

**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 II

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

## INDICE

<b>ANEXO 1</b>	
Perfil de distribución de consumo de Benzodiazepinas.	2
<b>ANEXO 2</b>	
Ley de Psicotrópicos.	4
<b>ANEXO 3</b>	
Trastornos de Ansiedad según DSM-IV.	8
<b>ANEXO 4</b>	
Fenómenos Hipnóticos.	21
<b>ANEXO 5</b>	
Descripción de Pautas Diagnósticas Experienciales.	25
<b>ANEXO 6</b>	
Técnicas en Terapia estratégica e Hipnoterapia.	32
<b>ANEXO 7</b>	
Modelo de Tratamiento en Trastornos de Ansiedad.	67
<b>ANEXO 8</b>	
Pauta de Evaluación de Síntomas ansiosos	84
<b>ANEXO 9</b>	
Medición Grupo Experimental, síntomas ansiosos.	89
<b>ANEXO 10</b>	
Medición Grupo Experimental, niveles de consumo	91
<b>ANEXO 11</b>	
Medición Grupo Control, síntomas ansiosos.	93
<b>ANEXO 12</b>	
Medición Grupo Control, niveles de consumo.	95
<b>ANEXO 13</b>	
Resúmenes de casos.	97

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

**Perfil de distribución de consumo de benzodiazepinas en una muestra de  
1.500 personas en la comuna de Santiago  
(Espinoza, 1991)**



- 1) 643 personas declararon haber consumido benzodiazepinas alguna vez, indicando una prevalencia global del 42,9%.
- 2) Aquellos que lo hicieron alguna vez durante los 12 meses previos al estudio fueron 471, lo que significa una prevalencia del 31,4%.
- 3) La categoría de usuarios quedó conformada por un 66,24% de mujeres y un 33,76% de hombres, lo que arrojó una proporción de casi 2:1.
- 4) El porcentaje de mujeres con dependencia alcanza al 15,7%. Mientras que el porcentaje de hombres es de 7,5%; también en proporción de 2:1.
- 5) Se observó también que entre los consumidores había menor conocimiento del riesgo asociado al uso de benzodiazepinas que entre los no consumidores.
- 6) Cuanto más intensa es la modalidad de consumo, menor es el grado de conciencia sobre el riesgo que el consumo implica.
- 7) El 71,1% de los consumidores declaró haber comenzado el uso por indicación del médico, donde el 55,2% correspondió a médicos generales.
- 8) Más del 55% de los usuarios cuyo primer modelo de influencia fue el médico, llegan a "sobre usar" el medicamento.
- 9) Un 64,3% de los usuarios recordaba haber recibido recomendaciones de uso indefinido del fármaco.
- 10) Un 22,3%(105) de los usuarios declararon no haber respetado el tiempo sugerido de administración del medicamento. De este porcentaje, un 73,4% dijeron usar benzodiazepinas por 12 meses, más allá del tiempo inicialmente recomendado.
- 11) Del total de consumidores (471) se estimó como "dependientes" a 61 personas (13%), representando el 4,1% de la muestra total (1.500).

## **ANEXO 2**

### **LEY DE PSICOTROPICOS**

#### **Reglamento de Estupefacientes.**

Reglamento de Productos Psicotrópicos y Reglamentación complementaria.

Ministerio de Salud. Chile, 1997

Decretos Supremos N<sup>os</sup> 404 y 405, 1983. Disposiciones generales. Resumen.

- 1) Las drogas o productos estupefacientes se numerarán en listas. Estas son las siguientes (Nombre según principios activos):

**Lista I**

DET	PHP	TMA	Heroína
DMHP	PCE	DOET	Isometadona
LSD	Fenmetracina	MMDA	Morfina
Mescalina	Glutetimida	MDMA	Opio
Parahexilo	Lefetamina Spa	DOB	Petidina
Psilocibina	Meclocualona	TCP	Sufentanil
STP (DOM)	Metacualona	Catinona	Tebacn
THC (Marihuana)	DMA	Diampromida	Tebaina
Fenciclidina	PMA	Ecgonina	Tilidina
Alfentanil	Bencetidina	Cocaina	Trimeperidina

**Lista II**

Amfetamina	Mazindol	Catina
Dexamfetamina	Metilfenidato	Fenetilina
Fendimetrazina	Fenproporex	Levanfetamina
Anfepramona (Dietilpropión)	Metamfetamina	Fentermina
Racemato De Metamfetamina	Levometanfetamina	

**Lista III**

Alobarbital	Hexobarbital	Secbutabarbital
Amobarbital	Mefobarbital	Secobarbital
Aprobarbital	Meprobamato	Pentazocina
Barbital	Metabarbital	Buprenorfina
Ciclobarbital	Pentobarbital	
Fenobarbital	Proxibarbal	

#### Lista IV

Acecarbromal	Cloralodol	Etclorvinol	Ketazolam	Pinazepam
Alprazolam	Cloralosa	Etlanfetamina	Loprazolam	Pipradol
Benzfetamina	Clorazepato	Etinamato	Lorazepam	Pirovalerona
Bromazepam	Clordiazepoxido	Etizolam	Medazepam	Prazepam
Bromisoval	Clorfentermina	Fencanfamina	Mefenorex	Probarbital
Brotizolam	Clotiazepam	Fludiazepam	Metiprilona	Prolintano
Butallylonal	Cloxazolam	Flunitrazepam	Midazolam	Propilhexena
Butobarbital	Delorazepam	Flurazepam	Nitrazepam	Temazepam
Carbromal	Dextrometorfa-No	Halazepam	Nordazepam	Tetrazepam
Clobazam	Diazepam	Haloxazolam	Oxazepam	Triazolam
Clonazepam	Estazolam	Heptabarbo	Oxazolam	Vinilbital

- 2) Droga: Cualquier materia o sustancia, natural o sintética, que esté incluida en las listas señaladas anteriormente.
- 3) Preparado o producto estupefaciente: Toda solución o mezcla, en cualquier estado físico, que contenga una o más drogas estupefacientes incluidas en las listas.
- 4) Corresponderá al Instituto de Salud Pública de Chile el control de la importación, exportación, tránsito, extracción, producción, fabricación, fraccionamiento y distribución de los productos estupefacientes. Le corresponderá a los respectivos Servicios de Salud el control de las actividades de preparación, transporte, transferencia a cualquier título, expendio, tenencia y uso de los productos estupefacientes, dentro del territorio de su competencia.
- 5) Las drogas, preparados y productos psicotrópicos sólo podrán ser importados o exportados del territorio nacional por laboratorios de producción química farmacéutica, droguerías, farmacias, hospitales, e instituciones de investigación médica o científica previa autorización del Instituto de Salud Pública de Chile.
- 6) La extracción, producción, fabricación, fraccionamiento, o preparación de psicotrópicos sólo podrá llevarse a efecto en laboratorios de producción química farmacéutica, farmacias y otros establecimientos autorizados. Todo establecimiento autorizado llevará un registro actualizado, que estará permanentemente a disposición de la autoridad sanitaria.
- 7) La importación, exportación, tránsito, extracción, producción, fabricación, fraccionamiento, preparación, distribución, transporte, transferencia a cualquier título, expendio, posesión y tenencia de drogas, preparados y



especialidades farmacéuticas incluidas en la Lista I, están prohibidas en el territorio nacional.

- 8) Los preparados o productos psicotrópicos sólo podrán expendirse al público en farmacias o laboratorios mediante "Receta Cheque" en los casos de los productos contenidos en las Listas II y III o "Receta Médica Retenida", tratándose de los contemplados en la Lista IV, como es el caso de las benzodiazepinas.
- 9) La Recetas Cheques sólo podrán extenderse en los formularios oficiales que formen parte de talonarios que los Servicios de Salud proporcionarán a los médicos cirujanos, previa acreditación de su calidad profesional. En ellos deberá individualizarse claramente el Servicio de Salud y el nombre y cédula de identidad del médico cirujano, son de uso exclusivo del profesional y no podrán transferirse ni cederse a ningún título. Se llenan íntegramente de puño y letra por el médico, se extienden en original y duplicado, se registran en el talón correspondiente los datos que en él se indican. Se imprimen en papel químico autocopiativo en la Casa de Moneda de Chile.
- 10) Las Receta Médicas Retenidas contienen en su parte superior izquierda el nombre y apellidos del médico, cédula de identidad, ubicación de la consulta, teléfono y ciudad. Luego tienen un espacio para identificar al paciente, nombre y apellidos, carnet, domicilio, ciudad y fecha de emisión; a continuación, el cuerpo de la receta donde aparece la prescripción y un espacio para la firma del médico al final.
- 11) En ambas recetas podrá prescribirse un sólo producto psicotrópicos, en la dosis necesaria para un paciente, indicándose las cantidades en letras y números; la prescripción no podrá superar los 30 días de tratamiento y las recetas tendrán validez de treinta días contados desde la fecha en que ellas sean extendidas.
- 12) Las etiquetas de los envases deberán expresar la condición de venta del producto y la leyenda en letras negras sobre fondo blanco: "Sujeto a Control de Psicotrópicos". Las etiquetas llevarán además, una estrella de cinco puntas de color verde, cuyo tamaño no podrá ser inferior a la sexta parte de su superficie.

### **ANEXO N° 3**

#### **Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV**

Según el DSM-IV, los Trastornos de Ansiedad están constituidos por una serie de cuadros que a continuación se detallan :

Previo a la definición de los distintos trastornos de este tipo, el DSM-IV considera necesario definir las crisis de angustia y la agorafobia, producto de que ambas suelen aparecer en diversos trastornos de ansiedad. Sin embargo, establece que no pueden diagnosticarse como entidades separadas.

- Crisis de Pánico (panic attack) : Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- (2) sudoración.
- (3) temblores o sacudidas.
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento.
- (5) sensación de atragantarse.
- (6) opresión o malestar torácico.
- (7) náuseas o molestias abdominales.
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo.
- (9) desrealización(sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- (10) miedo a perder el control o volverse loco.
- (11) miedo a morir.
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- (13) escalofríos o sofocaciones.

- Agorafobia :

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.
- B. Estas situaciones se evitan (por ejemplo, se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.



- C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro malestar mental como fobia social (por ejemplo, evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (por ejemplo, evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, evitación de abandonar el hogar o la familia).

A continuación se detallan los distintos Trastornos de Ansiedad :

Trastorno de Angustia (panic disorder) sin agorafobia :

(A) Se cumplen (1) y (2):

- (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes (crisis de pánico)
  - (2) al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
    - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
    - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto al miocardio, "volverse loco")
    - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- (A) Ausencia de Agorafobia
- (B) Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ej., hipertiroidismo).
- (C) Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (por ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (por ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (por ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Trastorno de Angustia (panic disorder) con agorafobia :

(A) Se cumplen (1) y (2):

- (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes (crisis de pánico)



- (2) al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
- (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
  - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto al miocardio, "volverse loco")
  - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- (A) Presencia de Agorafobia
- (B) Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ej., hipertiroidismo).
- (C) Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (por ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (por ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (por ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

*Agorafobia sin historia de trastorno de angustia :*

- (A) Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (por ej., mareos o diarrea).
- (B) Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.
- (C) El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- (D) Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el criterio (A) es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

*Fobia específica (antes fobia simple) :*

- (A) Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (por ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- (B) La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con la situación determinada. En los niños la ansiedad puede traducirse en llantos, berrinches, inhibición o abrazos.
- (C) La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. En los niños puede haber falta de este reconocimiento.

- (D) La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- (E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren significativamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas, sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- (F) En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- (G) La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos, no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (por ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (por ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (por ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

**Tipo animal:** miedo a animales o insectos.

**Tipo ambiental:** referido a la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua.

**Tipo sangre-inyecciones-daño:** miedo a la sangre o heridas, a inyecciones, o a intervenciones médicas invasivas.

**Tipo situacional:** miedo a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, autos, o recintos cerrados.

**Otros tipos:** si el miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, por ejemplo, situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los "espacios" (por ej., miedo a caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

*Fobia social (trastorno de ansiedad social) :*

- (A) Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo



teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

- (B) La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
- (C) El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
- (D) Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- (E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- (F) En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- (G) El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- (H) Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio (A) no se relaciona con estos procesos (por ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

**Generalizada:** si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (por ej., iniciar o mantener conversaciones, participar en pequeños grupos, tener citas, hablar con figuras de autoridad, asistir a fiestas). Se debe considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

Trastorno obsesivo-compulsivo :

- (A) Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:  
Las obsesiones se definen por (1), (2), (3), y (4):

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- (4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente ( y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

- (1) comportamientos (por ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- (2) El objeto de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

(B) En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

(C) Las obsesiones o compulsiones provocan malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día), o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

(D) Si hay otro trastorno del Eje I (trastornos clínicos), el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (por ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por la drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una enfermedad grave en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).



- (E) El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

**Con poca conciencia de enfermedad:** si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Trastorno por estrés postraumático :

- (A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- (B) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
  - (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
  - (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
  - (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
  - (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- (C) Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
  - (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

- (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
  - (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
  - (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
  - (6) restricción de la vida afectiva (por ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
  - (7) sensación de un futuro desolador (por ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
- (D) Síntomas persistentes de aumento de activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) dificultad para conciliar o mantener el sueño.
  - (2) irritabilidad o ataques de ira.
  - (3) dificultad para concentrarse.
  - (4) hipervigilancia.
  - (5) respuestas exageradas de sobresalto.
- (E) Estas alteraciones (síntomas de los criterios (B), (C) y (D)) se prolongan más de un mes.
- (F) Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

**Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses.

**Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

**De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Trastorno por estrés agudo :

- (A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

- (B) Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
- (1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
  - (2) reducción del conocimiento de su entorno (por ej., estar aturdido).
  - (3) desrealización.
  - (4) despersonalización.
  - (5) amnesia disociativa (por ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
- (C) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- (D) Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (por ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- (E) Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (por ej., dificultad para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- (F) Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- (G) Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- (H) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., drogas, fármacos), o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II (trastornos de la personalidad o retraso mental).

Trastorno de ansiedad generalizada :

- (A) Ansiedad o preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- (B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.



- (C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses).
- (D) El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I: por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización), o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- (E) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- (F) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica (por ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Trastorno de ansiedad debido a...(indicar enfermedad médica):

- (A) La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- (B) A partir de la historia clínica, de la exploración física o de la pruebas de laboratorio se demuestra que la alteración son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- (C) Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- (D) Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- (E) Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

**Con ansiedad generalizada:** Cuando predomina una ansiedad o preocupación excesiva centradas en múltiples acontecimientos o actividades.



**Con crisis de angustia:** Cuando predominan las crisis de angustia (crisis de pánico).

**Con síntomas obsesivos-compulsivos:** Cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

Al codificar se debe incluir el nombre de la enfermedad médica, por ej., Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada.

*Trastorno de ansiedad inducido por sustancias :*

- (A) La ansiedad de carácter prominente, la crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- (B) A partir de la historia clínica, de las exploraciones físicas o de las pruebas de laboratorio, se demuestra que (1) o (2):
  - (1) Los síntomas del criterio (A) aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
  - (2) El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.
- (A) La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas preceden al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (por ej., alrededor de un mes) después del final del periodo agudo de intoxicación o abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (por ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).
- (B) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- (C) La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

**Con ansiedad generalizada:** Cuando predomina una ansiedad o preocupación excesiva centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

**Con crisis de angustia:** Cuando predominan las crisis de angustia (crisis de pánico).

**Con síntomas obsesivos-compulsivos:** si predominan las obsesiones o las compulsiones.

**Con síntomas fóbicos:** si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

**De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

**De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

*Trastorno de ansiedad no especificado :*

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplo los siguientes:

- 1.- Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos aunque no se cumpla con los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.
- 2.- Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (por ej., enfermedad de parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).
- 3.- Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debida enfermedad médica o inducido por sustancias.

## 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.

Agradecer especialmente a Elisabeth Wenk, Isabel M. Fontecilla, Patricio Larraín, Ramón Gonzalo Cardemil, José Miguel Cortés, Italo Garcia, Rodrigo Lafforet.

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.

## **ANEXO 4**

### **Fenómenos Hipnóticos.**

#### **Descripción resumida de los fenómenos hipnóticos**



A continuación se describirán según las definiciones de Erickson (Cooper y Erickson, 1950/1980; Erickson, 1944/1980; Erickson y Rossi, 1981) los fenómenos hipnóticos:

### ***Catalepsia***

Es un estado peculiar del tono muscular, paralelo a la *flexibilidad cérica* del paciente catatónico estupuroso. El sujeto mantiene su brazo en el aire, mantiene cualquier posición dada por el hipnotista y no muestra reacciones de fatiga. En concomitancia, hay una pérdida del reflejo de deglución, dilatación pupilar, pérdida de la movilidad facial y pérdida de toda la actividad psicomotora.

### ***Cambios sensoriales***

Consisten en alteraciones del comportamiento sensorial, de carácter positivo y negativo (*alucinaciones positivas y negativas*). También pueden ocurrir en forma espontánea la *analgesia* y la *anestesia*, y otros tipos de perturbaciones sensoriales.

### ***Amnesia y otras alteraciones de la memoria***

Constituyen otro tipo de fenómeno hipnótico, generalmente después de un trance "profundo", los sujetos tienen una amnesia más o menos completa de todos los eventos del trance (aunque su ocurrencia no es obligatoria). Esta amnesia puede ser controlada por el hipnotista, a través de sugerencias, o los sujetos por sí mismos deliberadamente pueden recobrar el material amnésico. En ambas instancias las memorias olvidadas pueden recobrase totalmente o en parte, de acuerdo a las necesidades del sujeto.

En contraposición con la amnesia hipnótica, está la capacidad de los sujetos para desarrollar *hipermnesia*, es decir, un incremento de la habilidad de la memoria y para recobrar recuerdos de experiencias pasadas largamente olvidadas y realmente inaccesibles en el estado de vigilia.

### ***Regresión de edad***

Esto significa que basado en algún grado en los mecanismos de la amnesia y la hipermnesia, el sujeto es capaz de desarrollar amnesia para un período definido de la vida y revivir y restablecer los recuerdos, patrones y hábitos de un período anterior de la vida. De este modo, a un sujeto de 25 años puede inducirse el

desarrollo de una amnesia profunda para todos los sucesos de su vida después de los 15 años y reasumir sus modos y hábitos reales y respuestas pertenecientes a su nivel de desarrollo de 15 años.

### ***Progresión de edad***

Es un fenómeno inverso a la regresión de edad, una orientación al futuro o "proyección del tiempo". De este modo se le permite al paciente lograr una visión imparcial, disociada, objetiva e incluso subjetiva de lo que él cree en ese momento que ha logrado, sin percatarse que aquellos logros son la expresión de fantasías de sus esperanzas y deseos.

### ***Disociación***

Este fenómeno consiste en que la hipnosis puede permitir dividir las experiencias del sujeto. Por ejemplo, uno puede separar los aspectos intelectuales de un problema y dejar sólo los aspectos emocionales al tratar con el problema (y viceversa).

### ***Respuestas ideodinámicas***

Este fenómeno consiste en que la representación de ideas en un nivel aparentemente intelectual, realmente evoca procesos psicodinámicos que alteran el estado psicológico del oyente. Se distinguen estas respuestas en tres niveles: ideomotor, ideosensorio e ideoafectivo.

### ***Distorsión de tiempo***

Fue descubierto por Cooper en 1948 y, según Rossi, fue el primer fenómeno hipnótico nuevo descubierto en alrededor de cien años.

Consiste en que el sentido temporal (un fenómeno subjetivo) puede ser alterado deliberadamente a través de sugerencias hipnóticas. Así, un intervalo de 10 segundos de reloj puede parecer como si fueran 10 minutos para el sujeto hipnotizado.

### ***Escritura automática***

Consiste en que el sujeto puede escribir automáticamente, sin estar consciente del hecho. Permite recobrar material amnésico o descubrir información necesaria

inaccesible de otro modo, o que la personalidad no posee la fortaleza para enfrentarla.

### ***Sonambulismo***

Es otra forma de conducta hipnótica, siempre significativa del estado de trance "profundo". En esta condición, los sujetos se comportan y responden como si estuvieran completamente alertas, e incluso pueden engañar a los observadores con su aparente vigilia. Según Erickson, es muy apropiado para las formas de psicoterapia profunda y puede ser inducida por hipnosis repetida en al menos el 70% de todos los sujetos.

### ***Sugestiones posthipnóticas***

Consiste en que al sujeto pueden dársele instrucciones en el trance que dirijan su conducta futura, pero solamente en un grado razonable y aceptable.

## **ANEXO 5**

### **Descripción de las Pautas Diagnósticas Experienciales Zeig-Yapko (Yapko, 1988; Pacheco 1999b)**



**1. Estilo cognitivo:** Estilo general de pensamiento de la persona.

1.1 Continuo Abstracto-Concreto: Capacidad individual de realizar abstracciones. La persona concreta tiende a pensar de acuerdo a la realidad verificable. El pensador abstracto responde a constructos hipotéticos y formulaciones teóricas. El lenguaje es un reflejo del estilo de pensamiento, y el grado de pensamiento concreto o abstracto puede ser evidente cuando se escucha atentamente las expresiones de sentimientos e ideas. Ejemplo de pensamiento concreto es el pensamiento "todo o nada". Para el pensador concreto la meta sería el fomento de alguna habilidad para pensar en forma abstracta y descubrir pautas y generalizaciones que puedan tomar el lugar de las experiencias desconectadas. Para el pensador abstracto, la meta sería desarrollar algunas definiciones claras y pragmáticas de las metas e ideas valoradas.

1.2 Continuo Global-Lineal: Evaluación de si el individuo tiende a responder con pensamientos y sentimientos en una forma que refleja una falta de organización y prioridad, esto se deduce de cómo el cliente presenta sus dificultades, ¿Son presentadas en una secuencia basada en una cronología, grado de dificultad, o algún otro sistema de ordenación?, ¿O los problemas son presentados de un modo desorganizado, un "disparo de escopeta"? La persona lineal puede mostrar una tendencia a estar tan orientado a los detalles que las experiencias son analizadas en exceso. Las personas demasiado globales, reaccionan tan globalmente que se ignoran los componentes individuales que podrían señalar una respuesta diferente y más efectiva.

**2. Estilo de Respuesta:** Pieza clave para la formulación de intervenciones terapéuticas.

2.1 Dirigido por otros-autodirigido: (También es descrito como "one-down" [uno-abajo] y "one-up" [uno-arriba] ) Se refiere a la posición que toma el individuo en las relaciones interpersonales complementarias: quien se coloca uno-arriba intenta dominar en la relación, quien está uno-abajo se comporta en forma condescendiente. Desde el punto de vista terapéutico, el individuo que se coloca uno-abajo está más dispuesto a seguir instrucciones de otro al que reconoce como un experto; en cambio, quien está uno-arriba no se comporta en forma

condescendiente e incluso puede resistirse a los movimientos del terapeuta que percibe como dominantes.

- 2.2 **Abierto-Defensivo**: Se refiere a la disposición del individuo a explorar el ambiente, tener experiencias nuevas y mostrarse en la relación (abierto); en cambio, quien aparece como "defensivo" se mostrará poco en la relación y estará reacio a probar experiencias nuevas.

**3. Estilo de Atención:** Grado de disposición a atender de un individuo.

- 3.1 **Focalizado-Difuso**: Los individuos focalizados son aquellos capaces de concentrar su atención, quedándose en ciertas ideas el tiempo suficiente para considerar su significado y sus implicaciones; sin embargo, las personas difusas tienen una dificultad para concentrarse, se distraen con facilidad, no respondiendo con un grado significativo de profundidad a las comunicaciones del terapeuta.

- 3.2 **Relevante-Irrelevante**: Esta dimensión se refiere a averiguar si el cliente tiende a responder a los aspectos más centrales de un problema o a los aspectos periféricos.

- 4. Estilo Perceptual:** Al traducir la realidad del Universo en experiencia subjetiva, cada persona debe necesariamente *amplificar o disminuir* aspectos de la experiencia para desarrollar y mantener un concepto o idea de realidad. La persona que aumenta tiende a "convertir los granos de arena en una montaña" y la que disminuye tiende a "convertir una montaña en granos de arena".

- 5. Sistema Representacional Primario(SRP):** Es la modalidad sensorial preferida o más usada del cliente, para la adquisición, organización, almacenamiento y recuperación de la información; este se hace evidente a partir de los predicados sensoriales del lenguaje espontáneo elegido por el cliente. El SRP está directamente relacionado con la representación interna de la experiencia y por tanto es significativa en la comprensión de la construcción de la experiencia del cliente.

Relacionado a este concepto tenemos el grado asociado de intensidad. Así, si la representación es clara, nítida y bien definida tendremos una alta reactividad implicada, por el contrario, una



representación interna difusa y pobremente definida, la reactividad está disminuida.

- 6. Consideraciones del Desarrollo:** Consideración de algunas dimensiones específicas de la historia del desarrollo del cliente, por ejemplo, ambiente en el que se crió, si era urbano o rural; la fase específica del desarrollo en el cual se encuentra; muchas personas enfrentan problemas psicológicos por encontrarse en una etapa del desarrollo no esperada para su edad, entonces en este criterio es importante saber cual sería la fase progresiva siguiente (esperada) que puede alcanzarse a través de la terapia. Es posible preguntarse qué habilidades le faltan a la persona o la inhiben; qué problemas necesita resolver antes de seguir adelante.
- 7. Posición en la familia:** Las pautas de socialización de la familia de origen continúan operando en el individuo a lo largo de toda su vida, los roles familiares, las reglas, el humor, las expectativas, las pautas de comunicación, las pautas para resolver conflictos, todo esto influye significativamente en la experiencia actual del cliente. Por ejemplo, los miembros que han sido negados emocionalmente o que han recibido respuestas inconsistentes, o que han sido víctimas de abuso físico o emocional, alimentan un sentimiento de desamparo y victimización a una temprana edad, que los lleva a deprimirse muchas veces.
- 8. Grado de Individuación:** Toda persona debe desarrollar un equilibrio entre vivir para otros y vivir para sí misma, debe adaptarse a las necesidades o exigencias de los otros, mientras se experimenta la presión para "ser uno mismo" y tomar decisiones de acuerdo a las necesidades personales. La individuación influye sobre la capacidad del individuo para funcionar en forma autónoma, sobre la responsabilidad que siente hacia otras personas y cuán responsable se siente de otras personas, sobre el rol de uno en cualquier sistema del que inevitablemente sea una parte. Este sentido de uno mismo determina la disposición personal para afirmar el control sobre las circunstancias. Todo esto quizá lleve a la persona a que se "pierda" en los otros o que esté muy alejado del resto.
- 9. Edad y características en la programación de valores:** El sistema de valores individuales, que se adquiere durante el proceso de socialización, es el más determinante de lo que uno es o no capaz de hacer. Es la internalización de pensamientos, sentimientos, juicios de valor, los que

sirven para definir los límites de la experiencia. Se ha afirmado que el 90% de los valores son integrados alrededor de los 10 años de edad y el 100% alrededor de los 20 años, es decir, que la edad de un individuo puede guiar al terapeuta a las experiencias programadoras de valores que probablemente haya tenido esa persona en su historia personal.

Los sistemas de creencias cambian a través del tiempo, e incluso esos valores asociados con esos cambios inevitables son integrados en la visión de mundo de la persona. Es posible describir los valores relativos al cambio en el continuo "rigidez-flexibilidad" y los valores asociados en el continuo "orientación hacia las tareas o hacia las personas". La persona orientada hacia las tareas necesita continuamente logros para reforzar la estimación de si mismo, mientras que la persona orientada a las personas necesita continuamente la aprobación de otros para obtener estimación de si mismo.

Por otra parte, la rigidez es una forma de autopreservación en la medida que uno protege lo que sabe y cree. Mientras más limitado sea el rango de experiencias y mientras más uno haya sido socializado para creer que hay "verdades" y "falsedades" absolutas, uno será necesariamente más rígido. La flexibilidad facilita aceptar que los otros hagan las cosas en forma diferente y aún estar en lo "correcto" en sus acciones. La aceptación que cada persona debe desarrollar su propia forma "correcta" de vivir y hacer las cosas, permite aumentar el grado de flexibilidad de una persona.

**10. Grado de dominio de la experiencia:** Se relaciona con la responsabilidad de la experiencia personal. Cómo uno interpreta los eventos de la propia vida tiene una profunda influencia en el sentido de control y responsabilidad que uno hace de las circunstancias. Algunos creen que todas las experiencias que tienen son producto de elecciones conscientes y/o inconscientes y son, por lo tanto, controlables. A estos individuos se les designa como *Dueños de su experiencia*, por cuanto mantienen la siguiente creencia: "eres responsable de todo lo que sucede en tu vida". Por otra parte, están los que adoptan la postura contraria, que supone que la experiencia está más allá del control de uno, limitándose a un rol reactivo en respuesta a cualquier cosa que ocurre, este polo se conoce como de *Víctima de la experiencia*.

En general, mientras más sean los contextos en los cuales uno pueda responder efectivamente, será más generalizado el sentido de dueño de la experiencia que tenga el individuo.



**11.Orientación temporal:** Cada persona se relaciona con el constructo del "tiempo" en una forma idiosincrásica. Algunas personas tienden a "vivir en el pasado" demostrando una preocupación por las experiencias pasadas a expensas de los acontecimientos actuales y futuros, a estas personas se les designa con la denominación *Orientación temporal hacia el pasado*. Por otra parte, existen aquellas personas *Orientadas temporalmente más en el presente*, que mantienen una gran disposición de respuesta a cualquier del momento, mostrando poca consideración hacia las circunstancias futuras o las tradiciones previas. También algunas personas están *orientadas temporalmente a futuro*, que sólo tienen en mente las metas y oportunidades futuras, deteniéndose poco o nada para disfrutar los logros actuales y pasados.

En general, para conservar el sentido de realidad es necesario alternar entre las distintas modalidades de orientación temporal.

**12.Orientación interna versus orientación externa:** Las personas con *orientación interna* son muy sensibles a sus propias experiencias internas, poseen un elevado nivel de percatarse de sus sentimientos, motivos y necesidades, con un percatarse menor de los eventos externos. Aquellas personas con *orientación externa* tienen un elevado percatarse de los otros, de cambios sutiles del ambiente y de los eventos externos en general; están constantemente preocupadas por las exigencias externas, esto es muy a menudo al precio de no percatarse o responder significativamente a la experiencia interna.

Relacionado con la orientación interna o externa está el grado de la reactividad a la experiencia interna o externa. La reactividad se relaciona con cuán consciente está el cliente de su experiencia, cuán dispuesto está a responder a su experiencia y cuánto expresa esas reacciones.

**13.Capacidades disociativas:** Se refiere al grado de la habilidad para fraccionar experiencias globales en sus partes componentes, es decir, disociación quiere decir la habilidad para separar los componentes de una experiencia. Otra forma de describir esta pauta es en términos de la habilidad para compartimentalizar la experiencia. Algunos individuos tienen una gran habilidad para experimentar un evento, el cual encuentra su propio nicho en la persona, aparentemente separado de otras experiencias. Otros no tienen esa habilidad tan desarrollada para disociar una experiencia de otra, y lo que experimentan en un contexto contamina otras cosas que experimentan.

**Anexo 6**  
**Técnicas Psicoterapéuticas en Terapia Estratégica Hipnótica**  
**y Estratégica Breve**

En este Anexo se describen las técnicas básicas de la Psicoterapia Ericksoniana, del enfoque del MRI y de la Terapia Orientada a Soluciones (BFTC). Estas técnicas son reunidas en este mismo Anexo, puesto que todas ellas derivan del mismo tronco común: las técnicas desarrolladas por Milton H. Erickson.

Erickson, reacio a la teoría y a la clasificación de sus procedimientos terapéuticos, nunca organizó ni sistematizó sus estrategias terapéuticas (prefería denominarlas "acercamientos", puesto que variaban de un paciente a otro según el estilo de respuesta de aquel). Tampoco sistematizó junto a Rossi estas técnicas, excepto el lenguaje hipnótico indirecto (Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Erickson y Rossi, 1979).

La sistematización más seria corresponde al trabajo del MRI (Fisch y otros, 1984; Watzlawick, 1980; Watzlawick et al., 1976), y posteriormente al trabajo de O'Hanlon (1989, 1990). Sin embargo, los integrantes del MRI y O'Hanlon se autodenominan terapeutas estratégicos (terapeutas de orientación breve [no psicoanalítica], según Cade y O'Hanlon, 1995), y por lo tanto su interés en las técnicas de Erickson está colocado en el trabajo no hipnótico (formal)<sup>1</sup>, en lo que Nardone y Watzlawick (1992) denominan "hipnoterapia sin trance".

Por otra parte, los diversos discípulos de Erickson han descrito porciones de las técnicas hipnóticas y no hipnóticas de acuerdo a sus intereses profesionales; por ejemplo, los esposos Lankton (Lankton y Lankton, 1983, 1986, 1989) se han especializado en las metáforas terapéuticas; Gilligan (1987) se ha especializado en las técnicas hipnóticas; Zeig, principal discípulo de Erickson y Presidente de la Milton H. Erickson Foundation, es un prolífico autor, que ha explorado procedimientos básicos del enfoque y técnicas, pero no ha escrito ningún libro integrador de estas técnicas, sin embargo construye integraciones en los Seminarios que dicta a lo largo del mundo. Se podría afirmar que Zeig es un genuino "ericksoniano", aplicando su pensamiento estratégico a cada caso en particular, y negándose como Erickson a realizar sistematizaciones más o menos definitivas de su trabajo.

Para el neófito en este enfoque, la terapia ericksoniana puede parecer insólita y sin líneas directrices (Hoffman, 1981/1987), o "la mezcla del genio loco y de los poderes embrujadores de la hipnosis" (Wittezaele y García, 1994). Sin embargo la lectura sistemática de la obra de Erickson y de sus seguidores puede permitir sistematizarla en una forma no rígida.

---

<sup>1</sup> Se entiende por trabajo hipnótico no formal, a aquellas intervenciones en las cuales es posible discernir la presencia de la microdinámica de la inducción de trance y la sugestión terapéutica (Erickson, Rossi y Rossi, 1976), sin que se haya usado un ritual formal para la inducción de trance.



La clasificación de las técnicas ericksonianas que sigue a continuación, es un intento ambicioso por sistematizar la amplia variedad de técnicas hipnóticas y no hipnóticas de la "jungla ericksoniana" (Zeig, 1999), y se ha inspirado en parte en las sistematizaciones del MRI (Fisch y otros, 1984) y Cade y O'Hanlon (1995)<sup>2</sup>.

Algunas de las técnicas aparecerán en una o más categorías, por cuanto poseen más de un uso estratégico terapéutico, y porque la terapia estratégica es un proceso no lineal dirigido a metas. Asimismo, faltan aquí técnicas desarrolladas por Erickson para trabajar en el contexto hipnótico, especialmente las referidas al uso del lenguaje indirecto.

#### **A) Relación terapéutica.**

En la terapia ericksoniana y en las terapias estratégicas, puesto que el terapeuta busca influenciar la experiencia del paciente, es necesario el desarrollo de un vínculo terapéutico estrecho, de confianza y de cooperación, con el objetivo que el sistema-consultante esté más dispuesto a seguir las directivas terapéuticas.

##### A1) Principio de utilización:

Se refiere a que el terapeuta hará uso de todo lo que el paciente lleva a la consulta, lo cual aumenta la disposición a cooperar de aquel. (Revisar en Marco Teórico, "Antecedentes teóricos de hipnoterapia y psicoterapia ericksoniana").

##### A2) Biorraport: (Erickson, 1959/1980; Grinder y Bandler, 1994)

El terapeuta desarrolla un acompañamiento no verbal de los movimientos, gestos, ritmos respiratorios, parpadeos del paciente; a modo de establecer un contacto cercano con él, de modo que este perciba aceptación, comprensión y sienta el espacio terapéutico como un lugar de alianza para el éxito; además esta técnica facilita al terapeuta desarrollar un adecuado nivel de conocimiento de su paciente.

---

<sup>2</sup> La presente sistematización pertenece a los autores de esta investigación, conjuntamente con el profesional colaborador, Ps. Mario Pacheco; y cualquier error conceptual u omisión es de exclusiva responsabilidad de éstos.



## **B) Técnicas para desarrollar expectativas de cambio y motivación terapéutica**

B1) Preparación o pre-inducción: (Erickson y Rossi, 1979; Zeig, 1985; 1992/1999, 1993)

Esta estrategia se relaciona con la "siembra" (cuyo equivalente en Psicología Social es conocido como "preparación"). Se refiere a la preparación por anticipado del terreno terapéutico para la extracción u obtención de respuestas que utilizarán posteriormente. Por ejemplo, cuando se realizará trance hipnótico formal, el terapeuta conversa respecto a la ocurrencia de fenómenos de la vida cotidiana en la cual la atención está focalizada internamente; o se referirá a fenómenos inconscientes (involuntarios) usuales en la vida común del sujeto.

En general, el terapeuta se referirá por anticipado, usando un lenguaje coloquial, a aquellos fenómenos o respuestas que utilizará posteriormente.

B2) Preguntas constructivas sistémicas: (BFTC)

Son parte del proceso de entrevista; se centran en una mirada interaccional de las dificultades de los pacientes, facilitando que éstos puedan encontrar elementos que le faciliten evaluar qué deben hacer concretamente para resolver sus problemas y cómo podrán darse cuenta que lo están haciendo. Este tipo de preguntas permiten estructurar claramente las metas del tratamiento. Por ejemplo, ¿Cómo se dará cuenta su marido que usted se está comunicando más con él? ¿Cómo sabrá su hijo que está haciendo mejor las cosas? ¿Qué debería hacer su pareja para que usted sienta que se preocupa por usted? En general, estas preguntas establecen indicadores conductuales que permiten que el paciente y sus familiares puedan evaluar el avance del tratamiento.

B3) Preguntas acerca del futuro sin el problema: (BFTC)

Permiten que el paciente se proyecte al futuro y logre desarrollar una situación de vida donde el problema ya no esté. Esto facilita que el paciente aprecie el problema como algo transitorio, soluble, y que está dentro de sus posibilidades resolver. Por ejemplo, se le dice al paciente que piense que durante la noche va a ocurrir un milagro en su vida y que sus problemas se resolverán, y que describa cómo será su vida a partir de la mañana siguiente de ocurrido el milagro. El psicólogo toma nota de todo aquello que es relevante para el paciente, y luego usa este material para ir estructurando las distintas etapas del tratamiento.

**C) Preguntas para la obtención de información, para definir el problema y la secuencia (pauta) del mismo**

Cade y O'Hanlon (1995, p. 76-81) sugieren una serie de preguntas para obtener una definición clara del problema y las secuencias del mismo.

En esta clasificación parece pertinente dividir estas preguntas en aquellas dirigidas a distinguir las pautas del problema (MRI) y aquellas dirigidas a distinguir las pautas de las soluciones (BFTC).

C1) Pauta del problema (MRI):

*¿Cuándo se produce el problema?*

Aquí se buscan regularidades en la reiteración del problema en el tiempo:

- ❖ ¿Hay momentos en los que el problema aparece habitualmente o siempre, o en los que no aparece nunca?
- ❖ ¿Hay algún momento específico del día, de la semana, el mes o el año en el cual el problema surge con más o menos frecuencia?

*¿Dónde aparece el problema?*

- ❖ ¿Hay algún lugar donde el problema siempre se produce, o es más probable que se produzca?
- ❖ ¿Hay algún lugar donde el problema no surge nunca?

*¿Cuáles son las acciones del problema?*

- ❖ Si hubiera una grabación en vídeo del problema en acción, ¿qué veríamos?
- ❖ ¿Qué posturas y gestos específicos, qué frecuencias de acciones, interacciones, diálogos, etc., podríamos ver y oír en esa presentación activa del problema?

*¿Con quién se produce?*

- ❖ ¿Quién es más probable que esté rondando por ahí cuando aparece el problema?
- ❖ ¿Qué hacen y dicen esas otras personas antes, durante y después que aparece la conducta-problema?
- ❖ ¿Qué dicen esos otros significativos sobre el individuo que tiene el problema, o sobre el problema en si mismo?

*¿Cuáles son las excepciones a la regla del problema?*

Puesto que es poco probable que un problema ocurra *siempre*, se indaga por aquellos eventos que interrumpen el problema.

*¿Qué es lo que el cliente o los clientes hacen de modo distinto, o qué actividades quedan excluidas a causa del problema?*

- ❖ ¿De qué modo el problema obstaculiza lo que las personas harían habitualmente o les gustaría hacer?

*¿Qué es lo que el cliente muestra en la sesión que está relacionado con el problema?*

Este punto se refiere a que el cliente puede mostrar sólo alguna parte del problema o el problema se despliega completo en la sesión (aunque el/los clientes no se percaten).

*¿Cuáles son las explicaciones y marcos (encuadres) del cliente respecto al problema?*

Las explicaciones y marcos de referencia que poseen los clientes pueden ser información útil o forman parte del problema.

- ❖ ¿Qué es lo que el cliente cree que ocasionó o causa el problema?
- ❖ ¿Cuáles son, si existen, las dificultades más profundas a las que el cliente atribuye el problema?
- ❖ ¿Qué indica el problema sobre su identidad o sus previsiones del futuro?
- ❖ ¿Qué metáforas, analogías o imágenes emplea el cliente cuando habla del problema.
- ❖ ¿Cuáles son o han sido las explicaciones de los otros significativos (familiares u otros profesionales involucrados) que pueden haber orientado sus actitudes respecto del cliente y el modo de tratarlo, afectando también al modo en que el cliente pensaba el problema?

*¿Cuáles son las soluciones intentadas por el cliente o los otros significativos, acerca del problema?*

- ❖ ¿Qué han estado haciendo el cliente y los otros significativos (incluso los terapeutas) para tratar de resolver el problema?

*¿Cómo podremos saber que hemos tenido éxito?*

Es necesario conocer las imágenes e ideas que el cliente tiene acerca de cómo sabrá que el problema está resuelto.

Algunos ejemplos de estas preguntas pueden ser los siguientes:



- ❖ ¿Qué sucederá en los otros ámbitos de su vida cuando el problema ya no esté presente?
- ❖ "Este parecería un buen lugar para empezar, pero me gustaría saber adónde voy, de modo que puedo escuchar más para encontrar lo que será útil. Si es posible, dígame qué es lo que espera que suceda en su vida cuando hayamos tenido éxito. ¿Qué hará después de la terapia? ¿Cómo se darán cuenta los otros que ha cambiado? ¿Cómo lo sabrá usted?"

## C2) Pauta de la solución: (BFTC)

### C2.1) Búsqueda de excepciones:

Esta técnica busca establecer aquellas situaciones en que la queja no ocurre, es decir, definir concretamente las secuencias conductuales que impiden que la queja se presente, además qué hacen el cliente y los otros significativos involucrados en la situación de queja para que esta excepción suceda. Desde un punto de vista ericksoniano, esta técnica posibilita el acceso a los recursos no advertidos por el paciente.

Además se basa en la idea de que toda regla tiene su excepción, o que nada ocurre siempre. Centrar la conversación en este aspecto permite que tanto el terapeuta como el cliente tengan acceso a lo que el cliente hace que funciona o es efectivo. En términos batesonianos, las excepciones entregan al cliente la "noticia de la diferencia" entre lo que funciona y lo que no funciona, la diferencia que hace la diferencia. Esto facilita la creación de la expectativa que es posible que el futuro no incluya a la queja, puesto que en el pasado la queja no ha estado "siempre" presente. Así el cliente puede estar motivado a querer que ocurra más de lo que pasa cuando la queja no ocurre, lo que va en directa relación con abrir el camino hacia la solución. El terapeuta registra minuciosamente todas aquellas excepciones encontradas para luego utilizarlas en el proceso de terapia.

### C2.2) "Pregunta milagro":

Suele preguntársele al cliente qué haría de una manera distinta si el problema estuviera resuelto. Un ejemplo de este tipo de intervenciones es la denominada "*pregunta milagro*": "Supongamos que una noche, mientras duermes, se produce un milagro y tu problema se resuelve. ¿Cómo se daría cuenta?, ¿qué sería diferente?, ¿cómo lo sabría su esposo sin que usted le dijera ninguna palabra sobre el asunto?" (de Shazer, 1992, p. 29)

En el modelo de la terapia orientada a las soluciones, este tipo de pregunta se usa cuando el paciente no puede describir excepciones. Esta técnica fue adaptada por de Shazer y su equipo de la técnica de la "pseudo-orientación en el tiempo" de Erickson.

Esta técnica "obliga" al paciente a pensar y sentir como si el problema ya estuviera resuelto, lo que implica que a través del lenguaje estará construyéndose una nueva realidad que hasta el momento no estaba en su experiencia.

Cuando se aplica bien esta pregunta y se coloca el énfasis en la descripción de comportamientos concretos y específicos, se ayuda a los clientes a fijar objetivos

y describir cómo se darán cuenta cuando el problema esté resuelto (de Shazer, 1992).

A diferencia de otros enfoques terapéuticos que están enfocados hacia la realidad deficitaria del paciente, esta estrategia busca la construcción de una "realidad como si" que a través de las tareas terapéuticas se convertirá en la "realidad concreta" del paciente.

**D) Siembra terapéutica: Técnica que facilita la efectividad terapéutica de las otras técnicas**

Según Zeig (1993) esta técnica muy común en el trabajo de Erickson, consiste en "la activación de un blanco deliberado mediante la presentación previa de una insinuación. Preparando la posterior conducta de respuesta se alude a una meta con bastante anticipación." (p. 260)

Sherman (1988, citado en Zeig, 1993, p. 263) ha descrito el concepto de *preparación*, equivalente al de "siembra" en la psicología experimental. Este psicólogo social indicó que la preparación consiste en "la activación o cambio en el acceso a un concepto, al presentarlo con anterioridad o presentar un concepto estrechamente relacionado. [...] El alcance de la preparación es marcadamente extenso y general. La siembra de conceptos e ideas puede alterar lo que los sujetos pensarán más tarde, cómo interpretarán los eventos y cómo actuarán.")

Esta técnica puede ser mejor comprendida a través de un ejemplo de Zeig (1993):

[...] en mi trabajo con un hombre mórbidamente obeso que estaba perdiendo peso lentamente en respuesta a los métodos hipnóticos. Durante una sesión particular describió excitadamente que saldría con una mujer que le interesaba. Llamémosla Violeta. Evidentemente, Violeta sería otra buena razón para que este hombre perdiera peso. Recordando la predilección de Erickson por la utilización, discurrí una intervención y decidí sembrarla. Presenté la intervención en seis pasos distinguibles, usando el drama para ello. El primer paso implicó la siembra.

1. Atraje al hombre a una discusión respecto al nombre de las cosas. Conversamos acerca de cómo las persona colocan nombres a sus coches o a sus embarcaciones. Discutí cómo incluso le colocan nombres a las herramientas (*sic*), tales como las armas de fuego.



2. Rápidamente lo distraje y discutí el concepto de la disociación, el cual no le era familiar. Discutimos cómo la disociación es común cuando conducimos un automóvil. Uno en realidad no piensa acerca de la dirección de los movimientos de las ruedas, la cantidad de presión que se aplica a los frenos, etc. Esas acciones "sólo suceden".
3. Nuevamente lo distraje –esta vez lo llevé a una discusión de cómo son alimentados los bebés y cómo les debería parecer mágico que la comida "sólo aparezca" en su boca.
4. Discutí el caso de una pareja en terapia. Expliqué que una de las dificultades con la esposa era que se sentía desvalorizada y no apreciada. Una faceta de la terapia fue permitirle darse cuenta que su esposo tenía solamente una habilidad "rudimentaria" para apreciar las cosas. Por ejemplo, los Sábados en la mañana el esposo a menudo tocaba la flauta. Cuando ella lo veía tocando, podía reconocer cuánto apreciaba él la música y el aprecio con el cual tomaba el implemento (*sic*) que usaba para crear música.
5. Rápidamente volví a una discusión previa y le pregunté si podía proponer un nombre para sus manos. La pregunta le sorprendió y fracasó en la tarea. Entonces le pregunté qué nombre desearía yo que él usara para sus manos. Le deleitó que pudiera llamar a su mano "Violeta".
6. Tomé el lápiz y marqué la letra "V" sobre su mano derecha. Mostré con mis dedos la forma de una V, y le expliqué que una mano disociada Violeta estaba sosteniendo las "herramientas" e "implementos" con los que estaba comiendo. (Yo también quería asociarlo con la idea que su mano podía ser usada para la victoria en lugar de servir para la victimización, de aquí la "V" para el signo de la victoria.) (p. 275-276)

## **E) Procedimientos para la debilitación de los esquemas conscientes**

### **E1) Inducción y mantención de trance hipnótico:**

La inducción de trance hipnótico implica, necesariamente, que los esquemas conscientes habituales se debiliten. Este fenómeno permite explicar el hecho que durante el trance hipnótico la persona experimente distintos fenómenos y conductas en forma involuntaria, y que a la vez esté más dispuesta a otorgar características de

"realidad" a las experiencias sugeridas por el terapeuta ("lógica del trance" [Gilligan, 1988]).

E1) Shock psicológico:

Esta técnica consiste en llevar al paciente en una dirección de pensamiento, e introducir de pronto una idea (generalmente una palabra "chocante" para el paciente) que "descarrila" la pauta de pensamiento (y emociones) iniciada antes por el terapeuta. Erickson, Rossi y Rossi (1976) han teorizado que ese "descarrilamiento" suspende momentáneamente el curso del pensamiento (esquemas conscientes usuales) estando el paciente más receptivo a cualquier idea (terapéutica) que le permita reorientar su curso de pensamiento.

Para un ejemplo didáctico del uso de esta técnica, se sugiere revisar Haley, 1980, p. 149-151.

## E2) Sorpresa:

La sorpresa es utilizada para sacar al paciente de sus pautas de asociación habituales (Erickson, Rossi y Rossi, 1976). Generalmente se la utiliza para ratificar en una forma memorable las experiencias terapéuticas en el trance hipnótico. Por ejemplo, en un trabajo de trance podría usarse la sorpresa en la siguiente forma:

E: ¿O le gustaría tener una sorpresa?

¿Ahora o después?

Dentro de poco levantaré su mano en el aire. Lo que suceda después es algo que la sorprenderá.

Estará casi consciente de todas las cosas que puede hacer, pero la experiencia más sorprendente que puede tener es descubrir que no puede ponerse de pie, a... h.... o... r... a."

[Rossi comenta]

R: La primera parte de discurso es una verdad obvia [*truism*]: la sujeto sabe lo que ella sabe hacer. La sorpresa respecto a no ser capaz de ponerse de pie provoca un choque [experencial] que tiende a debilitar los esquemas mentales usuales de ella y facilita la inmovilidad de la parte baja del cuerpo. [...] El énfasis en la lentitud de la expresión de la palabra "a...h...o...r...a", evoca una respuesta de curiosidad de parte de la sujeto, quien se dice, "¿Qué quiere decir? ¿Está sucediendo algo? ¿Qué está sucediendo?" Esas preguntas permiten una apertura y tiempo para que se desarrollen los procesos autónomos de inmovilidad. El sujeto típico comienza a mover la parte superior del cuerpo para probar la sugestión, pero deja a la parte inferior inmóvil. Con frecuencia el terapeuta puede dar al sujeto una palmada en el muslo, de modo que ella pueda experimentar la sorpresa adicional de una analgesia caudal.

(Erickson, Rossi y Rossi, 1976, p. 142-143)

## F) **Intervención en el encuadre**

A diferencia de las epistemologías tradicionales, que consideran que la percepción refleja una realidad que existe independientemente del observador (Simon, Stierlin y Wynne, 1988), el constructivismo radical sostiene que lo que conocemos como realidad no es más que una construcción.

Glasserfeld (citado en Simon, Stierlin y Wynne, 1988) postula que un organismo no es nunca capaz de reconocer o copiar la realidad, y sólo puede construir un "modelo" que se ajuste a ella.



En el lenguaje de Maturana (1997),  
"el observador está necesariamente siempre en correspondencia estructural en sus dominios de existencia. Debido a esto, el observador constitutivamente no puede hacer distinciones fuera del dominio de coherencias operacionales de su praxis del vivir. Como resultado, el observador necesariamente se encuentra a sí mismo en la praxis del vivir haciendo distinciones que no están operacionalmente fuera de lugar, porque pertenecen a las coherencias operacionales de su realización como sistema viviente constitutivamente en congruencia estructural con el medio." (p. 76)

Y la "realidad" para Maturana (1997),  
"no es una experiencia, es un argumento en una explicación. En otras palabras, la realidad surge como una proposición explicativa de nuestra experiencia de las coherencias operacionales en nuestra vida diaria y técnica, como la vivimos en nuestra vida técnica y diaria. [...] Así, si el observador sigue el camino explicativo de la objetividad sin paréntesis, él o ella acepta a priori una realidad objetiva independiente como un recurso de validación de sus explicaciones de la praxis del vivir en términos de entidades que finalmente no dependen de lo que él o ella hace.

En el camino de la objetividad sin paréntesis, el observador ve la realidad como algo que es, no como una proposición explicativa. Si, por el contrario, el observador sigue el camino explicativo de la objetividad en paréntesis, él o ella acepta que la realidad es lo que él o ella hace al validar sus explicaciones de la praxis del vivir, y que al hacer esto él o ella trae a la mano varios dominios diferentes de realidad como varios dominios diferentes de entidades que están constituidos en su explicar." (p. 40-41)

En los enfoques estratégicos, una de sus técnicas centrales es posibilitar que el paciente se represente en una forma más saludable la "realidad" que le ocasiona sufrimiento, de modo que esto dé lugar a comportamientos distintos en las situaciones que antes se definían como problemáticas.

F1) Reencuadre:

Consiste en una estrategia terapéutica que produce una alteración en el modelo interno de mundo que tiene el paciente o la familia. Este modelo o "encuadre" dirige la conducta, los sentimientos y el pensamiento. En este sentido es comparable a la reglas de un juego que permite reunir información

y crear configuraciones de un significado a partir de los sucesos fenomenales. Cuando el reencuadre es eficaz, es previsible un cambio de conducta. (Simon, Stierlin y Wynne, 1988, p. 304)

[...] reestructurar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los "hechos" correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos. [...] Lo que cambió a resultas de la reestructuración es el sentido atribuido a la situación, y no los hechos concretos correspondientes a esta. O bien, como lo expresó ya el filósofo Epicteto en el siglo I de nuestra era: "No son las cosas mismas las que nos inquietan, sino las opiniones que tenemos acerca de ellas."

(Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976, p. 120)

La puesta en práctica de esta técnica implica que el terapeuta en la conversación comparta los puntos de vista del cliente, lo cual genera en el paciente una disposición a seguir al terapeuta (*yes set*, o dirección de aceptación [Erickson y Rossi, 1979]), quien de pronto introduce un punto de vista alternativo aceptable que el paciente no ha tenido antes.

Watzlawick, Weakland y Fisch (1976, p. 128) indican que para que un reencuadre tenga éxito, "deberá extraer el problema de su definición de 'síntomas', transfiriéndola a otra que no implique la imposibilidad de modificación. Desde luego, no ha de tratarse de otra definición cualquiera, sino que una que vaya de acuerdo con el modo de pensar y de considerar la realidad por parte del sujeto."

En el siguiente ejemplo resumido, se observa la puesta en práctica de esta estrategia:

Un estudiante de Erickson se casó con una muchacha muy bonita, y aunque había tenido amplias experiencias sexuales con prostitutas, fue incapaz de tener una erección en la noche de bodas y posteriormente (dos semanas). Acudieron donde Erickson a pedirle ayuda, antes de divorciarse.

La esposa se había negado a acudir donde Erickson, y éste le dijo al esposo que hiciera que sus amigos y amigas la convencieran de asistir a una sesión. Cuando la esposa aceptó asistir a la consulta, Erickson la atendió a solas, e hizo que el esposo esperara afuera.

**Intervención:** Al entrevistar a la esposa, la dejó relatarle toda su frustrante historia: se encontraba atractiva, y sin embargo, hallándose



totalmente desnuda, él había sido incapaz de hacerle el amor. Erickson le definió la noche de bodas como un evento muy importante en la vida de una muchacha, puesto que se transforma en mujer<sup>8</sup>; y es una situación apabullante, arrolladora. Le preguntó si había reflexionado sobre el *elogio* (**reencuadre**, cambia el marco de "incompetencia" a "elogio") que le había hecho su esposo. La pregunta de Erickson la dejó perpleja, y Erickson remarcó: "Evidentemente, pensó que su cuerpo era tan hermoso que se sintió apabullado, completamente tan apabullado por él. Y usted interpretó mal su actitud creyéndolo incompetente. Claro que lo *era*, puesto que comprendía cuán poco capaz había sido de apreciar de veras la belleza de su cuerpo. Vaya al consultorio del lado y medite sobre esto."

Hizo entrar al esposo, lo dejó relatar su triste historia, y le dijo lo mismo que a la esposa; le señaló el enorme elogio que le había dado a su mujer, y agregó que aunque era culpable de muchas aventuras anteriores, su incapacidad actual le demostraba que había hallado realmente a la muchacha única, irresistible. [Aunque el reencuadre es en esencia el mismo, lo individualizó para cada cónyuge.]

Después de esa sesión pudieron hacer el amor sin problemas.

(Resumido de Haley, 1980, p. 142-143)<sup>3</sup>

#### F2) Connotación positiva:

Cade y O'Hanlon (1995), indican que el reencuadre, casi de modo inevitable, asigna una connotación positiva a conductas normalmente vistas como más negativas en el seno de creencias del consultante (individuo o familia).

Según Grunabaum y Chasin (1978) aunque que con el reencuadre es probable que ocurra un re-etiquetamiento del problema, el proceso debiera denominarse reencuadre, porque el cambio de marco es el evento primario y el cambio de etiqueta es una consecuencia secundaria.

La estrategia de la connotación positiva tiene como objetivo "la modificación del sistema de valores de la familia y, por consiguiente, su modelo del mundo. Cuando el significado y la evaluación de una conducta cambian, los miembros de la familia deben reaccionar necesariamente de un modo diferente con respecto a esa conducta; [de modo que] los ciclos

---

<sup>8</sup> Recuérdese que los casos descritos por Haley transcurren, en general, antes de los años 1960.

<sup>3</sup> Pacheco (2000) (Texto en preparación).



de interacción autoperpetuadores pueden así dejar de existir." (Simon, Stierlin y Wynne, 1988, p. 85)

Un ejemplo de la aplicación de esta estrategia es el siguiente:

Una viuda que había criado a dos hijas, ambas ya casadas, tenía problemas con un hijo que se mezclaba con "mala gente" e inhalaba solventes. Parecía que la madre estaba preocupada en exceso por el chico y le daba pocas oportunidades de madurar e independizarse. Al final de la primera sesión, se formuló la opinión siguiente, en presencia de ambos, pero dirigida primordialmente a la madre:

"Usted ha sido, obviamente, una buena madre para sus hijas, pero, sin el respaldo de un esposo, le ha resultado difícil comprender a su hijo. Esto debe haberla preocupado mucho. James tiene ahora 15 años. Hay un momento de la adolescencia en que, de pronto, todo jovencito abandona muchos de sus rasgos infantiles y empieza a actuar más como un adulto. En algunos, este proceso se produce más tarde que en otros. Pero por lo común ocurre más o menos a esa edad.

Estoy seguro que usted le importa a James, y que a James le preocupa lo que ocurrirá cuando él finalmente se vaya de la casa, pero no sabe cómo hacer que usted se sienta menos aislada. A él esto le resultará fácil cuando empiece a dejar atrás la infancia y avance hacia la virilidad. Los chicos que inhalan solventes suelen estar nerviosos por el paso a la virilidad y temen iniciar actividades más serias y maduras, como estudiar o cortejar chicas.

Estoy convencido que usted no es el tipo de madre que quiere que su hijo siga siendo un bebé prendido a su falda. Usted no tiene idea de cuántas madres sin pareja tratan de convertir a sus hijos en esposos sustitutos.

Sugiero que durante las dos semanas que vienen observe atentamente a James para ver cuánto queda aun de niñez, pero también esté preparada para reconocer los primeros signos, por leves que sean, de la madurez que se avecina. Me parece importante insistir en que James no haga trampa, tratando de actuar como un hombre antes de estar maduro para ello, aunque, como he dicho, con la mayoría de los chicos esto comienza a suceder más o menos a su edad. Cuando se convierta en hombre, es importante que sea un hombre *verdadero*, y no el tipo de chicos que se hacen los rudos o se vuelven delincuentes para encubrir su miedo."

Mientras el terapeuta hablaba, el niño tenía una expresión de concentración profunda, en agudo contraste con su anterior tendencia a la

mueca burlona y a no prestar atención. En adelante, su conducta comenzó a mejorar. La madre lo veía de otro modo, y se volvió menos exigente y opresiva. Dos sesiones más tarde vino sola, sin dar ninguna explicación. Aprovechó para hablar de sus propios problemas de soledad e inseguridad.

(Cade yO'Hanlon, 1995, p. 133-135)

## **G) Alteración de la pauta del problema con hipnosis formal**

### G1) Alteración de los componentes del complejo-síntoma a través de la redefinición hipnótica:

Los autores ericksonianos que más han publicado respecto a esta estrategia terapéutica son Zeig y Gilligan. El trabajo de esos autores está basado en las siguientes tesis:

1. Puede ser considerado como un principio en hipnoterapia el hecho que el mecanismo por medio del cual se mantiene un síntoma, puede ser un mecanismo de solución que puede ser usado en la inducción hipnótica. (Zeig, 1987, 1988)
2. Los síntomas son versiones naturalistas de los fenómenos hipnóticos clásicos. La experiencia fenomenológica de los síntomas es similar a la experiencia de los fenómenos del trance hipnótico. La forma de la experiencia es la misma, pero el contexto difiere radicalmente. (Gilligan, 1987)
3. Esta perspectiva "permite al terapeuta aceptar los síntomas como expresiones hipnóticas legítimas que ya están siendo practicadas por el cliente, y trabajar para transformarlos en las soluciones del problema." (Gilligan, 1988, p. 327)
4. El terapeuta puede generar contextos de relación interpersonal e intrapersonal, donde los mismos procesos sintomáticos sean validados, definidos, como expresiones autónomas legítimas del inconsciente, y ser utilizados como la base para la solución de problemas y la integración del si mismo. (Gilligan, 1987)
5. Cuando durante la terapia se identifican los fenómenos de trance que son subyacentes a la sintomatología, la terapia toma la forma de una experiencia complementaria. Por ejemplo, si la disociación está presente formando parte del problema, la asociación será una parte principal de la solución. (Yapko, 1990)

En general esta técnica consiste en que el terapeuta construye una inducción no ritual de trance hipnótico, en la cual pueden utilizarse las palabras simbólicas con



las cuales el paciente ha descrito su síntoma, o la pauta misma del síntoma. En el proceso de inducción se pueden asociar nuevos significados a las palabras simbólicas o síntomas, y pueden crearse sensaciones útiles al usar los síntomas del paciente.

Desde un punto de vista teórico esta técnica funciona porque crea nuevas *claves asociativas* en la experiencia del paciente, de modo que las palabras simbólicas del paciente evocarán nuevos significados, o las pautas del síntoma evocarán nuevas sensaciones corporales.

El siguiente ejemplo tomado de Zeig (1988, p. 365-366) ejemplifica esta técnica:

En la entrevista inicial, un hombre de mediana edad, depresivo, explicó que su síntoma era experimentado como un "peso" en su pecho. Cuando se lo interrogó [con más detalle], explicó que para deprimirse debía engancharse en autocríticas por no hacer un trabajo lo suficientemente bueno y después "aislarse." En forma rutinaria se sentía "inadecuado" y de "poca importancia". Dijo que estaba sujeto a su propia autocrítica "inflexible".

En la tercera sesión fue creada una inducción hipnótica usando las mismas palabras que él había presentado: es decir, *aislado, inadecuado* [inadequate], *poca importancia e inflexible*.

El punto de partida para la inducción fue un aspecto del síntoma del paciente –el peso que sentía en su pecho. Se indujo hipnosis haciendo que el paciente creara gradualmente una agradable sensación de *pesadez* en sus manos. Eventualmente, la pesadez desarrollada fue desplazada al pecho del paciente. Se le señaló que su mente inconsciente podía encontrar ciertos aspectos *sin importancia* de las sensaciones de peso. Gradualmente, en formas adecuadas [*in adequate ways*], la pesadez podía transformarse en una comodidad *inflexible*. Todo esto sucedería si su mente inconsciente continuaba *aislando* la sensación de pesadez en su pecho.

Estos temas fueron desarrollados en muchas formas diferentes para crear la inducción completa. La queja del peso del paciente fue inducida como "pesadez". Sin embargo, la pesadez inducida tenía una valencia distinta a la depresión; tenía el aura de la comodidad hipnótica. La pesadez fue una *experiencia* involuntaria alterada en intensidad respecto al estado de consciencia normal; fue una respuesta *involuntaria* a los mandatos [*injunctions*<sup>4</sup>] de la inducción. La hipnosis sería definida por el paciente [como

---

<sup>4</sup> El sustantivo *injunction* equivale al vocablo "mandato" en castellano; sin embargo en el contexto hipnótico se refiere a los significados múltiples de las palabras; y que en inglés se facilita respecto al castellano.

hipnosis] debido a la existencia percibida de pesadez. Previamente, "peso" era solamente un problema.

Además, a las palabras simbólicas del paciente se le dio un nuevo significado: "aislado", "inadecuado", "sin importancia", "inflexible", fueron presentadas bajo una luz favorable. Los pacientes tienen significados rígidos e idiosincrásicos para palabras y conceptos especiales, que realmente limitan sus elecciones. Al usar esas palabras especiales y evocar nuevos significados, puede promoverse un uso de opciones más flexibles.

## G2) Uso de fenómenos hipnóticos:

Los fenómenos hipnóticos (clásicos) son procesos experienciales descritos por los padres de la hipnosis (Braid, Bernheim) como un producto de las sugerencias terapéuticas. Erickson discrepaba con ese punto de vista y concebía a los fenómenos hipnóticos como procesos psicológicos naturales de la vida cotidiana, y que podían ser evocados y amplificadas en la experiencia de trance hipnótico.

Basados en esta postura de Erickson, los psicoterapeutas ericksonianos (entre los cuales se destacan Gilligan, Yapko y Zeig) han descrito el concepto de "trance sintomático"; es decir, en la pauta de los síntomas del paciente pueden encontrarse similitudes con los fenómenos hipnóticos clásicos.

Un principio de tratamiento en el enfoque del trance sintomático, es utilizar un fenómeno hipnótico naturalista complementario al experimentado en forma disfuncional por el paciente, para ampliar su rango de experiencias.

Por ejemplo, si un paciente tiene dificultades para rendir exámenes orales porque presta mucha atención a los síntomas corporales de ansiedad, y está pendiente de las miradas de otros, puede utilizarse el fenómeno hipnótico de la "disociación" para separarlo de sus síntomas corporales y de los otros observadores. Desde un punto de vista técnico podría procederse en la siguiente forma:

- a) Inducción de trance hipnótico: inducción conversacional, o algún procedimiento estándar (como fijación de ojos o levitación de mano) individualizado.
- b) Profundización de trance hipnótico y ratificación de trance hipnótico, connotando las sensaciones agradables de la relajación hipnótica. Podría colocarse énfasis en aquellas partes del cuerpo en donde el paciente usualmente experimenta la ansiedad.
- c) Sugerencias hipnóticas que evocan disociación para que el paciente abra sus ojos y continúe en trance hipnótico.

Por ejemplo, "doble coacción doble disociación": "Puede despertar como una persona sin necesidad de despertar como un cuerpo (pausa) puede



despertar cuando su cuerpo se despierte, pero sin un reconocimiento de su cuerpo" (Erickson, Rossi y Rossi, 1976, p. 69)

El psicoterapeuta también podría sugerir: "Puede despertar del cuello hacia arriba, mientras su cuerpo permanece en profundo trance hipnótico."

- d) Una vez que el paciente abre sus ojos, lo más probable es que su cuerpo esté cataléptico (inmóvil), y el psicoterapeuta ratificará este hecho. Puede pedírsele que responda a algunas preguntas. ¡El paciente estará hablando sólo como una "mente" sin un cuerpo!
- e) Posteriormente el psicoterapeuta podrá relatar algunas historias terapéuticas para rescatar recursos de la vida experiencial del paciente que podrán asociarse en contextos futuros. Podrá asimismo, entregar sugerencias posthipnóticas para que esos recursos se hagan presentes en los contextos en los cuales ha presentado el problema. Luego reorientará al paciente al estado de vigilia, con o sin amnesia.

También pueden utilizarse los fenómenos hipnóticos para "crear" experiencias que no están en el repertorio conductual del paciente, como un modo de ampliar su rango de respuestas en los contextos en que éstas sean útiles.

### G3) Intervención estratégica en la pauta con hipnosis:

O'Hanlon (1989, p. 47) distingue quince modalidades de intervención en la pauta, las cuales pueden llevarse a cabo en el trabajo hipnótico o a través de tareas:

- (1) Cambiar la frecuencia/velocidad del síntoma o de la pauta-síntoma.
- (2) Cambiar la duración del síntoma o la pauta-síntoma.
- (3) Cambiar el momento (del día, de la semana, del mes, del año) del síntoma o la pauta-síntoma.
- (4) Cambiar la ubicación (en el cuerpo o en el mundo) del síntoma o la pauta-síntoma.
- (5) Cambiar la intensidad del síntoma o de la pauta-síntoma.
- (6) Cambiar alguna otra cualidad o circunstancia del síntoma.
- (7) Cambiar la secuencia (el orden) de los acontecimientos que rodean al síntoma.
- (8) Crear un corto-circuito en la secuencia.
- (9) Interrumpir o de alguna otra manera impedir que se produzca toda la secuencia o parte de ella.



- (10) Agregar o suprimir (por lo menos) un elemento de la secuencia.
- (11) Fragmentar algún elemento completo, en elementos más pequeños.
- (12) Hacer que se presente el síntoma, sin la pauta-síntoma.
- (13) Hacer que se presente la pauta síntoma, excluyendo el síntoma.
- (14) Invertir la pauta.

En el texto *Terapia no convencional* de Haley (1980) y *Raíces Profundas* de O'Hanlon (1989), pueden encontrarse múltiples ejemplos de la aplicación de estas estrategias.

#### G4) Metáforas terapéuticas:

Se define "metáfora terapéutica" a "un recurso dramático que captura la atención [del paciente] y provee un marco alterado a través del cual el cliente puede considerar una experiencia nueva" (Lankton y Lankton, 1986, p. 153). Es una forma de lenguaje indirecto (Erickson, Rossi y Rossi, 1976) que esquivo las resistencias conscientes del paciente.<sup>5</sup>

Las metáforas terapéuticas pueden tener la forma de anécdotas es historias, y pueden emplearse en cualquier tipo de psicoterapia y en cualquier fase del tratamiento, y no se conocen contraindicaciones para ellas. (Zeig, 1985)

Las metáforas pueden utilizarse en terapia con fines diagnósticos, para crear rapport terapéutico y en el tratamiento psicoterapéutico (sugerencia de soluciones, acceso y utilización de recursos, siembra de ideas, insertar directivas, esquivar la resistencia, reencuadre y redefinición del problema, y facilitación de nuevas pautas de pensamientos, sentimientos y comportamientos).(Combs y Freedman, 1990; Zeig, 1983).

Lankton y Lankton (1983, 1989) han elaborado una serie de protocolos para la elaboración de distintos tipos de metáforas terapéuticas según las metas terapéuticas a las cuales apuntan.

Independientemente de la meta a la cual apunta la metáfora, los Lankton sugieren la siguiente estructura:

- a) La metáfora debe ser isomórfica o paralela al problema presentado por el paciente. Este paralelismo puede obtenerse usando las palabras clave que éste usa para describir su problema; o construir otro problema que tenga la misma pauta del problema presentado. Puede teorizarse que esta estructura, aunque es distinta en contenido conserva la pauta del

---

<sup>5</sup> Para una análisis histórico-cultural del rol del relato de historias como un modo de transmisión de la cultura, véase B. Bettelheim (1991) *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*, Ed. Grijalbo, B. Aires; y J. Campbell (1992) *El héroe de las mil caras. Psicoanálisis del mito*, Fondo de Cultura Económica, B. Aires.

problema, de modo que está connotándole<sup>6</sup> al paciente que la historia es para él.

- b) La historia debe contener un drama que capte y mantenga la atención del oyente (esperando el desenlace de la historia).
- c) El desenlace alivia al oyente de la tensión y entrega el mensaje terapéutico.

Un ejemplo de metáfora terapéutica, cuyo objetivo es el desarrollo del sentimiento de valentía, es el siguiente:

Y no creo que ella comprendiera realmente al principio, de por qué le hablaba respecto a la experiencia que mi madre tuvo cuando mi padre se fue a la guerra. No había forma en la cual ella pudiera apreciar realmente cómo ese momento la afectó en forma positiva en su vida posterior.

Ella estaba ahí, en aquella casa recientemente construida en el campo. Los vecinos más próximos estaban algo lejos. Nuevamente hubo ese sonido en la ventana del frente. Ella estaba acostada, petrificada en su cama, incapaz de moverse, con sus oídos muy abiertos, como antenas espaciales escuchando el sonido siguiente.

Y ahí estaba nuevamente, y esta vez sonando incluso más fuerte de lo que ella pensó la primera vez. Consideró sus opciones y no parecía que en ese momento hubiera muchas. Su corazón estaba acelerado, todos los músculos de su cuerpo estaban rígidos.

Pero desde alguna parte vinieron esos movimientos en su pierna izquierda. Sintió que el pie comenzaba a resbalarse lentamente de la cama, y la pierna derecha comenzó a seguirlo, como si tuvieran mente propia. Y de pronto, ambos pies estaban sobre el piso, ella estaba de pie; y un pie se movió delante del otro, el paso siguiente, y el siguiente, hasta que llegó a la puerta del frente.

Su mano alcanzó la perilla de la puerta y la giró, para encontrar que las ramas del sauce estaban azotando el postigo a causa de un furioso viento. Y el sentimiento de valentía que ella había tenido no disminuyó en nada con el sentimiento de alivio que tuvo al descubrir cuán fácilmente pudo hacerse cargo y enfrentar aquella situación que había parecido tan amenazante. Totalmente sola, se percató de los latidos de su corazón, la fácil respiración profunda, la firme disposición de sus músculos y empujó las ramas y cerró los postigos. Usted no ha pensado conscientemente en esto, una ocasión parecida, para que su inconsciente memorice aquella experiencia de valentía

---

<sup>6</sup> En el sentido de un meta-mensaje que va implícito en la comunicación y que no es captado conscientemente. Véase P. Watzlawick, J. Beavin y D. Jackson (1981) *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder, Barcelona



y poder, pulsando aparentemente a través de todo su cuerpo. Como si cada inspiración de aire que usted toma la convenciera de su poder para lograr cualquier cosa que usted dispone a su mente para hacer. Y fue una experiencia que ella retuvo y usó y compartió con otros por muchos años, para proceder —consciente e inconscientemente— en formas automáticas. (Lankton y Lankton, 1989, p. 38-39)

Pueden encontrarse diversos ejemplos de metáforas terapéuticas en Rosen (1982) y Zeig (1985); sin embargo dichas historias deben ser adaptadas a cada paciente en particular si el lector desea usarlas con sus pacientes.

#### **H) Alteración de la pauta del problema con "hipnoterapia sin trance"**

Nardone y Watzlawick (1992) se refieren a la "hipnoterapia sin trance" como aquel proceso terapéutico estratégico que se propone modificar las pautas de mantención del problema presentado, y que para la entrega de las técnicas terapéuticas conserva la estructura de las intervenciones hipnóticas de utilización de Milton Erickson; aunque no se induce trance formal.

Es decir, construcción de rapport, utilización del comportamiento presente y síntomas del paciente, uso del lenguaje y valores del paciente, creación de una dirección de aceptación (*yes set*), manejo de la resistencia, etc.

#### **H1) Intervenciones paradójicas:**

Las intervenciones paradójicas se basan en la convicción del terapeuta que no existe la "resistencia" del paciente, sino que es simplemente cooperación desencaminada e incongruencia respecto al cambio. De este modo, todo comportamiento que presenta el paciente puede ser utilizado en alguna forma por el terapeuta en la terapia. (Lankton, 1988).

Las tareas paradójicas se basan en la convicción del terapeuta que no existe la "resistencia" del paciente, sino que es simplemente cooperación desencaminada e incongruencia respecto al cambio (Lankton, 1988). De este modo, todo comportamiento que presenta el paciente puede ser utilizado en alguna forma por el terapeuta en la terapia.

Cade y O'Hanlon (1995) definen a las intervenciones paradójicas como aquellas en las cuales el terapeuta, con ánimo de ayudar, promueve la continuación o incluso el empeoramiento de los problemas, en lugar de revisarlos. Se inserta el mandato claro de mantener o empeorar un problema, o hacer más lenta una



mejoría, en una comunicación clara enmarcadora que define el contexto como uno destinado a ayudar a resolver el problema.

Según Lankton (1988), la meta principal de la paradoja es liberar al paciente para que resuelva el problema, facilitando un cambio de referencia del mismo. Es típico que los pacientes conciban a sus problemas solamente en forma negativa. Si el terapeuta etiqueta como "positivo" el problema –ya sea como una habilidad o valioso en si mismo–, podrá redirigir los esfuerzos erróneos de aquel. Lankton afirma que aquí subyace la creencia terapéutica que cualquier comportamiento significa un aprendizaje adaptativo, que el cliente aun continúa utilizando. Es decir, ese comportamiento es la mejor opción disponible al paciente para responder a las necesidades y responsabilidades que demanda el sistema actual.

Rohrbaugh y otros (citado en Cade y O'Hanlon, 1995, p. 162) clasifican las prescripciones paradójicas en dos tipos:

- a) *Basadas en la obediencia*: en las que se pide una continuación o incremento de las conductas sintomáticas, con una expectativa razonable que el paciente intentará cooperar con el paciente. La eficacia de estas prescripciones se atribuye a que el paciente intenta obedecer y le resulta imposible hacerlo, o experimenta la obediencia como una ordalía benévola.
- b) *Basadas en el desafío*: en las que se espera que el paciente desafíe, abierta o encubiertamente, el requerimiento del terapeuta. Estas prescripciones pueden ser eficaces porque el cliente se resiste o se rebela contra la prescripción, y, por lo tanto, reduce o renuncia a las conductas sintomáticas.

Esos mismos autores propusieron la prescripción basada en la obediencia para aquellos pacientes más cooperadores y que veían sus síntomas fuera de control; y la prescripción basada en el desafío para aquellos clientes con alta oposición y que veían a sus síntomas como potencialmente controlables.

Las prescripciones paradójicas más usadas son las siguientes: prescripción del síntoma/problema, hacer más lenta una mejoría ("vaya lento") y prescribir una recaída.

#### H1.1) Prescripción del síntoma:

Puede prescribirse la continuación del síntoma, pero en una forma que interrumpa o altere la experiencia típica del consultante respecto al problema. Los cambios que pueden introducirse son del siguiente tipo (Lankton, 1988):

- (1) En la pauta del problema: frecuencia, proporción, intensidad, duración, localización en el cuerpo, localización en el ambiente, momento de ocurrencia;
- (2) Cambio en el contexto o ambiente del síntoma, de forma que ocurra con un propósito beneficioso;
- (3) Cambiando la secuencia de eventos en el síntoma con componentes irrelevantes, confusión en la secuencia; ejecutando parte de la secuencia y dejando ir al síntoma, añadiendo una alternativa peor a la secuencia del síntoma, o cambiando cualquier otra cualidad del síntoma.

Nardone y Watzlawick (1992) indican que ante un problema se presenta en forma espontánea e incontrolable, resulta eficaz la prescripción del comportamiento sintomático mismo, puesto que así se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar. En este caso, la realización voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, que hasta el momento ha sido espontáneo e incontrolable.

Un ejemplo de prescripción de síntoma usada por Nardone (Nardone y Watzlawick, 1992) en el tratamiento de trastornos de ansiedad es la siguiente:

"Ya que usted se ha comportado con tanta decisión en las semanas pasadas para combatir su problema, ahora le doy una tarea que le parecerá aun más extraña y absurda que la que ha llevado a cabo hasta ahora. Pero, como hemos acordado deberá ponerla en práctica. Por lo demás, pienso que me merezco algo de su confianza, ¿no cree? Así pues, supongo que usted tiene en casa un despertador, uno de aquellos que suenan de forma tan antipática. Bien, cada día a la misma hora, la que ahora decidiremos de común acuerdo, tomará este despertador para darle cuerda y hacerlo sonar media hora más tarde. Durante esta media hora, usted se encerrará en una habitación de su casa y, sentado en un sillón, hará esfuerzos por encontrarse mal, se concentrará en las peores fantasías que se refieran a su problema. Pensará en los peores miedos hasta producirse voluntariamente una crisis de angustia y pánico, quedándose así por toda la media hora. Cuando suene el despertador, parará usted el ruido e interrumpirá la tarea, dejando los pensamientos, las sensaciones que se ha provocado y reanudará su actividad normal cotidiana." (p. 122)



## H2) Tareas de función ambigua:

Estas tareas consisten en solicitarle al cliente que ejecute un comportamiento muy específico, a menudo extremadamente inusual y aparentemente irrelevante, cuyo propósito no es comunicado al paciente.

Según Lankton (1988), desde la perspectiva del cliente, parece que el propósito lógico permanecerá oculto hasta que la tarea sea efectuada. Con este tipo de tarea, se espera que la respuesta del cliente sea mayor de lo que el terapeuta podría predecir.

La meta de la tarea ambigua va más allá de una iniciación del cambio de los esquemas mentales del paciente o desarrollar una habilidad particular. La nueva respuesta del cliente proveerá más información para la evaluación del terapeuta. Asimismo, la ejecución de una tarea de este tipo interrumpe los esquemas mentales conscientes típicos y actúa como un catalizador que estimula al inconsciente para reorganizar las percepciones y comprensiones que pueden haber sido entregadas en la terapia por otras intervenciones más tradicionales. (Lankton, 1988)

## H3) Tareas para la construcción de habilidades:

Estas son tareas que se diseñan para que el paciente, al ejecutarlas, desarrolle algún área de aprendizaje deficitaria: habilidad social, habilidad emocional, comportamiento físico u otro.

A Erickson (Lankton, 1988) le gustaba usar variadas formas de tareas de esta clase; asignaba cosas inusuales, y las entregaba en una forma en la cual el paciente no se percataba del propósito sutil de la actividad.

Entregaba tareas muy específicas y las diseñaba para ayudar al cliente a aprender pequeñas partes componentes de una pauta conductual o actitudinal más complejo. Incluso, acompañaba, a veces, al paciente en su ejecución, para asegurarse que la tarea fuera hecha de acuerdo a sus especificaciones.

Antes de diseñar este tipo de tareas es imprescindible tener metas de tratamiento claramente definidas. Estas metas pueden delinarse respondiendo a preguntas como las siguientes (Lankton, 1988): ¿qué tareas del desarrollo no han sido completadas con éxito?, ¿qué experiencias e interacciones son necesarias para mejorar el ajuste en la etapa actual del desarrollo y/o comenzar la siguiente etapa?

Estas tareas deben ser entregadas en forma indirecta, sin que el paciente se percate del objetivo de la misma, pues en caso contrario podría rechazarla como algo amenazante.



#### H4) Técnica de ordalía:

Consiste en vincular la aparición de la pauta síntoma con otra pauta – habitualmente una experiencia indeseada, una actividad evitada, o una meta deseable, pero difícil de obtener (coacción de evitación-evitación [Erickson y Rossi, 1979]) (Haley, 1987).

El objetivo de esta técnica es proponer una tarea como consecuencia del síntoma que sea peor que el síntoma; con lo cual se espera que la única forma de no hacer la tarea sea abandonar el síntoma.

Haley (1987) enumera las siguientes **características** que debe poseer la ordalía:

1. Cuando se la utiliza, la ordalía debe ser adecuada al problema que el consultante desea cambiar, y ser, a la vez, más severa que el problema.
2. Es conveniente que sea beneficiosa para la persona.
3. Debe ser un comportamiento que pueda ejecutarse y al que no pueda oponerse objeciones válidas.
4. A veces, el consultante tiene que pasar reiteradamente por la ordalía para que el síntoma remita; en otros casos, el compromiso de realizar la ordalía basta para que el síntoma remita.

Haley (1987) describe los siguientes tipos de ordalía: tarea directa, ordalía paradójica y el terapeuta como ordalía.

Las etapas de la terapia de ordalía son las siguientes:

1. Una definición clara del problema.
2. La persona debe comprometerse a superar el problema.
3. Selección de la ordalía.
4. La directiva deberá impartirse acompañada de una explicación lógica.
5. La ordalía continúa hasta que se resuelva el problema.

Un ejemplo de esta estrategia es la siguiente:

Erickson relató el siguiente caso a Haley:

[Su paciente] experimentaba una reacción de pánico fóbico y ritual cada vez que debía hablar ante las cámaras de televisión: jadeaba, respiraba con dificultad y, durante quince minutos, permanecía de pie, sofocado y acezante, con el corazón golpeándole el pecho. Luego, le daban la señal de salida al aire y él hablaba ante las cámaras con la mayor soltura. Cada día se sentía más desdichado. Al principio, el pánico duraba uno o dos minutos, cuando vino a verme, ya había aumentado gradualmente a quince minutos. No sólo preveía

que llegaría a veinte, treinta y sesenta minutos, sino que ya empezaba a interferir en las otras tareas que cumplía en la estación.

Averigüé cuáles eran sus hábitos en materia de sueño y al día siguiente le formulé ese concepto del exceso de energía. Como cabía esperar, sus hábitos eran bastante ritualistas: siempre se acostaba y se levantaba a una hora determinada. Una vez que le metí en la cabeza el concepto de la energía, le hice notar la posibilidad de consumir esa energía que él gastaba haciendo esto [jadeo demostrativo]. ¿Cuántas flexiones debería hacer por día para consumirla? Le dije que ignoraba cuánta energía absorbería ese ejercicio. Suponía que debería empezar con veinticinco movimientos, practicados por la mañana antes de irse al trabajo, aunque creía que se necesitarían por lo menos cien. No obstante, podía empezar con veinticinco. (...) Nadie desea hacer eso (...) El hecho de pasarse el día entero con las piernas doloridas y entumecidas lo convenció que había consumido bastante energía y no le quedaba ninguna para hacer esto [jadeo demostrativo].

Le agradó esta forma de usar su energía y aumentó poco a poco las flexiones hechas con las rodillas y la cintura, tomándola como un medio de reducir su obesidad, o sea, como una cuestión de salud. Luego empezó a concurrir al gimnasio a practicar ejercicios, y le tomó el gusto al ritual diario.

Un día vino a verme nuevamente y me dijo: "Mi problema está reapareciendo... El otro día me observé tres o cuatro jadeos y antes de programa siguiente aumenté esa cantidad, de modo que su incremento paulatino ha comenzado. ¿Qué hará usted ahora? De nada servirá practicar los ejercicios, porque tengo mucho más energía". "Usted está manifestando una profunda reacción psicológica", le respondí. El asintió y yo le propuse: "Bien, supongamos que lo tratamos en el nivel psicológico. Conozco sus hábitos en materia de sueño. Usted sale del trabajo a las 22 en punto, regresa directamente a casa, se limita a resumirle su jornada a su esposa y se va derecho a la cama. Duerme ocho horas, con un sueño profundo; lo hace en forma metódica y lo disfruta. Después de cuatro horas de sueño, levántese y haga cien flexiones." "Realmente odiaría hacer eso", me señaló él, y yo repliqué: "Sí, en verdad puede consumir mucha energía psicológica odiando esa idea. ¿Cómo cree que se sentirá psicológicamente cada noche cuando fije la alarma del despertador, como lo hace siempre, pensando que puede absorber mucha energía psicológica jadeando frente al micrófono y la cámara de televisión? Usted puede eliminar una cantidad impresionante de energía psicológica de dos maneras (...) fijando la alarma de su despertador en la hora habitual y considerando psicológicamente, con un sentimiento muy intenso,



cuánto detesta tener que levantarse dentro de cuatro horas para practicar las flexiones de cintura."

Esa analogía dio resultado... por un tiempo. El hombre regresó (...) "Conque tiene un exceso de energía", le dije, y él admitió: "Así es." "Ahora dígame, ¿cuál ha sido la ambición de toda su vida?", le pregunté. "Poseer una casa propia para mi esposa y mi hijo", respondió. "Comprar una casa y cortar el césped es algo que lo hará sudar de veras, ¿no?", comenté. "Mi esposa me ha acosado durante años y yo me he begado rotundamente a dar un solo paso, pero este mes compramos una", me explicó. El hombre no ha tenido recidiva; posee una casa con terreno y está consumiendo todo su excedente de energía. (Haley, 1987, p. 19-20)

## **I) Maniobras para el manejo del cambio**

Estas estrategias corresponden a la categoría de intervenciones paradójicas, y se usan para asegurarse que el cambio terapéutico progrese en forma sostenida.

### **I1) No apresurarse ("vaya lento"):**

Fisch, Weakland y Segal (1984) indican que esta es una intervención de tipo general, apropiada a aquellos consultantes cuya solución ensayada –para resolver el problema que los aqueja– consiste fundamentalmente en esforzarse mucho, o aquellos que presionan al terapeuta para que les dé con urgencia una acción curativa, mientras ellos permanecen en una posición pasiva.

Esta estrategia consiste simplemente en que no hagan nada con respecto al problema. Fisch y sus colaboradores indican que la mayor parte de esta intervención consiste en ofrecer razonamientos creíbles que justifiquen el no ir de prisa, puesto que es mejor adaptarse de a poco a los cambios. Sugieren comentarios como los siguientes: "A usted le iría mejor una mejoría del 75% en lugar del 100%", o "Los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren de un modo más repentino." (p. 180)

### **I2) Peligros de una mejoría:**

Esta es otra intervención de tipo general, y que Fisch y sus colaboradores (1984) reconocen como una variante de la intervención anterior; y está indicada para aumentar la motivación del paciente a cooperar, o para presionar a los pacientes que no han cumplido tareas que se les han asignado antes.



Cuando se busca motivar al paciente, proponen preguntarle si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. Afirman que en la mayoría de los casos el cliente responderá que no puede haber ningún peligro, sino que por el contrario, se sentirán mucho mejor. El terapeuta entonces puede exponer algún posible inconveniente de la mejoría para el cliente, o alguien próximo a él.

Una vez que el terapeuta ha conseguido que el paciente acepte su postura, el terapeuta puede usar esto para diversos objetivos.

También sugieren esta táctica para presionar al paciente para que efectúe las tareas asignadas. Por ejemplo, "No tiene por qué disculparse por no haber hecho lo que se le encargó la semana pasada. Mire, es posible que su inconsciente nos esté transmitiendo algo. Permítame que le pregunte, ¿Ve usted algún peligro en una eventual mejoría?" Aquí el terapeuta está indicándole al paciente que si descuida sus deberes, él no podrá ayudarlo.

### I3) Prescripción de recaídas:

Haley (1980) indica que cuando un paciente es muy cooperador y mejora muy rápidamente, es probable que tenga una recaída y se desilusione de la terapia. En estos casos, Erickson aceptaba la mejoría, pero sugería una recaída. La única manera en que el paciente puede resistir esta prescripción es no tener una recaída y seguir mejorando.

Erickson podía decir, "Quiero que vuelva atrás y se sienta tan mal como la primera vez que vino con su problema, porque quiero que vea si hay algo de esa época que usted quisiera recuperar o rescatar." (Haley, 1980, p. 22)

### J) **Autohipnosis**

La experiencia de la hipnosis puede ser "inducida" por otra persona (heterohipnosis) o por el mismo sujeto (autohipnosis).

La autohipnosis puede conseguirse, básicamente, en tres formas:

- 1) El psicoterapeuta induce trance hipnótico al cliente y se lo ratifica<sup>7</sup>. Posteriormente, en su casa, por ejemplo, el paciente sentado o recostado asume la posición física que tenía en la consulta y recuerda las palabras que le dijo el terapeuta o las sensaciones físicas de la experiencia de trance (Alman y Lambrou, 1992).

---

<sup>7</sup> La ratificación del trance hipnótico puede hacerse de diversos modos y tiene como objetivo aumentar la disposición a responder del paciente.

Este proceder posibilitará la experiencia de trance hipnótico nuevamente. Este fenómeno puede explicarse de acuerdo a la teoría del aprendizaje dependiente del estado (Rossi, 1986/1993); es decir, un estado de activación psicofisiológica es reexperimentado cuando vuelven a ocurrir las claves distintivas (postura, palabras, sensaciones) presentes en el evento original (inducción de trance exitoso en la consulta del psicoterapeuta).

La utilidad de esta modalidad de autohipnosis es diversa:

- a) Que el paciente vuelva a experimentar la sesión terapéutica, pero ahora en su casa. El terapeuta se ha encargado de introducir claves distintivas a modo de sugerencias posthipnóticas, que se espera se activen en el proceso de autohipnosis, promoviendo así una sesión terapéutica en ausencia del terapeuta.
  - b) En el caso de la ansiedad (y tal como se utilizó en esta investigación), se puede sugerir esta técnica de autohipnosis para que las pacientes experimenten las sensaciones corporales disfuncionales de su síndrome ansioso (adormecimiento, parestesias) en un nuevo encuadre, ahora positivo y saludable; con lo cual se puede obtener una redefinición del complejo-síntoma.
  - c) En el tratamiento de síntomas ansiosos, los procesos parasimpáticos que acompañan a la experiencia de trance, proveen a los pacientes de estados de tranquilidad obtenidos en forma voluntaria. Inadvertidamente, los pacientes están adquiriendo un control voluntario sobre sus síntomas.
  - d) Manejo de dolores crónicos (Barber, 1996)<sup>8</sup>, en donde el paciente al entrar en trance autohipnótico, coloca en marcha las sugerencias terapéuticas para el control del dolor crónico.
- 2) Se entrena al paciente en el reconocimiento de las señales corporales que indican la presencia del "trance común de cada día" o "fase ultradiana de descanso" (Rossi, 1986/1993; Rossi y Nimmons, 1991). Rossi (1986/1993) ha postulado que dentro del ciclo básico de actividad descanso, que posee una periodicidad de 24 horas, cada 90 a 120 minutos a lo largo de las 24 horas del día y la noche, se experimenta un cambio de predominio hemisférico cerebral, un predominio de actividad parasimpática, y la atención del individuo se dirige hacia el interior. En este período que es variable para cada sujeto, desde 5 a 20 minutos, se experimentan diversos fenómenos psicológicos, similares a los que ocurren en la experiencia de trance hipnótico (fenómenos hipnóticos espontáneos, ensoñaciones, etc.) En

---

<sup>8</sup> J. Barber (Ed.) (1996) *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain. A Clinical Guide*.



la fase de descanso ultradiana ocurren cambios psicofisiológicos que abarcan a todo el organismo, y que Rossi ha denominado la "respuesta sanadora ultradiana", puesto que se ha observado que la interrupción y alteración crónica de esos ritmos promueve el estrés psicofisiológico.

Rossi ha teorizado que la inducción de trance hipnótico naturalista de Erickson es una utilización de ese período de descanso de índole psicofisiológica. Para Rossi, el simple hecho de experimentar la respuesta sanadora ultradiana en forma repetida, posibilita que los procesos psicofisiológicos de reparación de la mente/cuerpo puedan retomar su periodicidad natural, con los consiguientes beneficios terapéuticos.

Desde una postura psicoterapéutica estratégica (Pacheco, 2000)<sup>9</sup>, la autohipnosis naturalista propuesta por Rossi sería de utilidad en aquellos casos de estrés crónico debido a sobreexigencias laborales o académicas; también sería útil como una terapia inespecífica en el tratamiento de síntomas ansiosos e hipertensión esencial (Flores, 1999)<sup>10</sup>. Una psicoterapia estética (en los términos de Bradford Keeney, 1987) sería aquella que interrumpe las pautas cognitivas y conductuales que mantienen los problemas de ansiedad. Por lo tanto, la sugerencia ingenua de promover la autohipnosis y los métodos de relajación como las técnicas principales en el tratamiento de la ansiedad, sería una terapia insuficiente.

- 3) Un tercer método es la utilización de un procedimiento de autohipnosis atribuido a la esposa de Erickson (Elizabeth) como su creadora. Dolan (1991) denomina a este método, "Autohipnosis orientada externamente" y que es una forma útil y confiable para que los clientes experimente el alivio de la disociación terapéutica y accedan recursos inconscientes característicos de la hipnosis. Puede ser usada como una técnica de relajación, para superar problemas del dormir, como una forma de conectarse con el presente mientras se está en trance hipnótico, para sobreponerse a los *flashback* de eventos traumáticos, como una técnica de profundización usada conjuntamente con claves asociativas, y para sobreponerse a los ataques de pánico.

Esta técnica es muy simple y permisiva, y Dolan recomienda que el terapeuta se la modele a la paciente antes que la practique ésta. Muchas pacientes entran en trance al mirar al terapeuta autohipnotizarse.

---

New York: Norton

<sup>9</sup> Mario Pacheco (Comunicación personal de conversaciones sostenidas con Michael Yapko y Jeffrey Zeig en sus visitas a Santiago de Chile, 1998 y 1999, respectivamente).

<sup>10</sup> "Incorporación de autohipnosis naturalista en el tratamiento de la hipertensión arterial. Un



- 1°. Se invita a la cliente a "encontrar una posición cómoda para su cuerpo y un lugar grato sobre el cual fijar su mirada, sabiendo que a través de la experiencia puede sentirse libre para hacer cualquier ajuste en su posición física que sea necesario para mantener su sensación de comodidad y calma."
- 2°. Se sugiere, "mantenga sus ojos abiertos a lo largo de esta experiencia, o quizá optará por cerrarlos, pero no lo haga hasta que siente una agradable urgencia para cerrarlos."
- 3°. Se sugiere que puede reorientarse a la situación presente cuando lo desee. "Si quiere reorientarse a este momento, desde luego puede hacerlo con mucha facilidad, solamente moviéndose un poco, o puede contar hasta cinco, diciéndose que puede estar progresivamente más despierta, alerta y refrescada con cada número, como por ejemplo, uno... más y más despierta, dos... un poco más alerta, tres... comenzado a sentirse refrescada y alerta... cuatro... aun más despierta, y cinco, ...totalmente despierta."
- 4°. Entonces la cliente nombra en voz alta cinco imágenes visuales, cinco sonidos, cinco sensaciones físicas; después continúa con cuatro verbalizaciones de cada categoría, y así progresivamente hasta llegar a una verbalización de cada una. En este punto, la paciente puede escoger comenzar de nuevo la cuenta y repetirla para un mayor nivel de agrado y relajación, o detenerse ahí y disfrutar la paz y comodidad que ha creado para si misma con esta técnica.
- 5°. "Perder el orden del número de la categoría es realmente una muy buena señal que lo está haciendo bien."

Otras consideraciones:

Esta técnica puede ser usada con voz alto o en silencio. La ventaja de hacerlo en voz alta, incluye la cualidad reconfortante de escuchar la propia voz, a la vez que permite al terapeuta saber si la cliente está siguiendo las instrucciones y estimar el nivel de trance que ha alcanzado. Si es hecha en silencio, el terapeuta puede usar el eventual silencio como una señal para recordarle su clave asociativa de seguridad y comodidad. El entrar en trance hace más poderosa y efectiva esa clave para la paciente.

En el tratamiento de los síntomas ansiosos esta técnica de autohipnosis facilita que los pacientes se centren en el aquí y el ahora, lo cual posibilita la

ruptura de su pauta habitual de estar permanentemente orientados, en una forma disfuncional, hacia el futuro.

**Anexo 7**  
**Modelo de tratamiento psicoterapéutico e hipnoterapéutico breve ericksoniano para el tratamiento de la ansiedad**



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

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 a la sintomatología.

Debe recordarse, sin embargo, que este ordenamiento está diseñado para efectos de esta investigación, y obviamente cada caso en particular requiere una adaptación individualizada de estas intervenciones.

A continuación se indican las pautas disfuncionales, los objetivos terapéuticos y las estrategias terapéuticas propuestas. Se describen en este Anexo aquellas técnicas utilizadas que no están descritas en el Anexo N° 6.

### **1. Intento de Solución Fallido**

Objetivo terapéutico: Intervención en la pauta de mantención.

Técnicas: Prescripción paradójica, reencuadre, asignación de tareas.

#### **1.1 Forzar algo que puede sólo ocurrir espontáneamente**

Objetivo terapéutico: Dejar la solución y cambiarla por otra.

Técnicas: Prescripción de Síntoma (Fisch y otros, 1984; Lankton, 1988; Nardone y Watzlawick, 1992) (Ver Anexo N° 6)

#### **1.2 Evitar un evento temido**

Objetivo terapéutico: Dejar la solución y cambiarla por otra.

Técnicas: Diario de a bordo (Nardone y Watzlawick, 1992).

Esta técnica puede considerarse como una ordalía terapéutica, y consiste en lo siguiente:

Se entrega al paciente un formulario tipo "sábana" de casi 12 columnas, las cuales consignan los siguientes criterios: día y fecha, lugar, hora, situación, participantes, acciones, síntomas, pensamientos, etc.; que para ser llenado requiere de al menos 5 minutos cada vez.

Este formulario se entrega con la siguiente consigna: "Cada vez que usted entre en crisis [tenga los síntomas], que experimente un momento de pánico [ansiedad], que sienta como le sube la angustia, etc., aun cuando le ocurra cien veces al día, se sacará del bolsillo este "Diario de a bordo" que le entrego y

anotarán en él todo lo que le pasa, siguiendo al detalle todas las instrucciones y llenando cada uno de los epígrafes que se contemplan en dicho diario. En la próxima sesión me dejará ver las páginas concernientes a la semana anterior y yo las estudiaré" (Nardone y Watzlawick, 1992, p. 120)

Nardone indica que esta técnica trae consigo una disminución de los períodos de ansiedad. Atribuye la disminución del síntoma a la introducción de un elemento nuevo en una pauta sintomática rígida, lo cual la debilita. Otra explicación es que lo tedioso de llenar el extenso y aburrido formulario lleva al control de los síntomas.

## **2. Fenómenos hipnóticos**

Objetivos: Intervención en el complejo síntoma. Amplificación de soluciones.

Técnicas: Hipnosis para la redefinición vivencial del complejo síntoma, hipnoterapia sin trance, orientación a las soluciones, entrenamiento en autohipnosis.

### **2.1 Progresión en el tiempo**

Objetivo: Proyección positiva.

Técnicas: Preguntas constructivas sistémicas (Dejong y Berg, 1998; de Shazer, 1992) (Ver Anexo N° 6)

Progresión a futuro sin el problema (Rossi, 1986/1993; Yapko, 1988, 1990).

La técnica propuesta por Rossi (1986/1993, p. 109) es la siguiente:

(En la presente investigación esta estrategia se adaptó a cada paciente en particular)

#### *1. Señal de disposición para la revisión de un problema actual*

Cuando su mente interna esté preparada para revisar todos los aspectos de ese problema que está experimentando en la actualidad, [pausa]

¿se cerrarán sus ojos para que usted revise todos los aspectos del problema que aun no sabe cómo enfrentar?

#### *2. Incubando curación actual y futura*



Ahora explore las posibilidades de curación futura. ¿Cómo se ve a si mismo? ¿Cómo se siente? ¿Qué está haciendo ahora que el problema está completamente curado? [Pausa]

Ahora permita que su mente interna revise qué estará haciendo usted desde el problema actual [pausa]

hasta el futuro cuando esté curado. [Pausa]

¿Cuáles son algunos de los pasos que tomará para facilitar su curación? [Pausa]

### 3. Ratificación de la curación mente/cuerpo

Cuando su mente interna sepa que puede continuar este proceso de curación totalmente por si mismo, y cuando su mente consciente sepa que puede cooperar con esta curación, [pausa]

¿se encontrará estirándose, abriendo los ojos y sintiéndose refrescado mientras despierta completamente?

La estrategia propuesta por Yapko (1990, p. 266-267) se compone de 11 pasos, a saber:

Paso 1: *Inducción de trance*. Comprende una inducción de cualquier tipo.

Paso 2: *Construcción de una dirección de respuesta*. Implica ofrecer una dirección de sugerencias verificables que establece el ímpetu para responder positivamente al terapeuta.

Paso 3: *Metáforas que consideran el futuro*. Implica ofrecer al menos dos metáforas que consideran el futuro (v.g., cambios que sucederán en la ciencia, en la medicina, en la sociedad, etc.).

Paso 4: *Identificación de recursos positivos*. Implica la identificación de recursos positivos valiosos (v.g., inteligencia, sensibilidad, perseverancia) existentes en el paciente.

Paso 5: *Identificación de contextos futuros específicos*. Comprende la identificación de situaciones futuras específicas que enfrentará el paciente, que son una base de interés.

Paso 6: *Mezcla de recursos positivos identificados en el Paso 4*. Implica asociar los recursos existentes en el paciente a futuros contextos probables, donde serían útiles.

Paso 7: *Ensayo de la secuencia conductual*. Provee una oportunidad para un "ensayo" de las consecuencias futuras, como si estuvieran sucediendo ahora.

Paso 8: *Generalización de los recursos positivos a otros contextos seleccionados*.



Suministra una oportunidad para identificar otros diversos contextos donde la misma aplicación de la habilidad será útil.

Paso 9: *Sugestiones posthipnóticas*. Implica sugerencias específicas para usar la habilidad en contextos específicos donde pueda ser útil.

Paso 10: *Desenganche*. Conduce el trabajo orientado al futuro a un cierre y el restablecimiento de los vínculos con el contexto social.

Paso 11: *Reorientación al estado de alerta*.

## 2.2 Disociación

Objetivo terapéutico: Tomar contacto con el contexto inmediato an el aquí y el ahora. Asociarse a los recursos personales.

Técnicas: Ejercicio de relajación orientado externamente: 5-4-3-2-1 (Dolan, 1991) (Ver Anexo N° 6)

Búsqueda de excepciones, prescripción haga más de lo que resulta (Dejong y Berg, 1998; de Shazer, 1992) (Ver Anexo N° 6)

Símbolo del presente (Dolan, 1999)

La técnica del "símbolo del presente" descrito por Dolan es una modificación de la técnica siguiente, en donde se coloca el énfasis en desarrollar un símbolo que la paciente pueda llevar consigo y que se relacione con una situación de bienestar y tranquilidad de su vida actual:

1. Pedir a la cliente que "piense en una experiencia de comodidad y seguridad [que haya identificado]". Este paso puede hacerse con los ojos cerrados o abiertos.
2. Indicarle que "advierta y describa todos los detalles de esa experiencia, con especial referencia a lo que ve, los sonidos y las sensaciones."
3. Invitar a la cliente a "tomar algún tiempo para disfrutar la experiencia."
4. Después de un momento, invitarla a "sentirse libre para hacer algunos arreglos, agregados o sustracciones de detalles, que aumentarían la comodidad y la seguridad de la experiencia."
5. Pedirle que nos permita saber cuando la experiencia está "lista", con algún movimiento de la cabeza.
6. Invitarla a "disfrutar la experiencia un poco más... y mientras estés haciendo esto, puedes elegir un pequeño símbolo que pueda servirte como recordatorio de esta experiencia placentera en el futuro... una especie de 'souvenir'." El símbolo puede ser una

imagen visual, un sonido o una sensación que evoque la experiencia para la cliente. Después se sugiere a la cliente que podría "descansar un poco más y dejar que el inconsciente elija por ella, y ver qué símbolo viene a su mente."

7. Pedir a la cliente que vuelva a la realidad externa del presente, y pedirle luego que "piense en el símbolo durante un momento y advierta cómo se siente", para volver a tener acceso al estado de comodidad y seguridad.
  8. Sugerir a la cliente que puede "sentirse libre de usar este símbolo en cualquier lugar que lo necesite, para reconectarse al estado de (relativa) comodidad y seguridad." En algunos casos puede ser beneficioso que escriba la palabra del símbolo en un papel, que pueda llevar consigo. Otra opción es entregarle un objeto que le recuerde su clave asociativa o indicarle que lo busque y lo compre.
- (Dolan, 1991, p. 102-103)

El objetivo de esta técnica es que el paciente pueda disponer de una clave asociativa que pueda usar cuando experimenta ansiedad, y que rompa el estado ansioso.

### **2.3. Sugestiones posthipnóticas**

Objetivo: Generación de comodidad en ciertos contextos.

Técnica: Autohipnosis frente al estresor. (Alman y Lambrou, 1992) (Ver Anexo N° 6)

### **2.4 Fenómenos ideosensorios** (Sensaciones corporales ansiosas gatilladas por pensamientos o estímulos ambientales).

Objetivo terapéutico: Desintegración del complejo ideodinámico. Generación de orden en las ideas y contacto con los recursos

Técnicas: Amplificación de soluciones exitosas o de eventos en que no se da el complejo ideosensorio (búsqueda de excepciones) (Dejong y Berg, 1998; de Shazer, 1992) (Ver Anexo N° 6)

Reasociación ideosensorial: Construcción de claves asociativas a través de la intervención hipnótica en el complejo-síntoma. (Ver Anexo N° 6)

### **2.5 Alteraciones sensoriales**

Objetivo terapéutico: Integrar las distintas partes de la experiencia

Técnicas: Diálogo de partes (Greenberg y otros, 1996; Yapko, 1988)



La técnica "del diálogo de partes se deriva de la técnica gestáltica de Perls, en el cual el paciente dialoga con partes de si mismo que parecen estar en conflicto, las cuales coloca en una silla vacía y el paciente asume por turnos esos papeles. Se espera que al vivir las emociones relacionadas con cada parte de si mismo, el paciente pueda comenzar a simbolizar esas experiencias e integrarlas en un si mismo más abarcador.

En el contexto de esta investigación, por ejemplo, se invitó a las pacientes a colocar en una silla vacía su parte ansiosa, en la otra silla a la parte que sabe relajarse; o la parte que resuelve conflictos con la que se angustia.

## **2.6 Distorsión de tiempo**

Objetivos: No distorsionar el tiempo y vivirlo en un ritmo consensual.

Técnicas: Hipnosis experiencial con el fenómeno involucrado, metáforas y sugerencias posthipnóticas (Pacheco, 1998; Yapko, 1990) (Ver Anexo N° 6)

## **3. Pautas de déficits/excesos experienciales**

Objetivo: Flexibilizar las pautas de representación de la experiencia y la relación interpersonal, para facilitar la adaptación a los constantes cambios de la vida.

Técnicas: Tareas para construir habilidades, metáforas para la modificación de parámetros y desarrollo de recursos. (Ver Anexo N° 6)

### **3.1 Dirigido por otros**

Objetivo: Autodeterminar el comportamiento, tomando en cuenta los propios estados y los de los demás

Técnicas: Metáforas terapéuticas entregadas en trance hipnótico formal o no formal, para facilitar la autodeterminación del comportamiento y la independencia personal.

### **3.2 Pensamiento Concreto-Global**

Objetivo: Ordenar las secuencias de eventos. Generalizar aprendizajes

Técnicas: La entrevista como técnica de intervención en cuanto ordena las quejas, el motivo de consulta, los objetivos, las metas, los cambios y el manejo de ellos. (Yapko, 1992)

### **3.3 Estilo de concentración situacional: Focalizado-Difuso**

Objetivo: Equilibrar el estilo de concentración.

Técnicas: Autohipnosis orientada externamente (Dolan, 1991) (Ver Anexo N° 6)



**3.4 Sistema representacional variable** (Utilización terapéutica del sistema representacional primario).

Objetivo: Creación de claves asociativas por medio del "anclaje" de la comodidad en submodalidades.

Técnicas:

Inducción de trance por acompañar y dirigir: (Grinder y Bandler, 1981) Técnica de inducción de trance de utilización básica de Erickson, y que en esta investigación fue utilizada para crear claves asociativas de seguridad y comodidad en el sistema representacionales primario de la paciente.

Un ejemplo de "inducción de trance por acompañar y dirigir" es el siguiente: (Los símbolos [e] e [i] indican experiencias externas e internas, respectivamente.)

Como ya dije, Barb, usted puede hacerlo con los ojos abiertos o cerrados, cualquiera sea la forma más cómoda. Y conforme se sienta ahí [e], puede sentir el apoyo que la silla le ofrece a lo largo de la región de los riñones [e], y puede sentir el lugar donde las barras se están apoyando en sus pies, bien enfrente de sus tobillos [e]. Y puede percibir, sentada ahí [e], el calor del lugar donde sus manos están reposando sobre las piernas y los muslos [i], además de una sensación de comodidad presente [i]. Y en la próxima vez que sus ojos comiencen a cerrarse [e], simplemente permita que permanezcan así y aproveche la creciente sensación de comodidad interior [i]. (Alguien estornuda.) Y el sonido del estornudo [e] la envuelve por dentro [i], dejándola todavía más cómoda [i]. Y mientras está sentada inspirando [e]... y expirando [e]... tiene una sensación de comodidad [i]... cada vez mayor... procure oír esos sonidos en especial [i]... y aproveche la sensación creciente... de seguridad [i]... para los objetivos que tenemos aquí...

En este instante, Barb, me gustaría que su mente inconsciente escogiese [i]... darle una sensación de rejuvenecimiento... y de renovación... mientras usted se sienta ahí escuchando el sonido de mi voz [e]... así como el tintineo de las tazas [e]... pero con una sensación de independencia cada vez mayor que la rodea [i]... y una comodidad interior [i]... y para los propósitos por los cuales estamos aquí... una demostración... usted ya lo ha hecho muy bien...

[De aquí en adelante, casi todos los comentarios apuntan a la realidad interna de la sujeto, la cual ya se encuentra en trance.]

Le pediré a su mente inconsciente... que haga que... una... o las dos... manos y brazos... comiencen a levantarse... si en realidad es adecuado... con movimientos inconscientes... pequeños... y honestos... y puede preguntarse... mientras está sentada ahí [e]... inspirando y expirando [e]... si esa respuesta particular... sería o no... lo que escoge su mente inconsciente... o... igualmente útil... para los propósitos que tenemos esta tarde... sería para su inconsciente... ofrecerle una sensación de comodidad... y si es más apropiado... para suministrarle... sensaciones de rejuvenecimiento... lentamente vuelva aquí y reúnanse con nosotros... en esta sala... sintiendo placer por la rapidez con que puede aprender... estas fases iniciales... de alteración de su estado de consciencia...

Sea cual sea su caso... me gustaría en esta oportunidad... pedirle a su mente inconsciente... que prepare algún material... el carpintero que se aproxima... a la construcción de un edificio tiene... como su instrumento básico... para comenzar... los maderos... los clavos... y las herramientas que carga... las tablas y los clavos no tienen sentido... mientras no sean reunidos... en una forma particular... y clavados unos en los otros... de este modo, termina haciendo pequeñas marcas en el papel... las marcas particulares en el papel que llamamos alfabeto se construyen... con pequeños pedazos de madera o varitas... y es mucho más fácil ver... claramente... el producto acabado... que el carpintero... puede construir... una casa... un garaje... de lo que quiere ver la misma forma... mientras las tablas... y los clavos todavía están separados... unos de los otros...

Hay modos... naturales... de percibir... que pueden ser aprendidos... en lo alto, en el aire... un panorama entero... por ejemplo... la costa marítima de San Francisco... puede ser vista en una sólo mirada... y su sentido aprendido... y realmente... dentro de un avión... es mucho más fácil ver cosas así... y aprender... en todo sentido... de la costa marítima de San Francisco... que nadando por entre sus edificios... lo mismo sucede en muchas otras áreas de nuestra vida...

Ahora escoja lo que escoja... el inconsciente la hará volver con una sensación de rejuvenecimiento... o hará que usted nade más profundo todavía... señálemelo con la elevación de una o las dos manos... lo que escoja lo dejo enteramente a cargo de su inconsciente... Me gustaría pedirle que cualquiera sea la elección, comience a reunir los materiales... a los cuales me refería... de modo que sus percepciones puedan ordenarse... de un modo más nuevo y eficiente...

[Ella abre sus ojos y bosteza.]

(Grinder y Bandler, 1981, pp. 37-38)



Anclas de comodidad (Grindler y Bandler, 1982; Weerth, 1998).

Dilts y otros (1980/1985 citado en Weerth, 1998, p. 196) definen anclas como: "una representación cualquiera (producida interna o externamente) que provoca otra representación [...] El anclaje se basa en el supuesto que toda experiencia es representada como una 'figura' que contiene información sensorial. Siempre que se nos presenta de nueva una parte de una experiencia concreta, también el resto de las partes de la experiencia vuelven a reproducirse en alguna medida."

La técnica más común de "anclaje" consiste en que se sugiere al cliente la evocación de algún estado vivencial de un recurso personal, y el psicoterapeuta toca al paciente en algún lugar del cuerpo (generalmente en las muñecas o la mano), o se pronuncia una palabra o sonido determinado en el mismo instante en que el cliente vivencia el recurso con mayor intensidad. Luego se le solicita que vaya internamente a un contexto problemático en el cual necesite disponer de ese recurso. Mientras el cliente se imagina el contexto, se asocia el recurso "anclado" tocando la muñeca o la mano del cliente, para así facilitarle un rápido acceso a los recursos; con lo cual se altera la vivencia del problema. También puede enseñársele al cliente a establecer por si mismo una o varias anclas de recurso que él mismo pueda introducir después en el contexto adecuado. (Weerth, 1998)

### **3.5 Foco de atención externo**

Objetivo: Tomar en cuenta las señales internas, las emociones propias y de los demás en forma equilibrada.

Técnicas: Metáforas terapéuticas. (Lankton y Lankton, 1983,1989) (Ver Anexo N° 6)

### **3.6. Estilo de procesamiento acrecentador**

Objetivo: No acrecentar los riesgos y fracasos.

Técnicas: Tarea de fórmula de la primera sesión. (de Shazer, 1992) (Ver Anexo N° 6)

Inventario de excepciones. (de Shazer, 1992) (Ver Anexo N° 6)

Experimentar el síntoma disociado, en pantalla de cine o imaginarse en algún lugar seguro. (Bandler, 1988).



Bandler (1988, p. 33-43) describió lo que denomina "el cambio de los puntos de vista", que posibilita que se modifique el impacto emocional de un recuerdo, según si se lo experimenta *asociado* o *disociado*. Esta técnica posibilita intervenciones breves en el tratamiento de fobias y síntomas del estrés postraumático.

La técnica sigue la siguiente secuencia:

1. Enseñar a la persona a disociarse, a través de verse a si misma en una pantalla, realizando una actividad cualquiera, neutral. Se ancla una señal física de ese estado disociado.
2. Se solicita a la persona que se imagine sentada en medio de un cine, y en la pantalla puede ver una foto en blanco y negro en la que se ve a si misma, en una situación justo antes de tener la respuesta fóbica [u ocurriera la situación traumática].
3. Enseguida se sugiere que flote fuera del cuerpo hasta la caseta de proyección, desde donde puede observarse a si misma mirando esa pantalla [doble disociación]. Desde esa posición puede verse a si misma sentada en el medio del cine y también puede verse en la foto fija sobre la pantalla. [Aquí el terapeuta puede tocar la parte del cuerpo donde se ancló la respuesta de disociación.]
4. Se sugiere que la persona convierta la foto de la pantalla en una película en blanco y negro y la observe desde el principio hasta justo más allá del fin de la experiencia desagradable. Cuando llegue al final, se sugiere que la detenga como una diapositiva y, en seguida, que salte dentro de la imagen y proyecte la película de atrás para adelante. Toda la gente va a caminar para atrás y todo va a suceder en reverse, tal como cuando se rebobina una película, excepto que la persona va a estar dentro de ella. Se pide que la pase para atrás en colores, y se sugiere que esto sea rápido.  
(Dependiendo de la magnitud de la respuesta ansiosa ante la fobia [o intensidad del evento traumático] se pueden sugerir más disociaciones, que modifique las submodalidades de la imagen, hasta que la ansiedad disminuya.)
5. Luego se comprueba el éxito, pidiendo que la persona se vea en la situación fóbica [trauma] y se percate de lo que siente ahora.

### **3.7 Víctima de la experiencia**

Objetivo: Otorgar más control sobre su experiencia.

Técnicas: Metáforas terapéuticas (Lankton, 1983, 1989) (Ver Anexo N° 6)

### **3.8 Locus de control externo**

Objetivo: Controlar la propia conducta y los eventos situacionales que pueden estar bajo su propio control.

Técnicas: Metáforas terapéuticas (Lankton, 1983, 1989) (Ver Anexo N° 6)

Reasociación ideosensoria: Construcción de claves asociativas a través de la intervención hipnótica en el complejo-síntoma. (Ver Anexo N° 6)

### **3.9 Elevada reactividad emocional**

Objetivo: Controlar las emociones y poderlas expresar asertivamente.

Técnicas: Ejercicios vivenciales de expresión emocional (Greenber y otros, 1996)

Greenberg y otros (1996) han descrito la técnica del "despliegue evocador sistemático" para trabajar con incidentes en los cuales los pacientes reaccionaron ante alguien o una situación, de un modo que les resultó inesperado, exagerado o poco razonable, y lo relatan con un sentimiento de confusión.

Lo que facilitaría el cambio terapéutico con este acercamiento, es que cuando las personas se centran en una reacción particular, esto les permite volver a experimentar y explorar todo un ciclo de procesamiento que los llevó a una reacción, interna o externa, que no encaja con sus propias expectativas respecto a si mismos.

La estructura de esta técnica es la siguiente (Greenberg y otros, 1996, p.176-181):

*Etapa 1: Preparándose para la exploración.*

1. El indicador: expuesta a la reacción problemática.

El cliente siente que su reacción ha sido inesperada, inapropiada, inadaptada o al menos problemática.

2. Confirma lo que sintió como problemático y está de acuerdo en explorarlo.

En respuestas a las reflexiones en pregunta del terapeuta, el cliente identifica el aspecto de su reacción que le pareció problemático y confirma que efectivamente le resultó confuso. Luego el terapeuta sugiere que éste puede ser un ámbito importante e interesante que estudiar en detalle. Si el cliente está de acuerdo se pasa a la etapa siguiente.

*Etapa 2: Reevoación de la experiencia.*



3. Vuelve a entrar vívidamente en la escena y comienza a experimentarla nuevamente.

Se ayuda al cliente para que se impliquen en una re-experimentación vívida de la situación antes que se desencadenara la reacción. Se le anima a que transmita al terapeuta su sentimiento inmediato con respecto a la situación en particular y su experiencia interna en aquel momento.

4. Busca y reconoce los elementos más importantes en la situación estímulo.

Cuando la escena ha empezado a hacerse vívida de una forma vivencial, se anima a los clientes a que se hagan conscientes del aspecto de la situación que consideran como más destacado y que estuvo relacionado con la reacción. Este debe ser un reconocimiento espontáneo del aspecto que tuvo impacto, lo que llama la atención al cliente.

Este reconocimiento sitúa los aspectos destacados en el foco de la consciencia, permitiendo que el cliente comience una exploración intensiva del significado idiosincrásico que tuvo la situación para él.

*Etapas 3:* Rastreo del significado idiosincrásico del estímulo, tal y como se ha interpretado.

Atiende separadamente a la reacción afectiva y/o a la interpretación subjetiva de la situación estímulo.

5. Atiende a las reacciones emocionales ante los estímulos percibidos.
6. Atiende a la naturaleza de la propia interpretación subjetiva de los estímulos percibidos.

Esta etapa de la exploración es compleja y, con frecuencia larga. Los clientes re-experimentan estos episodios de un modo vívido, pero lento, desde una exposición exploratoria. Es importante que experimenten y exploren tanto sus reacciones a nivel de "sentimientos" internos frente a la situación estímulo, como a la naturaleza de su propia interpretación perceptual de la situación.

Esta etapa se logra en mejor medida si el cliente no se centra en ambos aspectos a la vez, sino que en forma cambiante, de modo que ambos aspectos vayan convergiendo.

Esta etapa finaliza cuando el cliente reconoce en forma espontánea que la reacción que le parecía problemática era una respuesta directa de su propia interpretación idiosincrásica de significado de algunos rasgos de la situación estímulo y las emociones activadas por la naturaleza de dicha interpretación. Esto provee un "puente de significado" entre la



reacción confusa y la naturaleza de la interpretación automática del impacto relevante al si mismo o del impacto potencial de la situación estímulo.

*Puente de significado:* Resolución parcial-reconocer la relación causal entre reacción e interpretación del impacto del estímulo.

*Etapa 4:* Reconocimiento y re-examen del propio modo de funcionamiento (esquemas del mismo)

7. Aunque todavía está vicencialmente implicado, ya puede alejarse y examinar su propio modo de su funcionamiento en el contexto de sus propias necesidades, deseos, miedos, valores, deberes y cualidades personal.
8. Amplía la exploración y re-examina su propio modo de funcionar en otras situaciones.

La consciencia que las propias reacciones confusas son la respuesta directa de las propias interpretaciones de la situación estímulo y los sentimientos activados por ellas proporciona, a menudo, a los clientes un sentimiento para una exploración más amplia. Se produce normalmente un reconocimiento espontáneo de que la manera en que reaccionaron en esa situación era un ejemplo de un modo de funcionamiento más generalizado, en el que uno se siente inconsistente con sus propias expectativas, satisfacciones y objetivos. Este reconocimiento proporciona, a menudo, un estímulo para el proceso de búsqueda guiado por el si mismo que va mucho más allá de un examen intelectual.

*Resolución:* Nueva consciencia y comprensión de aspectos importantes del modo de funcionamiento, de modo que el problema se reestructura. Hay una nueva consciencia de lo que se quiere cambiar y un nuevo sentido de tener el poder para efectuar los cambios.

### **3.10 Tomador de distancia**

Objetivo: Enfrentar los desafíos, no alejarse de todo.

Técnicas: Experimentar el síntoma disociado, en una pantalla de cine o imaginarse en algún lugar seguro (Bandler, 1988)

Reasociar los recursos a la experiencia presente, a través de claves de seguridad y comodidad. (Dolan, 1991)

Ejercicios vivenciales de expresión emocional (Greenber y otros, 1996)

### **3.11 Estilo atribucional autoculpógeno**

Objetivo: No culparse por lo que no está en sus manos resolver.

Técnicas: Metáforas terapéuticas (Lankton, 1983, 1989) (Ver Anexo N° 6)

### **3.12 Hiperresponsabilidad**

Objetivo: Generar la capacidad de delegar.

Técnicas: Metáforas terapéuticas (Lankton, 1983, 1989) (Ver Anexo N° 6)

### **3.13 Excesiva orientación a las tareas**

Objetivo: Pensar más en las personas empezando por ella misma.

Técnicas: Inventario de los sueños o aspiraciones que alguna vez dejó de lado. En esta investigación se solicitó a la paciente que escribiera acerca de su sueños de juventud, con lo cual se pretendió rescatar aspiraciones de la adolescencia y la juventud, con el fin de contribuir al desarrollo de un sentido de la vida personal.

### **3.14 Valores rígidos**

Objetivo: Desarrollar flexibilidad.

Técnicas: Relato de historias (Lankton y Lankton, 1983, 1989) (Ver Anexo N° 6)

Tareas que apuntan a la flexibilidad (Yapko, 1988); algunas de estas tareas son:

#### "Puntos de vista"

Se solicita al paciente que tome una variedad de problemas sociales, los ordene en una jerarquía de compromiso emocional, que vaya desde la apatía personal al compromiso emocional ante ellos, y escriba al menos dos (más, si es posible) "Puntos de vista" sobre ese problema particular. Además, se le solicita generar al menos media docena de argumentos en apoyo de cada uno de los puntos de vista diferentes. Esto puede requerir, en una u otra forma, una investigación para llevar a cabo esta tarea en forma efectiva, pero el cliente tiene una amplia oportunidad para descubrir apoyos adecuados para las visiones diferentes, para derivar una confirmación de sus propios puntos de vista, y tomar en consideración perspectivas que previamente ignoró o minimizó. El efecto neto es comenzar a construir una mayor aceptación de lo que sé es, más que esforzarse no realísticamente por lo que no se puede ser. (Adaptado de Yapko, 1988, p. 97)

#### "Una variedad de interpretaciones"

Para construir algo de flexibilidad en el estilo de interpretación del individuo, puede indicarse al cliente que genere "Una variedad de interpretaciones) de



los eventos cotidianos, con un número de interpretaciones positivas, neutrales o negativas de acuerdo a la directiva del clínico. Generalmente, el autor requerirá al menos tres interpretaciones positivas y tres neutrales para cada interpretación negativa. Inicialmente, esta estrategia es mejor cuando se usa con experiencias rutinarias que conllevan poca o ninguna carga emocional para el individuo (v.g., por qué el dependiente del almacén cambió con él). Cuando el cliente ha comenzado a practicar generando rápidamente "Una variedad de interpretaciones" para un evento, se hace más difícil encerrarse rígidamente solamente en lo negativo. (Adaptado de Yapko, 1988, p. 97)

#### "Identificación de las reglas"

En consideración con este aspecto de la rigidez, puede ser una directiva útil para que el cliente "Identifique las reglas", cubiertas y encubiertas, del sistema y los subsistemas asociados con sus síntomas. Específicamente, se estimula al cliente para que piense en términos de qué reglas son las que dictan lo que es posible y no es posible en respuesta a los problemas personales o en las relaciones interpersonales significativas. Se alienta primero al cliente a pensar respecto a las reglas en otros contextos, tales como las reglas que dictan las interacciones en su familia de origen o las reglas que gobiernan el trabajo. (Adaptado de Yapko, 1988, p. 98)

### **3.15 Excesiva orientación al futuro**

Objetivo: Atender al presente y orientarse a metas a futuro en forma realista.

Técnicas: Autohipnosis orientada externamente (Dolan, 1991) (Ver Anexo N° 6)

Símbolo del presente (Dolan, 1991)

Construcción de un listado de metas personales, para ser alcanzadas a corto, mediano y largo plazo (metas expresadas en términos conductuales); y redactar los pasos que tendrá que dar la paciente para alcanzar esas metas. Discusión sobre la posibilidad de alcanzar las metas.

### **3.16 Compartimentalización baja**

Objetivo: Desarrollar la división de la experiencia en sus partes componentes.

Técnicas: Inducción de trance conversacional en donde se coloque énfasis en la diferenciación de la realidad interna (comodidad) y la realidad externa (ambiente circundante).

Metáforas terapéuticas (Yapko, 1999)



**ANEXO 8**  
**Pauta de Evaluación de Síntomas Ansiosos**

**Pauta de Evaluación de Síntomas Ansiosos**

Dimensiones / Respuestas	SI	NO	Puntuación
<b>I Síntomas Ansiosos en la dimensión fisiológica</b>			
1 Perturbación del sueño (Insomnio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Perturbación del apetito (Hiperfagia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Agitación constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tensión muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Cefaleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Sensación de agotamiento al levantarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Exceso de energía de activación (arousal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Taquicardias repentinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Patrón de Respiración restringida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Sensación de nudo en la garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Sensación de ahogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Sensación de boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total			<input type="checkbox"/>
<b>II Síntomas Ansiosos en la dimensión cognitiva</b>			
1 Anticipación constante de los hechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Expectativa catastrófica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pérdida de objetividad y toma de perspectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Preocupación excesiva por situaciones cotidianas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ideación de muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Concentración disminuida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Idea de que el tiempo pasa rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Curso del pensamiento acelerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total			<input type="checkbox"/>

**Pauta de Evaluación de Síntomas Ansiosos (Continuación)**

**III Síntomas Ansiosos en la dimensión conductual**

1 Hiperactividad constante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Agitación psicomotora permanente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Descanso inadecuado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Habla acelerada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 Comportamiento compulsivo, perfeccionista	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 Comportamiento defensivo (alerta constante)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 Abuso de sustancias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total			<input type="text"/>

**IV Síntomas Ansiosos en la dimensión afectiva**

1 Interpretación de las emociones como miedo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Inseguridad de sí mismo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Estimación de sí mismo empobrecida	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Irritabilidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 Enhedonia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 Sentimientos de pérdida del control	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 Amplificación de las amenazas y las dificultades	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 Sentimientos de incapacidad para resolver problemas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total			<input type="text"/>

**V Síntomas Ansiosos en la dimensión relacional**

1 Evaluación negativa de sí mismo constante en Situaciones sociales.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Excesiva responsabilidad por los otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Dificultad en la independización de los otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Elevada reactividad emocional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 Episodios de crisis de llanto, agresión, intentos De suicidio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 Evitación social (Lo social es fuente de ansiedad)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 Límites personales difusos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 Expresión inadecuada de la rabia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total			<input type="text"/>



**Pauta de Evaluación de Síntomas Ansiosos (Continuación)**

**VI Síntomas Ansiosos en la dimensión Simbólica**

1 Pesadillas recurrentes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Imágenes inoportunas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total			<input type="text"/>

**VII Síntomas Ansiosos en la dimensión Contextual**

1 Respuestas ansiógenas predecibles frente a Situaciones particulares referidas a personas, Lugares, horas, épocas.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total			<input type="text"/>

**VIII Síntomas Ansiosos en la dimensión histórica**

1 Rango estrecho de experiencias personales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Crianza en una cultura de valores rígidos en cuanto Al rol genérico.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total			<input type="text"/>

**Pauta de Evaluación de Síntomas Ansiosos (Continuación)**

**Cuadro Resumen**

DIMENSIÓN / TOTALES	Puntuaciones	
	Pje. Inicial	Ptje.final
<b>I Síntomas Ansiosos en la Dimensión fisiológica</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>II Síntomas Ansiosos en la Dimensión cognitiva</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>III Síntomas Ansiosos en la dimensión conductual</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>IV Síntomas Ansiosos en la dimensión Afectiva</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>V Síntomas Ansiosos en la dimensión Relacional</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>VI Síntomas Ansiosos en la dimensión Simbólica</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>VII Síntomas Ansiosos en la dimensión Contextual</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>VIII Síntomas Ansiosos en la dimensión Histórica</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Total General</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Puntaje máximo de la prueba	<input type="text"/>	
Puntaje obtenido al inicio de la terapia	<input type="text"/>	
Puntaje obtenido al final de la terapia	<input type="text"/>	

**Anexo N° 9**  
**Puntaje Bruto Obtenido por el Grupo Experimental, por dimensión y total**  
**para la medición antes y después de los síntomas ansiosos.**



S	Fisiológica		Cognitiva		Conductual		Afectiva		Relacional		Simbólica		Contextual		Histórica		Total	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
1	15	5	6	1	6	1	7	0	6	3	1	0	1	0	2	2	44	27
2	9	2	8	1	6	1	8	0	8	1	2	0	1	1	1	1	43	7
3	14	3	8	3	7	2	8	0	8	1	2	0	1	0	2	2	50	11
4	12	4	8	2	7	2	8	1	8	0	1	0	1	0	2	2	51	11
5	7	0	5	0	4	2	7	1	5	0	0	0	1	0	2	1	31	4
6	8	0	7	1	4	2	8	1	7	0	1	0	1	0	0	0	36	4
7	11	1	6	0	4	1	8	0	7	1	1	0	1	0	2	1	40	4
8	6	1	5	0	4	1	7	2	4	0	0	0	0	0	2	1	28	5

**Anexo N° 10**  
**Puntaje obtenido por el Grupo Experimental, antes y después**  
**en el nivel de consumo de benzodiazepinas**

Sujeto	Fármaco	Puntaje. Antes	Puntaje después
1	Alprazolam	4	3
2	Clordiazepóxido	3	2
3	Diazepam	2	0
4	Diazepam	2	1
5	Alprazolam	2	0
6	Alprazolam	2	0
7	Alprazolam	3	0
8	Diazepam	2	0



**Anexo N° 11**  
**Puntaje obtenido por Grupo control, por dimensión y total para**  
**la medición antes y después de los síntomas ansiosos**

S	Fisiológica		Cognitiva		Conductual		Afectiva		Relacional		Simbólica		Contextual		Histórica		Total	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
1	9	8	5	5	4	4	8	8	8	8	2	2	1	1	2	2	39	38
2	10	7	7	7	6	6	5	5	6	6	0	0	1	1	2	2	37	34
3	12	11	7	6	5	6	8	8	5	5	2	1	1	1	2	2	42	40
4	9	9	5	5	5	6	6	5	6	6	2	1	1	1	2	2	36	35
5	8	7	7	5	5	4	8	8	6	7	0	0	1	1	1	1	36	33
6	9	10	8	8	7	6	7	8	5	6	1	0	0	0	1	1	38	39
7	7	7	7	6	7	5	8	8	7	5	1	1	0	0	2	2	39	34
8	12	11	8	8	7	6	8	7	8	8	2	2	0	0	1	1	46	43

**Anexo N° 12**  
**Puntaje obtenido por Grupo control, antes y después en el**  
**nivel de consumo de benzodiazepinas**



Sujeto	Fármaco	Puntaje Antes	Puntaje Después
1	Diazepam	2	2
2	Alprazolam	2	3
3	Clordiazepóxido	3	3
4	Alprazolam	2	2
5	Diazepam	2	2
6	Diazepam	3	3
7	Clordiazepóxido	1	2
8	Diazepam	2	2

**Anexo N° 13**  
**Resúmenes de Casos**

## Resumen de caso. Caso 1

### 1.- Antecedentes personales

CASO	DATOS	IDENTIFICACION
Paciente	Edad	38 años
	Estado civil	Casada (20 años)
	Nivel educacional	Media incompleta.
	Familia	3 hijos (hombres de: 19, 12 y 11 años). Esposo de 46 años.
	Diagnóstico	Trastorno por estrés postraumático.
	Fármaco	Alprazolam 0,5 mg.
	Prescripción	1-0-1 (1,0 mg. al día).

### 2.- Antecedentes del caso

Paciente operada de vesícula (con incisión abdominal) en Septiembre de 1997. Luego de este procedimiento médico, debía retirarse a su casa dentro del mismo día, o a más tardar al día siguiente, sin embargo estuvo una semana hospitalizada, lo que comenzó a inquietarla y a cuestionarse de que algo andaba mal con ella.

Posterior al alta siguió con molestias en la zona abdominal, se investigó estas dolencias, sin resultados positivos, hasta que en enero del año 1998 la llevaron de urgencia porque no resistía los dolores y la volvieron al intervenir. En esta segunda intervención se dieron cuenta que esta paciente se había quedado con una sonda al interior de su cuerpo, extrayéndosela.

Luego de esta intervención quirúrgica la señora comenzó a tener dificultades en el proceso de cicatrización, que tardó meses en terminarse. Durante este periodo desarrolló una sintomatología que se mantuvo hasta el inicio del proceso terapéutico. Esta paciente se sentía enferma, con la idea de que se iba a morir, de hecho cualquier señal de su cuerpo, especialmente señales de tensión, como por ejemplo, sudor de manos, hinchazón de una pierna, espalda "prendida", temblores, respiración agitada, eran excusas para comenzar a preparar su ropa, los papeles del hospital —que guardaba celosamente— daba instrucciones a su hijo mayor para que cuidara los menores.

Además presentaba insomnio de conciliación, sobre todo cuando tenía que realizar alguna actividad importante al otro día, dormía mal, despertaba cansada, esto aumentaba su nerviosismo y las ideas de muerte que la rondaba. También



soñaba con doctores, con sangre, pensaba habitualmente, sin poder evitarlo, en todo el proceso que vivió durante ambas hospitalizaciones; de pronto tenía imágenes intrusivas (*flashbacks*) del quirófano, de la sala de recuperación.

Le desagradaba tremendamente ir al consultorio, dejó de tener buena recepción hacia los médicos y sus indicaciones. Se sentía irritable, muy nerviosa, con cefaleas, baja concentración, con respuestas de sobresalto ante el menor estímulo, dificultades en su apetito, dolores musculares, taquicardias; también presentaba fluctuaciones del estado de ánimo.

Se encontraba muy unida a su familia nuclear, en extremo apegada a su hijo mayor de 19 años, incluso lo iba a dejar todas las mañanas al microbús (él es estudiante de instituto técnico superior) de la mano, lo que avergonzaba a éste.

Cada vez que les contaba de sus dolores y quejas ellos no la tomaban en cuenta, le decían que estaba loca. Cuando ellos la dejaban sola durante el día, ella se entristecía en demasía, pensaba que en la casa había algo malo.

No tenía amigas, a las vecinas ya no las frecuentaba porque pensaba que no eran sinceras, porque nadie se acercó a ella cuando estuvo enferma.

En general esta paciente se encontraba constantemente pensando que algo malo iba a pasarle, muy pendiente a las señales de su cuerpo para comprobar que no estaba bien de salud. Además cuando tenía que hacer algo lo experimentaba con anticipación, lo que la ponía tensa, dormía mal, despertaba al otro día pensando que sería un día malo, que algo malo le iba a suceder, lo que aumentaba su nerviosismo.

El medicamento que tomaba en las mañanas y en las noches le transmitía la sensación de tranquilidad, aunque reconocía que no le servía cuando estaba muy nerviosa.

Al preguntarle si había momentos en los que se sintiera realmente tranquila, respondió afirmativamente, estos se relacionaban con escuchar música, hacer adornos en la casa, arreglar en jardín, compartir con su familia, no pensar en que se va a morir, sino más bien que va a salir adelante.

Esta paciente impresionaba como una persona poco flexible, perfeccionista en cada actividad que realizaba, con poca capacidad de disociarse de los estímulos y eventos estresantes, orientada en extremo a futuro, con incapacidad para vivir el presente, víctima de la experiencia en el sentido de que atribuía todo lo que le pasaba al error que habían cometido los médicos y por eso ella estaba así, que no podía hacer nada por salir de ello.

### 3.- Motivo de consulta y meta mínima. Objetivos terapéuticos

Se estableció como motivo de consulta que ella pudiese desarrollar una tranquilidad que le permitiera sentirse bien, estar alegre, bailar con sus hijos y su esposo, hacer proyectos para su vida, sentir que podía apoyar a su familia, en especial a sus hijos menores.

Como meta mínima se estableció que ella pudiese reírse con los chistes que le contaba su hijo menor, dado que cuando éste le contaba uno ella miraba al suelo pensando en sus dificultades, sin terminar de escucharlo, lo que molestaba a su hijo y a ella la ponía triste.

4.- Resumen de las sesiones

Sesión Nº 1	Objetivos	Conocer el problema. Establecer motivo de consulta Generar rapport
	Intervenciones	Elogios y Tarea de fórmula de la primera sesión.
	Comentarios	Paciente con poco interés al principio, pero a medida que se desarrolló la sesión fue sintiendo que este proceso sería útil para ella.

Sesión Nº 2	Objetivos	Revisión de la tarea de fórmula (establecer excepciones) Profundización del proceso diagnóstico. Rescatar cambios entre sesiones
	Intervenciones	Símbolo del presente. Su planta favorita, el rayito de sol.
	Comentarios	La paciente desarrolla un trance hipnótico leve en forma espontánea durante el ejercicio del símbolo del presente. Lo relata como una experiencia muy positiva, no teniendo imágenes inoportunas sobre médicos y/o enfermedades. Se le sugiere aplicar el ejercicio cada vez que lo necesite.

Sesión Nº 3	Objetivos	Establecer y cimentar los cambios. Entregar herramientas para que logre vivir el presente. Trabajo sobre orientación temporal.
----------------	-----------	---

(Continuación Sesión N° 3)

Sesión N° 3	Intervenciones	Técnica "vaya lento": ¿Qué debería hacer para echar a perder los cambios que ha conseguido? Ejercicio de autohipnosis para estar en el aquí y ahora (5-4-3-2-1-)
	Comentarios	Relata estar mejor, con más ánimo, más relajada, más interesada por participar en actividades fuera de la casa, se incorporó a un taller de manualidades. Menciona haber disminuido su miedo (se construye una escala graduada para apreciar diferencias y metas con respecto a ese indicador). Dice que utilizó todos los días el ejercicio de la sesión anterior.

Sesión N° 4	Objetivos	Vivenciar una experiencia de trance hipnótico.
	Intervenciones	Inducción inicial para establecer confianza en la sabiduría del cuerpo.
	Comentarios	Relata estar más tranquila, menos irritable, ha podido reír con los chistes de su hijo menor. Se siente nerviosa a veces, pero descansada. Relata haber generado un espacio para hacer el ejercicio de la sesión 3 y que logro que sus hijos le dieran un espacio para ella. Relata que le gustó la experiencia de trance y que le gustaría realizar más de este tipo de trabajo por cuanto la tranquiliza y relaja sobremanera.

Sesión N° 5	Objetivos	Desarrollar en la paciente el fenómeno de la disociación
----------------	-----------	--



(Continuación Sesión N° 5)

Sesión N° 5	Intervenciones	Inducción y trabajo hipnótico propiamente tal, con evocación del fenómeno hipnótico de la disociación.
	Comentarios	Unas vecinas le dijeron que tenía la piel extraña, como que se le estaba poniendo negra; esto la entristeció porque pensó nuevamente en lo de su enfermedad y la muerte, pero sintió que lo superó bien, y que ya podía enfrentar esas ideas, catalogándolas de irreales. La experiencia de trance se realiza despertando a la paciente del cuello hacia arriba, dejando al resto del cuerpo anestesiado, la paciente experimenta esta sensación como agradable, lo que funciona como un reencuadre respecto de las sensaciones corporales, puesto que antes las parestesias eran experimentadas como señales de enfermedad.

Sesión N° 6	Objetivos	Lograr que pueda mantener y potenciar espacios de desarrollo personal.
	Intervenciones	Intervención en la pauta familiar: Hacer una lista, lo más completa posible, de todos los sueños personales, que tiene, ha tenido y que podría tener. Reflexionar todos los días sobre ello en un lugar a solas.
	Comentarios	Relata estar sobrecargada de actividades y tener poca cooperación de parte de su familia, siente que ellos han dejado de comprenderla ahora que esta mejor.

Sesión N° 7	Objetivos	Lograr independencia de su familia. Que deje de asumir excesiva responsabilidad por su marido e hijos
----------------	-----------	---

Sesión Nº 7	Intervenciones	Intervención en la pauta familiar: Lo mejor que puede hacer por sus hijos es apoyarlos para que ellos aprendan a valerse por si mismos (labor de una buena madre), estableciendo una actividad para cada una a diario.
	Comentarios	Se revisa una extensa lista que trae a la sesión donde figura volver a estudiar, trabajar, pintar, aprender artesanía, etc. Relata que ahora ve las cosas de la naturaleza y le da vida, esto la hace sentir bien; logra fácilmente poner su mente en blanco y descansar tranquilamente. Menciona que ha disminuido el consumo de Alprazolam a un par de unidades a la semana.

Sesión Nº 8	Objetivos	Incorporar la autohipnosis como herramienta para el fortalecimiento de los cambios.
	Intervenciones	Elogios y técnica "vaya lento". Ejercicio de autohipnosis: Inducción por fijación de ojo. Entrenamiento con la paciente durante la sesión.
	Comentarios	Siente que le da un poco miedo estar demasiado feliz, se encuentra relajada, auténtica, no le importa lo material, sino el contacto con la naturaleza y su familia. Siente que está conquistando un espacio dentro de su familia, lo hijos la han apoyado en los quehaceres de la casa, sobre todo el mayor, el que menos lo ha hecho es su marido, pues piensa que es labor de ella. La paciente experimenta el trance con toda facilidad.

Sesión Nº 9	Objetivos	Fortalecer la relación con su marido.
----------------	-----------	---------------------------------------

(Continuación Sesión N° 9)

Sesión N° 9	Intervenciones	Intervención en la pauta: Salga con su marido y cuénteles lo que a usted le sucede. Haga esto de manera continua.
	Comentarios	Ella deseaba contarle a su esposo lo que le estaba pasando, sus cambios, sus sueños, pero él le daba poco tiempo. Ella estuvo de acuerdo en hablar con él.  Los otros aspectos manchaban adecuadamente (efecto "bola de nieve").

Sesión N° 10	Objetivos	Evaluación de la terapia
	Intervenciones	Conversación sobre los cambios y su mantención.
	Comentarios	<p>La paciente relató haber obtenido durante este proceso los siguientes logros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empezó a mirar la vida diferente, ahora le impresionaban sobremanera los sonidos, especialmente los de la naturaleza, los pájaros, el gallo en la mañana.</li> <li>- Aprendió a salir delante de las dificultades.</li> <li>- No se preocupa tanto de lo que los otros opinen.</li> <li>- Aprendió a disfrutar más del momento.</li> <li>- Ahora toma las decisiones según lo que ella quiere.</li> <li>- La antigua "esclava de la casa" empezó a salir y descubrió que podía hacer cosas para ella.</li> <li>- Se empezó a tomar siestas por las tardes, aprendió a descansar, a estar tranquila.</li> <li>- Aprendió a inducirse tranquilidad y paz interior.</li> </ul> <p>Dejó los medicamentos, siente que ya no los necesita. El tiempo de abstinencia corresponde a cinco semanas.</p>



## Resumen de caso. Caso 2

### 1.- Antecedentes personales

CASO	DATOS	IDENTIFICACION
Paciente	Edad	49 años
	Estado civil	Casada (32 años)
	Nivel educacional	Sexto Año Básico.
	Familia	3 hijos: 27 años (mujer), 24 (mujer) 21 (hombre). Esposo de 51 años. Además viven en la casa la pareja del hijo hombre y un bebé de 8 meses.
	Diagnóstico	Ansiedad generalizada con crisis de pánico.
	Fármaco	Alprazolam 1mg.
	Prescripción	1-1-1 (3,0 mg. al día).

### 2.- Antecedentes del caso

Familia de clase baja, el esposo trabaja en la construcción (durante la terapia la situación laboral del esposo atraviesa por inestabilidad debido a la crisis económica ["Crisis asiática"] que afecta a este rubro).

Está siendo tratada en el Consultorio por Trastorno de ansiedad con Crisis de pánico desde hace 20 años; estuvo en tratamiento en cardiología con diagnóstico equivocado e intervención quirúrgica posterior de implante de marcapasos.

Refiere que sus síntomas comienzan después de su último embarazo, vivían de allegados en casa de una cuñada alcohólica. Tenían para ellos 5 una habitación pequeña, en la que ella pasaba todo el día encerrada debido a las presiones constantes de la cuñada para que bebiere alcohol.

Desde ahí ella comenzó a sentirse muy nerviosa en general y desarrolló las crisis que a lo largo de estos años. Sólo ha tenido tratamiento de cardiólogo y neurólogo. Este tratamiento ha consistido, a parte de la intervención quirúrgica, en la indicación de Alprazolam en dosis crecientes. Al comenzar la terapia consume 3 miligramos al día. Al inicio del tratamiento psicoterapéutico es tratada además por un médico becado en psiquiatría.

La forma en que experimenta sus síntomas son crisis regulares cada 2 a 3 semanas, cuando debe salir a algún lugar, siente que le palpita el corazón, comienza a respirar rápido, se marea, tiene visión de túnel y a veces se desmaya.

Esto que ella llama crisis también le ocurre en algunas circunstancias en que estando en la casa luego de pasar por alguna discusión con su marido, o se atrasa con alguna labor doméstica que debe cumplir, luego se comienza a preocupar, se agita, se siente angustiada y piensa que se va a sentir mal y le viene la crisis. Incluso hay ocasiones en que sin pasar por una situación problema igual comienza a sentir miedo, angustia y experimenta los síntomas. Debido a esto ha llegado a salir lo estrictamente necesario, como ir a las atenciones médicas, eso si en compañía de alguien.

La forma en que intenta resolver esto es tomando Alprazolam (cuando siente que se empieza a angustiar). El consumo del fármaco es de hace 24 años, antes lo hacía según la prescripción médica ahora lo consume según su estado emocional. Han pasado épocas en que sus hijas mayores (casadas viven lejos de ella) han tenido que irse a quedar con la paciente para cuidarla por períodos de meses.

En la dinámica familiar se observa un marido alcohólico (bebe solo en su casa los fines de semana y la trata mal), él la presiona con la comida cuando llega en la noche y por otro lado constantemente le esta diciendo que va a quedar sin trabajo, ella está en constante preocupación de ello.

### 3.- Motivo de consulta y meta mínima. Objetivos terapéuticos

El motivo de consulta es que no le den más crisis. Sentiría que su problema se ha resuelto si pudiera salir a la calle, a pasear, si pudiera estar tranquila al hacer las labores domésticas y después de tener algún problema con el marido.

Los objetivos terapéuticos son en primera instancia lograr que la paciente experimente comodidad ya que hace bastante tiempo que esto no sucede.

Por otro lado es importante cambiar el proceso a través del cual ella hace sus síntomas, amplificando su foco de atención desde estrechamente interno en sus señales corporales hacia el exterior.

Cambiar su estilo de procesamiento cognitivo, centrándose en su fortaleza interna, que ha mantenido guardada durante mucho tiempo.

### 4.- Resumen de las sesiones

Sesión	Objetivos	
Nº 1		Diagnóstico estratégico del problema. Establecer motivo de consulta Generar rapport y expectativas de cambio acerca de lo que experimenta puede ser abordado con las técnicas más adecuadas y sofisticadas.



(Continuación Sesión N° 1)

	Intervenciones	Elogios y Tarea de fórmula de la primera sesión. Diario de Abordo.
	Comentarios	Se muestra muy angustiada. Manifiesta mucha necesidad de lograr estar más tranquila y sin crisis. Se observa sorprendida con el elogio, e interesada en realizar la tarea asignada

Sesión N° 2	Objetivos	Revisión de la tarea de fórmula (establecer excepciones) Profundización del proceso diagnóstico. Analizar los cambios iniciales.
	Intervenciones	Inducción conversacional, utilizando la pauta, para alterarla. Reencuadre de la ansiedad
	Comentarios	Relata no haber manifestado crisis durante la semana. Cuando le venía la crisis uso el diario de abordo y los síntomas se atenuaron. La paciente desarrolla un trance hipnótico leve manifiesta haber sentido comodidad y tranquilidad, lo cual le hace sentir optimismo con la terapia.

Sesión N° 3	Objetivos	Revisar los avances. Prescripción del síntoma con fines diagnósticos. Orientación temporal al aquí y ahora.
Sesión N° 3	Intervenciones	Se realiza hipnosis para la modificación de parámetros, clave asociativa, focalización sensorial, tarea para la obtención de meta mínima 1 y 2 cuabras fuera de la casa. Sugerencias de descanso
	Comentarios	Relata no haber experimentado crisis. Ha estado más tranquila, pudo salir con la compañía de una hija. Incluso refiere haber olvidado el medicamento



Sesión Nº 4	Objetivos	Modificar el componente afectivo. Revisar Prescripción.
	Intervenciones	Se realiza técnica experiencial donde ella nota que puede integrar estas emociones como parte de su vida cotidiana.  No pudo experimentar los síntomas voluntariamente.
	Comentarios	No presenta crisis. Obtiene la meta mínima.

Sesión Nº 5	Objetivos	Modificación fisiológica
	Intervenciones	ejercicios de actividad física. Visualización
	Comentarios	la paciente puede experimentar en forma controlada algunas variaciones de los ritmos biológicos tales como las palpitaciones del corazón, la aceleración de la respiración, y tiene la experiencia de sentir cómo estas respuestas tienden a estabilizarse en forma natural.  Se producen cambios a nivel cognitivo que se potencian mediante la técnica de la visualización de la situación exitosa y como en ese momento se centra en aspectos positivos del ambiente y de sí misma.

Sesión Nº 6	Objetivos	Manejar los cambios Pactar la disminución del consumo
	Intervenciones	Se plantea la posibilidad de retirar paulatinamente el medicamento, a lo cual ella accede, poniendo la condición de que esta sea gradual y no total. El médico becado en psiquiatría opta por un plan de retirada muy lento, debido a la afección cardíaca que la paciente presenta.  Técnica "vaya lento"

(Continuación Sesión N°6 )

	Comentarios	<p>Relata no haber experimentado crisis, sólo en una oportunidad se presentaron los síntomas en una forma leve, lo que genera mayor tranquilidad.</p> <p>Se plantea la posibilidad de retirar paulatinamente el medicamento, a lo cual ella accede, poniendo la condición de que esta sea gradual y no total. El médico becado en psiquiatría opta por un plan de retirada muy lento, debido a la afección cardíaca que la paciente presenta.</p> <p>Relata estar sobrecargada de actividades y tener alta responsabilidad doméstica sin cooperación de parte de su familia.</p>
--	-------------	--

Sesión N° 7	Objetivos	Desarrollar independización de la familia. Aumentar períodos de descanso.
	Intervenciones	Inducción hipnótica, con utilización de fenómenos hipnóticos. Desarrollo de clave asociativa para usarla como herramienta de descanso. Intervención en la pauta familiar, puede delegar, la hija y la esposa del hijo, pueden ayudarlo.
	Comentarios	Menciona que ha disminuído el consumo de Alprazolam a un par de unidades a la semana.

Sesión N° 8	Objetivos	Consolidar cambios personales y familiares.
	Intervenciones	Prescripción de recaída.
	Comentarios	Refiere sentirse tranquila, el marido quedó sin trabajo y ella no se sintió tensa. Ha logrado delegar. Habló con el esposo para que no la presionara con el tema de su cesantía, él aceptó y la relación ha estado bien.

Sesión N° 9	Objetivos	Consolidar cambios personales y familiares.
	Intervenciones	Establecimiento de otra meta. Hipnosis con progresión de edad.

(Continuación Sesión Nº 9)

	Comentarios	La paciente reporta no haber experimentado crisis haber conseguido salir de la casa, darle menos importancia a los problemas con su marido y sentirse mejor en general.
--	-------------	---

Sesión Nº 10	Objetivos	Evaluación de la terapia
	Intervenciones	Manejo del cambio.
	Comentarios	La paciente refiere haber mantenido los cambios: Está tranquila. No se altera con el marido. Los hijos le ayudan en lo doméstico No experimenta crisis Ha podido salir y se encuentra encantada con poder apreciar los paisajes de la ciudad.

Sesión Nº 11 y 12	Objetivos	Seguimiento.
	Intervenciones	Manejo del cambio. Clave asociativa. Hipnosis conversacional con sugerencias posthipnóticas de descanso, y de amplificación del foco de atención al exterior.
	Comentarios	La paciente refiere haber mantenido los cambios y bajar su consumo. Los síntomas medidos disminuyen, sin embargo el nivel de consumo disminuye sólo en un nivel por el plan de retirada que es gradual. El médico sugiere al mediano plazo no retirar del todo el medicamento mantener una dosis subterapéutica y dejar además benzodiazepina de emergencia en caso de recaída. Esto lo explica por los problemas cardiacos de la paciente.