

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
CARRERA DE PSICOLOGÍA

"TRANQUILIDAD ARTIFICIAL":

La Teoría de Vittorio Guidano sobre las Organizaciones de Significado Personal
y su aplicación en un grupo de mujeres consumidoras de benzodiazepinas,
sin prescripción de especialista
COSAM Maipú, Chile 1997

| | |
|-----------------------|---|
| Profesora Guía: | Rosa Molina Jara |
| Profesora Informante: | Cecilia Castro Muñoz |
| Asesor Metodológico: | Omar Ruz Aguilera |
| Alumnas: | Ana María Garreaud S. Catalina González S. |

Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología

Tesis para optar al título de Psicóloga

Santiago - Chile

1998

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos sinceramente el apoyo, la paciencia y colaboración de nuestra profesora guía Rosa Molina Jara, quien nos orientó y brindó ayuda durante todo el proceso de realización de este trabajo.

Agradecemos también a la directora del COSAM Maipú, Dra. Cecilia Castro Muñoz, por facilitarnos realizar esta investigación en este Centro de Salud Mental y por su orientación en el trabajo de Tesis.

Un especial apoyo y orientación fueron brindados por el metodólogo Omar Ruz, a quien le expresamos nuestro especial agradecimiento por su entusiasta ayuda en esta investigación.

A quienes formaron parte de la muestra de este estudio, también queremos darles un particular reconocimiento por su anónima colaboración.

A nuestras familias, una especial gratitud por su paciencia y constante apoyo en todo el proceso que implicó este trabajo de investigación.

Y a todas aquellas personas que desinteresada y anónimamente ayudaron a concretar este trabajo.

A Gonzalo, mi esposo y a mi hijo Pablo, quienes me apoyaron incondicional y cariñosamente.

A mi padre, por la inspiración que significó para mí.

A mi madre, a Teo y René, por el aliento constante.

Ana María

A mi madre, por su esmerada y constante lucha por una vida mejor.

A mi padre, que aún en su ausencia, está muy cerca y muy lejos del olvido.

Catalina

1 Introducción

| | | |
|--------|---------------------------------------|----|
| 1.1. | <u>ANTECEDENTES.</u> | 9 |
| 1.2. | <u>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.</u> | 13 |
| 1.2.1. | Objetivo General, | 13 |
| 1.2.2. | Objetivos Específicos., | 13 |
| 1.3. | <u>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.</u> | 14 |
| 1.4. | <u>RELEVANCIA Y PROYECCIONES.</u> | 14 |
| 1.5. | <u>TIPO DE INVESTIGACIÓN.</u> | 15 |

2 Estrategia Metodológica

| | | |
|----------|---|----|
| 2.1. | <u>UNIVERSO.</u> | 16 |
| 2.2. | <u>TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.</u> | 16 |
| 2.3. | <u>PROCEDIMIENTO.</u> | 18 |
| 2.3.1. | Identificación del Grupo Objetivo., | 18 |
| 2.3.2. | Operacionalización de la teoría al objeto consumo de tranquilizantes, | 22 |
| 2.3.3. | Método de pesquisar la OSP., | 23 |
| 2.3.3.1. | Entrevista clínica., | 23 |
| 2.3.3.2. | Test, | 24 |
| 2.3.3.3. | Análisis y Diagnóstico., | 27 |

3 La mirada de las Ciencias Humanas

| | | |
|--------|---|----|
| 3.1. | <u>PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA.</u> | 29 |
| 3.2. | <u>PERSPECTIVA PSICOSOCIAL.</u> | 34 |
| 3.2.1. | Factor social, | 34 |
| 3.2.2. | El Individuo., | 36 |
| 3.2.3. | Un agente externo: La droga., | 37 |
| 3.3. | <u>PERSPECTIVA DE GENERO.</u> | 39 |
| 3.3.1. | Características diferenciales entre hombres y mujeres., | 40 |
| 3.3.2. | Esfera Pública y Privada., | 41 |
| 3.3.3. | Conflicto Interior., | 44 |

4 Ciencias Bioquímicas

| | |
|---|-----------|
| 4.1. <u>PERSPECTIVA BIOQUIMICA,</u> | 46 |
| 4.1.1. Antecedentes generales de las Bdz, | 46 |
| 4.1.2. Acciones farmacológicas de las Bdz., | 47 |
| 4.1.3. Estructura química de las Bdz, | 50 |
| 4.1.4. Mecanismos de acción de las Bdz, | 50 |
| 4.1.5. Farmacocinética de las Bdz, | 51 |
| 4.1.6. Desventajas del uso de las Bdz ansiolíticas e hipnóticas., | 56 |
| 4.2. <u>DEFINICIÓN DE CONCEPTOS RELACIONADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS,</u> | 57 |
| 4.2.1. Sustancias., | 57 |
| 4.2.2. Dependencia., | 57 |
| 4.2.3. Síntomas de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos., | 61 |
| 4.2.4. Tolerancia., | 61 |
| 4.2.5. Abstinencia., | 61 |
| 4.2.6. Abuso de sustancias., | 63 |
| 4.2.7. Inicio del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos., | 63 |

5 Un Nuevo Paradigma para la Psicología: El Post-racionalismo

| | |
|---|-----------|
| 5.1 <u>ENFOQUE COGNITIVO PROCESAL SISTÉMICO DE VITTORIO GUIDANO,</u> | 64 |
| 5.1.1. Post-racionalismo, | 64 |
| 5.1.2. Epistemología del Conocimiento, | 70 |
| 5.1.3. Estructura, | 71 |
| 5.1.4. Organización., | 72 |
| 5.1.5. Aspectos tácitos y explícitos (experiencia y explicación)., | 74 |
| 5.1.6. Mecanismos de autoengaño, | 77 |
| 5.1.7. Importancia del Vínculo., | 80 |

6 Una Personal manera de significar la experiencia

| | |
|--|------------|
| 6.1. <u>ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL (OSP),</u> | 87 |
| 6.1.1. Organización de significado personal Obsesiva | 89 |
| 6.1.2. Organización de significado personal Dápica o trastornos alimenticios de origen psicógeno | 97 |
| 6.1.3. Organización de significado personal Fóbica | 104 |
| 6.2. <u>PSICOPATOLOGÍA:</u> | 114 |

7 Bdz, Tranquilidad y OSP: los Eslabones de una Relación Psicotrópica

| | | |
|--------|--|-----|
| 7.1 | <u>TEST ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL,</u> | 121 |
| 7.2. | <u>CONSUMO DE TRANQUILIZANTES MENORES (Bdz),</u> | 125 |
| 7.2.1 | Fármacos consumidos, | 125 |
| 7.2.2. | Persona que indicó la Benzodiazepina., | 126 |
| 7.2.3. | Causas referidas para iniciar el consumo de Bdz, | 128 |
| 7.3. | <u>NECESIDAD DE PSICOTERAPIA,</u> | 130 |
| 7.4. | <u>DIAGNÓSTICOS DE ENTREVISTAS CLÍNICAS.,</u> | 133 |
| 7.4.1. | Entrevistadas diagnosticadas como Dápicas., | 135 |
| 7.4.2. | Entrevistada diagnosticada como Obsesiva, | 151 |
| 7.4.3. | Motivos subyacentes al consumo de Bdz según OSP., | 159 |

8 Cultura de la Imagen y Tranquilidad Artificial

| | | |
|--------|--|-----|
| 8.1 | <u>CONCLUSIONES.,</u> | 164 |
| 8.1.1. | Reflexión Final, | 164 |
| 8.1.2. | Criticas y Aportes de la Investigación., | 172 |

9 Bibliografía

| | | |
|------|---|-----|
| 9.1. | <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS,</u> | 174 |
|------|---|-----|

A Anexos

| | | |
|----------|-----------------------------------|-----|
| ANEXO 1: | Cuestionario Empadronamiento, | 178 |
| ANEXO 2: | Pauta Indicadores, | 180 |
| ANEXO 3: | Pauta de Entrevista, | 183 |
| ANEXO 4: | Test OSP, | 185 |
| ANEXO 5: | Plantilla de Corrección Test OSP, | 193 |
| ANEXO 6: | Transcripción Entrevista, | 195 |

TITULO: "Tranquilidad Artificial": La Teoría de Vittorio Guidano sobre las OSP y su aplicación en un grupo de mujeres consumidoras de benzodiazepinas, sin prescripción de especialista. Cosam Maipú, Chile 1997

AUTORAS: Ana María Garreaud S.

Catalina A. González S.

Esta investigación consiste en identificar cuál es la Organización de Significado Personal (OSP), planteada por la teoría Procesal Sistémica de Vittorio Guidano, que predomina en las mujeres que consumen -sin indicación de especialista- tranquilizantes menores, benzodiazepinas (Bdz) y que participan en talleres de Atención Primaria en el Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) de la comuna de Maipú.

Para determinar nuestro universo de estudio, se aplicó un cuestionario a todas las mujeres asistentes a los Talleres de Atención Primaria del Cosam de Maipú. De lo cual obtuvimos un universo (mujeres consumidoras de Bdz sin prescripción de especialista) de 20 personas.

Posteriormente se seleccionó una muestra intencionada de 12 mujeres, construyendo un perfil de 4 grupos etáreos (20-34, 35-44, 45-54, 55 y más).

Con el objeto de determinar la Organización de Significado Personal (OSP) de las 12 sujetos de la muestra, se aplicó en forma independiente una entrevista clínica y un test que mide los estilos de vida según la teoría de Vittorio Guidano. La entrevista clínica estuvo sometida a dos criterios en forma independiente; por parte de las alumnas tesistas y por parte de la profesora guía.

En los resultados se observan diferencias importantes entre la aplicación de la entrevista clínica y el test de medición; diferencias que nos las explicamos por la epistemología de la teoría, la muestra utilizada en la elaboración del test y la metodología utilizada.

Finalmente, los resultados obtenidos indican que las mujeres que consumen tranquilizantes menores (Bdz), sin prescripción de especialista, poseen mayoritariamente una Organización de Significado Personal Dápica (11 de 12 casos). El estilo afectivo que caracteriza a estas personas es su orientación hacia la definición externa de sus emociones, la preocupación por las apariencias sociales, marcada necesidad de aprobación, temor a la exposición y constantes sentimientos de decepción.

El hecho que las mujeres consumidoras de Bdz presentaran mayoritariamente una OSP Dápica, se hace comprensible desde el punto de vista de lo que caracteriza a estas mujeres, sumado con el tipo de droga consumida. Es decir, las Bdz son funcionales para estas mujeres porque les permite ser eficientes en el día a día y porque son drogas aceptadas socialmente; elementos básicos para esta organización orientada hacia la confirmación de los otros.

Por los antecedentes recogidos y desde la mirada post-racionalista, sugerimos una labor de prevención que consista en el autoconocimiento y validación de las emociones. Por otra parte, proponemos también mayores investigaciones y difusión de información respecto de las Bdz, con el objeto de que este consumo sólo ocurra cuando esté presente la angustia patológica y bajo el control de especialistas en psicoterapia.

1.1. ANTECEDENTES.

Nuestra era es un tiempo de muchas tensiones, de estrés, de sentir que se está sobreexpuesto al resto del mundo, cargado de aglomeraciones, de competitividad, de falta de privacidad, falta de espacio físico, de sentirse apremiado aún al interior de la familia; que pese a todo lo anterior sigue siendo sentido como el lugar más protegido, y por tanto, se busca allí refugio y amparo. Estos elementos no siempre la familia los puede proveer, lo que da origen a disfunciones que muchas veces se arrastran desde las primeras etapas del desarrollo.

El conjunto de drogas que existen, algunas claramente ilegales y otras legales, y que están a un alcance relativamente próximo, vienen a proporcionarle a las personas formas de dominar sus tensiones internas a fin de que puedan desempeñarse mejor en la sociedad. Tensiones que por cierto las personas perciben como no controlables por sí mismas. "En este proceso de civilización, las drogas son un artificio que permite a una subjetividad en guerra consigo misma poder vivir pacíficamente con el prójimo: una manera de aliviar el peso en el que nos transformamos para nosotros mismos en relaciones sociales que *exigen*, hoy cada vez más, *que cada cual se funde y se controle a sí mismo*"¹.

Las drogas vienen a ser ese "paraíso portátil" que nos remite al tema del consumo individual, y allí podemos distinguir la automedicación de benzodiazepinas (Bdz), que aunque en nuestro país su venta se hace, previa presentación de la receta médica, la gente que la consume no siempre lo hace en forma controlada o en casos estrictamente

¹ Ehrenberg, Alain; *Individuos bajo influencia*; Ediciones Nueva Visión; 1991; Buenos Aires; pág. 9.

necesarios. Es más, visitar al médico para “pedir la receta” es algo que se ha vuelto frecuente en nuestro medio.

Con los medicamentos no se presencia la decadencia ni la desocialización provocada por otras drogas, por el contrario, son concebidos como drogas que ayudan a los individuos a vivir en sociedad. Son medicamentos psicotrópicos que ayudan a que el individuo soporte mejor las exigencias sociales, y “son medios artificiales de aceptar las obligaciones sociales para trabajar y administrar mejor las relaciones con el prójimo”².

Si nos remitimos a los antecedentes estadísticos de nuestro país, podemos observar que la prevalencia de vida del consumo de drogas legales o de prescripción alcanza niveles significativos (42.9% en el caso de las benzodiazepinas)³. A pesar de este alto porcentaje, la investigación y bibliografía existentes dan cuenta que es un tema que aún se encuentra en un nivel más bien precario de análisis.

En relación al sexo, se indica que el 22.8% de hombres y 38.9% de mujeres residentes en Santiago han consumido algún tipo de Benzodiazepina (Bdz) en los últimos 12 meses. La proporción de mujeres que consumió Bdz fue significativamente mayor que la de hombres, lo que arroja una proporción de casi 2:1.⁴

Como medida preventiva, según el Decreto Supremo N°1506, a contar del 30 de marzo de 1995 se restringió en nuestro país la venta de la Bdz a la presentación de la receta médica. Mas, estas medidas de control social parecieran no ser suficientes para lograr reducir el

² Ibid.; pág.19.

³ Busto, Miren; “Bdz: La tranquila adicción de Santiago”, Corporación de Salud y Políticas Sociales; 1991; Santiago.

⁴ Ibid.

consumo de estos psicofármacos. En el último estudio realizado por CONACE, se puede observar una disminución en el porcentaje (30.6%) de prevalencia de vida de tranquilizantes menores. No obstante, se aprecia que casi un tercio de la población chilena es aún consumidora de estos psicofármacos ⁵.

Debido a los antecedentes anteriores cabe preguntarse por qué un psicofármaco es objeto de abuso en un momento, una cultura y un grupo de sujetos determinados.

Negrete (1991) plantea que la demanda de tratamiento para este tipo de conflictos no tiene equivalencia con la prevalencia de consumo en la sociedad; explicando esta desproporción debido a que el estado de dependencia causado por ansiolíticos e hipnóticos es, comparativamente, menos dramático que el de otras drogas y porque los sujetos no se ven a sí mismos ni son percibidos por sus familiares como adictos ⁶.

Desde otro punto de vista, Rodríguez-López al analizar el papel de los ansiolíticos en la sociedad contemporánea afirma: "la permanente frustración de las apetencias individuales que supone la convivencia, genera, junto con las disfunciones, sus propios sistemas correctores" ⁷. En Chile, el CONACE también plantea como una de las posibles causas de la adicción la "tensión generada por la actual vida en sociedad: la exigencia sobre la productividad individual, la competitividad ... la soledad de las personas en una sociedad centrada en la producción y el consumo" ⁸.

⁵ Ministerio de Salud de Chile; "Uso racional de medicamentos. El caso de las benzodiazepinas", Edición del Departamento de Comunicaciones Ministerio de Salud; 1995; Santiago.

⁶ Becoña E., Rodríguez A., Salazar I.; "Magister en Drogodependencias; Drogodependencias II: Drogas Legales"; Universidad Santiago de Compostela; 1995; Santiago de Compostela.

⁷ Ibid.; pág. 284.

⁸ Fuentealba, Ricardo; "Prevención del uso indebido de drogas" en Seminario Análisis de las acciones preventivas en relación a la política y plan nacional de prevención y control de drogas: Informe Final, Diciembre 1994; CONACE; pág. 64.

Dado que el consumo de Bdz alcanza niveles considerablemente mayores en mujeres y, que en la bibliografía revisada se encontró escasos antecedentes respecto de la esfera más personal, íntima e intrapsíquica de los consumidores y, considerando que el uso de sustancias no es más que un síntoma de otras dependencias y alteraciones más profundas, nace el interés de investigar -en un grupo de mujeres- la posible asociación entre el consumo de psicofármacos benzodiazepínicos y alguna de las Organizaciones de Significado Personal (OSP), planteadas por Vittorio Guidano en su teoría Procesal Sistémica.

Es posible observar que los estudios acerca del consumo de tranquilizantes menores son abordados casi exclusivamente desde una perspectiva sociológica, mas existe un vacío en el terreno de estudios psicológicos. Es allí, donde nace nuestro interés de asociar una teoría psicológica con esta conducta de consumo. En tanto, la teoría de Vittorio Guidano cobra mayor relevancia si consideramos que es una mirada que se aleja de los modelos racionalistas y se enmarca dentro de un modelo comprensivo que propone, entre otras cosas, un nuevo acercamiento a los procesos del desarrollo, como un espiral que envuelve todo el ciclo vital del individuo.

Al querer abordar la problemática de los psicofármacos desde esta perspectiva (psicológica), pretendemos hacer un pequeño aporte al debate de este tema, en el sentido de re-pensar las estrategias que deban elaborarse para proteger a los individuos del uso irracional de estos medicamentos.

En síntesis, nuestro planteamiento consiste en relacionar la teoría de Vittorio Guidano sobre las Organizaciones de Significado Personal con un grupo de mujeres consumidoras de benzodiazepinas, sin prescripción de especialista.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1. Objetivo General

Identificar cuál es la Organización de Significado Personal (OSP) que predomina en las mujeres que consumen -sin indicación de especialista- tranquilizantes menores, benzodiazepinas (Bdz), y que participan en talleres de Atención Primaria en el Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) de la comuna de Maipú, Santiago, Chile.

1.2.2. Objetivos Específicos.

- a. Caracterizar las historias de vida con sus respectivos apego temprano y estilo afectivo de las consumidoras para determinar su Organización de Significado Personal.
- b. Establecer cuáles son los facilitadores para el inicio del consumo de psicofármacos benzodiazepínicos (motivo, influencia médica vs. automedicación, etc.).
- c. Identificar las causas que las mujeres refieren para consumir tranquilizantes menores.
- d. Identificar y comprender los motivos subyacentes al consumo de tranquilizantes menores en las mujeres.
- e. Establecer si las mujeres consumidoras han considerado como necesario la psicoterapia como búsqueda de solución a sus conflictos.

1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

1. ¿Tienen las consumidoras de Bdz alguna OSP común?
2. ¿Qué elementos fueron los que gatillaron el inicio del consumo de Bdz?
3. ¿Las mujeres consumidoras de tranquilizantes menores, se han planteado como una alternativa de solución a sus conflictos la psicoterapia?

1.4. RELEVANCIA Y PROYECCIONES.

La importancia de realizar este estudio según la metodología planteada combinando el consumo de Bdz con una teoría psicológica, tiene las siguientes implicancias:

1. Existen muchos estudios respecto del consumo de drogas ilegales. No obstante, las drogas legales, aún continúan con escasa investigación.
2. La mayoría de los estudios encontrados acerca de la droga bordean la esfera causal sociológica. Este estudio de carácter exploratorio relaciona una problemática de características psicosociales desde una mirada psicológica. Pretende así, aportar a la psicología clínica tanto una nueva mirada del fenómeno humano en términos de su Organización de Significado Personal, así como en el tratamiento y la prevención.

3. Esta investigación aporta a validar empíricamente una teoría emergente. Dado el auge que ha tenido el Modelo Procesal Sistémico en los últimos años, nos parece fundamental aportar a la investigación y validación de esta nueva teoría.
4. Además este estudio psicológico aporta en la utilización y mayor conocimiento de un instrumento (test) de medición de personalidad recientemente elaborado.

En síntesis, nuestra pretensión es realizar una investigación cuyo sustrato teórico es la epistemología evolutiva de los últimos años: teoría Post Racionalista Procesal Sistémica de Vittorio Guidano, usando como metodología la observación del fenómeno a estudiar en el ámbito clínico, utilizando como instrumentos de investigación un test psicológico y la entrevista clínica en un grupo de mujeres asistentes a un Centro de Salud Mental.

1.5. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Esta investigación de carácter exploratoria de orientación cualitativa, se sitúa en una perspectiva teórica empírica, en tanto intenta establecer las asociaciones primarias que pudieran detectarse entre las Organizaciones de Significado Personal de la Teoría Procesal Sistémica de Vittorio Guidano (nivel teórico) y un grupo de mujeres consumidoras de benzodiazepinas, sin indicación de especialista, del Cosam de la comuna de Maipú (nivel empírico).

Los estudios exploratorios o de acercamiento a la realidad social tienen como propósito reconocer, ubicar y definir problemas sobre temas acerca de los cuales no existen teorías y/o estudios empíricos que permitan precisar hipótesis de investigación. De ahí que su objetivo se oriente a recoger ideas para fundamentar hipótesis, afinar la metodología y depurar estrategias para formular con mayor exactitud esquemas de investigación más definitivos acerca del problema a estudiar.

2.1. UNIVERSO.

Mujeres consumidoras de benzodiazepinas, en los últimos 12 meses, sin prescripción de especialista, inscritas en los talleres de Atención Primaria en el Cosam de Maipú, Santiago de Chile, al 30 de Septiembre de 1997.

2.2. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra fue intencionada, conformada por las personas que accedieron a ser sujetos de investigación.

La selección de éstas se hizo mediante una tipología basada solamente en el atributo edad, ya que en estadísticas del consumo de tranquilizantes tanto a nivel nacional como en las personas asistentes a este Centro de Salud Mental se observa homogeneidad en relación a la variable socioeconómica. La desagregación de la variable edad se realizó con el objeto de observar cómo se comporta cada OSP a través del tiempo y si está expuesta a modificaciones.

El perfil contempló la construcción de 4 grupos etáreos, distribuidos de la siguiente forma:

Cuadro N° 1

“Distribución de la Muestra”

| Grupo Etáreo | N° |
|---------------------|-----------|
| * 20 - 34 años | 3 |
| * 35 - 44 años | 3 |
| * 45 - 54 años | 3 |
| * 55 y más años | 3 |
| Total | 12 |

2.3. PROCEDIMIENTO.

2.3.1. Identificación del Grupo Objetivo.

Con el objeto de identificar la muestra con la cual haríamos la investigación, aplicamos un cuestionario (Anexo 1) a todas las mujeres asistentes a los Talleres de Atención Primaria del Centro de Salud Mental de Maipú entre Julio y Septiembre de 1997.

Realizamos una primera intervención en los talleres de Aeróbica, Moda y Repostería en Julio. En esta primera etapa, un 17% del total habían consumido tranquilizantes menores sin prescripción de especialista en los últimos 12 meses; sin embargo, no aparecían todos los grupos representados para poder realizar posteriormente un análisis por la variable edad.

Dados los resultados de esta primera etapa y con el objeto de reunir un universo más amplio, en Septiembre (mes en que hay nuevas inscripciones para el segundo semestre) realizamos una nueva aplicación del cuestionario a las mujeres asistentes a los talleres de Aeróbica y Moda. En esta segunda etapa de reclutamiento, los resultados arrojaron un 20.8% de consumidoras de Bdz sin prescripción de especialista en los últimos 12 meses, distribuyéndose el consumo en todos los grupos etéreos.

Finalmente, fueron 96 las mujeres de los Talleres de Atención Primaria en el COSAM de Maipú, a las cuales se les aplicó el cuestionario filtro. De ellas obtuvimos un universo de 20 mujeres consumidoras de Bdz, en los últimos 12 meses, sin prescripción de especialista.

Los resultados obtenidos a través del cuestionario de empadronamiento, son los siguientes:

Cuadro N° 2

“Nivel de consumo de Tranquilizantes menores en la población de mujeres asistentes a los Talleres de Atención Primaria, Cosam, Maipú”

| Marque los medicamentos de la lista que ha consumido en los últimos 12 meses (Relajantes/Tranquilizantes) | N° |
|--|-----------|
| * Consumidoras | 27 |
| * No Consumidoras | 69 |
| Total | 96 |

Dado que el grupo a estudiar son consumidoras de Bdz, sin prescripción de especialista, el cuestionario también permite conocer el origen de la recomendación (no especializadas) del medicamento.

Cuadro N° 3

“Personas que recomiendan Bdz”

| ¿Quién se lo recetó / recomendó? | N° |
|--|-----------|
| * Sin prescripción de Especialista | 20 |
| - Médico General | 10 |
| - Familiares o amigos | 6 |
| - Neurólogo | 2 |
| - Reumatólogo | 1 |
| - Matrona | 1 |
| * Con prescripción de Especialista (Psiquiatra) | 7 |
| Total | 27 |

El cuadro siguiente se presenta para tener una visión más acabada y comparativa respecto de quienes consumían y quienes no, por cada grupo etáreo.

Cuadro N° 4
“Consumo según tramos etáreos”

| Grupos etáreos | Consumidoras | | | | | | TOTAL |
|-----------------|-----------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|----------|-----------|
| | No Consumidoras | | Sin Prescripción Especialista | | Con Prescripción Especialista | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| * 20 - 34 años | 19 | 86 | 3 | 14 | - | - | 22 |
| * 35 - 44 años | 29 | 67 | 10 | 23 | 4 | 9 | 43 |
| * 45 - 54 años | 10 | 67 | 4 | 27 | 1 | 7 | 15 |
| * 55 y más años | 11 | 69 | 3 | 19 | 2 | 13 | 16 |
| Total | 69 | 72 | 20 | 21 | 7 | 7 | 96 |

Este cuadro nos permite observar que existe homogeneidad en el consumo de benzodiazepinas en los diferentes grupos etáreos. La única diferencia significativa corresponde al tramo inferior (20 - 34 años), en la cual se observa un porcentaje (86%) mucho mayor de no consumo de tranquilizantes menores. Cabe preguntarse por qué en el grupo de mujeres jóvenes existe un menor consumo. Por esto, surgen algunas interrogantes, que sería interesante responderse en futuras investigaciones: ¿será que este grupo está menos expuesto a consultar a un médico?, ¿tendrán menos responsabilidades?, ¿enfrentarán de modo más adaptativo los diferentes roles que les corresponde desempeñar?, etc.

Recordemos que, de acuerdo a los resultados en base al cuestionario de empadronamiento, obtuvimos un universo de 20 consumidoras, sin prescripción de especialista. La muestra seleccionada fue de 12 entrevistadas, dado que buscábamos homogeneidad por cada grupo

etéreo y tanto en el grupo de menor como de mayor edad había sólo 3 mujeres que cumplían la condición. Por esta razón, finalmente realizamos 3 entrevistas por cada uno de los 4 grupos etéreos seleccionados.

Posteriormente, para las 12 entrevistadas, durante la entrevista clínica, recabamos información más específica y profunda respecto de este consumo de tranquilizantes menores.

2.3.2. Operacionalización de la teoría al objeto consumo de tranquilizantes

Antes de comenzar con las entrevistas y con el objeto de reducir la teoría a conceptos manejables, se confeccionó una pauta de indicadores (Anexo 2) en base a la descripción de las Organizaciones de Significado Personal propuestas por V. Guidano.

Estos indicadores aportan tanto a la realización de las entrevistas como al análisis de éstas, para finalmente llegar a categorizar a las personas en una u otra OSP.

Con el objeto de recabar toda la información necesaria para la investigación, y mermar los efectos de la variable interviniente "entrevistador", se confeccionó una pauta de entrevista clínica (Anexo 3), que da cuenta de las temáticas a tratar y del cómo entrevistar, y con el fin de facilitar la intervención, en las tonalidades emotivas presentes en las experiencias de las entrevistadas.

2.3.3. Método de pesquisar la OSP.

2.3.3.1. Entrevista clínica.

Se realizó una experiencia piloto con 4 sujetos; 2 de ellas fueron entrevistadas por la profesora guía en una sala de espejo y las otras 2 fueron realizadas por las alumnas tesisistas en co-terapia.

Posteriormente, de las 12 entrevistas; las 2 primeras fueron realizadas en co-terapia por las investigadoras, con el fin de lograr una mayor homogeneidad en el estilo a operar.

Para llevar a cabo las entrevistas clínicas, previamente se confeccionó una pauta con el objeto de homogeneizar las preguntas para cada una de las entrevistadas. (Anexo N°3). Este instrumento nos acerca directamente a las Organizaciones y más profundamente a los estilos que en último término determinan la OSP. Al hablar de estilos nos referimos a cómo es que las personas vivencian las situaciones de su vida, cómo las experimentan y cómo se las explican.

Para estructurar la pauta de la entrevista intentamos cubrir fundamentalmente 2 aspectos: determinar OSP y conocer acerca del consumo de Bdz. Esta pauta finalmente quedó conformada en base a 5 grandes temas (Familia de origen, pareja, relación familiar actual, medicamento y necesidad de psicoterapia). Preguntas que apuntaban a responder los objetivos específicos planteados para esta investigación.

Cabe señalar que el tema medicamento, aparte de indagar sobre el consumo propiamente tal (tipo de Bdz, motivo de inicio de consumo, etc.), también dará cuenta del significado dado a éste en cada OSP y probablemente el manejo y explicación que cada sujeto se dé, dejará ver algunos de sus mecanismos de autoengaño.

Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de Octubre y Noviembre de 1997, en el Cosam de Maipú y en las casas de las entrevistadas; esto último tiene relación con la posibilidad de las mujeres de concurrir o no al Centro de Salud Mental. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 60 a 90 minutos.

2.3.3.2. Test

Con este instrumento, al igual que la modalidad anterior, se realizó previamente aplicaciones piloto. Estos test pilotos (8 aplicaciones) se realizaron con el objeto de adquirir un conocimiento más acabado y lograr mayor familiarización con el instrumento.

Este test (Anexo 4) fue desarrollado por Butelmann y Melis en 1995, con el objeto de categorizar a los sujetos adultos de la Región Metropolitana, en alguna de las 4 Organizaciones de Significado Personal planteadas por Vittorio Guidano: Obsesiva (O), Depresiva (DP), Dápica (D) o Fóbica (F).

Este instrumento es autoadministrado del tipo inventario con 30 ítems de elección forzada a partir de 2 alternativas para cada enunciado. "Cada ítem consta de un enunciado que hace referencia a una situación de la vida cotidiana, es decir, situaciones universales y altamente

probables de ser experimentadas por cualquier individuo independientemente de la Modalidad de Procesamiento de la Información (MPI) a la que pertenece" ⁹.

El valor máximo de puntuación por variable es igual a 15. Se incluyen 5 ítems de consistencia. El valor de consistencia para considerar válida la respuesta del instrumento es de, al menos cuatro. El criterio para categorizar a un sujeto con el instrumento es que tenga al menos tres puntos de diferencia en la escala con mayor puntaje, sobre los puntajes obtenidos en las otras escalas.

Quienes pueden ser sujetos de evaluación a través de este test son hombres y mujeres de edad igual o mayor a 18 años, con escolaridad básica rendida y residentes en la Región Metropolitana.

La muestra utilizada para confeccionar este instrumento fue seleccionada a partir de los criterios diagnósticos del DSM III-R. Las categorías diagnósticas fueron las siguientes ¹⁰:

1. OSP Fóbica: Trastorno por ansiedad, con o sin agorafobia. Estos pacientes no podían tener el diagnóstico adicional de fobia social.
2. OSP Obsesiva: Trastorno obsesivo compulsivo. Se pidió que los pacientes tuvieran características de personalidad obsesiva. También podían ser encuestados aquellos que reunieran los criterios del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva.
3. OSP Dápica: Fobia social.

⁹ Butelman, J., Melis, M^a F.; "Construcción de un instrumento para categorizar a la población adulta de la Región Metropolitana según la Teoría Procesal Sistémica de V. Guidano"; Tesis Universidad Diego Portales; 1995; Santiago; pág. 35.

¹⁰ Ibid.

4. OSP Depresiva: Depresión mayor monopolar recurrente. Se pidió que los pacientes escogidos presentaran características de personalidad depresiva y que en lo posible tuvieran historia de abandono.

La corrección del test se hizo a través de una plantilla (Anexo 5), en la cual está predeterminada la correspondencia que existe entre las alternativas con una determinada Organización de Significado Personal.

Cabe señalar que, los resultados de las aplicaciones piloto, en la mayoría de las personas no arrojó la diferencia de 3 puntos en la escala con mayor puntaje, requerida para llegar a categorizar a un sujeto en una determinada OSP. Sin embargo, se consideró importante aplicar el test en nuestra investigación, dado que es el único instrumento cuantitativo realizado hasta hoy con base en la teoría Procesal Sistémica. Así también, se estimó necesario profundizar en su aplicación, promoviendo de esta manera mayores estudios para su utilización.

En todos los casos de la muestra, el test fue aplicado posteriormente a la entrevista clínica y en su forma autoadministrado.

2.3.3.3. Análisis y Diagnóstico.

Con el objeto de establecer el grado de confiabilidad de la hipótesis de la Organización de Significado Personal, se obtuvo los resultados de los dos instrumentos utilizados (entrevista clínica y test) en forma independiente.

Para realizar el análisis de las entrevistas clínicas se transcribió dando un formato de cuadros comparativos según las temáticas investigadas. Las transcripciones fueron hechas en forma cruzada; es decir, el vaciado de la cinta fue hecho por la alumna que no realizó la entrevista. Estos cuadros fueron analizados a partir de los indicadores que dan cuenta de cada una de las OSP y a través de la observación del estilo afectivo de las personas, lo que se manifiesta en las emociones y en el particular modo de expresarse.

La OSP obtenida de las entrevistas clínicas, primero la pesquisó cada una de las alumnas tesistas en forma independiente, luego se discutieron las hipótesis llegando a concluir la OSP de las mujeres. Posteriormente la OSP fue corroborada en 10 casos por la profesora guía (quien no conocía las hipótesis de las alumnas). Los dos casos restantes se evaluaron buscando la OSP correspondiente.

Por otra parte, la tabulación del test fue realizada en base a la plantilla de corrección (Anexo N° 5) incluida en dicho instrumento. Con el objeto de no influenciar las hipótesis de las OSP, esta corrección fue hecha posterior a dicho análisis.

Finalmente, se procedió a realizar una asociación simple entre las OSP que se desprendieron de la entrevista clínica y los resultados obtenidos a partir del test de personalidad.

MARCO TEORICO

Los exhaustivos estudios sobre el tema de la droga han derivado claramente en explicaciones multifactoriales que darían cuenta de las causas del consumo de sustancias. Este mismo hecho implica que esta problemática no puede ser abordada desde una sola mirada, ha sido necesario trabajar sobre una perspectiva multidisciplinaria a fin de poder abarcar los diferentes factores que se conjugan al momento de que un sujeto consuma una determinada droga.

3.1. PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

Haciendo un poco de historia recordemos que, apenas descubierta América, los hombres de Cristóbal Colón observan cómo los indios Tainos, de la costa norte de Cuba, ya habían descubierto el tabaco. Se lee en un relato de la época: "Mujeres y hombres, con un tizón en la mano, yerbas para tomar sus sahumeros que acostumbraban ... insertaban uno de los extremos del cigarro en una narina, encendían el otro con el tizón e inhalaban el humo, pudiendo recorrer así largas distancias"¹¹.

Así, por ejemplo, el peyote o botón de mescal, pequeño cactus de México y Tejas, es situado su uso por los arqueólogos un par de miles de años antes de la llegada de los españoles.

En este Nuevo Continente el tabaco se usaba también en ceremonias rituales, en prácticas curativas, para atenuar el cansancio y el hambre, efectivo para la sexualidad y también como agente alucinatorio introduciéndolo en el ano mediante enemas y a veces también junto a otras sustancias psicoactivas.

¹¹ Musacchio, Amelia; et al; "Drogadicción"; Editorial Paidós; 1992; Buenos Aires; pág. 40

Rápidamente se conoció y usó en Europa. Primero en cocimientos y luego se inhalaba, masticaba y fumaba. Fue en ese entonces cuando Luis XIII prohibió su venta, el papa Urbano VIII condenó su uso, así como también fue conocida por la "hierba de la reina" en honor a Catalina de Médicis, su principal introductora.

La medicina, ya tomaba partes en este asunto, utilizándolo como un eficaz medicamento para combatir la migraña, así como también para los trastornos digestivos, los ataques de asma y las neumonías, entre otros.

Ya en esta época se creó la cultura del fumador, junto a la comida, el alcohol y el café. "Con el tiempo, y más que el oro azteca o la plata del Potosí, más que el maíz o la patata, llegó a ser 'el americano más famoso' " ¹².

Por otra parte, a la llega del tabaco a Europa el consumo de alcohol (vino, cerveza) ya estaban instaurados en el mundo muchos años antes. Por ejemplo, se inventa el ginebra para dolencias estomacales y el agua ardiente y whisky (uisquebeatha) se conocen como "el agua de la vida".

Un producto tan habitual como el alcohol, utilizado incluso en ceremonias religiosas y por tanto muy integrado en las costumbres occidentales, es también considerado en otros momentos y circunstancias distintas como un producto peligroso y no recomendable para la salud.

¹² Ibid.; pág. 41

Cabe señalar que los primeros estudios hechos acerca de las drogas datan del siglo XVI por Nicolás Bautista Monardes, quien coleccionó y estudió los efectos del tabaco y la coca. Francisco Hernández, dejó descripciones detalladas del peyote, estudiando entre 1571 y 1578 las enfermedades y las drogas indígenas. Fray Bernardino de Sahagún, en 1529 estudió y escribió "La historia general de las cosas de Nueva España". Estos dos autores, aparte de describir la morfología del hongo, observaron los estados alucinatorios que producían, su efecto de ebriedad y su uso medicinal.

Luego con la conquista y evangelización de América, "... los misioneros, en su prédica de la cultura y religión europeas, incluyeron en los exámenes de conciencia de los indígenas el culto del hongo, con lo que poco a poco fue perdiéndose su uso ..." ¹³.

A comienzos de este siglo con las investigaciones sobre la mescalina de Havelock Ellis, se redescubrió el peyote. Luego el psicólogo norteamericano William James intentó su experiencia con él.

En este redescubrimiento de sustancias alucinatorias hubo muchos investigadores que la promovían por sus efectos mágicos y de dominio mental. Timothy Leary, fue uno de los propagandistas del LSD, él encabezó un movimiento que veía en esta y en otras drogas la posibilidad de ampliar la conciencia. Aldous Huxley, también veía en las drogas la apertura de un mundo imaginario de visiones y luces.

En esta sucesión de investigaciones y explicaciones se encontraron en América más de 50 variedades de alucinógenos; cifra que supera con creces a otras regiones del mundo. Esta abundancia hizo pensar a La Barré que debía tener una explicación antropológica, llegando

¹³ Ibid.; pág. 43.

a suponer que debido a la influencia asiática, quienes "practicaban el chamanismo con el soma, el divino soma, planta, bebida, dios y rito, al que canta el Rígveda como revelador de una posible y real reunión con los dioses" ¹⁴. Los efectos de estos alucinógenos son las mismas virtudes de los himnos védicos: la inmortalidad, la plenitud, la ausencia de enfermedad o sufrimiento.

Los pueblos asiáticos se esforzaron por eliminar el chamanismo así como la tendencia a ingerir drogas. Sin embargo, se dice que América por su aislamiento permaneció en estados culturales menos evolucionados y continuó con la tradición del médico-chamán.

Se lee en diferentes artículos sobre la costumbre de los indígenas de mascar hojas de coca. "Así Zárate escribió en 1595: 'En determinados valles entre las montañas del Perú, crece una planta llamada coca que los indios aprecian más que el oro y la plata. Según enseña la experiencia, el misterio de esta planta consiste en que quien lleva siempre unas hojas en la boca no siente jamás frío, ni hambre, ni sed'" ¹⁵.

Freud, también en 1894 escribe un artículo alabando sus posibilidades terapéuticas. Con la cocaína Carl Koller revoluciona la cirugía oftálmica y Halstead y colaboradores la usan en anestesia local.

Mientras tanto, en Europa se difundía su consumo inhalándola en cabarés, en el medio artístico y entre jóvenes. Sus formas fumable y el crack apareció recientemente, transformándose en una de las drogas de mayor consumo y por lo tanto haciendo estragos especialmente en la población juvenil.

¹⁴ Ibid.; pág. 45-46

¹⁵ Ibid.; pág. 46.

Desde este punto de vista, podríamos decir que hoy, son las benzodiazepinas las drogas que se encuentran aún en periodo de descubrimiento, siendo ampliamente recetada por los médicos por su bajo nivel de adicción y valorada por inhibir la angustia y permitirle a hombres y mujeres huir del dolor casi en forma inmediata, produciendo un estado de tranquilidad física y emocional.

También es posible encontrar bibliografía, aunque reducida, sobre el abuso de este fármaco, ya sea como automedicación o por receta médica. Se plantea la restricción del consumo sólo al estado de angustia patológico, dado que la angustia normal es un síntoma psicológicamente beneficioso y la ingesta de alguna Bdz produce negación del crecimiento emocional, denominándola "tranquilidad artificial".

Sin embargo, son mucho mayores las líneas escritas respecto de los avances científicos sobre este tipo de inhibidores del SNC, existiendo sólo párrafos aislados sobre la etiología de su consumo.

Dice López-Ibor: "La difusión de la droga en el mundo occidental es correlativa a su proceso de secularización ... y agrega ... las generaciones jóvenes y las viejas tienen la experiencia profunda del vacío en el sentido de la vida humana" ¹⁶.

Así, las drogas han acompañado la historia del hombre desde épocas remotas, han sido objeto de culto y también de controversia. Actualmente presenciamos la era de las drogas sintetizadas en laboratorios donde impresiona la especificidad que han alcanzado, creándose psicofármacos destinados a "curar la vida enferma".

¹⁶ Ibid.; pág. 56.

3.2. PERSPECTIVA PSICOSOCIAL

La visión psicosocial, principalmente intenta dar cuenta de cuáles son los factores que influyen en el consumo de sustancias adictivas, ya que parte de la base, que el problema de la droga, pertenece a una dimensión multifactorial. Estos factores tienen que ver básicamente con los de orden social, lo psicológico y los que se relacionan con la sustancia en sí misma.

Describiremos brevemente estas tres dimensiones a fin de esquematizar la perspectiva psicosocial.

3.2.1. Factor social

Muchos estudiosos del tema se han cuestionado si el entorno socio-ambiental, tiene algún grado de influencia sobre los individuos que presentan conducta de consumo de sustancias. Dentro de la diversidad de respuestas, ha habido coincidencia en atribuir un papel protagónico al entorno social. Es así como Lahuerta plantea: "... el entorno social próximo al individuo, puede ejercer gran influencia, sin poder ser considerado como la causa única de la drogodependencia de alguien, es innegable que hay que atribuirle un papel destacado"¹⁷

La esfera social implica que todos los individuos estamos participando de las costumbres y tradiciones dentro de las cuales la conducta de consumo juega un papel de diversa

¹⁷ Lahuerta, A., Lloret, T.; "Drogas, síntomas y signos"; Ediciones Octaedro; 1994; Barcelona; pág. 33.

importancia, ya que no es posible aislarse; se está inmerso, voluntariamente o no, en lo que sucede dentro de determinada sociedad. Es así como el consumo de benzodiazepinas es socialmente aceptado y, por ende, una conducta susceptible de imitar, evento que se realiza generalmente sin tener mucho conocimiento respecto de esta droga.

Dentro del contexto social podemos distinguir factores de riesgo que incluyen: la legalidad, la normatividad por la cual determinada sociedad se rige y, los valores que la sustentan. Además, la disponibilidad u oferta acentúan la posibilidad de consumo de sustancias.

Dentro de la dimensión social cabe destacar también que el nivel socio económico de los consumidores no es único, o sea se da con igual fuerza en el estrato socioeconómico alto como bajo, siendo menor el consumo en los niveles medios ¹⁸.

Existirían también ciertos factores comunes, subyacentes al consumo de sustancias que se enmarcan en el ámbito social como son la enajenación, la cual implica que “el grupo social en el cual crece y vive un individuo hoy es una masa indiferenciada de sujetos, una sociedad de masas donde la identidad de las personas y pequeños grupos sociales no existe, o no es reconocida, por tanto, no ejercen poder ni influyen en los acontecimientos del macro grupo social” ¹⁹. Aparece destacado también el estrés social generado por la tensión de la actual vida en sociedad, la cual sobrepasaría en muchos individuos sus capacidades de adaptarse al medio, lo cual conlleva sentimientos de angustia y búsqueda de vías de escape.

¹⁸ Fuentealba, R.; 1994; op. cit.

¹⁹ Ibid; pág. 64.

Como vía de escape está el caso de las benzodiazepinas, en las cuales el factor social pesaría bastante, ya que esta droga es socialmente aceptada, y su oferta está enmarcada dentro de la prescripción médica; por lo tanto, validada por el poder del experto.

3.2.2. El Individuo.

Al hablar de psicosocial se considera también los aspectos propios del individuo, estos tendrían relación con ciertas características de personalidad que determinan una mayor o menor propensión al consumo de drogas. Cada sujeto tiene su propia historia y en ella se combinan riesgos.

De este mismo modo, los sujetos que consumen sustancias adictivas tienen elementos comunes. Estos elementos generalmente corresponden a características de personalidad, como personalidades inmaduras, dependientes y donde aparecen dificultades en el examen de realidad. Problemas de identidad, autoestima, carencias afectivas importantes, impulsividad, apropositividad y baja tolerancia a la frustración.

La actitud personal frente al consumo también es un factor que influye, puesto que personas que se han criado en un ambiente donde existe el consumo de drogas, o su uso no es desaprobado, tendrán mayor probabilidad de consumir algún tipo de drogas. Por otra parte, la edad de inicio del consumo, también se relaciona con la esfera individual.

De este modo, el factor individual, personalidad u organización influirá de modo importante para que en un lugar o situación específicos un individuo en particular se decida por consumir o no una determinada sustancia.

3.2.3. Un agente externo: La droga.

Como ya mencionáramos, las drogas vienen a ser un “paraíso portátil” en el cual los sujetos se adentran buscando, en el caso de las Bdz, un estado que mejore su interacción con el medio-macro, (trabajo, vida social) o medio-micro (quehaceres domésticos, familia), así como también, lograr la autopercepción de “estar bien”.

Este elemento que no pertenece al individuo, aunque sí podemos decir que está inmerso en la cultura en que los hombres se desarrollan, puede ser elegido en algún momento de la vida para intentar subsanar conflictivas internas.

Es un elemento contra el cual no es fácil luchar, ya que siempre ha estado y estará disponible de una u otra manera para los diferentes grupos. Estas sustancias, por sus propiedades estimulantes, depresoras o alucinógenas, traspasan la vida del individuo haciéndolo consumidor y a veces dependiente de ellas.

Estas sustancias que están implicadas en el fenómeno adictivo es probable que existan siempre. Por ello se mantiene presente el riesgo de que las personas puedan verse motivadas por diferentes causas al consumo de éstas, convirtiéndose para algunos en un

elemento de primera necesidad puesto que provee a los individuos de un bienestar artificial que requieren para actuar en el mundo.

Otro factor destacable propio de la droga es su potencial adictivo, o sea, su capacidad de generar, después de un lapso determinado de consumo (tiempo que se relaciona directamente con el tipo de droga), síndrome de privación.

Cabe señalar también, como un elemento atribuible a la droga, la disponibilidad de ésta en el medio circundante del sujeto, así como la facilidad para consumirla. En el caso de las benzodiazepinas el ser una droga legal y de prescripción masiva.

En síntesis, podemos advertir que todos los puntos que conforman lo psicosocial, confluyen con mucha nitidez en el fenómeno del consumo de psicofármacos de tipo ansiolítico, ya que estos tienen un lugar dentro de la sociedad contemporánea. Las drogas “ofrecen una síntesis instantánea, una sobrecompensación a la falta de sensibilidad y de sentido, una exacerbación de las sensaciones, un ser trascendente, sin explicaciones, un alivio repetido, aunque fugaz al anonimato y la enajenación”²⁰

²⁰ Ibid.; pág. 65.

3.3. PERSPECTIVA DE GENERO.

Las Bdz son las sustancias de consumo más asociadas a la mujer. Tras una investigación cuyos resultados se publicaron en 1994 se observa que en nuestro país las mujeres son las mayores consumidoras de psicofármacos ²¹. A raíz de lo anterior surge la necesidad de hacer un breve análisis de la mujer desde la perspectiva psicológica con el fin de encontrar allí elementos que podrían estar gatillando la conducta de consumo de Bdz

Para introducirnos en el tema de género es importante verlo dentro de la dimensión "sexo y género" con las distintas definiciones que cada una conlleva. Sexo se usa para hacer referencia a los atributos del hombre y la mujer creados por sus características biológicas y, Género refiere a las cualidades distintivas del hombre y mujer (masculinidad y feminidad) que son creadas culturalmente.

Bajo estas definiciones, género sería el conjunto de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que la sociedad adscribe diferencialmente a los sexos.

Como resultado de esta diferenciación que la sociedad hace, en función del sexo, nos encontramos con una asimetría que privilegia al hombre y subordina a la mujer. Bajo esta perspectiva es fácil de identificar la "división sexual del trabajo", donde encontramos una segregación de las funciones sociales a partir de uno u otro sexo.

²¹ Busto, Miren, 1991; op.cit.

3.3.1. Características diferenciales entre hombres y mujeres:

La conducta de los seres humanos se origina en dos grandes núcleos: sustrato biológico e influencia ambiental. Cada característica psicológica, rasgo de personalidad, aptitud, hábito, etc., obedece a factores tanto de tipo genético-hereditario como a factores ambientales. Es difícil determinar si es que hay alguno que tenga más importancia que otro.

El aspecto cultural y educacional tiene gran influencia en las diferencias psicológicas de los sexos. Las expectativas que las sociedades tengan, representadas en la organización social y la educación por ejemplo, determinan en una amplia medida el modo de pensar, sentir y actuar que manifiestan los hombres y mujeres de una determinada sociedad.

Respecto de lo anterior, es posible observar características atribuidas a la mujer tradicionalmente. Así podemos encontrar que la mujer, en su relación con el mundo, se orienta más hacia las personas; en cambio el hombre se orientaría más hacia los objetos.

Otra característica que se le atribuye a la mujer es la dependencia tanto económica como psicológica, la visión tradicional hacia la mujer es que ésta es sumisa, insegura y que necesita de alguien que la oriente y guíe. El hombre se perfilaría como más autónomo y capaz de tomar decisiones. Poca fortaleza física y pasividad motora, también son rasgos atribuidos a la mujer, en cambio el hombre representaría la fuerza física y una mayor actividad.

En el área de la afectividad se le atribuye a las mujeres características muy distintas a las de los hombres, por ejemplo, se considera a la mujer como sensible, emotiva, tierna, cálida e inestable emocionalmente. Y contrariamente a los varones, como fuertes, racionales, fríos y estables emocionalmente.

3.3.2. Esfera Pública y Privada:

A través de la historia podemos observar que el hombre es el que se perfila a cargo de las actividades productivas en la esfera pública, en tanto las mujeres se hacen cargo de la reproducción que se orienta hacia lo privado; y aunque es posible afirmar que la mujer cada vez más ha ido adentrándose en el área pública, sigue ligada a la función reproductiva con todo lo que ello implica: educación y crianza, socialización de los hijos y apoyo afectivo.

Podemos observar que las funciones tradicionales asignadas a la mujer han ido cambiando o mejor dicho aumentando, puesto que su rol de madre, estrictamente relacionado con su función reproductiva se ha mantenido a través de la historia, o quizá ha mejorado en el sentido que actualmente las mujeres cuentan con tratamientos anticonceptivos a su alcance, orientación en planificación familiar, etc. Hoy podemos ver que la mujer no sólo está dentro de las tareas hogareñas respondiendo a los requerimientos de ser madre y esposa, sino también ha entrado al mundo laboral, y en muchos casos, son además jefas de hogar.

El que la mujer se desarrolle en estas áreas, aportando con su capacidad, creatividad y empeño no podemos sino verlo como un paso muy positivo en lo que es su historia. Pero no podemos decir lo mismo del contexto socio-cultural en que se da este proceso, ya que

sigue rigiendo una estructura de poder y dominación, donde aún están vigentes las discriminaciones.

La mujer en su esfera privada:

Esta esfera integra los roles de madre, esposa y dueña de casa. Estos roles tienen como común denominador el tener que brindar apoyo a la familia: apoyo afectivo, mantener la economía doméstica, cuidar y proteger, entre otros factores. Los roles de madre y esposa incluyen la labor de reproducción, crianza de los hijos y mantención del hogar.

La tarea de dar apoyo a la familia se relaciona con una función que se basa en las actitudes de ayuda, recompensa, armonizar, comprender y aceptar pasivamente. Respecto a la maternidad y crianza de los hijos hay distintas posturas. Hay quienes dicen que el rol de madre sigue siendo el más importante incluso para la mujer que trabaja. Hay otros en cambio que no están de acuerdo con que la maternidad sea la única forma válida para que la mujer se realice, ya que esto hace creer a la mujer que dándose por entera a sus hijos alcanza la felicidad. Por tanto, el sacrificio y la resignación por la familia lleva a la mujer a abandonar cualquier otro proyecto de desarrollo personal.

En general, la mujer quiere calzar en un modelo que tradicionalmente se ha mantenido en nuestra cultura : una mujer consagrada al marido, hijos y hogar.

Es importante destacar que en cualquier caso la mujer no sólo ha internalizado este modelo a través de normas y pautas culturales, sino que también ha sido un agente activo de

propagación y prolongación de dicho rol en la sociedad. Y ella a su vez como modelo frente a sus hijos entrega un conjunto de normas, valores y creencias que tiende a perpetuar esta forma de ser mujer.

Roles al interior de la familia:

En el caso del rol de esposa, estudios psicosociales demuestran que debe haber una preocupación por el aspecto físico, vida sexual -generalmente determinada por el marido-, preocupación por mantener la armonía matrimonial, etc. Con esto la mujer se privilegiaría en tener "seguridad, estabilidad, mantención económica y gratitud sentimental" ²².

En su rol de madre, la tarea de la crianza de los hijos traspasa la esfera del hogar hacia el exterior, ya que ella deberá además introducirlos en la sociedad; está a cargo de los hábitos, las normas y los castigos, relacionarse con los educadores y con los demás padres, donde día a día mide lo que ha logrado con sus hijos. Pero este rol determina que la mujer también debe ser amiga y quien expresa cariño y afecto.

Dentro del rol de madre cabe destacar el concepto de apego, que se refiere a "la necesidad del infante de estar en contacto con un ser adulto que normalmente es la madre biológica"²³; transformándose así en un ser significativo de primer orden. Para constituirse en ese ser significativo la mujer debiera entregarse por completo a las tareas que demandan la crianza y cuidado de los hijos.

²² Muñoz y Searle; "Roles femeninos: orientación tradicional y cambio"; sin editor: fotocopia.

²³ Rosenbluth, C.; Hidalgo, C.; "La mujer desde una perspectiva psicológica"; sin editor: fotocopia.; pág. 450.

3.3.3. Conflicto Interior:

La mujer al integrarse a esferas que trascienden lo privado (familia, hijos) acompaña su desarrollo de constantes tensiones y sentimientos de culpa que evidentemente desestabilizan sus esfuerzos.

Es justamente el hecho de tener que dar cumplimiento simultáneo a roles diversos, lo que ha generado conflictos en torno al desarrollo personal de la mujer. Esta disonancia interior relacionada con sus deseos y satisfacciones generadas en su rol privado y sus expectativas ligadas al mundo externo, podría ser una variable dentro de la aparición de ansiedad, tensiones, alteración del sueño, nerviosismo, inquietud, cefaleas por las cuales las mujeres llegan a consultar a los servicios de salud, en los cuales, como medida de cura, se prescribe medicamentos, que si bien hacen desaparecer el síntoma no hacen desaparecer la causa.

Así todo, han surgido cambios en el proceso de desarrollo de la mujer, y es así como la incorporación de ésta al campo laboral es un paso cualitativo de amplias dimensiones. Dentro del ejercicio del rol laboral se ha podido revelar su capacidad para enfrentarse al espacio público. Este cambio se ha manifestado en la nueva visión de su autoconcepto y su propia valía personal.

No todas las mujeres pueden y/o desean acceder al mundo laboral, pero sí muchas de las que no lo hacen buscan formas de tomar contacto con espacios públicos, donde encuentran satisfacción para su mundo interior. Es así como hay un gran número de ellas que participan de actividades no remuneradas, como comunidades cristianas, gimnasios, talleres

grupales, centros de madres, en donde dejan sus roles de esposas, madres y dueñas de casa para entrar en una instancia donde buscan un aporte a su desarrollo personal .

Quizás este descubrir de las mujeres que hay proyectos internos inconclusos, más aún algunos de estos proyectos ni siquiera asoman y, que sólo se traducen en una vaga inquietud, un malestar constante, un somatizar frecuente es el que las ha llevado a ser parte importante de ese porcentaje que comprende a las consumidoras de benzodiazepinas.

Son tal vez estas tensiones internas las que hacen que las mujeres sean asiduas demandante de servicios de salud, y como una de las causas de este fenómeno se ha planteado que dada su "condición de mujer tendría más facilidad para expresar sus emociones de angustia, tristeza o sentimientos negativos y por ello, consulta más, o si al estar sometida a mayor stress por una sobreexigencia de trabajo, ya sea dentro o fuera del hogar, estaría más expuesta a indicaciones irracionales de medicamentos en los servicios de salud" ²⁴.

²⁴ Contreras, Elba; "Lineamientos generales para acciones de prevención del consumo indebido de drogas en la mujer y en la familia" en Seminario Análisis de las acciones preventivas en relación a la política y plan nacional de prevención y control de drogas: Informe Final, Diciembre 1994; CONACE; pág. 162.

4.1. PERSPECTIVA BIOQUÍMICA

4.1.1. Antecedentes generales de las Bdz

Muchos de los estudios que se han realizado en el ámbito del cerebro y sus entornos se basan en temas relacionados a los psicofármacos y sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), en los cuales se asegura ya sin ninguna duda que los fármacos que tienen efectos sobre el SNC actúan sobre receptores específicos que modulan la transmisión sináptica.

Los medicamentos que aquí nos interesa revisar, por su prescripción en el tratamiento de la ansiedad, alteraciones del sueño, estrés; es el conjunto llamado benzodiazepinas (Bdz). Para lo cual revisaremos el tema de las Bdz, centrándonos principalmente en cómo actúan y cuáles son sus ventajas y desventajas.

Las Bdz, son psicofármacos, pertenecientes al grupo de los llamados tranquilizantes menores, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos. Se clasifican dentro de los depresores del Sistema Nervioso Central (SNC).

Las Bdz entran al mercado farmacéutico reemplazando a los barbitúricos los cuales eran conocidos por su alto potencial adictivo y su toxicidad frente a sobredosis (estado de coma y muerte) y síndrome grave de privación en pacientes que dejaban de consumirlos.

Es en la década de los 50 cuando el químico Leo Sternbach se concentra en la búsqueda de nuevos fármacos tranquilizantes, cuya estructura química ya había comenzado a estudiar en la Universidad de Cracovia, Polonia.

Esta estructura química estaba constituida por tres anillos siendo una diazepina el principal de ellos. Intensas investigaciones culminan en 1960 con la aparición del Clorodiazepóxido que da origen a la familia de las Bdz o derivados benzodiazepínicos. También se denominaron "ansiolíticos" (lo que etimológicamente significa: liquidadores de ansiedad), ya que disminuían estados ansiosos y de angustia en los seres humanos, teniendo un amplio margen terapéutico.

En 1963 aparece el Diazepam siendo hasta hoy día la Bdz más usada y más estudiada en todo el mundo. Los estudios siguen avanzando y es así como en 1967 se introduce el primer hipnótico de origen benzodiazepínico denominado Nitrazepam.

4.1.2. Acciones farmacológicas de las Bdz.

Las acciones de las Bdz son ejercidas sobre el Sistema Nervioso Central, en dosis terapéuticas y los efectos son básicamente cuatro:

- Ansiolítico
- Hipnótico
- Anticonvulsionante
- Relajadora de la musculatura esquelética.

Los efectos ansiolíticos e hipnóticos son los que han recibido más estudios y por ende las Bdz han derivado en un gran uso terapéutico.

Acción Ansiolítica:

Este efecto debería ser selectivo, o sea la persona con ansiedad debería calmarse y presentar una baja en la tensión emocional sin que se alteren las demás funciones centrales, de alerta, cognitiva y motora. Por ser esta una acción tan subjetiva es muy difícil medir este efecto y por lo tanto ha sido muy discutido entre los estudiosos de los psicofármacos. No obstante, investigaciones clínicas demuestran que en muchas personas se obtiene claramente este resultado, usando las dosis apropiadas.

Bajo el efecto de las Bdz los individuos experimentan la desaparición de la inquietud, el miedo en general y la gama de síntomas físicos asociados a la ansiedad, sintiéndose más relajados y conciliando mejor el sueño. Es por tanto entonces, que las Bdz se consideran un medicamento eficaz, ya que, reduce la ansiedad y ejerce un efecto calmante con mínimas implicancias sobre las funciones motoras y mentales.

Acción Hipnótica:

La acción hipnótica, implica que acortan la latencia para dormir, alargan el tiempo total del sueño y disminuyen los despertares nocturnos. Cabe sí destacar, que el sueño al que inducen estos fármacos no es del tipo fisiológico, ya que se alteran las etapas naturales en que se ha dividido el dormir. Sin embargo, por inducir estos psicofármacos a un sueño muy similar al "normal", se les conoce con el adjetivo de "eficaz".

Acción Anticonvulsionante:

Las Bdz son capaces de suprimir y prevenir fenómenos de tipo convulsivo de diferente causalidad. Se han logrado sintetizar compuestos con mayor efecto como es el caso del Clonazepam, el que ha sido utilizado en diferentes tipos de epilepsia (petit mal, ausencias atípicas y espasmos mioclónicos). El desarrollo de tolerancia para este efecto es lo que ha impedido que estos medicamentos desplacen a los anticonvulsionantes clásicos.

Como caso especial se debe destacar el Diazepam, ya que es muy eficaz en el tratamiento de crisis convulsivas.

Acción Relajadora:

Esta acción se ejerce centralmente en la formación reticular del tronco cerebral y también en la médula espinal, y para ello se requieren dosis mayores que para los efectos anteriormente nombrados. Se pueden observar mejorías en los espasmos y tensión muscular.

4.1.3. Estructura química de las Bdz

Los diversos tipos de Bdz existentes tienen en común el “anillo benzodiazepínico” el cual da origen al nombre de estos psicofármacos. Este es un anillo heptagonal con dos átomos de nitrógeno en posiciones específicas, que dan origen a dos grupos o familias: 1,4 y 1,5 de benzodiazepinas.

En ambas familias hay subdivisiones debido a variadas sustituciones químicas. Es por ello que encontramos una gran variedad de productos, que difieren uno de otro principalmente en sus características farmacocinéticas, más que en los efectos farmacológicos.

4.1.4. Mecanismos de acción de las Bdz

Los estudios apuntan a que las Bdz producen un efecto potenciador de la acción del neurotransmisor (Nt) llamado GABA, (ácido-gama-aminobutírico). El GABA es un Nt inhibitorio, perteneciente a los Nt de tipo aminoácidos neutros, los que se encuentran en altas concentraciones en el Sistema Nervioso Central (SNC) y son modificadores de gran potencia sobre la excitabilidad neuronal. Las Bdz “aumentarían la eficacia de la inhibición sináptica Gabaérgica (mediante la hiperpolarización de la membrana) que produce una disminución en la velocidad de descarga de las neuronas críticas en muchas regiones del cerebro”²⁵.

²⁵ Katzung Bertran; “Farmacología Básica y Clínica”; Ediciones Manual Moderno; 1994; México; pág. 385.

Existen receptores del Nt GABA, donde se adjunta la Bdz. El lugar de concentración de estos receptores correspondería al sistema límbico, específicamente en la amígdala, lugares asociados a la regulación de la conducta emotiva. También se han encontrado estos receptores, en el córtex cerebral. Es posible que la unión de Bdz a esos receptores sea la responsable de acciones sedantes.

En la neurona, el receptor de Bdz, forma un complejo con el receptor de GABA, y con el canal de cloruro, así la interacción de Bdz y su receptor provocaría una mayor afinidad entre el Nt GABA y su respectivo receptor, esta unión es seguida de una transformación en el sitio, involucrando el canal de cloruro vecino, así se facilita el paso del ión de cloro y de esa manera se da lugar a una mayor carga negativa al interior de la célula lo que da como resultado una menor excitabilidad celular.

4.1.5. Farmacocinética de las Bdz

Este concepto alude a los procesos que sufre un fármaco al interior del organismo, desde que entra en él hasta que es eliminado. La farmacocinética de estos medicamentos determina su clasificación, por lo tanto tiene claras implicancias clínicas.

Dado que la farmacocinética de los medicamentos benzodiazepínicos de tipo hipnótico y ansiolítico es similar, ya que comparten casi todas las características físico-químicas, como la de ser liposolubles lo que permite su rápida distribución tanto al SNC como a los tejidos periféricos, describiremos los procesos de las Bdz, sin hacer distinción entre hipnóticas y ansiolíticas.

Los procesos de la farmacocinética se dividen en tres partes:

1. Absorción.
2. Distribución.
3. Biotransformación y excreción.

Absorción: Aquí podemos observar que después de introducirse el fármaco al organismo, éste se absorbe en distintas velocidades; lo que se traduce en que el tiempo de aparición de los efectos entre una Bdz y otra es distinto.

En el grupo de los que más rápidamente se absorben tenemos al Diazepam, Clordiazepóxido y Clonazepato, siendo los que alcanzan su máxima concentración sanguínea en el período de una hora.

Entre las Bdz de absorción intermedia tenemos el Lorazepam y el Alprazolam .

Dentro de los de mayor lentitud de absorción está el Oxazepam y Prazepam, donde los niveles máximos de concentración sanguínea ocurren entre las tres y cuatro horas.

Distribución: Las Bdz por ser sustancias lipofílicas se distribuyen con mucha facilidad por los tejidos, en especial su paso al SNC es rápido, por lo que se encuentran concentraciones más altas en el cerebro que en la sangre.

En el caso de la mujer embarazada las Bdz atraviesan rápido la placenta, pudiendo acumularse en el feto y los metabolitos pueden persistir hasta después que ha terminado el tratamiento de la madre.

Biotransformación: Este es un proceso que presenta características especiales, las que implican importantes diferencias entre las distintas Bdz. El proceso de biotransformación de los fármacos tiene lugar en el hígado, específicamente en el sistema microsomal oxidante y con muchos de ellos ocurre este procedimiento en varias etapas enzimáticas. Cabe destacar que prácticamente todas las Bdz tienen esta pasada hepática, exceptuando el Lorazepam y Oxacepam. En la primera etapa se da origen a metabolitos activos, o sea que mantienen la actividad ansiolítica, lo que se relaciona con lo que conocemos como vida media ($V_{1/2}$) de estos fármacos.

Por $V_{1/2}$ entendemos el tiempo necesario para que la concentración sanguínea del fármaco baje a la mitad en la fase de eliminación y da una medida de la permanencia del fármaco en el organismo. Según la $V_{1/2}$ de un medicamento, se clasifican en distintos tiempos de acción: prolongada, media, corta y ultra corta. (Ver cuadro N° 2 y N° 3).

Las Bdz de acción **prolongada** conlleva las siguientes consecuencias clínicas:

1. La ingesta de más de una dosis diaria produce acumulación de metabolitos activos, lo que conduce a mayor efecto. Esto se traduce en que muchos de los pacientes presentan gran somnolencia y debilidad muscular.
2. Al terminar el tratamiento, el fármaco y los metabolitos se mantienen en el organismo por más tiempo que otras Bdz.
3. Cuando hay insuficiencia hepática la $V_{1/2}$ del fármaco se prolonga aún más.

Las Bdz de acción **intermedia** tienen una $V_{1/2}$ menor ya que sólo una parte de la dosis da origen a metabolitos activos. Las Bdz de acción **corta** se inactivan rápidamente, no presentan acumulación y por lo mismo deben ser administrados 2 a 3 veces al día para mantener los efectos esperados. En las Bdz hipnóticas encontramos además la de duración **ultra corta**. Todas las benzodiazepinas terminan su recorrido metabólico en productos inactivos que finalmente son eliminados en la orina.

Los cuadros siguientes muestran los nombres de las Bdz ansiolíticas e hipnóticas y la relación con el tiempo de acción y $V_{1/2}$ de cada una de ellas.

Cuadro N° 5
“Bdz ansiolíticas según duración de acción”

| Tiempo de Acción | Vida Media ($V_{1/2}$) | Fármaco |
|-------------------------|--|--|
| Acción Larga | Más de 24 horas | Clordiazepóxido Diazepam Medazepam Clorazepato Prazepam Clobazam Ketazolam Bromazepam Clonazepam |
| Acción Intermedia | Entre 5 a 24 horas | Alprazolam Temazepam |
| Acción Corta | Menos de 5 horas | Lorazepam Oxazepam |

Fuente: *Uso racional de medicamentos. El caso de las Benzodiazepinas,
 Ministerio de Salud de Chile, 1995.

Cuadro N° 6
"Bdz hipnóticas según duración de acción"

| Tiempo de Acción | Vida Media (V½) | Fármaco |
|-------------------------|-------------------------|--|
| Acción Larga | Entre 18 a 30 horas | Nitrazepam Flurazepam |
| Acción Intermedia | Entre 7 y 20 horas | Flunitrazepam Estazolam Loprazolam |
| Acción Corta | Entre 3 a 5 horas | Brotizolam Triazolam |
| Acción Ultra corta | Entre 1,5 a 2,5 horas | Midazolam |

Fuente: *Uso racional de medicamentos. El caso de las Benzodiazepinas,
 Ministerio de Salud de Chile, 1995.

4.1.6. Desventajas del uso de las Bdz ansiolíticas e hipnóticas.

En la descripción de las Bdz cabe destacar también que, no obstante el hecho que sean medicamentos de amplio margen terapéutico, su gran uso clínico ha permitido también su masificación, automedicación y debido a ello también la dependencia del fármaco. Al hablar de automedicación nos referimos al hecho de que aunque estos fármacos están limitados legalmente a la venta con receta médica; no obstante ello, los individuos han generado mecanismos para conseguir las recetas de una u otra forma, como por ejemplo visitando a diferentes facultativos, para así obtener el medicamento.

Usados en dosis terapéuticas, con fin ansiolítico, la reacción más adversa que se ha podido observar es la de su efecto depresor central, con consecuencias de somnolencia, deterioro intelectual y también motriz. Estos efectos se relacionan directamente con la variable dosis ingerida y edad del que la consume. Otros efectos también son: vértigos, leucopenia, hipersensibilidad y alteraciones endocrinas en tratamientos largos.

En el caso de las hipnóticas (producto de la acción depresora que ellas ejercen), inducen a que el sujeto que las consumió, sufra somnolencia, debilidad muscular y mareos a la mañana siguiente. En las Bdz hipnóticas de acción larga esta sintomatología es más frecuente.

También ocurre que al suspender el medicamento benzodiazepínico en forma brusca puede observarse que reaparece el insomnio y puede ser considerado este efecto un síntoma de abstinencia.

4.2. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS RELACIONADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

4.2.1. Sustancias:

Según el DSM IV se refiere a cualquier droga de abuso, medicamento o tóxico, dentro de los cuales encontramos los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes menores de origen benzodiazepínico.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos (DSM IV, 1995)²⁶.

1. Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y,
2. Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, amnesia, trastorno psicótico, trastorno del estado del ánimo, ansiedad, disfunción sexual, y trastornos del sueño).

4.2.2. Dependencia:

Actualmente ya no se discute que las Bdz producen dependencia, dado que desde su aparición se han hecho estudios que permiten observar síndrome de abstinencia. Esta dependencia no sólo afecta a quienes las consumen en dosis altas sino también a quienes las usan en dosis terapéuticas por períodos prolongados.

²⁶ "DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", Editorial Masson S.A.; 1995; Barcelona.

Con dosis altas el síndrome de abstinencia puede observarse como grave, presentándose convulsiones, psicosis y alucinaciones. Cuando se suspende en forma brusca un tratamiento con dosis terapéuticas lo que aparece es depresión, confusión y despersonalización.

Tanto para dosis altas como terapéuticas los síntomas son los siguientes: "temblor, anorexia, cefalea, parestesias, visión borrosa, insomnio y ansiedad. Estos dos últimos, según opinión de algunos autores, representan sólo la reaparición de la sintomatología previa"²⁷.

Dependencia de sustancias: La dependencia de sustancias tiene como característica principal un conjunto de síntomas que involucran la esfera cognoscitiva, la esfera comportamental y la fisiológica, que estarían indicando que el individuo continúa consumiendo una determinada sustancia, no obstante hayan aparecido problemas importantes relacionados con ella. Se observa un patrón de autoadministración lo que se traduce en la aparición de tolerancia, abstinencia y una ingesta compulsiva de la sustancia. Los síntomas de dependencia son similares en todas las categorías de sustancias, aunque en algunas los síntomas puedan ser menos evidentes que en otras.

²⁷ Ministerio de Salud de Chile; 1995; op. cit.; pág. 63.

Criterios para la dependencia de sustancias según el DSM IV.²⁸

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por 3 o más de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - b) Se toma la misma sustancia o una muy parecida para aliviar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

²⁸ "DSM IV"; op.cit.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con: la obtención de la sustancia (visitar varios médicos o desplazarse largas distancias); el consumo de la sustancia (fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ej. consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora la úlcera)

Dependencia de hipnóticos, sedantes o ansiolíticos: Pueden presentarse niveles muy significativos de dependencia fisiológica tanto para la tolerancia como para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Es importante destacar que el riesgo de dependencia es mayor en sujetos que consumen benzodiazepinas de acción corta, ya que requiere de una mayor frecuencia de consumo para mantener los efectos deseados, y por el contrario, las Bdz de acción larga disminuyen este riesgo de dependencia.

4.2.3. Síntomas de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

Se Observa:

- Deterioro de la actividad laboral o social.
- Lenguaje farfullante.
- Incoordinación.
- Marcha inestable.
- Nistagmo.
- Deterioro de la atención.

4.2.4. Tolerancia: Es una característica común de los ansiolíticos e hipnóticos. Es una baja en la respuesta a un medicamento, en este caso psicofármacos, después de una exposición continua; por lo tanto, aparece la necesidad de consumir cantidades mayores de la sustancia para alcanzar los efectos deseados, porque al utilizar las mismas dosis hay una notoria disminución de los efectos. El grado en que se desarrolla la tolerancia varía de una sustancia a otra.

4.2.5. Abstinencia: Este cuadro se presenta cuando la concentración de una sustancia en la sangre o en algún tejido, disminuye en una persona que ha tenido un consumo prolongado y generalmente de dosis altas. Se traduce lo anterior en un cambio de comportamiento desadaptativo con efectos cognoscitivos y fisiológicos. Los síntomas de abstinencia son diferentes de una sustancia a otra.

Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente importante que incluyen un deterioro laboral y/o social y de otras esferas del individuo, los que pueden disminuirse con

la administración de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, confirmándose así el síndrome de abstinencia provocado por estas sustancias.

Los criterios diagnósticos de la abstinencia propuestos por el DSM IV son los siguientes:

- A. Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

- B. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante algunas horas o días después del criterio A.:
 - 1. Hiperactividad autonómica (por ejemplo: sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - 2. Aumento del temblor de manos.
 - 3. Insomnio.
 - 4. Náuseas o vómitos.
 - 5. Alucinaciones visuales , táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones.
 - 6. Agitación psicomotora.
 - 7. Ansiedad.
 - 8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).

- C. Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otra áreas importantes de la actividad del individuo.

- D. Los síntomas no son debido a una enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

4.2.6. Abuso de sustancias: El abuso de sustancias se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias traducido en consecuencias adversas importantes y repetitivas relacionado con el consumo de sustancias. Se puede observar el abandono de quehaceres importantes, consumir en situaciones en que la persona se pone en riesgo e involucramiento en problemas legales y situaciones que afecten las relaciones sociales e interpersonales.

4.2.7. Inicio del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: En muchos casos, sobre todo a partir de la venta de Bdz bajo presentación de receta médica, el consumo se inicia cuando el facultativo lo prescribe, generalmente para aliviar los síntomas de ansiedad o insomnio que el paciente le refiere. En general, esta población que lo utiliza controladamente no presenta problemas, aunque sí se puede observar desarrollo de tolerancia, lo que implica el aumento de dosis para conseguir el efecto deseado. Así el paciente refiere que experimenta los síntomas de ansiedad e insomnio iniciales lo que lo lleva a obtener el medicamento de varios médicos que visita para tener las dosis suplementarias que requiere.

5.1 ENFOQUE COGNITIVO PROCESAL SISTÉMICO DE VITTORIO GUIDANO.

5.1.1. Post-racionalismo

Desde fines de la década del 80, un grupo de profesionales provenientes de la corriente conductual-cognitiva viene descubriendo y desarrollando una nueva postura epistemológica acerca de la concepción de la realidad, produciéndose importantes avances en su forma de concebir el mundo. Desde aquí surge una importante teoría que trasciende sustancialmente sus orígenes racionalistas y, por ende, la intervención terapéutica.

Dentro de este contexto, Vittorio Guidano, es uno de los principales exponentes de esta postura denominada post-racionalista. V. Guidano, médico psiquiatra, profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona en España y miembro del Instituto de Terapia Cognitiva de Roma, ha inspirado la creación y estudio de esta nueva visión en muchos países. En Chile, a partir de esta concepción se ha creado el Instituto y la Sociedad de Terapia Cognitiva.

Cuando Guidano se refiere al término post-racionalista, no significa que desconozca el racionalismo, sino que él habla de una visión posterior a este sistema de pensamiento; refiriéndose al hecho de que en nuestra cultura occidental estamos viviendo una época de cambios epistemológicos.

Durante muchos años estuvo vigente el paradigma empirista que se ha identificado con el concepto de ciencia, cuyo aspecto básico es que "vivimos una realidad objetiva que ya tiene contenida en sí misma el sentido de todas las cosas y que esta realidad existe

independientemente de nuestro percibirla" ²⁹. De este modo, la realidad aparece como única e igual para todos y el conocimiento sería sólo una representación de ésta. En cambio, desde este enfoque, "el observador no aparece más como una persona neutra. Por el contrario, el observador con su observación introduce un orden en lo que observa, y lo que observa es mucho más dependiente de su aparato perceptivo que de la estructura misma de algo objetivo externo a él" ³⁰. Alfredo Ruiz, plantea que el mundo y la realidad son co-dependientes de nuestro modo de ordenarla y, por ende, es un mundo co-construido por el observador.

Vittorio Guidano para el desarrollo de su Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico se apoya fundamentalmente en la Teoría del Vínculo de Bowlby. Posteriormente, en el año 1991, en su libro "El Sí mismo en Proceso", Guidano cita y explícita su convergencia con las bases biológicas y fisiológicas desarrolladas por Humberto Maturana, biólogo chileno, que aporta al fenómeno del conocimiento planteando que los seres vivos son sistemas que operan determinados por una estructura.

Maturana niega la objetividad y plantea el concepto de objetividad entre paréntesis, ya que hay una estructura interna que determina: el Sistema Nervioso Central (SNC). Este opera como un sistema cerrado, o sea, opera en red de correlaciones internas, no siendo por lo tanto modificado por el ambiente. De este modo, el cerebro reconstruye la información que recibe de acuerdo a sus características estructurales y no en relación al objeto externo. "Al fenómeno del conocer no se le puede tomar como si hubieran "hechos" u objetos allá afuera, que uno capta y se los mete en la cabeza. La experiencia de cualquier cosa allá

²⁹ Ruiz, Alfredo; "Fundamentos teóricos del enfoque Post-racionalista"; página web Instituto de Terapia Cognitiva; 1997; Santiago; pág. 1.

³⁰ Ibid.; pág. 1.

afuera es validada de una manera particular por la estructura humana que hace posible "la cosa" que surge en la descripción" ³¹

Desde este punto de vista es importante mencionar que el conocimiento ya no es concebido como algo filosófico, sino que se logra definir como algo biológico; por lo tanto, este no sería privativo sólo del hombre, sino que de cualquier organismo, aún de un organismo unicelular. Desde esta concepción surge la Epistemología Evolutiva, entendida como el estudio de los procesos que definen el tipo de relación entre el conocimiento y el medio externo.

Puesto que el conocimiento pertenece a cualquier forma de vida, es la manera por la cual los organismos organizan sus relaciones con lo externo. Lo fundamental de esta concepción es que el conocimiento es algo que sirve al organismo para adaptarse y sobrevivir. Entonces, ningún organismo tiene el interés de saber si su conocimiento corresponde a la verdad o no, sino que es la forma como el organismo transforma y modifica el ambiente para encontrar su adaptación. "Adaptarse, entonces, significa transformar el ambiente en sí mismo ... ya que si el organismo está siempre autoorganizándose, su conocimiento es la manera como está transformando el ambiente externo de modo que se vuelva semejante a él mismo" ³².

La concepción tradicional conductual cognitiva y la psicología en general, concibe un modelo empiricista de la realidad, donde la realidad es externa y objetiva y el conocimiento es una representación de ella. De este modo, se concibe la realidad como un orden unívoco, en el cual ya está determinado el orden de las cosas.

³¹ Maturana, H.; Varela F.; "El árbol del conocimiento"; Ed. Universitaria; 1986; Santiago; pág. 13.

³² Ruiz, A.; 1997; op. cit.; pág. 2.

Así también, es que en el ámbito terapéutico la teoría conductual-cognitiva aplica la concepción de que hay alguien -el terapeuta- que conoce y sabe de esa verdad, por lo tanto es él quien puede identificar los errores cognitivos del paciente. Sin embargo, para poder decir que alguien sabe qué es lo correcto, qué es lo racional, debe tenerse un referente único al cual acudir para hacer la distinción. Entonces, estas corrientes postulan la existencia de una realidad objetiva y cognoscible por el sujeto que conoce.

Guidano y Maturana, no niegan la existencia de una realidad externa independiente de nosotros, sin embargo, amplían la visión planteando que ésta es una construcción de la estructura que conoce. Es decir, todo conocimiento y acercamiento a la realidad está mediado por la estructura. Cada uno de nosotros percibimos con un particular prisma, por lo tanto el conocimiento siempre estará teñido por el sesgo del observador. Entonces, al ser esta realidad una construcción determinada por la estructura, es por tanto, personal e idiosincrática. Es decir, la realidad en sí, es inconocible, podemos conocer sólo su apariencia, la que puede ser entendida como interpretaciones de nuestro aparato perceptivo.

Así Humberto Maturana, propone el término "*multiverso*", en vez de "universo", ya que éste último tiene la connotación de único, unívoco, unidireccional, externo e independiente del sujeto que conoce. En cambio multiverso, significa múltiples aspectos, que estamos frente a una realidad multiprocesal y multidireccional, "como una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción ... una multiversa en coevolución en la que cada versum es igualmente válido y único. En otras palabras, vivimos en una pluralidad de mundos y realidades personales posibles, creados por nuestras propias distinciones percibidas. Hay tantos campos de

existencia como tipos de distinción contruidos por el observador”³³. No existe un sólo y único orden, sino tantos mundos posibles como observadores hayan, hay tantas realidades como estructuras.

Lo anterior nos explica porqué ante determinado hecho cada persona lo percibe, siente y explica de un modo diferente, a veces coincidentes y otras totalmente distintas según su propia percepción y estructura, lo que da cuenta de que es una información sobre nosotros mismos y no sobre una realidad externa. Por lo tanto, el sujeto no es neutro, su observación corresponde a un orden que él introduce en función de su aparato perceptivo, que lo hace ver una cosa más consistente, más importante, menos regular o semejante que otra.

De este mismo modo, en nuestra relación con nosotros mismos, existe la lógica de la relación observador / observado. Es decir, cuando estamos en la posición de observadores de nosotros mismos, también determinamos lo que queremos observar.

Sin embargo, ante la tan polémica discusión que ha generado este idea de que cada sujeto es una realidad y que por lo tanto nos inunda la subjetividad, Humberto Maturana plantea que para poder hacer una vida en sociedad los seres humanos nos regimos por consensos, de aquí es donde nace su conocida frase “coordinaciones consensuales”. Por lo tanto, si bien cada uno percibe a través de su propia estructura o prisma, existen puntos en que el sujeto en sociedad, por su filogenia, coincide en la apreciación de determinado hecho o evaluación de aquel. Maturana dice que si no afirmamos la objetividad del mundo, parece como si afirmáramos que todo es pura relatividad, que todo es posible en la negación de toda legalidad; entonces, nos plantea que “nos encontramos con los problemas de entender

³³ Guidano, Vittorio; “El sí mismo en proceso”; Editorial Paidós; 1991; Barcelona; pág. 16.

cómo nuestra experiencia está acoplada a un mundo que vivimos como conteniendo regularidades que son resultado de nuestra historia biológica y social”³⁴.

“Toda tradición se basa en lo que una historia estructural ha acumulado como obvio, como regular, como estable ... todo lo que como humanos tenemos en común, es una tradición biológica que comenzó con el origen de la vida y se prolonga hasta hoy, en las variadas historias de los seres humanos de este planeta. De nuestra herencia biológica común surge que tengamos los fundamentos de un mundo común y no nos extrañemos de que para todos los humanos el cielo sea azul y el sol salga cada mañana. De nuestras herencias lingüísticas diferentes, surgen todas las diferencias de mundos culturales que como hombres podemos vivir, y que, dentro de los límites biológicos, pueden ser tan diversos como se quiera”³⁵

Entonces si cada sujeto ordena la información de acuerdo a su propia experiencia es necesario preguntarse cómo es que se produce el fenómeno del conocer. Para esto es necesario, primero especificar lo que entendemos por conocimiento y luego referimos a los conceptos de estructura y organización; experiencia y explicación; tácito y explícito.

³⁴ Maturana, H., Varela F.; 1986; op. cit.; pág. 161.

³⁵ Ibid.; pág. 162-163.

5.1.2. Epistemología del Conocimiento

Según Mario Antonio Reda, conocimiento es "la modalidad con la cual el ser humano entra en relación consigo mismo y con el ambiente en el cual vive y atribuye significado a los propios estados internos, tanto como a los eventos externos"³⁶.

Humberto Maturana por su parte dice: "cuando hablamos de conocer, en el fondo lo que estamos haciendo es un comentario sobre la vida cotidiana, y nos encontramos con que la vida cotidiana, la experiencia, es nuestra condición primaria. Todo lo que hacemos en el ámbito del conocimiento es describir y explicar la vida cotidiana, describir y explicar la experiencia, y, la experiencia nos pasa, nos encontramos en ella antes de preguntarnos por ella"³⁷.

Vittorio Guidano plantea que el conocimiento es una propiedad de todos los organismos, la que consiste en la capacidad de autoorganizarse, de ordenar la propia existencia. Este autor plantea que se trataría de un orden interno del organismo, dependiente de las características peculiares de su dotación biológica y no de la réplica de un supuesto orden preexistente en la realidad. En este sentido es que se dice que habrá tantos órdenes de la realidad como organismos distintos³⁸.

En síntesis, la concepción de conocimiento de estos autores coincidiría en entenderlo como la relación entre un sí mismo con el medio externo donde, dependiendo del organismo que experimenta, surge un significado particular.

³⁶ Reda, Mario; "Sistemas cognitivos complejos y psicoterapia", traducción Instituto de Terapia Cognitiva; 1994; Santiago; pág. 8.

³⁷ Maturana, Humberto; "El hombre y la posibilidad del conocimiento objetivo"; en Integración en Psicoterapia, Editorial Roberto Opazo; 1992; Santiago; pág. 23.

³⁸ Guidano, Vittorio; "La complejidad de uno mismo. Un enfoque evolutivo de la psicopatología y de la psicoterapia"; traducción Instituto de Terapia Cognitiva; 1993; Santiago.

5.1.3. Estructura

Por otra parte, con estructura nos referimos al “modo particular como una cierta unidad está hecha”. El individuo nacería con esquemas pre-formados que condicionan el curso de sus interacciones y acota los cambios estructurales que éstas gatillan en él. Maturana entiende por estructura de algo a los componentes y relaciones que concretamente constituyen una unidad particular realizando su organización.

Todo ser vivo es un sistema determinado estructuralmente y en continuo cambio estructural; nada es externo a él. El encuentro entre el ser vivo y su medio gatilla y desencadena en ambos cambios estructurales constitutivamente determinados. Así se acuña el término determinismo estructural o dinámica estructural, que alude a nuestra condición de posibilidad, o sea a los límites de acción y reacción de la estructura. Sólo podemos seleccionar y elegir hasta donde lo permite nuestra estructura.

“Los cambios que resultan de la interacción entre ser vivo y medio son desencadenados por el agente perturbante y determinados por la estructura de lo perturbado ... mientras esta compatibilidad exista, medio y unidad actúan como fuentes mutuas de perturbaciones y se gatillarán mutuamente cambios de estado”³⁹. A este proceso es el que Humberto Maturana denomina acoplamiento estructural.

Cabe señalar que, tanto los cambios como el acoplamiento estructural, siempre se realizan en un marco de una continua conservación de la autopoiesis. O, dicho de otro modo, la ontogenia de un individuo es una deriva de cambio estructural con invarianza de organización, conservación de identidad y de la adaptación.

³⁹ Maturana, H.; Varela F.; 1986; op. cit.; pág. 64 y 67.

5.1.4. Organización.

Entonces, la organización es invariable en tanto define la clase, mientras conserve su identidad, constituyendo la filogénesis. Maturana entiende por organización a "la relación entre los componentes de una unidad, donde esa relación define y determina que esa unidad pertenezca a una determinada categoría y no a otra ... aquellas relaciones que tienen que existir o tienen que darse para que ese algo sea" ⁴⁰.

La operación efectiva de la organización se realiza en y a través de la estructura. Por ejemplo, cada ser humano cambia a lo largo de su desarrollo, cambia su cuerpo, su pensamiento, etc.; sin embargo, nos reconocemos como los mismos a pesar de esos cambios. Hay cambios de la estructura con permanencia de la organización. Las unidades están en constante transformación, con permanencia de su continuidad e identidad.

En el conocer y enfrentamos a la realidad ocurre este mismo proceso. Así cada sujeto va construyendo a lo largo de su desarrollo una forma de dar orden a la información, elaborando una verdadera teoría acerca de sí mismo y del mundo. Esta teoría puede complejizarse o concretizarse, pero no cambiará su identidad.

Guidano reconoce la organización como el modelo descriptivo general de procesos cognitivos del adulto, que se ordena en un modelo de relaciones organizadas. Distingue 4 tipos de organización: fóbica, obsesiva, depresiva y dápica. Y plantea que todos los individuos poseen una de estas organizaciones.

⁴⁰ Ibid; pág. 25.

Si en este proceso hubiera rigidización de sus componentes puede llegar a conformar una patología. Todos tenemos una estructura que conoce y que puede acomodarse o no acomodarse. De este modo es que plantea que todo ser humano posee alguna de estas 4 organizaciones, pero con una estructura más o menos flexible, constituyéndose en: normal, neurótica o psicótica.

Así la organización se estructura de una forma en la que existen aspectos tácitos y explícitos, que están en un juego permanente y que dan sentido a una organización particular ordenando la realidad.

5.1.5. Aspectos tácitos y explícitos (experiencia y explicación).

Este concepto además alude a los procesos que sufre un fármaco al interior del organismo, desde que entra en él hasta que es eliminado.

Para entender estos aspectos tácitos y explícitos que dan sentido a una unidad nos referiremos a estos conceptos introduciendo con una cita de Guidano "como comprender es inseparable de existir, toda comprensión es autocomprensión. La interdependencia entre experiencia y explicación que subyace en la autocomprensión se despliega en un proceso circular interminable entre la experiencia inmediata de uno mismo (el "yo" que actúa y experimenta) y el sentido de uno mismo que emerge como resultado de la apreciación y autorreferencia de esa experiencia (el "mí" que observa y evalúa)" ⁴¹.

1. Aspectos tácitos / Experiencia inmediata / Yo:

Este aspecto hay que mirarlo desde un punto de vista ontológico, es decir, ver la experiencia humana de acuerdo a las coherencias experienciales de quien está teniendo esa experiencia, o sea, a las condiciones experienciales constitutivas del observador.

Así el nivel tácito se constituye en el nivel más primitivo, no hay elaboración ni exploración; es el nivel de los sentimientos, de la emoción. Es una experiencia inmediata, no reflexiva, no controlada, que surge en el devenir y cotidianeidad de la experiencia. Es una instancia preverbal, analógica y a priori; es lo que Guidano denomina "yo"; y Maturana llama "vivencia o praxis del vivir".

⁴¹ Guidano, V.; 1991; op.cit., pág. 10-11

Esta experiencia inmediata, "es lo que les ocurre a los demás animales, es la experiencia de la vivencia, es sentimos vivos, es algo que simplemente nos ocurre, algo que no podemos decidir"⁴².

El nivel tácito tiene una presencia continua evidenciada por la activación de esquemas emotivos, sin la posibilidad de una correlación explícita con lo que ocurre. Una demostración de la continua actividad de este nivel está dada por el hecho de que podemos conocer más de lo que podemos expresar.

2. Aspectos explícitos / Explicación / Mi.

Este nivel aparece cuando surge el lenguaje, es la conceptualización de la experiencia inmediata. Al aparecer el lenguaje se hizo posible que se instaurara simultáneamente una dimensión de realidades diferentes, de la que otros animales viven cotidianamente.

En el primate humano surge entonces, con el lenguaje, otra dimensión de la realidad mucho más abstracta, en la que hay una explicación. "El lenguaje permite elaborar proposiciones abstractas y así la experiencia inmediata es reordenada y explicada en un concepto que tiene sentido en sí mismo"⁴³. Es el nivel de la conciencia, donde se va haciendo más articulado; permitiendo que el individuo se separe de lo inmediato y pueda procesar su experiencia. Guidano la llama "la imagen consciente de sí", con el que la persona intenta hacerse consistente y coherente aquella experiencia.

En este nivel se produce la reestructuración permanente del sentido de sí mismo; surgiendo el concepto de congruencia, que consiste en calzar el sentido de sí mismo

⁴² Ruiz, A.; 1997; op. cit.; pág. 4.

⁴³ Ibid.; pág. 4.

con la experiencia, así la explicación permite mantener la coherencia y la consistencia para mantener una estabilidad de identidad del sí mismo. Esta instancia denominada "mi" es una instancia verbal, explicativa y a posteriori.

"Entonces aquí ocurre algo muy importante y muy interesante, es decir que todas las explicaciones que nosotros nos damos nunca están referidas al mundo externo, como se veía en la posición racionalista, sino que todas las explicaciones que nosotros nos damos son explicaciones de nuestra experiencia inmediata. Vemos que esta es una manera particular, circular, de autorreferirse siempre en la explicación la experiencia inmediata. Por eso siempre la explicación es autorrefencial, es decir, está referida a uno mismo. Siempre, todo lo que nosotros estamos explicando tiene relación con nuestras emociones o con nuestro fluir de la experiencia inmediata"⁴⁴.

En síntesis, se trata de dos sistemas de conocimiento, "distintos en sí, pero interdependientes, dado que la parte tácita, tendría, por sí misma, posibilidades limitadas de expresión externa, mientras la parte explícita no podría existir o no tendría identidad propia sin las conexiones tácitas"⁴⁵.

De este modo es que cualquier explicación, teoría o creencia será siempre una explicación de la experiencia inmediata. Por lo tanto, no existe posibilidad de comprobar una teoría con aspectos externos para verificar su adecuación, ya que la única manera de verificación es referirla al tipo de experiencia inmediata que esa teoría quiso explicar, no a algo externo. Así, todas las teorías desarrolladas por el individuo, ya sean científicas o filosóficas, tienen su fundamento en la emocionalidad, en la experiencia, y no en la racionalidad. A su vez, sin emocionalidad no puede haber racionalidad.

⁴⁴ Ruiz, Alfredo; "La Teoría Biológica del conocer de Humberto Maturana y el enfoque post-racionalista de Vittorio Guidano en la psicología contemporánea"; Instituto de Terapia Cognitiva; 1996; Santiago; pág. 5.

⁴⁵ Reda, M.; 1994; op. cit.; pág. 68

5.1.6. Mecanismos de autoengaño

El sí mismo es un proceso abierto, expuesto en cada instante a la necesidad de asimilar e integrar, en niveles cada vez más complejos y estructurados, nuevas experiencias a la imagen consciente que cada sujeto tiene de sí. En el curso de este proceso surgen oscilaciones y discrepancias que ponen a prueba la funcionalidad del sistema personal.

Por esta razón, si la explicación no es capaz de procesar congruentemente con el sí mismo, se producen los denominados mecanismos de autoengaño, que permiten que el sistema no se rompa y mantenga su coherencia. Entonces, con el objeto de mantener la identidad y coherencia interna, cada unidad tiene la capacidad de manipular la experiencia inmediata mientras se reordena y autorrefiere, impidiendo la aparición en la conciencia de datos irrelevantes o de datos que contrastan con la apreciación elegida de la situación en curso.

De este modo es que la toma de conciencia solo es posible a través de la capacidad para el engaño consciente, por lo que se toma necesaria una cuota de autoengaño adecuado con el fin de conservar la propia coherencia e identidad sistémica.

Es así, que "toda Organización de Significado Personal, aunque caracterizada por tonalidades emotivas críticas en la experiencia inmediata, también está dotada de procedimientos específicos de autoengaño destinados a manipular su descodificación, para que sea congruente con la calidad de autoconsciencia permitida por su nivel de abstracción y flexibilidad"⁴⁶. Así, gracias a estos mecanismos es que se pueden hacer inteligibles los sentimientos críticos, sin cuestionar la aceptabilidad de la autoimagen estructurada hasta ese momento.

⁴⁶ Guidano, V.; 1991; op.cit., pág. 101

Los mecanismos de autoengaño además de preservar el equilibrio actual, también crean las condiciones para la aparición de discrepancias yo/mi, cuya asimilación supone cambios en el equilibrio actual, llevando a un reordenamiento personal progresivo o regresivo, según sea la calidad de la conciencia de sí mismo y el nivel de flexibilidad y abstracción.

“Decimos que el sistema personal logra una reorganización progresiva si consigue integrar la nueva experiencia inmediata de sí mismo en una explicación más articulada, en niveles más complejos de estructuración que le permiten ordenar las nuevas experiencias en una nueva visión global de sí mismo que implica un reordenamiento de su pasado y de la historia de sí mismo que hasta el momento venía relatándose” ⁴⁷.

Si bien, estos mecanismos son imprescindibles para la mantención de la coherencia, deben encontrarse en un punto adecuado, ya que si son excesivos, por la imposibilidad de clasificar la experiencia inmediata, pueden llevar a niveles críticos de incontrolabilidad. Por otra parte, si el autoengaño es muy reducido aumenta excesivamente los procesos de autorreferencia, llegando a niveles de complejidad que resulten difíciles de manejar.

Este reordenamiento de la coherencia personal en términos regresivos que impiden la integración y la autorreferencia es el que tomará alguna de las formas clínicas conocidas como psicopatológicas, caracterizadas por un menor nivel de abstracción y una mayor rigidez, de tal manera que disminuye, en lugar de ampliar su capacidad para asimilar e integrar una nueva experiencia inmediata. Estos aspectos que tienen que ver con sus emociones básicas, no pueden ser focalizados, reconocidos ni autorreferidos; por el contrario, son vividos como exteriores y extraños a él mismo, produciendo síntomas.

⁴⁷ Balbi, Juan; “Terapia cognitiva posracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano”; Ed. Biblos; 1994; Buenos Aires; pág. 71.

Como se puede apreciar, la imagen consciente de sí que tiene el individuo se convierte en el regulador de todo el sistema, ya que es esta imagen la que determina cuáles aspectos de la experiencia inmediata pueden ser reconocidos, aceptados e integrados y cuáles no. Así para este enfoque la autoestima es fundamental, por la magnitud que tiene para el ser humano el sentirse poseedor de una identidad reconocida y aceptada por los otros. Así es como la autoestima conforma este papel trascendental, porque "se convierte en el regulador del sistema del conocimiento de sí mismo y el autoengaño en el mecanismo de esta regulación" ⁴⁸.

⁴⁸ Ibid.; pág. 74.

5.1.7. Importancia del Vínculo:

Guidano destaca este aspecto ligándolo con la experiencia intersubjetiva. Él plantea que la formación de vínculos afectivos, no está solo ligada a la protección física, sino que es funcional a la organización de ese ser, a su identidad.

En la infancia, este modelo de identidad personal, según Reda (1994) está constituido prevalentemente por tonos emotivos, sensaciones y percepciones internas, producto de la tensión derivada del encuentro de la actividad individual con el ambiente, iniciándose con la figura biológica de apego⁴⁹.

Es por esta razón que se le ha dado gran relevancia al apego fundamentalmente con la madre (o bien con otra figura referencial); dado que es quien está en mayor contacto con el niño, desde la fecundación hasta las primeras miradas. Cabe señalar, que, según experimentos de Carpenter el bebé ya a la semana de vida es capaz de diferenciar la voz de la madre respecto de otras mujeres y a las dos semanas reconoce que la voz y cara de la madre forman parte de una misma unidad. Sin embargo, también cobra especial relevancia la figura de apego paterna. En investigaciones se ha verificado que un buen apego materno y paterno provoca una mayor facilidad de socialización, producto de la confianza en sí mismo y seguridad en el juego; y el apego a una sola de estas figuras genera una socialización de calidad intermedia⁵⁰.

Por su lado Humberto Maturana aporta a este fenómeno de la intersubjetividad planteando que sin aceptación del otro no hay fenómeno social. “La aceptación del otro junto a uno en

⁴⁹ Reda M.; 1994; op. cit.

⁵⁰ Ibid.

la convivencia es el fundamento biológico del fenómeno social: sin amor, sin aceptación del otro junto a uno no hay socialización, y sin socialización no hay humanidad”⁵¹.

Lo anterior es también planteado por Bowlby quien dice que la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos es un componente básico de la naturaleza humana.

El concepto “realidad intersubjetiva”, refiere a que uno solamente puede conocerse en relación con los otros, en la que no solo están presentes los aspectos de protección afectiva recíproca, sino que es al mismo tiempo una cuestión de individualización. Cada miembro del grupo puede conocerse y se conoce a sí mismo en relación a la realidad que lo rodea, en relación con los otros. Por lo tanto, vemos que el conocimiento está siempre referido a la presencia e interacción con los otros.

Así, Guidano plantea que todo conocimiento del mundo reposa sobre la experiencia intersubjetiva. De este modo, el sí mismo en su propia construcción está en una constante búsqueda de semejanza y a la vez diferenciación. Dice Guidano que “la semejanza percibida de los otros es el requisito necesario para experimentar un sentido de ser persona, pero al mismo tiempo, la diferenciación sobre esa similitud percibida es la condición necesaria para experimentar un sentido del sí mismo”⁵².

Aportes de la Epistemología Evolutiva señalan que desde el momento que el primate nace desarrolla la capacidad de reconocimiento facial. Todos los músculos de la cara se han especializado a través del ciclo evolutivo como terminal de las emociones. Todas las emociones terminan en la cara. Hay estudios que demuestran que el niño recién nacido es capaz de reconocer y esbozar una especie de sonrisa a través de la imitación del rostro de

⁵¹ Maturana, H.; Varela F.; 1986; op. cit.; pág. 163.

⁵² Guidano, V.; 1991; op.cit., pág. 31

la madre. Alfredo Ruiz plantea: "este mundo intersubjetivo, este mundo que nos da a nosotros un sentido de nosotros mismos es a través del conocimiento que nosotros tenemos de la expresión o de lo que nosotros leemos en la cara de los otros, la lectura de la cara de los otros, de las emociones que nosotros suponemos que los otros tienen en relación a nosotros, eso nos da a nosotros un sentido de nosotros mismos, ese sería el conocimiento intersubjetivo"⁵³

De este modo es que las tonalidades emotivas reflejadas en la cara de las figuras significativas delinearán, durante los primeros años de vida, las tonalidades emotivas básicas del niño y su consecuente autopercepción. Guidano agrega "en el curso de la progresión evolutiva de los primates, el reconocimiento facial y la imitación, son los primeros pasos del mecanismo de la imagen reflejada que, junto con la aparición del lenguaje originan los niveles más estructurados e integrados del autorreconocimiento, característicos de la autoconsciencia humana"⁵⁴.

Bowlby define vínculo como una estructura cognitiva que se construye durante el desarrollo, a partir de disposiciones innatas y moderadas por datos experienciales, dirigido por el niño en la búsqueda de contacto y proximidad física y afectiva. Es decir, es una modalidad preprogramada biológicamente, para entrar en contacto físico con las figuras de protección y cuidado.

"El sistema de vínculo humano es el medio por excelencia por el cual cada humano logra construir un sentido de sí mismo, específico y único por el cual se reconoce. Es decir, vincularse a alguien es reconocerse y tener un sentido de sí mismo específico"⁵⁵.

⁵³ Ruiz, A.; 1996; op. cit.; pág 7.

⁵⁴ Guidano, V.; 1991; op.cit., pág. 25

⁵⁵ Ruiz, A.; 1997; op. cit.; pág. 4.

Para el sujeto no es solo significativo el vínculo afectivo parental, sino que también el vínculo afectivo interpares. Es decir, todo conocimiento es intersubjetivo y cualquier primate logra alcanzar un sentido de sí mismo en relación a la percepción que tiene de los otros. Por lo tanto, el vínculo llega a ser el sistema autorreferencial por excelencia para el desarrollo de la identidad personal.

Los humanos nacemos con un repertorio de emociones básicas y éstas van a tomar forma a través de la experiencia inmediata, que va a tener que ver con los procesos de vinculación con las figuras referenciales. Las tonalidades emotivas que serán seleccionadas tienen que ver con la persona que ejerce el vínculo, así por ej. una madre muy preocupada y sobreprotectora, el niño desarrollará y vivirá la tonalidad emotiva del miedo, mucho más que otras.

“Las emociones básicas están conectadas a la modalidad de apego y pueden ser positivas en caso de apego satisfactorio (alegría, placer, sentido de seguridad) o negativas, si el apego es difícil (ansiedad, rabia, celos) y en caso de pérdida (tristeza, depresión)”⁵⁶.

Así, dice Guidano que los procesos de vínculo y las habilidades de autoorganización están integralmente entrelazadas. Afirma que “el desarrollo progresivo de los patrones familiares de vínculo representan el contexto de la llave decodificadora que provee foco y dirección a las habilidades cognitivas-emocionales que va desarrollando el niño”⁵⁷

Guidano, resume el rol crucial que juega el vínculo en el desarrollo del autoconocimiento en las siguiente palabras de Bowlby: “La experiencia de una madre apoyadora, cooperativa,

⁵⁶ Reda, M.; 1994; op. cit.; pág. 31.

⁵⁷ Guidano, V.; 1993; op. cit.; pág. 39.

estimulante, y más tarde el padre, le da al niño un sentido de valía, una creencia en la ayuda de los demás, y un modelo favorable sobre el cual construir futuras relaciones. Además, permitiéndole que explore el ambiente con confianza y que lo enfrente con efectividad, tal experiencia también promueve en él un sentido de ser competente. De allí en adelante, si las relaciones familiares continúan siendo favorables, no sólo van a persistir estos tempranos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta, sino que la personalidad se volverá cada vez más estructurada para operar en formas moderadamente controladas y flexibles y cada vez más capaz de continuar así a pesar de circunstancias adversas”⁵⁸.

De este modo, se plantea que el apego es un proceso autorreferencial para “tener un mundo” mientras se “está en él” y la estabilidad de los patrones infantiles de apego refleja un modo de “producir un mundo” capaz de producir una calidad de autopercepción (“yo”) reconocible como el propio sí mismo (“mí”). Guidano dice que así tal como la unicidad de los vínculos primarios es un requisito necesario para percibir un mundo y reconocerse ser en él, también en la edad adulta, construir una relación única con otro significativo, es una forma importante en la que uno puede percibir un sentido consistente de unicidad en su propio ser en el mundo.

Así, el curso de una relación está más estrechamente vinculado con las percepciones del otro que con las características reales del otro. Guidano plantea, en relación al vínculo y la separación en la adultez que “en el proceso de vincularse a alguien uno no elige tanto a una persona, como el modo de experimentarse a sí mismo con esa persona”⁵⁹. Por lo tanto, vincularse a otra persona en la vida adulta es la manera en que la persona mantiene y estabiliza su identidad personal.

⁵⁸ Ibid.; pág. 39.

⁵⁹ Guidano, V.; 1991; op. cit.; pág. 107

En general, se dice que la duración de este proceso de desarrollo y formación del sistema cognitivo-emocional a través de la vinculación con los otros comienza desde los 0 años hasta los 20 años aproximadamente, pasada la adolescencia. La vinculación se va volviendo más compleja a lo largo del desarrollo para favorecer la instauración de procesos autorreferenciales más estructurados, como la identificación y la imitación de modelos.

Sin embargo, según la teoría post-racionalista, en la vida adulta continúa siendo importante la relación intersubjetiva y la formación de vínculos, tal vez ya no para el desarrollo crucial del sí mismo como en la infancia y adolescencia, pero sí para una constante conservación e integración de las nuevas perturbaciones del sistema, gatillando cambios de orden progresivo.

Los cambios según la teoría post-racionalista, ya no están determinados biológicamente como en la juventud, sino que ahora son dados por las experiencias de vida y por la calidad que tenga el sujeto de la conciencia de sí mismo y la capacidad de reordenar sus experiencias emotivas. A esto Prigogine llama "progresión ortogenética", lo que quiere decir que es un sistema que constantemente aumenta la cantidad y calidad de información crítica interna y se vuelve más complejo a medida que las experiencias de vida aumentan.

Por ello, hay momentos en la vida de cualquier adulto en que el aumento de experiencia se vuelve crítico. Desde esta óptica, los trastornos emotivos que siempre acompañan las crisis no son vistos como síntomas de una enfermedad psíquica, sino que como presiones del sistema que empujan a una integración de esas emociones y por lo tanto una reorganización del sentido de sí mismo.

La alteración de este proceso de vinculación tiene relación directa con los significados personales. El vínculo es el reflejo de sí mismo en las figuras significativas. Este

conocimiento de sí mismo se convierte en una verdadera teoría, construcción de sí mismo, orden que no es estático, estructura que permite reestructuraciones, una y otra vez.

Así, las relaciones vinculares que permanecen en el tiempo se van complejizando y dando lugar a patrones vinculares familiares que tendrán una importancia fundamental en la determinación de la Organización de Significado Personal que cada persona construirá en el curso de su desarrollo.

6.1. ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL (OSP).

Como lo vimos anteriormente, las implicancias de las figuras vinculares llevan a construir a cada persona su propio significado. Por lo tanto, las organizaciones de significado personal planteadas por Vittorio Guidano no son simples categorías nosográficas, sino que tiene que ver con toda una dinámica relacional que está ocurriendo en los procesos de vinculamiento. Entonces no se pueden ver como clasificaciones nosológicas ni como contenidos de conocimiento, sino como sistemas/procesos.

Este ordenamiento no pretende constituirse en una realidad objetiva o en un describir características, sino que son planteadas sólo como una forma de llave conceptual para una mejor comprensión de la experiencia humana.

Cuando Guidano habla de las cuatro organizaciones de significado personal, no se está refiriendo a categorías patológicas, sino que a una forma de ordenar la experiencia, de acuerdo a su propia dimensión de coherencia sistémica. Si bien cada una de ellas presenta perturbaciones, éstas no se constituyen en sí mismas como una perturbación de orden clínico.

Balbi define a la Organización de Significado Personal como "un sistema de ordenamiento de la propia experiencia inmediata que se caracteriza por una personal y única manera de agrupar y combinar (en términos de procesos) las tonalidades emocionales básicas, más un sistema explicativo que en permanente relación funcional con el anterior intenta, también de una manera personal y única, hacer consistente esta experiencia en torno a una imagen

consciente del sí mismo que otorgue un significado viable - en términos de la propia coherencia sistémica - a la propia existencia" ⁶⁰.

En palabras de Guidano una OSP es: "un proceso ordenador unitario, en el que se buscan la continuidad y la coherencia interna en la especificidad de las propiedades formales, estructurales, de su procesamiento del conocimiento (es decir, en la flexibilidad, la generatividad y el nivel de abstracción) ... esto lleva a la adopción de una metodología orientada hacia los sistemas/procesos" ⁶¹. La coherencia lograda es de los patrones de la actividad afectiva, motriz y cognitiva. Así, el significado personal refleja el patrón de la organización emocional y psicofisiológica.

Cabe señalar que, otro aspecto importante en el tema de las organizaciones de significado personal es que éste es un enfoque centrado en la comprensión y la explicación de los sistemas de procesos, y no en la descripción de síntomas indicadores de una supuesta entidad patológica. Así Guidano propone una nosografía en términos de una metodología evolutiva y desde la perspectiva sistémica-procesal. El significado como una comprensión ontológica, o dicho de otro modo, ontológicamente, el modo humano de ser en el mundo consiste en buscar y crear significado.

Antes de referimos a cada una de las organizaciones de significado es necesario recordar que este ordenamiento conceptual es útil exclusivamente para el terapeuta, ya que de este modo puede conceptualizar y orientar sus estrategias. Es decir, la clasificación no es útil en sí misma, ni es útil para el paciente. Sino más bien es la llave conceptual necesaria para un terapeuta que se esmera por enfrentar la intervención clínica desde esta postura epistemológica.

⁶⁰ Balbi, J.; 1994; op. cit.; pág. 77.

⁶¹ Guidano, V.; 1991; op.cit., pág. 54

6.1.1. Organización de Significado Personal OBSESIVA

El rasgo esencial de esta organización es la combinación unitaria de dos aspectos. Una experiencia inmediata que fluye con intensos y antitéticos sentimientos. Sin embargo, existe una primacía del procesamiento verbal analítico, el que reduce las posibilidades de un procesamiento emocional viable. Dado lo anterior, los patrones de control que utilizan para mantener su propia autoimagen seleccionada se basarán en esta "primacía verbal".

El estilo vincular ha sido marcado por un **apego ambivalente**, de "doble vínculo", donde actitudes de rechazo quedan disfrazadas de devoción y preocupación. Mientras existe la apreciación de un progenitor generoso, permisivo, fiable, a la vez se da una experiencia simultánea de exigencia, control y rechazo. Por ejemplo, son padres muy preocupados de la educación moral y social, pero nunca expresan su amor con ternura; o bien es la típica madre que deja de prestar atención a lo que esté haciendo cuando llega su hija del colegio, sin embargo, no hacen más que estar juntas y comienza a decirle una infinidad de reproches. Por esta razón, es que en el niño -por la inaceptabilidad percibida- se desencadenan sentimientos de cólera y hostilidad.

Por esta oscilación abrupta entre sentimientos antitéticos de aceptación y rechazo, en el niño se genera una falta de control de la situación; sintiéndose además incapacitado para decodificar el estilo comunicativo parental, porque es siempre posiblemente erróneo.

Así, el estilo de vínculo parental está caracterizado por: (Guidano 1980) ⁶²

1. Una vinculación ambivalente : Son padres extremadamente cuidadosos, preocupados de dar normas e indicaciones. Son niños desvalorizados porque no se pueden equivocar. Se dan simultáneamente dos mensajes "querer y no querer"; o sea la atención y la crítica, respectivamente. Vivencian claramente la experiencia de un vínculo de "doble faz".
2. Una excesiva demanda o exigencia de parte de los padres hacia el niño: Los padres son muy preocupados de la formación moral y social y muchas veces los padres son abiertamente hostiles. Se premia el esfuerzo más que los logros. Más preocupados del método que de los resultados. No se les quiere porque sí, sino que por el esfuerzo de ser cada vez más perfectos. Son extremadamente demandantes de madurez y responsabilidad, viendo al niño simplemente como un "adulto en miniatura". Finalmente, los padres controlan enteramente la conducta del niño, recompensándolo sólo por los esfuerzos que hacen debido a su sentido de responsabilidad y no por los resultados que obtienen. Adams (1973), plantea respecto de este estilo de vinculación: "nada es provisto libremente; todo se debe ganar con esfuerzo; y el amor mismo se va entregando en la medida que se merece" ⁶³.
3. Exploración verbal / analítica: La relación intersubjetiva entre los padres es altamente verbal, con un predominio de las explicaciones racionales, adhiriéndose a las normas y reglas que evalúan con carácter de absoluto. En lo motor son subactivos. Desvalorizan los juegos motores, privilegiando altamente las actividades lúdicas didácticos e intelectuales. Respecto de lo emocional, estos padres excluyen la presencia y expresión

⁶² Guidano, V.; 1993; op. cit.

⁶³ Ibid.; pág. 179.

de cualquier sentimiento, controlando su espontaneidad y no debiendo por lo tanto jamás sentir rabia o pena. Estos sentimientos, no es que deban controlarlos, sino más bien están absolutamente prohibidos, no deben jamás sentirse.

No obstante, este niño tiene emociones y sentimientos propios de su edad, lo cual lo lleva a un constante descontrol y autoexigencia de no tener estos sentimientos. Para solucionar esta disyuntiva, cuando es muy pequeño el niño elige la posición "ser querido". Con el objeto de eliminar el sentimiento opuesto de rechazo y comienza a desarrollar sus capacidades verbales y el pensamiento, explicándose todo para no hacer surgir sus emociones. Así, "la única manera de que el niño pueda tener un sentido definido de sí mismo es conectarse exactamente con lo que el papá considera que es justo y es correcto que él haga" ⁶⁴.

Durante la infancia, el individuo es capaz de circunscribir concretamente un sentido de sí mismo más definido a través del control rígido sobre las emociones. Así, "la exclusión selectiva de la fantasía, la imaginación, las emociones y los impulsos libres reduce sustancialmente la aparición en la conciencia de sentimientos ambivalentes" ⁶⁵.

A medida que avanza el desarrollo y a finales de la niñez, las personas con tendencia obsesiva carecen de toda naturalidad y espontaneidad, lo que es equilibrado con una fluidez lingüística y verbal notable, y cuyo sentido de valor personal está entrelazado con sentimientos de omnipotencia de pensamiento.

Al llegar la adolescencia cada vez más se va privilegiando lo intelectual, pero también hay una emergencia de sentimientos que no puede evitar. Aparece la búsqueda de la certeza, o

⁶⁴ Ruiz, A.; 1996; op. cit.; pág. 11.

⁶⁵ Guidano, V.; 1991; op. cit.; pág. 79.

sea, un sentido de sí mismo de que puede prever las situaciones y hacer lo correcto. Aparece así la ley del "todo o nada"; desarrollándose un sentido de sí mismo que "se caracteriza por la polarización y la desintegración entre lo positivo y lo negativo, lo bueno y lo malo. Estos polos no pueden coexistir para el obsesivo y necesita encontrar aquel que sea "verdadero", porque "sabe" que las cosas tienen un sentido único"⁶⁶.

En esta etapa de desarrollo la forma de proveer seguridad y consistencia al sentido de sí mismo es a través del ordenamiento de la experiencia en una imagen única, absoluta y cierta de la realidad.

Entonces, a esta organización lo que le da el sentido de sí mismo es la **búsqueda de la certeza**, tener la absoluta seguridad de que lo que hace es lo correcto. Cuando la necesidad de certeza no está satisfecha el sujeto experimenta la **incontrolabilidad**. La búsqueda de certeza e incontrolabilidad son opuestas, o sea el sujeto está en una o en la otra; son excluyentes entre sí; no son elementos de equilibrio. Cuando se da este desequilibrio aparece todo un repertorio de actividades distractivas que desvían la atención consciente. Estas actividades toman la forma de pensamientos (rumiaciones, dudas) y de comportamientos estereotipados (ritos).

"La ambivalencia y lo incontrolable, que frecuentemente aparecen como insights bizarros y atemorizantes sobre uno mismo, se vuelven los principales ingredientes del "yo" emergente, sintonizando selectivamente los recursos disponibles del niño con una búsqueda "cognitiva" de coherencia/certidumbre y control"⁶⁷.

La búsqueda de certeza tendrá una serie de inconvenientes y debilidades:

⁶⁶ Butelmañ y Melis, 1995, op cit.

⁶⁷ Guidano, V.; 1991; op. cit.; pág. 78.

- Uno de los problemas es que se quedan en lo pequeño, en los detalles; por lo tanto, eso contribuye a que la toma de decisión es más complicada, ya que no perciben la globalidad, sino el detalle. La dilatan, demoran en la decisión para evitar el error. Esto los pone en situación de incontrolabilidad, ya que se enfrentan a sentimientos mixtos.
- En situaciones afectivas siempre están con dudas y como probando al otro. Ponen un énfasis relativamente bajo en el otro y las posibilidades de un compromiso genuino e involucramiento emocional están reducidas. “La duda, la dilación, la sobrepreocupación por los detalles, acompañan cada situación significativa de la vida afectiva propia -- casamiento, embarazo, nacimiento, divorcio, etc.-- de manera de evitar cualquier posible error o peligro y de encontrar la actitud “certera”, “correcta” para enfrentarla”⁶⁸.
- Otra debilidad es que aparece la duda antes de la certeza. Duda metódica, siempre, es un elemento perturbador. Sin embargo, esta duda que los descontrola la disminuyen con la facilidad verbal y la idea de perfección que conlleva, justeza, equidad y la verdad. Entonces en lugar de reconocer las limitaciones humanas, “el obsesivo concluye que solamente sabiendo más y esforzándose más podría lograr estas metas. La solución es ser más perfecto, y por lo tanto aún más obsesivo”⁶⁹.

Se realizó un estudio (Adams 1973) de ambiente familiar con 49 niños con organización obsesiva descompensada, evidenciándose las siguientes características⁷⁰.

⁶⁸ Guidano, V.; 1993; op. cit.; pág. 187.

⁶⁹ Ibid; pág. 191.

⁷⁰ Reda, M.; 1994; op. cit.

- Presencia de padres poco activos a nivel motor, pero hiperactivos en la comunicación verbal.
- Acentuación sobre la necesidad de seguir reglas convencionales de etiqueta y educación. Los padres se enorgullecen de tener hijos maduros, reflexivos y que nunca se comportan (como todos los niños) impetuosamente, imprudentemente, impulsivamente.
- Gran limitación de las relaciones sociales. Se trata de familias con pocos amigos y pocos contactos externos.
- Énfasis en la limpieza, con acentuación en la limpieza material más que la moral.
- Adherencia a un moralismo instrumental con actitudes religiosas de tipo supersticioso.
- Estimulación del sacrificio, las penitencias y el ahorro.
- Extremas limitaciones a la expresión libre de la felicidad y el placer, como también de otros sentimientos, que son considerados vulgares.
- Actitudes extremas antes las expresiones de las sexualidad y agresividad.

Guidano plantea que los eventos vitales más frecuentemente encontrados en una organización obsesiva corresponden a situaciones emocionalmente cargadas. Las resume como sigue: ⁷¹

- Problemas interpersonales en una relación significativa (dificultades sexuales, crisis marital, etc.).
- Embarazo y parto.
- Separación, pérdida o enfermedad de un pariente o de alguien cercano, y
- Desilusiones o fracasos en la vida profesional o exceso de trabajo.

⁷¹ Guidano, V.; 1993 op. cit.

Por otra parte, en alguno de los momentos que aparece la disfunción es cuando tienen que tomar una decisión y no pueden, entrando en conflicto. Aparecen las ideas y las conductas obsesivas, y en ocasiones rituales. Se vivencia con mucha angustia, ya que no pueden deshacerse de estos síntomas. Frente al surgimiento de emociones y cosas pequeñas sobrerreaccionan y por ende se sienten descontrolados. Esta posición de percibirse como estando "a merced de las propias emociones, va acompañada a su vez por una sensación profunda y angustiosa de ausencia de control y mezclada con sentimientos desafiantes, como la vergüenza, la culpa y la desvalorización" ⁷².

Evolución en crisis: Cada uno de estos procesos implica una crisis que le permite un poco relativizar el pensamiento, tener la sensación de que no se tiene la certeza absoluta y darle cabida a las emociones. Sin embargo, en muchas ocasiones lo que al principio parecía una crisis existencial, que anticipaba un crecimiento personal, se convierte en una condición vital fuertemente incapacitante, con reacciones depresivas o psicóticas.

Estudios clínicos apuntan a relacionar obsesión con depresión, dado que comparten el sentimiento de incontrolabilidad (aunque en el obsesivo es por un entorno excesivamente demandante y en el depresivo por pérdidas o separaciones), predisponiendo a ambas organizaciones a experimentar intensas reacciones de desesperanza frente a la percepción de adversidades. En el caso de la predisposición a la psicosis, estudios han confirmado que alrededor del 5% de un obsesivo puede tomarse psicótico.

Por consiguiente la dirección que debiera seguir el significado obsesivo consiste en una relativización progresiva de la imagen de una realidad absoluta y cierta, junto a una percepción y descodificación más adecuada de la propia modulación emocional. O dicho de

⁷² Guidano, V.; 1991; op. cit.; pág. 83.

otro modo, un individuo con inclinación obsesiva debería llegar a descubrir que el sentido de una identidad personal segura "no puede fundarse sobre la universalidad impersonal de pensamiento, sino que debe hacerlo, en la singularidad percibida del mundo emocional personal" ⁷³.

⁷³ Ibid.; pág. 83.

6.1.2. Organización de Significado Personal DÁPICA o Trastornos Alimentarios de Origen Psicógeno (DAP)

Para la formación de un significado personal DAP, el niño ha experimentado un estilo de vínculo parental **ambiguo** e indefinido y habitualmente contradictorio. Esto se refiere a que los padres se consagran a la educación de sus hijos, mas su conducta está orientada a obtener la confirmación de esa imagen por los otros y no a satisfacer las necesidades de los hijos.

Debido a que las madres no obtienen placer en la crianza de sus hijos, sino que están dedicadas a mantener el autocontrol, quedando el cuidado y la ternura hacia los niños postergada, se produce lo denominado "desatención selectiva". De este modo, el niño no logra conseguir una sintonía recíproca madre-hijo de forma estable y los procesos de autorreconocimiento originan un sentido desdibujado del sí mismo, una identidad difusa y una demarcación laxa e indefinida respecto de los otros.

El control se basa en redefinir al niño lo que ha percibido, hasta lograr este patrón general de cierta imagen de la familia; por lo tanto los sentimientos reales le son cancelados, lo que provoca que el niño no tenga una relación auténtica, ni espontánea. "Más aún, esta forma de control subyace no sólo en las estrategias de educación exhibidas por los padres, sino que son el fundamento real del estilo afectivo de la familia que debería ser descrito como: 'es a través de compartir las mismas opiniones y emociones que nos damos cuenta que nos amamos' " ⁷⁴. Dado que las fronteras que definen la autonomía individual son muy débiles, en este tipo de familias enmarañadas el niño se pierde en el sistema y su diferenciación interpersonal es muy pobre.

⁷⁴ Guidano, V.; 1993; op. cit.; pág. 161.

Así, estos padres, tienen una forma habitual de relacionarse redefiniendo constantemente los sentimientos de los hijos, diciéndoles lo que sienten y lo que les ocurre, ellos nunca tienen la posibilidad de decodificar sus sentimientos, por lo que estos hijos desarrollan profundos sentimientos de desconfianza en el reconocimiento de sus propias emociones, de sus estados internos. No hay expresión directa de las emociones ni opiniones. Por ejemplo, la pena por no seguir jugando, la transforman en alegría por ir a compartir con la familia. En consecuencia, el niño no aprende a confiar en lo que percibe, en lo que realmente siente, porque espera que siempre alguien le diga lo que está sintiendo, generándose así una pobre delimitación entre el sí mismo y los otros.

Las familias se caracterizan por comparar constantemente a sus hijos con los otros niños, buscando siempre ser "la mejor familia". Por esto viven la vida como si fuera una eterna competencia; ante eventos que fracasan se lo explican como que no tienen las capacidades; pero cuando estos pequeños demuestran logros, lo consideran algo momentáneo y sienten la necesidad de seguir demostrándolo constantemente. Se le pide al niño ser el mejor, pero no le dicen qué tiene que realizar para lograrlo, no se le explica el esfuerzo a desplegar para llegar a ser lo que quiera.

Estos niños dan una imagen de ser perfectos, pero este comportamiento es sólo una modalidad de complacer a sus padres, completar la imagen que esta familia ha decidido tener. Por ende, este niño de edad emocional inferior a sus coetáneos, prefiere estar con personas mayores, continuando así, con esta especie de armonía, hasta la pubertad.

A pesar de este estilo de apego ambiguo, el niño necesita lograr un sentido de sí mismo estable y definido. Para esto, no le queda otra alternativa que satisfacer las expectativas de la figura vincular más significativa. El niño elige a uno de sus padres como figura de referencia, al que lo confirma más, a la figura más positiva. Pero como este vínculo es

intrincado el problema pasa por encontrar personas fiables para no pasar por constantes fracasos y decepciones.

Sin embargo, ante nuevas situaciones donde el niño no es confirmado y no son reconocidos sus propios sentimientos o pensamientos, se producen sentimientos de ineficacia personal y vacío. Luego, cuando la atención del pequeño se sintoniza selectivamente con claves interpersonales, se origina una confianza excesiva en los marcos de referencia externos. De esto es que finalmente la autorreconocibilidad coincida con las actitudes percibidas de una figura de apego.

Posteriormente en la adolescencia, producto de las capacidades abstractas estos jóvenes ponen a sus padres a distancia y se produce el fenómeno de la decepción hacia quien ha elegido como figura significativa; ve con distancia a este padre que había escogido, "sé que esto no es más que una farsa". El joven comienza a revisar quién es este padre. Cabe señalar que la decepción no está correlacionada con algún hecho concreto; sino que basta una imagen o algún proceso a través del tiempo.

Como modo, de adecuarse a dichas expectativas externas, y por ende, sentir un monto adecuado de autoestima y de percepción del propio valor, el "mí" se enmarca en normas de perfección absolutas y convencionales. Guidano dice que "no se trata tanto de hacer coherente la experiencia inmediata actual como de una búsqueda continua de una 'coherencia de la apariencia' que establezca la propia autoimagen"⁷⁵.

⁷⁵ Guidano, V.; 1991; op. cit.; pág. 74.

Respecto de la vida laboral, les preocupa el éxito, pero desde el punto de vista de un desafío de mostrar a los otros día a día que se es capaz, ya que para un dápico lo importante es cómo está apareciendo frente a los otros.

Este es un desorden frecuente en nuestra sociedad, porque la imagen ha jugado un papel muy importante. Por ejemplo, los padres proyectan una imagen como los mejores padres del mundo, que la familia es lo mejor, etc., dando esta imagen a sus hijos. Cuando hay un conflicto este es negado como si nada hubiera pasado; al niño se le esconden las discusiones, los conflictos; por lo tanto, el niño no puede confiar en sus percepciones, cancelándosele así su propia percepción.

Ruiz plantea que "esta sería la organización prevalente en la cultura occidental. En este momento hay un incremento muy importante de este estilo de construir el significado de la experiencia que incluye un alto porcentaje de la población. Este tipo de vinculamiento se da porque en estas familias y el tipo de crianza prevaleciente es aquella donde se privilegia la imagen, la familia quiere mostrarse como la mejor familia, donde se quieren todos, que tienen una imagen de familia perfecta ... este es un aspecto de la cultura post-moderna. El culto a la imagen"⁷⁶.

Dado que el sí mismo es definido externamente, la atribución causal dominante también es externa. Entonces, para regular las inestabilidades de la propia imagen, la estrategia del dápico consiste en restringir las autoexposiciones y autoconfrontaciones; evitando así las decepciones de y hacia los otros. Así, se dice que el eterno dilema del dápico es: "máxima confirmación, pero siempre exponiéndose al mínimo", sin que pueda decepcionar al otro y que el otro no lo decepcione. Mientras no se decepcionen, la relación se mantiene.

⁷⁶ Ruíz, A.; 1996; op. cit.; pág. 10.

Sin embargo, en la medida en que la evaluación de la decepción prototípica es "aceptada" pasivamente, o sea, como una imposición experimentada para adaptarse a un acontecimiento abrumadoramente angustiante, el "mí" se centra en restringir el efecto angustiante de las desconfirmaciones, atribuyéndolas a rasgos específicos y concretos del sí mismo, más que a los rasgos de ineficacia y vacío personales, por lo que al tratar de circunscribir un fracaso esperado, tiende a renunciar a la lucha. Este estilo implica patrones corporales y motrices más pasivos y puede dar origen a los llamados desórdenes bulímicos y de la obesidad. Generalmente cuando se da este estilo atribucional pasivo, es cuando la decepción es experimentada a temprana edad y vivenciada como algo que no se puede controlar.

En el primer caso, en que la orientación es externa, el "mí" percibe a los otros fundamentalmente como engañosos e intrusivos y se produce una lucha enérgica contra esta realidad y la imagen de fracaso mediante actitudes controladoras y autosuficientes. Este estilo de atribución que implica patrones corporales y motrices más activos, puede dar origen a desórdenes anoréxicos. Dado que esta decepción es experimentada a edad más tardía, estas personas con tendencia dápica tienen más capacidades para controlar la situación y la única forma en que lo pueden hacer es a través del alimento, porque las otras emociones son muy difusas.

Esta decepción se pasa a su vida general, una situación que se repite. Entonces, el sentido de sí mismo es poco definido y es necesario sincronizarse completamente con otra persona. Sin embargo, esto es débil, porque saben que pueden volver a equivocarse, es ambiguo. Saben que es peligroso situarse con alguien y pese a que lo buscan les cuesta; entonces, lo buscan, pero sin exponerse demasiado. El sujeto intenta evitar todas las situaciones donde él o los demás den cuenta de sus capacidades. Prefiere entonces la duda y no exponerse a saber lo que hace.

En la medida en que el individuo logre un equilibrio entre esta necesidad absoluta de ser aprobado por los otros y a la vez el temor a ser invadido o defraudado en las relaciones significativas, constituirá una imagen de sí mismo fiable y valiosa. Por una parte, la adhesión a normas absolutas es utilizada para manipular en beneficio propio los juicios de los otros. Y por la otra, evitar la autoexposición y la autoconfrontación permite la individualidad y delimitación respecto de los otros, ya que así se perciben capaces de controlar la intrusividad y el engaño.

El objetivo de estas variaciones de la conducta alimenticia y motora es actuar como actividades de distracción, lo que reduce las posibilidades de entrar en la conciencia sentimientos desafiantes de vacío y/o ineficacia. Así, estos sentimientos son corporizados a través de una imagen corporal inaceptable (anorexia u obesidad) en el sentido del papel que juega la apariencia física, en la sociedad en términos formales y estéticos.

Con el fin de experimentar un patrón estable en el tiempo, las personas con inclinación dápica tienen siempre la necesidad de una "intimidad sostenedora". No obstante, dadas las características de evitar desconfirmaciones y mantener la aprobación, el contacto con esta figura requiere de la disminución de la automostración, lo que prácticamente excluye toda intimidad y compromiso afectivo; pero a la vez se emplean una serie de estrategias orientadas a obtener a priori del compañero las garantías de sostén. Sin embargo, "en la mayoría de la situaciones un estilo afectivo caracterizado por la ambigüedad, la indefinición y la constante 'puesta a prueba' del compañero suele crear las mismas críticas y decepciones que se desean evitar"⁷⁷.

⁷⁷ Guidano, V.; 1991; op. cit.; pág. 75.

Cabe señalar que, a pesar de llamarse "desórdenes del comer", en nuestra cultura no necesariamente es por el acto alimenticio, sino que se refiere a la imagen y el control que se tiene de ella. En las mujeres se da mayormente la situación de la imagen vaciada al problema alimentario; en cambio en hombres se observa mayoritariamente una imagen ligada a la potencia sexual, transformándose su virilidad en un valor personal.

Por lo tanto, en hombres dápicos todo encuentro sexual es considerado como una prueba, es más importante su imagen que su necesidad sexual; es decir, su comparación con otros hombres. Ellos siempre tienen que tener el control de la situación; que su pareja se exponga más, sin que ellos se tengan que exponer tanto. Se sintonizan fuertemente, pero a la vez separados, porque de lo contrario, su imagen personal se borra. La estrategia utilizada para separarse es demarcarse del otro. Por lo tanto, es frecuente que estas personas tengan más de una relación afectiva, logrando así mantener una adecuada distancia de su pareja. Este hecho de considerar la relación sexual como una "puesta a prueba", podría constituirse en una de las causas de las disfunciones sexuales, porque estas personas están más preocupadas de la imagen que de la situación.

Finalmente, esta o cualquiera de las cuatro organizaciones de significado personal no necesariamente son entidades patológicas, por consiguiente para seguir el camino de que la dápicidad sea una forma de ordenar los conocimientos y no constituirse en perturbaciones clínicas, la direccionalidad "ideal" generativa del dápico sería la delimitación y relativización progresiva de los otros, acompañada por un sentido creciente de individualidad y autonomía personal.

6.1.3. Organización de Significado Personal FÓBICA

Lo que caracteriza al apego parental de este tipo de organizaciones es la **inhibición indirecta de la conducta exploratoria autónoma** del niño. A veces esto ocurre a través de la sobreprotección y otras por la ineficacia de constituirse en una base segura para el niño.

Cuando el niño siente que su libertad de movimientos está restringida la comprende como un acto de amor y es por esto que es el mismo pequeño quien toma la iniciativa de mantenerse en un estrecho contacto con sus progenitores. La figura referencial nunca le permite la separación. Entonces, como éste es un modo indirecto de limitar la exploración, hace que el niño lo vivencie como una relación de apego estable y segura. En cambio, si esta limitación fuera directa el niño reaccionaría con rabietas y experimentaría emociones muy intensas.

Esta interferencia con las tendencias innatas a la exploración autónoma, además de incentivar la cercanía a una figura de apego, crea una relación angustiosa y con miedo en tanto el niño solamente se siente protegido de este mundo, percibido como peligroso y amenazante, estando en un aferramiento físico con el cuidador significativo. Este niño se siente muy frágil y comienza a tener un sentido de sí mismo de alguien que está expuesto a amenazas de enfermedades, y por otro lado, crea una imagen personal de alguien que es muy querible, porque es eso justamente lo que sus progenitores realizan: brindarle mucho afecto y calidez emocional.

Como esta limitación es realizada, con la contraparte de la seguridad, al niño le impide percibir esa angustia como procedente de la crianza de sus padres y por lo tanto como algo

referido a sus emociones. El modo de controlar este malestar percibido es a través del cuerpo, porque es localizado en los aspectos físicos del sí mismo. Junto a este malestar corporizado, el niño siente también poca capacidad para el manejo de sus emociones, conduciéndolo a una actitud sobrecontroladora hacia el ambiente, percibiendo toda posible novedad como un potencial peligro y haciendo menos probable el alejamiento de esta figura que le produce seguridad frente a este mundo amenazante.

Por el surgimiento de síntomas viscerales y físicos el individuo mantiene la idea que él está en lo correcto, porque lo que le pasa es que está enfermo, es algo externo a él; por ende, no tiene que ver con su manera de ver el mundo. Con esta forma también logra mantener la proximidad de los padres. Este proceso de control es cada vez más importante y cada vez más consciente: controla la entrada de sentimientos y controla la proximidad de relación con los otros, midiendo la distancia exacta para no experimentar el estar constreñido ni la soledad.

Esta inhibición de la exploración es producto de escenas prototípicas de **apego y separación**, lo que luego se traduce en la percepción de que toda separación temporal de una figura protectora conlleva al peligro; y en cuanto restablece el contacto físico con esa figura pasa al otro polo de sentirse inmediatamente restringido y delimitado. "La necesidad sentida de libertad e independencia va acompañada por la percepción angustiada de un mundo peligroso, en el que el único modo posible de ser es ser protegido con amor"⁷⁸.

Así, el patrón vincular podría resumirse de la siguiente forma:

⁷⁸ Ibid.; pág. 66.

- Limitación de la conducta exploratoria propiamente tal. Se les presenta todo como un mundo hostil. En esto se le transmite al niño que es débil. Esta actitud de los padres hace que el niño no tenga conducta exploratoria ni se rebele; al contrario, los hace sentir como una persona buena, protegida.
- Actitud de rechazo paternal: los padres no constituyen una base sólida para que los niños vuelvan de la exploración; así el niño tiende a no alejarse, porque al volver puede que los padres no estén.
- Padres angustiados crónicos: por su soledad no quieren que el niño se aleje; le dicen que a ellos les podrían suceder cosas si él se va. Hay una inversión de la relación parental: los padres piden protección.

Por consiguiente la oscilación rítmica que se produce de las tonalidad emotivas es a modo de **angustia/necesidad de protección y miedo/necesidad de libertad**. Esta apreciación del sí mismo cobra coherencia atribuyendo la necesidad sentida de protección a una causa externa negativa estable, o sea, a un mundo objetivamente peligroso y explicando la propia actitud sobrecontroladora en términos de la necesidad de libertad e independencia.

A finales de la infancia el niño es capaz de lograr un equilibrio dinámico entre las experiencias angustiosas de soledad (necesidad de protección) y restricción (necesidad de libertad) a través de autoengaños: (Guidano, 1991).

1. La exclusión progresiva de todo flujo sensorial capaz de activar la necesidad de libertad e independencia, que invariablemente desencadenaría la angustia de soledad y,

2. La estructuración de un repertorio de perturbaciones somáticas y viscerales, que actúan como actividad diversa para mantener la proximidad de las figuras protectoras sin tener que decodificarla como una restricción.

Así, los procedimientos de control se basan en una prevención o evitación casi automática de las emociones, experimentadas como ajenas, negativas y más o menos dolorosas. Entonces el intento de control se basa en manejar una emoción hasta el punto de excluirla de la autoimagen explícita, porque de establecer nuevos lazos afectivos o percibir soledad o restricción requiere de autoexplicaciones mucho más complejas que el control de las emociones.

Al final de la adolescencia los sentimientos de los fóbicos son indiferenciados y reducidos. Con el miedo mantiene la distancia de apego y desapego. El miedo es la señal que le permite mantenerse en la distancia que él quiere. En la adolescencia, este control es más estable y más organizado, le atribuye a cosas externas y hace la elección de un yo ideal que tiene relación con la libertad.

Cuando se producen los desequilibrios, también hay un cambio cualitativo en la relación afectiva, cuando hay mayor vínculo aparece la situación de sometimiento y pérdida de libertad. Estos quiebres son transitorios y esto le permite un mayor nivel de abstracción y elaboración de lo que le está ocurriendo.

La resolución de la OSP fóbica se basa en la asimilación e integración de estos desequilibrios, produciéndose así una diferenciación progresiva de las propias emociones, para llegar finalmente a equilibrios más articulados y amplios entre sus necesidades opuestas centrales.

6.1.4. Organización de Significado Personal DEPRESIVA

Esta organización de significado está marcada por relaciones de apego con muchos acontecimientos de separaciones cargados de afecto, los que el niño percibe como pérdidas. Estas pueden ser pérdidas reales (muertes o separaciones); o bien, situaciones en que el niño aprecia repetidos fracasos en la relación con sus progenitores, ya sean por desatención y/o rechazo. Dado que estos padres no representan el cuidado y protección para el niño, se transforman en una base poco segura.

Los patrones disfuncionales de vinculación, en esta organización, es a través de una inversión en la relación padre-hijo; son hijos que se hacen cargo de sus padres, padres que les exigen cariño y cuidado, a veces como consecuencia de la muerte de uno de ellos.

Su relación vincular es con padres fríos, distantes y rechazantes. Obligan al niño a ceñirse a reglas y le exigen ser exitoso. Según sus padres, mientras más le cueste al niño es mejor. Sin embargo, el depresivo no está sensibilizado al éxito, subestima el éxito y sobrevalora el fracaso.

Como respuesta a esta vivencia el niño logra su equilibrio a través de un apego evitativo. De este modo, evitando el contacto con sus cuidadores, reduce sustancialmente experiencias de malestar.

Entonces, este patrón de apego evitativo, le sirven al sujeto para:

1. Excluir activamente el procesamiento de la información que implica el apego; impidiendo de este modo conductas propias de apego que no serían correspondidas y activarían en el pequeño la angustia e ira.
2. Se produce lo denominado "desconexión cognitiva", con lo cual el niño excluye de su procesamiento los desaires de los progenitores que no le cuidan, y de este modo, evita la ira, la cual provocaría aún mayor rechazo.

Lo anterior, explica por qué una de las características de los niños evitativos es minimizar las experiencias de afectos angustiantes y tienden a reducir la importancia de la relación de los progenitores como fuente de consuelo y protección. De este modo, esta experiencia de evitación/soledad, se ve acompañada de capacidades para el autocuidado.

Debido al estilo de relación que generan por su soledad, es decir, los patrones adquiridos por el niño para encontrar cierta coherencia en su sí mismo, los lleva a mantenerse aún más solos. Guidano explica esta situación del siguiente modo: "implica una serie completa de despliegues afectivos inadecuados en las situaciones sociales presentes que, casi inevitablemente, determinan una estabilización adicional de la misma experiencia de soledad que los provoca"⁷⁹.

⁷⁹ Ibid.; pág. 57.

Es característico, dice Bowlby, de la constitución biológica de los organismos que viven una realidad intersubjetiva, que exista una interdependencia recíproca entre la percepción de la pérdida y los sentimientos de desamparo/tristeza y cólera ⁸⁰.

La oscilación rítmica entre tristeza e ira, puede producir una calidad de autopercepción acompañada por reacciones fisiológicas (cólera/acting out y tristeza/repliegue) y por otra parte, autorregularse mediante la activación recurrente de sus tonalidades emocionales opuestas (contacto --> cólera --> tristeza --> contacto).

En los depresivos existe una cadena de pérdidas y tristezas. Evitan estos sentimientos y cuando se encuentran con estos sentimientos surge la **rabia** para prevenir la pena, la desesperanza y para mantener conductas adaptativas. Por esto, se dice que el depresivo puede llegar a ser sumamente agresivo, hasta violento.

El "yo" que emerge a partir de las escenas nucleares prototípicas (extraídos de situaciones experimentadas repetidamente), refleja una sensación interior de "desamparo aprendido", de estar solo en un mundo totalmente poco fiable e incontrolable; y además, los resultados obtenidos son percibidos totalmente aislados de algún esfuerzo a desplegar.

Dado este estilo de relación de inseguridad, evitación y soledad y que la autorreconocibilidad resulta posible sólo a través del espejo de mí mismo que son los otros, no podría resultar otro tipo de imagen o identidad que una negativa, en la que la capacidad para ser querido y la valía personal están profundamente subestimadas.

⁸⁰ Guidano, V.; 1993; op. cit.

El individuo con tendencia depresiva se autorrefiere a través de una atribución causal interna, donde se percibe a sí mismo como el causante y responsable de los trastornos dramáticos experimentados. Dada esta negatividad percibida, el niño logra su autoestima, en las capacidades que tiene para lograr superar esta característica y así mantener un contacto aceptable con los demás.

Por otra parte, con la vivencia de soledad, se genera lo denomina por Bowlby "autoconfianza compulsiva"; es decir, confía en sí mismo tanto en la lucha por superar un sí mismo negativo como en la exploración del mundo desconocido.

El niño aproximadamente entre los seis y siete años con el fin de mantener coherentemente la evaluación del sí mismo, perfecciona las aptitudes empáticas. Por esto, la vergüenza (considerada una experiencia empática) se vuelve una emoción cada vez más constante, lo que conlleva un aumento en la sensibilidad del niño ante la crítica, el desprecio y el rechazo; y por lo tanto, también la capacidad que se anticipe a ellos.

A medida que avanza el ciclo vital del desarrollo el niño va estabilizando cada vez mejor su sentido de identidad y ya a partir de la segunda infancia, gracias a una serie de autoengaños, es capaz de manipular (excluyendo) más selectiva y eficientemente las críticas procedentes del medio intersubjetivo. A lo que además colaboran, reduciendo la ira, las diversas actividades que los niños realizan en esta etapa del desarrollo, lo que conlleva finalmente a minimizar las probabilidades de rechazo o fracaso.

De este modo, gracias a la anticipación a la pérdida, que reduce la intensidad de las emociones bruscas provocadas por pérdidas reales o por rechazos, el niño estabiliza su sentido de ser en el mundo.

Ya en la pubertad, dado los nuevos niveles de autorreferencia reflexiva, la causalidad interna y la lucha por superar la negatividad se amplían, “haciéndose cada vez más abstractos e independientes del contexto emocional inmediato, y originando un modo de ordenar la realidad más amplio y articulado” ⁸¹.

Guidano plantea que este modo de ordenar la realidad, producto de pérdidas y fracasos no debe considerarse “sólo” como anormal; sino que “es una estrategia de conocimiento autónoma y creativa, en la que la generatividad y la novedad se basan en la construcción activa de un sentido creciente de la inaccesibilidad de la realidad” ⁸².

Por otra parte, desde el punto de vista de la oscilación rítmica entre ira/activación motriz y desamparo/desaceleración motriz, se experimenta una alternancia continua de sentimientos; por ejemplo en una situación el sentido de no ser querido, puede percibirse como algo contra lo que se puede luchar con vigor y eficacia. Pero momentos más tarde, esta misma situación es percibida como ingredientes intrínsecos e inevitables, donde lo único coherente es la autoacusación. Por esto, se plantea que la tanto la euforia como la disforia son características de la organización depresiva.

El hecho que el depresivo se anticipe constantemente a las situaciones de pérdida, hacen que en la red social cree una serie de hechos susceptibles de estructurarse en términos de pérdidas y fracasos. A esta dinámica se le denomina “proceso abierto”, porque el reordenamiento está siempre antes que la experiencia.

En consecuencia, la direccionalidad que debiera tomar una organización de significado depresiva en términos de progresión positiva, sería una “diferenciación e integración

⁸¹ Ibid.; pág. 61.

⁸² Ibid.; pág. 62

continuas del tema de la pérdida, acompañadas por la evolución de la capacidad para la autorreferencia positiva a niveles cada vez más abstractos, hasta el punto en que el individuo experimenta la pérdida como una categoría de la experiencia humana, y no ya como un destino personal de soledad y rechazo”⁸³.

⁸³ Ibid.; pág. 63.

6.2. PSICOPATOLOGÍA:

La perspectiva ontológica que plantea la teoría post-racionalista conlleva un importante quiebre en la metodología clínica y la psicopatología. La crítica que Guidano realiza a la actual psicología clínica, se basa fundamentalmente en ser atórica y meramente descriptiva.

El que la metodología clínica actual sea esencialmente atórica conlleva a una renuncia de la comprensión etiológica y de los procesos psicopatológicos. Esto es fácilmente observable en la práctica psiquiátrica donde un diagnóstico es realizado solamente por una coincidencia de síntomas dejando de lado el modo en que estas perturbaciones se produjeron; lo que a su vez implica una planificación de un tratamiento azaroso, basado exclusivamente en descripciones empíricas y no en procesos.

Lo que esta teoría clínica postula es una comprensión etiológica desde la psicopatología del desarrollo, o sea, "la reconstrucción en múltiples niveles de las experiencias transformadoras del ciclo vital que generan los patrones de la congruencia del significado que el individuo muestra en la actualidad"⁸⁴. Dado que concebimos el conocimiento como autoorganizado por el individuo, en esta metodología de sistemas-procesos es posible evaluar la complejidad del desarrollo adaptativo y la regularidad con la que se realizan las transformaciones básicas.

Por otra parte, el que la metodología clásica utilizada sea descriptiva se refiere a que las definiciones clínicas coinciden con las descripciones de los trastornos. Sin embargo, el

⁸⁴ Ibid.; pág. 85.

problema de la práctica psicoterapéutica es poder hacer inteligibles el cómo y el por qué de estos rasgos clínicos observados.

Según esta visión, Guidano plantea que se arman categorías que "comienzan a parecer vestidos que un sujeto debe ponerse, según sean las circunstancias ... por ej., la categoría diagnóstica rotulada como depresión: parece que, una vez que ha salido de un episodio depresivo (como quien se saca una prenda de vestir), la persona vuelve a un modo de ser totalmente diferente de aquel en el que se sentía desamparada"⁸⁵. Esta paradoja, sucede aún sabiendo que estos sujetos, aún en periodos de bienestar presentan actitudes, modos de pensamientos y reacciones análogas a la fase aguda. Entonces, lo que plantea la teoría procesal sistémica es que un episodio depresivo, va intrínsecamente unido a un modo de asimilar la experiencia, de evaluarla e integrarla con los datos pasados, es decir, a un marco de congruencia del significado personal.

Por lo tanto, un enfoque evolutivo de la psicopatología centrado en una metodología orientada hacia los sistemas procesos, nos lleva a una ciencia del significado personal.

Así, este enfoque:

1. Toma en cuenta la multiplicidad de los niveles de análisis de la unidad individual compleja.
2. Puede reconstruir el ordenamiento total de las intercorrelaciones recíprocas que definen la coherencia del funcionamiento del todo.

Es así que desde esta perspectiva, la angustia no se entiende como una categoría psicopatológica, sino que forma parte de una gama de tonalidades emocionales con que los seres humanos experimentamos el mundo. Sin embargo, debido a que existen diferentes

⁸⁵ Ibid.; pág. 86.

patrones de coherencia de significado, esta misma tonalidad emocional puede ser experimentada de modos muy distintos. Así, “una coherencia fóbica estructurará la angustia en términos de protección/restricción, una coherencia depresiva lo hará en términos de pérdidas, un trastorno alimentario en términos de decepción y, finalmente, una coherencia obsesiva en términos de incertidumbre” ⁸⁶. Entonces, cada OSP tiene su propia lógica ordenadora autorreferencial.

El ciclo evolutivo, implica constantes reorganizaciones que le dan coherencia al significado personal. Estas experiencias asimiladas, que pueden producir crecimientos profundos o involuciones, siempre van de la mano de sentimientos intensos de dolor y falta de control, ya que implica siempre un cambio en el modo habitual de percibir la realidad. Entonces, para orientar las reorganizaciones hacia el crecimiento personal es muy importante el nivel de autoconsciencia de cada OSP, lo que se facilita con un mayor nivel de abstracción y flexibilidad.

El modelo tradicionalmente utilizado en psicopatología ha influido enormemente en determinar el concepto de normalidad y las perturbaciones mentales (neurosis y psicosis). Estos conceptos, son concebidos como entidades estáticas, definidos a partir de contenidos específicos de conocimiento (creencias, actitudes) que identifican alguna de estas conductas.

Desde la teoría post-racionalista estas categorías conceptuales (normalidad, neurosis, psicosis) que son dimensiones de procesamiento dinámicas, nos remiten a las organizaciones de significado personal. Estas OSP mantienen su coherencia sobre la base del procesamiento de la información y no en el contenido del conocimiento. Por lo tanto, la

⁸⁶ Ibid.; pág. 87.

normalidad "reside en el despliegue de un proceso dinámico, es decir, en la flexibilidad, la elasticidad y la generatividad con las que una OSP específica desarrolla su coherencia sistémica a lo largo del ciclo vital" ⁸⁷.

Así, desde esta postura se llama neurótica a una estructura que se ha orientado hacia un nivel de concreción-abstracción inarticulado. Y una evolución hacia una dimensión psicótica se presenta cuando, además de la concreción hay también una interferencia en la aptitud autointegrativa.

Respecto de la noción de delirio, en la visión clásica es un juicio psicopatológicamente falseado, basándose en el contenido del pensamiento. En la postura post-racionalista, no se piensa que haya una sola realidad exterior, por lo tanto delirio se define no por el contenido, sino que por la rigidez y el concretismo (bajo grado de abstracción). Es decir, cuando aparece la idea se visualiza como si fuera la única; o bien, cuando la persona no puede salirse de la inmediatez de lo que está viviendo, no puede distanciarse ni hacer abstracción. Como la persona es rígida y concreta, no puede ver lo que le pasa desde otra perspectiva; la idea es algo que se le impone al sujeto desde afuera, o sea, no es integrada.

Por lo tanto, desde esta metodología orientada hacia los sistemas/procesos, la normalidad, neurosis y psicosis no se ven como entidades estáticas sino que como "dimensiones de procesamiento dinámicas y modificables de la coherencia sistémica de una OSP que parecen potencialmente reversibles, pues sus límites son casi siempre indefinidos" ⁸⁸. De este modo, Guidano postula la reversibilidad de estas categorías; así como también la superposición de estos distintos modos a lo largo del ciclo vital individual.

⁸⁷ Ibid.; pág. 90.

⁸⁸ Ibid.; pág. 90.

El que un individuo sea normal, neurótico o psicótico, depende de la historia de desarrollo y la intensidad de las emociones negativas. Mientras mayor sean estas emociones más se retrasa su desarrollo cognitivo, ya que el sujeto está preocupado de estabilizar el conflicto emotivo que lo perturba. También dependiendo del periodo en que este hecho negativo encuentre al sujeto, es la capacidad de manejo que podrá tener de él.

La teoría de Guidano supone que toda OSP puede articularse a lo largo de las dimensiones normal, neurótica o psicótica, dependiendo del nivel de flexibilidad, abstracción e integración de una OSP específica.

Por ejemplo, la OSP depresiva oscila entre desamparo/ira. Sin embargo, esta experiencia de pérdida puede articularse como una experiencia generativa, originando gran sensibilidad, el individuo puede darse cuenta que es algo que le ocurre a otros también, pudiendo reflexionar sobre esto y tomar cierta distancia (normal); o también podría manifestarse generando una cadena de reacciones de pérdida y aflicción, no pudiendo tomar otro punto de vista, sino que es un destino negativo que lo persigue, no toma distancia, no es capaz de transformar la intensidad de la perturbación negativa, mas, hay integración (neurótica), o bien llegar a delirios con contenido de ruina y persecución, caracterizados por la falta de integración, rigidez y concretismo (psicótica).

El fóbico normal presenta sensibilidad a la constricción, el valor máximo es la libertad de movimiento. La estructura neurótica de esta OSP es el agorafóbico, quien presenta taquicardia, falta de aire, infartos; tienen mucho miedo a la soledad, así como a sentirse atrapados. Una instancia de aparición de episodio psicótico en el fóbico es en la adolescencia, pudiendo generar un delirio persecutorio, dando lugar a un comportamiento psicopático o delictual. Posteriormente en la adultez, pueden desarrollar delirio hipocondríaco, desarrollando una verdadera teoría sobre la enfermedad.

En el caso de los dápicos normales, éstos tienden a inclinarse por actividades en que está muy presente el concepto del culto a la imagen. Cuando esta OSP avanza por el continuum hacia lo neurótico, encontramos como característico un estilo afectivo promiscuo, dado que están en una constante búsqueda de referencias y vivencian repetidas decepciones. En el caso del dápico psicótico, aparecen los primeros brotes en la adolescencia con cuadros de esquizofrenia simple, hebefrénica o paranoídea. Tienen el mismo contenido de decepción y referencia externa que el normal; sin embargo, poseen un nivel de concretismo severo y no son capaces de integrarlo a su sí mismo, vivenciándolo como ajeno.

A los obsesivos los caracteriza la duda sistemática, eligen ciertas carreras como investigadores, experimentadores y jueces; su familia y el trabajo son su principal responsabilidad; tienen una vida sexual más reducida, ya que el disfrute sexual les está vedado. En el obsesivo neurótico aparecen los rituales, como lavarse las manos y la rumiación. La organización obsesiva es la que tiene mayor probabilidad de convertirse en psicótico, ya que el obsesivo neurótico ya está al borde de la psicosis. Aquí se da la paranoia, el delirio querulante y el delirio místico, de estar en contacto directo con Dios, para salir de la duda, búsqueda de la certeza.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

7.1 TEST ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL.

De acuerdo a la estrategia metodológica planteada, posterior a la realización de la entrevista clínica, se administró el instrumento de medición "Test de Los Tipos de Personalidad de la Teoría Procesal Sistémica". El Test fue aplicado a las 12 mujeres consumidoras de benzodiazepinas, en su forma autoadministrado.

El tiempo promedio que demoraron las entrevistadas en responder el test fue entre 12 y 20 minutos. La actitud de las mujeres a contestar este cuestionario fue con alta motivación y cooperación.

Cabe también señalar, que debido a que el test es con ítems de elección forzada, algunas entrevistadas llamaron la atención por sentirse obligadas a responder alguna de las alternativas que no necesariamente las representaba; debiendo, como en todo test de estas características optar por la alternativa menos desagradable.

Los resultados obtenidos a partir de la tabulación del test son los siguientes:

Cuadro N° 7

“Resultados de la aplicación Test OSP”

| Casos | Puntuación | | | | Categoría OSP |
|--------------|-------------------|-------|-------|-------|----------------------|
| 1 | O : 11 | F: 7 | DP: 6 | D: 6 | Obsesiva |
| 2 | F : 12 | D: 7 | DP: 6 | O: 5 | Fóbica |
| 3 | DP:10 | F: 7 | O: 7 | D: 6 | Depresiva |
| 4 | O: 9 | D: 7 | F: 7 | DP:7 | No categorizable |
| 5 | F: 10 | D: 10 | O: 7 | DP: 3 | No categorizable |
| 6 | F: 10 | DP: 8 | O: 7 | D: 5 | No categorizable |
| 7 | O: 9 | D: 8 | F:6 | DP: 6 | No categorizable |
| 8 | O: 10 | D: 8 | DP: 7 | F: 5 | No categorizable |
| 9 | D: 9 | DP: 8 | F: 7 | O: 6 | No categorizable |
| 10 | O:13 | D: 9 | DP: 5 | F: 3 | Obsesiva |
| 11 | O: 11 | D: 8 | F: 7 | DP: 4 | Obsesiva |
| 12 | D: 11 | O: 9 | F: 6 | DP: 4 | No categorizable |

La puntuación reflejada en el cuadro anterior está expresada en forma jerárquica; es decir, la primera columna de puntuación muestra el puntaje más alto que obtuvo cada una de las entrevistadas. En las columnas siguientes, los puntajes se van ubicando en forma descendente.

La simbología de las Organizaciones de Significado Personal utilizada para la puntuación es la siguiente: O = Obsesiva; F = Fóbica; DP = Depresiva y D = Dápica.

De acuerdo a los criterios de categorización sólo 5 de las 12 entrevistadas pudieron ser clasificadas dentro de alguna de las Organizaciones de Significado Personal. Los 7 casos restantes, aunque presentan puntaje superior en alguna de las organizaciones, no cumplen el requisito de los 3 puntos por sobre otra.

Como se aprecia en la tabla anterior, 3 de estos 5 casos son de tipo Obsesivo, 1 de tipo Fóbico y el caso restante Depresivo.

Específicamente, si analizamos, por ejemplo el Caso N° 4, observamos que se obtiene un puntaje de 9 puntos para la categoría Obsesiva; posteriormente obtiene puntaje 7 tanto para Dápica, Fóbica y Depresiva. De estos puntajes se desprende que si bien la persona presenta mayor puntaje en la OSP Obsesiva, no es posible categorizarla dentro de esta organización, dado que no cumple el requisito de tres puntos sobre el que le sigue.

Como lo veremos posteriormente, es posible observar que los resultados anteriormente expuestos en el Cuadro N° 4, no concuerdan con los obtenidos en las entrevistas clínicas. Por lo tanto, se hace necesario revisar algunas variables que podrían explicar este hecho:

Pensamos que uno de los elementos que podría incidir en estas diferencias, se relaciona con que el test aplicado es el primer instrumento confeccionado a partir de la teoría de las OSP planteadas por Vittorio Guidano, lo que implica que los estudios de tipo cuantitativos para esta teoría están recién comenzando, por lo que se hace necesario continuar complementando este tipo de investigaciones.

También es posible explicarse estos resultados considerando que la base epistemológica de la teoría Post Racionalista se basa en una postura comprensiva del acontecer humano. Para un test de medición cuantitativa, es muy complejo poder dar cuenta de la esfera del

significado que las personas le dan a un determinado hecho, ya que estos significados pertenecen a una esfera más profunda, por lo cual la entrevista clínica presenta mayores posibilidades de indagar en esta área.

Por otra parte, es necesario considerar que el reclutamiento para la confección del test fue en base a criterios del DSM III-R, es decir, personas previamente clasificadas en alguna categoría nosológica de la psicopatología. En cambio, las mujeres entrevistadas en este estudio, son personas que no necesariamente pueden ser clasificadas según los criterios antes mencionados. Por ésto, podríamos hipotetizar que para utilizar el test en una población "normal", es tal vez necesario flexibilizar algunos criterios de categorización.

Por los antecedentes anteriormente expuestos y porque la entrevista clínica permite una mayor profundización en los diferentes aspectos de la personalidad, para los resultados finales nos manejaremos con lo obtenido en las entrevistas clínicas.

7.2. CONSUMO DE TRANQUILIZANTES MENORES (Bdz)

7.2.1 Fármacos consumidos

En relación al tipo de fármaco utilizado por nuestras entrevistadas podemos observar que el de mayor consumo (50%) es el Diazepam. Una cantidad también importante (5 de 12) consume Alprazolam. Ambos medicamentos son benzodiazepinas ansiolíticas de acción larga e intermedia respectivamente.

Las otras benzodiazepinas consumidas por las entrevistadas, en menor proporción, son: Ketazolam (2 casos) y Clorodiazepóxido (1 caso).

Cabe señalar que sólo dos de las entrevistadas utilizan exclusivamente benzodiazepinas, las restantes, todas la acompañan de algún otro fármaco. Casi la mitad de ellas ingerían también antidepresivos (Fluoxetina, Trítico y Amitriptilina) y en otros casos (3 de 12) se observó que tomaban además otros medicamentos para calmar dolores físicos, como: Cefalmín, Nefersil, Migranol y Dpipirona.

Es importante destacar que las benzodiazepinas referidas por las entrevistadas son exclusivamente del tipo ansiolítico; por lo que podemos pensar que los problemas para dormir mencionados por las mujeres como causa del consumo, mejoran sin requerir necesariamente de un hipnótico, medicamento que es más específico para el tratamiento del insomnio.

7.2.2. Persona que indicó la Benzodiazepina.

Cabe recordar, que la muestra de la investigación consistía en mujeres que consumían tranquilizantes menores, **sin prescripción de especialista**. Por lo tanto, este ítem apunta a reconocer quiénes son las personas que indican o recetan el medicamento.

Al 50% de las entrevistadas, las recetas de benzodiazepinas se las extendió el facultativo que visitan frente a sintomatología somática; es decir, el médico general.

Los familiares y amigos de las mujeres entrevistadas, influyen también en una importante proporción (3 de 12). Pudiendo conseguir el medicamento directamente a través de esta fuente, o bien siendo éstos los principales inductores para solicitarlo a un médico.

También, en una menor proporción encontramos dos especialistas que prescribieron a las entrevistadas los tranquilizantes menores. Ellos son: neurólogo y reumatólogo.

Como se puede observar, las recetas fueron obtenidas por diferentes vías y en ningún caso medió una psicoterapia apropiada. Esto es demostrativo que las benzodiazepinas cuentan con un marco social que apoya su consumo, y que también hay disponibilidad de la droga en el medio.

En la relación médico-paciente siempre hay un espacio para que aparezca la angustia con todas sus formas de expresión; por lo tanto, "la benzodiazepina se propone o se exige sin comentario, como tratamiento auxiliar: se toma un derecho y una necesidad"⁸⁹, como un

⁸⁹ Ibid.; pág. 195

medio de alcanzar un estado normal perdido, un estado natural extraviado o alterado por las exigencias sociales. Se intenta así "curar la vida enferma".

Ocurre que los individuos se asustan de sus sentimientos o de que el proceso de adormecimiento sea un poco más largo que de costumbre - se piensa que se padece insomnio - ciertos sentimientos producen confusión; se necesita entonces "medicalizar al sentimiento", para remediar aquello experimentado como distónico.

Lo anterior, ayudaría a que se mantenga su consumo, ya que la suma de: la fácil obtención, el mejoramiento de síntomas como la angustia y, el sentirse mejor en las relaciones interpersonales, lo hace un medicamento de alto nivel de consumo en la población en general.

7.2.3. Causas referidas para iniciar el consumo de Bdz

Existen diferentes motivos que pueden explicar el por qué una persona llega a consumir tranquilizantes menores. De aquí se desprenden por un lado, las causas identificadas por las propias entrevistadas; y por otro, los motivos que subyacen a esta causa aparente. En este punto trataremos específicamente aquellas referidas por las mujeres entrevistadas. El análisis de los motivos subyacentes será expuesto junto a los resultados de las Organizaciones de Significado Personal.

La totalidad de ellas refieren como motivo para el consumo de tranquilizantes menores la necesidad de dormir bien, debido a que no lo logran por diferentes razones.

Algunas de las principales causas mencionadas como generadoras de conflictos y que motivaron el consumo de psicofármacos benzodiazepínicos son, en su mayoría, la muerte y enfermedades. Es así como vemos que cinco de las doce mujeres indican como causa la muerte de un familiar cercano (padre, madre, hermano, sobrino).

También aparecen como motivos recurrentes calmar el dolor físico. En el caso de 4 de ellas, proveniente de jaquecas y dos de las entrevistadas nombraron Lupus y Tendinitis.

Algunas de las mujeres entrevistadas refieren también otros motivos para necesitar consumir tranquilizantes menores como: decaimiento, llanto frecuente y "estar nerviosa".

En otros casos, con un bajo porcentaje, podemos observar que se consumen para regular alguna enfermedad. Así una entrevistada mencionó que consumía Bdz para "regular la

diabetes" y otra mujer expresó que su consumo se debía fundamentalmente para contrarrestar los efectos del antidepresivo Fluoxetina (medicamento que consumía, aparte de su efecto antidepresivo, también como tratamiento para adelgazar).

7.3. NECESIDAD DE PSICOTERAPIA

Se observa en este punto diversas respuestas expresadas por nuestras entrevistadas, debido a que la psicoterapia es percibida de manera muy distinta de una mujer a otra y allí radica el que haya necesidad de ella o no.

La mitad de las entrevistadas han suplido y satisfecho esta necesidad de ayuda profesional a través de actividades que implican compartir con otras personas y/o relajamiento corporal (realizando aeróbica, talleres de manualidades) y refieren a modo de autoayuda utilizar elementos de crecimiento personal como libros y cassettes de relajación.

Aparecen dos mujeres que han buscado a través de la iglesia solución a sus problemas. Y encontramos que dos de las entrevistadas expresan claramente que no tienen necesidad de psicoterapia, dando como argumentos que al ser "conflictos pasajeros" , no requieren del apoyo profesional.

Una de las entrevistadas expresó "...no, porque el doctor me da remedios para todo..."

Es importante destacar que la mayoría de las mujeres no sienten la necesidad de psicoterapia, ya que en general atribuyen sus problemas a causas externas, por lo que les es muy difícil correlacionar dichos problemas con factores o estados internos. Estas causas externas principalmente fueron señaladas como muerte o enfermedad.

Encontramos que dos de las entrevistadas estuvieron en algún momento en psicoterapia, y al cabo de un tiempo la abandonaron por desilusión hacia la terapeuta y problemas económicos.

Solo una de las entrevistadas planteó sentir la necesidad de psicoterapia, pero dice: "la psiquiatra que me atendía solo me controlaba los remedios". En los momentos de la entrevista está buscando ayuda profesional en Cosam Maipú, siendo la única entrevistada que está en ese proceso.

Al revisar estos resultados podemos decir que aunque ellas refieren no necesitar psicoterapia, de alguna manera han creado su propia instancia psicoterapéutica, han generado sus propios espacios a través de los cuales buscan sentirse mejor. Por lo tanto no podemos desconocer estos mecanismos aunque no sean una psicoterapia formal. Nos preguntamos entonces si en los casos en que estos medios personales corresponden a mujeres dápicas, tendrán alguna relación con el temor a la exposición, elemento tan frecuente en la dápicidad, exposición que las haría confrontarse con el juicio de terceros y que al no confiar en sus propias capacidades y en su valía personal se transforma en un replegarse sobre sí mismas para protegerse de la posibilidad de verse inmersas en situaciones que perturben su homeostasis. Confirmación de un otro que no las cuestione. Cabe también preguntarse por aquellos casos que refieren la iglesia como un medio de encontrar mejoría, ¿será acaso que la iglesia representa a ese otro, el cual las define sin lugar a cuestionamiento?

El factor "desilusión" es un tema clave en los sujetos dápicos en general, los sentimientos de decepción son frecuentes, por lo que no es raro que aparezca una entrevistada que refiere haberse defraudado del terapeuta.

Respecto de la entrevistada que dice que su médico le da remedios para todo y por tanto no requiere una psicoterapia más precisa, es posible pensar que esta actitud tiene relación con el gran valor que los dápicos le entregan a la opinión de terceros; muchas veces, no quedando lugar para cuestionamientos.

En suma, esta primera impresión de que las entrevistadas no necesitaban psicoterapia es relativo, ya que al analizar en profundidad las entrevistas se devela que han instaurado sus propias instancias terapéuticas las cuales les son válidas y útiles.

7.4. ANÁLISIS DE ENTREVISTAS CLÍNICAS Y PESQUISA DE OSP.

Los resultados que a continuación se presentan se basan en un análisis realizado de las entrevistas clínicas, lo cual permitió pesquisar las Organizaciones de Significado Personal de las entrevistadas.

Las OSP obtenidas a partir de las entrevistas realizadas a las 12 mujeres que conformaron la muestra en estudio fueron las siguientes: 11 de ellas pertenecen a la Organización de Significado Personal Dápica; 4 de ellas de tipo Anoréxicas y 7 de ellas del tipo Bulímicas. La otra mujer entrevistada presenta OSP Obsesiva.

Las principales variables encontradas para determinar una OSP Dápica son la alta valoración de la opinión de terceros, con su consecuente definición externa; unos padres muy preocupados de los aspectos formales en términos de la imagen que proyectan a los otros y una buena capacidad empática de las entrevistadas.

Dentro de esta definición de OSP, se encontró rasgos que daban cuenta de una actitud tendiente a la pasividad o actividad. Así la mayoría de las mujeres dápicas se resignaban frente a situaciones vividas u opiniones vertidas por otros significativos, siendo ésto característico de una Dápica Pasivo-Bulímica. Por otra parte, la aparición de una actitud activa frente a los otros, ya sea realizando cosas para cambiar aquella percepción que los otros tienen de ellas o abocándose a actividades que les llenen sus espacios, es notoriamente menor en las mujeres entrevistadas.

La responsabilidad y el deber son factores recurrentes en la experiencia de la entrevistada con OSP Obsesiva. Elementos que pone por sobre la expresión de los afectos,

empobreciendo así los patrones corporales en la interrelación con su familia. Se observa también muy acentuada la expresión verbal, siendo ésto su principal canal de comunicación con los otros.

Por lo tanto, el resultado general del estudio realizado indica que sí existiría una asociación entre OSP y consumo de tranquilizantes menores, sin prescripción de especialista. Es decir, las mujeres consumidoras de Bdz presentan mayoritariamente una Organización de Significado Personal Dápica del tipo Bulímicas.

Para la presentación de los resultados se diferenciará las características de cada una de las Organizaciones a modo de dos grupos de indicadores. El primer grupo, da cuenta del estilo de apego o relación vincular temprana y, el segundo, del estilo afectivo adulto que ha alcanzado la persona. Para cerrar el análisis, en cada una de las organizaciones, se mostrará el motivo subyacente al consumo de benzodiazepinas según cada OSP.

7.4.1. Entrevistadas diagnosticadas como DAPICAS.

Los resultados que aquí se exponen corresponden al análisis de las entrevistas clínicas de 11 de las 12 mujeres de la muestra.

*** Estilo de Apego.**

Se observa que el estilo de vínculo parental de las entrevistadas es ambiguo y contradictorio, ya que sus padres se esmeraron por una buena educación y por una crianza en la que prima el bienestar moral y material de sus hijos; sin embargo, quedan, muchas veces, postergadas la ternura y satisfacciones de los hijos.

“... cariñosa no, ella dice que es cariñosa a su manera y yo le digo que hay una sola manera de ser cariñosa, pero yo que me acuerde de haber compartido con ella una conversación como de mamá, no; que yo le haya contado cosas mías tampoco, porque me da la impresión de haberla visto poco, a pesar de que ella estaba todos los días con nosotros ...” (Caso 9).

“... mi papi se casó cuando nosotras teníamos 15 años, un sacrificio que hizo por los hijos ... nos hizo una casa súper bonita, súper cómoda, él daba todo por nosotras ... mi papi siempre estaba lejos, siempre estábamos con los abuelos, nunca nadie nos hacía cariño, cuando teníamos pena nadie nos abrazaba ...” (Caso 2).

“... mis padres tenían negocio, tienda, paquetería y joyería, nos educamos en colegio de monjas ... mi papá nos contaba cuentos preciosos en sus rodillas y nos sacaba

CAPITULO VII: BDZ, TRANQUILIDAD Y OSP: LOS ESLABONES DE UNA RELACION PSICOTROPICA

mucho a pasear, íbamos al cine, al río e íbamos a misa todos los domingos ... mi papá fue un hombre extremadamente preocupado de nosotros, porque si estábamos enfermos nos cuidaba día y noche. Mi mamá tenía un genio que nunca la vi enojada, ella nunca nos pegó ni nos retó. Mi papá tenía mal genio, nos castigaba, nos daba correazos en las piernas. Mi papá era de sólo una mirada, en la mesa uno tenía que estar sentada correctamente, porque sino, nos llegaba un tirón de orejas, él era bien estricto. Mi mamá era bien cariñosa, ella era más con mi hermana, ella era su regalona, yo más con mi papá. También tuve una nana que me crió, era mi nana regalona, cuando se fue, tenía mucha pena y me enfermé ..."

(Caso 6)

Por este motivo, es que se dice que los padres de las personas dápicas han estado preocupados fundamentalmente por los aspectos formales de la vida y las apariencias sociales, lo que se ve reflejado en que esta preocupación por la educación tiene como principal objetivo el de mantener una imagen positiva y así, obtener la confirmación de los otros, girando su vida más que en una coherencia de la experiencia, en una "coherencia de la apariencia".

Los padres de las entrevistadas, con el objeto de mantener esta confirmación de los otros, desarrollan su relación con los hijos teñida de constantes comparaciones, incentivando así a sus hijas a ser siempre las mejores.

"...cuando éramos chicos, la mayoría de la gente nos miraba en menos, después nos cambiamos de casa y ahí la gente nos aceptó como éramos ..." (Caso 10)

"... Mi mamá fue bien sacrificada, mi mamá lavaba, yo me acuerdo. Yo a mis hijos nunca les he contado eso, no sé por qué...." (Caso 8)

“... Mis padres siempre se trataron de Ud., siempre hubo un respeto....mi mamá nunca se enojaba ...” (Caso 6)

En las citas anteriores también se observa el ocultamiento de los problemas y dificultades que debían enfrentar. No sólo el vínculo fue ambiguo, sino también la comunicación, lo que hacía una relación enmarañada. Estos padres les mostraban a sus hijas que su familia era lo mejor y que no tenía dificultades. Así se da vida al lema familiar: “Es a través de compartir iguales emociones y opiniones que nos damos cuenta que nos amamos”.

“... no hay motivos para pelear, todo se conversa, siempre tratamos de ponemos de acuerdo en todo ...” (Caso 12)

“... la relación con mi esposo es buena, cumplimos 36 años de matrimonio, yo no sé lo que es enojarse con el esposo, nunca hemos tenido un problema, nada ... siempre para hacer algo estamos de acuerdo los dos, tenemos ideas, las conversamos y, si podemos hacerlas, las hacemos...” (Caso 4).

“... mi madre siempre lo disculpaba todo ...” (Caso 11)

“... mi madre jamás gritaba, jamás levantaba la voz, jamás disparataba, nunca golpeaba una puerta ...” (Caso 1)

“... la relación aquí en la casa siempre ha sido muy buena, no hay peleas, o sea yo nunca las he visto, deben haber discutido alguna vez pero yo nunca los he sentido, yo sé que cuando era chica ellos discutían, pero yo nunca me di cuenta. Mi mamá ahora me

cuenta que disimulaba o sea no le gustaba que nosotros los viéramos, que nos diéramos cuenta de que ellos estaban enojados ..." (Caso 3)

En todos los casos anteriores se puede apreciar como tema central el "no tener problemas". Pero como en lo concreto el niño observa discrepancias y disputas familiares, se produce esta constante redefinición de lo que ha percibido, es decir, se le cancela su percepción. Es decir, la persona percibe que existe algún problema, pero como las apariencias le demuestran lo contrario empieza a dudar de lo que realmente experimenta.

El niño comienza a tener dificultades para reconocer sus propios sentimientos y se transforma en una persona que espera constantemente la confirmación, generándose en estos niños sentimientos de desconfianza en el reconocimiento de sus propias emociones. "En vista de la estrategia de crianza esencial de los progenitores ... el niño desarrolla fácilmente un sentimiento profundo e impregnante de desconfianza en el reconocimiento de sus estados internos en curso"⁹⁰.

"... cuando yo volví a la casa, nadie se había dado cuenta que me había ido, ya era tarde, eran como las 12 de la noche, nadie se había dado cuenta que yo no estaba ... no sabría decir lo que sentí, volver a la casa y que nadie me había echado de menos, si yo salí como a las 7 y llegar después de las 12 y nadie sabía que yo no estaba ..." (Caso 9).

A partir de la cita anterior, se observa que la entrevistada le da gran significado al hecho de que su familia no advirtió su ausencia; lo que denota la necesidad de contar con personas que se preocupen de ella. Así también se observa la poca claridad de sus emociones que surgen a partir de ese tipo de experiencias. De este modo, a la entrevistada se le percibe

90 Ibid.; pág. 70.

como una persona con dificultad en reconocer sus sentimientos y con gran necesidad de confirmación.

* **Estilo Afectivo**

A partir del estilo de vinculación parental, las personas dápicas van más tarde a significar sus experiencias de una forma determinada y por lo tanto, a relacionarse según el estilo afectivo coherente a su sí mismo.

Es así que, dado que en la infancia tuvieron un patrón vincular ambiguo y una constante negación de su percepción, más tarde van a ser personas caracterizadas por la sobreconfianza en los marcos de referencia externos y por lo tanto, con una marcada necesidad de aprobación.

“... siempre he tenido la necesidad de que los demás me demuestren afecto, me demuestren importancia, quizá es por eso que soy muy amistosa, yo tengo una facilidad enorme para hacer amigos...” (Caso 1)

“... yo por eso me casé, porque dije puchas voy a tener una persona que me va a querer, que me va a hacer cariño, siempre me imaginé eso ... ” (Caso 2)

En los casos anteriores observamos que esta importancia que las personas dápicas le dan a los otros se puede ver reflejada de distintos modos. Es decir, esperando afecto, agradando, dependiendo de la compañía física, o bien, dándole una especial cabida a las opiniones que los otros tienen.

Así, esta misma dependencia de la opinión de los otros, o sea, la alta valoración que las personas dápicas le dan a las opiniones y actitudes de las otras personas, conlleva que se les produzcan constantes sentimientos de decepción. Es decir, cualquier cosa que el otro

haga y que no sea aprobado por el sujeto dápico, le produce importantes emociones negativas en términos de preocupación y cambio de percepción de los otros y de sí mismo.

“... al principio cuando llegué a ese departamento eran personas tan faltas de seriedad que yo no soportaba, yo no pude soportar, me bajaban la autoestima, eran personas insoportables, me controlaban la vida hasta cuando estaba en la casa ... (Caso 2)

“... yo siempre digo: detesto la mentira ...” (Caso 7)

“... yo viví 45 años con el caballero, pero el no dio todo por mí ...” (Caso 7)

“... cuando me traicionan me da rabia, es algo que me afecta mucho, es por eso que la otra vez fui al psicólogo para que me mandara al psiquiatra, porque de nuevo estoy así, con la autoestima baja, porque me la bajan...” (Caso 2)

La importancia que estas mujeres dápicas le dan a las opiniones de los otros no es sólo una valoración desde el pensamiento; sino que realmente les afecta en su diario vivir, produciéndoles sentimientos profundos de dolor, rabia y decepción.

“... me duele por ejemplo los comentarios que la profesora hace de él, porque a las mamás siempre les duelen los malos comentarios que hacen de sus hijos ...” (Caso 9)

Así como las entrevistadas le dan mucha importancia a las opiniones, sentimientos y actitudes de los otros, también están constantemente preocupadas por la percepción que los otros tienen de ellas, sea esta negativa o positiva, es decir, como son los otros los que definen su propio sí mismo, se sienten muy temerosas frente a la exposición. Este temor a

sentirse expuestas, es tan significativo para ellas, porque se transforma en la instancia de evaluación hecha por el otro y la percepción que ella tiene de la evaluación del otro; ésto es lo que genera el conflicto, ya que afecta de una u otra forma la imagen de sí mismas.

“... cuando murió mi madre, yo me porté como señorita, ¿tú crees que lloré mucho, que hice show, o que alguien me vio descontrolada?, nada, nada. ...” (Caso 1)

“...En gimnasia me pongo atrás porque me da vergüenza ponerme adelante, equivocarme y que se den cuenta, es que yo soy muy nerviosa, no quiero que se den cuenta que no hago bien los ejercicios...” (Caso 11)

Estos dos casos anteriores conforman el prototipo del temor a la exposición; en donde el miedo a ser vistas por el otro como un alguien “incapaz”, le lleva a buscar estrategias que le hagan pasar desapercibida en situaciones en que podría ser mal evaluada por su pares.

Como es posible observar es común a todas estas entrevistadas, la necesidad de confirmación por terceros, lo que va desde sentirse solas si no hay nadie más en casa, hasta crear toda una teoría acerca de lo que el resto de la gente piensa de ellas y cómo es que se las valora y aprecia.

La conducta perfeccionista que presentan algunas de las entrevistadas está orientada a obtener confirmación positiva de los otros y así poder construir un buen sentido de sí. Esto es lo que se conoce como “perfeccionismo complaciente” de los dápicos, ya que buscan agradar al otro para obtener de ellos su confirmación y aprobación.

“... yo soy la persona fuerte de la casa, a mi hermano y hermana los tuve que consolar, yo soy la que tomo las decisiones, yo soy la que hago cosas, yo tuve que

hacer todo ... tomaba todo el trabajo y lo tenía que hacer yo, a mi me resultaba bien ..."

(Caso 6)

"... me había descuidado del aseo, porque yo soy fanática del aseo, y del orden, soy fanática, ahora ya no tanto por mi enfermedad, yo hacía el aseo de mi casa, me quedaba una manchita y hacía todo el aseo de nuevo otra vez ..." (Caso 6)

Otro modo de obtener la aprobación de los otros y darle significado a la imagen social, en donde la apariencia física y presentación juegan un rol muy importante. Los DAP (bulímicos y anoréxicos) están siempre preocupados de la imagen corporal, lo que se aprecia en la vida cotidiana de estas entrevistadas, que a pesar de ser personas más bien "gordas", según los parámetros sociales, y no poder controlar la ingesta de alimentos, están constantemente preocupadas de la imagen corporal que proyectan a los otros.

"...estoy guatona, porque quedé bastante gordita después de tener al niño, y no he podido bajar, por la ansiedad con todos los problemas que tuve ..." (Caso 2)

Dado que las entrevistadas con organización de significado personal DAP, viven en una constante puesta a prueba "por" y "a" los otros, quedan postergados muchos sentimientos y/o acciones más espontáneas, proyectándose así una imagen detrás de la cual se experimenta un profundo sentimiento de vacío, lo que genera situaciones de estrés, angustia permanente o desasosiego que se aplana con la ingesta de alimentos.

En algunos casos podemos apreciar con mucha claridad los mecanismos usados para resolver la desconfirmación y así discriminar entre las dápicas con actitud anoréxica y las con actitud bulímica. Las DAP anoréxicas son mujeres muy activas, que hacen cosas y

elaboran nuevas estrategias en la lucha contra el sentimiento de vacío e ineficacia que las caracteriza.

Se observa que las mujeres dápicas anoréxicas tienen una orientación externa y perciben a los otros como intrusos y falsos. El mecanismo a utilizar frente a esa situación es desplegar actitudes de autosuficiencia y control muy desgastadoras, que les permite mantener el sentimiento de ineficacia y vacío en niveles aceptables. Si durante este proceso el desbalance no se resuelve, este estilo de atribución, puede dar paso a cuadros anoréxicos.

Tal como Guidano dice: "... el mí percibe principalmente a los otros como engañosos e intrusivos; la lucha enérgica contra una realidad engañosa mediante el despliegue vigoroso de actitudes positivas, controladas, autosuficientes, se convierte en el medio esencial para mantener por debajo de los límites aceptables el profundo sentimiento de ineficacia y vacío"⁹¹.

En la siguiente cita, se observa cómo una de las entrevistadas con actitud anoréxica genera activamente estrategias para enfrentar algunas situaciones:

"... la gente te valora desgraciadamente por lo que tú tienes puesto, no por tu corazón o por tus sentimientos, ni por tus conocimientos, no; te valoran por tu ropa, muchas joyas, regio auto, la vida es selectiva, la gente es selectiva ... a mi eso me molesta, quizá por eso que cuando tengo la ocasión de que alguien llegue aquí trato de agasajarlo brindándole una buena atención, un buen comer, un buen tomar, para demostrarle y decirle: oye cuidado, yo también valgo, no porque tú tengas una casa más hermosa vales más que yo ..." (Caso 1)

⁹¹ Ibid.; pág. 73.

"... me vine del sur, de Victoria, a vivir sola, justo mi mamá había muerto, en realidad había muerto mi familia; mi hermana y hermano vivían en Rancagua y en Peumo, entonces me quedaba más cerca de ellos venirme a Santiago, ahí me vine ..." (Caso 6)

En las citas anteriores observamos que la entrevistada del Caso N°1 crea estrategias activas para enfrentar la desconfirmación, realizando cosas concretas como brindar una buena atención a los otros, para así transformar la evaluación hecha por ellos. Se aprecia que la entrevistada N°6 frente a los sentimientos de vacío y soledad generados por la ausencia de personas significativas, busca activamente un nuevo espacio en que posiblemente reconstituirá relaciones que le brinden confirmación.

Por el contrario cuando el sujeto hace una atribución interna, restringe los efectos penosos producidos por las desilusiones y desconfirmaciones atribuyéndolos a rasgos específicos del sí mismo.

Este tipo de atribución corresponde a patrones corporales más pasivos y en una situación de desequilibrio puede dar lugar a una DAP con actitud bulímica, pasiva y capaz de "resignarse" frente a lo que le ocurre.

En palabras de Vittorio Guidano sería: "... el mí se centrará en restringir el efecto angustioso de las desconfirmaciones esperadas, atribuyéndolas a rasgos específicos y concretos del sí mismo, más que los sentimientos de ineficacia y vacío personales que impregnan la propia experiencia inmediata. Cuando no está equilibrado, este estilo de la atribución, que implica

patrones corporales y motrices más pasivos, puede ser la fuente de desórdenes bulímicos y de obesidad" ⁹².

"... yo lucharía si me viera apoyada, me siento a la deriva, desorientada, sin ningún apoyo, totalmente en el aire, de repente me pregunto si estaré soñando ..." (Caso 2)

"...antes él tenía otra niña que le daba muchas pruebas de amor, yo sé que soy menos atractiva que la otra, traté de hacer cosas para separarme, hubo un tiempo en que estuve separada pero me sentí sola, a la deriva igual que ahora, así que he tratado de resignarme..." (Caso 2)

A raíz de lo anterior, es que estas personas son altamente vulnerables a sentirse decepcionadas y desconfirmadas por aquellos seres significativos que las rodean y el único mecanismo posible de utilizar para no sentirse perturbadas, es a través de los mecanismos de autoengaño, que tienen relación con "evitar por adelantado cualquier posible confrontación que pudiera volverse una decepción o un fracaso" ⁹³. Conjuntamente con esto, excluyen de su repertorio emocional aquellos sentimientos de ineficacia y vacío personal, logrando así la coherencia interna.

"... ahora estoy jubilada y todo, pero paso menos en mi casa que nunca, tenía tantas actividades, hasta hace poco llegaba a puro dormir a mi casa ..." (Caso 6)

"... Yo tengo una personalidad fuerte, o sea, yo no me achico, si tengo que hablar bonito, con palabras de diccionario, como las regias, yo lo hago; si hay que dar un paso para estar a la altura de ese grupo, yo lo doy ..." (Caso 1)

⁹² Ibid.; pág. 73.

⁹³ Guidano, V.; 1993; op. cit.; pág. 169.

“...el otro día una amiga me dijo: tú eres soltera pero no solterona, yo soy feliz, yo lleno mi vida con otras cosas...” (Caso 6)

Con esta revisión de las citas textuales de las mujeres entrevistadas, se aprecia la recurrencia de algunos de los indicadores que determinan a esta organización. Así, podemos concluir que la actitud hacia sí mismas y la realidad, se centran en estar en un equilibrio estable-dinámico entre la necesidad absoluta de ser confirmada por el resto de las personas que la rodean y el miedo constante a decepcionarse de las relaciones que establecen con personas significativas.

Todas las entrevistadas diagnosticadas como dápicas provienen de familias que intentaron ser una familia perfecta, sin problemas, sin conflictos, y fue esa imagen la que trataron de afianzar y proyectar desencadenando así en sus hijos un sentimiento indefinido de sí mismos, porque aunque estuvieran sintiendo rabia por algo, lo que “debían proyectar” era que todo estaba bien, que allí no ocurría nada, que había un completo bienestar.

Por lo tanto, como el resto siempre “estaba bien”, aunque ellas sintieran lo contrario, eran estos marcos de referencia externos los que para ellas era válidos. Adecuarse a ellos era la tarea por lograr. Definirse a partir de los otros es una constante en los dápicas. Como estos otros conforman el marco de referencia en la vida del dápico, implica que éstos son perfectos, y en el caso de que estos modelos fallen, lo que se produce es una gran decepción que conlleva a un alejamiento de la intimidad lograda hasta ese momento.

Observamos así que, las mujeres dápicas entrevistadas están siempre dependiendo de la confirmación del otro. ¿Cómo?, de distintas maneras: van desde que el otro le sonría, la

acompañe, la halague, la felicite, le manifieste que la valora, la hable, o simplemente que la escuche, etc.

En el caso de las entrevistadas tipo anoréxicas, lograr esta confirmación pasará por el gran despliegue de actividades que realizan a fin de recibir lo que buscan.

En el caso de las mujeres tipo bulímicas, ellas actúan pasivamente, sin intentar modificar el ambiente, y si no logran la confirmación tienden a resignarse y muchas veces culparse por no alcanzar esta aprobación tan deseada del otro; restringiendo así el rango de autoexposición y autoconfrontación.

Finalmente, es posible observar que la mayoría de las entrevistadas intentan no exponerse y no confrontarse al medio, a modo de evitar el sentimiento de ineficacia y vacío, característico de esta OSP.

* OSP a lo largo de la vida.

A través de las entrevistas se pudo observar con claridad que las OSP se distribuyen en los diferentes tramos de edad que se estudiaron en la investigación. Así, las entrevistadas con OSP Dápica (11 de 12 casos) se encuentran homogéneamente en los distintos segmentos etéreos. Su distribución es la siguiente:

Cuadro N° 8

“Tramos etéreos OSP Dápica”

| Grupo Etéreo | Nº |
|---------------------|-----------|
| * 20 - 34 años | 3 |
| * 35 - 44 años | 2 |
| * 45 - 54 años | 3 |
| * 55 y más años | 3 |
| Total | 11 |

Con ésto, podemos corroborar que la organización no cambia a lo largo del ciclo vital, pudiendo sufrir ligeras modificaciones que tienen que ver con distintos énfasis y matices que ponen frente a la forma con que se vive una determinada situación en un cierto momento de la vida.

De este modo, algún matiz encontrado en los casos de esta investigación refieren a cómo dos mujeres pertenecientes a tramos etéreos diferentes enfrentan el tema de la necesidad de aprobación de distinto modo. Una entrevistada del tramo 35-44 años aborda las relaciones interpersonales preparándose hasta el punto de asumir una actitud distinta a la

propia, para no ser desconfirmada por el grupo. En cambio, otra mujer de 64 años intenta protegerse de la desaprobación, no exponiéndose a situaciones en que cree cometerá errores.

En definitiva, como la experiencia de cada individuo es un hecho sumativo de procesos, en este estudio también podemos apreciar que en cada etapa del desarrollo las experiencias son vividas por las entrevistadas con un sello particular. Respecto de la permanencia de la OSP, observamos que ésta tiene presencia en todos los tramos etéreos. Como Guidano lo plantea, lo que puede cambiar es la estructura, pero no la organización de una persona; es decir, la persona podrá tener una OSP Dápica más o menos flexible, constituyéndose en un Dápico normal, neurótico o psicótico.

7.4.2. Entrevistada diagnosticada como OBSESIVA (Caso 5).

Como mencionáramos anteriormente, sólo un caso fue diagnosticado con una Organización de Significado Personal distinta a lo Dápico. Esto es, una entrevistada de tramo etéreo 35 - 44 años presenta OSP Obsesiva. La descripción que ha continuación se hace, está referida también a las principales características de la sujeto que hacen pensarla con una OSP Obsesiva.

*** Estilo de Apego**

Una de las cosas que caracteriza a la persona entrevistada para ser considerada con Organización Obsesiva es que, respecto al estilo de vinculación, sus padres se relacionaban con ella con un apego ambivalente, dado que las actitudes que ellos tenían, son hoy día percibidas por la entrevistada como con mucha preocupación por la educación, sin embargo, no recuerda, específicamente de parte de su madre, demostraciones corporales de afecto.

La entrevistada fue una persona criada con una educación basada fundamentalmente en valores morales y sociales. Por lo que esta niña, tenía perfectamente claro lo que sus padres esperaban de ella y sabía cómo comportarse.

“... era la mamá preocupada que nos tenía de todo, que vivía pendiente si estábamos enfermos, pero no era esa mamá que besitos, que mi amor; pero siempre preocupada de nosotros ...”

“... al final daban permiso, pero siempre respetando los horarios; supongamos hasta las 11 de la noche, a esa hora teníamos que estar y estábamos ... nunca fueron esos papás que nos iban a pegar, no; pero nosotros siempre cumplimos ...”

Su familia se caracterizaba por el poder de la palabra y el respeto. Por ésto, sus padres no tenían necesidad de golpear, y si alguna vez los hijos fallaban, los castigos eran perfectamente coherentes con sus estilo de vinculación: un castigo no transable y que conlleva el alejamiento afectivo.

“... el castigo de mi papá, cuando nos portábamos mal nos tenía todo el día en cama; pero mi papá jamás gritaba, jamás se enojaba, jamás nos pegaba; pero nos decía una palabra y nosotros al tiro obedecíamos ...”

Si bien estos padres eran muy “preocupados” de sus hijos, concebían la educación y la responsabilidad como algo que tenía que ser claro y espontáneamente asumido por los niños. De este modo, esperaban mucho rendimiento en el colegio; sin embargo, jamás se sentaban con sus hijos a ayudarles u orientarlos en las tareas escolares.

“... yo le digo a ella que se acuerde que nos decía que hiciéramos las tareas y nosotros las hacíamos, ella no se dedicaba con nosotros a hacer las tareas, porque ella tenía otras cosas que hacer ...”

En definitiva, la entrevistada recuerda a unos padres muy preocupados de los deberes, las responsabilidades, el colegio. Pero no tuvo con sus padres mayores acercamientos en el área corporal. El cariño se expresaba con preocupación, pero no con afecto.

La ambivalencia percibida en este estilo de vínculo, se comprende considerando que esta persona puede dudar respecto del afecto que le entregan sus padres, dado que es muy difícil para un niño sentirse querido cuando no hay patrones corporales y expresión emocional que acompañen la preocupación, la educación y el respeto. De este modo, esta niña a veces se percibe querida cuando sus padres le demostraban estar pendientes de su bienestar, sin embargo, como requería cariño, el que estaba bloqueado por reglas rígidas, muchas veces sentía también no ser querida.

* **Estilo Afectivo**

Dada la crianza con un estilo de doble vínculo experimentada por esta persona, con una tremenda valoración a la responsabilidad y preocupación no afectiva; la entrevistada mantiene su coherencia interna en su juventud y la adultez, interiorizando y asumiendo como propios muchos de los modos de crianza que ella tuvo.

Así la entrevistada es una persona autorreconocida como muy poco afectiva, "poco piel"; pero con una preocupación altísima por lo que les sucede a sus hijos y constantemente atenta a darles "todo" lo que necesitan.

"... es que no me nace, yo con Rodrigo soy ahora más cariñosa, lo beso, lo abrazo, le digo que lo quiero, pero con Sebastián me cuesta decírselo; se lo demuestro sí, le demuestro que lo quiero, por ejemplo en que vivo preocupada de él ..."

"... yo los quiero de todas maneras, pero no soy de esas que andan que besitos ... pero yo me preocupo sí, por ej. ahora antes de salir mi marido quedó durmiendo

porque le toca turno de noche, entonces yo le dejé todo listo en la mesa, su juguito, todo; él ahora sólo tenía que prender la cocina para que se calentara, pero está hasta el plato listo, todo; en esos detalles soy yo, en su ropa, en que por ejemplo, si él va a salir yo le dejo todo listo ...”

Se observa, por las citas anteriores también el tema del deber ser, de mantener los detalles de tipo práctico, y de ser una mujer eficiente y muy “responsable”, como ella se autodefine.

“... mi mamá me cuidaba a mi hijo, pero yo cumplía igual mis obligaciones de llegar a lavar pañales, planchar, dejar la comida lista, que anduviera limpiecito, bañarlo en la noche; todas esas responsabilidades eran igual mías aunque yo trabajara ...”

“... hoy he estado todo el día prácticamente en la calle, pero yo me levanto súper temprano a dejar el almuerzo hecho y salí, llegué, dejé aseo hecho, les di almuerzo a los niños, salí a dejarlos, luego a las 6 a buscar al más chico, llegué a la casa, y ahora dejé todo listo para venir ...”

Así como ella es tremendamente responsable con sus quehaceres, también es ese el discurso para sus hijos. La responsabilidad es una obligación, no un valor que deba ser alabado por los otros, porque es entendido, en esta familia, como algo que simplemente se debe cumplir.

“... me dijo: a mi papá nunca le doy en el gusto, siempre Rodrigo es el bonito, Rodrigo hace las tareas bonitas, yo me saco 7 y me tengo que sacar 7, pero jamás qué rico que te sacastes un 7. Yo le dije que a lo mejor en el fondo tenía razón, pero que cuál es la obligación del papá: trabajar, sostener el hogar; la obligación mía es ayudarte a ti, mantener la casa; ¿la obligación tuya cuál es?, la única, estudiar, nada más. ¿Yo felicito al

papá porque va a trabajar?, no, porque él tiene que hacerlo todos los días; ¿tú me felicitas a mí por lo que yo hago por la casa?, no, al contrario, desordenan; entonces yo encuentro que no tenemos por qué pasarte felicitando si es tu deber, es tu deber sacarte buenas notas, estudiar, porque nosotros tratamos de darte todo lo que necesitas ...”

Cabe señalar también, que en su familia existen normas relativamente claras y precisas respecto del cumplimiento de los deberes y las situaciones de incumplimiento son sancionadas, sin derecho a apelación.

“... cuando hay un castigo se cumple, no pegar, pero por ej.: no hay televisión, no hay fútbol. Por ej. ahora están en las pruebas globales y les decía niños estudien, por favor estudien, y no; hasta que les dije ya no les digo nada más; ustedes sabrán, pero menos de 6 yo no quiero, hay menos de 6 y no hay fútbol. ¡Y no hay fútbol! y ellos lo saben; porque eso sí, las órdenes mías son órdenes ...”

“... el castigo que le dimos fue --porque eran tres meses de farra en que no copiaba las tareas, en los cuadernos no tenía nada -- y en castigo tuvo que hacer todos los cuadernos, lo que significó una semana puro escribiendo ...”

Se desprende también de las citas anteriores, que la valoración que tiene de sus hijos, está fundamentalmente basada en logros intelectuales y morales, dejando de lado la expresión emocional.

“... Sebastián hasta el año pasado era un excelente alumno en todo sentido de la palabra, tanto en notas como en conducta ...”

Por lo que se observa en la entrevista, el modo de crianza que tiene con sus hijos refleja un estilo de apego desde sus padres y hacia sus hijos, caracterizado por el significado obsesivo. Así, se puede llegar a hipotetizar que, al menos uno de sus hijos, continuaría con la tradición familiar de intelectualización, moralidad y certidumbre. Por ejemplo, este hijo es un niño solitario, un niño que piensa y actúa como adulto, un niño con muy poca espontaneidad.

“... Sebastián es sólo, pasa encerrado en su pieza ... donde vivimos no tiene muchos amigos, se aburre ligerito, entonces él prefiere estar sólo ...”

“... él nunca ha sido un niño que ha pedido cosas ... ahora primera vez que quiere una bicicleta, pero no todavía, dijo que no quería regalo de cumpleaños, ni pascua, ni el otro cumpleaños y que para la pascua del próximo año quiere una bicicleta ...”

Cabe señalar también que, en reiteradas y distintas temáticas de la entrevista la persona del caso nº 5 hace mención al tema de la palabra, lo verbal, la comunicación, la conversación.

“... a mi me gusta tener más actividad, más comunicación ...”

“... un carácter bien difícil que a todo el mundo le cuesta entender; yo ya lo entiendo, porque es mi hijo y le he hablado mucho, mucho ...”

“... eran horas y horas de conversación todas las noches ...”

Y también su búsqueda de certeza, caracterizada por una constante búsqueda de la verdad.

“... ¿a qué se debía?, no sé; yo empecé a indagar, a indagar hasta que encontré el por qué ...”

“... lo que me molestó es que él no debía haber dicho eso; pero lo que más me dolió fue la mentira, porque se había puesto súper mentiroso, súper, súper mentiroso ...”

La búsqueda de certeza se ve reflejada también en la característica de detención de los obsesivos en los detalles, lo que en este caso puede haber influido para tener un noviazgo bastante largo, hasta tenerlo todo claro, incluida la planificación material.

“... pololeamos harto tiempo sí. Me gustaba que era tranquilo, era bien maduro. Yo tenía 14 años y él tenía 20 años. Se notaba que era maduro, porque él desde muy chico asumió la responsabilidad de su casa, ayudar en su casa, por eso mismo es más responsable, él prácticamente mantenía su casa. Pololeamos harto, pololeamos desde los 14 años hasta que nos casamos, pololeamos casi 10 años ...”

“... nos pusimos las ilusiones, empezamos a hablar de matrimonio, a comprar las cosas, como los dos trabajábamos ... entonces cuando nosotros nos casamos teníamos de todo, todo, todo, todo listo ...”

En su relación de pareja se repite el tema de la mermada capacidad de expresar afecto corporal que tiene; y aún siendo autocrítica frente a este hecho, ella lo plantea con una fuerte connotación del “deber ser”.

“... como que me cuesta demostrar el cariño, incluso hasta con mi marido, yo digo: debería, debería ser más amorosa, abrazarlo ...”

Además en esta área de su vida, también se ve reflejada su enorme certeza ante algunas situaciones.

“... si yo tengo la culpa yo recapacito y hablo; ahora si yo no tengo la culpa yo no hablo y eso mi marido lo sabe; yo le digo: si soy culpable y he cometido un error, lo reconozco y lo asumo y todo, pero si no tengo la culpa, no ...”

La entrevistada al referirse al tema de tener o no la razón en alguna situación deja entrever que es ella quien define con absoluta certeza la verdad de la relación. Así también su actitud es reflejo de la característica obsesiva del “todo o nada”, ya que se observan las polaridades de culpa - no culpa, hablo - no hablo, organizándose en torno a un solo polo.

7.4.3. Motivos subyacentes al consumo de Bdz según OSP.

Si bien es cierto, las entrevistadas refieren como motivos concretos para iniciar el consumo de los medicamentos benzodiazepínicos, la pérdida de familiares queridos, constantes tensiones o cefaleas; consideramos que los motivos subyacentes tienen que ver con el significado dado a estos eventos y se enraízan justamente allí, en su modo de experimentar y explicarse las situaciones, es decir en su Organización de Significado Personal.

*** OSP Dápica.**

Pensamos que la constante necesidad de aprobación y definición externa, se vería truncada en la mujeres Dápicas por la ausencia de seres significativos. La muerte provocaría en ellas la pérdida de un referente que las confirma. Las Bdz en este caso, tendrían la función de mitigar el estremecimiento que les provoca esta ausencia.

“... lo que más me ha marcado en mi vida fue la ausencia de mi madre, hace 1 año 3 meses que la perdí, me ha costado mucho reponerme, de hecho creo que no estoy al otro lado aún, la relación que había con mi mamá era muy especial, eso me permitía tener una buena relación y más que madre e hija, éramos amigas ...” (Caso 1).

Recordemos que las entrevistadas mencionan también como causa aparente el “estar nerviosas” y constantes tensiones físicas. Estos síntomas podrían ser la manifestación de una constante necesidad y exigencia de cumplimiento al interior de su familia y en el medio que las circunda. Las mujeres deben cumplir los roles de madres, esposas y responder a las expectativas de su medio externo más cercano, por los cuales se sienten evaluadas y valoradas.

Así también, se hace concreto en una de las entrevistadas Dápicas la evaluación externa a través de la importancia que da a la apariencia física; esta entrevistada valora un medicamento antidepresivo no sólo por su efecto para elevar el ánimo, sino también resalta su efecto adelgazante.

“... la Fluoxetina me sirve para adelgazar y también porque me siento mal, porque me llega todo a mi ...” (Caso 12)

Por otra parte, el cómo realiza este consumo podemos enmarcarlo dentro de lo que es un consumo social. O sea, dentro de los límites socialmente aceptados por el medio en el cual se desenvuelven, manejando así de algún modo el sentimiento de vacío e ineficacia, lo que implica postergación y distanciamiento de la comprensión de su perturbación.

Por esta razón y desde la teoría post-racionalista se deduce que el consumo de medicamentos es utilizado como mecanismo de autoengaño, es decir, un instrumento que a estas mujeres les sirve para amortiguar el impacto provocado por las situaciones desafiantes y mantener su coherencia interna.

Por otro lado, cabe señalar que el uso que estas personas hacen de los tranquilizantes menores, es --en cierto modo-- controlado por ellas mismas. De este modo, las entrevistadas dejan entrever que en el ambiente hay cierta desaprobación al consumo dependiente de estos medicamentos, por lo tanto hacen especial hincapié al tiempo limitado o esporádico que tienen o tuvieron de consumo.

Esta aclaración explícita que las entrevistadas hacen respecto de la no dependencia a un fármaco, podría tener su explicación en no desear ser valoradas negativamente como

personas que necesitan de un elemento externo para resolver los conflictos, o bien, que consideran sus problemas como pasajeros y "normales", por lo que sólo necesitan de un consumo esporádico.

En suma, se puede concluir que este consumo de Bdz en las entrevistadas Dápicas es una alternativa en el intento de reducir el sentimiento de vacío e ineficacia que resultan de sus relaciones interpersonales y con el medio en general. Y es concordante con la explicación del Dápico de no salirse de la norma establecida y de ajustarse a "la imagen perfecta".

*** OSP Obsesiva.**

Coherentemente con su modo de ordenar el mundo, en la temática del consumo de benzodiazepinas, la entrevistada con Organización Obsesiva mantiene una línea en su discurso que le da el sentido a su sí mismo, explicando "muy planamente", que el origen de su consumo se debió a la muerte de un hermano, al cual quería mucho.

Dado que en la vinculación parental de la entrevistada no se interiorizaron elementos de afecto, ella mantiene hoy día el equilibrio de su significado con una limitación de la expresión emocional, con la racionalización de situaciones que naturalmente conllevan una carga afectiva. Así posterior a la muerte de su hermano, estuvo 2 años reprimiendo este gran dolor que tenía. Ella expresa:

“... Después que falleció mi hermano, entre paréntesis, a mi me cuesta mucho llorar, yo no soy de esas personas que lloran con facilidad, cuando falleció mi hermano fueron tres días que yo no sé del mundo ... pero de repente reaccioné y dije: tengo

un hijo de un año y no puedo, no puedo morirme; entonces empezó todo este peregrinar y como a los 2 años de todo esto, me vino una crisis que no dormí durante 5 días ...”

Además, también caracteriza a esta organización de significado que a pesar de un cierto descontrol emocional, de alguna manera intentan y retoman el control de las situaciones. La entrevistada se siente invadida por sentimientos y reacciones que no puede manejar, pero también sabe que no puede depender de un medicamento y se autocontrola en el consumo como un modo de aplacar este descontrol emocional.

“... estuve como 3 días así, me tomaba 2 en la mañana y 2 en la noche; y de ahí empecé: 1 en la mañana y 1 en la noche; y así ya fui dejándolo; después fueron de 25 mg., hasta que los dejé. Entonces ahora cuando noto que ya grito por tonterías ahí me tomo uno o cuando duermo mal me tomo una pastilla de 25 mg. y duermo súper bien, al otro día amanezco bien ...”

Las motivaciones internas del consumo de tranquilizantes menores, en el caso de la entrevistada con OSP obsesiva, se vinculan con las tensiones que le provoca el estar siempre buscando la certeza en los hechos y en el pensamiento, así también como el no tener canales de expresión de emociones a través de los patrones corporales, la necesidad de poner todo en palabras y la duda constante que generalmente le causan las diferentes situaciones, generan tensiones que necesariamente debe intentar controlar. Entonces, para este efecto, los medicamentos ansiolíticos son una vía de solución, mecanismos de autoengaño, a su alcance.

El análisis de los motivos subyacentes al consumo de tranquilizantes menores, lo hemos realizado de acuerdo a lo que logramos pesquisar a través de la Teoría Post Racionalista de

las Organizaciones de Significado Personal. Si bien, las entrevistadas refieren consumir Bdz por distintas causas, es necesario también comprender aquellos motivos que van más allá de los hechos concretos que gatillaron el consumo.

Estos motivos subyacentes están impregnados por el modo que cada persona tiene de significar las experiencias. Es así, como un mismo hecho será vivenciado de distinta forma por cada persona y según su modo particular buscará estrategias para aplanar las discrepancias que pueda provocarle aquel evento. No obstante las diferencias personales, existe también un modo común de significar las situaciones y es así como se observó que todas las mujeres que conformaron el grupo de mayor representación, grupo de mujeres dápicas, experimentan y se explican los hechos de acuerdo a ciertos patrones que las caracteriza.

Para concluir el análisis de los resultados expuestos, nos parece importante recordar que nuestra investigación apuntaba a conocer si había una asociación entre consumo de benzodiazepinas y alguna de las Organizaciones de Significado Personal.

De los resultados, se desprende con claridad la respuesta a esta interrogante, dado que de la muestra de 12 mujeres consumidoras de Bdz, casi la totalidad de ellas (11 casos) presentó una OSP Dápica.

8.1 CONCLUSIONES.

8.1.1. Reflexión Final

En el marco de la teoría psicológica abordada en este trabajo cabe destacar por un lado como en las Organizaciones de Significado Personal propuestas por Vittorio Guidano, y específicamente en la OSP Dápica encontramos coherencia entre la conducta de consumo y las motivaciones internas subyacentes, básicamente en relación a la imagen que desean proyectar y la lucha contra el sentimiento de vacío que generalmente las embarga, tema que nos habíamos planteado investigar al inicio de este estudio.

Esta coherencia rebota además hacia el plano social que envuelve a los individuos recordándonos una vez más que los sujetos también se construyen en relación al medio circundante y que éste gatilla situaciones que el sujeto enfrentará con sus características propias.

Las mujeres dápicas abordarán esta situación de una manera particular en el sentido de que responder a los roles impuestos socialmente y a los que ella misma se ha impuesto es una tarea de gran envergadura si consideramos que estas mujeres valoran mucho los marcos de referencia externos por los cuales además serán evaluadas sus acciones en los diferentes planos de la vida. Es posible observar entonces, que el sentimiento de ineficacia y vacío propio de los sujetos dápicos, gatilla constantemente perturbaciones al sistema, apareciendo un sentido de ambigüedad e indefinición.

Estos sentimientos -ambigüedad e indefinición- provocan estados de angustia de diferente intensidad, que las mujeres tienden a corregir, ya sea vía el perfeccionismo y tratando de realizar muchas actividades para complacer a los otros y así ser confirmada, tomada en cuenta o valorada; o resignándose a la no confirmación y aceptándola de una manera pasiva y conformista.

Es allí entonces donde cabe la medicación con Bdz, que son fármacos de primera línea para desvanecer la angustia. Este consumo no le implica ir contra las reglas sociales, puesto que es un consumo socialmente aceptado; ni le significa estar en contra de su autoimagen, ya que externamente siguen siendo las mismas.

Respecto de esta angustia que las personas refieren, Armando Roa señala: "la angustia es una especie de inquietud, de zozobra, de desasosiego, venida a veces del miedo a algo próximo o remoto, del recuerdo de actos vergonzosos o culposos, de la añoranza de cosas idas, de la nostalgia por épocas o lugares ya no a la mano, y, otras veces, incluso aparentemente de la nada"⁹⁴.

En gran medida las Bdz son prescritas para remediar esta angustia, pero cabe aquí hacer una distinción, ya que Roa señala también que habría una angustia normal y una patológica. Una angustia normal será entendida como aquella que no impide al sujeto ocupar la mente o el cuerpo en cualquier actividad que emprenda. Por el contrario, la angustia patológica invade de tal forma al individuo que no le deja libertad para entregarse a las actividades que implican su soma y/o su psique⁹⁵.

⁹⁴ Roa, Armando; "Psiquiatría"; Editorial Andrés Bello; 1981; Santiago; pág. 243.

⁹⁵ Ibid.

La angustia genera en el hombre un poder experimentarse vivo, activo, en su diario existir. Así todo, la tendencia es a no sentir ese tipo de angustia, de borrar de la experiencia inmediata y continua ese sentimiento, ya que es decodificado como signo de conflicto, y por ende, lleva al sujeto a la preocupación por estar sintiéndolo. Sólo así, podemos entender que las personas busquen con tanto empeño métodos que supriman esta angustia y al no poder hacer la distinción: angustia normal / patológica se ven envueltos en un consumo de medicamentos que aplanan un sentir muchas veces necesario para enfrentar la vida.

Los medicamentos pensados para combatir la angustia se prescriben para remediar sensaciones, muchas veces necesarias para impulsarse en la vida. La ansiedad es un motor de la actividad y creatividad humana, distinguiendo por cierto la ansiedad patológica de la ansiedad creativa. En muchos casos ocurre que cualquier grado de ansiedad es vista como patológica, y los individuos se imponen a sí mismos no sentirla, controlarla al máximo y; si ello no se logra, se busca la manera de encubrirla lo más eficazmente posible. Esto lleva a no discriminar entre la ansiedad creadora, vital, que remueve el espíritu emprendedor, y entre la patológica, de tipo flotante que inmoviliza el avance, puesto que invade todo lo que rodea al individuo, presentándole un mundo inminentemente peligroso.

La angustia puede generarse por diferentes causas y ser vivida de diversas maneras. La tensión que implica la convivencia diaria, la competitividad, la falta de expectativas, etc. deja huella en los seres humanos, los que buscan en las drogas un camino para vivir consigo mismos y con el prójimo.

Las drogas ilícitas se enmarcan en el estilo de repliegue sobre sí mismos, en tanto las drogas legales como el alcohol o los psicofármacos pasan a ser un factor de sociabilidad.

En el caso de los últimos, aminoran el sentimiento de vacío, "normalizan los sentimientos" pudiendo así enfrentar de manera más segura las relaciones con el resto.

El aporte de las ciencias médico-químicas nos sorprende con los avances que día a día promete en relación a la salud del individuo y es posible pensar que en la década del 60 no eran imaginables los efectos que implicaría la creación de los psicofármacos benzodiazepínicos que aunque al poco tiempo de su aparición ya tenían impactada a la opinión pública, creemos que hoy más que nunca su impacto es visible si lo situamos en un contexto témporo espacial cargado de apremios y de sobreexigencias y donde estos fármacos con sus características vienen a ser una solución intentada por muchos individuos.

Considerando que se han logrado sintetizar sustancias que actúan sobre centros cerebrales que constituyen la base biológica de la actividad psíquica, el resultado es una modificación de los estados de conciencia, disipación de la angustia, modificación del sueño y de los estados afectivos, depresivos y exaltados, llegándose incluso a una planificación de los ritmos vitales. Frente a ésto, es necesario plantear que "sin una consideración del ser del hombre, de su trascendencia, actitud ante la vida, la enfermedad, el dolor y la muerte, puede llevar, y de hecho lo está haciendo, a modificaciones en su existencia, reduciendo su condición de ser libre, dueño de su destino"⁹⁶.

Es cierto que podemos llegar a preguntarnos si es que los tranquilizantes menores inhiben las capacidades adaptativas, al punto de que los individuos frente a ciertas situaciones no logren enfrentarlas. Esta interrogante nos lleva necesariamente a otra: ¿y el dolor psíquico no es también un inhibidor?, ¿se debe dejar al individuo arrojado a su sufrimiento?.

96

Musacchio, Amelia; 1992; op. cit.; pág. 292.

Dentro de ese contexto la prescripción de benzodiazepinas, con un adecuado control y dentro de la perspectiva terapéutica, es un elemento de ayuda a la persona que padece sufrimientos, los cuales no puede superar sólo con la fuerza interior. El uso racional de psicofármacos constituye un mejoramiento de la vida, "sin que esto signifique la supresión de toda incomodidad, molestia, angustia o incertidumbre"⁹⁷.

No obstante, el uso irracional de estos medicamentos observado en nuestro medio, podría tener que ver con la falta de voluntad para enfrentar problemáticas personales de una forma más profunda y estable, lo que conlleva a huir de la realidad ante la imposibilidad de evaluarla e intentar modificarla. O dicho de otro modo, el temor a tomar consciencia de su consciencia, lo que implica -muchas veces- estar dispuesto a asumir ciertas cuotas de dolor, sin comprender que este sufrimiento conllevaría reestructuraciones positivas en su sistema.

Los individuos se sienten muy solos con sus sufrimientos pese a que estos son parte del acontecer humano, pero existe temor a enfrentarlo, se intentan evitar las ideas sobre el dolor y la muerte, se intenta eternizar el momento, se pierde la mirada del futuro, nos centramos en la cultura de la imagen, lo inmediato, lo presente.

El consumo de medicamentos psicotrópicos son manifestación de una gran presión psíquica generada muchas veces por la exigencia del autocontrol, de mantener una imagen, un rango, un estatus, de evitar que se trasluzcan ciertos sentimientos o emociones. Con la medicación de psicotrópicos se busca "anestesiar la angustia" generada por las exigencias sociales.

⁹⁷

Ibid.

De este modo, el tema de la dacidad hoy día se hace vigente y cercano a nosotros, en la medida que podemos relacionarlo con "la imagen" que se quiere proyectar en la sociedad. Actualmente todo se vuelve culto a la imagen.

Guidano plantea que al darle fármacos a un paciente confirmamos que lo que le ocurre es algo externo a él, por lo tanto le damos algo también externo para curarlo. Con esto nos alejamos del trabajo psicoterapéutico, ya que el sentido de éste es que la persona perciba que lo que le pasa es algo interno, propio, y que en gran medida las herramientas para mejorar están también en él. Guidano le dice a sus pacientes "el fármaco no entra en su pensamiento, no entra en su emocionalidad" ⁹⁸ La teoría de Guidano nos devuelve una mirada integral del individuo del cual no se ha excluido su emocionalidad, por el contrario trabajar con ellas es parte fundamental de este enfoque.

La Teoría Procesal Sistémica nos recuerda que lo objetivo no puede entenderse sin lo subjetivo, la explicación necesita de la emoción, etc. Esta estrecha relación entre polos que aparentemente se oponen, nos habla de que cada binomio es parte constitutiva de la experiencia de sentimos vivos. Por lo tanto, la experiencia y la explicación de la angustia, con su gama de tonalidades emocionales, que subyacen al acontecer humano, son un proceso interminable que se orienta a la autocomprensión humana.

Dados los resultados, nos parece necesario linear algunas estrategias de prevención, que considere entrega de información de los psicofármacos benzodiazepínicos y el uso controlado de estos medicamentos. Así también poner especial énfasis en la distinción de angustia creadora versus angustia patológica y promover los beneficios de la atención psicológica.

98 Balbi, J.; 1994; op. cit.; pág. 112.

Esta propuesta sería un aporte concreto para debilitar la cadena del consumo de sustancias y fortalecer la búsqueda de recursos internos. Así también se fomentaría el desarrollo personal a través de la toma de conciencia del sí mismo, favoreciendo así el autoconocimiento.

El trabajo del psicólogo dentro de la perspectiva post-racionalista tiene como principal objetivo ayudar al cliente a comprender y conceptualizar su propia verdad personal. Esto se puede lograr cubriendo las siguientes 3 etapas:

a) Exploración en colaboración que permite al cliente identificar los supuestos básicos que subyacen a su forma de experimentar su vida.

b) Elaborar una estrategia para modificar los deslindes del cliente entre lo real y lo no real.

El sujeto está viviendo en dos mundos: en el mundo explicativo y el de la experiencia inmediata. Así que hay que llevarlo hasta un punto que distinga lo que es real o imaginario. Muchas veces el sujeto se autoengaña y eso le provoca una sensación de alivio en principio, pero a la larga le trae incomodidad. Hay que explicitar lo tácito.

c) Asimilar recuerdos del pasado abandonados y asumir nuevas experiencias disponibles.

A medida que el sujeto va avanzando en la vida, van apareciendo recuerdos que han sido difíciles de integrar. Asumiendo las experiencias que van apareciendo en el diario vivir, aparece un conocimiento y por ende una flexibilización de la coherencia que sostiene al sujeto.

El método que utiliza la terapia es comprensivo en contraposición a la psiquiatría tradicional que es directiva y descriptiva. Guidano plantea la necesidad de que el terapeuta debe tener una implicación emocional para provocar una perturbación en el paciente. La implicación emocional apunta a demostrar un compromiso activo con el proceso de autoobservación que lleva el paciente; es decir, "que el terapeuta esté dispuesto a asumir todas las consecuencias de lo que está diciendo, de lo que está ofreciendo como punto de vista alternativo al paciente".⁹⁹

Esta perspectiva terapéutica no postula el cambio de una Organización de Significado Personal, pero sí su flexibilización. Cada persona mantiene siempre su propio estilo de vida, pero con este método de intervención terapéutica se pretende que logre un parámetro más amplio de abstracciones, logrando así una flexibilización en su vida. El cambio no se produce a través de que el paciente modifique su discurso explicativo del contenido; sino que es un cambio a nivel de sus tonalidades emotivas básicas.

Pensamos que el consumo de benzodiazepinas debiera realizarse exclusivamente cuando se presente angustia patológica; posterior a esta crisis sería necesaria una instancia psicoterapéutica con el objeto de que el individuo comprenda aquellos estados internos que le provocaron estas discrepancias, para así lograr mayor flexibilidad de su organización.

En síntesis, si pensamos que la emoción es un elemento básico para el desarrollo del individuo, se constituye en una señal a cual no se debiera medicalizar, sino que es a través del proceso psicoterapéutico que debemos intentar decodificar y comprender su sentido.

⁹⁹ Balbi, J.; 1994; op. cit.; pág. 94.

8.1.2. Críticas y Aportes de la Investigación.

Como primer cuestionamiento a la investigación realizada nos focalizaremos en el modo que nos propusimos abordar este trabajo, referido al hecho de haber estudiado dos temáticas de gran complejidad, como lo son el consumo de psicofármacos benzodiazepínicos y la teoría post-racionalista de Vittorio Guidano, sumado a la falta de experiencia en realizar investigaciones.

Pensamos que debido a que estos temas aún se encuentran en un nivel incipiente de análisis, deberíamos haber optado por alguno de ellos. No obstante, nos pareció atractiva la idea de asociar estas dos materias de estudio, lo que significó un gran esfuerzo en amalgamar dos temáticas de gran envergadura.

Por otra parte, también nos planteamos la crítica de no haberte otorgado la relevancia necesaria a la aplicación piloto realizada con el Test de medición de los tipos de personalidad. En esta etapa ya nos había arrojado resultados que nos orientaban respecto de la aplicación en otro tipo de sujetos a los que utilizaríamos en nuestra investigación.

No obstante lo planteado, a partir de esta investigación obtuvimos un valioso aprendizaje junto a haber logrado diversos aportes para el área de la psicología:

- ✓ El estudio de las Bdz desde una mirada psicológica es una contribución al debate del consumo irracional de medicamentos.

- ✓ Consideramos también que es un importante aporte haber utilizado un instrumento de medición recientemente elaborado. Esto posibilita nuevos análisis, así como también mayores investigaciones, especialmente respecto de la muestra utilizada.

- ✓ Participamos también con este trabajo en una profundización de la Teoría Procesal Sistémica desde una perspectiva específica como lo es el consumo de tranquilizantes menores.

Si bien es cierto que esta investigación aportó en diversas áreas y cumplió con el objetivo planteado, se desprenden también de ella inquietudes que consideramos relevante responder a través de una investigación, lo que generaría nuevas formas de conocimiento en el área de la salud mental.

- ✓ Consideramos importante promover, en los médicos no especializados en psicoterapia, un entrenamiento específico en la prescripción de medicamentos benzodiazepínicos, para contribuir al uso racional de estos medicamentos.

- ✓ Finalmente, dado que los resultados del presente estudio dieron a conocer que las mujeres que consumían Bdz presentaron, casi en su totalidad, una OSP Dápica, sumado a la concepción de algunos autores de que nuestra sociedad se encuentra sumergida en una cultura de la imagen; consideramos de especial relevancia un estudio que dé cuenta de la OSP que primaría en nuestra población.

9.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balbi, Juan;
"Terapia cognitiva post-racionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano";
Editorial Biblos;
Buenos Aires, Argentina, 1994.
2. Becoña, E.; Rodríguez, A.; Salazar, I.;
"Magister en Drogodependencia",
Drogodependencia II: Drogas legales,
Universidad de Santiago de Compostela,
España, 1995.
3. Busto, Miren A.,
"Bdz: La tranquila adicción de Santiago",
Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS)
Santiago de Chile, 1991.
4. Butelmann Peisajoff, Jessica; Melis Jacob, María Francisca,
"Construcción de un Instrumento para Categorizar la Población Adulta de la Región
Metropolitana según la Teoría Procesal Sistémica de V. Guidano",
Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología;
Universidad Diego Portales,
Santiago de Chile, 1991.
5. CONACE,
Ministerio del Interior,
"Segundo Estudio Nacional para el consumo de drogas: Informe Preliminar, 1997
Santiago de Chile, 1997.
6. CONACE,
Ministerio del Interior,
Proyectos: "Lineamientos Generales para Acciones de Prevención"
Santiago, Chile, 1995.
7. CONACE;
Ministerio del Interior;
Revista Ecología y Medio Ambiente
Manual de Prevención de drogas
Santiago, Chile, 1995.
8. Contreras, Elba;
"Lineamientos generales para acciones de prevención del consumo indebido de drogas
en la mujer y en la familia"; en Seminario: Análisis de las acciones preventivas en
relación a la política y plan nacional de prevención y control de drogas. Informe Final;
Santiago, Chile, 1994.
9. DSM IV: "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales";
Editorial Masson S.A.
Barcelona, España, 1995

10. Ehrenberg, Alain;
"Individuos bajo influencia";
Editorial Nueva Visión;
Buenos Aires, Argentina, 1991
11. Escohotado, Antonio;
"Aprendiendo de las drogas: Usos y abusos, prejuicios y desafíos"
Editorial Anagrama
Barcelona, España, 1996.
12. Espinoza A., Francisco,
"Descripción del Patrón de Uso de benzodiazepinas en la Provincia de Santiago. Prevalencia de Uso, Abuso y Dependencia",
Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología:
Universidad Diego Portales,
Santiago de Chile, 1991.
13. Fuentealba, Ricardo;
"Prevención del uso indebido de drogas" en Seminario: Análisis de las acciones preventivas en relación a la política y plan nacional de prevención y control de drogas. Informe Final.
Santiago de Chile, 1994.
14. Guidano, Vittorio,
"El Sí mismo en Proceso",
Editorial Paidós,
Barcelona, España, 1991.
15. Guidano, Vittorio;
"La complejidad de uno mismo. Un enfoque evolutivo de la psicopatología y de la psicoterapia";
Traducción del Instituto de Terapia Cognitiva;
Santiago, Chile, 1993.
16. Guidano, Vittorio;
"La terapia Cognitiva desde una perspectiva evolutivo constructivista";
Centro de Terapia Cognitiva de Roma.
sf.
17. Goode, W.; Matt, P.;
"Métodos de investigación social";
Editorial Trillas;
México, 1980.
18. Hernández Sampieri, Roberto; et al;
"Metodología de la investigación";
Editorial Mc Graw Hill;
México, 1995.
19. Katzung, Bertran;
"Farmacología básica y clínica";

- Editorial Manual Moderno;
México, 1994
20. Lahuerta; Montollu, Albert-Llorent; Grau, Toni,
"Drogas; síntomas y signos",
Ediciones Octaedro,
Barcelona, España, 1994.
21. Maturana, Humberto; Varela, Francisco;
"El árbol del conocimiento";
Editorial Universitaria;
Santiago, Chile, 1986.
22. Maturana, Humberto;
"El hombre y la posibilidad del conocimiento objetivo" en Integración en Psicoterapia;
Editorial Roberto Opazo;
Santiago, Chile, 1992.
23. Ministerio de Salud de Chile;
"Uso racional de medicamentos. El caso de las benzodiazepinas";
Editorial del Departamento de Comunicación;
Santiago, Chile, 1995
24. Ministerio de Salud de Chile,
Unidad de Salud Mental,
"Marco de referencia para el tratamiento de los consumidores de drogas",
Chile, 1992.
25. Muñoz y Searle;
"Roles femeninos: orientación tradicional y cambio".
Sin editor: fotocopia.
26. Musacchio de Zan, Amelia y Ortiz Fragola, Alfredo,
"Drogadicción".
Editorial Paidós,
Buenos Aires, Argentina, 1992.
27. Mussen, Conger y Kagan;
"Métodos de investigación";
Sin editor: fotocopia.
28. Reda, Mario;
"Sistemas cognitivos complejos y psicoterapia";
Traducción del Instituto de Terapia Cognitiva;
Santiago, Chile, 1994.
29. Roa, Armando;
"Psiquiatría";
Editorial Andrés Bello;
Santiago, Chile, 1981.

30. Rojas Soriano, Raúl;
"Guía para realizar investigaciones sociales";
Editorial Plaza y Valdés;
México, 1992.
31. Rosembluth, C.; Hidalgo, C.;
"La mujer desde una perspectiva psicológica";
Sin editor: fotocopia
32. Ruiz, Alfredo;
"Fundamentos teóricos del enfoque post-racionalista";
Página web Instituto de Terapia Cognitiva;
Santiago, Chile, 1997.
33. Ruiz, Alfredo;
"La teoría biológica del conocimiento de Humberto Maturana y el enfoque post-racionalista de Vittorio Guidano en la psicología contemporánea";
Instituto de Terapia Cognitiva;
Santiago, Chile, 1996.

ANEXO 1

CUESTIONARIO EMPADRONAMIENTO

CUESTIONARIO

TALLER: _____

NOMBRE: _____

EDAD:

ACTIVIDAD: _____

1. ¿Cuál es su estado civil?

- Casada
- Conviviente
- Soltera
- Separada
- Viuda

2. ¿Tiene Ud. hijos?

- Sí → ¿Cuántos?
- No

3. ¿Por qué motivos diría Ud. que se inscribió en este taller?

4. Ahora, por favor, marque los medicamentos de la lista que **ha consumido en los últimos 12 meses**.

5. Ahora, marque los que está **consumiendo actualmente**.

SÓLO PARA LOS QUE CONSUME ACTUALMENTE

6. Durante los últimos 12 meses, ¿por cuántos meses los ha tomado?

7. Y, ¿quién se los recetó o recomendó? (anotar la letra de la lista)

| | | | |
|------------------------|-------------------|---------------|---------------|
| a. Familiares o amigos | b. Médico general | c. Ginecólogo | d. Cardiólogo |
| e. Psicólogo | f. Psiquiatra | g. Neurólogo | h. Otro |

Lista de Medicamentos

| | Preg.4 | Preg.5 | Preg.6 | Preg.7 |
|---|--------------------------|--------------------------|---|---|
| • Analgésicos (aspirinas, zolben, paracetamol, dlpirona, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| • Antiácidos (leche magnesia, tabletas philips, maalox, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| • Relajantes/Tranquilizantes (diazepan, alprazolam, lorazepan, clordiazepoxido, tricalma, valpax, valium, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| • Antidepresivos (imipramina, amitriptilina, fluoxetina, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| • Anticonceptivos (pastillas, inyecciones, dispositivos, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |

8. Por favor, escriba 2 virtudes y 2 defectos de sí misma.

Virtudes

- 1. _____
- 2. _____

Defectos

- 1. _____
- 2. _____

9. Para finalizar, en los últimos 12 meses, ¿ha estado Ud. en tratamiento con psicólogo o psiquiatra por un periodo superior a 3 meses?

- Sí
- No

!! MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION !!

ANEXO 2
PAUTA INDICADORES

INDICADORES / VARIABLES
ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL

| | Fóbica | Dápica | Depresiva | Obsesiva |
|--|--|--|---|--|
| Estructura de funcionamiento | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Oscilación entre constrictión y temor al abandono. ▫ Disminución de la conducta autónoma. ▫ Síntomas: miedo y ansiedad. ▫ Equilibrio: máxima seguridad y máxima libertad. | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Percepción difusa del sí mismo. ▫ Oscilación entre necesidad de aprobación y temor a ser invadido / desconfirmado. ▫ Equilibrio: relación con suficiente intimidad para sentirse confirmado y con la suficiente distancia para no sentirse demasiado expuesto. | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Pérdida y tristeza. ▫ Frente a situaciones discrepantes responden con desamparo y desesperanza. ▫ No constituyen un vínculo seguro y estable. | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Búsqueda constante de certeza, lo que conlleva la duda permanente. ▫ Se mueven en los polos de "todo o nada", "querible, no querible". |
| Estilo de Apego / Relaciones Vinculares Tempranas | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Padres conducta sobreprotectora. ▫ Limitación de la exploración. ▫ Padres con actitud sobrecontroladora. ▫ Padres enfermos crónicos. ▫ Hijos asumen roles parentales. ▫ Padres perciben el mundo como peligroso. | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Padres preocupados por aspectos formales de la vida y apariencias sociales. ▫ Diferenciación pobre de límites a nivel intrafamiliar. ▫ Comunicación ambigua y contradictoria. ▫ Coartan libre expresión emocional y redefinen sentimientos. ▫ Lema familiar: "es a través de compartir iguales opiniones y emociones que nos damos cuenta que nos amamos". | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Muerte o separación de alguno de los padres. ▫ Han asumido responsabilidades desde muy pequeños. ▫ Familia valora la capacidad de luchar constantemente. ▫ Padres con actitud distante y exigente. ▫ Padres no se constituyen en vínculo seguro. ▫ Sobrevaloran el sentido de responsabilidad y autonomía. | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Relación familiar caracterizada por la ambivalencia. ▫ Mezcla de hostilidad y devoción por parte de los padres. ▫ El soporte y la expresión emocional hacia el niño es muy disminuida. ▫ La educación está muy centrada en inculcar valores éticos y morales. ▫ Familias ponen énfasis en lo verbal y lógico en desmedro de actividades físicas y lúdicas. |
| Estilo Afectivo | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Quejas somáticas. ▫ Sentimientos de debilidad físico-psíquica. ▫ Temor a soledad y abandono. ▫ Percepción del mundo como peligroso y amenazante. ▫ Actitud sobrecontroladora hacia sí mismo, para no verse inundado por sus emociones. ▫ Actitud sobrecontroladora hacia la realidad. | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se caracterizan por el perfeccionismo. Detrás de esta imagen se manifiesta un sentimiento de vacío. ▫ Marcada necesidad de aprobación. ▫ Susceptibles a la crítica y sentimientos de inefectividad frente a esta. ▫ Sobreconfianza en los marcos de referencia externos / el otro como referente. ▫ La apariencia física se considera como muy importante. | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Manifiestan sentimientos de pérdida en distintos ámbitos de la experiencia. ▫ Estilo atribucional interno: cuando sufren cualquier tipo de pérdida reaccionan oscilando entre inactividad / rabia, porque se sienten responsables de las pérdidas y separaciones. ▫ Tienen un sentimiento de desesperanza y tristeza hacia la vida en | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Se caracterizan por la búsqueda constante de certeza en todo lo que hacen, lo que los hace dudar constantemente, llevándolos a una incontrolabilidad en la relación. ▫ Se adscriben a valores morales absolutos. ▫ Son muy perfeccionistas, detallistas y escrupulosos. ▫ Su expresión emocional es muy limitada. Disminuidos aspectos |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> o Preferencia por actividades hogareñas. o Cuentan con una persona cercana que los acompaña en muchas de sus actividades. o Evitan la soledad por periodos largos. o Evitan lugares de los cuales sea difícil salir fácilmente. | <ul style="list-style-type: none"> o Anticipación constante de la imagen que los otros tendrán de ellos. o Marcada actitud de competencia. o En situaciones de stress se producen cambios en la ingesta de alimento. o Dificultad en reconocer hambre y saciedad o Marcada valoración de lo estético. o Cambian sus autopercepciones de acuerdo a la situación. o Temor a sentirse expuesto ante los otros. o Descalifican al adversario para resguardar su imagen. o Desarrollan una gran capacidad empática, debido a su orientación hacia lo externo y los otros. o Desconfianza en su capacidad para reconocer y decodificar estados internos. o Constantes sentimientos de decepción de los otros. o Sentimientos de ineficacia personal. o Atribución inestable de la causalidad de los sentimientos permite no culparse. | <p>general.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Presentan una imagen negativa de sí. o Son autoexigentes y poco sensibles a sus éxitos, siendo éste vivido como un no fracaso. o Visión pesimista del futuro. o Tienden a la inactividad tanto motora como en el ámbito de sus intereses. o Se perciben aislados de los otros y muchas veces perciben a los otros como indiferentes u hostiles. o Establecen relaciones de gran profundidad con muy pocas personas. o Tienen preferencias por actividades autónomas en las que gran parte del tiempo lo pasan a solas. o Se caracterizan por la responsabilidad. o Son personas capaces de llevar a cabo grandes empresas y tomar riesgos al realizarlas. o Tienen gran capacidad para el trabajo y la creación. o Por su gran capacidad de sacrificio y entrega a lo que hacen, asumen actividades con alto monto de stress. o Patrón evitativo para disminuir experiencias de malestar y apego inseguro. | <p>tácitos y analógicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Buscan integrar sus aspectos contradictorios a través de encontrar un marco de referencia único. o Se organizan en torno a un solo polo. Positivo: querible y valioso. Negativo: no querible, rechazable. o Aumentados aspectos lingüísticos e intelectuales. o Se preocupan más de los métodos que de los resultados. o Su pensar es distinto de su sentir. |
|--|--|---|---|

ANEXO 3

PAUTA DE ENTREVISTA

PAUTA DE ENTREVISTA

1. Hábleme de su familia (actual).
 - Integrantes
 - Estilo de relación.

2. Ahora, por favor, focalice la atención en alguna situación concreta de su infancia y cuéntemela.
 - Presencia / ausencia.
 - Persona significativa.
 - Estilo de relación con los padres.

3. ¿Cómo fue que Ud. conoce a su pareja?
 - Hecho concreto.
 - ¿Cómo se sintió?
 - Proceso de la relación / cambios a través del tiempo.

4. BDZ consumida.
 - Motivos de Consumo de inicio y actual.
 - Fármacos consumidos
 - Persona que recetó / recomendó.

5. Necesidad de Psicoterapia.

ANEXO 4

TEST ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL

- PREGUNTAS DEL TEST
- HOJA DE RESPUESTAS

1.- Si se encuentra en una reunión importante y se siente físicamente descompuesto(a):

- a) Trataría de soportar un poco y pasar inadvertido(a) dentro de lo posible.
- b) Pediría ayuda a la persona que tuviera más cerca.

2.- Ante una broma que no le cae bien, Ud. podría:

- a) Incomodarse, pero no lo demuestra.
- b) Devolverla con cierta ironía.

3.- Las actividades que realiza en su tiempo libre son, generalmente, las que:

- a) Le permitan la reflexión y quietud.
- b) Le permitan la cercanía con otros.

4.- Si Ud. pudiese escoger el horario de su trabajo, preferiría:

- a) Un horario fijo, pues es la única forma de planificar bien el tiempo.
- b) Un horario con cierta flexibilidad, pues la rutina tiende a presionarlo(a).

5.- En su infancia, sus padres daban mucha importancia a:

- a) Su seguridad y salud.
- b) Ser autónomo y aprender a luchar en la vida.

6.- Ante una eventual dificultad económica Ud. piensa que:

- a) Siempre hay alguien con quien contar.
- b) Se solucionará en la medida que recupere el control de la situación.

7.- Si Ud. tuviese pareja y sospechara que le es infiel:

- a) Ignoraría la situación hasta encontrar el momento apropiado para comprobar sus sospechas.
- b) Controlaría todo lo que hace su pareja: dónde está, con quién esta, cuales son sus actividades, etc.

8.- Para sus padres, era más importante:

- a) El cumplimiento de normas y la buena conducta.
- b) Los estudios y el rendimiento.

9.- Si en su trabajo es felicitado(a) por su desempeño, Ud.:

- a) Piensa que su jefe lo(a) considerará para un ascenso importante.
- b) Le parece que lo que Ud. hizo es sólo parte de sus obligaciones.

10.- La función más importante de los padres en relación a sus hijos, es:

- a) La protección.
- b) La educación.

11.- Ud. prefiere realizar actividades, fundamentalmente:

- a) Autónomas.
- b) En grupos.

12.- Ud. desea hacer a la perfección un importante trabajo que le han encomendado porque:

- a) Sólo lo metódico y organizado es de buena calidad.
- b) No desea ser criticado(a) por quien le encargó dicho trabajo.

13.- Si se encontrara en un salón con mucha gente y Ud. se ubicara cerca de la puerta, sería porque:

- a) Desearía salir fácilmente si le sucede algo.
- b) Se siente incómodo(a) o desubicado(a) con tanta gente.

14.- Si Ud. siente rabia frente a algo:

- a) Intenta no demostrarla en el momento para no empeorar las cosas.
- b) Se controla para poder pensar con mayor claridad.

15.- Ante una experiencia de cambio de trabajo o en la posibilidad de tenerla, Ud. se preocupa de:

- a) Vencer cualquier obstáculo que el destino le pusiera.
- b) La manera en que el nuevo grupo le recibirá y pensará de Ud.

16.- Ud. prepara todos los detalles al viajar, porque:

- a) Sólo lo planificado puede resultar bien.
- b) Puede ocurrir un imprevisto inmanejable.

17.- En su infancia, sus padres daban mucha importancia a:

- a) Su seguridad y salud.
- b) Ser autónomo y aprender a luchar en la vida.

18.- En general, sus cambios de humor se relacionan con:

- a) El estado de sus relaciones afectivas cercanas.
- b) Con el cumplimiento de sus obligaciones más importantes.

importante y se sintiera francamente incómodo(a), sería porque:

- a) Siente que sólo puede salir de la sala cuando haya terminado la prueba.
- b) Siente que podría salir mal calificado(a).

20.- Si resuelve una situación complicada y alguien importante para Ud. se lo agradece:

- a) Se siente bien por haber sido bien considerado(a), más que por haber resuelto la situación.
- b) Siente que la suerte le ayudó para resolverla adecuadamente.

21.- Si le ofrecen cumplirle un deseo, Ud. elegiría poseer:

- a) Una salud inquebrantable.
- b) La verdad absoluta.

22.- Si recibe una crítica de alguien cercano, se incomoda porque:

- a) Se exige perfección y no desea hacer las cosas en forma mediocre.
- b) Espera ser comprendido(a) y bien calificado(a).

23.- En una reunión social en la que hay mucha gente, Ud. podría llegar a sentirse francamente incómodo(a), si es que:

- a) Se siente inadecuado(a) o ridículo(a).
- b) Le falta espacio y se siente apretado(a).

24.- Decir que alguien está seguro, significa que:

- a) Está en lo cierto.
- b) Está protegido.

25.- Si ud. vé una película muy triste:

- a) Se entristece e identifica con él(o la) protagonista, incluso hasta las lágrimas.
- b) Le parece una tontería emocionarse hasta el llanto porque Ud. vé una película para distraerse.

26.- Ante una broma que no le cae bien, Ud. podría:

- a) Incomodarse, pero no lo demuestra.
- b) Devolverla con cierta ironía.

27.- Las actividades que realiza en su tiempo libre son, generalmente, las que:

- a) Le permitan la reflexión y quietud.
- b) Le permitan la cercanía con otros.

28.- En su infancia, sus padres daban mucha importancia a:

- a) Su seguridad y salud.
- b) Ser autónomo y aprender a luchar en la vida.

29.- Para sus padres, era más importante:

- a) El cumplimiento de normas y la buena conducta.
- b) Los estudios y el rendimiento.

30.- Ud. prefiere realizar actividades, fundamentalmente:

- a) Autónomas.
- b) En grupos.

HOJA DE RESPUESTA

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

| | | |
|----|---|---|
| 1 | A | B |
| 2 | A | B |
| 3 | A | B |
| 4 | A | B |
| 5 | A | B |
| 6 | A | B |
| 7 | A | B |
| 8 | A | B |
| 9 | A | B |
| 10 | A | B |
| 11 | A | B |
| 12 | A | B |
| 13 | A | B |
| 14 | A | B |
| 15 | A | B |
| 16 | A | B |
| 17 | A | B |
| 18 | A | B |
| 19 | A | B |
| 20 | A | B |
| 21 | A | B |
| 22 | A | B |
| 23 | A | B |
| 24 | A | B |
| 25 | A | B |
| 26 | A | B |
| 27 | A | B |
| 28 | A | B |
| 29 | A | B |
| 30 | A | B |

| | | | |
|----|--|-----|--|
| C= | | DP= | |
| F= | | O= | |
| D= | | | |

ANEXO 5

PLANTILLA DE CORRECCIÓN TEST ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL

ANEXO 6

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTA OSP DAPICA

“Caso N° 3”

Edad: 34 años

Actividad: Monitora de manualidades (con licencia médica indefinida)

- ¿Hace cuánto tiempo dejaste de trabajar?

Desde julio más o menos que no trabajo, estoy en la casa.

- Cuéntanos un poquito de tu familia para conocerte.

Vivo con mi papá, mi mamá y hermana que estudia. Mi hermana que es casada tiene atrás una pieza, se puede decir que se hizo una casa aparte atrás. Mi papá trabaja, y mi mamá trabaja aquí en la casa, mi papá es maestro soldador, mi hermana está estudiando en Inacap, está estudiando auditoría. Las dos solteras aquí adentro, y la casada se hizo una casa aparte, vive con su hijo y su marido.

- ¿Y tú?

Yo estoy aquí en la casa, estoy descansando, no me puedo mover mucho. Yo he estado trabajando, pero ahora estoy descansando por la misma cosa de la pierna, de la cadera, no me puedo movilizar mucho, tengo que caminar de a poco, o sea aquí adentro, ayer por ejemplo dije, no, hoy día me tengo que levantar, la cama como que te seca más, dije me voy a levantar, y me voy a pintar para levantarme el ánimo, me hace mal la cama, me pongo a pensar puras leseras así que mejor me levanto.

- ¿Cómo es la relación aquí en la casa?

La relación aquí en la casa bien, siempre ha sido bien.

- ¿Cómo bien?

No hay peleas, o sea por que yo he visto en otras casa por ejemplo, discusiones de repente penchas, discusiones entre los papás, discuten por plata, generalmente es por eso, yo he visto eso, oye te di tanta plata y la gastaste, aquí se podría dar pero no, o sea mi papá es súper bueno o sea, en esa parte es súper bueno.

- ¿Y por qué crees tú que no discuten?

Yo creo que deben haber discutido alguna vez, pero yo nunca los he sentido. Yo sé que cuando era chica ellos discutían pero yo nunca me di cuenta, porque mi papá era medio fresco, andaba con mujeres, cuando era joven le gustaba más la farra, los amigos, el día viernes, supónte, se quedaba, no afuera, pero sí llegaba tipo 3 de la mañana, medio pasadito y por eso habían discusiones pero yo nunca lo sentí, nunca me di cuenta que estaba peleados, mi mamá me cuenta ahora, disimulaba, o sea no le gustaba que los viéramos, que nosotros nos diéramos cuenta de que ellos estaban enojados, ella sufría por eso y no quería que nosotros también nos pusiéramos a llorar o que viéramos las peleas.

Mi papá ha cambiado, pero si hay un problema yo tampoco sé, no me doy cuenta, aunque pelean por cosas bien tontas, de repente mi mamá se preocupa, de repente se mete en la vida de mi hermana, yo le digo que para qué, si a ella le gusta su marido así, al final uno se busca lo que tiene, mi mamá se mete en lo que tiene que hacer, se amarga, le sube la presión, y hay que bajársela. Antes yo también era igual, pero un día pensé, no tengo porque, ella optó por eso, empecé a leer hartos libros de psicología y a entender que uno no tiene que llevarse los problemas para la almohada como se dice, yo antes trabajaba mucho en la comunidad, porque trabajé hartos en la iglesia, trabajé aquí en la cuadra, hicimos unas cuestiones, una vez juntamos plata para Navidad para los niños, y al final se me vino toda la gente encima, fue terrible, fue bien bonito, nos juntamos varias, yo no tenía nada que ver porque yo no tenía hijos, quizá no necesitaba de dulces o de un juguete, pero yo quise hacer algo, a lo mejor se une la gente, porque aquí en esta cuadra, la gente es bien para adentro, en la iglesia la gente es más pobre, aquí la gente a lo mejor necesita, pero se lo guarda, y empecé a buscar a las mamás y a otros niños que también trabajaban en la iglesia, ahí trabajamos sin rollo, trabajamos con los niños, juntamos plata, y muchas mamás vinieron a reclamar que yo me había quedado con la plata, en esa onda, y con los nervios en la noche no podía respirar, y en la noche vino un caballero y me dijo te estas llevando muchos problemas para tí, no te metas más, si nadie te lo agradece, él siempre estuvo conmigo, me venía a tomar la presión, y yo no respiraba, de tanto llevarme los problemas para la casa.

- ¿Esta sensación de no poder respirar, te había ocurrido antes?

Sí pero lo controlaba, en mi pieza, yo sola. La situación de ahogo solo ha venido cuando ha habido mucho dolor de la pierna, y esa vez cuando la gente pensaba que yo me había quedado con la plata, pero cómo pensaba yo, porque no lo necesitaba, a lo mejor si la hubiera necesitado lo hubiera hecho, no sé, si hubiera tenido hijos, o hermanos chicos, tal vez en otras circunstancias, pero no se daba el caso, yo creo que la gente siempre piensa eso, la persona que tiene la plata se queda con la plata, cuando trabajaba con los niños, siempre he llevado las cuentas, eso fue cercano a una pascua, me dieron el alta el 23 de diciembre porque le lloré a los médicos para no estar adentro, y cuando llegué a la casa no me reconocía, estaba tan extraña, tan flaca, el 2 de enero nos íbamos a la playa con los niños, y en la noche cuando estaba arreglando mis cosas perdí el conocimiento, dejé de respirar, mi mamá empezó a gritar, me estaba muriendo, pero súper responsable, como al otro día se iban a la playa y yo tenía toda la plata, mi mami me dijo a quien quieres ver y yo le dije al Leo, porque trabajaba con él con los niños, no quería que pensarán que yo me iba a ir con la plata.

- ¿Y porqué hacías eso, de esforzarte tanto por algo?, ¿qué pasaba?

Yo no sé era demasiado, quería solucionar todo, era demasiado idealista, yo creo que igual soy idealista, igual tengo mis ideales pero ya no me pongo a llorar por eso, si alguien me viene a contar sus penas, yo la voy a escuchar pero ya no voy a sufrir por eso, porque yo no le puedo solucionar los problemas a otra persona, puedo escucharla y nada más, cuando me enganchaba ahí era cuando me enfermaba de los nervios, me daban los ataques de nervios y me ponía a llorar, lo mismo me pasaba con mi hermana, sentía que tenía que

solucionar, pero ahora no me meto, no la pesco, ella es mi hermana de repente me duele hacerle eso, pero ella tiene 32 años.

- ¿Y con tu otra hermana como es la relación?

Con la chica, tiene 21, cuando me ve enojada no me pesca, pero no tenemos mala onda, no peleamos, si me ven mal a mí, se aleja, aunque yo grite y pataleé, no me pesca y cuando se me pasa ahí sí.

- ¿Qué te pasa cuando ella no te pesca?

Nada, nada, prefiero que no lo haga, pero yo me enojo con cualquiera, siempre son cuestiones de salud, generalmente me enojo porque las muletas de porquería. Yo tengo un pololo y de repente me enojo con él, y me enojo, y peleo, me enojo con las muletas y me enojo con todos, y no tienen la culpa, de repente cualquier persona que ha usado muletas puede entenderlo, es re-incómodo, de repente me quiero parar al baño por ejemplo y estoy sentada tomando once y no puedo caminar más rápido, tengo que tomar las muletas y de repente se me olvida entonces ahí es cuando me da rabia, me da rabia usar las muletas, por que es incómodo, me da rabia usar las muletas, no las he querido usar nunca, mi mami hace tiempo que me venía diciendo que las usara, pero no las quería usar, yo no voy a usar muletas, yo voy a caminar, además que yo sabía que no me iba a poder movilizar bien, el día que llegara que tenía que utilizar las muletas era el día en que ya no daba más y eso no quería, tener que depender de un aparato, no se lo doy a nadie.

- ¿Cómo era tu vida antes de usar las muletas?

Normal, yo salía, yo trabajaba, me invitaban a cualquier parte, a un asado, salíamos a dar una vuelta con mi pololo, a Bellavista con amigos, el fin de semana yo me desaparecía de aquí, generalmente no estaba, para mi era tan normal y para ellos también era tan normal que yo saliera, el viernes empezaba el carrete, para mis papás era normal que yo saliera, chao-chao; a veces aparecía el sábado y salía de nuevo el domingo, en la semana también salía, yo trabajaba en la iglesia, ahí si que mi vida era loca, me gusta estar con la gente, me gustan los niños, le hacía clases a niños, ahí empecé en la onda artesanía, talleres, empecé en el 86 en la parroquia, pero yo no quería nada con Dios, era sólo la parte social, yo entraba a la iglesia pero a dar algún aviso, onda que hacíamos cuestiones folklóricas de repente, se hacían peñas, antes trabajaba con adultos en las ollas comunes, y después empecé con niños en la parte social, siempre la parte social ha involucrado la parte mística en todo su trabajo. Empecé a trabajar con un amigo y nos empezamos a llevar bien, él era bien movido en la parte iglesia, pero chocábamos, en la parte religión, eso fue en el año 87, 88 más o menos, trabajé 5 años con los niños, todos los años, íbamos a la playa, 35 niños, con 5 monitores y como 3 mamás, ellas cocinaban, porque en la mañana nos levantábamos tempranito y los llevábamos a la playa, subíamos a almorzar, después querían bajar de nuevo, después de once de nuevo a los juegos, de ahí subíamos como a la 1 de la mañana. Eso me gustaba, la comunicación que hay entre toda la gente, ahora yo veo poco esa amistad, esa solidaridad, o sea si tú no tienes algo yo te lo doy, si yo tengo un pan te doy la mitad, eso no se da hoy día, para uno es bueno, yo aprendí cualquier cantidad. trabajaba

cualquier cantidad en la parroquia, ahí aprendí a no llevarme los problemas a la casa, pasaba haciendo proyectos, preparando la misa, llegaba a acostarme. Ahí tenía 24-25 años.

- Cuando eras más chica, ¿qué hacías?

Cuando era más chica estudiaba no más, sinceramente, era bien pajarona, era la matea del curso, era la típica matea, me da risa, era súper pava, era bien tímida, era bien introvertida, pensaban que yo era la sapa de la profe, es que tenía buenas notas, yo era buena alumna, yo lo reconozco, hay gente que aprende más rápido que otra.

- ¿Cómo te sentías tú con eso de ser la mejor del curso?

Súper bien, no me importó lo que pensaban mis compañeros, lo encontré loco, porque no era verdad, no me enojé ni nada, porque a pesar de todo tenía buena onda con mis compañeros, a pesar de que no me pescaban mucho para maldades que hacían porque sabían que no iba a ir. Ya cuando era más lola, las niñas se iban con los compañeros a jugar a la chevé, yo no iba porque me daba vergüenza, una vez fui y lo único que quería era irme, lo mismo me pasó con el cigarro, al principio que fuma, fuma, me insistieron tanto que aprendiera a fumar, ya aprendí a fumar y después no fumé más.

- ¿Cómo era la relación con tus padres?

La relación con mis papás era buena, no me exigían, estudié siempre sola, competíamos entre los hermanos a ver quién se sacaba mejores notas ese año, en las vacaciones jugábamos al colegio, hacíamos tareas y no hallábamos la hora de entrar al colegio, lo pasábamos bien porque también jugábamos, pero de que era tímida, era tímida, supónete yo tenía unas compañeras que siempre salían en los actos del colegio, eran más pillas, de repente yo era una cabra pajarona, ¿cuándo yo iba a mover los pies como los movían ellas?, o no tenía buena voz, no era muy entonadita como para salir cantando delante de todo el colegio, me iba a poner a llorar. En gimnasia me sacaba 2, jamás pude hacer la invertida, me daba rabia conmigo y a veces me daba risa, me esforzaba, lo único que sabía hacer era la voltereta adelante, atrás; eso venía de chica, mis hermanos corrían y mi mamá decía cuidado que te vas a caer y yo me caía, era como un miedo de repente, que vas a hacer algo y te vas a caer mi mamá siempre me decía que no corriera porque me iba a caer, y yo sabía que me iba a caer, corría, pero sabía que me iba a caer, me pegaba en la cara.

- ¿Cómo te ves cuando chica junto a tu familia?

Me acuerdo cuando era bien chica, mi papá se puso a pasar el chancho, de esos en vez de la enceradora, mi mamá haciendo el almuerzo y mi papá ayudándole a hacer el aseo, nosotros jugando en el patio, eran cosas típicas del día domingo, más de alguno se mandaba una embarrada, y nosotros jugando en el patio, mi mamá nos llamaba a almorzar, no me acuerdo que me haya pegado, un coscacho por ahí no más.

- ¿A qué edad empezaste a pololear?

A los 14 años, súper chica, fue simpático ese pololeo.

- ¿Cómo lo conociste?, ¿de dónde era?

Fue en la primera fiesta que yo fui. Nunca me dejaban ir a fiestas, y conversé con mis papás y me dijeron ya anda pero a las 9 te voy a buscar, y ya, pero yo tenía rabia porque a mis compañeras les daban permiso hasta las 10, y a mí hasta las 9, pero como era la primera fiesta, ya, fui con una compañera de curso, ella me dijo te voy arreglar, me pintó, yo usaba anteojos, y un moño, te voy a pintar me dijo, para que se me quitara la cara de pava, y antes de venirme tenía que pasar a buscar los anteojos, me solté el pelo y me peiné.

- ¿Y cómo te sentiste con eso?

Me sentí súper bien, me encontré con varios compañeros y me decían oye que te ves bonita, te ves súper bien, y yo me sentía súper bien porque a uno nunca le dicen nada de eso, y a uno la mamá le dice que es bonita no más. Ya llegué a la fiesta y estaban todos los compañeros y los profes eran buena onda porque eran todos jovencitos, y había medio atado porque los profesores andaban con las profesoras, eran todos jóvenes, y de repente apareció este compadre y empezó a hablar, y me hablaba y hablaba, yo estaba media mareada, y me hablaba, y de repente me dio un beso, y yo quedé así, yo no lo conocía, y yo quedé para adentro así, casi me puse a llorar.

- ¿Cómo fue eso de que sentiste ganas de llorar, por qué?

Era primera vez que me daban un beso, me dio vergüenza, me dio miedo, me dio de todo en realidad, no lo encontraba feo, no era feo, y de ahí empezó a ir a buscarme al colegio, y empezamos a pololear, pololeábamos escondidos porque no me daban permiso y después cuando le dije que viniera a hablar con mi papá porque quería hablar con él, nunca más lo vi, porque le tenía pánico a mi papá.

- ¿Cómo fue eso de no verlo nunca más?

No, después nos encontramos, a mi todavía me gustaba, pero no volví, por mi papá y por mí para no tener problemas. Y ahora con mi pololo llevamos 4 años, es el mismo niño. Nos encontramos hace como 6 años y ahora hace como 3 años que andamos más o menos firmes.

- ¿Y cómo ha sido este tiempo?

La relación ha sido más o menos, él tiene sus ideas, yo tengo las mías, hay hartito atado, no sé cuanto irá a durar en realidad.

- ¿En qué sentido más o menos?

Somos diferentes, yo este año quería dar la prueba de aptitud, porque yo la di, quedé pero no tenía plata, además quedé en pedagogía, pero yo no quería pedagogía, y ahora yo la quería dar, la específica de matemáticas para estudiar auditoría, porque siempre me ha gustado la contabilidad, tengo un curso básico, le dije me voy a preparar para la prueba así que me voy a desaparecer unos días, no nos vamos a ver tan seguido; por qué no nos preparamos le dije, siempre lo estoy como tirando, y eso me tiene cansada.

- ¿Sientes que tienes que estar ahí?

Yo tengo que estar ahí, no me gusta ser así, estoy aburrida, una vez lloré como una semana, lloraba y lloraba, y mi hermana me decía pero si tú eres súper fuerte, siempre nos has dado ánimo a todos, yo le decía a mi hermana pero sí yo también tengo derecho a llorar, no soy de fierro soy humana, me da lata que no se supera, está igual que cuando lo conocí, trabaja en una cuestión nada que ver con él y está ahí marcando el paso, me carga, o sea, yo sé que también he estado marcando el paso porque no he tenido plata, pero de a poco, yo siempre. Cuando me enfermé a los 18 años, yo me enclaustré, para que nadie me viera, me hinché entera, de repente un cambio brusco, te miras al espejo y como que no te reconoces, me fui con mi abuela, como 5 años, y ahí me metí para adentro, ahí vegeté, no hacía nada, aprendí a tejer a crochet.

- Pero, ¿por qué te enclaustraste?, ¿cómo fue eso?

Porque me daba vergüenza verme así, a cualquier lola, y todavía me cuesta pero estoy tratando de quererme un poco, e estoy aceptando como soy.

- ¿A qué edad empezaste a tomar medicamentos?

A los 18 años. Tomaba Clorodiazepóxido, la Amitriptilina me la dieron después, pasaba puro llorando, iba a la doctora y lloraba y lloraba, ella era mi nefróloga; me dijo: te voy a mandar a un psicólogo, y me mandó al psiquiatra, y ella me dio la Amitriptilina, pero no le encontré razón, y chao, me dijo que yo sentía envidia por mi hermana, porque no me había podido realizar, no que yo sentía pena sino que envidia, que ella tenía un hijo y yo no lo tenía, que tenía marido y yo no. Y no era verdad, yo lloraba, la psiquiatra me decía que era por envidia porque yo no me había realizado, a mi me molestó, le dije que no.

- ¿Cómo era eso de llorar tanto?

Era porque estaba enferma, de chica pucha tuve mala suerte, me daba rabia y lloraba, la psiquiatra me dijo que escribiera en un cuaderno todo lo que sentía y que volviera la próxima semana, y yo nunca más volví, ella me dio los remedios, la Amitriptilina. pero me hicieron mal, dormí mucho, dormí todo el fin de semana.

- ¿Y quién te dio el Diazepam?

El Diazepam me lo daban los médicos, el médico que me veía por la sangre, el reumatólogo, o un nefrólogo y cuando estaba muy mal de la piel iba un dermatólogo, son médicos de cabecera se puede decir, el que me los receta es el reumatólogo.

- ¿Y por qué él te recetó el Diazepam?

Me lo recetó porque yo estaba muy nerviosa, además yo se lo pedí, supónete ahora, se los pedí a la nefróloga, para dormir, le dije ya no aguanto más, necesito dormir, el otro día me tomé 3 Diazepam, para no sentir el dolor. Yo lloro por el dolor por que no aguanto.

- ¿Y el Diazepam es para dormir o para el dolor?

Para dormir, para no sentir el dolor. A los 18 años, cuando me empezó la enfermedad. me daban Diazepam para dormir, para estar más tranquila, lo tomé hartoo tiempo, no sé cuanto. pero fueron años, después me lo sacaban, después la psiquiatra me dio la Amitriptilina. que

no me las tomé nunca, después me las empecé a tomar porque ya no aguantaba más, y 4 o 5 años atrás me empecé a comprar yo misma, engordé harto, y ahí las dejé.

- Cuando dejabas de tomar el Diazepam ¿qué pasaba?

Me costaba harto, yo creo por una cosa de costumbre, por el hecho de no estar despierta tanto rato y pensar puras leseras, de quedarme dormida al tiro, ahora estoy tratando de no tomarlas, estoy tomando un remedio de homeopatía que es para relajarse. Esos días en que dejé el Diazepam y no tomé nada, pude dormir, o sea yo misma estoy tratando de ayudarme, de controlarme, imagínate a veces me compraba una tira de Piroxicam y me duraba dos días, a veces tomaba tantos remedios que se me cortaba la regla, me desordenaba entera, así que empecé a dejar de tomar los remedios para los dolores, y entre ellos el Diazepam.

- ¿Y ahora desde cuándo no has tomado el Diazepam?

Bueno el domingo me tomé 3 Diazepam para el dolor tan fuerte de la rodilla, pero no dormí.

- ¿Tú sientes algún otro efecto, como efecto colateral?

Me da dolor de cabeza, con todos los tranquilizantes que he tomado. Con el Clorodiazepóxido también.

- También viste una psicóloga, ¿allí tuviste tratamiento?

Cuando fui donde la psicóloga ella me derivó al tiro donde la psiquiatra.

- ¿Después nunca más viste una psiquiatra o psicóloga?

No, aunque yo trabajé con una psiquiatra harto tiempo, como 3 años. Yo no soy intrusa, pero me gusta leer, y ella tenía muchos libros, tenía uno de artesanía de cuero y a mi me gustó mucho ese libro, y encontré una carta de ella, terrible la carta y de ahí nunca más, estaba más loca que yo.

- ¿Cómo fue que pensaste eso?

Es que desconfié de todos los psicólogos, sentí pena por ella, porque cómo ella, tan bonita, era una rubia estupenda, psicóloga, el marido oftalmólogo, un hermano dermatólogo, todos en el área de la medicina, con buenos trabajos, un hijo lindo, encontré absurdo de repente, pensé a lo mejor sí tiene sus problemas, me dio lata, pena. Y ahí pensé, si yo tengo un problema, yo lo voy a solucionar.

- ¿Y si de repente estás en un problema, ¿buscas ayuda, cómo lo haces?

Leo harto, estoy leyendo, entré en la onda metafísica, leí a la doctora Louis no sé si la han escuchado Uds., habla mucho de la mente, quererse uno y que los problemas de cáncer generalmente tienen que ver con algún problema que uno tuvo en algún momento de la vida y que afectan mucho, eso provocó el cáncer.

- O sea, ¿como auto-ayuda a través de los libros?

Claro, y primero leí Tus Zonas Erróneas, fue lo primero que leí, lo primero que llegó a mis manos, me gustó como hartó.

- ¿Y con amigos o con gente?

Sí, cuando trabajé con jóvenes en la parroquia se hicieron talleres de desarrollo personal cuando entré al Prodemu, te hacen un cursillo de desarrollo personal, para mí es complicado de repente confiar en otras personas, confiar en mujeres supónte, que hagan el mismo trabajo, no me da mucha confianza, por ejemplo cuando hice el curso de desarrollo personal a mí me costó mucho contar algo de mi vida, por ejemplo yo ahora estoy contando porque sé que a lo mejor no las voy a ver más, cuando entré a Prodemu, yo sentí mucho la envidia hacia mí, en el colegio la sentí de mis compañeras cuando era cabra chica. Como yo era bien ordenada, presté un cuaderno, al otro día lo fui a buscar, y no me di cuenta cuando lo abrí estaba todo rayado, ahí recién me di cuenta que me tenían envidia, entonces de ahí yo dije no quiero confiar en nadie. De repente encuentro complicado compartir algo personal con otras personas; por ejemplo mis compañeras de trabajo, no todos tenían el nivel educacional que deberían tener, yo no estoy descalificando a nadie, pero uno para ser una monitora de cualquier ONG uno mínimo debe tener cuarto medio para poder comunicarse con la gente, a mi parecer, pero no lo son, muchas son dueñas de casa y son súper cahuineras, y eso a mí me molestó mucho, a mí me costó mucho integrarme al grupo de mujeres, 1 año, yo nunca me metí con ellas, ellas me miraban y yo las miraba, las miraba con rabia, porque me miraban con una cara así media extraña, y una amiga después me decía yo siempre te miraba porque tenías tan bonitas piernas y siempre andabas con los medios tacos y mini falda.

- O sea, ¿tal vez te miraban porque llamabas la atención?

Sí porque como eran mujeres mayores, que de repente podían ser mi mamá, de 40, yo tenía 18, 19, llegaba con mini, era como una amenaza para ellas, supongo, no me daba confianza, un año me costó integrarme. Después que llegó una coordinadora excelente, hasta ahora somos amigas, ella me dio confianza y ahí recién me integré.

- ¿Será por eso que lees bastante, para no tener que contarle a otras personas tus cosas?

Claro, o sea igual uno necesita de las demás personas, pero yo trato de no estar con personas mala onda, sobre todo ahora. Ahora cuando gente me llama para contarme sus problemas, ya no quiero escuchar problemas, no es que sea mala, pero como que ya no quiero escuchar, además la gente te dice hay que lata lo que te pasó, lamento no poder ir a verte, esas excusas que te prometo que me dan ganas de mandarlo a la punta del cerro, por una cosa de respeto no lo he hecho. El otro día una compañera, yo le decía, pero para que me das excusas, no las necesito, si no eres nada mío, eras una compañera de trabajo, y nada más, si no puedes, no puedes, pero no me des explicaciones, no las necesito, ni si quiera de mi familia, lo entiendo, a mí me pasaba lo mismo, no podía ir a ver la gente enferma. Yo necesito que me cuenten un chiste por teléfono, pero no que me den explicaciones por no venir a verme, tengo una compañera que siempre viene, aquí viene gente que de repente viene a ver si todavía estoy, y uno siente eso y es penca. tan poco

cerebro, me molesta, no pesco no más, a veces viene a ver cómo estoy, a ver si la Cecilia se está muriendo más o menos.

- ¿Cómo es eso de sentir que viene como a mirarte?

Mal, porque uno siente eso, y te molesta, por eso no pesco, no me gusta, y empezar a cuidarme yo, necesito más tiempo yo, o sea primero yo, segundo yo, tercero yo, aunque lo sienta mucha gente no estoy ni ahí; tengo ganas de empezar de nuevo con otras cosas, yo en cuanto pueda me voy a empezar a movilizar, yo no sé lo que es subir con muletas a la micro, me lo he tratado de imaginar, pero no lo he podido imaginar, he salido al jardín, a comprar al frente, antes me daba vergüenza de que me vieran, yo antes era bien activa, siempre salía corriendo, y ahora, me incomoda no poder hacerlo, me da vergüenza, aunque ya se me ha quitado, el otro día fui a un velorio, igual con muletas cuesta, pero me reí hartito, aunque era un velorio lo que pasa es que me encontré con amigos de años, porque éramos un grupo grande, fue simpático, los que tenían auto se preocuparon de venir a buscarme, a dejarme, allá en el cementerio de buscar una silla de ruedas. Fue importante que se preocuparan por mí, fue simpático.