuestas deseadas.* Las sugerencias posthipnóticas facilitan que los aprendizajes experienciales obtenidos durante la sesión terapéutica sean generalizados a otros contextos en la vida cotidiana del paciente.
- (5) *Modela flexibilidad, estimulando diversas formas para relacionarse con uno mismo.* Cuando el terapeuta usa estrategias de utilización adaptadas a cada caso en particular, para llevarlo a la experiencia de trance, está comunicándole al paciente que hay distintas formas de relacionarse y que los límites de la percepción pueden ampliarse.
- (6) *Ayuda a construir focos.* La inducción/evocación de trance hipnótico hace necesario concentrar la atención del paciente en una realidad externa o interna, con el objetivo de debilitar los esquemas conscientes de orientación de realidad y el terapeuta deberá percatarse de la habilidad del paciente para lograr esto y adaptar su estrategia a ese estilo particular de prestar atención.

3.5.5 Terapia Ericksoniana en Trastornos de ansiedad

Los modelos de tratamiento para trastornos de ansiedad en terapia Ericksoniana⁷, son propuestas metodológicas que deben adaptarse a las características de cada paciente.

Las estrategias que se proponen se basan en el trabajo de los terapeutas ericksonianos Zeig (1999), Bourne (1989), Higgins (1989) y Beletsis (1989).

Algunos de los aspectos más relevantes de estas sistematizaciones es que:

- Describen a la ansiedad como un activo proceso de autohipnosis (una forma de entrar en trance por si mismo, para estar absorto en una experiencia en particular).
- Consideran además que los clientes que sufren este tipo de desorden, tienen una preocupación excesiva y poco realista, incrementada a través de pensamientos negativos e imágenes internas inoportunas y amenazantes.

Así, la experiencia de ansiedad se refiere a un complejo conjunto de experiencias internas que una persona está teniendo, y lo importante es encontrar *cómo es esta experiencia singular* de ansiedad del cliente, a través de preguntas tales como:

- ¿Qué gatilla la ansiedad?
- ¿Los eventos gatillantes son internos o externos?
- ¿Cómo se mantiene la ansiedad una vez que ha sido gatillada?
- ¿Qué imágenes visuales aparecen justo antes o durante los episodios de sentimientos ansiosos?
- ¿Qué se dice el cliente?

⁷ Estos modelos están inspirados en el trabajo innovador de Erickson; y podría afirmarse que es una sistematización de las pautas del trabajo de éste que se repiten en su casuística.

- ¿Dónde experimenta el cliente la ansiedad?
- ¿Dónde el cliente nunca siente ansiedad?
- ¿Qué cree el cliente acerca de la ansiedad?
- ¿Qué detiene la ansiedad?

Esta información ayuda al terapeuta a desarrollar las estrategias del tratamiento, las cuales deben respetar, considerar, y utilizar la idiosincracia del cliente.

Las formas de intervención se basan en el principio fundamental de utilización, lo cual permite aceptar los síntomas de ansiedad como una base para el desarrollo de las aproximaciones hipnóticas y estratégicas.

Los autores citados plantean que la hipnosis tiene un valor particular para el tratamiento de la ansiedad, ya que facilita la relajación, y puede cambiar el foco de atención hacia experiencias placenteras. El desarrollo de estas aproximaciones (hipnóticas) se basa en diversos tipos de estrategias, que deben considerar que muchos de los pacientes con cuadros ansiosos —debido a sus síntomas, tales como la agitación constante— tendrán un grado mayor de dificultad para absorberse en experiencias de trance; por lo cual, no es recomendable utilizar inducciones formales, sino conversacionales.

A continuación se presentan un conjunto de estas técnicas, que se dividirán arbitrariamente en técnicas "hipnóticas" (es decir, que hacen uso de trance formal o conversacional, fenómenos hipnóticos y reasociación de experiencias), aproximaciones "estratégicas" (es decir, "hipnoterapia sin trance"), técnicas cognitivas y experienciales. (Bourne [1989], Higgins [1989] y Beletsis [1989])

A. Técnicas "hipnóticas"

- *Uso del complejo-síntoma para cambiar la sintomatología fisiológica:* Esta consiste en el desarrollo de una experiencia de trance para recontextualizar el complejo-síntoma, se orienta a un punto del pasado del cliente, en el cual la activación de la ansiedad fue experimentada, pero es connotada positivamente como una energía útil, lo cual es recontextualizado al momento presente.
- *Transformación de la construcción metafórica del complejo-síntoma, que realiza el paciente:* Se solicita al paciente en vigilia que haga una construcción metafórica de la ansiedad, y se utiliza en el trance para transformarla en una construcción saludable, cambiando los atributos representacionales de ésta, por ejemplo, cambiando la imagen de un lobo hambriento, por la de una mascota cariñosa.
- *Modelaje encubierto a través de progresión de edad al futuro sin el problema:* Esta estrategia se basa en la profecía de autocumplimiento y consiste en orientar al cliente a un futuro sin el problema, registrando todas aquellas modificaciones de la experiencia que le permitieron resolver el problema.
- *Proceso guiado de autohipnosis:* Se enseña autohipnosis como una herramienta para que los clientes la utilicen fuera de la consulta, se relajen, pongan su atención en experiencias placenteras, tengan conciencia de su respiración y aumenten el grado de comodidad del cuerpo. Al aprender a inducirse autohipnosis, pueden intervenir cuando la ansiedad se empieza a desarrollar, lo cual nutre la independencia del

cliente y promueve los sentimientos de que ellos pueden influenciar su experiencia en una forma positiva.

- *Rescate de recursos en trance:* Los recursos son entendidos como habilidades generativas y sentimientos que el individuo tiene pero que no siempre es capaz de usar; incluyen la confianza, comodidad, asertividad, seguridad y autoestima. La inducción de trance puede ser un procedimiento educativo en informar al paciente que sus habilidades latentes han estado altamente disociadas de su experiencia actual. Erickson (1959/1980) utilizaba un acercamiento de rescate de aprendizajes tempranos, como el aprendizaje de la lectura y la escritura, como forma de enfatizar las capacidades de aprender y adaptarse que todos los seres humanos tienen. En el caso de la ansiedad, un recurso importante a desarrollar es la protección y la seguridad, ya que generalmente es una necesidad imperiosa de los clientes.
- *Cambio de la autoimagen:* Utilizando la técnica de progresión a futuro, el cliente se experimenta con los cambios completados, es decir, con el problema resuelto; esto hace que pueda observarse a sí mismo de una forma distinta, integrando exitosamente una nueva imagen de sí mismo.

B. Aproximaciones estratégicas

- *Estrategias paradójicas:* Estas cruzan las aproximaciones estratégicas e hipnóticas de terapia y son la base de la utilización. Se utiliza la ansiedad para la continuación y transformación de ella. El terapeuta no intenta hacer que el paciente se desembarace del síntoma o comportamiento problemático; el

foco inicial es aceptar y después integrar y transformar esas experiencias.

La técnica utilizada es alentar o exagerar los síntomas, lo cual cambia la relación del cliente con este último; esto es lo que se denomina una prescripción del síntoma, que expande a otros contextos estas respuestas problemáticas; además cambia la posición del cliente, desde una en la cual la ansiedad está fuera de control, y se pelea constantemente para controlarla, a una posición en la cual el cliente produce los síntomas, lo que lo lleva a explorarlos y eventualmente controlarlos.

- *Reencuadre*: Esta técnica presupone que hay un encuadre inicial, es decir, una interpretación o perspectiva asociada al síntoma o problema que al ser modificada, altera también la experiencia problema; por ejemplo, la mayoría de los clientes consideran los síntomas como problemas inútiles y buscan terapia para sanarse de ellos. El terapeuta puede mantener la idea útil que la ansiedad es funcional, una forma de comunicación o una señal potencialmente valiosa, que hay una necesidad que no está siendo tomada en cuenta. Una vez que la ansiedad ha sido vista con una intención "positiva", está puede ser aceptada y vista con un valor, lo cual provee dirección al comportamiento y reduce la incomodidad con ella.

C. Técnicas cognitivas

- *Explicación de la teoría de la percepción de la ansiedad*: (Bourne, 1989; Higgins, 1989), Se explica al cliente que las personas poseen estilos cognitivos particulares, los cuales se basan en evaluaciones de la realidad que pueden ser válidas o no, en el caso de la ansiedad es característico evaluar

incorrectamente las habilidades personales, el significado de las consecuencias de los eventos, y los otros como jueces del comportamiento individual.⁸

- *Identificación de pensamientos automáticos, a través de la visualización de eventos:* Los clientes son llevados a visualizar y describir eventos donde ellos experimentan ansiedad, formulándose preguntas tales como: ¿Cómo te ves a ti mismo en esta situación?; ¿Cómo piensas que vas a rendir?; ¿Cuán importante es lo que otros piensan de ti en esta situación?; Qué es lo que piensas que sucederá si faltas a la perfección?; ¿Cuáles de las percepciones parecen ser más importantes al decidir que el evento es gatillante de ansiedad o no?. Lo que se intenta demostrar es cómo los pensamientos automáticos basados en valores perfeccionistas, pueden desarrollar vulnerabilidad psicológica y física, y cómo las cogniciones si se centran en algún tema de catástrofe personal, tal como la posibilidad de un rendimiento inadecuado, refuerzan dicha vulnerabilidad.
- *Confrontación de percepciones disfuncionales:* En este caso se confronta gentilmente las percepciones que los pacientes tienen sobre ellos mismos y sus habilidades en una variedad de contextos, a través de ejemplos que contradicen los fundamentos de estos y que pueden generar un entendimiento para que ellos evalúen más realístamente los eventos cotidianos.

⁸ Puede parecer extraño que en un enfoque que se caracteriza por sus aproximaciones indirectas y el uso de técnicas paradójicas, se haga uso de estrategias tan "racionales". Sin embargo, es necesario recordar la "Primera Ley de Zeig" (Zeig, 1987): "La indirección está en relación directa con el monto de resistencia percibida en el cliente." Lo cual debe ser tomado en cuenta a la hora de diseñar intervenciones.

D. Técnicas experienciales⁹

- *Integración de partes:* Los clientes ansiosos experimentan conflictos que pueden ser entendidos como escisiones o disociaciones internas, como si la integración o equilibrio interno estuviese roto; entre estos conflictos se pueden mencionar, por ejemplo, una parte del paciente se encuentra constantemente en el futuro, ensayando que acciones debe desempeñar, y otra parte es la que está en el presente. Otro conflicto se refiere a una parte del sujeto se siente seguro y capaz de enfrentar los desafíos de la vida, frente a otra parte que siente miedo, se cree incapaz, insegura de obtener logros, esta parte lleva a la persona a aislarse y a protegerse frente a algo malo que le pueda pasar. Un tercer conflicto tiene que ver con la dicotomía que se establece entre aquella parte que resuelve cosas, frente a aquella que necesita del apoyo de los otros para aquello. Una aproximación posible para resolver estas dificultades es desarrollar una experiencia emocional intensa, en la cual se coloca a cada una de las partes en conflicto a dialogar, permitiendo la expresión de cada una de ellas, lo cual permite que estas experiencias opuestas sean aclaradas y aceptadas, y por lo tanto integradas. Esto facilita que el cliente desarrolle una comprensión más adecuada respecto a aquellas cosas que experimenta, tome contacto con sus emociones, y las acepte en un contexto más saludable.

⁹ Estas técnicas originadas fundamentalmente en la terapia gestáltica son usadas en este modelo en forma estratégica; es decir, se intenta la alteración de la pauta que mantiene la sintomatología, a la vez que se amplía la experiencia del paciente. No se persigue un mayor conocimiento de sí mismo.

- *Uso de "escultura" para la externalización del sintoma e integración de recursos* (Zeig, 1998). Esta estrategia consiste en solicitarle al paciente que caracterice en la persona del terapeuta su sensación de ansiedad, el cual la actúa. Luego, se le indica que personifique en el terapeuta un sentimiento opuesto (un recurso). Posteriormente, el terapeuta, a medida que le habla al cliente —y éste lo mira atentamente—, actúa la escultura de la ansiedad y la va transformando paulatinamente en la escultura del recurso. Luego, procede a sugerirle que internalice el recurso, y se absorba en la experiencia de sentirlo profundamente dentro de sí mismo.

El resultado de los aportes teóricos de los enfoques revisados en esta sección, es la integración y sistematización propuesta como modelo de tratamiento, la variable independiente, de esta investigación; que se describe en el capítulo correspondiente (Metodología).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la eficacia de un Modelo de Tratamiento basado en el enfoque de la Hipnoterapia y Psicoterapia Ericksoniana, para la disminución de la dependencia a las benzodiazepinas en un grupo de mujeres con trastorno de ansiedad en la comuna de Pudahuel.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Descripción de las características psicológicas personales y familiares de los pacientes con dependencia a las Benzodiazepinas.
- b) Construir un modelo de tratamiento de acuerdo con las características propias de cada paciente.
- c) Diseñar un instrumento de medición de síntomas ansiosos para evaluar las dimensiones de la experiencia humana.
- d) Evaluar el modelo en el proceso de remisión de la dependencia posterior al tratamiento.
- e) Evaluar el modelo en el proceso de remisión de los síntomas ansiosos posterior al tratamiento.
- f) Evaluar la relación entre la disminución de los síntomas ansiosos y la disminución de los niveles de consumo de las benzodiazepinas.
- g) Determinar la relación entre los años de consumo de las benzodiazepinas y los resultados del proceso terapéutico, medidos a

través de la disminución de los síntomas ansiosos y los niveles de consumo.

h) Sistematizar algunos aspectos específicos del abordaje terapéutico en los cuadros de ansiedad.

5. METODOLOGIA

5.1 Aspectos generales

La investigación se realizó dentro del ámbito de la Salud Pública, por cuanto es allí donde resultó relevante implementar este tratamiento, ya que este tipo de problemática tiene alta incidencia y va en aumento, por lo cual es algo que se debe resolver de manera urgente (Espinoza, 1991).

La comuna de Pudahuel representó un lugar propicio para el estudio, ya que por un lado se replican las condiciones referidas anteriormente, y por otro, los autores se desempeñan profesionalmente en ésta, lo que facilitó el acceso a la obtención de la muestra.

El estudio se realizó en las dependencias del Cosam Pudahuel, lugar donde se llevan a cabo tratamientos psicológicos en la comuna. Se cuenta con un equipo de psicólogos que realizan psicoterapia en el marco general del Modelo Sistémico Estratégico Breve.

En este centro se realizan alrededor de 4.700 sesiones terapéuticas individuales al año, además de actividades grupales, absorbiendo la demanda de dos comunas numerosas de Santiago, que son Pudahuel y Cerro Navia. Cuenta con una planta de psicólogos, educadoras diferenciales, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, asistente social, monitoras de manualidades y monitor de educación física.

Las autoridades del COSAM se mostraron dispuestas a apoyar esta investigación, brindando todas las facilidades de infraestructura y disponibilidad de tiempo, para que los autores pudieran realizar las actividades planeadas.

5.2 Tipo y Diseño de la investigación

La investigación es de tipo Descriptiva, Correlacional y Explicativa.

Descriptiva, por cuanto pretendió establecer las características de los pacientes asociadas al cuadro de ansiedad y consumo de benzodiazepinas; se buscó medir con mucha precisión cómo se manifestaron los síntomas y su evolución posterior.

Correlacional, porque se realizó una comparación entre ambos grupos -experimental y control- en relación a las variables dependientes.

Explicativa, ya que buscó responder por qué la variable independiente, tratamiento psicoterapéutico, influyó sobre las variables dependientes, nivel de consumo de benzodiazepinas y síntomas ansiosos, es decir, por qué la manipulación de la variable independiente, pudo desencadenar cambios en las variables dependientes.

El diseño de la investigación es Experimental con medición antes-después, y comparación con grupo control. La asignación de los sujetos a los grupos fue al azar, lo que permitió cumplir uno de los requisitos para lograr el control de la validez interna de la investigación, cumpliendo también el segundo requisito, que fue tener grupo de comparación. Otras condiciones para lograr la validez interna consistieron en que todos los componentes del experimento fueron igualmente implementados para ambos grupos, exceptuando obviamente el tratamiento psicoterapéutico. El grupo experimental fue sometido a la influencia de la variable independiente, consistente en el tratamiento hipnoterapéutico y psicoterapéutico estratégico breve, y se comparó con el grupo control que no recibió dicha intervención.

5.3 Definición conceptual y operacional de variables

5.3.1 Variables Dependientes

Se evaluó la eficacia del tratamiento psicoterapéutico e hipnoterapéutico ericksoniano breve sobre las siguientes variables:

a) **Consumo de Benzodiazepinas:**

Definición conceptual y operacional: Expresada en la cantidad de miligramos de la benzodiazepinas ingerida por día. Para fines de esta investigación, se agrupan en una tabla única de medición, divididos en las siguientes categorías: dosis nulas, subterapéuticas, bajas, medias y altas.

b) **Síndrome Ansioso:**

Definición conceptual:

Disfunción psicológica consistente en alguno de los siguientes trastornos: Crisis de Angustia, Agorafobia, Trastorno de angustia sin agorafobia, Trastorno de angustia con agorafobia, Agorafobia sin historia de trastorno de angustia, Fobia simple, Fobia social, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno por estrés agudo, Trastorno de ansiedad generalizada etc. (Ver Anexo N°3).

Definición operacional: Diagnóstico médico de trastorno de ansiedad, y presencia de síntomas de ansiedad, descritos en el marco teórico de esta investigación y medidos a través del cuestionario de síntomas ansiosos. (Anexo N° 8).

5.3.2 Variable Independiente

Modelo de tratamiento hipnoterapéutico y estratégico breve:

Definición conceptual:

Modelo de tratamiento hipnoterapéutico y estratégico breve para los trastornos de ansiedad. Este integra técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual, experiencial, sistémico estratégico de Palo Alto, terapia orientada a la solución.¹⁰

El análisis teórico respecto a los síntomas ansiosos y la fenomenología de la ansiedad, posibilita determinar un número de objetivos terapéuticos en base a los cuales construir una *terapia hipnótica y estratégica breve* que intente la modificación de las pautas disfuncionales que mantienen la sintomatología ansiosa.

El concepto de pautas disfuncionales posibilita, por un lado, ordenar secuencialmente las intervenciones para cada paciente en particular; y, por otro, efectuar una terapia que trascienda el tratamiento sintomático, al tratar aquellas pautas disfuncionales que dan origen y/o mantienen la sintomatología.

El modelo integrativo de tratamiento para los cuadros ansiosos se focalizó en el siguiente conjunto de técnicas (las técnicas que se enuncian a continuación se describen en forma exhaustiva en el anexo N°6):

Técnicas Cognitivas: Aquellas dirigidas a modificar el estilo de procesamiento de la información.

¹⁰ Los autores de la presente investigación han venido formándose en hipnoterapia y psicoterapia Ericksoniana desde el año 1996, en un Grupo de Estudios a cargo del Supervisor Clínico Acreditado en el Enfoque Ericksoniano, Ps. Mario Pacheco.

Técnicas Estratégicas: Aquellas destinadas a la modificación de la pauta interaccional, entre las cuales se utilizan construcción de un foco terapéutico concreto y medible, y hacen uso de intervenciones paradójales y tareas entre sesiones.

Técnicas Experienciales: Aquellas destinadas a la corrección de los aspectos emocionales de la experiencia.

Técnicas Hipnóticas: Aquellas orientadas a la modificación de pautas disfuncionales a través del desarrollo de habilidades y la focalización en sensaciones de comodidad, placenteras.

Técnicas orientadas a las soluciones: Dirigidas a alentar al cliente a focalizarse en sus recursos, amplificar aquellas soluciones exitosas e imaginar soluciones alternativas según las habilidades no utilizadas.

Definición operacional:

Tratamiento estratégico breve individualizado, realizado en un número de 10 a 12 sesiones individuales, dividido en 4 estadios:

Estadio 1. Diagnóstico, desarrollo de expectativas de cambio, construcción de rapport, modificación del foco de atención del paciente, intervenciones estratégicas y prehipnóticas iniciales para la reducción de síntomas. Sesiones 1 a 2.

Estadio 2. Intervenciones centrales para la transformación de pautas disfuncionales en pautas saludables, amplificación del marco de referencia, desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones estresoras, expresión emocional, hipnosis y autohipnosis, estrategias cognitivas y experienciales. Sesiones 3 a la 10.

Estadio 3. Ratificación de los cambios, intervenciones adicionales. Sesiones 11 a la 12.

Estadio 4: Seguimiento. Alta. Sesión 13, seguimiento; entrevista cara a cara o telefónica.

Este ordenamiento fue diseñado para los efectos de esta investigación, cada caso en particular requiere una individualización de las intervenciones. Para una revisión más acabada del modelo de tratamiento, véase al Anexo N° 7.

5.3.2 Variable Interviniente

Años de Consumo:

Definición conceptual y operacional:

Cantidad de años que la paciente lleva consumiendo benzodiazepinas.

Esta variable se define a partir de la necesidad de establecer el grado de incidencia que pudo tener, sobre los resultados de la psicoterapia en las dos áreas evaluadas.

5.4 Formulación de Hipótesis

Las hipótesis con las que se trabajó en la presente investigación fueron las siguientes:

- 1) No se observarán diferencias significativas en los grupos control y experimental, en cuanto a los síntomas ansiosos, antes del inicio del tratamiento.
- 2) Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental en cuanto a la disminución de los síntomas ansiosos después de la intervención.
- 3) En el grupo Control no se observarán diferencias significativas en cuanto a la disminución de los síntomas ansiosos después de la intervención.
- 4) Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental respecto al grupo control en cuanto a la disminución de los síntomas ansiosos después de la intervención.
- 5) No se observarán diferencias significativas en los grupos experimental y control, en cuanto al consumo de benzodiazepinas antes del inicio del tratamiento.
- 6) Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental en cuanto a la disminución del consumo de benzodiazepinas después de la intervención.
- 7) En el grupo Control no se observarán diferencias significativas en cuanto a la disminución del consumo de benzodiazepinas después de la intervención.
- 8) Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental respecto al grupo control en cuanto a la disminución del consumo de benzodiazepinas después de la intervención.

- 9) Existe una relación inversa entre la cantidad de años que los pacientes del grupo experimental consumen benzodiazepinas y el resultado que este grupo obtiene en el proceso terapéutico.
- 10) Existe una relación directa entre la disminución de los síntomas de ansiedad y la disminución de los niveles de consumo.

5.5 Definición del Universo y la muestra

5.5.1 Características del Universo

El universo de esta investigación incluye a todas las mujeres mayores de 18 años que han consultado por dificultades de salud mental en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, y que han sido diagnosticadas con trastorno ansioso, tratadas con benzodiazepinas como alternativa terapéutica, y que al cabo de más de un año de consumo (DSM-IV), no han remitido la ingestión de este medicamento, dado que sus síntomas persisten.

5.5.2 Características de la muestra

La muestra es *intencionada* de acuerdo a los siguientes criterios: En primer lugar la comuna, puesto que en Pudahuel se encontraron las facilidades para tener acceso a las pacientes que integraron la muestra. Esta se configuró con pacientes que presentaban dependencia a las benzodiazepinas, es decir, con antecedentes de consumo del fármaco a lo menos por un período de un año antes de su inclusión a la muestra; lo cual constituye el segundo criterio de intencionalidad. De esta familia de fármacos, se escogió el Diazepam, el Clordiazepóxido y el Alprazolam, por ser estos los mayormente recetados en atención primaria y porque es posible establecer claramente su equivalencia, permitiendo hacer comparables entre ellos los niveles de consumo. De esta manera el tercer criterio de intencionalidad lo constituye el tipo de fármaco elegido. Además se optó como cuarto criterio, el sexo femenino, por cuanto la incidencia es de 2:1 con respecto a los hombres en cuanto a la dependencia a BDZ (Espinoza, 1991). Se escogieron los trastornos ansiosos como quinto criterio de intencionalidad, por ser

estos de elevada frecuencia en atención primaria y porque además el tratamiento farmacológico es exclusivamente con benzodiazepinas.

La selección de sujetos para la conformación de la muestra, confiere a esta la característica de *accidental*, puesto que se realizó una entrevista a las pacientes, donde se explicó el proyecto de investigación y se estableció su participación *voluntaria* en este.

Posteriormente, la muestra adquiere características de *aleatoria*, en tanto que quedó establecida por dos grupos de ocho mujeres cada uno (grupo experimental y grupo control), asignando al azar las pacientes a cada uno de ellos. A continuación las Tablas 16 y 17 cuadros describen en forma resumida, las características de los grupos experimental y control, respectivamente.

Tabla N° 16 Características del grupo experimental

Sujeto	Edad	Estado Civil	Nivel Educativo	N° de Hijos	Diagnóstico (DSM-IV)	Fármacos (mg.)	Dosis x día	Años Consumo
1	49	Casada	Básica Incompleta	3	Crisis de Pánico	Alprazolam 1 mg	3 mg	24
2	52	Casada	Media Incompleta	3	Crisis de Pánico	Clordiazepóxido 10 mg	20 mg	3
3	37	Casada	Básica Completa	4	Ansiedad Generalizada	Diazepam 10 mg	10 mg	2
4	52	Casada	Básica Incompleta	3	Ansiedad Generalizada	Diazepam 10 mg	10 mg	4
5	38	Casada	Media Incompleta	2	Fobia Específica	Alprazolam 0,5 mg	1 mg.	1
6	38	Casada	Media Incompleta	3	Estrés Post-Traumático.	Alprazolam 0,5 mg	1 mg.	3
7	60	Separada	Básica Incompleta	2	Ansiedad Generalizada	Alprazolam 0,5 mg	1,5 mg.	16
8	58	Separada	Básica Incompleta	3	Ansiedad Generalizada	Diazepam 10 mg	10 mg.	3

Tabla N° 17 Características del grupo control

Sujeto	Edad	Estado Civil	Nivel Educativo	N° de Hijos	Diagnóstico (DSM-IV)	Fármaco (mg.)	Dosis x día	Años Consumo
1	52	Casada	Media Completa	1	Ansiedad generalizada	Diazepam 10 mg	10mg	2
2	55	Casada	Básica Completa	2	Ansiedad generalizada	Alprazolam 0.5 mg	0.5 mg	8
3	59	Casada	Básica Incompleta	1	Ansiedad General Con crisis	Clordiazepóxido 10 mg	20 mg	3
4	57	Casada	Básica Incompleta	2	Ansiedad General	Diazepam 10 mg	10 mg	19
5	43	Casada	Media Incompleta.	3	Ansiedad Generalizada	Diazepam 10 mg	10 m	1
6	41	Conviviente	Básica incompleta	3	Ansiedad generalizada	Diazepam 10 mg	20 m	2
7	62	Casada	Básica Incompleta	2	Ansiedad Generalizada	Clordiazepóxido 10 mg	10 m	6
8	36	Casada	Básica Incompleta	2	Trast. Angustia s/agorafobia	Alprazolam 0.5 mg	1 m	16

5.6 Instrumentos

5.6.1 Descripción de los Instrumentos a utilizar

En la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: Ficha Clínica del Centro de Salud donde se atendió cada paciente, Tabla de homogeneización del consumo de benzodiazepinas, Pauta de evaluación de síntomas ansiosos, el conjunto de técnicas que surgen del Modelo de tratamiento.

a) Ficha Clínica personal (del consultorio)

Corresponde al Documento legal de todo Centro de Salud. Esta registra los datos de identificación de la paciente en su portada: Número de ficha, nombre del paciente, dirección, unidad vecinal de procedencia, cédula de identidad, estado civil; además se registra si hay algún antecedente clínico o social de relevancia. En ella se registra cada atención que recibe el paciente. Se incluye la fecha, el nombre y el servicio del profesional o paramédico que realizó la atención, el procedimiento efectuado, el diagnóstico clínico, las indicaciones a seguir, como exámenes, tratamientos, o derivaciones al nivel secundario. Además se registran los fármacos indicados, en cuanto a tipo, dosis diaria, tiempo de administración, para luego proceder al seguimiento y evaluación posterior.

Para el caso del consumo de Benzodiazepinas, se realizó una revisión periódica de este instrumento en cada paciente, lo que permitió observar la evolución de los miembros de los grupos experimental y control, por cuanto para continuar el tratamiento farmacológico, cada uno de ellos debía concurrir al centro de salud respectivo para prorrogar la receta, hecho consignado en la respectiva ficha clínica.

En relación a la confiabilidad, este instrumento permite objetivar al máximo la recolección de información, por cuanto cada

vez que se registre consumo, este figura en la ficha; así los resultados son altamente confiables, ya que permiten apreciar claramente las variaciones en el nivel de consumo de la benzodiazepina.

En cuanto a la validez del instrumento, es posible sostener que el registro que se realiza en la ficha clínica respecto del consumo de benzodiazepinas, da cuenta de las variaciones en el nivel de ingestión, criterio válido desde el punto de vista médico, para obtener evidencia respecto de la mantención o evolución de un trastorno.

b) Tabla de homogeneización del consumo de benzodiazepinas

El instrumento fue construido a partir de la necesidad de hacer equivalente los niveles de consumo en pacientes que ingieren alguno de los siguientes tipos de benzodiazepinas: Alprazolam, Clordiazepóxido, Diazepam. El diseño se realizó con la asesoría del Psiquiatra Sr. Patricio Larraín, y se sustentó en que estos medicamentos son benzodiazepinas ansiolíticas, teniendo características similares en cuanto al tipo de efecto producido, efectos secundarios, etc. Además, se estableció una comparación entre la dosis administrada y el tipo de sedación producida, en cuanto a intensidad y duración, es decir, qué cantidad de miligramos de cada medicamento produce efectos similares.

Se consideró también el nivel de concentración de cada uno de ellos, por ejemplo, se suministra una dosis diaria promedio de 1 miligramo de alprazolam como indicación inicial para un determinado trastorno, en comparación con 10 miligramos de Diazepam o Clordiazepóxido, para la misma persona en similares condiciones. Otro antecedente es que la vida media del Alprazolam es corta, la del Diazepam y Clordiazepóxido es mediana, no representando esto una diferencia significativa, es decir, pueden ser comparables

también en cuanto a sus vidas medias. A continuación se describen las equivalencias definitivas:

Tabla N° 18 Homogeneización del consumo de benzodiazepinas (en mg.)

Nivel / Medicamento	Alprazolam	Clordiazepóxido	Diazepam	Puntaje Estándar
Sobredosis	6,00 o más	60, 01 o más	60, 01 o más	5
Alta	3,01 - 6,00	30,00 - 60, 00	30,00 - 60, 00	4
Media	1,01 - 3,00	10,01 - 30,00	10,01 - 30,00	3
Baja	0,25 - 1,00	5,01 - 10,00	5,01 - 10,00	2
Subterapéutica	0,10 - 0,25	1,00 - 5,00	1,0 - 5,00	1
Nula	0	0	0	0

Para cada intervalo se estableció un puntaje estándar que fue considerado para las mediciones y comparación de los grupos experimental y control.

La objetividad de este instrumento está dada por la equivalencia de miligramos establecida según los criterios mencionados arriba, hecho que aporta evidencia a favor de la confiabilidad del instrumento.

Los pacientes pueden ser ubicados en el puntaje correspondiente a su consumo sin dificultad, lo que lo hace fácilmente reproducible.

Respecto de la validez del instrumento, es posible establecer el juicio de experto como criterio que aporta a la validez de contenido del mismo.

B1) Ponderación de la disminución del nivel de consumo de benzodiazepina

Este instrumento fue construido a partir de la necesidad de establecer la correlación entre la variable dependiente "nivel de consumo de benzodiazepina" con la variable interviniente "años de consumo de benzodiazepina", en el grupo experimental. Para ello se procedió a ponderar las variaciones en el nivel de consumo de benzodiazepinas medidas a través de la tabla de homogeneización, con un puntaje, entendido como estándar, para cada variación (diferencia entre el nivel de consumo antes y después en el grupo experimental). Los puntajes definitivos quedaron establecidos en los enunciados en la tabla N°19.

Tabla N°19 Ponderación de las disminuciones en los niveles de consumo antes y después de la intervención

Cantidad de niveles disminuidos.	Puntaje estándar-
5	5
4	4
3	3
2	2
1	1
0	0

c) Pauta de evaluación de síntomas ansiosos

Se diseñó un instrumento ad hoc para la medición de los síntomas ansiosos (Anexo N° 8) según el análisis propuesto por Michael Yapko (1988), que divide los síntomas agrupándolos en las dimensiones: **Fisiológica, Cognitiva, Conductual, Afectiva, Relacional, Simbólica, Contextual, Histórica.**

Esta distinción se realiza para fines de organizar y diseñar el tratamiento. Las ocho dimensiones han sido sistematizadas por los autores y son aceptadas por la comunidad académica del enfoque Ericksoniano. Los síntomas ansiosos incluidos en estas dimensiones provienen de la operacionalización propuesta por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los desórdenes mentales DSM IV

(American Psychiatric Association, 1995); por Aaron Beck, prolífico autor en terapia cognitiva de los trastornos emocionales (Beck & Emery, 1985) y David Higgins (1989), psicoterapeuta Ericksoniano colaborador de Michael Yapko en el Instituto Milton H. Erickson de San Diego.

Cada dimensión tiene un número determinado de síntomas a medir: la dimensión Fisiológica posee un máximo de 15 síntomas, la Cognitiva agrupa 8, la Conductual son 7, la Afectiva son 8, la Relacional son 8, la Simbólica son 2, la Contextual son 1 y la Histórica son 2. El puntaje total del instrumento es de 51 puntos. La puntuación consiste en otorgar un punto si el paciente presenta el síntoma de la dimensión determinada y cero punto si no lo presenta.

El instrumento se aplicó individualmente, antes y después de la terapia en el caso del grupo experimental, y en la entrevista antes y después al grupo control, lo cual se realizó en un primer contacto con el paciente y en evaluación posterior a los 3 meses desde la primera entrevista.

La validez de contenido de este instrumento está determinada por tres aspectos. Primero, todos los síntomas provienen del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes mentales, DSM IV, el cual está validado internacionalmente como clasificación objetiva de la psicopatología. Segundo, la distinción de las dimensiones está validada por un grupo de terapeutas e investigadores en terapia del enfoque que sustenta esta investigación. Tercero, el instrumento en su forma final, fue revisado, corregido y validado, por el psiquiatra Sr. Patricio Larraín, de la Universidad de Chile, Director de la Unidad de Salud Mental del Centro de Referencia de Salud "Salvador Allende G." y por el Psicólogo Supervisor Clínico Acreditado Sr. Mario Pacheco L. Estos antecedentes permiten obtener evidencia respecto de la validez de contenido del instrumento.

La confiabilidad del instrumento está dada como objetividad, ya que su corrección no induce variación entre mediciones, al estar pautada e incorporada en el diseño del mismo.

C1) Ponderación de la disminución de síntomas ansiosos

Este instrumento fue construido a partir de la necesidad de establecer la correlación entre la variable dependiente "síntomas ansiosos" con la variable interviniente "años de consumo de benzodiazepina", en el grupo experimental. Para ello se procedió a ponderar las variaciones en los síntomas ansiosos medidos antes y después de la intervención, con un puntaje entendido como estándar de 1 a 5 según la cantidad de síntomas que el cliente disminuyó, lo cual quedó establecido de acuerdo a los puntajes enunciados en tabla N°20.

Tabla N°20 Ponderación de las diferencias en los síntomas ansiosos antes y después de la intervención

Intervalos de diferencias (en cantidad de síntomas)	Puntaje estándar
41 - 51	5
31 - 40	4
21 - 30	3
11 - 20	2
0 - 10	1

d) Modelo de Tratamiento

El modelo de tratamiento consistió en un conjunto de técnicas que fueron aplicadas según las características psicológicas del paciente; y en donde se puede distinguir un proceso (Anexo N° 7), que incluye básicamente diagnóstico, intervenciones y seguimiento. En la fase diagnóstica se obtuvo información respecto del paciente en cuanto a su identificación y especificaciones del problema. Se evaluó también los recursos o habilidades individuales y sociales que existían en la vida del paciente, y que podían utilizarse terapéuticamente; se estableció un motivo de consulta que sirvió de

guía para la terapia. Posteriormente se realizaron intervenciones destinadas a estimular la motivación y adhesión al tratamiento, avanzando hacia las intervenciones centrales, que buscaban modificar las pautas sintomáticas que mantenían el problema de salud de las pacientes. Luego se realizaron intervenciones para consolidar los cambios, evaluándose la recuperación que experimenta el cliente. Una vez alcanzados los objetivos propuestos, se realizó un seguimiento para observar y reforzar los cambios, otorgando el alta definitiva al comprobar la recuperación.

En cada etapa se utilizaron una serie de técnicas que se encuentran descritas detalladamente en el anexo N° 6.

Todas las estrategias utilizadas en esta investigación, y que forman parte del modelo de intervención, están validadas por la teoría que tienen a la base y por las investigaciones realizadas en este campo (de Shazer, 1985; Donoso, 1994; Geyerhofer y Komori, 1999; Guzmán, 1996; Matthews y cols., 1998; Nardone y Watzlawick, 1992; Nardone, 1997; Nardone y Salvini, 1999; Weakland y cols., 1974).

5.7 Procedimientos

Para alcanzar los objetivos propuestos, se realizó una serie de procedimientos en las distintas etapas de la investigación. A continuación, se describen las actividades desarrolladas en cada una de ellas:

A) Construcción del marco teórico: Durante esta etapa se realizaron las siguientes actividades:

- *Revisión bibliográfica*: Se investigó en la literatura el material que permitiría tener una comprensión adecuada del fenómeno de uso de las benzodiazepinas, los mecanismos de acción, y las especificaciones respecto de la dependencia. Además se describieron los trastornos de ansiedad desde la perspectiva del DSM-IV, y desde el punto de vista del proceso; se sistematizó además un modelo integrador para el abordaje de este tipo de dificultades.
- *Sistematización de seminarios*: Además de la revisión de la literatura, se recurrió a grabaciones y apuntes de seminarios, que permitieron complementar la comprensión de los fenómenos estudiados y aportar técnicas de intervención.

B) Elaboración de la metodología de trabajo: Es posible destacar las siguientes acciones:

- *Revisión bibliográfica*: A través de esta se obtuvieron elementos de análisis que resultaron útiles para construir una metodología que orientara a esta investigación.
- *Diseño del marco metodológico*: Se construyó la metodología en base a los objetivos de la investigación, incluyendo tipo y diseño, hipótesis, definición conceptual y operacional de las variables, definición del universo y la muestra, se diseñaron

instrumentos de medición que respetaran los criterios de confiabilidad y validez.

- Los instrumentos diseñados para ser utilizados en esta investigación fueron 3:
 - Pauta de síntomas ansiosos agrupados en las dimensiones de la experiencia humana (Yapko 1988). Este instrumento fue construido con la colaboración de un psiquiatra y un psicólogo, y validado en base al procedimiento descrito en sección anterior.
 - Tabla de homogeneización de consumo de Benzodiazepinas en que se utilizaron criterios farmacológicos para establecer la equivalencia de los tres medicamentos de más alta indicación en atención primaria (de las benzodiazepinas); Clordiazepóxido, Alprazolam, Diazepam. Este instrumento fue construido con la asesoría de un psiquiatra, lo que ya fue explicado anteriormente.
 - Tratamiento hipnoterapéutico y estratégico breve para pacientes con trastorno de ansiedad, el cual fue diseñado por los autores de esta investigación y validado por psicólogo acreditado.
- Además de estos instrumentos, se utilizó las fichas clínicas de los consultorios de atención primaria.

C) Selección del lugar de realización de la investigación:

Se seleccionó el Centro Comunitario de Salud Mental de Pudahuel por las facilidades de acceso y la disposición de sus autoridades.

D) Elección de la muestra:

La muestra se configuró mediante los siguientes procedimientos:

- *Detección:* Se revisaron en dos consultorios, las fichas clínicas de pacientes que consumían benzodiazepinas y que presentaran trastorno de ansiedad (diagnosticado), para establecer quiénes ingerían este tipo de fármacos por más de un año; luego se realizó un registro de la totalidad de estos pacientes. Se trabajó preferentemente con un Consultorio que dispone de Médico con formación en Salud Mental, lo que permitió objetivar el diagnóstico.
- *Ubicación:* Se procedió a citar al consultorio a aquellas pacientes que figuraban en el registro mencionado arriba. A cada uno de ellas se les explicó el motivo de la convocatoria y se les ofreció participar. Aquellas que aceptaron fueron integradas aleatoriamente a los grupos experimental y control, explicando a los del primer grupo que se realizaría con ellas una intervención psicológica que ayudaría a la superación de sus dificultades; y a los del segundo grupo, que serían evaluados para establecer la efectividad del tratamiento farmacológico.

E) Tratamiento a los sujetos del grupo experimental:

Aquí se realizaron las siguientes actividades:

- *Recepción de los pacientes:* Esta se llevó a cabo en el Cosam de Pudahuel. Se intentó como maniobra terapéutica inicial, establecer una buena vinculación con el paciente, desarrollando un nivel adecuado de cooperación mutua (rapport).
- *Desarrollo de la Terapia propiamente tal:* Se estableció en conjunto con la consultante el motivo de consulta u objetivo para lograr en el tratamiento. Este surgió de las quejas respecto de la situación problemática que afectaba a la cliente. El tratamiento se basó en la distinción que hicieron los investigadores de las pautas experienciales disfuncionales,

construyéndose un perfil de cada paciente. Posteriormente se diseñaron intervenciones psicológicas ajustadas a las características de cada paciente. Estas se entregaron dentro de la sesión, o fuera de ella, en forma de tareas. En las sesiones siguientes se evaluaron los cambios terapéuticos, y se fortalecieron con nuevas intervenciones. Luego de afianzar los cambios, se evaluaron las metas terapéuticas, y se finalizó la terapia si estas se encontraban cumplidas.

F) Entrevistas de seguimiento al grupo control:

Los integrantes de este grupo fueron sometidos a un proceso de entrevistas, en las cuales se realizaban algunas preguntas respecto al estado general, la adscripción al tratamiento y la evolución de la sintomatología ansiosa.

G) Recolección de los datos:

Esta se realizó con determinadas especificaciones en cada grupo:

- *Grupo experimental:* Al inicio del tratamiento se estableció un nivel de consumo para cada paciente, al que se le asignó un valor según la tabla de homogeneización ya descrita. A medida que progresó la terapia, se negoció con la paciente el retiro paulatino de la Benzodiazepina, hasta reducir a los niveles más bajos posibles la ingestión. Las diferencias en los niveles de consumo al inicio y al final del tratamiento fueron registradas para el análisis posterior. Además se les aplicó una pauta de evaluación de síntomas ansiosos (Anexo N° 7) al final de la primera sesión. Esta volvió a ser aplicada al final del tratamiento, registrándose las puntuaciones en cada una de las instancias de medición.

Adicionalmente se establecieron correlaciones entre los años de consumo de los pacientes y la disminución de los síntomas

ansiosos y los niveles de consumo, para apreciar el grado de influencia de esta variable interviniente sobre los resultados del proceso terapéutico.

También se correlacionó la disminución de los síntomas ansiosos con la disminución de los niveles de consumo, para establecer si esta relación era o no significativa.

- *Grupo Control:* Para la medición de la variable nivel de consumo de benzodiazepina, se estableció, al igual que para el grupo experimental, un nivel de consumo para cada paciente de este grupo. Transcurridas doce semanas, se volvió a evaluar el consumo y se registró nuevamente el nivel observado, para realizar la comparación posterior. Con respecto a la sintomatología ansiosa, se siguió un procedimiento similar, en el que se midió con la pauta de evaluación de síntomas ansiosos en la entrevista inicial, aplicándose posteriormente transcurrido igual período que para la variable consumo de benzodiazepinas.

H) Análisis de resultados:

Luego de aplicar las mediciones antes y después a los grupos experimental y control, en cuanto a las variables nivel de consumo de benzodiazepinas y síntomas ansiosos, se establecieron promedios para cada grupo, antes de la intervención y posterior a la intervención, evaluándose mediante la prueba estadística *t* de Student para la comparación de grupos en la significación de las diferencias de sus medias por variable, dado que los resultados en las mediciones programadas (nivel de consumo de benzodiazepina y síntomas de ansiedad) se podían interpretar a un nivel intervalar de medición.

Para la comparación del grupo consigo mismo (experimental y control) antes y después de la intervención, se utilizó *t* de Student para grupos pareados.

Para la comparación entre los grupos experimental y control se utilizó *t* de Student para grupos independientes.

Para la correlación entre años de ingestión del medicamento y la disminución de los síntomas ansiosos y los niveles de consumo, se utilizó el método de correlación parcial, que consiste en comparar las variaciones obtenidas en las variables dependientes luego de la intervención, con el número de años que las pacientes consumen benzodiazepinas, como variable interviniente. Se establece si hay relación entre:

- La baja de los síntomas ansiosos con la baja en los niveles de consumo.
- La baja de los síntomas ansiosos con los años de consumo.
- La baja en los niveles de consumo con los años de consumo.

Para luego, despejar ("limpiar") la influencia de la variable años, y establecer si las bajas de ambas variables dependientes tienen relación o no.

Finalmente esto permitió obtener evidencia respecto a la aprobación o rechazo de las hipótesis de la investigación.

I) Conclusiones:

Una vez analizados los resultados y habiendo obtenido evidencias en torno a las hipótesis de investigación, se establecieron las conclusiones cuantitativas y cualitativas del proceso de investigación, relativas básicamente al proceso de remisión de la dependencia; a la evolución de los síntomas ansiosos, en cada una de las dimensiones; a los resultados específicos del proceso terapéutico, a la pertinencia de las intervenciones realizadas; a la participación de los pacientes, a las proyecciones de este tipo de estudios.

6. Análisis de resultados

La variable dependiente "consumo de benzodiazepinas", expresada en la cantidad de miligramos del fármaco por día, y medida a través del registro de consumo que surgió de las revisiones de la ficha clínica, está en un nivel ordinal de medición, pues se agrupó a los sujetos dentro de una tabla de homogeneización de consumo, asignándole un valor estándar a los diferentes niveles de ingestión. No obstante, dado que las categorías de consumo se pueden considerar como tramos conductuales equivalentes (Larraín, 1999. Comunicación personal), se pueden interpretar estos datos a un nivel intervalar de medición, lo que proporciona mayor precisión en los cálculos que se llevaron a cabo.

Para la variable "síntomas de ansiedad", expresada en la cantidad de síntomas que presentó cada sujeto y que fue estructurado como promedio de cada grupo, se consideró en un nivel de medición intervalar.

6.1 Resultados

Se obtuvo un promedio y una desviación estándar de las puntuaciones del grupo experimental y del grupo control para ambas variables, al inicio y al final de la intervención. Se utilizó la prueba *t* de Student para obtener resultados que permitieran establecer si existían o no diferencias significativas, antes y después de la intervención, con un nivel de confianza del 95%. Cuando se comparó el grupo consigo mismo se usó *t* de Student para grupos pareados, y cuando se comparó el grupo experimental con el grupo control, se utilizó *t* de Student para grupos independientes.

Se realizaron comparaciones entre el grupo experimental y el grupo control, al inicio de la intervención, para comprobar que no existían diferencias significativas entre ambos. Luego se comparó al

grupo experimental consigo mismo y al grupo control consigo mismo al final de la intervención, para comprobar que existieran diferencias significativas en el grupo experimental con respecto a las puntuaciones iniciales; y no se dieran en el grupo control modificaciones significativas con respecto a las puntuaciones iniciales. Posteriormente se compararon ambos grupos, experimental y control, después de la intervención, para comprobar que existieran diferencias significativas entre ellos con respecto a las puntuaciones de ambas variables.

Además se correlacionó la cantidad de años de consumo con las disminuciones de síntomas ansiosos y los niveles de consumo luego de la intervención.

A continuación se presentan los resultados estadísticos que aportan evidencia para la evaluación de las hipótesis. Primero se presentarán tablas resumen de los puntajes obtenidos por los grupos experimental y control en las mediciones antes y después para ambas variables; luego, los análisis referidos a la pauta de síntomas para posteriormente describir los referidos al nivel de consumo de benzodiazepinas.

6.2 Análisis de Síntomas Ansiosos

6.2.1 Comparación de los grupos antes de la investigación. Evidencia a favor de la hipótesis de investigación N°1

No se observarán diferencias significativas en los grupos control y experimental, en cuanto a los síntomas ansiosos antes del inicio del tratamiento

Tabla N° 19 Comparación Grupos Experimental y control antes

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Control Antes
Promedio	40,375	39,125
D.S	8,33	3,4

t = 0,39

P = 0,7

g.l. = 14

El presente resultado de la prueba t, se encuentra por debajo del t crítico. Esto permite sostener que no existían diferencias significativas entre ambos grupos antes de la intervención, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación N°1

6.2.1.1 Resultados de la comparación de los grupos antes de la intervención divididos por dimensión

I. Dimensión Fisiológica

Tabla N° 20 Comparación de los Grupos antes, Dimensión Fisiológica

Estadístico / Grupo	Experimental antes	Control Antes
Promedio	10,25	9,5
DS	3,28	1,77

$$t = 0,57$$

$$P = 0,58$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite sostener que no existían diferencias significativas en esta dimensión para los grupos experimental y control antes de la intervención.

II. Dimensión Cognitiva.

Tabla N° 21 Comparación de los Grupos antes, Dimensión Cognitiva

Estadístico / Grupo	Experimental antes	Control Antes
Promedio	6,625	6,75
DS	1,3	1,6

$$t = 0,20$$

$$P = 0,84$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite sostener que no existían diferencias significativas en esta dimensión para los grupos experimental y control antes de la intervención.

III. Dimensión Conductual.

Tabla N° 22 Comparación de los Grupos antes, Dimensión Conductual

Estadístico / Grupo	Experimental antes	Control Antes
Promedio	5,25	5,75
DS	1,39	1,16

$$t = 0,78$$

$$P = 0,49$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite sostener que no existían diferencias significativas en esta dimensión para los grupos experimental y control antes de la intervención.

IV. Dimensión Afectiva.

Tabla N° 23 Comparación de los Grupos antes, Dimensión Afectiva

Estadístico / Grupo	Experimental antes	Control antes
Promedio	7,63	7,25
DS	0,52	1,16

$$t = 0,83$$

$$P = 0,42$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite sostener que no existían diferencias significativas en esta dimensión para los grupos experimental y control antes de la intervención.

V. Dimensión Relacional.

Tabla Nº 24 Comparación de los Grupos antes, Dimensión Relacional

Estadístico / Grupo	Experimental antes	Control antes
Promedio	6,63	6,38
DS	1,51	1,19

$$t = 0,37$$

$$P = 0,72$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite establecer que no existían diferencias significativas en esta dimensión para los grupos experimental y control antes de la intervención.

VI. Dimensión Simbólica.

Tabla Nº 25 Comparación de los Grupos antes Dimensión Simbólica

Estadístico / Grupo	Experimental antes	Control antes
Promedio	1	1,25
DS	0,76	0,89

$$t = 0,61$$

$$P = 0,55$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite establecer que no existen diferencias significativas en esta dimensión para los grupos experimental y control antes de la intervención.

VII. Dimensión Contextual.

Tabla N° 26 Comparación de los Grupos antes Dimensión Contextual

Estadístico / Grupo	Experimental antes	Control antes
Promedio	0,88	0,63
DS	0,36	0,52

$$t = 1,13$$

$$P = 0,28$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite establecer que no existían diferencias significativas en esta dimensión para los grupos experimental y control antes de la intervención.

VIII. Dimensión Histórica.

Tabla N° 27 Comparación de los Grupos antes Dimensión Histórica

Estadístico / Grupo	Experimental antes	Control antes
Promedio	1,63	1,63
DS	0,74	0,52

$$t = 0,00$$

$$P = 1,00$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite establecer que no existían diferencias significativas en esta dimensión para los grupos experimental y control antes de la intervención.

6.2.2 Comparación antes después del grupo Experimental. Evidencia a favor de la hipótesis de investigación N°2

Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental en cuanto a la disminución de los síntomas ansiosos después de la intervención.

Tabla N° 28 Comparación Grupo Experimental antes-después

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	40,375	9,125
D.S	8,33	7,81

t=10,77

P= 0,00

g.l.=7

La puntuación obtenida se encuentra por encima del valor crítico de t esperado, esto permite sostener que existieron diferencias significativas en el grupo experimental antes y después de la intervención, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación N°2

6.2.2.1 Resultados de la Comparación del grupo Experimental antes y después de la intervención divididos por dimensión

I. Dimensión Fisiológica

Tabla N° 29 Comparación Grupo Experimental antes-después Dimensión Fisiológica

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	10,25	2
DS	3,28	1,85

$$t = 11,77$$

$$P = 0,00$$

$$g.l. = 7$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en la dimensión fisiológica para el grupo experimental antes y después de la intervención.

II. Dimensión Cognitiva.

Tabla N° 30 Comparación Grupo Experimental antes-después Dimensión Cognitiva

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	6,63	1
DS	1,30	1,07

$$t = 21,38$$

$$P = 0,00$$

$$g.l. = 7$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión cognitiva para el grupo experimental antes y después de la intervención.

III. Dimensión Conductual.

Tabla N° 31 Comparación Grupo Experimental antes-después
Dimensión Conductual

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	5,25	1,5
DS	1,39	0,53

$$t = 7,64$$

$$P = 0,00$$

$$g.l. = 7$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión conductual para el grupo experimental antes y después de la intervención.

IV. Dimensión Afectiva.

Tabla N° 32 Comparación Grupo Experimental antes-después
Dimensión Afectiva

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	7,63	0,63
DS	0,52	0,74

$$t = 18,52$$

$$P = 0,00$$

$$g.l. = 7$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión afectiva para el grupo experimental antes y después de la intervención.

V. Dimensión Relacional.

Tabla N° 33 Comparación Grupo Experimental antes -después
Dimensión Relacional

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	6,63	0,75
DS	1,51	1,04

t = 9,62
P = 0,00
g.l. = 7

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión relacional para el grupo experimental antes y después de la intervención.

VI. Dimensión Simbólica.

Tabla N° 34 Comparación Grupo Experimental antes-después
Dimensión Simbólica

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	1	0
DS	0,76	0

t = 3,74
P = 0,00
g.l. = 7

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión simbólica para el grupo experimental antes y después de la intervención.

VII. Dimensión Contextual.

**Tabla N° 35 Comparación Grupo Experimental antes-después
Dimensión Contextual**

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	0,88	0,13
DS	0,35	0,35

$$t = 4,58$$

$$P = 0,00$$

$$g.l. = 7$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión contextual para el grupo experimental antes y después de la intervención.

VIII. Dimensión Histórica.

**Tabla N° 36 Comparación Grupo Experimental antes-después
Dimensión Histórica**

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	1,63	1,3
DS	0,74	0,7

$$t = 2,05$$

$$P = 0,08$$

$$g.l. = 7$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión histórica para el grupo experimental antes y después de la intervención.

6.2.3 Comparación antes después del grupo Control. Evidencia con respecto a la hipótesis de investigación N°3

En el grupo Control no se observarán diferencias significativas en cuanto a la disminución de los síntomas ansiosos después de la intervención.

Tabla N° 37 Comparación Grupo Control antes-después

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	39,125	37
D.S	3,4	3,54

t = 3,33
P= 0,013
g.l.=7

Según el puntaje t obtenido, se registraron diferencias significativas en el grupo control antes y después de la intervención, por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación N°3.

6.2.3.1 Resultados de la comparación del grupo control antes y después de la intervención

I. Dimensión Fisiológica

Tabla N° 38 Comparación Grupo Control antes-después
Dimensión Fisiológica

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	9,5	8,75
DS	1,77	1,75

t = 1,82
P = 0,11
g.l. = 7

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión fisiológica para el grupo control antes y después de la intervención.

II. Dimensión Cognitiva.

Tabla N° 39 Comparación Grupo Control antes-después
Dimensión Cognitiva

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	6,75	6,25
DS	1,16	1,28

t = 1,87
P = 0,10
g.l. = 7

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión cognitiva para el grupo control antes y después de la intervención.

III. Dimensión Conductual.

Tabla N° 40 Comparación Grupo Control antes-después
Dimensión Conductual

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	5,75	5,38
DS	1,16	0,92

t = 1,00
P = 0,35
g.l. = 7

El resultado obtenido permite establecer que no existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión conductual para el grupo control antes y después de la intervención.

IV. Dimensión Afectiva.

Tabla N° 41 Comparación Grupo Control antes-después
Dimensión Afectiva

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	7,25	7,13
DS	1,16	1,36

t = 0,55
P = 0,60
g.l. = 7

El resultado obtenido permite establecer que no existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión afectiva para el grupo control antes y después de la intervención.

V. Dimensión Relacional.

Tabla N° 42 Comparación Grupo Control antes-después
Dimensión Relacional

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	6,38	6,38
DS	1,19	1,19

$$t = 0,00$$

$$P = 1,00$$

$$g.l. = 7$$

El resultado obtenido permite establecer que no existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión relacional para el grupo control antes y después de la intervención.

VI. Dimensión Simbólica.

Tabla N° 43 Comparación Grupo Control antes-después
Dimensión Simbólica

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	1,25	0,88
DS	0,89	0,83

$$t = 2,05$$

$$P = 0,08$$

$$g.l. = 7$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión simbólica para el grupo control antes y después de la intervención.

VII. Dimensión Contextual.

**Tabla N° 44 Comparación Grupo Control antes-después
Dimensión Contextual**

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	0,63	0,63
DS	0,52	0,52

t = 999
P = 0,00
g.l. = 7

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión contextual para el grupo control antes y después de la intervención.

VIII. Dimensión Histórica.

**Tabla N° 45 Comparación Grupo Control antes-después
Dimensión Histórica**

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	1,63	1,63
DS	0,52	0,52

t = 999
P = 0,00
g.l. = 7

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas en cuanto a la dimensión fisiológica para el grupo control antes y después de la intervención.

6.2.4 Comparación de los grupos después de la investigación. Evidencia a favor de la hipótesis de investigación N°4

Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental respecto al grupo control en cuanto a la disminución de los síntomas ansiosos después de la intervención.

Tabla N° 46 Comparación Grupos Experimental y Control después

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	9,125	37
D.S	7,81	3,54

t = 9,19
P= 0,00
g.l.=14

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas y positivas entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación N°4

6.2.4.1 Resultados de la comparación de los grupos después de la intervención divididos por dimensión.

I. Dimensión Fisiológica

Tabla N° 47 Comparación Grupos Experimental y Control después
Dimensión Fisiológica

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	2	8,75
DS	1,85	1,75

t = 7,49

P = 0,00

g.l. = 14

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas y positivas en la dimensión fisiológica entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención.

II. Dimensión Cognitiva.

Tabla N° 48 Comparación Grupos Experimental y Control después
Dimensión Cognitiva

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	1	6,25
DS	1,07	1,28

t = 8,90

P = 0,00

g.l. = 14

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas y positivas en la dimensión cognitiva entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención.

III. Dimensión Conductual.

Tabla N° 49 Comparación Grupos Experimental y Control después
Dimensión Conductual

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	1,5	5,38
DS	0,53	0,92

t = 10,33

P = 0,00

g.l. = 14

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas y positivas en la dimensión conductual entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención.

IV. Dimensión Afectiva.

Tabla N° 50 Comparación Grupos Experimental y Control después
Dimensión Afectiva

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	0,63	7,13
DS	0,74	1,36

t = 11,86

P = 0,00

g.l. = 14

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas y positivas en la dimensión afectiva entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención.

V. Dimensión Relacional

Tabla N° 51 Comparación Grupos Experimental y Control después
Dimensión Relacional

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	0,75	6,375
DS	1,04	1,19

$$t = 10,10$$

$$P = 0,00$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas y positivas en la dimensión relacional entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención.

VI. Dimensión Simbólica.

Tabla N° 52 Comparación Grupos Experimental y Control después
Dimensión Simbólica

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	0	0,88
DS	0	0,83

$$t = 2,97$$

$$P = 0,01$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas y positivas en la dimensión simbólica entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención.

VII. Dimensión Contextual.

Tabla N° 53 Comparación Grupos Experimental y Control después
Dimensión Contextual

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	0,13	0,63
DS	0,36	0,52

$$t = 2,26$$

$$P = 0,04$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite establecer que existieron diferencias significativas y positivas en la dimensión contextual entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención.

VIII. Dimensión Histórica.

Tabla N° 54 Comparación Grupos Experimental y Control después
Dimensión Histórica

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	1,25	1,625
DS	0,71	0,52

$$t = 1,21$$

$$P = 0,25$$

$$g.l. = 14$$

El resultado obtenido permite establecer que no existieron diferencias significativas en la dimensión histórica entre el grupo experimental y el grupo control después de la intervención.

6.3 Análisis de los niveles de consumo

6.3.1 Comparación de los grupos antes de la investigación. Evidencia a favor de la hipótesis de investigación N°5

No se observarán diferencias significativas en los grupos experimental y control, en cuanto al consumo de benzodiazepinas antes del inicio del tratamiento.

Tabla N° 55 Comparación Grupos Experimental y Control antes

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Control Antes
Promedio	2,5	2,125
D.S.	0,75593	0,64087

t = 1,07

P= 0,30

g.l.= 14

El valor obtenido se encontró por debajo del valor t crítico, lo que permite obtener evidencia respecto de que las diferencias entre ambos grupos antes de la intervención, no fueron significativas, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación N°5.

6.3.2 Comparación antes después del grupo Experimental. Evidencia a favor de la hipótesis de investigación N°6

Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental en cuanto a la disminución del consumo de benzodiazepinas después de la intervención.

Tabla N° 56 Comparación Grupo Experimental Antes-después

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Antes	Grupo Experimental Después
Promedio	2,5	0,75
D.S.	0,75593	1,16496

t = 7
p = 0,00
g.l. = 7

El resultado obtenido indica que existieron diferencias significativas y positivas en el grupo experimental antes y después de la intervención, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación N°6.

6.3.3 Comparación antes después del grupo Control. Evidencia a favor de la hipótesis de investigación N°7

En el grupo Control no se observarán diferencias significativas en cuanto a la disminución del consumo de benzodiazepinas después de la intervención.

Tabla N° 57 Comparación Grupo Control antes-después

Estadístico / Grupo	Grupo Control Antes	Grupo Control Después
Promedio	2,125	2,375
D.S.	0,64087	0,51755

t = 1,53
p = 0,17
g.l. = 7

El t obtenido se encontró por debajo del t crítico, lo que permite establecer que las diferencias para este grupo, antes y después de la intervención, no fueron significativas, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación N°7.

6.3.4 Comparación de los grupos después de la investigación. Evidencia a favor de la hipótesis de investigación N°8

Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental respecto al grupo control en cuanto a la disminución del consumo de benzodiazepinas después de la intervención.

Tabla N° 58 Comparación Grupos Experimental y Control después

Estadístico / Grupo	Grupo Experimental Después	Grupo Control Después
Promedio	0,75	2,375
D.S.	1,16496	0,51755

t = 3,61
P = 0,00
g.l. = 14

Los resultados obtenidos permiten afirmar que existieron diferencias significativas entre ambos grupos, experimental y control, después de la intervención, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación N°8.

6.4 Correlación entre la variable interviniente y los resultados de la intervención psicológica en el grupo experimental sobre las variables dependientes

6.4.1 Correlación entre los años de consumo y la disminución de síntomas ansiosos después de la intervención.

Tabla N° 61 Correlación disminución de síntomas ansiosos y años de consumo.

Puntaje estándar	Años de Consumo
2	24
4	3
4	2
4	4
3	1
4	3
4	16
3	3

Coef. Correl. = -0,54

Existe evidencia en un nivel medianamente significativo de correlación que permite establecer la relación que a mayor cantidad de años de consumo de benzodiazepinas menor probabilidad de disminuir los síntomas con la intervención terapéutica, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación N°9.

6.4.2 Correlación entre los años de consumo y la disminución del nivel de consumo

Tabla N° 62 Correlación disminución del nivel de consumo y años de consumo.

Puntaje estándar	Años de Consumo
2	24
2	3
3	2
2	4
3	1
3	3
4	16
3	3

Coef correl = -0,02

Este análisis entrega evidencia que permite establecer que existe una correlación nula entre los años de consumo y la disminución de la cantidad de fármaco consumido después de la intervención.

6.4.3 Correlación parcial (relación entre las disminuciones de los años de consumo y de los niveles de consumo)

Esta correlación anula los efectos de la variable interviniente sobre las variables dependientes, para establecer una relación entre estas dos últimas que no sea interferida por la influencia de los años de consumo.

Tabla N° 63 Correlación parcial disminución del nivel de consumo y años de consumo.

Puntaje estándar síntomas ansiosos (1)	Puntaje estándar nivel de consumo (2)	Años de Consumo (3)
2	2	24
4	2	3
4	3	2
4	2	4
3	3	1
4	3	3
4	4	16
3	3	3

$$r_{1.2.} = 0,267 \quad p = 0,522$$

$$r_{1.3.} = -0,543 \quad p = 0,164$$

$$r_{2.3.} = -0,024 \quad p = 0,955$$

$$r_{1.2.3.} = 0,3025$$

Este valor permite establecer que no hay una relación significativa entre la baja de los síntomas ansiosos y la baja en los niveles de consumo de benzodiazepinas, por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación N°10.

7. Discusión de Resultados

7.1 Comparación Grupos Experimental y Control antes del tratamiento.

En cuanto a la variable dependiente de investigación "consumo de benzodiazepinas", es posible establecer que no se observaron diferencias significativas entre los grupos experimental y control antes de la intervención.

El comportamiento global de la segunda variable de investigación, "síntomas de ansiedad", permite sostener que no existieron diferencias significativas entre los grupos experimental y control antes de la intervención.

Ambos resultados se explican debido a la asignación de los sujetos al azar a ambos grupos.

7.2 Grupo Experimental antes-después.

- a) El tratamiento psicoterapéutico resultó efectivo en la remisión del consumo de benzodiazepinas.

El tratamiento estuvo dirigido hacia la modificación de pautas experienciales sintomáticas, desarrollando nuevos repertorios comportamentales e interaccionales para la vivencia de situaciones cotidianas de un modo saludable; es decir, responder en forma distinta ante eventos que anteriormente fueron desencadenantes de respuestas ansiosas.

En la medida en que las pacientes sintieron que pudieron implementar estrategias efectivas, requirieron cada vez menos del consumo de fármacos, y los investigadores coordinaron con ellas y con el médico de atención primaria el retiro paulatino de la benzodiazepina.

b) La disminución de los síntomas de ansiedad es significativa en el grupo experimental posterior a la intervención psicoterapéutica.

Los síntomas disminuyeron significativamente en *todas las dimensiones medidas*. Las dimensiones que más disminuyeron fueron la dimensión fisiológica, la cognitiva, la conductual y la afectiva; y la que menor impacto registró fue la dimensión histórica.

La dimensión simbólica llama la atención por ser la única que en la segunda medición presenta valor 0.

A continuación se precisan algunas hipótesis explicativas en cuanto a los cambios en estas dimensiones:

- Los cambios en la dimensión fisiológica se podrían explicar por la recuperación del mecanismo natural que regula los ciclos de actividad y descanso (ritmos ultradianos) (Rossi 1983/1996); los cuales estuvieron previamente condicionados a la presencia del fármaco en el organismo e interferidos por los síntomas de ansiedad que son concurrentes con predominio simpático. La experiencia de los trances terapéuticos y los procesos guiados de autohipnosis pueden haber cumplido un rol fundamental en estas modificaciones.
- En la dimensión cognitiva se observaron modificaciones en el estilo de procesamiento de la información; desde un estilo en el cual la paciente estaba centrada básicamente en pensamientos catastróficos; orientada temporalmente a futuro, hacia otro en el cual se consideran los diversos aspectos de la *experiencia presente*, incorporando pensamientos positivos respecto del futuro, incluyendo también en su repertorio, recursos personales para enfrentar los desafíos.
- En la dimensión conductual, al haber nuevos componentes cognitivos y afectivos como base, las pacientes pudieron actuar en formas más saludables.

- Los componentes afectivos aludidos, consistieron en expresión emocional e integración de aspectos negativos y positivos de las emociones, complementado esto con la percepción que las emociones ansiosas son experiencias normales e incluso útiles en ciertos eventos.
- En los aspectos relacionales se observó modificación en pautas disfuncionales de interacción, en las cuales las pacientes lograron tomar espacios para sí mismas, tales como descanso, y dejar de lado el exceso de responsabilidades por los otros. Estos cambios requirieron un manejo especial en cuanto a las consecuencias en el sistema familiar, que en algunos casos perjudicaba los logros obtenidos por las pacientes.
- Finalmente la modificación de la dimensión simbólica se basó en los siguientes aspectos; por un lado la modificación en el foco de atención, ya no dirigido hacia las "muy probables catástrofes y fracasos"; la integración de aspectos emocionales y situaciones pendientes; y finalmente el descanso nocturno y diurno de mejor calidad permitieron la modificación de esta dimensión.

7.3 Grupo Control comparación antes-después.

- a) En este grupo no hubo diferencias significativas con respecto a la variable "consumo de benzodiazepina" en ambas mediciones. Al observar el comportamiento de esta variable en cada sujeto del grupo, resalta el hecho que dos casos aumentaron su nivel de consumo.
- b) En cuanto a la variable "síntomas de ansiedad" se observó disminución significativa en la comparación antes-después del puntaje total.

En cuanto a las dimensiones de la ansiedad, aquellas de mayor significación en sus diferencias fueron la contextual e histórica; y las que no presentaron diferencia significativa

fueron la fisiológica, cognitiva, conductual, afectiva, relacional, simbólica.

Según este reporte de resultados es posible detectar que la diferencia significativa de esta medición se debe exclusivamente a la influencia de las dimensiones contextual e histórica, y de no incluirse éstas en la comparación, las diferencias serían significativas.

De todas maneras estas diferencias pueden atribuirse a fuentes de invalidez interna de la investigación. Es así como en el proceso de investigación, la situación de entrevista, en que se pregunta por la experiencia sintomática del sujeto en dos momentos (separado por aproximadamente 3 meses), opera como una intervención, puesto que el hecho de hacer consciente de sus síntomas al sujeto, puede actuar como un verdadero acercamiento educativo respecto a los mismos, y puede motivarlo a implementar estrategias que le permitan cierto progreso; además, la entrevista proporciona al paciente un medio para obtener seguridad, atención y protección por parte del profesional.

En este mismo sentido es necesario recordar que el tipo de paciente investigado no suele tener la oportunidad de ser entrevistado, y para ellos cualquier tipo de acercamiento resulta ser una verdadera atención profesional.

Otro antecedente importante es que dos de los ocho casos aumentaron su nivel de consumo de fármacos durante el período en que se desarrolló la investigación, lo que puede incidir en la disminución global de los síntomas.

7.4 Comparación entre los grupos experimental y control después.

- a) Tal como fue descrito en la sección del grupo experimental, los resultados en esta comparación establecieron que el

tratamiento resultó efectivo en la remisión del consumo de benzodiazepinas y por lo tanto existieron diferencias significativas a favor del grupo experimental al ser comparado con el grupo control en la segunda medición.

b) En cuanto a los síntomas ansiosos los resultados de la comparación entre los grupos experimental y control posterior a la intervención, permiten sostener que las diferencias entre ambos son significativas; las variaciones más destacables ocurren en las dimensiones afectiva, conductual, relacional, cognitiva y fisiológica. Las dimensiones donde las diferencias son menores son la simbólica y contextual; y en la dimensión histórica no se registran diferencias significativas entre ambos grupos luego de la intervención.

Esto puede ser explicado a través de los argumentos presentados en los análisis acerca de las mediciones en el grupo experimental, ya que los recursos desarrollados por el proceso psicoterapéutico son coherentes con lo detectado en las dimensiones donde las diferencias son más significativas en esa medición.

En cuanto a la relación entre la variable interviniente "años de consumo de benzodiazepina" y los resultados de la terapia (medido a través de la ponderación de cada variable independiente) las mediciones realizadas permiten establecer que no existe relación alguna entre estas variables. Es decir, los resultados de esta investigación muestran que el número de años de consumo de benzodiazepinas no incide en el éxito o fracaso del tratamiento psicoterapéutico.

Esto puede ser debido al hecho que el tratamiento efectuado en la presente investigación no fue sólo un tratamiento sintomático (en el sentido de disminuir los síntomas de ansiedad), sino que fue diseñado para la modificación de distintas pautas de comportamiento, cognición y afectos que intervienen en los

mecanismos de mantención del trastorno ansioso, lo cual contribuyó a la creación de pautas más adaptativas en las pacientes.

Otro factor que podría estar influyendo en este fenómeno, es el hecho que para la teoría a la base de la terapia estratégica breve no existen problemas crónicos, sino que existen problemas sistemáticamente mal manejados, afirmación que los investigadores comparten. Esta postura teórica puede haber jugado un rol de "profecía de autocumplimiento" para los terapeutas, en el sentido que hayan transmitido no verbalmente a las pacientes su optimismo sobre el éxito de la terapia, y las hayan motivado a ensayar las diversas tareas terapéuticas asignadas.

Además, la técnica de entrevista utilizada, centrada en la búsqueda de excepciones al problema y la construcción de soluciones (enfoque del CFTB), comunica al paciente que el cambio es un fenómeno inevitable.

Con respecto a la relación propuesta entre la disminución de los síntomas de la ansiedad y la disminución de los niveles de consumo de benzodiazepinas en el grupo experimental, no es posible establecer que la disminución en la primera conduzca necesariamente a la disminución en la segunda, es decir, si bien se observan diferencias significativas en las disminuciones de ambas variables luego de la intervención, éstas no representan procesos relacionados entre sí.

Esto puede deberse fundamentalmente a que en ningún momento del proceso psicoterapéutico se abordó el retiro de la benzodiazepina de manera directa, programada y de acuerdo a un patrón establecido homogéneo para todos los sujetos del grupo experimental; si no más bien éste se realizó en forma individualizada de acuerdo a las necesidades de cada paciente y según los criterios establecidos por el médico tratante en el Centro de Salud en el cual se controlaban las sujetos.

Otra explicación posible para este resultado estadístico es el reducido número de casos que se utilizó en la muestra experimental; lo cual no permite un análisis estadístico más riguroso.

8. Conclusiones

Luego de analizar el conjunto de datos obtenidos en la presente investigación "Evaluación de un modelo de tratamiento Hipnoterapéutico y Estratégico Breve para la disminución del consumo de Benzodiazepinas en trastornos ansiosos", es posible establecer las siguientes conclusiones:

- 1) El modelo de tratamiento desarrollado y evaluado en la presente investigación, resultó efectivo en la disminución de los síntomas ansiosos en las diferentes dimensiones de la experiencia humana, y en la disminución del consumo de benzodiazepinas; puesto que a diferencia del tratamiento farmacológico que recibían las sujetos, el modelo de tratamiento psicoterapéutico estuvo dirigido hacia el desarrollo de nuevos repertorios comportamentales e interaccionales y a la modificación de pautas sintomáticas.
- 2) A juicio de los investigadores, las características que más resaltan en el tratamiento evaluado, y que lo diferencian de los acercamientos sintomáticos, son las siguientes:
 - El tratamiento fue individualizado; se escogieron un conjunto de intervenciones para cada paciente en particular, que fueron administradas en una forma adaptada al estilo de respuesta y cooperación de cada sujeto.
 - El modelo de tratamiento se basó en la utilización de todo lo que el cliente trajo a la consulta: características psicológicas, experiencias, síntomas, habilidades. Además se consideró la utilización de los ritmos propios del paciente; es decir, el tiempo del proceso de cambio psicoterapéutico; todo esto para hacer de la terapia una intervención efectiva.

- El tipo de diagnóstico realizado; en donde se obtuvo información sobre las distintas experiencias sintomáticas de los pacientes, se averiguó respecto a las secuencias conductuales e interaccionales que podían estar presentes en la pauta sintomática, las explicaciones de la cliente para sus síntomas, los déficit experienciales que era posible distinguir, qué excepciones eran saludables y posibles de rescatar. Este tipo de diagnóstico representa una primera intervención terapéutica, debido a que fracciona en elementos manejables una situación problema que es vista como abrumadora y no modificable.
- Se pactó con cada cliente un *motivo de consulta* o meta del tratamiento, se estableció una meta mínima o primer indicador de mejoría. Este procedimiento permite fomentar motivación para el cambio, puesto que el objetivo terapéutico se hace fácilmente posible, en forma gradual.
- En general, las técnicas terapéuticas usadas en la presente investigación fomentaron una capacidad activa de la paciente para enfrentar los múltiples desafíos de la vida cotidiana.
- Algunas técnicas que parecieron básicas para la modificación del proceso a través del cual la persona experimenta la ansiedad, fueron las siguientes:
 - (a) estrategias de *autohipnosis*, las que parecen cumplir un rol fundamental como herramienta práctica para ser "utilizada" en situaciones de aparición de síntomas fisiológicos tales como insomnio, descanso inadecuado, etc.;
 - (b) estrategias *experienciales*, que aparecen como importantes en el procesamiento de emociones no expresadas, para comunicarse asertivamente, etc.;

- (c) estrategias *paradójicas*, que se muestran como un interesante aporte puesto que alteran las soluciones intentadas que han perpetuado el complejo sintomático; y
- (d) reencuadre, que posibilita la resignificación de una vida que hasta el momento de la terapia ha estado socavada por el miedo, para transformarla en una vida amplia en posibilidades.

3) Cada paciente se transformó en dependiente luego de un período prolongado de consumo debido a la presencia de un trastorno de ansiedad. Las características personales y familiares de estos casos eran las siguientes:

- Las personas presentaban pautas disfuncionales que mantenían los problemas, entre las que más resaltaban eran una excesiva orientación a futuro, amplificando los riesgos y las probabilidades de sufrir alguna catástrofe (tener un bajo rendimiento, fracasar, ser humillado). Por otro lado, destacaba la percepción de ser víctima de la experiencia, incapacidad de conectarse con los recursos personales de seguridad, falta de asertividad, carencia en el establecimiento de límites, etc., lo que les dificultaba el enfrentamiento y resolución de los desafíos normales de la vida.

Además presentaban una elevada reactividad emocional, lo cual, relacionado con el déficit anterior, respecto de los recursos, derivó en que las pacientes comenzaban en forma sistemática a tomar distancia de situaciones sociales estresantes. Poseían además un bajo repertorio de experiencias personales de afrontamiento de esos estresores, lo cual daba lugar a ciertos déficits en los aspectos interaccionales. Todo esto generaba ciertas claves contextuales que desencadenaban respuestas sintomáticas (que es

posible distinguir como trances sintomáticos o activos procesos de autohipnosis sintomática).

- En cuanto a las características familiares las pacientes presentaban una excesiva responsabilidad por los otros, además tenían constantes interacciones problemáticas con la pareja o los otros integrantes de la familia, lo cual mantenía y a veces aumentaba los síntomas. En circunstancias en que las pacientes experimentaban intensificación de los síntomas, estas interacciones dificultosas tendían a disminuir, creándose una verdadera tregua; pero pasado un período de tiempo en que incluso la paciente mostraba cambios importantes y que eran evaluados por los otros como un alivio en la paciente, retornaban a la pauta relacional disfuncional anterior, ciclo que mantenía el circuito del problema, y que ponía a la paciente en una posición de no poder mantener los cambios saludables (tales como disponer de tiempo para si misma, delegar responsabilidades domésticas, etc.).
- 4) En todas las dimensiones de la experiencia humana se observaron cambios significativos entre la medición antes después. Las dimensiones que presentaron las diferencias más significativas fueron la dimensión fisiológica, cognitiva, conductual, relacional y afectiva; lo cual es congruente con el tipo de intervenciones utilizadas.
- Las dimensiones en las cuales se advirtieron menos cambios significativos fueron la dimensión contextual, simbólica e histórica. Quizá un período de seguimiento más prolongado pudiese evidenciar cambios más significativos en estas dimensiones.

Por todos los antecedentes expuestos es posible concluir que el modelo de tratamiento hipnoterapéutico ericksoniano y

psicoterapéutico estratégico breve evaluado en la presente investigación, resulta efectivo para la disminución del complejo sintomático de la ansiedad, y la disminución del consumo de benzodiazepinas.

El modelo de tratamiento evaluado representa una alternativa terapéutica con resultados significativamente positivos, que permite a las pacientes desarrollar habilidades para resolver sus dificultades y disminuir (incluso remitir) el consumo de los fármacos.

9. Alcances e implicancias de la investigación

La dependencia a las benzodiazepinas es un problema de salud pública (Espinoza, 1991) que ha ido adquiriendo relevancia y el sistema de salud no ha podido implementar soluciones que permitan resolverlo.

Las benzodiazepinas son un medicamento altamente adictivo, la dependencia a cualquier sustancia genera obviamente un deterioro en la calidad de vida de las personas, en términos de la autonomía de los procesos psicofisiológicos (entre otros).

En el caso de este tipo de fármacos el daño consiste en el hecho de condicionar la funcionalidad del sistema GABA a la presencia de una sustancia química exógena al sistema nervioso del individuo. Se supone que mientras más tiempo se mantenga el consumo de este medicamento más dificultoso será la posibilidad de recuperar la funcionalidad de este mecanismo fisiológico.

Los trastornos asociados a esta indicación farmacológica son de alta prevalencia en la población general (trastornos ansiosos o depresivos con componente ansioso). Estos casos consultan frecuentemente en atención primaria; son tratados con farmacoterapia, que de ser el abordaje exclusivo conlleva riesgos ya expuestos en la sección inicial de esta investigación

Como es el nivel de atención primaria el encargado de recibir y atender en primera instancia a muchas personas que requerirán asistencia especializada —en este caso problemas de salud mental— es necesario entregar mayor cantidad de conocimientos técnicos a los profesionales que realizan estas atenciones; no con el propósito de disminuir las derivaciones sino más bien para preparar al paciente, educarlo, generar

expectativas de cambio saludable, etc., lo que puede facilitar el trabajo posterior del especialista.

Además es necesario entregar elementos para la toma de decisiones acerca de los criterios según los cuales se decide el tratamiento general o la derivación a especialidad, ya que no es poco frecuente detectar casos que requieren indicación de psicoterapia o farmacoterapia por el psiquiatra, pese a lo cual asisten al consultorio, no recibiendo más que el tipo de tratamiento que genera las consecuencias incluidas en esta investigación.

Los niveles de atención especializados deben, a su vez, ampliar su oferta de servicios, trabajando con modelos de atención orientados a la integridad de la persona, considerando nuevas perspectivas de los cuadros (perspectiva de proceso, de pauta, etc.), las cuales permitan formular intervenciones orientadas a metas, y que logren la modificación del proceso sintomático en las diversas dimensiones que éste se presenta en períodos breves de tiempo.

Desde el campo de la Psicología se tiene la posibilidad de investigar, sistematizar y difundir modelos de tratamiento que utilicen los recursos de los sujetos y además se dirijan a la modificación saludable de las dimensiones de la experiencia humana. Esta memoria pretende aportar al ámbito de la salud en general, y en particular, hay aspectos que es necesario seguir investigando, para confirmar los hallazgos y extrapolarlos a otros ámbitos de la psicoterapia (a otros cuadros de aparición frecuente).

Por otro lado es necesario crear estrategias de prevención de la dependencia a los fármacos en la población. Para ello se debe incorporar la difusión, y el desarrollo de conductas

protectoras, que en el caso de los trastornos ansiosos puede ir simplemente por el lado de entregar herramientas de relajación, descanso diario, y construcción de límites personales en la interacción familiar.

En cuanto a la muestra con que se trabajó —mujeres adultas con trastornos de ansiedad y dependencia a las benzodiazepinas— debido a la alta prevalencia de este tipo de casos, se torna importante, además de investigar modelos de tratamiento, realizar estudios que propongan intervenciones masivas que puedan modificar patrones culturales, tales como los roles de género, que puedan generar formas saludables de interacción individual, familiar y social.

Otra derivación de la investigación la constituye la necesidad de investigar en forma más fina la relación entre años de consumo y éxito terapéutico. En este sentido se considera de gran relevancia la posibilidad de contemplar una mayor cantidad de casos en la investigación.

Bibliografía

- Alman, y Lambrou (1992) *Self-Hypnosis. The Complete manual for Health and Self-Change*. Second Edition. New York: Brunner/Mazel
- American Psychiatric Association. (1995) *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Third Edition. New York: International Universities Press, Inc.
- Beck, A. (1987). *Cognitive therapy*. En J. Zeig (Ed), *The evolution of psychotherapy* (p. 149.163). New York: Brunner/Mazel
- Beck, A. and Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and the phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Book.
- Beck, A. y otros. (1983) *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclee De Brower, S.A.
- Beletsis, C. (1989) *Trance-Forming Anxiety: Hypnotic and strategic approaches to treatment*. En Yapko, M. (Ed.) *Brief therapy approaches to treating anxiety and depression*. New York: Brunner/Mazel. p 264-277.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995) *Guía breve de terapia breve*. Ed. Paidós, Barcelona
- Clarke, J.C. and Jackson, J.A.. (1983). *Hypnosis and behavior Therapy: The treatment of anxiety and phobias*. New York: Springer Publishing Company.
- Cobian, P. (1996). *Aportes de la hipnosis Ericksoniana en el control y manejo del dolor agudo en el parto normal*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Carrera de Psicología, U. de Chile
- DeJong, P. and Berg, I.K. (1998) *Interviewing for Solutions*. Pacific Grove, Ca.: Brooks/Cole Publishing
- De Shazer, S. (1984) The Death of Resistance. *Family Process*, Vol. 23, (CD-ROM)
- De Shazer, S. y otros (1986) *Brief therapy: Focused solution development*. *Family Process*, Vol. 25, (CD-ROM)
- De Shazer, S. (1989) *Pautas de terapia familiar breve: Un enfoque ecosistémico*. Ed. Paidós, Barcelona.
- De Shazer, S. (1991) *Claves para la solución en terapia breve*. Ed. Paidós, Barcelona.

- De Shazer, S. (1992). *Claves para la solución en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Ed. Gedisa, Barcelona
- Dolan, Y. (1991) *Resolving Sexual Abuse. Solution-Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors*. New York: Norton
- Dolan, Y. (1999) "Resolución del Abuso Sexual y otros Traumas con Terapia Breve Ericksoniana y Orientada a la Solución", Universidad Nacional de San Luis e Instituto Milton H. Erickson de San Luis, Rep. de Argentina, 4 y 5 de junio.
- Donoso, R. (1994). *Directivas Hipnoterapéuticas en el tratamiento de niños con fisura velopalatina*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Carrera de Psicología, U. de Chile
- Erickson, M. (1958/1980) Naturalistic Techniques of Hypnosis. In E. Rossi (Ed.) *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 1*. New York: Irvington, p. 168-176
- Erickson, M. (1959/1980) Further Clinical Techniques of Hypnosis: Utilization Techniques. In E. Rossi (Ed.) *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 1*. New York: Irvington, p. 177-205
- Erickson, M.; Rossi, E. & Rossi, S. (1976) *Hypnotic Realities*. New York: Irvington
- Erickson, M. and Rossi, E. (1979) *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington
- Erickson, M. and Rossi, E. (1981) *Experiencing Hypnosis*. New York: Irvington
- Fisch, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984) *La Táctica del cambio*. Editorial Herder, Barcelona
- Gendlin, E. (1999) *El focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial*. Ed. Paidós, Barcelona
- Geyerhofer, S. y Komori, Y. (1999) Ensayos de integración de modelos post-estructuralistas de terapia familiar breve. En G. Nardone y P. Watzlawick (Eds.) *Terapia breve: Filosofía y arte*. Ed. Herder, Barcelona, p. 177-199
- Gilligan, S. (1987) *Therapeutic Trances: The Cooperation Principle in Ericksonian Hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Gilligan, S. (1988) Symptom Phenomena as Trance Phenomena. En J. Zeig and S. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian Therapy. State of the Art*. New York: Brunner/Mazel, p. 327-352
- Greenberg, L.; Rice, L. y Elliott, R. (1996) *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Ed. Paidós, Barcelona

- Grinder, J. y Bandler, R. (1981) *Trance-Formations*. Moab, UT: Real People Press
- Grinder, J. y Bandler, R. (1982) *De sapos a príncipes*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago
- Grunabaum, H. y Chasin, R. (1978) Relabeling and reframing reconsidered: The beneficial effects of a pathological label. *Family Process*, 17: 449-455
- Guze, B.; Richeimer, S.; Szuba, M. (1993) *Guía farmacológica en psiquiatría*. Mosby Year Book Ed.; Madrid.
- Guzmán, G. (1996) *Utilización de la hipnoterapia en la resolución de la sintomatología asociada al abuso sexual: Un estudio piloto*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Carrera de Psicología, U. de Chile
- Haley, J. (1966) *Estrategias en psicoterapia*. Ediciones Toray, Barcelona
- Haley, J. (1980) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu Editores, B. Aires
- Haley, J. (1985) *Conversations with Milton H. Erickson, M.D. Vol. 3: Changing Children and Families*. New York: Triangle Press
- Hernandez, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1987) *Metodología de la Investigación*. Editorial Mac Graw Hill, México D.F.
- Herreros, M. y Venegas, A. (1994). *Manejo de dolor en pacientes oncológicos*. Tesis para optar al título de Psicólogo, U. de Chile
- Higgins, D. (1989) Anxiety as a function of perception: A theory about anxiety and a procedure to reduce symptoms to manageable levels. En Yapko, M. (Ed.) *Brief therapy approaches to treating anxiety and depression*. New York: Brunner/Mazel, p. 245-263.
- Hoffman, L. (1981/1987) *Fundamentos de la terapia familiar*. Fondo de Cultura Económica, México
- Hollander, H. (1989) A Hypnotherapeutic Approach to Panic Disorder. En Yapko, M. (Ed.) *Brief therapy approaches to treating anxiety and depression*. New York: Brunner/Mazel, p. 226-244.
- Keeney, B. (1987) *La estética del cambio*. Ed. Paidós, Barcelona
- Kim Berg, I y Miller, S. (1996) *Trabajando con el problema del alcohol*. Editorial Gedisa, Barcelona, España.
- Lankton, C. (1985) Elements of an Ericksonian Approach. In S. Lankton (Ed.), *Elements and Dimensions of an Ericksonian Approach. Ericksonian Monographs, N° 1*. New York: Brunner/Mazel, p. 61-75

- Lankton, C. (1988) Task Assignments: Logical and Otherwise. In J. Zeig (Ed.), *Ericksonian Psychotherapy, Vol. 1: Structures*. New York: Brunner/Mazel, p. 257-279
- Lankton, S. (1990/1994) Terapia estratégica ericksoniana. En M. Pacheco (Comp.), *Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un contexto para el cambio. Lecturas adicionales*. Instituto Milton H. Erickson de Santiago, p. 116-121
- Lankton, S. (1997a) The "Changing Worldview and Therapy. (www.erickson-foundation.org)
- Lankton, S. (1997b) Milton Erickson's Contribution To Therapy. Epistemology - not Technology. (www.erickson-foundation.org)
- Lankton, S. and Lankton, C. (1983) *The Answer Within: A Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel
- Lankton, S. and Lankton, C. (1986) *Enchantment and Intervention in Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel
- Lankton, C. and Lankton, S. (1989) *Tales of Enchantment*. New York: Brunner/Mazel
- Larraín, P. (1999) Comunicación personal.
- Maturana, H. (1997) *La objetividad: Un argumento para obligar*. Dumen Ediciones, Santiago
- Matthews, W.; Conti, J. and Starr, L. (1998) Ericksonian Hypnosis: A Review of the Empirical Data. In W. Matthews, and Edgette, J. (Eds.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy. Solutions, Strategies, Narratives, Vol. 2*, New York: Brunner/Mazel, p. 239-263
- Ministerio de Salud. (1993) *Uso racional de medicamentos: El caso de las Benzodiazepinas*. Editorial Atenas.
- Ministerio de Salud (1997) *De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual*. Impresos La Nación, Santiago
- Ministerio de Salud (1998) *Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el nivel primario de atención: Guía Metodológica*. Edición preliminar, Unidad de Salud Mental. Santiago
- Nardone G. (1997) *Miedo, pánico y fobias*. Ed. Herder, Barcelona
- Nardone, G. Watzlawick, P. (1992) *El arte del cambio*. Editorial Herder, Barcelona
- Nardone, G. y Salvini, A. (1999) La investigación-intervención en el campo clínico. En G. Nardone y P. Watzlawick (Eds.) *Terapia breve: Filosofía y arte*. Ed. Herder, Barcelona, p. 243-255

- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999) *Terapia breve: Filosofía y arte*. Ed. Herder, Barcelona
- O'Hanlon, W. (1989) *Raíces profundas*. Ed. Paidós, B. Aires
- O'Hanlon, W. and Hexum, A. (1990) *An Uncommon Casebook*. New York: Norton
- Pacheco, M. (1996) *Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Básico*. Segunda Edición. Instituto Milton Erickson de Santiago
- Pacheco, M. (Ed.) (1998) *Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Intermedio. Fenómenos Hipnóticos.*, Segunda Edición. Instituto Milton Erickson de Santiago
- Pacheco, M. (Ed.) (1999a) *Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un contexto para el cambio*. Segunda Edición. Instituto Milton H. Erickson de Santiago
- Pacheco, M. (1999b) Fases de una psicoterapia ericksoniana. En M. Pacheco, M. (Ed.) *Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un contexto para el cambio*. Segunda Edición. Instituto Milton H. Erickson de Santiago, p. 19-24
- Ritterman, M. (1988) *Empleo de hipnosis en terapia familiar*. Amorrortu Editores, B. Aires
- Robles, T. (Ed.) (1991) *Terapia cortada a la medida. Un seminario con Jeffrey K. Zeig*. Editorial del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México
- Rosen, S. (1982) *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. Ed. Paidós, B. Aires
- Rossi, E. (Ed.) (1980) *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 1*. New York: Irvington
- Rossi, E. (1986/1993) *The Psychobiology of Mind-Body Healing: New Concepts of Therapeutic Hypnosis*. New York: Norton
- Rossi, E. (1990/1994) "Comprendiendo a Erickson desde su propio punto de vista", En M. Pacheco (Comp.), *Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un contexto para el cambio. Lecturas adicionales*. Instituto Milton H. Erickson de Santiago, p. 236-243
- Rossi, E.; Ryan, M. and Sharp, F. (1993) *Healing in Hypnosis. The Seminars, Workshops, and Lectures of Milton H. Erickson, Vol 1*, New York: Irvington
- Rossi, E. and Nimmons, D. (1991) *The 20 Minute Break. Using the New Science of Ultradian Rhythms*. L.A., Ca.: Tarcher

- Salinas, E. (1996) *Estudio de la prescripción y consumo de benzodiazepinas en Chile, entre 1989 y 1993*. Profundización profesional para optar al título de Químico farmacéutico. Facultad de Química, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Sierra Bravo, R. (1992) *Técnicas de Investigación Social*. Ed. Paraninfo; Madrid.
- Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988) *Vocabulario de terapia familiar*. Ed. Gedisa, B. Aires
- Watzlawick, P. (1979) *¿Es real la realidad?* Ed. Herder, Barcelona
- Watzlawick, P. (1986) *El lenguaje del cambio*. Ed. Herder, Barcelona
- Watzlawick, P. (Comp.) (1988) *La realidad inventada*. Ed. Gedisa, Barcelona
- Watzlawick, P. (1991) "A propósito de Gregory Bateson", en Y. Winkin (Dir.) *Bateson. Primer inventario de una herencia*. Nueva Visión, B. Aires, p. 37-46
- Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fisch, R. (1976) *Cambio*. Ed. Herder, Barcelona
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1981) *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder, Barcelona
- Weerth, R. (1998) *La PNL y la imaginación*. Editorial Sirio, Málaga
- Wittezaele, J. y García, T. (1994) *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Ed. Herder, Barcelona
- Yapko, M. (1986) Depression: Diagnostic Frameworks and Therapeutic Strategies. In M. Yapko (Ed.), *Hypnotic Strategic Interventions: Principle and Practice*. New York: Irvington, p. 215-259
- Yapko, M. (1988) *When Living Hurts. Directives for Treating Depression*. New York: Brunnel/Mazel
- Yapko, M. (Ed.) (1989). *Brief therapy approaches to treating anxiety and depression*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. (1990) *Trancework*. New York: Brunner/Mazel
- Yapko, Michael. (1992) *Hypnosis and The Treatment of Depression*. New York: Brunnel/Mazel
- Yapko, M. (1999) *Lo esencial de la hipnosis*. Ed. Paidós, Barcelona
- Zeig, J. (Comp.) (1985) *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Amorrortu Editores, B. Aires

- Zeig, J. (1987) Therapeutic Patterns of Ericksonian Influence Communication. In J. K. Zeig (Ed.) *The Evolution of Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, p. 392-406
- Zeig, J. (1988) An Ericksonian Phenomenological Approach to Therapeutic Hypnotic Induction and Symptom Utilization. In Zeig, J. & Lankton, S. *Developing Ericksonian Therapy. State of the Art*. New York: Brunner/Mazel
- Zeig, J. (1992/1999) Las virtudes de nuestros defectos: Un concepto clave en la terapia ericksoniana. En G. Nardone y P. Watzlawick. *Terapia breve: Filosofía y arte*. Ed. Herder, Barcelona, p. 147-175
- Zeig, J. (1993) "Siembra." En J. Zeig y S. Gilligan (Comp.), *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. Amorrortu, B. Aires, p. 259-287
- Zeig, J. (1999) "Hipnosis en Trastornos de Ansiedad y Destreza del terapeuta". Seminario efectuado entre el 16 y 17 de Julio, Instituto Milton H. Erickson de Santiago
- Zeig, J. and Munion, W. (1999) *Milton H. Erickson*. London: Sage Publications

Resumen

El consumo de benzodiazepinas representa un problema de salud pública en la actualidad, por cuanto el sistema, en el nivel de atención primaria, recurre a estos fármacos en forma sistemática en cuadros con sintomatología de la gama ansiosa (predominantemente), con escasa disposición de alternativas terapéuticas especializadas, que puedan brindar un aporte real a la solución de estas dificultades. De este modo, los pacientes inician tratamiento farmacológico, no resuelven el trastorno psicológico que los llevó a consultar, y al cabo de un período de consumo, desarrollan dependencia física y psicológica.

Estos antecedentes revelaron la necesidad de diseñar enfoques de tratamiento que consideren integralmente a la persona ampliando el foco de intervención más allá de los aspectos sintomáticos a la base. Estos deben ser breves, efectivos, replicables y con una amplia cobertura.

En la presente investigación, que se sustentó teóricamente en el enfoque hipnoterapéutico ericksoniano y estratégico breve, se evaluó la efectividad de un modelo de tratamiento para este tipo de trastornos, considerándose la ansiedad como un proceso de pautas de comportamiento disfuncionales, que los pacientes presentaban en las distintas dimensiones de la experiencia humana (fisiológica, conductual, cognitiva, afectiva, relacional, simbólica, contextual, histórica), para transformarlas en pautas saludables. Para estos efectos se integraron a las estrategias terapéuticas propias del enfoque, tales como, hipnosis y autohipnosis, paradojas, reencuadres, asignación de tareas, etc., otras provenientes de los modelos cognitivo y experiencial.

Se diseñó una investigación de tipo explicativa con diseño experimental y medición antes-después para la comparación de los grupos experimental (sometido a la intervención) y control (que no recibió intervención). Para esta comparación se midieron los síntomas ansiosos y los niveles de consumo de benzodiazepinas. Además se exploró la relación entre los años de consumo y los resultados de la psicoterapia. La muestra estuvo compuesta por mujeres adultas, debido a la mayor prevalencia de este género con respecto a los cuadros y motivos de consulta estudiados.

El modelo de tratamiento diseñado y evaluado en la presente investigación, resultó efectivo en la disminución de los síntomas ansiosos en las diferentes dimensiones de la experiencia humana, y en la disminución del consumo de benzodiazepinas; puesto que a diferencia del tratamiento farmacológico que recibían las pacientes, éste les permitió desarrollar habilidades para resolver sus dificultades y disminuir e incluso remitir el consumo de los fármacos.

Entre las habilidades más importantes desarrolladas por las pacientes del grupo experimental, se pudo observar, entre otras, un adecuado establecimiento de límites personales y de responsabilidades con respecto a los otros significativos, el desarrollo de la capacidad para descansar y relajarse, y para percibir un futuro positivo confiando en los propios recursos para enfrentar los desafíos de la vida.