

## REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

### ***“HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS COMO INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISTÍMICO: UN ESTUDIO DE CASO”***

**Autor: Evelin Yolotzin Infante Saucedo**

Tesis presentada para obtener el título de:  
**Licenciada en Psicología**

Nombre del asesor:  
**María de los Ángeles Loeza Torres**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL  
PARA ADULTOS COMO INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO  
DEL TRASTORNO DISTÍMICO: UN ESTUDIO DE CASO.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**EVELIN YOLOTZIN INFANTE SAUCEDO**

**ASESORA: LIC. MARÍA DE LOS ÁNGELES LOEZA TORRES**

**COASESORA: MTRA. MA. DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ**

**MORELIA, MICHOACÁN, ABRIL DE 2013.**

**ACUERDO #LIC100404 CLAVE 16PSU0004J**

## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	2
<b>Justificación</b>	4
<b>Antecedentes</b>	6
<b>1. Planteamiento de la Investigación</b>	17
1.1 Objetivos	17
1.1.1 Objetivo General	17
1.1.2 Objetivos Específicos	17
2. Problema de Investigación	18
3. Supuestos	19
4. Ejes Temáticos y categorías	19
<b>Importancia del estudio</b>	20
<b>Capítulo I. Marco Teórico</b>	
<b>1. Distimia</b>	21
1.1. Definición de distimia	21
1.2. Breve historia de los trastornos de ánimo	22
1.2.1. Causas de los trastornos del estado de ánimo	30
1.2.2. Dimensiones biológicas	31
1.2.2.1. Sistemas de neurotransmisores	32
1.2.2.2. El sistema endocrino	33
1.2.2.3. El sueño	34
1.2.2.4. Actividad de las ondas cerebrales	35
1.2.3. Dimensiones psicológicas	35
1.2.4. Dimensiones sociales y culturales	36

1.2.4.1. Relaciones maritales	36
1.2.4.2. Apoyo social	38
1.3. Trastorno distímico	38
1.4. Epidemiología de la Distimia	41
1.5. Prevalencia del trastorno distímico	44
1.6. Pronóstico del trastorno distímico	47
1.7. Evolución del trastorno distímico	47
1.8. Establecimiento del diagnóstico distímico	48
1.8.1. Evaluación de los trastornos del estado de ánimo	49
1.8.2. Criterios diagnóstico del DSM-IV-TR para el trastorno distímico	54
1.9. Consecuencias del trastorno distímico	55
1.10. Tratamiento para el trastorno distímico	56
1.10.1. Farmacoterapia	57
1.10.2. Terapia electroconvulsiva (TEC)	58
1.10.3. Tratamientos psicológicos	59
1.10.3.1. Terapia cognitivo-conductual	59
1.10.3.2. Psicoterapia interpersonal (PTI)	60
1.10.3.3. Hipnoterapia	60
<b>2. Hipnoterapia Ericksoniana</b>	<b>63</b>
2.1. Definición de hipnosis	63
2.2. Historia de los fundamentos científicos de la hipnosis	65
2.3. Bases filosóficas y epistemológicas de la Hipnoterapia Ericksoniana	78
2.3.1. Neuropsicofisiología de la hipnosis	81
2.3.2. Signos físicos del trance hipnótico	84
2.3.3. Cambios notables en el comportamiento del cerebro durante el trance hipnótico	85
2.3.4. Perspectiva interaccional	86
2.3.5. Sintaxis de la mente inconsciente	87
2.3.6. Fenomenología del trance hipnótico	89
2.3.7. Técnica de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para	

Adultos	90
2.3.7.1. Pasos básicos de un trance hipnótico	96
2.3.7.2. Entremezclado del trance hipnótico	98
2.3.8. Premisas de la Hipnoterapia Ericksoniana	99
2.3.8.1. Aportaciones del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México	101
2.3.9. Fases de la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos	102
<b>Capítulo II. Método</b>	
1. Tipo de investigación	106
2. Participantes	106
3. Escenario	107
4. Técnicas de recolección de datos	107
<b>Capítulo III. Resultados</b>	
1. Descripción del caso	111
2. Resultados por eje temático y categorías	119
Eje 1. Trastorno Distímico	119
a) Diagnóstico	119
Eje 2. Hipnoterapia Ericksoniana	121
a) Fases del tratamiento	121
b) Eficacia del tratamiento	123
3. Resultados de las fases del tratamiento	125
4. Análisis de resultados	146
<b>Capítulo IV. Discusión y Conclusiones</b>	
1. Discusión	152
2. Conclusiones	163

<b>Limitaciones y sugerencias</b>	
1. Limitaciones	170
2. Sugerencias	170
<b>Referencias</b>	172
<b>Anexos</b>	
Anexo 1. Historia Clínica	179
Anexo 2. Reporte de sesión	182
Anexo 3. Evaluación de los objetivos del paciente para el tratamiento (pre test)	186
Anexo 4. Evaluación de los objetivos del paciente para el tratamiento (post test)	187
Anexo 5. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	188
Anexo 6. Escala de Evaluación de la Actividad Global	189
Anexo 7. Cierre de caso	190

## **RESUMEN.**

El presente estudio introduce la técnica de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos, como modelo de intervención terapéutico en el tratamiento del trastorno distímico a través del estudio de un caso, a una paciente diagnosticada con trastorno distímico, de 38 años de edad, de sexo femenino. El diagnóstico se obtuvo mediante la Escala Hospitalaria para Ansiedad y Depresión y se corroboró con el DSM-IV-TR. Entendiendo a la hipnoterapia como una técnica que provee al paciente de las herramientas necesarias para poder alcanzar objetivos y usando la metodología estratégica de la misma, la cual consiste en que el mismo paciente defina sus objetivos; se llevó a cabo el proceso hipnoterapéutico y al final del mismo se realizó una comparación de los resultados obtenidos en las pruebas diagnósticas aplicadas (pre y post test), donde se encontró que la hipnoterapia favoreció a la disminución de síntomas del trastorno distímico, permitiéndole al paciente realizar un cambio de percepción a nivel de pensamientos, sensaciones, emociones y comportamientos. Dichos cambios proporcionaron en la paciente, un mejor desarrollo y desempeño como persona mejorando su calidad de vida, de esta manera se corrobora que el tratamiento del trastorno distímico a través de la Hipnoterapia fue eficiente para reducir la presencia de sintomatología.

**Palabras clave:** hipnosis ericksoniana, hipnoterapia, trastorno distímico.

## **INTRODUCCIÓN.**

El estudio de los estados de ánimo en el ser humano no es una cuestión de actualidad, desde los tiempos de Hipócrates, en el siglo V A. C. en algunos de sus escritos ya aparece la palabra “melancolía” (la que hoy corresponde a depresión mayor) hecho que permitirá apreciar un excelente antecedente médico de la existencia antigua de los trastornos del estado de ánimo que desde entonces padece la humanidad.

A pesar de ese largo historial aún en nuestros tiempos los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia; siendo particularmente el trastorno distímico uno de los más frecuentes y paradójicamente el menos tratado pues es infra diagnosticado con la relatividad con la que se padece.

Respecto a la distimia, ésta se define etimológicamente “enfermedad del humor” y proviene del griego (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez, Villaseñor, 2005), para referirse a las alteraciones de las emociones. La utilización del término en su concepto actual se inició en los manuales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) a partir de este “humor perturbado”; y se caracteriza por que afecta la calidad de vida en forma crónica de quien la padece.

Ante esta problemática se propone como objetivo principal de esta investigación, el empleo de la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos, como una alternativa de intervención que ofrezca eficacia en el tratamiento, así como disminución en el tiempo común de recuperación del paciente y además una constancia en los resultados obtenidos.

Fundamentándose en la perspectiva científica que desde hace ya 200 años la hipnosis viene ostentando en su estudio y desde la perspectiva neurofisiológica, que la hipnosis como técnica amplia nuestra comprensión del funcionamiento en el cerebro humano.

El uso de la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos, pretende que el tratamiento sea integral, y que éste, se adecue tanto al paciente como a su padecimiento, donde el paciente reconozca su problemática y se trabaje en equipo para su pronta recuperación, mejorando su perspectiva a futuro, determinando las metas y los objetivos del tratamiento, en un tiempo breve que ofrezca soluciones tangibles, tal como lo hacía Milton Erickson enfocándose en provocar cambios en los entornos internos y externos del paciente y observar después sus respuestas a las intervenciones (Abia & Núñez, 2003). Y esas respuestas, darán la pauta para ir conformando la conducta y la experiencia del paciente de tal manera que éste sea encaminado al mejoramiento de la calidad de su vida.

La Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos ofrece un modelo de intervención de 15 sesiones, cuestión que para algunas personas es valioso contar con un tratamiento terapéutico que les permita reinsertarse a su vida cotidiana de inmediato.

Para lo cual se realizó la presente investigación, la cual consta de un marco teórico, en el que se abordan los temas del trastorno distímico y la hipnoterapia ericksoniana estratégica. Así mismo se presentan los aspectos metodológicos, los resultados, las conclusiones, las referencias y anexos a la misma.

## **JUSTIFICACIÓN.**

La distimia es considerada como una forma crónica de depresión, la cual se caracteriza por baja autoestima, desesperación, desesperanza, desánimo, pesadumbre y tristeza, estos síntomas se pueden acompañar por la falta de apetito o compulsión por comer, pérdida de energía o fatiga, baja concentración intelectual, insomnio o hipersomnia. Al igual que otros trastornos del estado del ánimo es más frecuente en mujeres que en hombres (Castañeda, 2006).

De acuerdo con Albrecht & Herrick (2007), la distimia sí produce mermas funcionales, afectando así el bienestar de la persona. El tratamiento del trastorno distímico se aborda de manera similar a una depresión mayor, las intervenciones terapéuticas pueden ser menos intensas, en función del nivel de deterioro funcional, la hospitalización no es necesaria para el trastorno distímico.

Dentro de los tratamientos médicos para el trastorno de la distimia se encuentran: la farmacoterapia y la terapia electro convulsiva. Entre los tratamientos psicológicos se encuentran la terapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia humanista, psicoanalítica, entre otras y como propuesta dentro de esta investigación se encuentra la hipnoterapia.

La hipnosis, puede ser considerada como una herramienta, con la cual se puede definir correctamente la personalidad y aprender cómo reacciona el cuerpo humano ante la presencia de diversos estímulos. Es por ello que, la tendencia de la hipnosis se centra en la comprensión científica del funcionamiento del cuerpo humano y de las fuerzas que influyen en él. Debido a lo anterior, la hipnosis puede ser usada dentro del marco terapéutico para

despertar aprendizajes adquiridos por el cuerpo humano, pero que la persona (paciente) en cuestión desconoce (Procter, 2002).

Para el terapeuta, la hipnosis es una de las técnicas más potentes y eficientes para ayudar al paciente a desbloquear sus rígidas percepciones disfuncionales de la realidad, que lo vinculan a reacciones patológicas (Nardone, Lorigo, Zeig, Watzlawick, 2008).

Concibiendo a la hipnosis como un instrumento para mejorarse a sí mismo y las capacidades propias (Nardone, Et. Al., 2008). En el Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, se trabaja con la hipnosis natural, durante la cual la persona permanece “despierta” y participando activamente en su propio proceso. Se propone que la hipnoterapia sea un proceso que se da entre dos seres humanos, con el fin de crecer conjuntamente, aprender a bien usar cualidades, defectos, cosas resueltas y cosas por resolver. Durante este proceso el terapeuta acompaña y cuida a la persona para que acceda a sus metas, aprovechando sus recursos y todo aquello que pueda surgir en el camino como herramientas para facilitar el cambio (Abia & Núñez, 2003).

En base a lo anterior, se realizó esta investigación con la finalidad de presentar la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos, como técnica terapéutica para abordar el trastorno distímico. Contribuyendo de esta manera con una alternativa de intervención para los trastornos afectivos así como cualquier trastorno psiquiátrico y/o psicológico. Por tratarse de una intervención breve, se evalúa la eficacia de la misma, debido a que se realizan cambios de percepción a nivel consciente e inconsciente por medio de la sugestión hipnótica.

## ANTECEDENTES.

De acuerdo con la OMS (2007), la depresión es un problema importante de salud pública mundial debido tanto a su prevalencia relativamente alta a lo largo de la vida como a la importante discapacidad que causa. En 2002, fue responsable del 4.5% de la carga mundial de morbilidad (expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad).

En cuanto a los antecedentes de la depresión y de la distimia en México, el Hospital General de México, realiza cada año su anuario estadístico, en el cual se incluyen los principales motivos de consulta. La depresión aparece dentro de los 10 principales motivos de consulta para el 2006, y la distimia se integra al siguiente año dentro del mismo rubro de la depresión. Las estadísticas otorgadas por el Hospital General de México del año 2006 al 2010 son los siguientes (tabla 1):

**Tabla 1. Estadística Anual del Hospital General de México, Motivo de consulta del 2006 al 2010.**

<b>Año</b>	<b>Lugar del motivo de consulta</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
2006	Depresión 8°	12,373	3,891	16,264	2.08
2007	Depresión y distimia 9°	10,411	3,438	13,849	1.83
2008	Depresión y distimia 11°	8,268	3,473	11,741	1.55
2009	Depresión y distimia 10°	8,162	2,929	11,111	1.50
2010	Depresión y distimia 10°	8,556	2,897	11,454	1.56

En el Anuario Estadístico del Hospital General de México (2011), en el período transcurrido de enero a diciembre del 2011, la depresión y la distimia se encuentran dentro de los 20 principales motivos de consulta, ocupando el noveno lugar (1.66%), teniendo 12,333 consultas, de las cuales 9,396

corresponden al género femenino y 2,937 al masculino. El número de personas atendidas por grupo de edad y sexo son los siguientes (tabla 2):

**Tabla 2. Estadística Anual del Hospital general de México, Porcentajes de la Depresión y Distimia de acuerdo por género y edad.**

<b>Edad</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
1 – 4	10	7
5 – 14	203	190
15 – 24	1,316	517
25 – 44	3,375	1,082
45 – 59	2,963	734
60 – 64	559	128
65 o +	970	279

Con los datos anteriores se deduce que la depresión ha sido una constante dentro de las enfermedades que prevalecen en la población mexicana, después del 2006, hubo una disminución en el número de personas que acudían a consulta por dicha enfermedad. En el 2007, la distimia se hace presente como un motivo de consulta, y el número que ocupaban la depresión y la distimia se mantiene entre el noveno y décimo lugar, aún cuando se va dando una disminución considerable de la población que acudió a consulta en el 2006. Es en el 2011, donde se incrementa el número de población mexicana que presenta depresión y distimia, ocupando el noveno lugar de consulta.

Es evidente la amplia diferencia entre ambos sexos, ya que las mujeres son más propensas que los hombres, en cuanto a la edad son las adolescentes junto con las mujeres de edad productiva (entre 25 a 44 años) y mediana edad (entre 45 a 59 años) quienes acuden a consulta. Otro dato importante a destacar es que los varones en edad productiva (entre 25 a 44 años), son

quienes presentan un número significativo al acudir a consulta por depresión o distimia.

Dentro de las investigaciones que se han realizado del trastorno distímico, se encuentra que se han enfocado a adolescentes y a una población adulta. Dichas investigaciones tienen como objetivo el estudio de la población que padece distimia, así como las causas del trastorno distímico, algunas de ellas se describen a continuación:

Hayden & Klein (2001), realizaron una investigación durante cinco años con 86 pacientes ambulatorios con trastorno distímico, en inicio temprano antes de los 21 años. Los resultados encontrados fueron los siguientes: las personas con trastorno distímico con menor tasa de recuperación era asociada a una comorbilidad con trastorno de ansiedad y con rasgos depresivos de personalidad; la historias familiares de las personas con trastorno distímico se caracterizaban por malas relaciones infantiles con la madre y/o padre, abuso sexual en la infancia; las personas con el nivel de depresión elevado durante el seguimientos mostraban una historia de trastornos alimenticios así como estrés crónico. Concluyeron que para el estudio e intervención del trastorno distímico es necesario realizar una evaluación multiaxial, en donde se tome en cuenta la historia familiar, la comorbilidad en el Eje I y II.

Klein, Shankman & Rose (2006), realizaron un estudio de diez años de seguimiento a 97 adultos con trastorno distímico de inicio temprano y 45 adultos con trastorno depresivo mayor. La finalidad era describir el curso de 10 años y el resultado del trastorno distímico. Se encontró que la tasa de recuperación fue de 73.9%, con un tiempo de recuperación de 52 meses para el trastorno distímico. Concluyeron que el trastorno distímico tiene un curso prolongado y se

asocia con un alto riesgo de recaída, debido a que el porcentaje de recaída es de 71.4%.

En México, las investigaciones realizadas se enfocan al estudio de la depresión, sin embargo, la distimia puede estar presente dentro de muchas investigaciones relacionadas con la depresión o la ansiedad, pero es dentro del diagnóstico donde se encuentra la limitación para estudiar el trastorno distímico. Las investigaciones que relacionan el estudio de la depresión y la distimia se presentan a continuación:

Caraveo, Colmenares & Saldívar (1999), trabajaron bajo el objetivo de estimar la prevalencia de los episodios depresivos y de la distimia, según el CIE-10, durante la vida y en los últimos 12 meses de la población adulta de 18 a 65 años, de la ciudad de México. Por medio de encuestas en los hogares, se obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia de los trastornos depresivos durante la vida de la población adulta de 18 a 65 años, de la ciudad de México, es de 12%. La recurrencia es de un 59%, debido a que las personas reportaron haber tenido más de un episodio depresivo.

Medina, Borges, Lara, Benjeto, Blanco, Fleiz, Et. Al. (2003), realizaron una investigación de acuerdo con la iniciativa del 2000, de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental. El 54% de la muestra fueron mujeres, 40% tenían entre 18 y 29 años y 68% tuvo únicamente estudios primarios. Dentro de los resultados de la prevalencia de trastornos psiquiátricos los más frecuentes fueron los de ansiedad 14.3%, trastornos de uso de sustancias 9.2% y los trastornos afectivos 9.1%. En lo que se refiere a los resultados por zona geográfica, la región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos en la vida 36.7%, así mismo muestra la prevalencia más

elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días 2.5%; la región conformada por las tres áreas metropolitanas presenta la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad 3.4%.

Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano & Jiménez, (2010), presentaron un trabajo en el cual buscaron determinar y comparar la frecuencia del maltrato físico en la infancia en mujeres con trastorno depresivo mayor y trastorno distímico en un centro comunitario de salud mental. Se estudiaron mujeres de 18 a 65 años, alfabetas, se les evaluó con la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica y respondieron el Inventario de Depresión de Beck. Participaron 80 mujeres, 42 con trastorno depresivo mayor y 38 con trastorno distímico. Como resultados se encontró que el 75% y 72% respectivamente, reportaron una historia positiva de maltrato físico.

Vargas & Pacheco (2011), evaluaron los niveles de depresión con 10 mujeres que perdieron su embarazo por óbito o muerte fetal. Los resultados generales mostraron que el 70% de ellas presentaban datos de depresión, 40% con distimia y 30% con una reacción depresiva de mediana intensidad, ninguna presentó depresión mayor. Concluyeron su investigación con recomendaciones para superar el trastorno.

Las investigaciones realizadas dentro de la ciudad de Morelia, se orientan al estudio de la depresión más que al estudio del trastorno distímico. Dentro de ellas se encuentran las siguientes:

Manzo (2002), estudió la motivación al logro en la adolescencia y su relación con la depresión en alumnos de preparatoria. La muestra estuvo comprendida

por 175 alumnos, siendo 107 mujeres y 68 hombres. Los resultados de la Escala Multidimensional de la motivación al Logro, fueron: el 5.7% poseen baja motivación, el 6.5% son mujeres y el 2.9% hombres. El 93.7% presentó una motivación al logro alta, el 93.7% son mujeres y el 95.6% hombres. Para la Escala de Medición de la Depresión de Zung, los resultados son: 62.8% mostraron una normalidad sin patología, el 68.2% mujeres y el 31.8% hombres; para la depresión mínima se detectó el 24%, el 54.76% eran mujeres y el 45.24% hombres; de la depresión moderada se encontró un 10.3%, de los cuales el 50% fue equivalente para ambos casos, finalmente, en la depresión severa se detectó el 2.8%, el 80% fueron mujeres y el 20% hombres.

Manzo, M.C., Madrigal, L., Avalos, S., Castañeda, J., León, G., Magaña, L., Et. Al. (2006), realizaron una investigación acerca de las causas de la depresión en la población atendida en el Centro de Atención Psicológica Santa Fe. La muestra estuvo comprendida por 302 personas, se agruparon en tres grupos: adultos 65.23%, adolescentes 25.50% y niños 9.27%. Los casos registrados con depresión en la población adulta tienen una edad promedio de 40.6 años; para la población infantil fueron 77 casos registrados con un diagnóstico de depresión con una media de 9 años de edad; finalmente en la población adolescente se registraron 28 casos con diagnóstico depresivo. Dentro de los resultados obtenidos para los desencadenantes psicosociales de la depresión se encontró: pérdidas importantes 42.65%, en cuanto al rechazo y desprecio se encontró un 43.47%, y en lo que se refiere a los trastornos de los padres se tuvo un porcentaje de 13.87%, y para las causas genéticas el 3.30%.

Soto (2008), realizó un estudio con estudiantes de nivel preparatoria para identificar el nivel de depresión que pudieran presentar, se realizó un estudio comparativo con dos generaciones 2004 y 2006. La generación 2004, estuvo integrada por 64 alumnos, 34 mujeres y 30 hombres. Mientras que la

generación 2006, constó de 64 adolescentes, de los cuales 35 son mujeres y 29 hombres. Los resultados fueron los siguientes: la generación 2004 presentó un 73.4% en comparación con la generación 2006, al cual presentó un 70.3% de un estado normal de ánimo; para la presencia de depresión mínima o ligera, la generación 2004 presentó un 18.8%, mientras que en la generación 2006 se encontró un 23.4%; para el nivel de depresión moderada o marcada, la generación 2004 obtuvo 6.3% y la generación 2006 un 4.7%; para la depresión severa o marcada, para ambas generación se observó un resultado de 1.6%.

Las investigaciones relacionadas con la hipnosis ericksoniana se han enfocado a estudiar la eficacia de ésta en pacientes con alguna problemática física y/o emocional, a continuación se presentan algunas de ellas:

Besteiro & García (2000), realizaron un estudio con 21 pacientes, con una edad media de 32.95 años, todos con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor de acuerdo con el DSM-IV. Se dividieron de acuerdo con su nivel de sugestionabilidad: 8 estuvieron en el grupo de hipnosis más terapia cognitivo conductual; 5 en el grupo de relajación y terapia cognitivo conductual; y el tercer grupo de la terapia cognitivo conductual aislada, formada por 8 participantes. Se trabajaron 12 sesiones con una duración de 45 minutos. Los resultados mostraron que la terapia cognitivo conductual es más efectiva cuando se utiliza de forma conjunta con la hipnosis. Concluyeron mencionando que los pacientes más sugestionables, los cuales fueron sometidos a hipnosis, obtuvieron una puntuación más baja en la Escala de Ansiedad, Neurosis Depresiva, Depresión Mayor, Pensamiento Psicótico del test de Millon que los otros pacientes.

Pinto & Montoya (2010), realizaron una investigación en pacientes con quemaduras de segundo grado. Se realizó el estudio con cinco pacientes, las

edades comprendían desde los 18 hasta los 55 años. La forma como se trabajó fue mediante entrevista semidirigida, se utilizó hipnosis y autohipnosis para el control del dolor, la Escala Visual Analógica del dolor, Escala Verbal – Auditiva. Los resultados presentados son distintos en cada paciente, sin embargo, todos presentaron una disminución del dolor crónico, de una escala de 10 (máximo de dolor), a través de las sesiones fueron reduciendo a 6, 5, 4 de la escala de dolor. Los autores concluyeron que la hipnosis fue eficaz en la reducción del dolor en pacientes con quemaduras de segundo grado profundo, reduciendo su dolor en un promedio de tres puntos en relación al estado anterior a la práctica de la hipnosis y autohipnosis.

En México, las investigaciones realizadas con hipnoterapia ericksoniana se enfocan en el aspecto terapéutico, algunas de ellas son las siguientes:

Álvarez, Negreros, Nuño, Álvarez & Alcocer (2007), realizaron una investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde trabajaron con 43 mujeres con síndrome de fibromialgia con una edad promedio de 44 años, se dividieron en dos grupos asignadas aleatoriamente, 20 mujeres con hipnosis ericksoniana y 23 mujeres con hipnosis simulada, todas ellas en sesiones durante seis meses. Mensualmente se realizaron evaluaciones globales de la enfermedad, utilizando el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia. Dentro de los resultados se encontró que el grupo de mujeres donde se utilizó la hipnosis ericksoniana redujeron el número de puntos dolorosos.

En el Instituto Milton H. Erickson de la ciudad de México se realizan constantemente diplomados de formación para hipnoterapeutas, dentro de cada diplomado los alumnos atienden pacientes, por lo que algunos resultados de dichas investigaciones realizadas por el Instituto se muestran a continuación:

Abia & Núñez (2012), en la Cd. de México, reportan la supervisión de 12 alumnos, los cuales atendieron a 10 familias y 2 parejas, en la Cd. de Aguascalientes en el 2006. El hipnotratamiento se orientó hacia el tratamiento de la violencia familiar. Se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar Mc Master, donde se obtuvieron los siguientes resultados promedio: en involucramiento afectivo funcional al inicio 57.2% y la final aumentó a 80.8%, habiendo una mejoría de 23.6 puntos; en los patrones de comunicación funcionales al inicio 54.7% y al final 76.7%; en el aspecto de resolución de problemas al iniciar se tenía un 55.8% y al termino 68.9%; para los patrones de control de conducta se obtuvo un 53.7% al inicio y 67.9% al finalizar; el involucramiento afectivo disfuncional al inicio con 60.8% y disminuyó a 47.3%; para los patrones de comunicación disfuncionales se inició con 60.4% y al final 54.4%.

Abia & Núñez (2012), reportan que fueron atendidos 9 pacientes quienes recibieron 15 sesiones individuales. Se trabajó con 6 niños y 3 adolescentes, siendo 4 varones y 5 mujeres, con una edad promedio de 10 años, la edad máxima de 14 y la mínima de 7 años. Los autores concluyeron que se pudo observar una mejoría importante en los pacientes atendidos de acuerdo a las escalas pre-test y post-test, se consiguió un 78.80% de avance en los objetivos planteados por los padre o tutores de los niños y adolescentes, así mismo los terapeutas percibieron una mejoría del 81.67%, cuestión que les permitió demostrar una coherencia entre lo que percibió el paciente de sus propios resultados conseguidos y los que observó el terapeuta.

Así mismo, Abia & Núñez (2012), reportan el tratamiento a 7 pacientes que recibieron 15 sesiones individuales de hipnoterapia. El pre-test de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión presentó un promedio de 10.29 de ansiedad y para depresión 6.71. Al inicio del hipnotratamiento los pacientes evaluaron sus objetivos, siendo evaluados con un promedio de 4/10. Dentro de

la EEAG, al inicio de la hipnoterapia los terapeutas calificaron en un rango promedio de 61.57/100. Los resultados del post-test de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, un promedio de 5.14 para ansiedad y un promedio de 2.57 para depresión, por lo que se observó una disminución en ambos casos. Los resultados finales de los objetivos de terapia obtuvieron un promedio de 7.80/10. Los resultados después del hipnotratamiento para la EEAG, los terapeutas calificaron con un promedio de 81.29/100.

También reportan la supervisión de 15 alumnos, quienes presentaron los casos; en total se atendieron 48 pacientes, con un máximo de 13 sesiones y un mínimo de 3 sesiones. Fueron 15 grupos con 3 participantes promedio, máximo 5 y mínimo 2. Al inicio de la hipnoterapia los resultados para la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión fue de un promedio de 9.04 de ansiedad, y 5.8 para depresión, al final del hipnotratamiento se presentó una disminución siendo un promedio de 5.33 para ansiedad y un 2.9 para el nivel de depresión. Para la Escala de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia, se evaluaron antes del hipnotratamiento dentro de una escala de 10 (objetivo alcanzado) y 1 (objetivo no alcanzado), obteniendo un promedio de 3.57/10 y al final de la hipnoterapia se obtuvo un promedio de 7.28/10.

Las investigaciones realizadas con hipnoterapia ericksoniana en la ciudad de Morelia son pocas, se cuentan con los datos no publicados, obtenidos del Diplomado en Hipnosis Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos llevado a cabo en esta ciudad del 2010 al 2011, impartido por el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, los resultados se presentan a continuación:

Se reporta la atención a 12 pacientes, cada uno por un alumno supervisado durante el diplomado. Los diagnósticos obtenidos fueron: 3 con trastorno

distímico, 2 trastorno ansiedad generalizada, de los cuales 3 con ideación suicida; 1 trastorno psicosocial y ambiental, 1 trastorno obsesivo compulsivo, y 1 trastorno de la personalidad por dependencia. Previo al inicio del hipnotratamiento se realizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, se obtuvo un promedio de 12.4 para ansiedad y 8.2 para depresión. Los resultados del post test para esta escala fueron los siguientes: 6.6 para ansiedad y 2.8 para depresión. Para la evaluación de los alcances de los objetivos de terapia, los resultados fueron: 2.7/10 para el pre test y 7.3/10 para el post test.

En cuanto a reportes de investigación documentados y publicados son pocos, debido a esta situación como antecedente se reporta lo que el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México realiza a través de sus diplomados.

Se puede observar que la tendencia a la investigación oscila entre el trastorno depresivo y el uso de la hipnoterapia como técnica para evaluar su eficacia ante diversos síntomas. Por lo anterior, esta investigación propone como tema de estudio a la hipnosis ericksoniana estratégica como alternativa en el tratamiento del trastorno distímico.

De ahí surge la necesidad de presentar a la hipnoterapia ericksoniana estratégica como una propuesta diferente en el ámbito psicoterapéutico para poder dar a conocer una técnica de intervención que resuelva las necesidades que se van presentando en la actualidad, como lo es el trastorno distímico.

# **1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.**

## **1.1 OBJETIVOS.**

### **1.1.1 OBJETIVO GENERAL.**

Analizar el proceso terapéutico con Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica como una alternativa de intervención para el tratamiento del trastorno distímico.

### **1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- 1) Determinar el diagnóstico clínico del paciente al inicio del tratamiento.
- 2) Identificar los objetivos terapéuticos del paciente.
- 3) Establecer el diseño de la estrategia de intervención a seguir en el caso.
- 4) Aplicar la estrategia de tratamiento y verificar los resultados obtenidos.
- 5) Aplicar el pre y post test de los objetivos del paciente, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, y la Escala de la Evaluación Global de la Actividad.
- 6) Evaluar el estado anímico del paciente posterior al tratamiento aplicado, de acuerdo a los objetivos terapéuticos alcanzados.
- 7) Dar seguimiento al caso y consolidar el tratamiento.
- 8) Evaluar la eficacia del hipnotratamiento a partir de los resultados en el pre y post test de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, y la Escala de la Evaluación Global de la Actividad.

## **2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

La distimia es un trastorno afectivo que incluye síntomas crónicos, que impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos mayores en algún momento de su vida, dificultando la convivencia social, deteriorando la vida laboral, escolar y en consecuencia el entorno familiar.

La depresión y la distimia son síndromes con alto índice de prevalencia en la consulta diaria, y de acuerdo al DSM-IV-TR (2005) se considera actualmente que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general, uno padece distimia.

Particularmente se propone que el universo de trabajo de esta investigación sea el estudio de un caso clínico, centrando el proceso de investigación en entender un fenómeno específico dentro de su contexto de la vida real, que por lo general comprende múltiples fuentes de información. Y se plantea el uso de la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos, como una técnica alternativa de tratamiento para la distimia.

Por lo anterior, el problema de investigación es el siguiente:

¿Cómo es la eficacia de la hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos, como una alternativa de intervención terapéutica eficaz en el tratamiento del trastorno distímico?

### **3. SUPUESTOS.**

- a) La Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos es una técnica con la que se puede intervenir eficazmente en el tratamiento del trastorno distímico.
- b) La Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos no es una técnica con la que se puede intervenir en el tratamiento del trastorno distímico.
- c) La Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos es una técnica de intervención con la que se puede reducir el tiempo de tratamiento en el trastorno distímico.
- d) La Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos es una técnica de intervención que puede mantener los resultados deseados a largo plazo.
- e) La Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos es una técnica de intervención que puede mejorar la calidad de vida del paciente.

### **4. EJES TEMÁTICOS Y CATEGORÍAS.**

#### **Eje 1. Trastorno distímico.**

- a) Diagnóstico.

#### **Eje 2. Hipnoterapia Ericksoniana.**

- a) Fases del tratamiento.
- b) Eficacia del tratamiento.

## **IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.**

El objetivo principal de esta investigación consiste en validar a la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos, como una alternativa terapéutica para el tratamiento del trastorno distímico, así como para cualquier otro trastorno relacionado con el estado del ánimo.

Nardone, Et. Al. (2008), menciona que la hipnosis ericksoniana introdujo modificaciones sustanciales en el mundo de la psicoterapia, debido a su versatilidad y a la inmediatez con la que se obtenía la respuesta deseada, con lo anterior se reforzó el movimiento de las psicoterapias breves, esto fue posible a través de la mentalidad estratégica en la elección de la forma de tratamiento más adecuada para cada paciente singular. Se trataba de una forma de psicoterapia ágil, breve y eficaz, donde el número de sesiones, su frecuencia y su duración pueden variar de acuerdo con las necesidades del paciente.

Partiendo de la necesidad actual, las personas que presentan síntomas o son diagnosticadas con distimia, pueden acceder a un tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico que en su mayoría es de larga duración y costoso. La hipnoterapia ericksoniana estratégica, como psicoterapia breve, ofrece un menor número de sesiones obteniendo resultados eficaces en un período de tiempo corto que pueda facilitarle al paciente la reinserción a su vida familiar, laboral y social.

La presente investigación aportará un tratamiento terapéutico fundamentado en la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos, para el trastorno distímico.

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.**

### **1. DISTIMIA.**

#### **1.1. DEFINICIÓN DE DISTIMIA.**

La definición de distimia es poco conocida socioculturalmente, debido a que cuando se hace referencia a algún trastorno del estado de ánimo se identifica en primer lugar a la depresión, ya sea leve o moderada, por ser el trastorno más común y posteriormente a los demás trastornos, siendo quizás, el trastorno bipolar uno de los trastornos del estado de ánimo más nombrado. No obstante, el trastorno distímico (distimia), mantiene una prevalencia como antecesor a algún trastorno del estado de ánimo grave, como la depresión mayor, de allí la importancia de su estudio, por lo que a continuación se presentan algunas definiciones de lo qué es la distimia y en qué consiste.

La palabra distimia deriva del griego “distimia” que significa estado de ánimo defectuoso o enfermo y fue introducido en 1980 (Baena, Et. Al. 2005).

Galimberti (2006), define a la distimia como la alteración del tono del humor tanto en el sentido de una excitación inmotivada como de una profunda tristeza.

Baena, Et. Al. (2005), describe a la distimia como un trastorno crónico caracterizado por un estado de ánimo deprimido o irritable que se mantiene durante la mayor parte del día y la mayoría de los días que no es

suficientemente grave como para cumplir los criterios de otros episodios depresivos.

Durand & Barlow (2007), menciona que “el trastorno distímico se define como un estado de ánimo persistentemente deprimido que continúa por al menos dos años, durante los cuales el paciente no puede estar libre de los síntomas por más de dos meses seguidos” (p. 212).

Como se puede apreciar, el trastorno distímico comparte síntomas con algunos trastornos depresivos, sin embargo, se debe dar importancia a los síntomas específicos de la distimia, como lo son la prevalencia de por lo menos dos años, en donde la persona presenta un estado de ánimo deprimido, esto hace que la distimia se caracterice por ser un trastorno crónico, el cual en ocasiones pasa desapercibido o se le confunde con una depresión grave.

## **1.2. BREVE HISTORIA DEL TRASTORNO DEL ÁNIMO.**

En el siglo IV A. de C. Hipócrates utiliza el término de melancolía y la clasifica como uno de los cuatro tipos principales de enfermedad psiquiátrica, junto con la manía, el delirio y la paranoia. En el siglo II A. de C. Arateo relaciona a la melancolía con la manía, diciendo que ambas eran partes de una misma enfermedad, por su parte Galeno reforzó la teoría de que dicha enfermedad se debía a trastornos en los humores del cuerpo, esta idea prevaleció en toda la edad media. En la antigüedad manía y melancolía tenían significados diferentes a los actuales. Durante la época clásica, manía era un término utilizado para denominar a la locura, se caracterizaba por la presencia de ira, agresión, excitación y pérdida de control (Luque & Berrios, 2011).

En el Renacimiento esta idea fue modificada debido a que se presentó una epidemia de melancolía, por lo que se asoció la enfermedad con una constitución genética llamada melancólica aunados a trastornos humorales y efectos planetarios (Abia & Núñez, 2003).

Burten (citado por Manzo & Madrigal, 2006), médico inglés, es quien menciona en “El Tratado de la Anatomía de la Melancolía”, a la tristeza como un síntoma de la melancolía, incluyendo dentro de ésta las obsesiones, los delirios, la conducta suicida y las quejas hipocondríacas, proponiendo de esta manera un primer diagnóstico diferencial de los estados depresivos.

Luque & Berrios, (2011) presentan los siguientes antecedentes históricos de los trastornos del estado de ánimo mencionando a Regis, quien publicó una clasificación en su primera edición del “Manuel de Psychiatrie”, mencionando a la depresión dentro del grupo de los trastornos de la actividad general y la define como “la reacción dolorosa pasiva o activa, que traduce el malestar psíquico de la melancolía. La reacción dolorosa pasiva (depresión propiamente dicha) consiste en una actitud triste con disminución de la actividad general, que puede llegar, hasta su suspensión” (p.136).

Hacia finales del siglo XIX, el término depresión era sinónimo de melancolía, y se definía como una enfermedad caracterizada por el abatimiento del ánimo, la falta de valor o iniciativa así como la tendencia a los pensamientos tristes.

Savage (citado por Luque & Berrios, 2011), en su Manual, definió a la melancolía como: “un estado de depresión mental, en el cual la tristeza es desproporcionada tanto en relación con su causa aparente como en la peculiar

forma que adopta. El dolor mental depende de cambios físicos y corporales y no directamente del ambiente” (p.136).

A lo largo de la historia las nociones que se tenían de manía y melancolía, se fueron transformando en los nuevos conceptos de manía y depresión. Este proceso terminó con una integración de todos los estados afectivos en la locura maniaco-depresiva de Kraepelin.

Kraepelin (citado por Manzo, Et. Al. 2006), se refirió a los estados depresivos como una categoría genérica bajo la que incluía la melancolía simple, el estupor, la melancolía gravis, la melancolía paranoide, la melancolía fantástica y la melancolía delirante. Estos conceptos son retomados por los estudios psiquiátricos de los años treinta, y ayudándose de la genética se considera al síndrome depresivo como parte de la psicosis maniaco depresiva, pese a que los síntomas fueran leves.

En lo que se refiere al término de distimia, surge como resultado de siglos de intentos por definir y describir a los estados de ánimo. El significado de la palabra distimia se conoce después de 1800 cuando Flemming introduce una clasificación para las distimias.

Flemming (citado por Luque & Berrios, 2011), fue el primer psiquiatra que reutilizó la palabra antigua distimia, sin embargo, Stark (citado por Luque & Berrios, 2011), patólogo alemán, la usó previamente para denominar las enfermedades del ánimo y así poder distinguirlas de los trastornos de la voluntad y del intelecto. Flemming, distinguió las distimias de las enfermedades del intelecto. Dentro de las distimias separó varias formas clínicas, por un lado

alegre y jovial, y por el otro triste y pesimista. Consecutivamente, Kahlbaum (citado por Luque & Berrios, 2011), utilizó el término distimia incluyendo sobre éste ideas de melancolía y la manía. En 1863 Kahlbaum publicó un libro fundamental acerca de la clasificación psiquiátrica, donde propuso incorporar la variable “tiempo” en la definición de enfermedad mental.

Posteriormente, Kahlbaum (citado por Luque & Berrios, 2011), publicó un trabajo que contiene la descripción de los cuatro fundamentos sobre los que se reorganizó la nosología psiquiátrica europea:

Curso de la enfermedad, extensión de las funciones psíquicas implicadas, relación entre el comienzo de la enfermedad y el período biológico vital y la supuesta etiología (primaria o secundaria). En esta clasificación destacó la distimia como trastorno primario y predominantemente afectivo (p. 139).

Para 1968, aparecen dentro de los criterios del DSM-II, los conceptos de depresión leve, no psicótica, no endógena o caracterológica resultante de conflictos no resueltos, debido a que se tomaron en cuenta los aspectos del carácter o personalidad depresiva como resultante de trastornos del desarrollo emocional o de neurosis infantiles ligadas a conflictos con las figuras paternas.

Akiskal (citado por Chappa, 2003), realizó investigación en la University of Tennessee Mood Clinic, estudiando a cien pacientes con diagnóstico de depresión neurótica para observar su evolución. En las descripciones

observadas se encontraban las características negativas: depresión sin ideas delirantes ni alucinaciones, ausencia de síntomas vegetativos, no endógena, sin curso autónomo. El estudio de la evolución de estos pacientes, presentó un alto porcentaje que aquellos que habían sido diagnosticados y tratados como depresivos neuróticos presentaban posteriormente trastornos afectivos unipolares o bipolares. El resultado final concordó con los obtenidos de otros investigadores, en el sentido de que el término de depresión neurótica no parecía señalar una entidad nosológica definida ni permitía predecir la respuesta al tratamiento.

A lo largo de la historia las relaciones entre temperamento, personalidad y trastorno psíquico han tenido diferentes connotaciones, para algunos autores conforman predisposiciones o manifestaciones subclínicas de la enfermedad. Para Kraepelin (citado por Chappa, 2003), el temperamento depresivo predispone a la psicosis maníaco-depresiva, sin embargo, para Schneider la psicopatología depresiva era como un spectrum de normalidad, variable con los ciclos de la vida y no estaba relacionada con la psicosis maníaco-depresiva.

Yerevanian y Akiskal (citado por Chappa, 2003), encontraron que la estabilidad e inestabilidad de la personalidad previa parece estar relacionada con la edad de comienzo. Mencionaban que en las depresiones de los adultos hay una tendencia mayor a la estabilidad de la personalidad previa, mientras que en los cuadros crónicos de los jóvenes, se presenta una caracteropatía con inestabilidad, siendo definida como inmadurez, impulsividad y mala tolerancia a la frustración.

Posteriormente, Yerevanian y Akiskal (citado por Chappa, 2003), formularon una hipótesis respecto a la respuesta hipomaníaca a los antidepresivos

tricíclicos que tendría que resultar positiva en el subgrupo vinculado a los trastornos de los afectos. Se separaron a 20 pacientes con respuesta positiva y 45 con respuesta negativa, se trataron de acuerdo con un programa en el cual los casos refractarios debían recibir series de antidepresivos noradrenérgicos (desipramina o nortriptilina) o serotoninérgicos (amitriptilina o doxepina) en un diseño cruzado. La mayor significación se encontró en la respuesta hipomaníaca a los psicofármacos antidepresivos. El grupo de pacientes con respuesta farmacológica positiva a los tricíclicos, mostraban antecedentes familiares de trastornos afectivos y mostraban, en un alto porcentaje, reacción hipomaníaca en los primeros días de tratamiento farmacológico.

Debido a lo anterior, ambos autores propusieron llamar distimia subafectiva al grupo con respuesta positiva a los antidepresivos tricíclicos y reservaron el término caracterológico para quien no la presentaba. Dentro del grupo de los distímicos, presentaban el comienzo de sus padecimientos en la adolescencia y en la infancia, y se podían rastrear episodios definidos de perturbación emocional que de algún modo marcaban el comienzo de sus problemas. Los pacientes del grupo caracterológico presentaban un comienzo vago e indefinido, las remisiones eran casi desconocidas para estos pacientes. Se encontró que los distímicos subafectivos tenían una incidencia mayor de trastornos del sueño con predominio de la hipersomnia sobre el insomnio.

Los autores concluyeron que: “la depresión neurótica, término con el que el DSM-II engloba un amplio territorio que cubre las perturbaciones del carácter, neuróticas y depresivas, es una entidad muy vaga y heterogénea como para que resulte un diagnóstico útil a los fines clínicos” (Chappa, 2003, p.18).

Yerevanian y Akiskal (citado por Chappa, 2003), realizaron una propuesta de dividir las depresiones crónicas en cuatro grupos:

1. Neurosis afectivas: o también llamadas depresiones atípicas son en las que la disforia es paralela al curso de una neurosis con síntomas ansioso-fóbicos, obsesivos y aun histéricos.
2. Depresiones crónicas secundarias a enfermedades clínicas o quirúrgicas discapacitantes crónicas.
3. Depresiones crónicas secundarias a uno o más episodios depresivos mayores que no remitieron o lo hicieron en forma incompleta.
4. Depresiones caracterológicas, las cuales se originan en la adolescencia o en la infancia tardía y que no pueden explicarse por las tres condiciones anteriores. Este grupo se subdivide en dos tipos:
  - a) Trastorno caracterológico: se encuentra con frecuencia en familias inestables, más común en mujeres, a menudo complicado con abuso de alcohol y drogas, con respuesta mínima a los psicofármacos y a psicoterapia y con un pronóstico social poco favorable.
  - b) Trastorno subafectivo o distimia: se encuentra en familias con trastornos afectivos primarios, afecta a individuos obsesivos e introvertidos, suelen sufrir episodios depresivos mayores, responden favorablemente a los tricíclicos y muestran un acortamiento de la latencia REM del tipo de los trastornos afectivos primarios. Tienen además un mejor pronóstico social.

De esta manera nace la distimia, la influencia de los estudios de Akiskal fue decisiva para que la distimia formara parte del grupo de los trastornos del ánimo en el DSM-III, la cual todavía conservó entre paréntesis la denominación neurosis depresiva como sinónimo (Chappa, 2003).

Bajo la influencia de los nuevos descubrimientos en el DSM-III, la depresión crónica que ahora se conoce con el término "trastorno distímico", reemplaza la "depresión neurótica" que apareció en el DSM-II, y se incluye en el capítulo de los trastornos afectivos. A pesar del modelo descriptivo llamado "a teórico", de acuerdo a la etiología (operacionalizados), esta posición marca la salida del campo de los trastornos de depresiones crónicas de carácter y personalidad. A pesar de esto la evolución de la distimia, también abarca una amplia variedad de entidades, tales como depresiones crónicas con disforia residual primaria, secundaria crónica y depresiones caracterológicas, como lo son el trastorno de la personalidad y el trastorno distímico en sí mismo (Spanemberg & Juruena, 2004).

En el DSM-III se había modificado el concepto previo de depresión neurótica como trastorno vinculado a la personalidad, sin embargo, no llegaba a esclarecer el vínculo que la ligaba a las depresiones unipolares, por lo que se explicitó lo siguiente: el trastorno distímico debe considerarse un diagnóstico alternativo de la depresión mayor cuando la depresión mayor esté en remisión parcial durante un período de dos años (Chappa, 2003, p.19).

A partir del DSM-III-R aparecen la ciclotimia y la distimia, clasificadas como trastornos afectivos, en donde se resaltó que la distimia no constituye una condición residual del episodio depresivo mayor sino que es un trastorno primario en el cual la psicopatología concurrente del carácter no tiene connotación etiológica y es compatible con un funcionamiento social estable. Se

considera como rasgo esencial una alteración crónica del estado de ánimo con depresión o anhedonia (Chappa, 2003).

### **1.2.1. CAUSAS DEL TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO.**

Morrison (2008), describe que un “trastorno del estado de ánimo es un patrón de enfermedad debido a un estado de ánimo anormal. Por estado de ánimo se entiende una emoción sostenida que da color a la manera como vemos la vida” (p.205).

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Normalmente las personas experimentan distintos estados de ánimo y de expresiones afectivas. La gente llega a sentir que tiene cierto control sobre su estado de ánimo. En los trastornos de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general. El rasgo esencial de los trastornos de ánimo es reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Estos se dividen en dos grupos, trastornos bipolares y trastornos depresivos (Baena, Et. Al. 2005).

La clasificación del trastorno del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. El término humor indica un estado emocional que puede afectar a todos los aspectos de la vida del individuo. Los síndromes se caracterizan por humor elevado o deprimido de manera patológica, y deben considerarse existentes en continuidad con el humor normal.

A continuación se describirán las contribuciones biológicas, psicológicas y socioculturales al desarrollo de los trastornos del estado de ánimo.

### **1.2.2. DIMENSIONES BIOLÓGICAS.**

Durand & Barlow (2007) presentan las dimensiones biológicas de los trastornos del estado del ánimo a través de los descubrimientos encontrados en investigaciones realizadas a grupos de gemelos, así como investigaciones centradas en los genes para estudiar la influencia de la herencia en la presencia de trastornos afectivos.

Existen estudios realizados con gemelos, los cuales muestran evidencia entre los genes y los trastornos del estado de ánimo. En donde se menciona que un gemelo idéntico tiene de dos a tres veces mayor probabilidad de presentar un trastorno del estado de ánimo que un gemelo fraterno en dado caso de que el primer gemelo presente un trastorno del estado de ánimo. Los resultados que se obtuvieron en dichos estudios fueron los siguientes: 59% de los gemelos idénticos y 30% de los gemelos fraternos, esto se presentaba si un gemelo tenía depresión severa (definida como tres o más episodios depresivos mayores); si el gemelo presentó menos de tres episodios, la tasa de concordancia disminuyó a 33% en gemelos idénticos y 14% en gemelos fraternos. Esto significa que los trastornos del estado de ánimo graves tienen una contribución genética más fuerte que los trastornos menos graves.

Aunque los hallazgos encontrados hacen que surjan interrogantes continuas acerca de las contribuciones relativas de los factores psicológicos y genéticos a los trastornos del estado de ánimo, las pruebas indican que dichos trastornos

son familiares y que con cierta certeza reflejan una vulnerabilidad genética, en particular con las mujeres. Los estimados de las contribuciones genéticas a la depresión son aproximadamente 40% para las mujeres y en los hombres es menor.

Se presenta una tendencia creciente a examinar la heredabilidad de grupos relacionados de trastornos, ya que existen pruebas que sustentan la posibilidad de una estrecha relación entre la depresión, ansiedad, el pánico así como otros trastornos emocionales. Los datos encontrados en estudios de familias apuntan a que entre más signos y síntomas de ansiedad y depresión presentados en un paciente, mayor será el índice de ansiedad o depresión, o ambas, en los parientes de primer grado y en los hijos. Las explicaciones sociales y psicológicas en lugar de los genes parecen responder de los factores que diferencian la ansiedad de la depresión. Por ende, estos hallazgos sugieren que la vulnerabilidad biológica a los trastornos del estado de ánimo tal vez no sea específica al trastorno, sino más bien que se esté reflejando una predisposición más general a los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo.

#### **1.2.2.1. SISTEMAS DE NEUROTRANSMISORES.**

Los trastornos del estado de ánimo han sido estudiados por la neurobiología, sin embargo, nuevos hallazgos describen la relación de ciertos nuevos neurotransmisores y neurohormonas con los trastornos del estado de ánimo, los cuales aparecen casi cada mes. Las investigaciones mencionan la asociación de bajos niveles de serotonina en la etología de los trastornos del estado de ánimo, pero sólo en relación con otros neurotransmisores, incluida la norepinefrina y la dopamina. La función principal de la serotonina es regular nuestras reacciones emocionales, esto significa que como seres humanos

somos más impulsivos y nuestros estados de ánimo varían considerablemente, cuando nuestros niveles de serotonina están bajos. Esto se puede deber a que una de las funciones de la serotonina consiste en regular los sistemas que involucran la epinefrina y la dopamina (Durand & Barlow, 2007).

De acuerdo con Walton (1976):

El humor que presenta un sujeto en cada momento puede considerarse en sentido amplio, como sinónimo de su estado emocional. Dado que el hipotálamo y probablemente ciertas áreas de la corteza cerebral ejercen un considerable control sobre las emociones, resulta manifiesto que los trastornos del humor pueden derivar de ciertas lesiones orgánicas del cerebro. Es igualmente cierto, sin embargo, que el estado de ánimo y sus oscilaciones preponderantes pueden cambiar sustancialmente con una serie de factores psicológicos (p.142).

#### **1.2.2.2. EL SISTEMA ENDOCRINO.**

Durand & Barlow (2007), mencionan la importancia que tienen las neurohormonas es cada día mayor en el enfoque del estudio de la psicopatología. Debido a que los investigadores han descubierto que la actividad neurotransmisora en el hipotálamo se encarga de regular la secreción de hormonas que afectan al eje HYPAC.

El eje HYPAC comienza en el hipotálamo y llega a la glándula pituitaria, la función del eje consiste en coordinar el sistema endocrino. Una de las glándulas influenciadas por la pituitaria es la sección cortical de la glándula suprarrenal, que produce cortisol (hormona de la tensión), la cual completa el eje HYPAC. El cortisol es llamado la hormona de la tensión (estrés), debido a que se eleva durante los sucesos de vida estresantes. Los niveles de cortisol se elevan en los pacientes deprimidos, este descubrimiento tiene sentido si se considera la relación entre la depresión y las tensiones de vida graves.

La dexometasona es un glucocorticoide, el cual suprime la secreción de cortisol en los sujetos normales. Esta sustancia se le administró a pacientes con depresión, en ellos se observó una menor supresión, sin embargo, lo que sucedió no duró por mucho tiempo. Esta teoría prometía ser la primera prueba biológica de laboratorio para un trastorno psicológico. Por otra parte, el hipocampo es el encargado de bajar el nivel de las hormonas de la tensión y desempeña funciones para facilitar los procesos cognitivos como la memoria a corto plazo. Algunos teóricos tienen la idea de que la conexión entre las hormonas de la tensión y la depresión es la supresión de la neurogénesis en el hipocampo. Los científicos han constatado que los tratamientos exitosos de la depresión, incluida la terapia electroconvulsiva, pueden producir neurogénesis en el hipocampo, lo cual quiere decir que se estaría invirtiendo el proceso.

### **1.2.2.3. EL SUEÑO.**

La mayor parte de los trastornos de ánimo presentan perturbaciones del sueño, por ejemplo, las personas deprimidas tienen un sueño de ondas lentas menor, ésta es la parte más profunda y de mayor descanso del sueño, además de entrar en el sueño MOR de manera más rápida, los pacientes deprimidos

experimentan la actividad MOR, la cual es más intensa, y las etapas de sueño más profundo no se presentan, sino posteriormente, a en ocasiones no se presentan. Parece ser que algunas características del sueño ocurren sólo mientras las personas se encuentran deprimidas y no en otros momentos. Otro descubrimiento fue en donde se privó del sueño a los pacientes deprimidos, en especial durante la segunda mitad de la noche, logrando una mejora temporal en su condición, sin embargo, la depresión se vuelve a presentar cuando los pacientes comienzan a dormir de manera normal (Durand & Barlow, 2007).

#### **1.2.2.4. ACTIVIDAD DE LAS ONDAS CEREBRALES.**

Por medio de electroencefalogramas (EEG), Davidson, Heller y Nitschke (citados por Durand & Barlow, 2007), observaron la actividad alfa diferencial en los dos hemisferios de los pacientes deprimidos. Dichas investigaciones que realizaron demostraron que las personas deprimidas muestran una mayor activación del lado derecho anterior del hemisferio cerebral así como una menor activación del lado izquierdo, estos resultados en comparación con las personas no deprimidas.

#### **1.2.3. DIMENSIONES PSICOLÓGICAS.**

Entre las contribuciones más extraordinarias a la etiología de los trastornos psicológicos se encuentran el estrés y los traumas. Es evidente que los sucesos de vida estresantes se hallan estrechamente relacionados con la presencia de los trastornos del estado de ánimo. Algunos investigadores llegaron a la conclusión de que la única manera útil de estudiar los sucesos de vida estresantes sería realizar un seguimiento de las personas prospectivamente

para poder así determinar de una manera más precisa la naturaleza de los sucesos y la relación con los trastornos del estado de ánimo. No obstante, de la relación entre el estrés y la depresión, los científicos han descubierto que no todos los sucesos estresantes son independientes de la depresión.

De acuerdo con Kendler (citado por Durand & Barlow, 2007) y el modelo genético – ambiental recíproco, las personas vulnerables a la depresión se sitúan en un entorno estresante de alto riesgo, por ejemplo, entablan relaciones difíciles en las cuales es probable vivir un mal resultado o una situación riesgosa y estresante. Entre 20 y 50% de las personas que presentan sucesos estresantes graves se deprimen, entre 50 y 80% no desarrollan depresión. Estos datos confirman la interacción de los sucesos de vida estresantes con cierta clase de vulnerabilidad genética o psicológica o una combinación de las dos influencias.

#### **1.2.4. DIMENSIONES SOCIALES Y CULTURALES.**

Existen factores sociales y culturales que contribuyen a la aparición o mantenimiento de la depresión (las relaciones maritales, el género y el apoyo social), los cuales se describirán a continuación.

##### **1.2.4.1. RELACIONES MARITALES.**

Durand & Barlow (2007), mencionan que la depresión y la insatisfacción marital se encuentran relacionadas, de acuerdo con los resultados hallados en una investigación, los cuales demuestran que cuando se presenta una ruptura

marital como consecuencia se experimenta un esta de ánimo depresivo, siendo el porcentaje más elevado en las mujeres que en los hombres.

Bruce y Kim (citados por Durand & Barlow, 2007), realizaron un estudio, en la cual recopilaron datos de 695 mujeres y 530 hombres, al año siguiente los volvieron a entrevistar. En el transcurso del año algunos participantes se separaron o se divorciaron de su cónyuge, sin embargo, cuando se realizó la investigación la mayoría mencionó tener una estabilidad matrimonial.

Los resultados encontrados fueron los siguientes: aproximadamente 21% de las mujeres que informaron una ruptura matrimonial experimentaron una depresión grave, esta tasa fue tres veces más elevada que la de las mujeres que permanecieron casadas; cerca del 17% de los hombres que informaron un rompimiento marital presentaron una depresión grave, dicha tasa fue nueve veces más elevada que la de los hombres que siguen casados. Sin embargo, los investigadores decidieron considerar a los participantes que no presentaban una depresión grave y los datos obtenidos fueron que el 14% de los hombres que se separaron o divorciaron experimentaron una depresión grave durante dicho periodo, las mujeres presentaron 5%. Esto significa que los hombres presentaron una prevalencia mayor a desarrollar un trastorno del estado de ánimo por primera vez inmediatamente después de la separación marital.

Por ende, el conflicto matrimonial parece tener efectos diferentes en hombres y mujeres, es decir, para los hombres el experimentar depresión hace que ellos se alejen o trastornen la relación; en cambio, para las mujeres son sus problemas de relación los cuales desarrollan la depresión. Se concluye mencionando que tanto para los hombres como para las mujeres, la depresión y

los conflictos matrimoniales se encuentran asociados, aunque la dirección causal es distinta.

#### **1.2.4.2. APOYO SOCIAL.**

En general, los factores sociales influyen en las personas, y mientras mayor sea el número y la frecuencia de relaciones y contactos sociales, probablemente las personas vivirán más tiempo, así como quizá podrán o no presentar algún trastorno del estado del ánimo. Un estudio realizado por Brown y Harris (citados por Durand & Barlow, 2007), destaca que el apoyo social ejecuta una función trascendental en la aparición de la depresión, los datos encontrados fueron que las mujeres que se deprimieron eran las que no contaban con una relación de apoyo cercana (37%), mientras que las que contaban con alguna amistad en la cual pudieran confiar sólo se deprimió un 10%.

### **1.3. TRASTORNO DISTÍMICO.**

Los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia en el mundo actual. Dentro de ellos el trastorno distímico es uno de los más frecuentes, siendo uno de los trastornos de mayor prevalencia en nuestros tiempos. Si bien la distimia es un trastorno leve en relación a los otros cuadros afectivos, sus características afectan la calidad de vida en forma crónica de quienes la padecen.

La distimia se ha clasificado como un trastorno crónico ya que sigue un curso prolongado de muchos años y que sin tratamiento puede perdurar toda la vida;

este se caracteriza por la presencia de humor deprimido o un estado irritable en niños y adolescentes, un abatimiento prolongado del estado de ánimo en que el sujeto distímico se describe a sí mismo como “triste” o “desanimado”, perdiendo el interés por las cosas y viéndose a menudo como inútil y poco interesante. Posee síntomas persistentes o intermitentes, de intensidad más leve en comparación a la depresión mayor que se mantienen durante la mayor parte del día y está presente casi todos los días.

Los pacientes con trastorno distímico se encuentran crónicamente deprimidos. Presentan algunos síntomas que se encuentran en un episodio depresivo mayor, incluyendo un estado de ánimo deprimido, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse y problemas con el apetito y el sueño, encontrándose ausentes los pensamientos de muerte o ideas suicidas. Estos pacientes regularmente consideran como normal su humor deprimido. Anteriormente este trastorno era denominado trastorno depresivo de la personalidad o neurosis depresiva (Morrison, 2008).

La palabra distimia se utiliza para referirse a las alteraciones de las emociones, la utilización del término en su concepto actual se inició en los manuales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) a partir de esta, “humor perturbado”. El término ya había sido empleado por Kalbhaum en 1983, en la tercera edición del DSM III en 1980, estableciéndose la categoría de distimia en sustitución de la entonces llamada depresión neurótica o neurosis depresiva, contraponiéndola a la de depresión mayor y conceptualizándola como un trastorno afectivo crónico. En DSM-IV, se hacen modificaciones en los criterios diagnósticos respecto a la clasificación anterior (DSM III-R), cambiándose también el término “distimia” por “trastorno distímico”.

Akiskal (1983), la define como “mal humor” y la caracteriza porque el individuo se encuentra periódicamente triste, introvertido, melancólico, excesivamente consciente, incapaz de alegría y preocupado por su insuficiencia personal.

Para Kraepelin (citado por Akiskal, 1983), lo que caracteriza a la distimia son los síntomas depresivos de bajo grado, fundamentalmente de tipo subjetivo (humor y cognición) y la ausencia de signos objetivos (psicomotores y vegetativos). Este concepto ha sido retomado.

El término “distimia” significa enfermedad del humor, implica una disforia temperamental, o sea una tendencia innata a experimentar el humor deprimido. La distimia se emplea para calificar una alteración del estado de ánimo, una depresión leve, de carácter crónico, que se inicia generalmente en la niñez tardía o adolescencia y cuya evolución es prolongada. Hay personas que han estado así prácticamente toda su vida. Algunos autores hablan de “personalidad depresiva” en estos casos. Muchas personas con distimia llegan a creer que “ellas son así”, y no identifican la distimia como una condición patológica, sino como un estado normal de su forma de ser.

La distimia es causa frecuente de malestar personal, y de malestar familiar. Las personas con distimia suelen estar irritadas, agresivas, con facilidad para entrar en discusiones, tienen tendencia al autorreproche, poca capacidad para disfrutar y con una baja tolerancia a las frustraciones. Con frecuencia se las califica de “amargadas”, o como pesimistas, tristes o introvertidas.

Sin embargo, a pesar de ser un trastorno frecuente a la población, generalmente joven, éste es mucho menos identificado que otros trastornos

depresivos, en la práctica médica. La distimia no suele diagnosticarse ni tratarse, debiéndose a muchas causas, entre ellas una educación médica inadecuada, restricciones de tiempo en la consulta médica, alteraciones médicas por patologías concomitantes, o porque el paciente no es consciente de padecerla. Al reconocerla como una entidad clínica, se puede contribuir a evitar que se altere el desarrollo de la personalidad y que disminuyan las graves limitaciones de orden personal, familiar, laboral y social que conlleva este trastorno.

#### **1.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISTIMIA.**

El trastorno distímico es frecuente en la población oscila entre un 3 y un 5%. Se diagnostica en un tercio a la mitad de los pacientes de clínicas psiquiátricas. Es más común en mujeres menores de 64 años, que en los hombres de cualquier edad. Se observa con mayor frecuencia en personas solteras, jóvenes y con ingresos bajos. El trastorno distímico coexiste comúnmente con otros trastornos mentales, tales como trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias, trastornos límite de la personalidad (Baena, Et. Al. 2005).

Otros autores han referido cifras diferentes que oscilan entre el 1% y el 7%, siendo frecuente entre pacientes con otras patologías psiquiátricas, manifestándose entre un tercio y la mitad de todos los pacientes. Por lo menos un estudio situó la prevalencia de este trastorno entre los jóvenes adolescentes en un 8% en los chicos y un 5% en las chicas. La prevalencia de episodios de depresión mayor en pacientes con distimia se ha situado en un 42%. Esta situación en la que un sujeto que padece una sintomatología crónica de baja intensidad presenta un empeoramiento de la sintomatología, llegando a cumplir

criterios para el diagnóstico de una depresión mayor, se ha denominado depresión doble (Roca, 2000).

De acuerdo con datos extraídos del Anuario 2010 del Hospital General de México, los cinco principales motivos de consulta de psiquiatría entre enero y junio de 2010 fueron la distimia 24.26%, el trastorno de ansiedad 18.43%, el trastorno depresivo 13.94%, trastorno por lesión o disfunción cerebral o física 8.22% y esquizofrenia paranoide 5.00%. Dentro de estos porcentajes las mujeres que presentaron distimia fueron 2,431 casos; en cuanto a la edad las mujeres se encuentran entre 25 a 44 años en los casos de distimia, siendo 912 las consultas por distimia, en un segundo grupo de mujeres entre 45 a 59 años, fueron 919 los casos de consulta por distimia.

La distimia, a semejanza de las depresiones mayores, también se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones, en una relación aproximada de dos mujeres por cada varón. La edad de inicio de la distimia suele ser temprana, en muchas ocasiones antes de los 21 años de edad, y la prevalencia va aumentando progresivamente. Los grupos de mayor edad presentan mayores prevalencias de distimia, siendo más común entre mujeres de 64 años y entre los hombres de cualquier edad.

Los pacientes con trastorno distímico tienen rasgos de personalidad que se encuentran más alejados de los que tiene la población general, se caracterizan por ser personas sumisas, astutas, culpabilizadas, temerosas, y ansiosas. Existen evidencias de que el cuadro depresivo produce modificaciones cognitivas importantes, éstas llegan a influir de un modo decisivo en la imagen que los pacientes deprimidos se forjan de sí mismos y de su entorno. (Ramos & Cordero, 2000).

Sin embargo, el problema de la distimia tiene que ver con algo más que teórico, esto se debe a que algunos psiquiatras continúan considerando que la alteración del estado de ánimo que se encuentra en la distimia es muy similar a la que se encuentra entre la población general, sólo que pudiera ser más intensa. En otras palabras, lo que se quiere decir es que la “tristeza” de la que hablan los pacientes es una tristeza normal, es una alteración más emocional que anímica.

Por esta razón, Ramos y Cordero (2000) muestran insistencia en demostrar la falacia del argumento, puesto que ellos han encontrado entre las distimias un estado de ánimo con la misma distinta cualidad que se encuentra presente en las depresiones mayores. Debido a lo anterior mencionado, las depresiones con baja intensidad sintomatológica como lo es la distimia, puede resultar difícil de identificar, debido a que este tipo de depresiones constituyen el grueso de la población de los deprimidos que se encuentran entre la población general, que la duración de sus fases es de dos años o más, y que su identificación resulta más difícil cuando se encuentra alguna relación con alguna situación estresante.

Para realizar el diagnóstico de la distimia se pueden consultar el DSM-IV-TR y/o el CIE-10, con la finalidad de poder realizar un diagnóstico en donde se puedan comparar los criterios de ambos manuales y discernir de los síntomas que no están presentes en el paciente o en su caso corroborar los síntomas que presenta el paciente para proceder a elaborar el diagnóstico y como consecuencia el tratamiento adecuado.

## 1.5 PREVALENCIA DEL TRASTORNO DISTÍMICO.

En el DSM-IV-TR, menciona que la prevalencia de vida del trastorno distímico (con o sin un trastorno depresivo mayor superpuesto) es aproximadamente del 6%. La prevalencia puntual del trastorno distímico es aproximadamente del 3% (López-Ibor, Et. Al. 2005).

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, de acuerdo con algunos datos, indican una tendencia hacia un solo género el femenino, (cerca del 70% de los pacientes con trastorno depresivo mayor y con distimia, son mujeres), no obstante, en el trastorno bipolar existe una división uniforme entre mujeres y hombres. Este desequilibrio de género es constante en todo el mundo, aun cuando las tasas varíen de un país a otro (Durand & Barlow, 2007).

Los trastornos del estado de ánimo pueden afectar a personas de cualquier raza o clase social. Reconocer los trastornos de ánimo es de suma importancia debido a que hasta un 20% de las mujeres adultas y 10% de los hombres adultos llegan a padecer uno de ellos. Su prevalencia parece ir en aumento para ambos sexos y constituyen hasta el 50% de la práctica de la salud mental (Morrison, 2008).

De acuerdo con Durand & Barlow (2007), la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo se puede deber a una asignación de roles de acuerdo con el género, por ende una cuestión cultural. Por ejemplo, en algunas culturas a los hombres se les indica o se les motiva a ser independientes y dominantes, a diferencia a las mujeres se les enseña que deben ser más pasivas, sensibles con los demás y que confíen en los otros. Esta dependencia y pasividad que

son introducidas por medio de la cultura puede representar una predisposición de las mujeres a presentar trastornos emocionales y de desamparo, debido a que incrementan sus sensaciones de no control y desamparo.

Otro aspecto cultural importante es el valor que las mujeres le conceden a las relaciones íntimas, este puede ser un factor importante en la presencia de un trastorno del estado de ánimo. Se explica mejor este punto en las rupturas de las relaciones o en la incapacidad de afrontarlas. Los hombres tienden a ignorar sus emociones o se mantienen alejados de estos sentimientos al realizar una actividad, esta conducta masculina puede resultar terapéutica debido a que dicha actividad mantiene a la gente activa, lo cual es un elemento común de una terapia exitosa para combatir la depresión. En contraste, las mujeres tienden a detenerse en su situación y a culparse a sí mismas de estar deprimidas.

En México se han llevado a cabo algunos estudios que muestran la proporción de mujeres y hombres afectados por diversos trastornos mentales. La prevalencia en la población adulta en zonas urbanas es la depresión neurótica (1.6% en hombres y 5.0% en mujeres). En lo que se refiere a la prevalencia de depresión durante la vida, de 10% en las mujeres y 5.2% en los hombres en 1999 y una prevalencia para el 2005 de 4.1% en las mujeres y 1.6% en los hombres (Castañeda, 2006).

Rodríguez del Álamo, Et. Al. (2011) refieren los siguientes datos para el trastorno distímico:

Los estudios epidemiológicos arrojan datos de una prevalencia media a lo largo de la vida, en la población general, del 3 al 5% según. Es más frecuente en mujeres que en hombres. Las prevalencias de la distimia en los centros de atención primaria se cifran en el 5-15%, y el de las poblaciones ambulatorias psiquiátricas varía según autores entre 20 a 36%. La tasa de remisión espontánea parece ser baja, alrededor del 15%. La etiología no está aún bien elucidada. En primer lugar, se aduce un componente genético, ya que una alta proporción de pacientes distímicos muestran, hasta en un 75%, historial familiar de trastornos afectivos. En segundo lugar, diferentes autores encuentran estrés crónico entre los distímicos: hospitalizaciones frecuentes en la infancia, salud precaria crónica, pérdidas familiares múltiples, malas relaciones entre los padres, frialdad o rechazo materno-filial, abusos sexuales, fracasos múltiples en áreas laborales o familiares o sentimentales, aislamiento social (p.3).

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor, que entre la población general. Además, tanto el trastorno distímico como el trastorno depresivo mayor son más habituales en familiares de primer grado de individuos con trastorno distímico (López-Ibor, Et. Al., 2005).

## **1.6 PRONÓSTICO DEL TRASTORNO DISTÍMICO.**

El DSM-IV-TR menciona que el trastorno distímico presenta un inicio temprano e insidioso, por ejemplo, en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta, (López-Ibor, Et. Al., 2005). Suele comenzar al inicio de la vida adulta y evolucionar a lo largo de varios años, y puede llegar a ser de duración indefinida (Baena, Et. Al., 2005).

El pronóstico es variable, debido a que es un trastorno con el cual pocas personas se percatan de sus síntomas y cuando acuden en busca de un tratamiento es porque presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto (López-Ibor, Et. Al., 2005).

## **1.7 EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO DISTÍMICO.**

Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que el paciente obtenga una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y existen más posibilidades de presentar posteriormente más episodios. El trastorno distímico presenta comorbilidad con los trastornos del estado del ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos de la ansiedad, trastornos del aprendizaje (López-Ibor, Et. Al., 2005),

## **1.8 ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DISTÍMICO.**

Para establecer un diagnóstico debe existir la presencia de un ánimo deprimido la mayor parte del tiempo al menos durante dos años en adultos, y uno en niños y adolescentes. El paciente no deberá presentar síntomas que permitan diagnosticar un trastorno depresivo mayor y no haber sufrido ningún episodio maníaco depresivo (Baena, Et. Al., 2005).

El diagnóstico de trastorno afectivo es apropiado cuando la alteración del humor es “primaria” y central con respecto a la enfermedad, y no secundaria a algún otro estado físico o psicológico. En último caso el diagnóstico sería incompleto si no se hiciera referencia a la causa precipitante. Cuando un trastorno del humor que ocurre después de un acontecimiento de la vida productor del estrés es leve y no satisface los criterios de cualquiera de los trastornos afectivos, convendrá establecer el diagnóstico de trastorno de la adaptación con humor deprimido.

La distimia puede ser una forma de comienzo de los trastornos depresivos mayores. Esta idea de que la distimia no es más que el prólogo de un episodio depresivo mayor no es nueva, más bien es un redescubrimiento, debido a que Kraepelin (citado por Ramos & Cordero, 2000) hizo previamente una descripción:

La depresión clínica es precedida con frecuencia por trastornos nerviosos fluctuantes y un ánimo depresivo o ligeramente irritable durante años antes de que se inicien los fenómenos mórbidos

más marcados, éstos últimos son sólo un incremento de un estado anormal leve que ya existía (p.4).

Kraepelin (citado por Ramos & Cordero, 2000), denominó “temperamento depresivo” a dicho estado previo al inicio de un episodio depresivo. Históricamente lo que se describe en el trastorno distímico se agrupa en los conceptos de neurosis o de trastornos de la personalidad. Debido a esto no se les aplica tratamiento farmacológico alguno o no se les aplica la dosis suficiente.

#### **1.8.1. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.**

Para poder otorgar el diagnóstico de trastorno distímico se tiene que llevar a cabo una evaluación de sus síntomas, debido a que dentro de los trastornos del estado de ánimo, existen diversos síntomas que tienen comorbilidad con otros trastornos. Debido a esto se deberán tomar en cuenta los diagnósticos que se encuentran establecidos en el DSM-IV-TR y el CIE -10.

El concepto de distimia, como aparece en el DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, y la CIE-10, fue introducido con la intención de sustituir y subsumir al concepto de depresión neurótica, crónica o ligera y al de neurastenia. Por lo que ahora la distimia, sería una depresión de baja intensidad clínica, con una evolución larga, de inicio en la adolescencia o en la infancia tardía y un curso intermitente (Ramos & Cordero, 2000).

### **a) DSM-IV-TR.**

De acuerdo con el DSM-IV-TR (López-Ibor, Et. Al., 2005), los trastornos del estado de ánimo se encuentran divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no existir historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco, dentro de los trastornos depresivos se encuentran el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado, a continuación se mencionaran las características de dichos trastornos del estado de ánimo:

- 1)** Trastorno depresivo mayor: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo: al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión)
- 2)** Trastorno distímico: se caracteriza por al menos dos años en los que la persona ha experimentado más días en estado de ánimo depresivo que sin él, aunado con otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor.
- 3)** Trastorno depresivo no especificado: este trastorno se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso o depresivo (o síntomas depresivos sobre los que existe una información inadecuada o contradictoria).
- 4)** Trastorno bipolar I: se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, normalmente acompañados por episodios depresivos mayores.

- 5) Trastorno bipolar II: es caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.
- 6) Trastorno ciclotímico: se caracteriza por al menos dos años de cuantiosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco, de igual manera numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- 7) Trastorno bipolar no especificado: se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).
- 8) Trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica: está caracterizado por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- 9) Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: se caracteriza por una cargada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento u otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- 10) Trastorno del estado de ánimo no especificado: se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.

**b) CIE-10.**

En lo que respecta CIE-10 García & Margaritos (2008), hacen una clasificación distinta de los trastornos de ánimo de acuerdo con el DSM-IV-TR, ya que el CIE-10 los clasifica como trastornos del humor, de la siguiente manera:

- A.** Trastornos del humor (afectivos), donde se encuentran el episodio maníaco, hipomanía, manía sin síntomas psicóticos, manía con síntomas psicóticos, otros episodios maníacos, episodio maníaco sin especificación. La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia.
- B.** Trastorno bipolar: Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Están clasificados el trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco; trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos; trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos; trastorno bipolar, episodio depresivo leve o moderado; trastorno bipolar, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos; trastorno bipolar, episodio actual mixto; trastorno bipolar, episodio actualmente en remisión; otros trastornos bipolares, y trastorno bipolar sin especificación.
- C.** Episodios depresivos, en esta categoría se encuentran clasificados el episodio depresivo leve, el episodio depresivo moderado, el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, el episodio grave con síntomas psicóticos, otros episodios depresivos, y el episodio depresivo sin especificación. En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

- D. Trastorno depresivo recurrente:** Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepressivo. Se encuentran clasificados el trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve; trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado; trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos; trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos; trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión; otros trastornos depresivos recurrentes, y trastorno depresivo recurrente sin especificación.
- E. Trastorno del humor (afectivos) persistentes:** Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. Los trastornos clasificados son la ciclotimia, distimia, otros trastornos del humor (afectivos) persistentes, y trastorno del humor (afectivos) persistente sin especificaciones.
- F. Otros trastornos del humor (afectivos):** encontrándose otros trastornos del humor (afectivos) aislados, otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes, otros trastornos del humor (afectivos), y trastorno del humor (afectivos) sin especificación.

Para fines de esta investigación se tomará como referencia el DSM-IV-TR.

### **1.8.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR PARA EL TRASTORNO DISTÍMICO.**

Para el diagnóstico del trastorno distímico, de acuerdo con el DSM-IV-TR (López-Ibor, Et. Al., 2005), deben considerarse los siguientes criterios:

- A.** Estado de ánimo crónicamente deprimido informado por el sujeto, u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del día de la mayoría de los días a lo largo de 2 años como mínimo. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
  
- B.** Durante los periodos depresivos, están presentes como mínimo dos de los siguientes síntomas:
  - (1) Pérdida o aumento de apetito.
  - (2) Insomnio o hipersomnia.
  - (3) Falta de energía o fatiga.
  - (4) Baja autoestima.
  - (5) Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
  - (6) Sentimientos de desesperanza.
  
- C.** Durante un periodo de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
  
- D.** No existen pruebas de un episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de alteración (1 año en niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remisión parcial.

- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej. hipotiroidismo).
- H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Es necesario especificar el tipo de inicio del trastorno existiendo los siguientes:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos dos años del trastorno distímico): si existen síntomas atípicos.

## **1.9 CONSECUENCIAS DEL TRASTORNO DISTÍMICO.**

El paciente con trastorno distímico suele quejarse de síntomas físicos, o no se queja en absoluto, debido a que el trastorno se ha introducido en su vida, de tal forma que el paciente se percibe así mismo como una manera de llevar su vida (Harvard Medical School, 2005).

En los niños el trastorno distímico suele provocar un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. Los niños y adolescentes con un trastorno distímico se encuentran irritables, inestables, y por ende se encuentran tristes; presentan una baja autoestima así como pocas habilidades sociales, tienden a ser pesimistas. La población adulta presenta las mismas características presentando síntomas depresivos leves como lo son la baja autoestima, poca o nula interacción social, tristeza, pérdida o ingesta excesiva de alimentos, insomnio o hipersomnia (López-Ibor, Et. Al., 2005).

### **1.10 TRATAMIENTO TRASTORNO DISTÍMICO.**

Las distimias reciben como tratamiento la combinación de terapia cognoscitiva o conductual y farmacoterapia puede ser el tratamiento más efectivo de duración indefinida, debido a que ingieren ansiolíticos o antidepresivos a dosis insuficientes o no se aplica el tratamiento (Baena, Et. Al., 2005; Ramos & Cordero, 2000).

Los antidepresivos y/o determinados tipos de psicoterapia tienen efectos positivos sobre el curso y pronóstico de este trastorno. Los datos sobre tratamientos anteriores indican que únicamente del 10 al 15% de estos pacientes han remitido al año del diagnóstico inicial, y un 25% de los pacientes nunca consigue una remisión completa (Baena, Et. Al., 2005).

Anteriormente, los pacientes con un trastorno distímico no recibían tratamiento o se les consideraba candidatos a psicoterapia de larga duración, o recibían un diagnóstico erróneo. En la actualidad se considera que la depresión es una enfermedad multifactorial en la cual intervienen determinantes biopsicosociales,

tales como la genética, la bioquímica, el ambiental, lo social, las relaciones interpersonales. Debido a esto se sugiere que el tratamiento para el trastorno distímico sea multidisciplinario. A continuación se presentan algunos enfoques alternativos que se han utilizado en el tratamiento del trastorno distímico.

### **1.10.1. FARMACOTERAPIA.**

En la década de 1950 surgieron los medicamentos antidepresivos para estimular indirectamente la serotonina o los neurotransmisores relacionados. Los primeros antidepresivos causaban diversos efectos secundarios, lo cual ocasionó que se elaboraran prejuicios acerca de que dichos medicamentos empeoraban la depresión o producían dependencia. A finales de 1980 comenzaron a desarrollarse los antidepresivos de tercera generación, los cuales no presentan efectos secundarios, y las molestias que provocan son mínimas y sus efectos terapéuticos son notables (Abia & Núñez, 2003).

Para el tratamiento de los trastornos depresivos existen tres tipos de medicamentos antidepresivos básicos: los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de monoaminoxidasa (MAO) y los inhibidores de la recaptura de la serotonina o inhibidores 5HTA. A continuación se describirán brevemente cada uno de estos medicamentos vigentes para tratar dichos trastornos (Durand & Barlow, 2007):

**(A)** Antidepresivos tricíclicos: estos fármacos son utilizados como tratamiento en la depresión debido a que bloquean la reabsorción de ciertos neurotransmisores, lo que les permite combinarse en la sinapsis. Este proceso tiene un efecto complejo en la regulación presináptica y postsináptica de la actividad neurotransmisora, puede promover el crecimiento de nuevos nervios (neurogénesis) en el hipocampo.

**(B)** Inhibidores de la MAO: estos medicamentos actúan de manera muy distinta, ya que se encargan de bloquear la enzima que descompone a los neurotransmisores como la norepinefrina y la serotonina. Al no descomponerse, los neurotransmisores se combinan en la sinapsis, y esto a su vez conduce a una desregulación o insensibilización.

**(C)** Inhibidores de la recaptura de la serotonina: estos fármacos parecen tener un efecto particular en el sistema de neurotransmisores de serotonina, esto se debe a que bloquean de manera específica la reabsorción de serotonina.

Los medicamentos antidepresivos han mejorado la depresión grave y han disminuido el suicidio en pacientes, sin embargo, aunque se pueda disponer del medicamento todavía existen personas que se rehúsan a consumirlos, debido a que a muchas personas les preocupan los efectos colaterales a largo plazo.

### **1.10.2. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC).**

La terapia electroconvulsiva se utiliza cuando el paciente no responde ante la medicación, ya que éste es un tratamiento más drástico. Actualmente la TEC es un tratamiento seguro y eficaz ante una depresión severa. Como tratamiento se les debe aplicar anestesia así como un relajante muscular para evitar fracturas por las convulsiones, enseguida se les administra una descarga eléctrica directo al cerebro por un segundo, esto genera un ataque y una serie de breves convulsiones. Este tratamiento se administra cada tercer día y son entre 6 y 10 veces lo que se aplica. Los efectos colaterales son escasos y por lo general se limitan a pérdida de memoria a corto plazo, confusión que desaparece en dos semanas, y en algunos pacientes problemas de memoria a largo plazo (Durand & Barlow, 2007).

### **1.10.3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.**

Los tratamientos psicológicos disponibles en la actualidad para los trastornos depresivos son: el método cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal.

#### **1.10.3.1. TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL.**

Beck (citado por Durand & Barlow, 2007), fue el fundador de la terapia cognitiva, quien se basó en las observaciones de las funciones que tienen los pensamientos negativos, los cuales están relacionados con el desarrollo de la depresión. A estos pacientes se les instruye a examinar de manera meticulosa sus procesos de pensamiento cuando se encuentran deprimidos así como reconocer los errores “depresivos” en su pensamiento, ya que para este tipo de pacientes los pensamientos negativos les resultan naturales, por lo mismo se les informa que este tipo de pensamientos pueden causar la depresión. El tratamiento consiste en corregir los errores cognitivos y sustituirlos por pensamientos o valoraciones menos depresivas y más realistas; de esta manera la terapia se centra en los esquemas cognitivos negativos, los cuales desencadenan errores cognitivos específicos.

La finalidad del tratamiento cognitivo conductual, consiste en instruir a los pacientes para que entre las sesiones, supervisen y registren cuidadosamente sus procesos de pensamiento, en específico en situaciones en las que pudieran sentirse deprimidos, para lo cual el terapeuta programa diferentes ejercicios para reactivar a los pacientes deprimidos que han renunciado a sus actividades, ayudándoles de esta forma a devolverles el sentimiento de alegría a sus vidas.

La terapia cognitivo – conductual comprende entre 10 y 20 sesiones, programadas semanalmente.

#### **1.10.3.2. PSICOTERAPIA INTERPERSONAL (PTI).**

La psicoterapia interpersonal se concentra en que el individuo pueda resolver sus problemas de las relaciones existentes y aprenda a formar nuevas relaciones interpersonales significativas. Esta terapia se enfoca a las relaciones interpersonales, debido a que las personas con pocas o ningunas relaciones sociales importantes parecen estar en riesgo de desarrollar y mantener trastornos del estado de ánimo. Dicha terapia es estructurada y consiste entre 15 y 20 sesiones, las cuales se distribuyen una por semana. El primer paso de la terapia interpersonal es identificar los estresores de vida que parecen causar la depresión, el terapeuta y el paciente trabajan en conjunto en los problemas interpersonales actuales del paciente. El terapeuta trabaja con el paciente para identificar la disputa interpersonal para proceder a la resolución del mismo (Durand & Barlow, 2007).

#### **1.10.3.3. HIPNOTERAPIA.**

De acuerdo con Wright & Wright (1987), “la hipnoterapia es el uso terapéutico del estado hipnótico de la conciencia como parte de una intervención psicoterapéutica con el fin de mejorar la efectividad de la utilización del cliente de la psicoterapia” (p.3).

La hipnosis es un estado alternativo de conciencia en el cual la atención es amplificada en el interior, de esta forma el cerebro procesa la información produciendo cambios en las percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos del paciente por medio de la sugestión. El hipnotratamiento está dirigido a soluciones, partiendo de la base de que cada quien posee sus propios recursos y la utilización de todas sus experiencias, durante este tipo de terapia se trabaja con la mente consciente y la mente inconsciente. El hipnotratamiento tiene una duración de 15 sesiones aproximadamente, siendo una sesión semanal o cada quince días.

Durante más de 20 años han sido estudiados los efectos de la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica en la distimia (Abia & Núñez, 2003) y destacan desde la teoría pragmática de la comunicación humana una mejoría de la comunicación, con un cambio en la precisión de los contenidos que mejora las relaciones, así mismo una mejoría significativa de las disonancias entre la comunicación analógica y la comunicación digital. La comunicación paradójica disminuye significativamente así como el rechazo a la comunicación.

Revisando la sintomatología presentada en el DSM-IV se observan los siguientes efectos:

- a)** Resolución de la ideación suicida.
- b)** Resolución de las ideas de muerte.
- c)** Resolución de las ideas de enfermedad.
- d)** Disminución significativa de la ansiedad.
- e)** Mejoría significativa del manejo del dolor emocional.
- f)** Recuperación de la capacidad para disfrutar.
- g)** Mejoría significativa del trastorno de sueño asociado a la distimia.
- h)** Disminución significativa de la tristeza disfuncional.

- i)** Mejoría significativa de los sentimientos de infravaloración.
- j)** Mejoría significativa de la memoria inmediata.
- k)** Mejoría significativa de la concentración.
- l)** Mejoría significativa de la actividad sexual después de tres meses de tratamiento.

## **2. HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA.**

### **2.1. DEFINICIÓN DE HIPNOSIS.**

La hipnosis es una condición psíquica, heteroinducida o autoinducida, caracterizada por un estado intermedio entre la vigilia y el sueño, denominado trance, en el cual se asiste a una reducción de las capacidades críticas y un aumento de la sugestionabilidad (Galimberti, 2006).

De acuerdo con Abia & Núñez (2003):

La hipnosis es un estado alternativo de conciencia en que la atención es amplificada en el interior. El cerebro procesa la información enfocado por ondas theta, se da una inhibición frontal izquierda y estimulación occipital derecha, en relación directa con el sistema nervioso autónomo (p.16).

Desde la perspectiva neurofisiológica la hipnosis es un estado alternativo de conciencia, el cual es susceptible de ser inducido por medio de técnicas específicas. Se trata de un estado de absorción interna, concentración y atención orientada más al interior de la persona que a la realidad que lo rodea (Hammond, 1988).

Nardone, Et. Al., (2008), presentan la siguiente definición para hipnosis:

La hipnosis es una experiencia repetida en la vida de los seres humanos, es un estado de alteración de las percepciones y de la conciencia que, en distintos niveles de intensidad, acompaña constantemente nuestra relación con la realidad circundante. No es un estado que alguien nos imponga desde afuera, sino un efecto de nuestras características psicológicas y fisiológicas (p. 9).

Las definiciones anteriores de hipnosis se abstienen de mencionar el verdadero significado de la hipnosis, debido a que en la actualidad algunas personas piensan que la hipnosis es un sueño o quizá una fuerza mágica o una especie de poder demoníaco, sin embargo, se considera la definición que hace Procter (2002):

La hipnosis es un estado especial de conciencia, al que se llega normalmente con la ayuda de otra persona, en el que cierta conducta de la vida diaria se manifiesta directamente. La hipnosis es un tipo de conducta especial pero no normal que aparece cuando la atención o los procesos mentales se dirigen al cuerpo de aprendizajes adquiridos en las experiencias de la vida. En este estado especial de conciencia se pueden encontrar las diferentes formas de conducta de la vida de cada día y,

aunque difieren en cuanto al grado y relaciones que establecen, siempre se hallan dentro de los límites de lo normal. Con la hipnosis no se consigue trascender las habilidades que poseemos o implantar nuevas capacidades, sino sólo potenciar la expresión de las mismas, aunque quizá no nos hayamos dado cuenta de que están ahí. La hipnosis no puede crear nuevas habilidades en una persona, pero puede ayudarle a manejar las que ya tiene (p. 117-118).

Para fines de esta investigación se hará uso de la definición de que la hipnosis es un estado natural del ser humano caracterizado por un estado de conciencia, y que por medio del empleo de técnicas hipnóticas el paciente puede acceder a este estado de conciencia que le permitirá ampliar su atención así como desarrollar las habilidades que posee.

## **2.2. HISTORIA DE LOS FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA HIPNOSIS.**

La hipnosis se utilizaba en culturas antiguas como la celta, y la egipcia, quienes tenían los llamados *templos de sueños* en los cuales se practicaba hipnosis. Otras culturas han usado la hipnosis a través de los chamanes, quienes practican curas de sueño, sugerencias curativas para remover a las influencias responsables de una enfermedad (Mutter, 1985).

De acuerdo con Nardone, Et. Al., (2008)

La hipnosis del pasado durante muchos siglos se había basado sobre todo en concepciones místicas y en el poder obtenido mediante intervenciones sugestivas que a su vez se fundaban en la autoridad y en el carisma, era una hipnosis construida de forma artificial y esencialmente sobrenatural. Con el paso del tiempo la terapia hipnótica, sin embargo, ha vivido un proceso de transformación que a continuación se ha convertido precisamente en otra forma de psicoterapia. De forma gradual se ha ido redimensionado el rol preeminente ejercitado por la sugestión y la hipnosis se ha vuelto cada vez más parecida a un proceso natural, capaz de respetar la cualidad humana de la persona y de restituírle la fuerza en sus propios recursos (p.15).

Entre los siglos XVIII y XIX se formula la teoría del magnetismo animal y nace la hipnosis científica, de la que se tiende enseguida a reconocer los aspectos psicológicos y psicoterapéuticos (Nardone, Et. Al., 2008).

Mesmer (citado en Tinterow, 1970; Laurence, 1988), empleaba la hipnosis en el campo de la medicina con el nombre de curas magnéticas, y su hipótesis era que existía un fluido magnético universal, que se desequilibraba cuando el cuerpo y/o mente enfermaban.

Mesmer (citado por Nardone, Et. Al., 2008), introduce un método terapéutico fundado en el manejo magnetismo animal, una especie del fluido vital que, según el autor, estaba presente en todo el universo y capaz de invadir cualquier tipo de material, determinando, con las propias variaciones de concentración, la propiedad de los cuerpos. Los hombres podían entrar en relación entre ellos y con los cuerpos celestes. En 1775, Mesmer publicó en la revista *Nouveau Mercure Savant d'Altona*, el artículo, titulado *Carta a un Médico Extranjero*, en donde sostenía que los efectos terapéuticos del magnetismo se debían a la acumulación de un fluido universal en el interior del cuerpo.

Para Mesmer, la relación magnética explicaba también la sensibilidad particular de la persona frente al magnetizado. En 1784 Mesmer acuñó la expresión reciprocidad magnética. Históricamente es la primera mención de una relación recíproca y simétrica en el curso de una psicoterapia y abren el camino a la revolución ericksoniana (Nardone, et al, 2008):

El hipnotizador que influencia, pero que también es influenciado, corresponde a un concepto profundamente diferente respecto a la figura, autoritaria e inalcanzable, de aquel que introduce el trance en la persona con el poder de la sugestión. Mesmer ideó, junto a las terapias individuales, también un auténtico enfoque de grupo. Una de las técnicas que utilizaba eran baquet, un gran recipiente conectado, a través de una serie de imanes que estaban sumergidos, a un cierto número de personas que formaban un grupo de magnetizados (p.18).

Continuando con el principio del baquet, De Chastener (citado por Nardone, Et. Al., 2008), magnetizó un gran árbol situado en la plaza mayor del pueblo, bajo la copa del árbol se reunían diferentes personas que, siguiendo sus instrucciones, lograban un estado de crisis que se caracterizaba por la tranquilidad y el silencio. En 1784, mientras un paciente, afectado con un problema pulmonar, era magnetizado presentó una crisis de carácter insólito, en la que no se manifestaban las habituales convulsiones o las implosiones descoordinadas de movimientos, sino un extraño sueño en el que se mostraba más vigilante y atento de lo que estaba en estado de vigilia. En este estado, el paciente era capaz de seguir las indicaciones del magnetizador, parecía profundamente dormido y sin embargo, hablaba en voz alta con gran seguridad y disponía de mayores informaciones e inteligencia de la que demostraba normalmente. El paciente fuera de trance no lograba recordar lo sucedido, este fenómeno actualmente se le conoce como amnesia posthipnótica.

Crisis perfecta, fue el nombre que le dio Puységur (citado por Nardone, Et. Al., 2008), al estado de la persona sonámbula dispuesta a hablar de forma espontánea de las cosas que hacían referencia a ella, tras lo cual se sentía más aliviado y prestaba más atención a las opiniones que el magnetizador y expresaba en el curso de, la sesión psicoterapéutica. Los estudios realizados por Puységur, contribuyeron a determinar algunas características psíquicas del estado hipnótico de tipo sonambólico:

La capacidad de volver a evocar recuerdos y detalles que parecían olvidados (hipermenesia); la amnesia postsonambólica, que permitía olvidar todo lo sucedido en el curso de la experiencia hipnótica; la regresión de la edad, que permitía revivir, con fuerte intensidad

emocional, experiencias precoces de la persona. Puységur consideraba que para obtener el resultado terapéutico eran fundamentales, la intención del magnetizador y la voluntad de curación de la persona. Finalmente, utilizó la idea de rapport, la peculiar relación terapéutica que se desarrolla en el curso de la hipnosis, que se convertiría en un punto de referencia esencial en el concepto moderno y determinó también una connotación cualitativa posterior, la de la exclusividad. Hoy sabemos que esta cualidad específica de la relación hipnótica es una peculiaridad del rapport hipnótico, por la que solamente el magnetizador que lo ha establecido con la persona puede mantenerse en comunicación con ésta en el transcurso del trance (p. 20-21).

Noizet (citado por Nardone, Et. Al., 2008), destacó la fuerza ejercida por la sugestión, la cual era capaz de crear una expectativa favorable y una confianza recíproca entre magnetizador y paciente, estas conclusiones fueron retomadas tiempo después por Liébeault y junto a las contribuciones de Faria, constituyeron los presupuestos teóricos generales de la escuela francesa de hipnosis, la Escuela de Nancy.

Charpignon (citado por Nardone, Et. Al., 2008), introdujo el concepto de sugestión hipnótica, que significa que el hipnotizador da en el estado de trance, pero que se realiza por la persona al despertarse.

Braid (citado por Nardone, Et. Al., 2008), se opuso a la teoría de los fluidos de Mesmer, ya que consideraba al trance como un fenómeno de naturaleza puramente psicológica debido a la sugestión, definió el fenómeno utilizando el término neurohipnotismo o sueño nervioso. También consideraba que para que el estado hipnótico se instaurara era determinante la concentración, a la que denominó monoideismo, describiéndolo como un mecanismo psicológico necesario para poder volver a la imaginación tan vivida que hiciera que una idea, espontánea o sugerida, asumiera para la persona el valor de una experiencia real.

La primera publicación científica en hipnosis la llevó a cabo Pétetin en 1787, cuyo título fue “Reporte del descubrimiento de los fenómenos sobre la catalepsia y el sonambulismo”; en Paris (Olness y Kohen, 1996).

En 1843 el médico inglés, Elliotson (citado por Edmonston, 1986), el primer médico que utilizó el estetoscopio, publicó “The Zoist, A Journal of Cerebral Physiology and Mesmerism and their Applicatons to Human Welfare”. Elliotson sufrió el rechazo de los médicos de su tiempo, sin embargo sembró la inquietud en otro colega, Esdaile, un cirujano que trabajaba en la India, donde practicaba el magnetismo, para asistir las cirugías, y reportó haber usado éste método en trescientas intervenciones quirúrgicas mayores, consiguiendo una disminución de la mortalidad del 50% a tan solo el 5%, así como los hechos de que los pacientes se recuperaran antes, tenían mayor resistencia a las infecciones y reportaron mayor comodidad posquirúrgica.

Liébeault (citado por Nardone, Et. Al., 2008), médico rural quien creyó en el hipnotismo y lo practicó con sus pacientes, llegó a la conclusión de que el sueño hipnótico no era distinto del natural, solo se diferenciaba porque podía

ser inducido mediante el uso de la sugestión, haciendo que la persona enfocara su atención en la idea del sueño.

Bernheim (citado por Nardone, Et. Al., 2008), opinaba que la hipnosis se debía a la sugestión, definiendo a la sugestión como una disposición para transformar una idea en acción, y la consideraba como un estado de acentuación de la sugestionabilidad inducido por sugestión, que se encontraba presente en cualquier persona aunque en diferente medida. Concluyó que los mismos resultados obtenidos con la hipnosis se podían lograr con el uso de la sugestión en un estado de vigilia, dicho procedimiento después sería denominado psicoterapia por la Escuela de Nancy.

Por otra parte en la misma época Charcot (citado por Nardone, Et. Al., 2008), otro renombrado neurólogo, quien dirigía la escuela francesa de hipnosis Salpêtrière de París, consiguió que la terapia hipnótica fuera aceptada por L'Académie des Sciences.

Quedan de esta forma constituidas las dos escuelas principales de la Hipnosis que siguen en vigor en la actualidad (Tinterow, 1970):

- 1) La Escuela de la Salpêtrière, con un enfoque directivo, llamada también hipnosis clásica o tradicional.
- 2) La Escuela de Nancy, con un enfoque naturalista, a la que pertenece la hipnosis ericksoniana. Para esta escuela, el estado hipnótico de trance, es un fenómeno totalmente natural, basado en la sugestión y la imaginación. Bernheim, cofundador de esta escuela junto con Lièbault, definieron el estado de trance como la inducción de un estado peculiar, en que la susceptibilidad a sugestionaciones se incrementa.

Janet (citado por Nardone, Et. Al., 2008), quien estudió con Charcot y también en la escuela de Nancy, conceptualizó la hipnosis como una forma de disociación (Mutter, 1985), le llamó así al fenómeno de disociación en un estado de trance, lo que llevaba al desarrollo de un núcleo subconsciente y la hipnosis facilitaba su aparición. Destacó la importancia de la utilización de los recursos personales del paciente hipnótico, dicho concepto naturalista es semejante a lo que posteriormente Milton Erickson definió como common everyday trance, el estado de trance natural y fisiológico que se verifica a diario en todas las personas.

En 1890, Charcot, consiguió que L'Academia des Sciences aceptara a la terapia hipnótica. Para 1891, el Dr. Baldwin, redactó el primer artículo científico en América sobre hipnoterapia "Sugestión en la infancia", el cual fue publicado en la prestigiada revista Science,

Otro alumno de Charcot fue Sigmund Freud, (citado por Edmonston, 1986), quien en 1895 publicó estudios sobre la histeria, en el cual reportó el uso de la hipnosis para descubrir la fuente de las reacciones conversivas. Freud se desencantó de la hipnosis porque creía que se necesitaba un estado demasiado profundo para que los pacientes encontraran la cura y además consideraba que interfería en los fenómenos de transferencia y contra transferencia terapéutica, así que abandona la hipnosis. Al final de su vida reconoce el valor de la hipnosis, pero sus seguidores continuaron descalificándola.

Milton H. Erickson (Havens, 1996), nació el 5 de Diciembre de 1901, en Aurum, Nevada, posteriormente se fue con su familia a Wisconsin, donde sus padres trabajaban una granja. Erickson vivió una infancia llena de padecimientos

físicos, pese a dichas enfermedades respiratorias, visuales, etc., a los 17 años se enferma de polio.

Para 1903, el Dr. Bramwell (citado por Abia & Núñez, 2012) publicó el libro "Hipnotismo: historia, teoría y práctica". Entre 1904 y 1906, Janet impartió conferencias y cursos en estados Unidos sobre hipnosis, el fenómeno del automatismo psicológico, en el que mediante la disociación surgen núcleos subconscientes de la personalidad. Más adelante Morton y Boris utilizaron la hipnosis en Boston para demostrar el fenómeno de la personalidad múltiple.

A principios de 1920, Hull (citado por Nardone, Et. Al., 2008), decidió escoger el camino de la metodología experimental para investigar la naturaleza de la hipnosis, a través de sus experimentos de laboratorio en la Universidad de Wisconsin, llegó a establecer el rol del hipnotizador, como una figura preeminente, y atribuyó valor a la sistematización de técnicas de inducción estandarizadas para utilizar en la investigación de laboratorio.

Mientras Erickson (citado por Havens, 1996), estudiaba en la Universidad de Wisconsin, experimentó un fenómeno espontaneo de autohipnosis, este suceso marcaría el inicio del interés de Erickson por la hipnosis. Erickson no conocía el término hipnosis ni en qué consistía hasta que observó una demostración de Hull, de ahí surgió su interés en saber acerca del proceso hipnótico y practicaba con las personas que se lo permitieran.

Sin embargo, Erickson (citado por Nardone, Et. Al., 2008), no concordaba en la postura establecida por Hull, debido a que Erickson atribuía importancia al complejo proceso interno que se desarrollaba en la persona que se encontraba

en estado de hipnosis y consideraba primordial adaptar los métodos inductivos de acuerdo con las características individuales de cada paciente. Erickson contribuyó con múltiples aportaciones a la hipnosis, desarrollando el enfoque naturalista, de conversación hipnótica, de técnicas indirectas y la orientación a soluciones. Estas aportaciones junto con las investigaciones de Hilgard, en la Universidad de Stanford, Orne, el trabajo clínico de Kroger y Wolberg, renovaron el interés en la hipnosis clínica aplicada a la medicina, la odontología y la psicoterapia (Mutter, 1985).

Erickson (citado por Havens, 1996), decidió consultar a otros catedráticos de la universidad, tales como el Dr. Blackwen del departamento de psiquiatría, y el Dr. Rees, del departamento de neurología. Los consultó para la realización de investigaciones acerca de las diferencias inherentes o básicas entre un sujeto hipnotizado y no hipnotizado. Al transcurrir dichas investigaciones Erickson concluyó sus estudios en medicina y en psicología, habiendo desarrollado una amplia experiencia y alto nivel de conocimientos en dichas áreas.

Para 1928, Erickson (citado por Havens, 1996), realizó su internado en el Hospital General de Colorado, donde tenía prohibido hablar acerca de la hipnosis, ya que se ponía en riesgo su estancia y titulación. Sin embargo, Erickson encontró la manera de continuar con los trabajos en hipnosis, estableciendo una asociación con el Hospital Psicopático Estatal de Colorado. Ahí obtuvo su residencia en el área de psiquiatría después de haber culminado su estancia y recibir su licencia.

Durante el año siguiente, Erickson (citado por Havens, 1996), fue un asistente médico en el Hospital Estatal para Enfermedades Mentales de Rhode Island, consecutivamente se uniría al Servicio de Investigación del Hospital Estatal en

Massachusetts. Cuatro años después se convirtió psiquiatra encargado del departamento de investigación. Posteriormente, de 1934 a 1939, fue director del departamento de investigación en psiquiatría en el Hospital y Enfermería Eloísa de Michigan; subsecuentemente fue promovido como director del instituto de investigación y formación psiquiátrica, puesto que dejó hasta 1949.

Durante la 2ª Guerra Mundial se popularizó el uso de la hipnosis como procedimiento anestésico (Mutter, 1985). Alrededor de los años cincuenta la hipnosis hace su entrada en los laboratorios de psicología experimental, lo que formalmente daría inicio al llamado periodo de hipnosis científica.

En 1948, Erickson (citado por Havens, 1996), por razones de salud se fue a vivir a Arizona, ahí comenzó a dar consulta privada en su casa, con el tiempo comenzó a enseñar y a conducir a personas interesadas en la hipnoterapia. Para 1957, Erickson, se volvió el fundador y presidente de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica y un año más tarde fundó la revista *American Journal of Clinical Hypnosis*.

Ernest Hilgard (citado por Ruiz & Santibáñez, 2008), en 1957 fundó el primer laboratorio de hipnosis en la Universidad de Stanford. Sus líneas de investigación fueron relacionar la hipnosis con variables como la edad, sexo, características de la personalidad. En 1959, Barber (citado por Ruiz & Santibáñez, 2008) quien estudio el efecto de la imaginación, las expectativas, las creencias y las motivaciones y emociones sobre la capacidad de ser hipnotizado, inició su laboratorio en la Fundación Medfield del Hospital del Estado de Massachusetts. Posteriormente, Orne (citado por Ruiz & Santibáñez, 2008) en 1960 estableció su laboratorio en la Universidad de Harvard, analizando los factores motivacionales de la hipnosis.

La fundación de los primeros laboratorios fue acompañado de la fundación de sociedades profesionales como la Society for Clinical and Experimental Hypnosis, la Internacional Society for Clinical and Experimental Hypnosis y la American Society of Clinical Hypnosis, todas acompañadas por revistas periódicas (Ruiz & Santibáñez, 2008).

En 1955 la Asociación Médica Británica, acepta a la hipnosis como una modalidad de tratamiento, seguida por la Asociación Médica Americana en 1958. La Asociación Psiquiátrica Americana en 1961 reconoce a la hipnosis como una disciplina de tratamiento. La Asociación Psicológica Americana creó una división de especialidad en hipnosis en 1969 (Schneck, 1985).

A partir de 1967, Erickson (citado por Havens, 1996), fue aumentando su reconocimiento por sus herramientas en psicoterapia además de sus habilidades en la hipnosis. Así mismo, sus publicaciones continuaron por un periodo continuo en el reflector, debido a sus técnicas esenciales de la hipnosis. Previo a su muerte en 1980, recibió honores por su labor realizada en el campo de la medicina, psicología y psiquiatría, pero en especial de la hipnoterapia.

La hipnosis del pasado se había basado en concepciones místicas, con el paso del tiempo la terapia hipnótica ha vivido un proceso de transformación, de igual manera se ha redimensionado el rol preeminente ejercitado por la sugestión y la hipnosis se ha vuelto cada vez más parecida a un proceso natural, capaz de respetar la cualidad humana de la persona y de restituírle en sus propios recursos (Nardone, Et. Al., 2008).

Desde el punto de vista psicoterapéutico, la nueva hipnosis, se fundó en este concepto naturalista del estado del trance, en donde se propuso que el hipnotizador dejara de representar una figura autoritaria y carismática, que aplica de forma artificial procedimientos rituales, el hipnotizador comenzaría ser una persona que se esfuerza en reconocer y respetar las características de la persona. El paciente, por su parte dejaría de tener un papel pasivo y sometido, para ser el protagonista activo del proceso inductivo en el que participa. El trance es una experiencia de relación, natural y fisiológicas, cotidiana antes que extraordinaria, capaz de movilizar recursos y capacidades que parecían inaccesibles. (Nardone, Et. Al., 2008, p.16)

Lejos de ser una forma de engaño o un mero truco de circo, aunque en no pocas ocasiones se ha utilizado de esta manera, la hipnosis es un procedimiento médico con unas indicaciones determinadas, un reconocimiento profesional y unos condicionantes que determinan su utilidad en el campo terapéutico. En la actualidad cada vez más profesionales de la sanidad emplean la hipnosis como método de tratamiento coadyuvante de otros.

En la actualidad la Internacional Society of Hypnosis, reconoce sociedades constituyentes nacionales, para regular el entrenamiento y el uso ético de la hipnosis. En nuestro país, la Sociedad Mexicana de Hipnosis es miembro de la Internacional Society of Hipnosis, y el instituto Milton H. Erickson de la ciudad de México es su filial. Por otra parte, la Milton H. Erickson Foundation, tiene sede en Phoenix, Arizona; igualmente abriga al Instituto Milton H. Erickson de la ciudad de México y es avalado por la UNAM.

### **2.3. BASES FILOSÓFICAS Y EPISTEMOLÓGICAS DE LA HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA.**

De acuerdo con Abia y Núñez (2012), dentro del proceso de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica, se utiliza durante el trance la filosofía sofista, socrática,, la filosofía de los cínicos, y la filosofía de Epicuro, a continuación se hará una breve descripción de qué es lo que se toma en la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica para la construcción del trance:

Los Sofistas (Heráclito e Hipócrates) quienes antecedieron a los Socráticos, propusieron el escepticismo, y ponían en duda la posibilidad de un pensamiento verdadero, de esta forma todos tenían la capacidad de conocer, en lugar de creer en algo o en alguien que otro impusiera. El conocimiento es dinámico y evoluciona, las certezas son puntos de vista que se deben seguir cuestionando. Por esta razón cuando se realiza una intervención hipnoterapéutica, con un fin estratégico se está comprometiendo con la filosofía sofista.

Por el contrario, para los Socráticos el bien residía en la verdad, y como consecuencia la verdadera virtud nos lleva a las verdaderas esencias eternas e inmutables. Dentro de los autores Socráticos más trascendentales se encuentran Sócrates, Platón y Aristóteles, acorde con ellos alguien recibía la revelación de la verdad y en su afán de “verdadero educador” los demás se debían ajustar a los juicios de esa verdad inmutable. Dicho poseedor de esta verdad rebelada, aplicando el “maniqueísmo” marcaba un parámetro arbitrario para indicar qué era lo bueno y lo malo, de esta manera se enseñaba a distinguir lo positivo de lo negativo.

De la Filosofía de los Cínicos, los cuales llaman a las cosas por su nombre, los Sofistas tomaron la disciplina de la pragmática, la cual se ocupa de estudiar cómo ocurren las cosas en lo cotidiano. Su perspectiva, es que si un conocimiento resulta fecundo para la acción y favorece alcanzar un fin, dicho conocimiento es útil, a pesar de que para algunos no resulte verdadero. El pragmatismo centra su atención en lo “útil” de los conocimientos, en vez de imponer una separación entre lo “positivo” y lo “negativo” que derivan del maniqueísmo, el cual separa la realidad entre lo “bueno” y lo “malo” en base a una verdad arbitrariamente impuesta a la que los demás deben ajustarse. Para el pragmatismo la solución del problema define al problema.

Por su parte el filósofo griego, Epicuro, propugnó por la búsqueda de una vida sana y feliz mediante la administración inteligente de placeres y dolores. Epicuro encontró el equilibrio entre el Hedonismo y el Estoicismo. El Hedonismo estableció que los deseos personales se debían satisfacer de inmediato sin importar los intereses de los demás. Los Estoicos, en cambio proclamaron que se podía alcanzar la libertad y la tranquilidad tan sólo siendo ajenos a las comodidades materiales, la fortuna externa, y dedicándose a una vida guiada por los principios de la razón y la virtud, con la actitud de tomarse las adversidades de la vida con fortaleza y resignación.

El propósito de la filosofía de Epicuro es que se realice de manera práctica más que teórica. De esta forma se debe procurar el sosiego necesario para una vida feliz y placentera en la que el placer hedonista estuviera sujeto a una ética que procurara el bienestar social, respetando la autonomía del individuo y que administrara el dolor inteligentemente. La filosofía Epicúrea proponía vivir para el placer sin que te cause daño y sin causar daños a otros, calculando la calidad, la cantidad y el tiempo, de esta manera se administraría el dolor, ni tanto placer que te pierdas ni tanto dolor que te paralice.

La Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica tiene compromisos filosóficos que se adquieren cuando se interviene desde una óptica estratégica (Núñez, 2000). El pensamiento estratégico, se define como una manera de enfrentar las dificultades de la vida enfocados básicamente en la construcción de soluciones, disfrute de la vida y trascender las experiencias para aprender de ellas (Abia & Núñez, 2003). Desde el punto de vista estratégico se renuncia a la búsqueda de la verdad y se centran los esfuerzos en la construcción de soluciones prácticas que permitan salir adelante de los enigmas que se presentan en la existencia, soluciones epicúreas que mantengan el equilibrio entre el placer y el dolor y que sean soluciones éticas que no lastimen a nadie y colaboren a la construcción de comunidades de bienestar. Enseguida se describen dichos compromisos epistemológicos de las intervenciones estratégicas:

- 1) **Construccionismo social.** Para conocer de qué manera la influencia social sostiene los círculos viciosos de poder en que está sometida la voluntad del paciente, para que el paciente deconstruya dicha influencia y ejerza el poder de su voluntad, proporcionando a su medio ambiente salud.
- 2) **Teoría general de los sistemas.** Permite conocer a nivel operacional en dos sentidos: a) con el fin de atender al ser humano en sus interacciones; y b) mediante el uso de la cibernética.
- 3) **Cibernética.** Estudia cómo los diferentes puntos de vista conforman percepciones distintas de una misma realidad.
- 4) **Teoría de la Comunicación Humana.** Proporciona los principios que rigen en los fenómenos de la información entre los seres humanos. Partiendo de que toda conducta comunica, es imposible no comunicar. Dentro de ésta, la Teoría del Cambio, que hace la diferencia entre el cambio de primer orden (reencuadre) y el cambio de segundo orden (contraparadojales).

- 5) Constructivismo. Erickson insistió en que la “realidad no existe, sino que se construye”. Así se puede dar sustento a la construcción de realidades interiores llevadas a cabo durante el trance.
- 6) Teoría Psicoanalítica, para comprender algunos de los procesos de lo que Erickson llamó mente inconsciente.
- 7) Teoría Existencialista, conocer la propia existencia en su devenir.
- 8) Teoría Narrativa, como disciplina dentro de la filosofía y la historia, con sus diversos niveles. Forma parte de la epistemología del lenguaje metafórico, como resultado de un conjunto de analogías organizadas en una trama.
- 9) Dentro de la epistemología de la introspección aplicable al uso de la hipnosis:
  - a) Mente Inconsciente, manejo automático de las funciones automáticas del cuerpo y de las emociones.
  - b) Filosofía Estoica, hay que tolerar la vida como es, quejándose lo menos posible y adaptándose lo más posible.
  - c) Filosofía Pesimista, la cual establece que tenemos un destino como espacio que no es posible cambiar.
  - d) Filosofía Optimista, a través de la experiencia es posible cambiar el destino.
  - e) Comportamiento Epicúreo, del placer como meta con el justo arte de calcular cuánto placer, cómo, cuándo, dónde, y por cuánto tiempo, ya que el Hedonista “hace lo que quiere” y el Epicúreo “quiere lo que hace”.

### **2.3.1. NEUROPSICOFISIOLOGÍA DE LA HIPNOSIS.**

La hipnosis ha sido estudiada desde una perspectiva científica desde hace más de 200 años. A partir de 1843, Elliotson (citado por Mutter, 1985), inició el uso de la perspectiva neuropsicofisiológica en la hipnosis, desde entonces cada

avance de esta ciencia es aplicado a la hipnosis con la finalidad de poder ampliar la comprensión de su funcionamiento en el cerebro humano, esto hace de la hipnosis la única disciplina en psicoterapia estudiada profundamente desde los efectos directos que produce en el comportamiento cerebral (Abia, 1999).

Desde las décadas de 1980 y 1990, se ha venido construyendo un modelo neuropsicofisiológico de la hipnosis, de acuerdo con el cual existe evidencia de un funcionamiento cerebral distinto al usual, cuando los sujetos se encuentran en estado hipnótico inducido.

Para definir la hipnosis desde el ángulo neuropsicofisiológico, más estrictamente científico, es indispensable partir de dos conceptos, sensación y percepción. La primera es el hecho simple de recibir información, sea esta interna o externa. La percepción es la integración y atribución de un sentido, o significado, a esa información recibida como un estímulo o serie de estímulos, dentro de una vivencia total (Ardila, 1980).

Para explicar la hipnosis, es necesario unir la idea de percepción, con la de conciencia y consciencia. Conciencia, se refiere a la capacidad de estar despiertos, alertas del mundo con los cinco sentidos. Consciencia, se refiere a la capacidad para reflexionar sobre nosotros mismos, diferenciando lo que ocurre en nuestro interior de lo que ocurre afuera, así como la relación entre lo interno y lo externo a través de procesos (Abia, 1999). Las variaciones de la percepción determinan lo que conocemos como estados usuales y estados alternativos de consciencia. Cuando la percepción varía dentro de una continuidad, considerada lógica, en base a las convenciones culturales, es decir, en base a la serie de respuestas convenidas por la mayoría,

estadísticamente más frecuentes y alentadas por el grupo social estamos en un estado usual de consciencia.

Por otro lado, si la percepción varía de modo tal que percibimos los estímulos de manera diferente a la convencional, siguiendo una lógica distinta de la lógica social, incluso dejando de percibir algunos estímulos, y con mayor variabilidad entre distintos individuos, o aún más percibiendo los estímulos de manera cambiante en el mismo individuo, entonces estamos ante un estado alternativo de consciencia (Abia & Robles, 1990).

En los estados alternativos de consciencia las experiencias pueden ser integradas o interpretadas en contextos nuevos, y relacionadas o integradas, con otros contextos, sin el modo habitual de intentar soluciones y con la sistematización de una manera diferente de construir soluciones. Los estados alternativos de consciencia se pueden dar naturalmente o inducirse de manera artificial. Los que en la actualidad se reconocen son (Ardila, 1982):

- 1) El estado hipnagógico (momentos previos al dormir).
- 2) El dormir.
- 3) El ensueño durmiendo (soñar durante el dormir).
- 4) El trance natural, o ensueño despierto (soñar despierto).
- 5) El trance inducido por música.
- 6) El trance hipnótico.
- 7) El estado inducido por diversas técnicas de meditación.
- 8) La privación sensorial (falta prolongada de estimulación de un sentido).
- 9) Algunos estados psicopatológicos.
- 10) Efectos de algunos medicamentos (anestesia).

## **11) Los efectos de intoxicaciones.**

Desde esta perspectiva, la hipnosis es concebida de manera distinta a los trances de la vida cotidiana, considerando que se le llama trance de la vida cotidiana a un estado de absorción de la atención hacia el interior de la persona y que se caracterizan por ser espontáneos, mientras que la hipnosis es un estado alternativo de consciencia que es susceptible de ser inducido a través de técnicas específicas, que se caracteriza por una absorción interna, concentración y atención enfocadas al interior de la persona (Hammond, 1995).

### **2.3.2. SIGNOS FÍSICOS DEL TRANCE HIPNÓTICO.**

Una vez que se le hace previamente la aplicación de una inducción de trance hipnótico bastará con la manifestación de una de las señales que a continuación se enlistan para considerar que el paciente está ya en trance hipnótico (Abia & Núñez, 2003):

- a)** Cambios en el color de la piel: de ruborizada a pálida o viceversa.
- b)** Movimientos involuntarios en extremidades, espontáneos o sugeridos.
- c)** Sensaciones en el cuerpo o en parte de ellas de pesadez, o ligereza, o partes del cuerpo que se sienten más grandes o más pequeñas, hormigueo, etc.
- d)** Deglución.
- e)** Movimiento de labios similar al chupeteo.
- f)** Variación en el rito y tipo de respiración.
- g)** Aparente aumento de tamaño del labio inferior.

- h) Relajación o tensión de la mandíbula.
- i) Aparente aumento de ojeras.
- j) Cambio en el tono muscular: de tenso a relajado o viceversa.
- k) Cambio en la temperatura del cuerpo o en parte de él.
- l) Con ojos abiertos: dilatación de las pupilas, mirada cristalina o “perdida”, cambio en el rito del parpadeo.
- m) Movimientos oculares rápidos o de rastreo con ojos cerrados, temblor involuntario de los párpados.
- n) Llanto, risa, y las particulares de cada persona.

### **2.3.3. CAMBIOS NOTABLES EN EL COMPORTAMIENTO DEL CEREBRO DURANTE EL TRANCE HIPNÓTICO.**

De acuerdo con los siguientes autores Crawford (1986, 1990), Mészáros, et al, (1978), De Pascalis (1989), Gruzelier (1984, 1987, 1991), Halama (1989), los cambios perceptibles en el comportamiento del cerebro durante el trance hipnótico son los siguientes:

1. Cambio en las funciones laterales del cerebro: aumento de la especificidad hemisférica izquierda o derecha, dependiendo de la tarea sugerida. Lo que esto trae es reducción del tiempo, aumento en velocidad, precisión y eficacia, requeridas para hacer una tarea.
2. Aumento de la capacidad de procesamiento de la información en el hemisferio cerebral izquierdo en sujetos diestros. Como consecuencia el sujeto adquiere un manejo más amplio de la información verbal, encontrando mejorías en: control del aparato motriz del lenguaje; mejor

comprensión de la lógica social; mejoría del pensamiento proposicional, es decir, en las fases de propuesta, análisis y utilización de la información; planeación, toma y ejecución de decisiones.

3. Inhibición de las funciones anteriores cerebrales mayor en el lado izquierdo. Esto provee al sujeto de una reflexión del sí mismo acorde más con lo individual que con lo social.
4. Aumento de la velocidad de procesamiento en el sistema nervioso autónomo. Permite al sujeto influir en la percepción del dolor; en su circulación sanguínea; en su temperatura corporal; y en su tono muscular.
5. Aumento de la actividad de la banda eléctrica de ondas Theta, asociada a una mayor habilidad en el manejo de la atención.
6. Aumento de la discriminación táctil en el hemisferio cerebral izquierdo. Mejora la percepción de texturas, bordes, temperaturas y volúmenes.
7. Aumento de la actividad posterior en el hemisferio cerebral derecho. Provoca la generación de percepciones internas con contenido emocional significativo
8. Incremento del flujo cerebral global durante hipnosis. Mejora la eficiencia del sistema nervioso central.

#### **2.3.4. PERSPECTIVA INTERACCIONAL.**

La hipnosis es científica y sistemática definida desde dos perspectivas, la neuropsicofisiológica y la interaccional. En la actualidad la corriente interaccional de la hipnosis está fundamentada en los fenómenos sociales que se dan en consulta, tanto de parte del hipnoterapeuta como del paciente (Kirsch & Lynn, 1995). Según esta visión la hipnosis es un procedimiento mediante el cual se producen cambios en las percepciones, pensamientos, sentimientos y

comportamientos del paciente, a través de la sugestión (Kirsch, 1994; Chaves, 1994; Fromm, 1994).

Estos autores plantean que no existirían en la hipnosis la inducción de un estado especial, sin una interacción particular en base al uso de una técnica que permite utilizar las habilidades disociativas, fantasía e imaginación de los pacientes, para cambiar su percepción del mundo e inducir la resolución de problemas. El generador de esta postura fue Erickson (citado por Abia, Et. Al., 2003), para quien los estados de trance cotidianos espontáneos, como los que suceden al poner el piloto automático al manejar el auto por una ruta conocida, sí constituyen genuinos estados hipnóticos que se pueden reproducir mediante la conversación.

Para el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, la hipnosis actúa en la interfase entre la Neuropsicofisiología y la interaccionalidad de la misma.

### **2.3.5. SINTAXIS DE LA MENTE INCONSCIENTE.**

De acuerdo con Abia & Núñez, (2003), la mente inconsciente posee una lógica diferente a la utilizada por la mente consciente. En trance hipnótico el paciente estará en contacto principalmente con la mente inconsciente, por lo que el terapeuta debe tomar en cuenta los siguientes aspectos en los que funciona la mente inconsciente:

**(A)** Principio del placer. Para la mente inconsciente el disfrute es sinónimo de seguridad y el sinónimo de seguridad es la comodidad durante el trance hipnótico.

- (B)** Lenguaje metafórico. La mente inconsciente se comunica a través de analogías, cuentos, metáforas, símbolos, recuerdos, colores, sonidos.
- (C)** Manejo del tiempo. En la mente inconsciente el tiempo se superpone, es decir, presente, pasado y futuro están juntos, por lo mismo se debe aclarar a la mente inconsciente lo que fue antes y lo que es de hoy en adelante.
- (D)** Condensación. La mente inconsciente tiene la capacidad de sintetizar un sinnúmero de experiencias en una palabra. Por lo que es importante utilizar las mismas palabras del paciente y las mismas formas de comunicación, de tal forma que el terapeuta evite imponer sus propias maneras de comunicación.
- (E)** El manejo del “no”. Se debe evitar el uso de la expresión “no” cuando se comunica con la mente inconsciente, debido a que ésta es incapaz de comprenderla, se puede sustituir con palabras, tales como: evitando, dejando de, con ausencia de o anteponiendo la palabra sin.
- (F)** Verbos. La mente inconsciente comprende los verbos en presente continuo, por lo que se deben de utilizar, por ejemplo: ando, viendo, caminando, corriendo.
- (G)** Las palabras que enfatiza el paciente. Es conveniente utilizar las palabras enfatizadas por el paciente en el transcurso del trance.
- (H)** Pronombres. Para la mente inconsciente el uso de pronombres le puede llegar a confundir, se debe utilizar el nombre propio del paciente y en ocasiones su nombre completo durante el trabajo de trance.
- (I)** Uso de: se puede hacer uso de adjetivos calificativos, refranes, doble sentido, rimas, el contenido de la poesía, para facilitar la tarea de la mente inconsciente.
- (J)** Secuencias numéricas sencillas. Para la mente inconsciente es importante llevar cuentas regresivas y progresivas que llevan a algún lugar o que regresan al paciente a algún recuerdo o lugar, se debe emplear los términos días, semanas, meses, etc.
- (K)** Opuestos complementarios. En la mente inconsciente la percepción de la realidad es circular donde los opuestos se complementan (confianza-

desconfianza, amor-odio, día-noche, vida-muerte), cuando se le dificulta a la mente inconsciente encontrar un opuesto complementario el paciente puede presentar dificultades para el manejo de las situaciones o cuando los opuestos lo atrapan en una trampa sin salida.

- (L) Voz hipnótica. El tono de voz tiene que ser monótono para inducir al trance al paciente, en ocasiones es necesario utilizar cambios en la entonación sobre todo para enfatizar algún aspecto.

### **2.3.6. FENOMENOLOGÍA DEL TRANCE HIPNÓTICO.**

La hipnosis se caracteriza por una serie de fenómenos cuya aparición confirma que se está en trance hipnótico, estos fenómenos son (Hammond, 1995):

- 1) Catalepsia. Incremento involuntario en el tono muscular.
- 2) Amnesia. Inhibición o disrupción de la memoria, puede ser espontanea o inducida.
- 3) Disociación. Desapego del ambiente externo inmediato, similar al sueño.
- 4) Analgesia. Disminución de la percepción del dolor.
- 5) Anestesia. Ausencia de la percepción del dolor.
- 6) Hiperestesia. Sensibilidad incrementada en el sentido del tacto.
- 7) Actividades ideosensoriales. Es la capacidad del cerebro para desarrollar respuestas auditivas, visuales, kinestésicas, olfatorias y gustativas.
- 8) Sonambulismo. Cuando se presenta se identifica que es uno de los niveles más profundos de hipnosis, en que la persona se mantiene con los ojos abiertos y sin embargo, se encuentra absorta en su interior.
- 9) Alucinaciones. Pueden ser positivas, es decir, percibir algo que no existe en la realidad exterior a la persona; mientras las negativas se refieren a dejar de percibir algo que está presente en la realidad exterior.
- 10) Hipermnesia. Capacidad incrementada de rememoración.

- 11) Regresión en edad. Puede ser parcial o completa, a la cual se le llama también revivificación.
- 12) Progresión de edad. Pseudo-orientación temporal hacia el futuro de la persona.
- 13) Actividad ideomotora. Es la capacidad de respuesta involuntaria de los músculos a pensamientos, sentimientos e ideas, por ejemplo la experimentación de levitación involuntaria de una de las manos o ambas.
- 14) Distorsión temporal. Es un método de sondeo rápido de áreas no advertidas o inconscientes, por ejemplo, utilizando señales involuntarias en los dedos de las manos para responder de manera afirmativa o negativa desde el inconsciente a preguntas que el Hipnoterapeuta hace al paciente.
- 15) Despersonalización. Olvido temporal de la propia identidad para enfrentarse a experiencias traumáticas.
- 16) Sueños inducidos. Estados oniroides, también a través de la hipnosis se puede influir en el contenido de los sueños.

### **2.3.7. TÉCNICA DE HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS.**

Nardone, Et. Al., (2008), realizan una amplia descripción de la técnica hipnótica ericksoniana, de dicha técnica la hipnosis ericksoniana estratégica individual para adultos toma aspectos, por lo que a continuación se describirá la técnica hipnótica ericksoniana para después proceder con la que concierne a esta investigación:

El concepto ericksoniano del estado de trance introdujo innovación, debido a que Erickson lo consideraba como un estado natural, que se verifica espontáneamente en diferentes momentos de la vida diaria, y que puede ser

inducido artificialmente por medio del hipnotizador. El estado hipnótico implicaba la pérdida de orientación frente a la realidad externa y el establecimiento de una nueva orientación frente a una realidad conceptual abstracta.

Se le da el término de hipnosis natural debido a que todas las personas tenemos la posibilidad de estar en contacto con nosotras mismas haciendo uso de capacidades naturales, como la respiración, la imaginación, el uso de las emociones, sensaciones, ideas, etc., (Vargas, González, Desatnik, Galicia, Espinosa, Suárez, Et. Al., 2004).

Erickson (citado por Vargas, Et. Al., 2004), menciona que la hipnosis es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales que cada individuo posee, ya sea para prevenir o enfrentar y resolver circunstancias problemáticas de la vida cotidiana. Esta comunicación se logra a través del trance hipnótico, el cual es un estado alterado de conciencia que permite a la persona ponerse en contacto consigo misma sin perder la conciencia y la capacidad de alerta.

Para la nueva hipnosis, es imprescindible restablecer al paciente en trance de su dignidad de persona activa y dotada de cualidad y potencial que el hipnotizador tiene el deber de investigar activamente, reconocer y respetar. Por otro lado, el terapeuta representa a un terapeuta que pone su poder al servicio del paciente, debido a que esta postura favorecerá que el paciente deje a un lado su resistencia para colaborar en la terapia, esto solo lo realiza cuando se siente reconocida su identidad y sus necesidades personales.

Erickson (citado por Vargas, Et. Al., 2004) menciona que el rapport es esencial para crear una relación bilateral en la que el hipnotizador está intensamente implicado, manteniendo un enfoque exclusivo frente a la persona. “La hipnosis es estimulada no inducida, al utilizar la palabra estimular se hace referencia a la esencia del proceso con el cual el hipnotizador construye las condiciones que activan o hacen emerger en el paciente componentes de trance latentes” (p.45).

Al hacer uso de la técnica hipnótica dentro del proceso terapéutico se facilita a la persona el poder conectar sus recursos naturales de bienestar y ponerlos al servicio de su crecimiento personal. De esta manera el tratamiento terapéutico con hipnosis permite que se lleve a cabo una terapia emocional breve y orientada a las soluciones. (Vargas, Et Al., 2004).

A continuación se presentará el modelo tradicional de hipnosis, el cual se basa en cinco fases lineales que describen el proceso de trance hipnótico según Nardone, Et. Al., (2008):

#### **a) MODELO TRADICIONAL.**

- 1.** Preinducción. En esta etapa el especialista construye la relación, define el problema, desmitifica la hipnosis y utiliza las pruebas clásicas de sugestionabilidad para valorar la capacidad hipnótica del paciente.
- 2.** Inducción. El especialista utiliza su repertorio hipnótico basado en sugerencias de relajación y fascinación.
- 3.** Profundidad. El hipnotizador aumenta la intensidad de la experiencia a través de técnicas específicas, tales como la sugestión directa.
- 4.** Terapia. El hipnotizador ofrece sugerencias directas.

5. Interrupción. El hipnotizador reorienta al paciente, le ofrece sugerencias constructivas y restablece la relación.

Durante las fases de inducción, profundidad y terapia, la relación se considera implícita con la mente inconsciente. La inducción hipnótica tradicional es lineal, de esta manera se instaura el trance.

El modelo ericksoniano, en cambio, es flexible y construido sobre el paciente. No es lineal, sino compuesto y articulado sobre varios niveles (Nardone, Et. Al., 2008).

Haley (citado por Vargas, Et. Al., 2004) define este enfoque como estratégico, debido a que es una terapia en la cual el terapeuta inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema.

A continuación se presentan las fases del proceso hipnótico de la hipnosis ericksoniana de acuerdo con Nardone, Et. Al., (2008):

#### **b) HIPNOSIS ERICKSONIANA.**

- (1) Fase I. Preparación del paciente / Orientación del paciente hacia el trance.  
Es una fase de preparación que predispone al paciente a pensar preferentemente en el estado hipnótico.
- (2) Fase II. Consiste en la observación del paciente, tiene un desarrollo transversal, en el sentido de que tiene que ver con el proceso terapéutico entero. Esta fase se prolonga durante toda la relación terapéutica.

- (3)** Fase III. Se formula la diagnosis hipnótica, que permite observar el comportamiento típico, se verifica en una persona determinada. Su finalidad es captar las características esenciales de la persona y valorar si ésta prefiere guiar o ser guiada, si está más orientada hacia un pensamiento concentrado o difuso.
- (4)** Fase IV. Se establece el rapport. El rapport permite al paciente sentirse comprendido y decidir, sobre la base de su propia experiencia.
- (5)** Fase V. Consiste en la concentración de la atención, se obtiene por lo general mediante la fijación de la mirada en un punto o en un objeto.
- (6)** Fase VI. Inducción del trance, la persona responde a las órdenes entrando en el trance con gran tranquilidad.
- (7)** Fase VII. Profundización del trance.
- (8)** Fase VIII. La ratificación del trance. Esta fase representa un momento significativo porque puede permitirles una nueva intuición.
- (9)** Fase IX. Utilización del trance. Para que el trance pueda traducirse en algo útil es necesario determinar los fenómenos hipnóticos y los recursos personales que constituirán la estructura del cambio al que la hipnosis debe conducir.
- (10)** Fase X. Consiste en la modificación de los comportamientos habituales. Es necesario dar al nudo el lugar adecuado a los intereses personales y emocionales de la persona.
- (11)** Fase XI. La reorientación del paciente, esta fase se considera delicada porque el hipnotizador se esfuerza en conducir a la persona fuera de la experiencia de un modo que no cause traumas al despertar. La reorientación se hace de un modo indirecto, que parece no estuviera sucediendo.
- (12)** Fase XII. La valoración del trance y de sus resultados, en esta fase se recibe de la persona algún breve comentario o sacar ventaja de la parcial continuación del trance, enviando algún mensaje indirecto que pueda ser útil a los fines que el paciente de había propuesto.

**(13)** Fase XIII. Despedida del paciente, el hipnotizador tiene el deber de continuar demostrando un interés y una capacidad de observación no menores a las presentes en las fases iniciales.

De acuerdo con el modelo ericksoniana, para poder guiar el proceso un hipnotizador realiza tres pasos (Nardone, Et. Al., 2008):

- a)** La observación: es el fundamento indispensable para construir una forma óptima de rapport con el paciente. Dicha observación permite al hipnotizador identificar los recursos peculiares de cada paciente, es decir, no solo se observan los que el paciente posee antes del trance sino los que la hipnosis hace surgir y que antes se encontraban profundamente calmados o escondidos.
- b)** Utilizar los recursos: Será el paciente quien dirija, quien indica los objetivos y el modo de alcanzarlos. Los recursos de las personas son las características de su personalidad, las costumbres, el modo de pensar, su mismo lenguaje y la capacidad de todos estos de modificarse en el transcurso del trance.
- c)** Crear las condiciones favorables al cambio: es necesario crear las condiciones favorables para que se pueda producir el cambio que la persona desea. Esto se puede lograr de dos maneras: 1) el terapeuta debe activar el inconsciente, para que éste le devuelva los recursos al paciente necesarios; 2) construir una fuerte expectativa de que algo importante puede suceder, de este modo la persona poco motivada encontrará buenas razones para activarse.

Para Erickson (citado por Nardone, Et. Al., 2008), en la hipnosis la atención se concentra en los detalles mínimos, que a primera vista pueden parecer

insignificantes, pero que proporcionan información para la comprensión de la persona.

### **2.3.7.1. PASOS BÁSICOS DE UN TRANCE HIPNÓTICO.**

Abia & Núñez (2012), de acuerdo con la epistemología y filosofía utilizados en los cinco pasos básicos que se manejan en la intervención de la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica de un trance hipnótico, son los siguientes:

- A.** Objetivo del trance. Epistemología personal del paciente: constructivismo y construccionismo social, así como la ubicación del paciente en su mapa sistémico.
- B.** Inducción del trance. Generar introspección existencial y advertencia amplia del mundo interno. Cálculo epicúreo del manejo del placer y el dolor.
- C.** Realidad interior del problema. Expresión estética de la dificultad a tratar en el trance. Se hace uso de la Filosofía Pesimista. La expresión constructivista de la dificultad y la construcción social que sostiene el problema percibiéndolo desde afuera. Se aplica la disciplina de la pragmática para separar lo útil de lo inútil.
- D.** Sugestiones de solución. Expresión estética de la solución. Se usan la Filosofía Optimista, la Deconstrucción y Constructivismo. Reubicación del paciente en el mapa sistémico representacional. La disciplina de la pragmática permite aplicar lo “útil” en la construcción de la solución.
- E.** Cierre. Sofísticamente se persuade a la mente inconsciente de que ha habido un cambio. Epicúreamente se dirige a la mente inconsciente a calcular el dolor y el placer en el proceso posterior al trance. Equilibrio epicúreo entre la filosofía pesimista y la optimista. Reubicación estética para que el poder de la representación favorezca al sostenimiento del cambio

construido mediante las sugerencias post-hipnóticas; y reubicación sistémica del paciente que sustenta el proceso de cambio.

Los cinco pasos básicos de un trance hipnótico de acuerdo con el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México son (Abia & Núñez, 2003):

- 1) **Objetivo del trance.** Es la parte más elaborada del diseño de un trance, por lo que se recomienda que queden cubiertas las tres preguntas básicas de un objetivo: 1) ¿Qué quisieras resolver?, 2) ¿Cómo lo considerarías resuelto?, 3) ¿Cómo te darías cuenta que en este trance diste un paso importante en la solución que buscas?. El objetivo del trance comprende la primera parte de la sesión, en la cual se efectúa la entrevista terapéutica y el paciente comienza a tomar decisiones, de acuerdo con el estilo comunicacional del paciente. Se debe tomar en cuenta si la comunicación es paradójica, explorar en qué consiste la trampa en la que se encuentra el paciente; si se trata de una situación interaccional con otra persona, colocar la solución en el paciente y que deje de depender de que el otro cambie; verificar si se puede utilizar una metáfora para la contención y/o comprensión de una emoción.
- 2) **Inducción de trance.** Una vez que se tiene conformado el objetivo se procede a la inducción del trance. Se hará uso de las técnicas con la finalidad de que el paciente ingrese al estado alternativo de consciencia llamado trance hipnótico. Una vez que se inicia el trance observar las señales fisiológicas del paciente para asegurarse que el paciente está consiguiendo ingresar en un estado de trance hipnótico.
- 3) **Realidad interior del problema.** Durante el trance hipnótico se le pide a la mente inconsciente del paciente la realidad interior del objetivo del trance. Se le menciona una lista de la muestra de posibilidades con que cuenta la mente inconsciente para expresar desde su interior la representación interna que hace del objetivo del trance.

- 4) Sugestiones de solución. En esta siguiente fase del trance hipnótico se comienzan a cubrir los puntos que dirigen la atención del paciente a la solución del problema.
- 5) Cierre de trance. En esta última etapa del trance hipnótico el Hipnoterapeuta se encarga de llevar al paciente a buen puerto y mediante instrucciones post-hipnóticas y tareas se enlazan con las subsecuentes sesiones de la entrevista en cuestión.

### **2.3.7.2. ENTREMEZCLADO DEL TRANCE HIPNÓTICO.**

El entremezclado, es una técnica hipnótica, que consiste en ir entretejiendo en un discurso dominante una serie de sugerencias que dan dirección al trance, la serie de las cuatro palabras debe de ser utilizada completa en todos los pasos de un trance hipnótico. Esta es una técnica que presenta el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México (Abia & Núñez, 2003):

- A. Saludablemente. Esta palabra es entendida en dos sentidos, en el literal y también como mente saludable. Se dirige a la mente inconsciente hacia la tendencia natural de salud y bienestar que poseen todos los seres humanos.
- B. Automáticamente. Se acepta que existen procesos en lo que se interviene conscientemente, por tanto se acepta que la mente inconsciente lo haga por sí misma. Se trabaja esta palabra en el sentido de mente automática, que es capaz de disfrutar, aprender y dirigirse hacia la salud y el bienestar.
- C. Disfrutando. Debido a que el principio que domina a la mente inconsciente es el placer, con esta expresión se cumple con la promesa de llegar a la solución lo más confortable posible. Además en la patología el malestar atrapa, así de esta manera la sugestión entremezcla la dirección hacia el bienestar fuera de la patología.

- D. Aprendiendo. Esta palabra da sentido a las experiencias, adentrándolas en un proceso más amplio de desarrollo de habilidades para la vida, así mismo, cuida durante las recaídas, ya que hace que entren dentro del proceso más amplio de recuperación.
- E. Protegidamente. Se utiliza en lugar de la sugestión disfrutando cuando se solicita una representación desagradable de problema o cuando el paciente reporta una experiencia displacentera durante el trance.

### **2.3.8. PREMISAS DE LA HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA.**

O'Hanlon (1989) menciona en su libro Raíces profundas, las siguientes aportaciones de Erickson a la hipnosis:

1. Orientación naturalista. Las personas tienen dentro de sí las capacidades naturales necesarias para superar dificultades, resolver problemas, entrar en trance hipnótico, y a través de experimentar los fenómenos del trance, hacer emerger capacidades naturales no advertidas.
2. Orientaciones indirecta y directiva. Erickson era directivo en el abordaje de los síntomas e indirecto en lo concerniente a la manera en que las personas desarrollarían sus vidas una vez suprimida la sintomatología, e incluso lo que tenía que ver específicamente con la resolución del síntoma.
3. Responsividad. Es la capacidad de respuesta con base en diferentes estímulos.
4. Orientación de utilización. Se utilizan las creencias, conductas, exigencias y características de modo que se facilita la terapia, entre estos elementos se incluyen los problemas y síntomas presentados, las creencias, los delirios y las pautas conductuales rígidas.

5. Orientación de presente y futuro. Se procura apartar a la persona del pasado, volcándola hacia el presente y el futuro, para encontrar un abordaje más orientado a soluciones.
6. Orientación a soluciones. Se orienta al paciente a reconocer las fuerzas de sí misma que la orientan a la solución, para poder desarrollarlas y utilizarlas.
7. Orientación hacia la mente inconsciente del cliente. Al inconsciente se acude por recursos, aprendizajes, soluciones y habilidades potenciales no advertidas o por construir.

Erickson (citado por O'Hanlon, 1989), no se orientaba hacia el problema, sino hacia la solución. Es decir, no se encontraba en pro de que se volviera la mirada hacia el pasado en busca de los orígenes del problema o de las limitaciones aprendidas de la persona. Por el contrario, se orientaba hacia las soluciones y fuerzas que existían en la persona en el presente, o que podían desarrollarse y utilizarse en el futuro.

De acuerdo con Erickson (citado por O'Hanlon, 1989), para que se obtengan resultados terapéuticos tanto el terapeuta como el cliente tienen que desempeñar sus papeles. La responsabilidad del terapeuta consiste en crear un clima, una atmosfera que favorezca el cambio. La responsabilidad del cliente es hacer algo, es el paciente quien realiza la terapia. De tal manera que, el terapeuta sólo proporciona el clima y el paciente tiene que hacer todo el trabajo.

Erickson (citado por O'Hanlon), observó que la conducta y el pensamiento de las personas están pautados con rigidez. Debido a esto, la hipnosis ericksoniana presenta tres concepciones principales para intervenir en las pautas:

- (1) Utilización de las pautas corrientes al servicio del cambio. Una de las piedras angulares del enfoque ericksoniano era la aceptación y utilización de las pautas de conducta y experiencia del paciente, por lo que se tiene que utilizar el lenguaje del paciente, sus intereses y motivaciones, sus creencias y marcos referenciales, su conducta, su síntoma o síntomas, y su resistencia.
- (2) Alteración o la obstrucción de tales pautas corrientes. Erickson utilizaba las pautas presentes copiando las pautas de conducta y lenguaje que sus pacientes ponían de manifiesto. Al empezar por copiar la conducta de los pacientes y por abordarlos en el marco referencial de ellos, el terapeuta o hipnotizador puede conducir a esos pacientes, de modo suave o sutil, en la dirección del resultado deseado.
- (3) Establecimiento de pautas nuevas. En los casos en los que Erickson no había podido establecer rapport con sus pacientes comenzó a establecer nuevas pautas en las vidas conductuales y experienciales de los pacientes. Utilizaba diversas técnicas, tales como la tendencia al sí (establecer un hábito o tendencia al acuerdo en pacientes para hacerlos más receptivos a las ideas y a la cooperación), la tendencia invertida (hacer que los sujetos nieguen con la cabeza cuando la respuesta que quieren dar es sí y que afirmen con la cabeza cuando la respuesta es no), y la tendencia al no (se le dice al sujeto que realice todo lo opuesto, el paciente tenderá a decir que no y al final realizará lo que el terapeuta sí desea que se haga.).

#### **2.3.8.1. APORTACIONES DEL INSTITUTO MILTON H. ERICKSON DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

En base a las premisas de la hipnosis Ericksoniana, el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, realizó aportaciones para favorecer el desarrollo tanto de la hipnosis como del paciente (Abia & Núñez, 2003):

1. Dos expertos en el consultorio (jeterarquía). Se hace un reconocimiento de que el paciente es experto en sí mismo y el terapeuta es experto en la técnica. Por ende, se conservará una relación de igual a igual con el paciente, en una perspectiva de trabajo en equipo, más que en una relación vertical en la que el terapeuta manda por sobre el paciente.
2. Relación 80/20. El paciente es responsable del 80% del esfuerzo y el terapeuta del 20%. El terapeuta es un acompañante que protege y dirige hacia el objetivo del trance, mientras que la mente inconsciente del paciente es quien encuentra o construye las soluciones.
3. Lista de metas para el tratamiento. Es indispensable contar con metas claras que permitan evaluar la eficacia del tratamiento.
4. Uso de la respiración. La mente inconsciente comprende muy bien los procesos naturales del cuerpo, debido a esto, la respiración funge como herramienta, la cual permite digerir las experiencias, renovar lo aprendido y dirigir a los procesos inconscientes hacia las soluciones.
5. Palabras de protección del trance. Son cuatro palabras que se utilizan como sugestión durante el trance: saludablemente, automáticamente, disfrutando (protegidamente) y aprendiendo.

### **2.3.9. FASES DE LA HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS.**

Abia & Núñez (2012), de acuerdo con la epistemología y los compromisos filosóficos en los que se basa la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica, dentro de las cinco fases del proceso hipnoterapéutico se utilizan de la siguiente manera:

- 1) Diagnóstico. Diagnosis quiere decir “circunvalar el conocimiento” como producto de la rama de la Filosofía de la “Gnosis”. Se basa en la Filosofía de la Estética y en la Filosofía del Pesimismo.
- 2) Diseño de la Estrategia. Se lleva a la mente inconsciente a una descripción de la Filosofía Cínica que lleva a una percepción pragmática del problema. Planeación sofista que define al problema desde su solución, persuadiendo al paciente para que realice los cambios necesarios para alcanzar sus metas.
- 3) Alcance de metas. Ejercicio de la Filosofía Optimista. Aplicación de la Teoría del Cambio, ya sea para conseguir cambios de primer orden o de segundo orden.
- 4) Cierre y seguimiento. Equilibrio pragmático del “pesimismo” y del manejo epicúreo del placer, planteamiento de problemas y soluciones basándose en su percepción estética y su gnosis advertida.

De acuerdo con el Instituto Milton H. Erickson (Abia & Núñez, 2003), las cinco fases por las que atraviesa la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos, son las siguientes:

- A. Primera fase: Diagnóstico. En las primeras cinco sesiones se investigan las metas que el paciente espera alcanzar con el tratamiento. El diagnóstico estratégico se hace en los siguientes niveles: nosográfico (es la descripción es actual, cognitiva, emocional y conductual que tiene el paciente, de la queja que lo trae a consulta), y nosológico (es una evidencia estadística de protocolos de tratamiento eficaces, eficientes y efectivos para el tratamiento de la queja que trae al paciente a consulta. Evidencia de trastornos mentales demostrables, contenidos en el DSM-IV-TR principalmente). El paciente se va entrenando en el uso de la hipnosis y va mejorando su desempeño en el transcurso de los ejercicios. El mismo terapeuta

comprende profundamente "cómo" funciona el problema y siembra sugerencias de la solución en la mente de inconsciente del paciente.

- B.** Segunda fase: Diseño de estrategia. La segunda fase se inicia cuando se ha recabado toda la información diagnóstica y el terapeuta puede ya hacer hipótesis del diseño estratégico del hipnotratamiento, el mismo terapeuta al estar ya suficientemente familiarizado con el mundo interno del paciente mediante la hipnosis, localiza los puntos de vista del paciente que requieren ser renovados, siendo el momento propicio para la aplicación de las técnicas que faciliten el cambio de punto de vista de la mente inconsciente del paciente. Se recomienda llevar a cabo una sesión "contraparadojal" para que el paciente se libere de la situación de tratamiento en que se encontraba. Se trabajan alrededor de tres sesiones.
- C.** Tercera fase: Alcance de metas. En la tercera fase se enfrentan directamente con hipnosis los síntomas que trajeron a consulta al paciente, se concretan las metas del tratamiento, la mente inconsciente aprovecha todas las sesiones previas en que se sembraron sugerencias y realidades interiores de solución. Se trabajarán alrededor de cinco sesiones.
- D.** Cuarta fase: Consolidación. En esta cuarta fase se consolidan los cambios conseguidos, el paciente tiene la oportunidad de hacer una revisión de todas las sesiones anteriores. En esta fase se cumple con un principio básico del enfoque estratégico, el cual consiste en "definir el problema desde su solución", para ello como estrategias no se tiene que responder a la pregunta del paciente de ¿por qué le pasa esto?, como terapeutas se debe observar cómo funciona el problema y una vez que en el hipnotratamiento el paciente se haya percatado de su solución, de sus cambios será él mismo quien se responda esa pregunta.
- E.** Quinta fase: Cierre y seguimiento. Erickson decía que la terapia debía ser llevada a la vida del paciente, y precisamente finalizar un tratamiento la mente inconsciente se ve enriquecida por las sugerencias hipnóticas para concretar los alcances obtenidos. En esta etapa se aplica una técnica metafórica, la cual resumirá todo el proceso hipnoterapéutico para facilitar a

la mente inconsciente del paciente el acceso a las habilidades desarrolladas para que continúe disfrutando de los beneficios del hipnotratamiento. Se recomienda llevar un seguimiento a transcurrir de dos a cinco años posteriores al hipnotratamiento, éste se puede realizar al hacer contacto con el paciente mediante una llamada telefónica, con la finalidad de indagar y verificar que la vida del paciente se encuentra saludable. Para esta fase se contempla una sesión aproximadamente.

## **CAPÍTULO II. MÉTODO.**

### **1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

La presente es una investigación cualitativa.

De acuerdo con Hernández, Et. Al. (2008):

En la investigación cualitativa se plantea un problema, se utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas a la investigación en el proceso de interpretación, el proceso de indagación es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación (p.8).

### **2. PARTICIPANTES.**

Se trabajó con una mujer de 38 años, estudiante de danza, que vive en unión libre, con una hija adolescente.

### **3. ESCENARIO.**

La investigación se llevó a cabo en un consultorio, el cual contó con la iluminación, ventilación y mobiliario adecuado para que se desarrollaran las sesiones de hipnosis.

### **4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

En la investigación se trabajó con un estudio de caso a partir del modelo circular de un solo caso, con el cual se pudo llevar un seguimiento de qué fue transcurriendo a lo largo del tratamiento, se obtienen datos de cómo se inicia el tratamiento, cómo se irá desarrollando el tratamiento y finalmente cómo se finalizará el tratamiento.

Se empleó el modelo circular de un solo caso, dicho modelo que fue propuesto por González, Et. Al. (2001):

Está diseñado para comprender la relación entre diferentes variables a lo largo del tratamiento psicoterapéutico. Esta relación entre distintas variables ampliará la comprensión teórica de una determinada psicodinamia o bien el conocimiento sobre las variables que intervienen en el tratamiento incluyendo la

contratransferencia del terapeuta o variaciones, sistemáticas sobre una técnica determinada. (p.23)

El modelo circular de un solo caso se trabajó en cinco fases:

- 1) Primera etapa: fase diagnóstica.
- 2) Segunda etapa: diseño de la estrategia.
- 3) Tercera etapa: alcance de metas.
- 4) Cuarta etapa: consolidación.
- 5) Quinta etapa: cierre y seguimiento.

Así mismo, se aplicaron los siguientes instrumentos para integrar el caso:

### **1) Historia clínica.**

Se realizó con el objetivo de obtener datos relevantes de la paciente, que pueden ser de utilidad a lo largo del tratamiento. Existen preguntas que aportan información selecta, cómo: si se encuentra tomando algún tipo de medicamento, si ha asistido anteriormente a terapia, si considera que alguien le ha hecho algún daño irremediable y viceversa, si ha notado algún cambio significativo en su estado de humor, entre otras (Anexo 1). El formato de la historia clínica pertenece al Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México.

### **2) Reporte de sesiones.**

Tienen como finalidad reportar el desarrollo de la sesión, la motivación del paciente para su terapia, su percepción después de terminado el trance y el

desarrollo de las tareas. Se realizó una descripción amplia de lo acontecido durante las 15 sesiones del tratamiento (Anexo 2). El formato del reporte de sesiones pertenece al Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México.

### **3) Evaluación de Objetivos del paciente para el tratamiento.**

Es el paciente quien desde la primera sesión redactó sus objetivos de terapia y los evaluó, al término del tratamiento los volvió a evaluar, con esto se obtuvieron datos estadísticos para corroborar el alcance del tratamiento (Anexo 3 y 4). El instrumento de la Evaluación de Objetivos del paciente para el tratamiento pertenece al Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México.

### **4) Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).**

Dada la importancia de la ansiedad y la depresión en el tratamiento del dolor crónico, se utilizó la versión en castellano de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), fue creada por Zigmond y Snaith (1986), la cual se encuentra conformada por 14 ítems, de esta manera permite detectar trastornos de ansiedad y depresión. El contenido de la escala está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas (ansiedad y depresión) de 7 ítems intercalados. (Anexo 5). Dicha escala se utilizó para confirmar la eficacia de la hipnoterapia en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión. El instrumento pertenece al Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México.

## **5) Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).**

Se realizó el examen multiaxial del paciente durante la fase del diagnóstico, y al término del tratamiento se realizó la EEAG, para tener cómo referencia si de acuerdo a la clasificación del DSM-IV, la paciente había presentado alguna disminución de los síntomas después de haber finalizado su tratamiento de hipnoterapia (Anexo 6). El instrumento pertenece al Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México.

## **CAPÍTULO III. RESULTADOS.**

### **1. DESCRIPCIÓN DEL CASO.**

Fernanda es una mujer de 38 años, vive en unión libre con Roberto desde hace 19 años, tiene una hija adolescente llamada Verónica. Por el momento se encuentra estudiando la licenciatura en danza, está en el penúltimo semestre. En ocasiones trabaja supliendo a compañeras dando clases de danza e impartiendo clases de artes plásticas a niños con Síndrome de Down.

Fernanda nació en la ciudad de México, es la segunda hija, de tres hijos. Su vida familiar era con sus hermanos o con su abuela y tíos maternos, debido a que sus padres en ocasiones tenían trabajo fuera de casa.

Fernanda menciona que se recuerda en su infancia “feliz”, por lo menos hasta los seis años. Dice que jugaba con su hermano mayor, que la relación con él era cercana y entre ambos se protegían. Recuerda que cuando tenía seis años nació su hermano menor, y que a partir de ahí no se recuerda feliz debido a una situación de abuso por parte de su padre. Menciona que su padre por las noches entraba al cuarto donde dormían ella y su hermano menor, su padre se acostaba en la cama y se comenzaba a frotar. Menciona que ella ante dicha situación se quedaba quieta, se hacía la dormida.

Fernanda menciona que la relación de sus padres no era cercana ni afectuosa, que cuando su padre salía de la ciudad, su madre tenía “pretendientes”, a los

cuales llevaba a la casa y ahí se quedaban el tiempo que su padre estaba ausente. Fernanda dice que recuerda que ella y su hermano mayor molestaban a los señores que estaban con su madre.

Su abuela materna al percatarse de la situación de su hija y sus nietos, se lleva a sus nietos a vivir con ella en el tiempo en que su yerno estaba ausente. Dice Fernanda que ella estaba tranquila en casa de su abuela materna y ahí convivía con sus tíos maternos, dice que los recuerdos que tiene de esa etapa de su vida son de atención, cariño, comunicación, felicidad, de una familia. Sin embargo, durante el tiempo que estuvo en casa de su abuela materna presentó un problema al retener sus heces por mucho tiempo, expresa que ella iba al baño hasta que le decían “huelas feo, huelas a popó”. Fernanda dice que no sabe a qué se debía que ella retenía tanto tiempo sus esfínteres, y que fue algo que le ocasionó malestares en su intestino grueso, que derivó en un estreñimiento crónico. Ahora en su vida adulta, Fernanda presenta estreñimiento cuando se encuentra viviendo demasiado estrés.

Fernanda regresa a vivir a casa de sus padres cuando tenía 12 años, a petición de sus padres. Menciona que cuando ella regresa su padre intenta abusar de ella nuevamente, y dice que en esa ocasión se levantó de su cama para que su padre no pudiera tocarla. Comenta que iniciando la secundaria al conocer a distintos jóvenes, intenta ser “como las demás”, recuerda que sus compañeras de clase usaban la falda del uniforme más arriba de la rodilla, que tenían distintos novios, que se besaban, y se dejaban tocar por ellos. Ella recuerda que ella era una persona tímida, introvertida, tenía pocos amigos, algunos eran hombres y eran compañeros de su hermano mayor no eran amigos que ella hiciera. Y que al ver el comportamiento de las mujeres ella comenzó a sentirse menos, decide ser igual a sus compañeras, así conoce a un joven, de quien se hizo novia, dice que se sintió aceptada y parte dé, pero que todo cambio

cuando su novio al estarse besando le tocó sus senos. Ella dice que a partir de ese día comenzó a sentir un conflicto, debido a que el comportamiento de su novio la hizo recordar lo vivido con su padre, y que ella se sentía mal, se sentía decepcionada de ella misma, ella sentía náuseas; se fue de la casa a los 13 años, porque su papá era “muy violento con sus hermanos”, ella se sale a andar por la calle, buscó ayuda en un hospital con unas monjas y esa salida fue “el parte aguas”, puesto que la llevaron al Ministerio Público, ella decía que se había ido porque lo necesitaba, en ese momento no dijo nada a las personas que la interrogaron, y regresa a su casa. A partir de ese momento su padre no intenta tocarla y deja de entrar a su cuarto por las noches.

Fernanda, desde ese momento se vivía diferente, no se sentía atractiva, en la secundaria subió de peso, comenzó a comer en grandes cantidades y a cualquier hora, se quedaba dormida largas horas, no tenía ganas de hacer ejercicio o cualquier actividad que requiriera energía, de su casa se iba a la escuela sin tener relaciones sociales con sus compañeros, académicamente era un alumna de bajo promedio. Después de vivir ésta y otras decepciones amorosas debido al peso corporal que había adquirido se refugiaba en ella misma, dice que a partir de ahí le agradan los momentos de soledad, el caminar en la oscuridad o en un bosque. A los 16 años le dicen que tiene dismenorrea, le dijeron que tenía sangrado abundante, ella lo manejaba con una dieta naturista, debido a que para esa edad su madre ya la había llevado con distintos médicos para que bajara de peso.

Fernanda, dice que ella recupera su peso al finalizar su educación preparatoria, y fue en ese período cuando comienza a tener interés en los hombres, y pone más énfasis en su aspecto personal, dice que comienza a realizar actividades físicas como correr o largas caminatas, mejora su aseo y arreglo personal. De esta forma ella logra adquirir confianza en ella misma para entablar

comunicación con distintas personas. Decide estudiar artes plásticas, durante sus estudios profesionales conoce a Roberto, su esposo, se conocen a través de un amigo en común. Fernanda dice que se interesa en Roberto, porque es un hombre que cuida de su salud, hace deporte, coinciden en una forma de pensar en cuánto al estilo de vida enfocado a lo natural. Fernanda dice que con Roberto se comenzó a sentir bien, atractiva, atendida, y deciden iniciar una vida juntos en unión libre. Al poco tiempo de comenzar su vida como pareja Fernanda se embaraza, y juntos toman la decisión de buscar un lugar tranquilo donde puedan vivir y criar a su hijo. Ambos decidieron vivir en Morelia, buscaron una casa ubicada en el centro de la ciudad, la cual rentan desde que llegaron. Dice que para ella es como si la casa fuera propia, debido a que la señora que les renta les ha dado las posibilidades para que modifiquen la casa al gusto de ellos. Fernanda comenta, que algún día le gustaría comprarle la casa a la señora para que fuera de ellos, y así ella pudiera hacer uso de las otras áreas que la señora renta, para usarlos como salones para impartir clases de baile particulares.

Naciendo su hija Verónica, Fernanda se dedica al cuidado de su hija hasta que su hija entra a la secundaria. Fernanda se percata que ha dedicado su vida a su familia, menciona que se encuentra algo insatisfecha de no ejercer su profesión, y comienza a laborar como maestra de artes plásticas algunas horas, poco a poco va conociendo personas a través de las cuales se interesa en estudiar danza, y a la edad de 35 años, decide hacerlo, se inscribe en la Facultad de Bellas Artes en el área de Danza.

Menciona que este proceso fue difícil debido a que su familia comenzó a reclamar el que ella se ausentara de casa, y ella al mismo tiempo se sentía fuera de lugar al estar estudiando, dice que miraba a sus compañeros jóvenes, sólo unos cuantos años mayores que su hija, y se preguntaba si estaba haciendo lo correcto. Fernanda dice que a partir de ahí comenzó a tener problemas con Roberto, debido a que ella veía que su cuerpo tenía limitaciones

en cuanto a la flexibilidad, ella llegaba a casa a realizar los ejercicios que había aprendido y se lastimaba practicando, debido a que ella se exigía a sí misma. De esta forma terminaba agotada sin ganas ni humor para realizar nada, Roberto por su parte le reclamaba el aseo de la casa, los alimentos, y que ya no hacían actividades juntos como pareja. Surge en Fernanda la idea de hacerse daño porque no se creía suficientemente buena, se alejaba, se iba a un lugar donde nadie supiera de ella donde nadie la conociera esto lo hizo tres veces. Para ella fue muy importante porque se vio frente a ella, “me hizo ver que lo malo no estaba dentro de mí, siempre resolví y solucione, me mostraba parte de mí, quiero tanto el bosque o el andar sola o la oscuridad porque una parte de mí se revela como el que no dependo de la historia que tengo para ser quien soy. Quisiera sentirme así que se revele quien soy sin importar la historia que tengo”.

Fernanda menciona que la relación tanto con su esposo como con su hija es difícil, que ella observa que su padre y su hija tienen mejor relación que ella con su hija; dice que le gustaría que la relación con su hija mejorara pero que no sabe cómo acercarse, debido a que ella no tuvo una relación cercana con su madre. Comenta que ha intentado hablar con su hija acerca de sus intereses de sus gustos y que le ha funcionado pero que llega un momento en que ambas discuten, no llegan a un acuerdo, dice que ella castiga a su hija diciéndole que no puede salir con sus amigos, que tiene responsabilidades en casa y que su hija le reprocha que como le dice eso cuando Fernanda no pasa tiempo en casa, que ya no conviven como familia, y la culpa de las discusiones que tiene con su padre. Fernanda dice que últimamente la relación con su esposo es problemática, que no hay día que no discutan, y el hecho de que su hija la culpe a ella la hace sentir mal, como una mujer no suficiente para esa familia. Menciona que la situación con su esposo se ha tornado tan difícil y distante, que Fernanda ha llegado a pensar en salirse de su recámara y cambiarse a un cuarto que tienen en la parte trasera de la casa, menciona que Roberto le ha mencionado la posibilidad de que él inicie una relación sentimental con otra

persona, dice Fernanda que ante esta posibilidad ella lo que quiere hacer es buscar su propio espacio ahí mismo en su casa y si Roberto decide estar con otra persona pedirle que se salga de la casa.

Fernanda comenta que la relación que tiene con sus padres es distante, que en ocasiones en periodo vacacional va a visitarlos unos días, pero que la relación entre ellos no es cercana. Menciona que con sus hermanos tiene poca comunicación, que ya cada uno tiene su familia y su trabajo, que se llegan a reunir en fechas especiales como Navidad, pero que la convivencia ya no es como cuando ellos eran niños. Dice que con quien tiene más distancia es con su hermano menor, ya que con su hermano mayor llegan a platicar de cómo les ha ido en sus trabajos, con su familia y a recordar anécdotas de cuando eran pequeños.

Fernanda menciona que por el momento consume medicamento debido que en su entrenamiento de danza se ha llegado a lesionar el tobillo o la espalda, y en ocasiones los dolores son poco tolerables. El medicamento que ingiere por el momento es: Diclofenaco, Ranitidina y Paracetamol, por los siguientes 12 meses. Ingiere estos medicamentos debido a lesiones ocasionadas por su entrenamiento en danza, menciona que le duelen las articulaciones en la parte del tobillo o las rodillas y que por eso los ingiere constantemente; comenta que la Ranitidina la toma porque el Diclofenaco es muy fuerte para ella y su estómago.

Fernanda se vive como víctima, siente que sus compañeros de la licenciatura se dan cuenta de su situación de vida y por lo mismo no se relaciona con ellos, su vida se basa en controlar todos los aspectos de ésta, desde su vida familiar (cuestiones de su pareja, decisiones de su hija Verónica). Tiene miedo de que en algún momento llegue a ejercer su poder y abusar de él y causar daño, al igual que a ella se lo hicieron. Constantemente vive períodos de ansiedad y depresión en donde come en demasía o deja de comer, realiza ejercicio aún

cuando se lastima y siente dolor intenso, duerme en ocasiones los fines de semana, menciona que tiene días en los que no puede conciliar el sueño y al no poder dormir comienza a comer, después tiene días en los cuales se preocupa por su condición alimenticia y restringe su dieta, tiene deseos de salir de su casa de alejarse de todo, de ir al bosque y refugiarse ahí solo con ella, no tiene interés en su aseo y arreglo personal, no tiene deseo sexual, le molesta que Roberto quiera tener relaciones con ella sin su consentimiento, ha dejado su vida social, si sus compañeros de clase la invitan a salir ella les dice que no puede, dice que prefiere quedarse en su casa a descansar, sale pocas veces con su esposo y su hija como familia, incluso ha llegado a pensar en si va a terminar sus estudios, dice que si su cuerpo ya no le permite ejecutar los pasos de danza no va a poder concluir su carrera, y que por su edad nadie la va a contratar como maestra de baile, piensa que decidió estudiar como una forma de salir de su casa sin tener que ir al bosque a refugiarse.

Menciona que anteriormente estuvo en proceso terapéutico con su pareja, de manera individual y como pareja, y siente que en estos momentos tiene asuntos pendientes por trabajar.

Acude a hipnotratamiento porque vive una situación de abuso con un “chamán”, dice que una compañera de la licenciatura le dijo que acudiera con alguien que le diera masajes en la espalda, debido a que Fernanda presentaba constante dolor en su espalda. Comenta que cuando acudió a la cita con el “chamán”, éste le pidió que se quitara la ropa y se acostara, dice que después comenzó a sentir como él quería abusar sexualmente de ella. Fernanda dice que este suceso le recordó lo que vivió en su infancia, y se preguntó si es lo que ella merece de alguna manera, dice que cuando ella no consentía tener relaciones sexuales con su esposo, él de todas formas tenía relaciones con ella.

Fernanda entra en un período en el que describe como “tristeza”, donde tiene sentimientos de huir de su casa, se siente mala, se siente sucia, se vive como una persona discapacitada, en donde no tiene apetito o su apetito se incrementa, en ocasiones tiene insomnio, pesadillas o duerme en demasía, pasa días sin asearse, pierde interés en saber acerca de su hija y su esposo e incluso de sus estudios. Comenta que hay ocasiones en que le gustaría perderse en el bosque y estar sola con ella misma, pero que en ocasiones le cuesta trabajo decidirse y lo que hace en su casa es quedarse en su cuarto o irse al cuarto donde tienen guardadas cosas que ya no usan.

## **2. RESULTADOS POR EJE TEMÁTICO Y CATEGORÍAS.**

### **EJE 1. TRASTORNO DISTÍMICO.**

#### **a) DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico de la paciente se obtuvo a través del resultado de la prueba de pre-test de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), donde se encontró que para ansiedad obtuvo 13 puntos y para depresión 11 puntos. De acuerdo al puntaje obtenido se infiere que hay presencia de ansiedad y depresión.

Posteriormente del puntaje obtenido en la escala, se procedió a realizar una evaluación multiaxial, después se corroboró el diagnóstico con el DSM-IV-TR.

Evaluación Multiaxial.

- EJE I – Trastorno distímico.
- EJE II – V71.09 Sin diagnóstico.
- EJE III – Lesiones en articulaciones (Diclofenaco, ranitidina, paracetamol), pérdida de memoria a partir de inicio en hipnotratamiento (se realizó estudios y todo está normal).
- EJE IV – abuso sexual en la infancia por parte de su padre.
- EJE V – EEAG = 58 (al inicio).

En lo que se refiere al DSM-IV-TR, se encuentra que la paciente cumple con los siguientes criterios:

- A. Estado de ánimo crónicamente deprimido informado por el sujeto, u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del día de la mayoría de los días a lo largo de 2 años como mínimo.
- B. Durante los periodos depresivos, están presentes como mínimo dos de los siguientes síntomas:
  - (1) Pérdida o aumento de apetito.
  - (2) Insomnio o hipersomnia.
  - (3) Falta de energía o fatiga.
  - (4) Baja autoestima.
  - (5) Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante un periodo de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No existen pruebas de un episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de alteración.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Por lo tanto, el diagnóstico de la paciente fue de trastorno distímico con los siguientes síntomas: estado deprimido expresado por la paciente, pérdida y aumento de apetito, insomnio e hipersomnia, falta de energía y fatiga, baja autoestima. Tales síntomas se habían presentado en la paciente por un período de más dos años.

## **EJE 2. HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA.**

### **a) FASES DEL TRATAMIENTO.**

#### **1) Primera etapa: Fase Diagnóstica.**

Para esta etapa de diagnóstico se procedió de la siguiente manera:

- Se le dieron a conocer las bases de la hipnosis a la paciente, así como la forma en cómo se iba a trabajar en las sesiones, dándole a conocer los cinco pasos básicos de un trance hipnótico: objetivo del trance, inducción de trance, realidad interior, sugerencias y cierre del trance.
- Se aplicó la entrevista de exploración para recabar información y conformar el expediente clínico de la paciente, se elaboró el genograma, y se establecieron los objetivos terapéuticos.
- Se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (pre-test).
- Se estableció el diagnóstico estratégico en sus dos niveles: nosográfico (como el paciente se percibe) y nosológico (evidencias de protocolos aplicados).
- La paciente realizó sus objetivos de terapia y los evaluó (pre-test). Estos objetivos los volverá a evaluar después de concluido el hipnotratamiento.
- Durante la fase de diagnóstico se trabajaron tres sesiones, las cuales comprendieron de la primera a la tercera sesión. La paciente decidió trabajar con su miedo a vivir el día cotidiano, elaboró un contrato de vida para cuidarse y una lista de consecuencias de su abuso.

## **2) Segunda etapa: Diseño de la Estrategia.**

Esta fase comprendió tres sesiones (de la cuarta a la sexta sesión). Se diseñó el tratamiento a seguir con la información obtenida en la fase diagnóstica, de tal manera que se buscaron técnicas hipnóticas con las cuales se pudieran abordar los objetivos de terapia. A través de una metáfora, la paciente trabajó el tema del abuso en su infancia; trabajó la diferencia entre depresión y tristeza, así como el enojo que de niña no se le permitió expresar en su casa, ya que esta emoción era un tabú.

## **3) Tercera etapa: Alcance de Metas.**

En la tercera fase, las técnicas hipnóticas se enfocaron en el alcance de metas, es decir, se observaron los cambios realizados por la paciente, para después reforzar los cambios visibles para ella, se detectó qué es lo que la paciente considera que le hace falta por trabajar. En esta etapa se trabajó con tres sesiones (de la séptima a la novena sesión), dentro de las cuales se trabajaron cuestiones difíciles o dolorosas para la paciente (el abuso que vivió en su infancia, el placer a vivir y a sentir, y el “dejar ir”, desprenderse de la otra persona).

## **4) Cuarta etapa: Consolidación.**

En esta etapa se consolidaron los cambios obtenidos, se fortalecieron estructuras psicológicas, con técnicas hipnóticas que tienen mayor profundidad a nivel inconsciente como consciente. Se trabajó con tres sesiones (de la décima a la doceava sesión), dichas sesiones fueron fundamentales debido a que se trabajó con el miedo y enojo, con su propia persona (como mujer) y con el hecho de la separación con su esposo.

## **5) Quinta etapa: Cierre y seguimiento.**

En esta etapa de cierre se comenzó a preparar a la paciente para el término de su hipnotratamiento, se utilizaron técnicas hipnóticas con las cuales la paciente pudiera prevenir una recaída, reconciliarse con su futuro y se dio la sesión para el cierre.

En la sesión de cierre, se utilizó una técnica con la cual se le presentaron a la paciente todas sus realidades interiores de problema y solución.

De igual manera que en la fase diagnóstica se le pidió a la paciente que contestara nuevamente la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), y que evaluara sus objetivos de hipnoterapia, así mismo se le pidió que contestara un formato de cierre de sesión donde redactó su testimonio durante su proceso y los actuales resultados que percibe.

Una vez que se concluyó con el hipnotratamiento se procedió a obtener el puntaje de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), se realizó la Escala de Evaluación de la Actividad Global.

### **b) EFICACIA DEL TRATAMIENTO.**

Para validar la eficacia del tratamiento se utilizaron los resultados de las pruebas aplicadas en un pre y post test de: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), Objetivos de Terapia y Escala de Evaluación de la Actividad Global. Se contó con el testimonio de la paciente en la fase de cierre (Anexo 7). Los resultados del post test se presentan a continuación en la tabla 3:

**Tabla 3. Pruebas aplicadas (pre test y pos-test).**

<b>Evaluación</b>	<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
<b>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)</b>	Ansiedad = 13 Depresión = 11 Presencia de ansiedad y depresión	Ansiedad = 4 Depresión = 0 Ansiedad y depresión en un nivel normal
<b>Objetivos de terapia</b>	<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
Superar el trauma de su abuso sexual en su infancia	2	8
Comprender los motivos que la hacen sentir odio, coraje, enojo	2	8
Mejorar su autoestima	2	8
Mejorar su vida sexual	2	8
<b>Escala de Evaluación de la Actividad Global</b>	Al inicio – 58	Al finalizar – 90

Los resultados de las fases del tratamiento se presentan a continuación en la tabla 4, 5, 6, 7, y 8:

### 3. RESULTADOS DE LAS FASES DEL TRATAMIENTO.

#### 1) Primera etapa: Fase Diagnóstica.

La fase diagnóstica fue el primer contacto con el paciente, por lo que en esta fase se utilizaron técnicas hipnóticas para introducir al paciente a lo que sería su hipnoterapia. Durante la fase diagnóstica se recabó la información necesaria para poder establecer un diagnóstico, con el fin de conocer la problemática de la paciente, así como saber qué objetivos tenía la paciente para trabajar durante su hipnoterapia, los resultados obtenidos se presentan en la tabla 4:

Tabla 4. Primera etapa: Fase Diagnóstica.

Primera etapa: Fase diagnóstica		
Sesión	Técnica hipnótica	Desarrollo de la sesión
1ª	"A través de un afecto"	<p>Durante esta primera sesión se le pidió que contestara la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), que pensará en sus objetivos de terapia y después los evaluará. Se procedió a hacer la entrevista de su historia clínica. Los objetivos elegidos por Fernanda fueron:</p> <p><i>"Superar el trauma del abuso sexual en mi infancia, comprender los motivos que me hacen sentir odio, coraje, enojo; mejorar mi autoestima, y mejorar mi vida sexual".</i></p> <p>Después del tiempo de exploración diagnóstica se procedió a utilizar una técnica hipnótica. Se le presentaron las técnicas básicas, de ellas Fernanda eligió "A través de un afecto", decidiendo trabajar el "miedo a vivir el día cotidiano". La paciente expresó:</p>

		<p><i>“Me da miedo vivir el día cotidiano. En los momentos en que me tengo que evadir me siento feliz, libre, capaz, como cuando estoy en el bosque. En mi casa, restaurantes o en la calle me siento ajena, como que no encajo, fuera de lugar, no le veo sentido. Por ejemplo, en el bosque siento que todo es armónico o cuando trabajo con los niños con síndrome de Down, siento que ellos me aceptan”.</i></p> <p>Fernanda agregó lo siguiente:</p> <p><i>“Me gustaría tener una disposición alegre, entusiasta para hacer las actividades, que cada día me sienta libre de angustia, temor y sin la necesidad de evadirme, quiero empezar a disfrutar estar con mi familia, primero conmigo misma, disminuyendo la ansiedad y el estado de tristeza, estando más presente la alegría y el gusto por estar”.</i></p> <p>Fernanda finalizó la sesión expresando que se sintió bien durante el transcurso del trance, y agregó:</p> <p><i>“La mayor parte del trance estuve escuchando tu voz, y llegó un momento en donde comencé a sentir tranquilidad, me sentí bien conmigo misma y tu voz se oía a lo lejos, y después volví a escuchar tu voz de una manera cercana, yo creo fue cuando la técnica se iba terminando”.</i></p>
2ª	<b>“Contrato de vida”</b>	<p>Fernanda inició su segunda sesión comentando que después de la primera sesión percibió más su dificultad para socializar con personas adultas, expresó lo siguiente:</p> <p><i>“Con personas con discapacidades me es fácil socializar, pero con las demás personas que no sean niños o que hayan sufrido violencia no puedo socializar, me siento fuera de lugar. Antes me acorazaba, me apartaba, y en estas semanas he asumido el hecho de quien soy; percibo a mi hija de forma diferente en su proceso de rebeldía, esto antes para mí no era fácil, me he dado cuenta de cómo la he venido hiriendo con mi situación. Saber el daño que le he causado directamente o indirectamente, así como saber los orígenes de este daño que causo me ayudan, me siento con una urgencia de sanar y descargar, pero no sé cómo todavía, el hecho de sentir que las cosas pueden ser mejor de cómo han venido siendo todos estos años me sirve de motivación para continuar”.</i></p> <p>Se trabajó con la técnica de “Contrato de vida” por la cuestión de que Fernanda ha tenido de la idea de llegar a auto lastimarse pero no lo ha llevado a cabo. Con esta técnica la paciente elaboró un contrato donde se comprometió a cuidar su vida sin importar lo que suceda. Se le dictó la carta, para que fuera la paciente quien la fuera escribiendo, de manera consciente se compromete y la firma. Después se inició con el trance y de forma inconsciente firmó su “Contrato de vida”.</p>

		<p>Fernanda firmó cuatro veces, mencionando que la firma que aparece ahí en el contrato no es la que ella usa, y la última firma se asemeja a una mariposa, situación que a ella le sorprendió y le agradó.</p> <p>Fernanda concluyó esta sesión mencionando lo siguiente:</p> <p><i>“Considero que esta técnica era necesaria para que me pueda comprometer a cuidar mi vida, a cuidar mi alimentación, a no lastimar mi cuerpo cuando realizo los ejercicios de danza y a escucharlo cuando me pide que descansa, necesito aprender a cuidarme a mí misma”.</i></p>
<p><b>3a</b></p>	<p><b>“Lista de consecuencias del abuso y Catarsis Contenida”</b></p>	<p>Fernanda acudió a su tercera sesión comentando que se sintió más tranquila incluso en situaciones de tensión, además mencionó que anteriormente tenía ideas de cómo deberían de ser las cosas, y eso que hacía que ella se irritara y que ahora comenzó a asumir que son aspectos que ella no va a poder cambiar.</p> <p>Durante esta sesión se le pidió a Fernanda que realizara la “Lista de consecuencias del abuso”, para que ella pudiera identificar qué aspectos de su vida se vieron afectados por dicha situación. Cuando terminó se aplicó la técnica de “Catarsis Contenida”.</p> <p>De la lista de consecuencias que Fernanda mencionó, ella consideró que los aspectos significativos son:</p> <p><i>“Primero que me desfiguró mi imagen de mi cuerpo, de mi rostro, hasta mi sentido de bondad de ser una buena persona, me aisló, me sentía yo como esos niños con retraso que los encierran porque no quieren que los vean, también me genero incapacidad para relacionarme con las personas, solo me podía relacionar con niños problemas o con hombres, hombres que trataban de abusar de mí, nunca los deje que tuvieran relaciones conmigo pero me usaban, solo con ellos me sentía con vida, también cuando alguien quería enseñarme algo hermoso que veía yo me angustiaba porque sentía que algo iba a suceder, siempre estoy pensando en lo terrible que encierra cada experiencia satisfactoria de mi vida. Me ha llevado a estar ausente de mi vida, ausente de mí misma, me ha llevado a no saber qué hacer, como en una sala de espera y siempre había gente que me ayudaba pero yo nunca tenía la fuerza suficiente como para creer en mí y decir que yo podía, que soy valiosa, que lo merezco, y entonces se distorsionó en mí la imagen de la gente buena, el bien y el mal me han generado incapacidad para establecer una relación amorosa y afectiva con lazos sanos. Tengo miedo porque aunque yo no he causado el daño que me causaron, me he dado cuenta que en ocasiones abuso de mi condición o del poder, y siento que al darme cuenta que así como me hirieron profundamente yo soy capaz de hacerlo y que quizá no pueda reparar el daño que voy causando, como con mi hija siento que en ocasiones ella con su mirada y su actitud me dice que no me quiere, porque yo no le he permitido ciertas cosas que su padre sí”.</i></p>

		<p>Mencionó que constantemente quiere controlar, se vive aprensiva y sobre todo ahora que es madre siente que daña a su hija de alguna manera o la ha dañado y no se había dado cuenta de eso, dice que le da mucho miedo vivir, siente que aunque ha disminuido se ha vuelto más visible todo el horror, lo trata de ver con ojos de adulto pero aún su imagen de niña se horroriza. Terminó su lista de consecuencias, mencionando los problemas físicos y psicológicos que le han generado, como el que se lesiona y la incapacidad para socializar y ser empática con las personas.</p> <p>La sesión finalizó de manera tranquila, Fernanda después de haber presentado llanto al estar mencionando su lista de consecuencias, con la técnica de “Catarsis Contenida”, fue relajando sus músculos faciales, su respiración fue bajando de intensidad al igual que su llanto cesó al término de la técnica.</p>
--	--	--

Se finalizó esta primera etapa con los resultados necesarios para poder elaborar su diagnóstico. En esta fase se utilizaron técnicas que ayudaron a la paciente a trabajar sus objetivos de hipnoterapia, así mismo estas técnicas introductorias a la técnica hipnoterapéutica le fueron de utilidad a la paciente para observar sus reacciones después de cada sesión con la finalidad de poder detectar cambios en su percepción.

## **2) Segunda etapa: Diseño de la Estrategia.**

Para esta segunda etapa se utilizaron los resultados de las pruebas aplicadas en la fase diagnóstica, de esta manera se elaboró una estrategia con la cual se pudieran abordar los objetivos de la paciente durante estas tres sesiones siguientes. La estrategia a seguir fue trabajar el tema del abuso en su infancia, para continuar con lo trabajado en la

última sesión de la fase diagnóstica (Lista de consecuencias del abuso); después se trabajó con una técnica enfocada a su segundo objetivo de terapia (conocer los motivos que la hacen sentir odio, coraje y enojo), los resultados obtenidos de esta etapa se presentan en la tabla 5:

**Tabla 5. Segunda etapa: Diseño de la Estrategia.**

<b>Segunda etapa: Diseño de la Estrategia</b>		
<b>Sesión</b>	<b>Técnica hipnótica</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>
<b>4<sup>a</sup></b>	<b>“Conversación Hipnótica con metáfora”</b>	<p>Fernanda llegó a su cuarta sesión diciendo que se le manifestó la duda de:</p> <p><i>“¿Si soy capaz o no de cuidar de mí?, esto se reflejó en mi manera de ver a los otros, me observo como no sé poner límites, no pongo límites con lo que yo hago respecto a los otros, no sé cómo evitar que trasgredan. Después se manifestó la necesidad de no tener un refugio, para poder de esta manera decir ya no quiero, no quiero, y así ya no angustiarme. Quiero confianza en mí misma, hay un tatuaje del pasado pero en el presente todavía en mi vida existen personas que abusan o son abusadores (poder), y me cuesta trabajo darle nombre y parar esa situación y poder expresarlo es difícil, esto se ha hecho visible cuando yo estoy usando el poder, he ido incorporando la experiencia del poder en el sentido del abuso, y no de la igualdad en un sentido de derecho.”</i></p> <p>Comentó que siente angustia y esa angustia le generó inseguridad y no sabe cómo enfrentar esas emociones, expresó que no sabe cómo decir que no por miedo a que los otros la rechacen, tiene miedo de que al decir no la lleve a tener problemas con las otras personas. Fernanda agregó lo siguiente:</p> <p><i>“Yo aspiro a superar el miedo y la sensación que me provoca, porque es un malestar que se traduce a todo mi cuerpo. Tengo la sensación de que eso limita mi desarrollo, entonces quisiera sentir confianza en mis decisiones, esa imagen y experiencia sería muy agradable para mí y que no desconfié de mí, y que las personas no desconfíen de mí porque si desconfían me hacen sentir inútil, que no soy buena persona. Yo aspiro a que esta situación desaparezca, que al menos en el sentido de tomar decisiones que competen a mi vida no me sienta mal por decidir qué no me gusta, y que esto me permita también ser capaz de dar lo que yo pueda sin sentir que los demás se sienten mal. Porque esta parte me remite a cuando yo era rebelde con mi mamá y le reprochaba que ella no me amara por lo que sucedió con mi padre, y las veces</i></p>

		<p><i>que hablé con ella, me contestaba que yo era egoísta porque solo pensaba en mí, en lo que ella no me daba como mamá; y ahora que soy madre me he dado cuenta que he estado haciendo exactamente lo mismo con mi hija, mi hija se enoja, se siente agredida y yo no le doy la posibilidad de que se exprese, porque antes de que ella hable yo ya le estoy diciendo lo que no puede hacer y lo que tiene que hacer porque yo considero que es lo mejor para ella, me da la impresión de que de esa forma yo ejerzo mi poder, mi autoridad, abusando de mi rol de mamá y de mi condición de vida, me doy cuenta y lo justifico al hacerlo porque es lo que yo aprendí”.</i></p> <p>Se decidió aplicar la técnica de “Conversación hipnótica con metáfora”. Esta es una técnica proyectiva, en la cual se preparó con cuento con una metáfora, la paciente fue creando su propio cuento, en donde los personajes principales fueron un niño, un lobo y un anciano, que se pudiera interpretar como Fernanda, su papá y su abuela materna, quien cuidó de ella durante su infancia. Antes de finalizar el trance Fernanda visualizó a su mamá, le dio gusto verla ahí pero siente ganas de llorar y no sabe si las lágrimas son de ella o de su mamá.</p> <p>Se concluyó la sesión y Fernanda expresó que le gustó la técnica y que le hizo darse cuenta de algunas cosas, agregando:</p> <p><i>“Es como ir encontrando piezas aisladas de un rompecabezas, piezas que yo consideraba extraviadas, y descubrí que ante cierto grado de violencia me fue difícil percibir el dolor, es como si hubiera una gran coraza que me sirviera de protección, y la imagen con mi mamá se me hizo muy conmovedora”.</i></p> <p>Comentó que la siguiente sesión le gustaría trabajar el dolor de su mamá y el de ella.</p>
5ª	<b>“Diferencia entre depresión y tristeza”</b>	<p>Fernanda acudió a la quinta sesión diciendo que se sintió vulnerable con ciertos grados de ansiedad, se percató de la sensación y se dio el espacio para considerar qué le estaba angustiando y qué le atemorizaba. Expresó lo siguiente:</p> <p><i>“Creo que al ir asumiendo mi responsabilidad como adulto siento tensión entre la imagen del niño y ver que ya no soy una niña, saber que ya no soy ese personaje y comenzar a darme cuenta que no tengo que ser de alguna manera, que puedo plantarme desde mi postura, desde quien soy, y a mi alrededor las personas me comienzan a aceptar y eso era algo que a mí me daba miedo, antes tenía miedo de tener que ser quien no era yo para poder ser aceptada”.</i></p> <p>Con lo que Fernanda mencionó al finalizar el trance de la cuarta sesión, se decidió trabajar con una técnica de depresión que se llama “Diferencia entre depresión y tristeza”, dicha técnica tiene un cuestionario de</p>

		<p>exploración acerca de la historia de la depresión y la tristeza, Fernanda respondió lo siguiente:</p> <p><i>“La tristeza y la depresión son diferentes, en mi vida tanto la depresión como la tristeza han estado presentes, el sufrimiento es tolerable pero es nocivo, y al dolor lo asocio con algo necesario, la supervivencia y el sufrimiento lo vivo cuando soy agredida o algo me afecta en todos los aspectos de mi vida”.</i></p> <p>Al momento de preguntar a Fernanda acerca de su objetivo de trance, ella mencionó lo siguiente:</p> <p><i>“La analogía de la depresión sería un ser deforme, y de la tristeza un amigo. Me daría cuenta que he dado un paso importante cuando la tristeza se hiciera presente en mi vida en los momentos que la requiero y no la depresión, porque veo la imagen de la depresión acomodada en cada rincón de mi casa dispuesta a instalarse, quisiera que fuera disminuyendo y que no esté presente cuando no es necesaria”.</i></p> <p>Al finalizar la técnica, Fernanda realizó el reencuadre de la enseñanza de la tristeza:</p> <p><i>“Es como una brisa fresca, que no hay problema en llorar siempre y cuando no se pierdan las ganas de vivir”.</i></p> <p>Se concluyó la sesión de manera satisfactoria para Fernanda, debido a que ella mencionó que se sentía tranquila y con la seguridad de que pronto la depresión hará las maletas y se irá de su casa.</p>
6ª	<b>“Contraparadoja compleja”</b>	<p>En esta sexta sesión Fernanda comentó que se tiene que realizar un encefalograma, debido a que comenzó a notar un deterioro en su expresión verbal, dice que se dio cuenta al estar hablando, ya que perdió la noción de lo que estaba hablando, menciona también que su lectura se vio afectada. Agregó que le van a realizar estudios de la tiroides, esto porque comenzó a subir de peso y ella había estado manteniendo su alimentación.</p> <p>En esta sesión comentó que le escribió una carta a su padre y está esperando una respuesta, dice que sintió la necesidad de escribirle debido a que su padre está pasando por una lesión en un tobillo. Dice que en la carta expresó cómo ella se vivió sin creer en la vida, sin verle sentido o valor y como ausente.</p> <p>Fernanda expresó:</p> <p><i>“Después de escribirle la carta me sentí liberada, en paz conmigo misma porque toda mi vida había sido control, equilibrio, ecuanimidad, tolerancia y aunque en mí sigue el enojo y el miedo a vivir, ya no son lo</i></p>

		<p><i>más importante, ahora el poner límites ya no me resulta tan conflictivo como antes. Sigo presentando una sensación de enojo, ya no me enojo con la gente, es algo más hondo y me doy cuenta que a mi alrededor hay mucha gente enojada, yo antes ignoraba esto, y hay personas que dicen que no saben qué les pasa, pero yo las observo y sé que están enojadas por su postura y expresión”.</i></p> <p>Se trabajó con el enojo utilizando la técnica de “Contraparadoja compleja”. Aquí Fernanda se expresó de su objetivo de trance del enojo de la siguiente manera:</p> <p><i>“Es como una trampa, en donde me encuentro atrapada en un castillo medieval, lleno de habitaciones con fuertes barrotes que no me permiten escapar por las ventanas. Hay un pozo grande, me siento como en esos castillos que tienen un puente elevadizo y me siento como encontrando el mecanismo para bajarlo, no puedo sopesar el mecanismo se me hace muy pesado. Nunca me imaginé que resultara tan difícil mover algo así, por momentos me preguntó si no es mejor quedarme ahí en esa trampa, hago esfuerzos por salir porque adentro hay algo que me da miedo o comparto el espacio con el miedo. En mi familia el enojo es un tabú, y puedes ser alcohólico, irresponsable, maltratar, humillar, burlarte pero enojarse es lo peor que se puede hacer, es un descontrol. Es como vivir dormida y lo curioso es que llegas a conocer o vivir en el sueño o ilusión, de tal manera que cuando te enfrentas a estar despierta o consciente nada te es familiar y haces hasta lo imposible por regresar al sueño”.</i></p> <p>Lo relevante de esta sesión fue que cuando se le dijo la paradoja junto con la contraparadoja, Fernanda mencionó que se fue sintiendo de niña a adulta en el trance, y que este aspecto para ella fue significativo, de tal manera que se va de la sesión tranquila.</p>
--	--	---

Al finalizar esta etapa de diseño de la estrategia se obtienen resultados satisfactorios para la paciente, debido a que las técnicas utilizadas para abordar sus objetivos de terapia fueron de tipo proyectivo. De esta manera Fernanda se pudo percatar de cómo se sentía antes y después. Así mismo, ella logró diferenciar su estado físico y mental antes de iniciar su hipnotratamiento y ahora que han ido transcurriendo las sesiones, de igual manera se fue dando cuenta de los cambios en su percepción, identifica sus emociones y sus acciones.

### 3) Tercera etapa: Alcance de metas.

Para la etapa de alcance de metas, es de suma importancia que la paciente haya identificado previamente los cambios dados en su percepción después de las sesiones de la segunda fase (diseño de la estrategia), para poder trabajar con los cambios durante esta etapa. En esta etapa se utilizaron técnicas hipnóticas que contribuyeron al reforzamiento de los cambios alcanzados por la paciente, debido a que cuando comienzan a surgir los cambios es probable que la paciente dude de su capacidad o cuestione si lo que ahora vive como cambio será pasajero, por lo que es importante reforzar estas nuevas modificaciones realizadas por la paciente, los resultados obtenidos de esta etapa se presentan en la tabla 6:

**Tabla 6. Tercera etapa: Alcance de Metas.**

Tercera etapa: Alcance de metas		
Sesión	Técnica hipnótica	Desarrollo de la sesión
7 <sup>a</sup>	“Técnica regresiva para autorescatarse”	<p>Fernanda llegó a su séptima sesión comentando que después de la sexta sesión tuvo distintos momentos donde se pudo percatar de su enojo. Fernanda mencionó lo siguiente:</p> <p><i>“Me enoje porque ya no me gusta que me agredan y durante los 19 años que tengo de casada siempre volcaba a responsabilizarme cuando Roberto me ignoraba o me regañaba. Con la sensación que tenía de enojo ya no me agredía sino que me asumía como responsable de decidir ya no permitir que el otro, mi pareja, me hiciera sentir así. Por lo que decidí ir y comentarle lo que ya no me parecía y lo que no estaba dispuesta a aceptar en mi vida, de esta forma pude hacerme responsable de salvaguardar mi integridad, y fui estableciendo una distancia saludable, donde yo me siento bien conmigo misma. Tuve un segundo enojo, y fue porque a mí me cuesta trabajo o dificultad identificar cuando hay momentos en que algunas cosas me tocan a mí y otras les corresponden a los demás. En específico me enoje porque mi hija me acusaba o me culpaba de que sus problemas de adolescente tienen que ver conmigo como madre, porque yo me resisto a aceptarla como es, yo me dí cuenta de que ella tiene una parte de razón</i>”</p>

*porque me cuesta trabajo dejar de controlar, es enfrentarme a no saber qué hacer, y el reconocer que no sé qué hacer y cómo hacerlo. Entonces comencé a realizar el ejercicio de detenerme y solo respirar y hacerme responsable de qué sí puedo hacer, esto me permitió no angustiarme, no sentirme ansiosa”.*

Fernanda mencionó que se había realizado los exámenes médicos, y agregó lo siguiente:

*“Siento como si dentro de mí existiera un miedo a dejar del todo lo conocido, ya que he presentado momentos en los que al hablar pierdo el sentido de la conversación. He comenzado a experimentar sensación de inflamación en mi vientre y me siento incomoda conmigo misma”.*

Se le preguntó a Fernanda si había recibido respuesta de la carta que le escribió a su padre, Fernanda contestó lo siguiente:

*“Sí hubo una respuesta por parte de mi padre, hablé con él por teléfono, no me respondió en cuanto al daño que yo le escribí en la carta, más bien él se enfocó a su lesión en el tobillo, a comentarme lo que sufre y padece físicamente, pero yo siento que este sufrimiento físico tiene una relación con todo el daño emocional que él tiene consigo mismo. Mi padre me dijo que anteriormente ya me había pedido disculpas y que él no veía necesario retomar el tema. Después de escribirle a mi padre y de la llamada que recibí, en vez de culpar a mi padre por mi condición de sentirme discapacitada, fui haciendo como una distancia desde mí, desde lo que estoy aprendiendo en danza, y aunque lloré me confortó el sentirme a mí misma y la sensación de que cada día que despierto estoy alegre y creo en el poder de ser feliz conmigo misma. Me he ido viviendo en expansión y también he generado una síntesis de que cada momento es distinto, ya no me siento como en peligro, ahora me siento con capacidades, con poder y ligera”.*

Se le presentaron a Fernanda dos técnicas para poder trabajar durante la sesión, una técnica para el dolor y una técnica para autorescatarse; ella eligió la segunda opción y el tema que quiso trabajar fue el rescatarse del abuso de su infancia.

Del cuestionario de la técnica de autorescate, Fernanda mencionó lo siguiente:

*“A cuando estás frente a un derrumbe y no hay forma de huir de él, como si te fuera a sepultar”*

*“Pues yo quisiera que nunca me hubiera pasado, claro me pasó, me parece que una manera de verlo resuelto es que me pueda relacionar con otras personas, hombres por ejemplo, y que no tenga miedo a relacionarme amorosamente, afectivamente, sexualmente con ellos”.*

*“Me parece que el poder ser amiga y sentirme amiga, que tengo amigos en el hombre sin tener ciertos momentos, aunque esa persona me atraiga o me guste no tenga que estar obligada a tener relaciones*

		<p><i>sexuales con él, para que me vea y me quiera y para que yo me sienta bien conmigo, no es que el otro me obligue, sino que me vivo y me asumo obliga a asumir ese rol</i>.</p> <p><i>“Que no me sintiera tan congestionada de mi vientre, siento como una contención, así como cuando camina reconoce sus piernas, brazos y les doy libertad de movimiento, reconocer mi sexo y ser capaz de reconocerlo con esa libertad”.</i></p> <p><i>“Bueno yo lo que he aprendido de esto y ahora porque soy madre, creo que tiene que ver con el respeto, con el reconocimiento de mí, de quien soy, con los otros y conmigo, me ha enseñado mucho del amor, que el amor es algo muy distinto a lo que veo en la tele o me dicen, incluso en casa, aunque todavía no me es fácil asumirlo ha sido una lección acerca del amor”.</i></p> <p>Fue una sesión profunda en el sentido de que completamente realizó el “autorescate”, en la realidad interior del problema (RIP) vio a una niña con su padre en una camioneta y él abusando de ella; para la realidad interior de solución (RIS), se vio a sí misma entrando a rescatar a la niña, diciendo que se la quería llevar y abrazar.</p> <p>El regalo que ella misma se otorga en esa sesión es un cántaro. Fernanda al terminar la sesión comentó que quería interrumpir el trance pero de alguna manera decidió terminar lo empezado, y menciona nuevamente que durante el cierre del trance se fue haciendo adulta. Terminó agregando lo siguiente:</p> <p><i>“Me siento rara, siento el peso de mi cuerpo diferente, esto es que no me pesan tanto las caderas ni los muslos, me siento relajada de la parte de los hombros, mi sexo lo siento volteado, es saludable, me cuesta trabajo inclinarlo y ahora lo siento como depositado en la silla junto con el peso de mis caderas. Es como si hubiera crecido, porque antes de iniciar tenía mucho miedo, cuando me pediste que entrara a la pantalla no quería hacerlo, me daba pánico, y ya que entré, entré como persona, como adulto, me preocupé por hacer sentir bien a la niña, fue un abrazo estrecho, y no sentí que abrazara a otra persona era más fuerte el abrazo y no sentí enojo”.</i></p>
8 <sup>a</sup>	“A través de un afecto”	<p>Fernanda inició la octava sesión comentando que ha sentido un cambio interno, sintió su cuerpo desajustado, explicó que no fue un malestar en su cuerpo, que fue la sensación de sentir su cuerpo diferente, dice que incluso las personas a su alrededor la percibieron diferente y con disposición diferente. Fernanda expresó lo siguiente:</p> <p><i>“Siento como si diera pasos grandes o corriera y entonces manifiesto lo que no me gusta y genero desconcierto en la gente que me rodea, y la reacción de las personas es de enojo hacia mí, esto me ha</i></p>

*causado un problema emocional, me siento como extraviada, mi angustia ha ido disminuyendo así como las ganas de comer, que anteriormente presentaba cuando sentía ansiedad, también mis ganas de dormir durante el día han disminuido. Aunque he logrado identificar los momentos de angustia y ansiedad, tomaba la decisión de seguir adelante, asumía las consecuencias de que habrá cosas que no me gustaran y de que quizás el otro puede decidir estar a mi lado o no. Esto que he ido viviendo afecta la relación que tengo con mi pareja, con mi hija, con mi familia y con mis amistades, esto ha sido crudo, y con la única persona con la que no me siento mal es conmigo misma, y me pregunto por qué. No sé si sea porque valoro mucho lo que he venido trabajando porque no deseaba volver a estar emocionalmente donde me encontraba antes, esa es la razón por la que me esfuerzo en sostenerme, ya no me siento sola aun cuando no hay nadie a mi alrededor, ahora me siento acompañada. Creo que no existe nadie que pueda vivir lo que a mí me tocó vivir, porque siempre hay posibilidades de cargarle a alguien más, y ahora entre hacerlo o no hacerlo hay un universo de distancia entre ser responsable de los actos, deseos, necesidades, odios, resentimientos, y las partes que detestan otras personas de mí, además de dañarme me generan tristeza. Todo esto me ha servido, porque de cierta manera me han dispuesto para darme cuenta del daño que para darme cuenta del daño que yo causo a otros, así como mi historia personal es algo que no sé si pueda reparar, también mis miedos y afán por controlar. El daño que le he hecho a mi hija, está cerca de cumplir 17 años, y el otro día me cuestionó qué si no he pensado en cambiar, y aunque me duele como madre lo que ella me dice, me siento agradecida en el sentido de que no todo lo que he hecho como madre es malo porque considero que le he dado recursos a mi hija para que pueda expresar cómo se siente. Por ejemplo, mi hija me dice que sigo sin darme cuenta de que mi carácter no es el adecuado, es la parte que me duele pero en si me siento mejor conmigo misma, siento que yo sola he sido capaz como nunca antes de vivir una mejor vida, de construir un proyecto, de realizar un sueño y compartir con el resto sin miedo a ser yo misma, sin tener que ponerme máscaras, esto lo he ido aprendiendo en estas semanas”.*

Fernanda comentó que en lo que se refiere a su salud física, los resultados de los exámenes que le realizaron salieron dentro de lo normal, que tiene baja de plaquetas, y agregó lo siguiente:

*“El próximo lunes tengo cita con el médico, y aunque me van a realizar otros dos estudios, pero el hecho de que en este haya salido normal a mí me da un elemento más para valorarme y ya no seguir con ciertas posturas”.*

Esta sesión se trabajó en base al tema del placer y sentir, al término del trance Fernanda mencionó que se sentía más ligera, mencionando lo siguiente:

*“Es como sentirme llena de energía, con sed, tenía la sensación como si flotara o me desplazara como humo, como si parte de mi cuerpo estuviera compuesta con humo y se moviera como los árboles*

		<i>cuando se mecen con el viento, es esa sensación interna sin forma pero agradable, cálido, como cuando hace calor en la playa y que es delicioso y así me siento, o sentir la arena caliente en los pies, siento como una disposición en el tacto, como una urgencia de tocar, como cuando me acabo de levantar pero estoy como alerta a la vista, el olfato, en mi boca es rara la sensación”.</i>
9ª	<b>“Reajustando tus mecanismos de alarma”</b>	<p>Fernanda comenzó su novena sesión mencionando que desde la sesión anterior se sintió bien en lo que se refiere al placer, puesto que se dedicó a disfrutar todo lo que estaba relacionado con las sensaciones, por ejemplo, que el hecho de ponerse crema corporal es placentero. Mencionó que se siente satisfecha en ese tema y comentó que ha tenido un alejamiento afectivo con su esposo, y a pesar de esto lo percibe caballeroso y atento con ella.</p> <p>Con la técnica empleada Fernanda eligió trabajar el tema de “dejar ir” y que no le doliera la decisión de la otra persona. Expresó:</p> <p><i>“Creo que me hace falta aprender a confiar en mí, en los recursos con los que cuento y que puedo ir adquiriendo, soy una persona adulta con herramientas suficientes como para resolver los distintos problemas. Me gustaría que disminuyera la presión en mi pecho, en mi vientre, que mis manos se abriera, que me sintiera que no importa quien se quede o se vaya, si así lo decide, y que de esa decisión no dependiera mi bienestar. Me daría cuenta cuando sea capaz de percibir esa sensación ligera en mi cuerpo, como de humo o de viento, ligera y contenta”.</i></p> <p>Al finalizar el trance menciona que sintió el peso de su cuerpo y al mismo tiempo se sintió ligera. Se le pidió que su mente inconsciente le asignara una tarea, debido a que comienza el periodo vacacional, la tarea fue:</p> <p><i>“Girar como espiral”.</i></p>

Al concluir esta etapa se identificó que existen aspectos que se tienen que trabajar en la siguiente etapa. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta etapa fueron significativos debido a que la paciente se dio cuenta que una parte del cambio implica el cambio de percepción cognitiva, es decir, que es ella quien se limita al no considerarse con la capacidad para realizar diversas actividades.

#### 4) Cuarta etapa: Consolidación.

La etapa de consolidación consistió en fortalecer estructuras psicológicas, se utilizaron técnicas hipnóticas con las cuales la paciente pudiera realizar un trabajo profundo a nivel consciente como inconsciente. Como en la etapa de alcance de metas Fernanda se percató de que el enojo ha sido un sentimiento constante en su vida, se decidió utilizar una técnica con la cual pudiera abordar dicho sentimiento. Asimismo, se procedió a abordar el objetivo de la autoestima, utilizando una técnica hipnótica a través de la cual pudo tener una conversación con ella misma. Durante la etapa de consolidación se fue preparando a la paciente para la parte final del hipnotratamiento, los resultados obtenidos de esta etapa se presentan en la tabla 7:

Tabla 7. Cuarta etapa: Consolidación.

Cuarta etapa: Consolidación.		
Número de sesión	Técnica hipnótica utilizada	Desarrollo de la sesión
10 <sup>a</sup>	“Encuentro con tu miedo”	<p>Acudió Fernanda a la décima sesión comentando que durante el periodo vacacional se sintió bien, mencionó que fue a visitar a sus padres a la ciudad de México, y que ya no se sintió como víctima frente a su padre y que a él ha dejado de verlo como agresor, mencionó que ve a su padre como una persona que tiene un problema.</p> <p>Se le cuestiona acerca de sus objetivos, cómo considera que se han venido trabajando, ella respondió lo siguiente:</p> <p><i>“En cuanto a superar el trauma del abuso en mi infancia no le puedo dar una escala como tal o decir que ya lo he superado, ahora ha cambiado mi percepción al no asumir el rol de víctima en diferentes áreas de mi vida y ha mejorado mi bienestar físico, pero ahora empieza a surgir en mí</i></p>

		<p><i>el miedo a perder lo ganado, sé que el proceso va a llegar a su fin y por lo mismo temo que lo que he venido construyendo se pierda con el tiempo. El enojo sigue presente, ahora lo expreso cuando lo siento pero esto me genera ciertas reacciones con las personas y me encuentro confundida, debido a que yo me siento bien al no guardar me enojo pero me conflictua en mis relaciones”.</i></p> <p>Se eligió trabajar con la técnica adecuada para el miedo, se trabajó de manera simultánea el miedo y el enojo, debido a que menciona que el enojo constantemente está presente en su vida aun cuando ella no lo necesita. Fernanda al elaborar su objetivo de trance agregó lo siguiente:</p> <p><i>“Quiero dejar claro en esa relación que no lo necesito la mayoría del tiempo, reconozco su importancia para salvaguardar mi integridad, pero el resto del tiempo lo veo como manifestación de inseguridad. Quiero confiar en mis capacidades como persona para no necesitar vivir tomada de la mano del miedo. Cuando estos aspectos que menciono se den, me gustaría que el miedo se mantuviera en un ámbito primitivo porque ahí es un gran aliado, de tal manera que pueda reconocerlo y aunque se manifestara no necesitar echar mano de él para evadir. Me daría cuenta cuando ya no experimentara angustia, que sintiera confianza, tranquilidad para conmigo y mis capacidades. Siento un calambre en la mitad de mis muslos hasta la cintura como si se estuvieran estresando, quiero estar sin molestias sin tensión, sentir el peso de mi cuerpo sin que moleste, poder depositar el cuerpo cómodamente en el sillón”.</i></p> <p>Se concluyó la sesión de manera satisfactoria, Fernanda mencionó que siente su cuerpo, agregando lo siguiente:</p> <p><i>“Siento el peso de mi cuerpo tal como le pedí en la descripción de la solución”.</i></p>
11ª	<p><b>“Hablando directo con un estado del yo”</b></p>	<p>Por cuestiones de contra tiempo transcurrieron 34 días entre la décima sesión y la onceava sesión. Debido a que Fernanda no asistió a la onceava sesión que se tenía programada porque olvidó que tenía sesión y se fue a un viaje con sus compañeros de danza. Después se le agendó nuevamente una cita, a la cual Fernanda nuevamente no asistió cancelando de última hora.</p> <p>Fernanda llegó a su onceava sesión comentando que sintió menos angustia y ha estado menos aprensiva por no saber, dice:</p> <p><i>“Este periodo tan amplio entre las sesiones me fue de ayuda pue4s me sirvió para sopesar mucho de lo que he aprendido y ponerlo en práctica, ahora comprendo el porqué del contrato de</i></p>

		<p><i>vida. He venido desestructurando, perdiendo el control, he dejado de intentar controlar y esto ha cambiado significativamente la relación con mis seres queridos. A partir de la séptima sesión he tenido un periodo muy intenso, cada día es como si nunca hubiera habitado mi cuerpo, hay una percepción más abierta, ha sido impresionante la manera de relación con mi cuerpo, cambia a pasos agigantados por la cantidad de actividades placenteras que no concebía, por el gran deseo de existir y que mi cuerpo grite su necesidad. Siento menos angustia y me siento menos aprensiva por no saber, no hay problema en no saber en relación a los otros, me vivía desfigurada, enferma, contagiosa, muy vulnerable, pensaba que la gente se iba a alejar, lo que me falta trabajar es el miedo a la soledad, siento un dolor profundo a la perdida, a que me dejen de querer. Dentro de todo esto hay algo sereno, me tengo confianza y el permitirme decir saludable en los momentos duros para mí ha sido como una compañera”.</i></p> <p>Fernanda mencionó que en ese lapso de tiempo se dio cuenta que ese enojo era un <b>cúmulo de tristeza y dolor, lloró una semana y ahora se encuentra bien.</b></p> <p>Fernanda eligió una técnica en la cual pudiera trabajar con ella misma, se trabajó con “<i>ser mujer</i>”, en donde “<i>Ser mujer</i>” se siente ignorada y rechazada por ella misma, agrega que se siente mujer a medias, que no quiere avergonzarse de sentirse mujer y que el otro la sienta mujer.</p> <p>Durante el trance le pidió a Fernanda que visualice a “<i>ser mujer</i>” a su lado. El nombre renovado de “<i>ser mujer</i>” es “<i>Fernanda</i>”.</p> <p>Fernanda terminó la sesión diciendo:</p> <p><i>“Me siento como si me acabara de levantar, me siento más pesada, sé que estoy aquí, que tú eres Evelin pero hay algo que siento distinto como si no fuera yo, no es desagradable, es desconocido sentirme así”.</i></p>
12ª	<b>“Usar las emociones para curarte”</b>	<p>Se inició la doceava sesión, Fernanda comentó que se ha sentido liberada de sus caderas, que su experiencia del placer fue cambiando, expresó lo siguiente:</p> <p><i>“He estado descubriéndome, hay distintas maneras de acceder al placer, al gusto de estar conmigo, me he permitido desear y ha sido muy grato. Hace un mes fui a un fandango y ahí conocí a un músico que me ha generado cantidad de deseo como no recuerdo haberlo sentido, es agradable percibir que el otro se siente atraído por mí, esto ha sido un detonador, me sentí adormecida. Esto me ha permitido confrontarme con Roberto para externar mi sentir, no se trata</i></p>

		<p><i>de desear a otro sino el deseo de ser feliz, ser mujer y ser parte de mí, ejercer mi sexualidad es parte de mí. Me siento como los niños con juguete nuevo, me doy cuenta de mi excitación, el asumirme, ha cambiado mi ejecución en danza, al reconocer el peso de las caderas la opresión se ha ido liberando”.</i></p> <p>Durante esta sesión Fernanda quiso trabajar el asunto de la separación con su pareja, menciona que ambos ya lo hablaron y decidieron que cuando ella termine su licenciatura se van a separar, comenta que se siente manipulada porque su pareja le dijo que mientras eso sucedía no podían salir con nadie.</p> <p>Fernanda expresa:</p> <p><i>“Vivo un momento de duelo por la inminente separación con mi pareja, por convivir muchos años, por la manera de vivirlo, pero por otro lado me siento manipulada, no quiero permitir ser manipulada si así lo percibo o ser forzada a hacer algo o a tener condiciones, quiero poder decidir mis tiempos y manera de hacer mis cosas, que mi estado de ánimo y mis decisiones no dependieran de la frustración, coraje y tristeza, sino que estuviera presente la alegría de vivir, permitirme como mujer, como un ser completo”.</i></p> <p>Fernanda finalizó la sesión diciendo:</p> <p><i>“Me siento con una sensación de mucho bienestar, como que me hubiera reído mucho, tengo sensación de dorado cálido, mucho bienestar, cuando regreso siento que no regresa la misma”.</i></p>
--	--	--

La etapa de consolidación termina de manera objetiva debido a que los temas abordados con las técnicas hipnóticas facilitaron cambios para la paciente. Uno de los principales cambios se refleja en la percepción cognitiva de la paciente, esto ocurre al momento en que ella deja de vivirse como “víctima”. No obstante, el avance significativo fue cuando la paciente se dio cuenta de su cúmulo de tristeza y dolor y lloró una semana.

### 5) Quinta etapa: Cierre y seguimiento.

Para esta quinta etapa de cierre y seguimiento, se enfocaron las técnicas hipnóticas en el cierre del hipnotratamiento y en el cumplimiento de los objetivos de terapia. Con estas tres últimas sesiones se realizó un reforzamiento de lo trabajado a lo largo del hipnotratamiento, a través de técnicas que dirigieron a la paciente a mantener firmes sus cambios. De igual manera se le preparó para una situación de recaída, en donde la paciente trabajó su peor escenario, esto con el fin de que ella se pudiera percatar de los recursos con los que ahora cuenta para enfrentar situaciones adversas, los resultados de esta última etapa se presentan en la tabla 8:

Tabla 8. Quinta etapa: Cierre y seguimiento.

Quinta etapa: Cierre y seguimiento.		
Número de sesión	Técnica hipnótica utilizada	Desarrollo de la sesión
13 <sup>a</sup>	“Reconciliación con el futuro”	<p>Fernanda llegó a la treceava sesión comentando que se sintió tranquila, que ha ido creciendo, la parte de su torso y su pelvis que antes se encontraban como “bolita” o “ensimismada”; dice que ahora se siente “perfecta”, que en su entrenamiento de danza se ha percibido más “introspectiva, empática”.</p> <p><i>“En cuanto a la relación con mi hija Verónica, antes había fricción y diferencias, ahora lo hemos aceptado, ambas tenemos una posibilidad de diálogo, reconociendo los cambios y transformaciones que ambas hemos tenido. Hemos compartido cosas, mi hija expresó que había sido afectada por la relación que tenemos su padre y yo. Ante esto yo me desquitaba con mi hija y ahora me doy cuenta y hago una diferencia entre los sentimientos de enojo y tristeza generados por los problemas que tengo con Roberto. Mi hija asumió su responsabilidad ante este reacomodo de nuestras vidas, mi hija tiene sueños de ser independiente, a sus 17 años cuida de su cuerpo, muestra interés en cosas nuevas, su</i></p>

		<p><i>autoimagen se ve más relajada y toma decisiones, esto a mí me genera una gran satisfacción”.</i></p> <p>Se eligió una técnica relacionada al futuro, a las proyecciones que la paciente pudiera tener para su futuro. Fernanda expresó que vive el aquí y el ahora y no piensa mucho en el futuro. Durante la realidad interior de solución (RIS), vio dos imágenes fusionadas, una parte es un mar, con brisa fresca y tiene a su hija Verónica al lado, están tomadas de la mano; la otra imagen es de un huerto de limas y naranjas. Se le dejó de tarea el que se comiera una lima o una naranja con su hija.</p> <p>Fernanda terminó la sesión diciendo:</p> <p><i>“De mi torso hacia arriba me siento como expansiva, con serenidad y tranquilidad, de mi cintura hacia abajo son como los cítricos y se encuentra el huerto”.</i></p>
14 <sup>a</sup>	<p><b>“Recaída provocada”</b></p>	<p>Fernanda asistió a la catorceava sesión comentando que se sintió fortalecida, que ha sido para ella muy valioso el ver de otro lado los problemas, se ha sentido a gusto sin importar las consecuencias de sus acciones al vivir la experiencia del error. Menciona que la relación tan cercana que ahora vive con su hija ha sido reconfortante, sin embargo, sigue detectando un grado de ansiedad. Fernanda expresó lo siguiente:</p> <p><i>“Hace 15 días tuve una lesión en el tobillo, un ligamento, y ahora cuando siento ansiedad como porque no puedo caminar y pese a esto considero que lo he lidiado bastante bien. Siento como que he estado en una transición que tiene que ver con la aceptación, tranquilidad conmigo misma, ahora me es fácil detectar cuando me disperso y vuelvo a disfrutar y a sentir angustia porque quizá mi hija decida vivir con su padre”.</i></p> <p>Se le preguntó acerca de la separación con Roberto, Fernanda comentó lo siguiente:</p> <p><i>“Yo conseguí el lugar donde vivimos, yo hable con la persona para que nos rentara la casa, es un lugar significativo porque tenemos viviendo ahí más de 10 años, y con el proyecto de tesis que tengo me puedo quedar a vivir ahí por lo menos lo que resta del año. Mi estrategia económica se basa en la confianza interna que se ha generado en varios sectores. Tengo pensado impartir clases particulares así como cursos de verano en el espacio donde vivo y acondicionarlo de tal manera que pueda trabajar y vivir ahí mismo. Me ofrecieron un trabajo en la SEP, pero la condición es el título y no lo tengo. De todo esto esta presente el sentimiento de tristeza, pero me siento tranquila porque sé que me toca vivir esto, es como si se nos</i></p>

		<p><i>hubiera muerto el hijo, hay amor y se puede aprender del amor, que el amor no es que seas como yo quiero que seas o que las cosas se tienen que hacer como yo quiero que sean, sino lo valioso que es el otro. Si mi hija nos ve tranquilos y claros a su padre y a mí ella está menos angustiada por la separación”.</i></p> <p>Se empleó una técnica en la que Fernanda pudiera visualizar el peor escenario si recayera, mencionando que lo peor que le podría pasar si recayera sería:</p> <p><i>“Perder la confianza que vivo en estos momentos”.</i></p> <p>Al finalizar la sesión comentó que durante esta sesión las imágenes fueron como estar observándolas sin enjuiciarlas y la considera como una sesión espiritual. Hace mención que quizá es estar como entre la vida y la muerte, pues la separación que va a vivir con su pareja implica la muerte pero el deseo de vivir y de continuar viviendo después de eso. Fernanda expresó lo siguiente:</p> <p><i>“Me siento expandida, todo el cuerpo, sensación de que mi vida también está expandida, es muy curioso porque me veía sentada mirando desde afuera atenta a la pantalla, se fueron mostrando imágenes metafóricas y como espectadora disfruto el no juzgarlas por muy terribles que fueran, no me dio miedo, me permitió ver la composición y belleza de la imagen, fueron imágenes cósmicas fue una experiencia más espiritual que lo que había vivido o percibido en las sesiones”.</i></p>
15 <sup>a</sup>	“Metáfora de cierre”	<p>Fernanda asistió a su última sesión comentando que en las dos semanas que transcurrieron para ella fueron:</p> <p><i>“Muy intenso reconocer y asumir, queda mucho que trabajar como ser humano, son muchos aspectos que atender, no hay recetas ni magia solo el acto de voluntad de hacerlo, como con la familia o con la escuela donde es una oportunidad de aprender”.</i></p> <p>Fernanda mencionó que ha tenido estrés y cómo consecuencia se ha lesionado, experimentó dolor. Agregó lo siguiente:</p> <p><i>“Ha sido un estar aprendiendo, teniendo un diálogo, escuchando el motivo que me lleva a no querer hacer ciertas cosas y decir que cosas no quiero hacer, ha sido muy importante, me ha llevado a otra manera de relacionarme en cuanto a afectos, al querer, ha sido una etapa de mucho deseo, voluptuosidad, lo he asumido como parte de esta etapa, decido hasta donde en</i></p>

	<p><i>cuando al hacer”.</i></p> <p>Por ser la sesión de cierre se utilizó la técnica que incluye todas las realidades interiores de problema y solución de las sesiones trabajadas a lo largo del hipnotratamiento. Fernanda comentó:</p> <p><i>“Me siento como si hubiera ido a un viaje y regresado, estoy cansada, no es del tipo de viajes que cansa, a mí en realidad, viajar no me cansa, estoy emocionada por la experiencia y de la llegada a un espacio familiar. Fue como echarse unas películas en velocidad supersónica pero eran esas películas de alguien, no las viví como mías, antes pensar en estar aquí eran sentimientos y atender asuntos de mi proceso, era llorar, y me he ido dando cuenta que el llanto se ha ido formando en risa, hay un sentimiento de acompañamiento, que ha sido un gran acompañamiento el contar con el espacio para mí, ha sido un elemento de transformación, con cierta nostalgia pero algo interno (inconsciente) asume este cambio, es como un rito de paso”.</i></p>
--	---

Esta etapa se culminó de manera satisfactoria para la paciente, debido a que con las dos técnicas que antecedieron al del cierre de trance, le sirvieron a la paciente para consolidar los cambios percibidos por ella, de tal manera que la última sesión para ella fue como un “viaje o película”, en donde pudo observar su proceso terapéutico. Después de la sesión de cierre se le pidió a la paciente que respondiera el post-test de las escalas aplicadas antes de iniciar el proceso hipnoterapéutico (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Evaluación de los objetivos), con la finalidad de obtener los resultados que permitan conocer la eficacia de la hipnosis ericksoniana estratégica individual para adultos.

## **4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.**

### **EJE 1. TRASTORNO DISTÍMICO.**

#### **a) DIAGNÓSTICO.**

La distimia mantiene síntomas en común con la depresión mayor, tales como trastornos del sueño, falta de energía, falta de concentración, falta de apetito, baja autoestima y sentimientos de desesperanza. Estos síntomas contribuyen a que los pacientes con trastorno distímico presenten cambios de peso, culpa excesiva y pensamientos de muerte y/o suicidio. La distimia es considerada como un trastorno grave, no es una depresión menor ni una condición intermedia entre la depresión clínica grave y el sentido coloquial de depresión. Sin embargo, existe una amplia comorbilidad entre el trastorno distímico y la depresión mayor a causa de los síntomas que comparten (HMS, 2005).

Para obtener un diagnóstico se aplicó el pre-test de la Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión, en base al puntaje obtenido por la paciente se procedió a realizar la evaluación multiaxial y ratificar el diagnóstico en el DSM-IV-TR, corroborando de esta manera el diagnóstico de distimia.

## **EJE 2. HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA.**

Durante el tratamiento terapéutico con hipnosis ericksoniana estratégica se abordaron los objetivos que la paciente eligió para trabajar, por lo que los resultados obtenidos a través de las sesiones se ven reflejados en lo siguiente:

### **b) FASES DEL TRATAMIENTO.**

#### **1) Primera etapa: Fase Diagnóstica.**

Durante la fase diagnóstica se presentó el primer acercamiento de la paciente a la técnica hipnótica, ella se fue percatando de cómo se sentía antes, durante y al finalizar el trance. Así mismo, desde la primera sesión se le pidió que ella misma fuera quien describiera cómo le gustaría sentirse al finalizar el trance y cómo se daría cuenta de que está comenzando a solucionar el problema con el que quiere trabajar (objetivo del trance). Desde esta fase se comenzaron a observar los cambios a nivel consciente e inconsciente, es decir, la paciente se va dando cuenta de su estado físico, emocional y cognitivo en las sesiones.

Al mismo tiempo que fueron transcurriendo las sesiones, se exploró la historia clínica y se fue elaborando el diagnóstico, de esta forma se dio paso a la siguiente fase, en donde se inició a trabajar con técnicas que fueran enfocadas a trabajar sus objetivos de terapia.

A través de esta etapa se recabó la información suficiente para poder emitir el diagnóstico de la paciente, por lo que esta fase concluyó de manera

satisfactoria para ambas partes (paciente e hipnoterapeuta) y proceder a la siguiente etapa de diseño de la estrategia.

## **2) Segunda etapa: Diseño de la Estrategia.**

En el diseño de la estrategia se eligieron técnicas que ayudaran a la paciente a abordar sus objetivos de terapia, creando una cadena, donde se van entrelazando las sesiones, debido a que lo que resolvió en una sesión le hace ver o le refleja a la paciente que existe una conexión con otro objetivo de terapia. La paciente en esta etapa comenzó a decidir por ella misma la técnica con la cual deseaba trabajar, se fortaleció en este sentido su toma de decisión y seguridad ante lo que desea hacer. El hipnoterapeuta es un facilitador que le permitió entrar en trance y estar en dos niveles de conciencia (consciente e inconsciente) mientras transcurrían las sesiones.

La culminación de esta etapa arrojó información necesaria para proceder en la siguiente etapa, por ejemplo: se abordó el abuso sexual en su infancia, sin embargo, en la siguiente etapa se retomó el tema con otra técnica. Esta etapa se caracterizó por trabajar los objetivos de terapia de una manera en la que la paciente pudiera evidenciar qué aspectos estaban relacionados con su problemática, la paciente comenzó a interrogarse si los cambios que se habían presentado serían permanentes o se irían o se modificarían con el paso del tiempo. Estas interrogantes se resolvieron a través de las técnicas hipnóticas y se fortalecieron en la siguiente etapa de alcance de metas.

## **3) Tercera etapa: Alcance de Metas.**

Esta etapa consistió en que la paciente continuara haciendo consciente los cambios que comenzaron a ser notables en su vida diaria, así mismo fue la parte significativa de la hipnoterapia, debido a que quizá se trabajaron los

aspectos dolorosos y difíciles de la paciente. Se buscaron las técnicas adecuadas para que la paciente pudiera resolver, desde un aspecto inconsciente y que el cambio se diera en los dos niveles de consciencia.

Los cambios destacables para la paciente se fortalecen a través de las sesiones, debido a que la paciente al llegar a esta etapa fue comenzando a trabajar aspectos que se estaban presentando como cambios y que para ella eran agradables y las cuestiones que aún le generaban preocupación, las decidió resolver en sus sesiones.

De esta manera, para al siguiente etapa se trabajaron aquellos puntos que se necesitaban reestructurar a nivel físico, cognitivo y emocional, y se prosiguió con la siguiente etapa de consolidación.

#### **4) Cuarta etapa: Consolidación.**

Durante esta etapa, la paciente abordaron los asuntos que habían quedado pendientes de sus objetivos de terapia, la paciente mencionaba que de manera indirecta se habían trabajado sus objetivos en las sesiones anteriores, pero que ahora que ella se estaba percibiendo de una manera distinta, comenzaban a presentarse ciertos miedos y/o enojos que tenía acumulados desde hacía tiempo, la paciente mencionó que pudiera ser que desde su infancia estuvieran con ella y que con el tiempo se fueron acumulando en ella.

Una vez trabajados sus miedos y enojos, se prosiguió a trabajar en la siguiente etapa de cierre y seguimiento.

## **5) Quinta etapa: Cierre y seguimiento.**

Esta etapa se caracterizó por ir preparando a la paciente para el término de su hipnotratamiento, las técnicas que se utilizaron durante este cierre le facilitaron a la paciente abandonar el miedo a “perder lo ganado”, ella expresaba que este miedo se encontraba presente y ella dudaba de su capacidad para enfrentar futuras situaciones. No obstante, las técnicas empleadas favorecieron este continuo crecimiento de la paciente así como tener identificados sus recursos, los cuales le permitieron realizar un cambio a nivel consciente como inconsciente.

### **c) EFICACIA DEL TRATAMIENTO.**

En cuanto a los avances de los objetivos de la terapia se encontró que los criterios que el DSM-IV-TR marcados para el trastorno distímico actualmente ya no están presentes en la paciente, así mismo al aplicarle de nueva cuenta la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión los resultados arrojados se encontraron por debajo a los obtenidos en la primera aplicación.

Los resultados antes descritos sugieren que se ha logrado la recuperación de la paciente pues al no encontrarse ya los síntomas del trastorno distímico ella actualmente está incorporada a la sociedad de manera activa, se encuentra concluyendo su estudio de licenciatura, su autoestima le permite disfrutar de una buena relación primeramente con ella misma y posteriormente con su hija, así como con las personas con las que ha decidido entablar una nueva relación de amistad y afectiva.

Lo que sugiere que la hipnosis ericksoniana estratégica para adultos, es una técnica eficiente en el tratamiento del trastorno distímico, y el tiempo en el cual se da cada uno de estos logros sin lugar a duda marcan la disminución del mismo en la recuperación del paciente con el trastorno, por lo tanto, respecto a la pregunta de investigación se responde al constatar que la eficacia se puede observar en los resultados del pre y post test de las escalas aplicadas, así mismo se puede observar en el discurso de la paciente a través de cada sesión y se confirma en el testimonio de la paciente al finalizar su hipnotratamiento.

La eficacia de la hipnosis ericksoniana estratégica individual para adultos, permite que la paciente pueda reinsertarse a su vida familiar, laboral y social de manera pronta, debido a que al trabajar con la mente inconsciente la paciente puede percatarse de qué aspectos se están viendo afectados por su situación actual (distimia), y al ir resolviendo en cada sesión diversos objetivos, su percepción así como estado de ánimo comienzan a mejorar de tal forma que los síntomas de la distimia, tales como falta de energía, insomnio o hipersomnias, aumento o pérdida del apetito, sentimientos de desesperanza, comienzan a disminuir permitiéndole de esta manera a la paciente percibirse de una manera diferente y favorable para ella misma y para quienes la rodean.

## **CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

### **1. DISCUSIÓN.**

La distimia es uno de los trastornos que posee mayor prevalencia en la población en la actualidad, siendo las mujeres quienes presentan un mayor índice en algún trastorno relacionado con el estado del ánimo. Sin embargo, a pesar de ser, un trastorno con alta incidencia en la población mundial, son pocos los tratamientos con los que se puede abordar dicho padecimiento. Dentro de los tratamientos se encuentra el farmacológico, terapia electroconvulsiva, la psicoterapia de varios enfoques, como la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal, y el proceso terapéutico usando la hipnoterapia ericksoniana estratégica.

La propuesta de la hipnoterapia ericksoniana estratégica para adultos, se basa en presentarle al paciente una manera distinta de abordar diversas problemáticas, así mismo considera al ser humano como una persona capaz de desarrollar y potencializar sus habilidades cuando se le ayuda a identificarlas, debido a que no es un modelo terapéutico que brinde recursos, sino que está dirigido a que sea el paciente quien se percate de sus habilidades y recursos, que sea el mismo quien cambie su percepción hacia el mismo y hacia su vida en general. De esta manera la hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos se encarga de promover el desarrollo humano.

En la presente investigación se realizó un proceso hipnoterapéutico con una paciente diagnosticada con distimia, en el cual transcurrieron 15 sesiones, en

base a los resultados obtenidos se puede proceder a discutir los siguientes aspectos:

Procter (2000), considera a la hipnosis como un estado especial de conciencia, al que se suele llegar con la ayuda de otra persona, de esta manera la hipnosis aparece cuando la atención o los procesos mentales se dirigen al cuerpo de aprendizajes adquiridos en las experiencias de la vida.

En la hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos se emplean diversas técnicas hipnóticas que puedan facilitarle al paciente entrar en un estado de trance, de esta manera el paciente puede experimentar la hipnosis para abordar cuestiones físicas y emocionales.

Erickson (citado por Nardone, Et. Al., 2008), definió como “common everyday trance”, el estado de trance natural y fisiológico que se verifica a diario en todas las personas, el cual se presenta en diferentes momentos de forma espontánea, mientras que el trance hipnótico implicaba la pérdida de orientación frente a la realidad externa y el establecimiento de una nueva orientación frente a una realidad conceptual abstracta.

Esto se puede observar en el transcurso de las sesiones del hipnotratamiento, en donde al estar mencionando el trance el hipnoterapeuta, mediante el uso de un tono de voz y una serie de palabras entremezcladas van induciendo al paciente a entrar a trance hipnótico.

En el caso de Fernanda, a través de diversas técnicas hipnóticas pudo experimentar este estado usual de conciencia. En la fase diagnóstica se le presentaron a ella técnicas hipnóticas que le sirvieron como instrucción a su proceso hipnoterapéutico. En donde ella al estar en trance hipnótico, percibía la voz exterior del hipnoterapeuta pero al mismo tiempo iba entrando a un estado de conciencia profunda, a la mente inconsciente, de esta manera en ocasiones dejaba de prestar atención a la mente consciente y no escuchaba el sonido del exterior, su atención se encontraba centrada y dirigida a su mente inconsciente y a los procesos que estaban suscitándose ahí mismo. Fernanda se podía percatar de esto cuando se había terminado el trance, debido a que hacía mención cuando había dejado de escuchar la voz del hipnoterapeuta o cuando había estado atenta en todo momento tanto al exterior como al interior.

Abia (1998), hace referencia a la palabra conciencia, mencionando que es la capacidad de estar despiertos, estar alerta al mundo con los cinco sentidos. Mientras que la consciencia, es descrita como la capacidad para reflexionar sobre uno mismo, haciendo diferencia entre lo que ocurre en el interior y lo que ocurre en el exterior.

Por su parte, Procter (2000), comenta que en ese estado especial de conciencia se puede acceder a las diferentes formas de conducta de la vida de cada día.

Algo similar sucede en la hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos, cuando el paciente se encuentra en trance hipnótico se encuentra en dos niveles de conciencia, en el nivel consciente es capaz de escuchar y comprender lo que está viviendo, mientras que en el inconsciente es capaz de elaborar diversos procesos como sentir, observar imágenes, evocar recuerdos, narrar cuentos y/o anécdotas, todo esto es vivenciado por el paciente.

En el caso de Fernanda, cuando ella se encontraba en trance hipnótico, podía experimentar dos niveles de conciencia, de esta manera ella podía acceder a cuestiones vividas. Este proceso de advertir dos niveles de conciencia Fernanda lo experimentó durante las cinco fases del hipnotratamiento, debido a que en cada fase se trabajaron con técnicas hipnóticas que le permitieron entrar en estado de trance.

Procter (2000), describe que mediante el uso de la hipnosis se puede potencializar la expresión de las habilidades o capacidades de las personas, y puede suceder que la persona no se haya percatado de que se encuentran en uno mismo, así mismo la hipnosis ayuda a que la persona maneje sus habilidades.

En el caso de Fernanda, durante la fase Diagnóstica ella elaboró sus objetivos de terapia, con los cuales después se procedió a trabajar en las distintas fases del tratamiento. En la fase de Diseño de la Estrategia se emplearon técnicas hipnóticas que le permitieran a Fernanda trabajar sus objetivos de terapia. Los resultados obtenidos de las primeras dos fases (diagnóstica y diseño de estrategia) le permitieron a Fernanda comenzar a experimentar cambios. Dichos cambios se trabajaron junto con aspectos pendientes por trabajar en la tercera fase de Alcance de Metas. Al finalizar esta etapa Fernanda pudo percibir otros cambios, por lo que en la cuarta fase de Consolidación, Fernanda pudo identificar sus recursos y comenzar a utilizarlos para su beneficio. Esto Fernanda lo vio reflejado en su toma de decisiones, en su vivencia con su familia, compañeros de clase, etc.

El cambio de percepción más significativo que Fernanda vivenció fue el dejar de concebirse como víctima o discapacitada, ello lo logró a través de las sesiones,

en donde comenzó a percatarse que contaba con habilidades para socializar, habilidades para dejar de permitir y comenzar a decir no cuando era necesario, y dejar de culpar a los demás por su condición de vida y hacerse responsable de su propia vida y bienestar físico y emocional.

De acuerdo con la corriente interaccional, la hipnosis se define por ser un procedimiento por medio del cual se producen cambios en las percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos del paciente, a través de la sugestión (Kirsch, 1994; Chaves, 1994; Fromm, 1994).

Este aspecto se hace visible en el transcurso del trance hipnótico, donde el paciente conducido por la sugestión, que hace el hipnoterapeuta, comienza a cambiar su percepción, sentimientos y comportamiento. El paciente cuando finaliza el trance es capaz de experimentar su cuerpo de una manera distinta a como lo inició, esto es un indicador de que se realizó un trabajo profundo y que el cambio de percepción se produjo.

Dicho cambio es influenciado por la sugestión que el paciente elabora en el objetivo de trance, y que es repetido por el hipnoterapeuta en el paso de realidad interior y sugestiones del trance, y que al ser escuchado por el paciente evoca el cambio. Cambio que es perceptible por el paciente al finalizar el trance, pero que es más notable cuando transcurre una semana o quince días, este espacio de tiempo le permite al paciente identificar qué está sucediendo con ella misma y en su cuerpo, sensaciones, emociones, pensamientos, y comportamientos que se traduce en un cambio a nivel consciente.

En el caso de Fernanda, los cambios que se realizaron en su percepción, pensamientos, emociones, sensaciones, y comportamiento. A partir de la tercera fase (Alcance de metas) a la quinta fase (Cierre y seguimiento), se pudo identificar en el discurso de la paciente, los cambios que Fernanda comenzó a percibir. Dichos cambios se vieron solidificados en el cambio de comportamiento, Fernanda comenzó a identificar qué aspectos de su comportamiento perjudicaban su relación con el otro, y al darse cuenta modificaba su comportamiento. En la quinta fase de Cierre y Seguimiento, Fernanda realizó la observación de que anteriormente los problemas que tenía con su pareja los trasladaba a la relación con su hija, esto dañaba la relación de ambas.

A través de las técnicas hipnóticas Fernanda realiza un cambio de percepción, en específico en la treceava sesión, donde se empleó la técnica hipnótica "Reconciliación con el futuro". Fernanda en la realidad interior de solución se percibió así misma con su hija dándose ambas la mano. Posterior a esta sesión, Fernanda comentó que la relación con su hija se había mejorado, que ella había cambiado el comportamiento que tenía con su hija. Por lo anterior, se identifica que los resultados obtenidos por Fernanda fueron logrados debido a las técnicas hipnóticas y al estado de trance, que le permitió a Fernanda observar los recursos con los que contaba pero que no se había percatado de ellos.

La hipnosis es estimulada no inducida, al utilizar la palabra estimular se hace referencia a la esencia del proceso con el cual el hipnotizador construye las condiciones que activan o hacen emerger en el paciente componentes de trance latentes (Nardone, et al, 2008, p.45).

Esto se vincula cuando el hipnoterapeuta es quien proporciona las sugerencias, dichas sugerencias promueven un cambio a nivel inconsciente del paciente. Las sugerencias en el trance hipnótico tienen la función de proponerle, insinuar, sugerirle, plantearle diversas situaciones a la mente inconsciente del paciente, el poder de las sugerencias radica en que son las propias palabras del paciente las que escucha, es decir, cuando el paciente se encuentra elaborando su objetivo de trance al responder las preguntas: ¿Cómo considerarías resuelto? Y ¿Cómo te percatarías que al finalizar el trance diste un paso importante en la solución que estás buscando?, el paciente al ir describiendo estas dos situaciones, de alguna manera va comenzando a formular su sugerencia, que el trance será verbalizado por el hipnoterapeuta.

El paciente, quien se encuentra en trance hipnótico, con su mente inconsciente enfocada en el problema al oír la solución por medio de sugerencias y por medio de palabras entremezcladas, comenzará de manera automática a construir una solución con ayuda de la mente inconsciente. Al realizarle la sugerencia al paciente, en el transcurso del trance, se asegura que la mente consciente haya sugerido el mensaje, de tal manera que al ir finalizando el trance y utilizar las palabras “de hoy en adelante”, la mente inconsciente del paciente comienza a “reutilizar” lo vivido en el trance a partir de ese día, esta es la manera como se promueve el cambio a nivel de percepción.

Nardone, Et. Al., (2008), hace mención a la nueva hipnosis, la cual propone restablecer al paciente de su dignidad como persona activa y dotada de cualidad y potencial, de igual manera menciona que el hipnotizador tiene el deber de investigar activamente, reconocer y respetar. Por otro lado, el hipnoterapeuta representa a un terapeuta que pone su poder al servicio del paciente, debido a que esta postura favorecerá que el paciente deje a un lado

su resistencia para colaborar en la terapia, esto solo lo realiza cuando se siente reconocida su identidad y sus necesidades personales.

Aspecto fundamental para el funcionamiento de la hipnoterapia, donde el terapeuta respete la jerarquía, es decir, que tome en cuenta los conocimientos, habilidades y capacidades del paciente, así mismo que se establezca una relación terapéutica donde se promueva que el paciente ejerza el 80% de la terapia y el hipnoterapeuta el 20% restante. De esta manera, se respeta la dignidad del paciente, ya que será él quien decida qué desea trabajar y de qué manera en cada sesión, también se debe mostrar respeto ante el discurso del paciente cuando éste se encuentra en trance, y el hipnoterapeuta debe estar atento para identificar qué del discurso le será útil para otra sesión o para que el paciente alcance a generar una solución de manera agradable y saludable.

Este aspecto de que el paciente debe desempeñar un papel activo en la terapia, se evidencia en que el paciente es quien elabora sus objetivos de terapia, los evalúa, de igual manera en el transcurrir de las sesiones, es el paciente quien va trayendo a sesión distintos problemas o situaciones para trabajar con una técnica hipnótica. El hipnoterapeuta le puede presentar al paciente diversas técnicas a través de las cuales puede trabajar, sin embargo, es el paciente quien decide trabajar.

Cuando se establece un rapport con el paciente, se estará favoreciendo al buen desempeño del mismo en la terapia, debido a que el paciente depositará su confianza en el mismo y no en el terapeuta, de esta forma se estará valorando el esfuerzo y trabajo de él mismo como persona y como paciente. Esto conlleva a que el paciente finalice su hipnotratamiento sin haber creado una

dependencia, al contrario, el paciente habrá aprendido a identificar sus habilidades y a desarrollar las que necesitaba para enfrentar diversas situaciones de la vida diaria.

En el caso de Fernanda, el rapport que se estableció entre el hipnoterapeuta y ella se estableció en la fase diagnóstica, en donde Fernanda pudo establecer una alianza terapéutica saludable, que le permitiera elaborar un compromiso con ella misma para finalizar su proceso terapéutico y no abandonar en los momentos que para ella pudieran parecer difíciles.

Fernanda en la primera fase elaboró sus objetivos de terapia, los cuales se fueron abordando en las siguientes fases del hipnotratamiento. Fernanda en la fase diagnóstica, se fue introduciendo a lo que sería su hipnotratamiento, en esta fase ella centró su atención en los cambios a nivel sensorial durante el estado de trance, para que posteriormente centrara su atención en los cambios llevados a cabo en su mente inconsciente.

En la segunda fase, Diseño de la estrategia, se emplearon técnicas hipnóticas con las cuales Fernanda pudiera abordar sus objetivos de terapia. En esta fase Fernanda comenzó a identificar qué deseaba trabajar en la sesiones, comenzó a asumir su papel activo en la terapia, de esta manera empleaba su 80% y el hipnoterapeuta su 20%. Cuando Fernanda comenzó a tomar decisiones en lo que deseaba trabajar, se pudo observar que el terapeuta había creado el clima necesario para que Fernanda como paciente realizara su trabajo.

En la tercera fase, Alcance de Metas, Fernanda comenzó a percatarse de sus primeros cambios de percepción, sensaciones, pensamientos. Fernanda

dudaba acerca de estos cambios, por lo que se le pidió a Fernanda que identificara qué le gustaría trabajar, con la finalidad de que los cambios que iniciaban a ser visibles para ella, se fortalecieran con otros recursos.

Durante la cuarta fase, Consolidación, Fernanda inició a realizar un cambio en su comportamiento, esto le permitió a Fernanda el poder identificar qué de su comportamiento hacia que ella comenzará a sentir malestar o incomodidad con los demás y con ella misma.

En la última fase, Cierre y seguimiento, los cambios de Fernanda dejaron de ser cambios y comenzaron a ser recursos, habilidades o capacidades, que le permiten desempeñarse de una manera saludable en todas las áreas de su vida.

Estos resultados obtenidos por Fernanda muestran que el hipnotratamiento presenta una eficacia para el trastorno distímico. Dicha validez fue corroborada a través de los resultados del post test de las escalas. En la Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión (HAD), señala que el nivel de ansiedad y depresión disminuyeron al finalizar Fernanda su hipnotratamiento.

La eficacia de la hipnosis es demostrable en el desarrollo de cada fase del hipnotratamiento al igual que en el testimonio de Fernanda, quien lo elaboró una vez finalizado su hipnotratamiento. La eficacia de la hipnosis es constatable en el cambio de percepción realizado por la paciente, dicho cambio fue posterior a las técnicas hipnóticas. Este cambio de percepción, se vio reflejado en los pensamientos de Fernanda, en sus sensaciones, en sus emociones y finalmente en su comportamiento. Estos cambios favorecieron en Fernanda el

poder vivirse y sentirse de una mejor manera, y al mismo tiempo le sirvieron para que ella llegara a confiar en ella misma, que rescatara su dignidad como persona, de tal manera que comenzó a tomar decisiones por ella misma y a otorgarles valor.

Por lo que, el proceso hipnoterapéutico, resultó favorecedora para Fernanda en la recuperación del trastorno distímico. Por lo tanto, el uso de la hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos es eficaz para el trastorno de distimia. Debido a que le permite al paciente con este padecimiento realizar un cambio de percepción a nivel de pensamientos, sensaciones, emociones y comportamientos; cambios que se realizan a nivel consciente e inconsciente por medio de sugerencias. Estos cambios proporcionan un mejor desarrollo y desempeño como persona a los pacientes que se encuentran con un trastorno del estado de ánimo.

## **2. CONCLUSIONES.**

La hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos, se encarga de ofrecer una modalidad terapéutica donde se busca favorecer el desarrollo de la persona y de sus habilidades y capacidades. Al ser una terapia con enfoque breve, le permite al paciente una recuperación pronta, así mismo reintegrarse a su vida en el menor tiempo posible.

Esto es posible, debido al enfoque estratégico, en donde el paciente va resolviendo sesión tras sesión diferentes aspectos que forman parte de sus objetivos de terapia. Es decir, se trabaja con lo que el paciente desea abordar ese día, se trabaja con el “aquí y ahora”, no es una terapia que vaya enfocada a resolver cuestiones del pasado, como la infancia, las relaciones trigeracionales y/o conflictos.

Es una terapia enfocada a la solución, por medio del trance hipnótico y de las sugerencias se orienta al paciente a que desarrolle o identifique sus habilidades que le servirán para solucionar los problemas actuales.

En dado caso que existiera una cuestión del pasado, que el paciente decida trabajar, se hará empleando una técnica que le permita revivir ese momento y en el trance el paciente hará un rescate. De esta forma se soluciona la situación del pasado que le generaba angustia, dolor, miedo, enojo, etc., al paciente, durante el trance se pone especial énfasis en el rescate, ya que esta es la manera en la que el paciente elabora la solución, y se produce un cambio en la percepción.

El cambio a nivel percepción es uno de los beneficios de la hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos, debido a que las soluciones que va creando la mente inconsciente en cada trance hipnótico, le permiten al paciente conocer otro punto de vista de percibir su situación actual. Además hay un cambio a nivel de emociones, sensaciones corporales, comportamientos del paciente, que se verá reflejado en la manera de actuar del paciente mientras se encuentra en hipnotratamiento y después de haber concluido su proceso terapéutico.

Este cambio de percepción solo se puede lograr cuando se trabaja con dos niveles de consciencia, como es el caso de la hipnosis. Durante el desarrollo del trance hipnótico el paciente trabaja con su mente consciente y su mente inconsciente, esto se logra por medio de la hipnosis y sugerencias. Las sugerencias van guiando al paciente al inicio del trance para entrar a un nivel profundo de consciencia, en hipnosis mente inconsciente, en este nivel de consciencia se realizarán los cambios como resultado de la sugestión emitida por el hipnoterapeuta en el trance hipnótico.

La eficacia de la hipnoterapia es comprobable en el momento que el paciente se percata de este cambio de percepción. El hipnoterapeuta lo puede identificar a través del discurso del paciente, pero también al escuchar la realidad interior de solución y cómo se siente el paciente al finalizar cada trance. Debido a que, en la realidad interior de solución el paciente a través de la mente inconsciente elabora una solución a su objetivo de trance (resolver una situación problemática), y al finalizar el trance el paciente comenta si percibe algún cambio o se percibe de manera distinta a como inicio el trance.

En la sesión posterior, el paciente hará mención de los cambios que han comenzado a ser perceptibles para él y para las personas que lo rodean. Por su parte, el hipnoterapeuta se notará este cambio a nivel consciente e inconsciente cuando el paciente elabora su objetivo de trance, ya que el paciente, comienza a describir de una manera diferente la forma en cómo le gustaría sentirse y cómo se daría cuenta de que ha comenzado a solucionar el problema.

Se considera que una parte esencial de la hipnoterapia, es el permitir el libre albedrío, enfocado a permitir que sea el paciente quien desde un inicio comience a tomar decisiones por sí mismo, de esta forma se le está dejando al paciente que haga uso de su 80% que le corresponde en la terapia. Cuando se le permite al paciente tomar sus propias decisiones, la hipnosis ericksoniana estratégica individual para adultos, cumple con el aspecto estratégico, en donde a partir de lo que el paciente desea trabajar se utiliza una técnica con la cual se pueda abordar el objetivo del paciente en dicha sesión.

Lo anterior, es la principal aportación de la hipnoterapia ericksoniana; el darle un papel activo al paciente y que el hipnoterapeuta se convierta en un facilitador, que se encargará de estimular la hipnosis por medio de sugerencias; mismos que el paciente formulará en su objetivo de trance.

El sentido estratégico, se evidencia cuando el hipnoterapeuta propone diversas técnicas hipnóticas o utiliza las que le servirán al paciente. Es decir, en cada fase del hipnotratamiento se va generando una nueva estrategia para trabajar cada sesión. Debido a que en cada sesión se deben tomar en cuenta las necesidades del paciente al decidir qué técnica hipnótica se empleara.

En la hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos el papel que desempeña el hipnoterapeuta le permite al paciente confiar en sí mismo, observar sus cambios, identificar qué necesita trabajar o qué ya se resolvió al trabajar otro aspecto en sesión. Al promover que el paciente sea quien dirige su sesión, de manera inconsciente, la sugestión es que el paciente puede tomar decisiones en su vida, que cuenta con esa habilidad de decidir sobre sí mismo y que no necesita apoyo.

La hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos como técnica terapéutica ofrece diversos beneficios, dentro de los más importantes, se encuentra el valor que el paciente se otorga a sí mismo y al cuidado de sí mismo. Esa es la principal función del entremezclado, el hacerle la sugestión al paciente que debe vivir saludablemente, estar protegidamente, actuar de forma automática, disfrutar de su vida y aprender de todas sus experiencias como ser humano.

La hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos puede ser empleada para el abordaje de cualquier trastorno mental, enfermedad física o dolencia emocional, es útil en el tratamiento de las adicciones y en trastornos alimenticios, debido que se elaboran estrategias enfocadas a las necesidades de cada paciente, y el paciente va tomando la decisión de sus objetivos de terapia así como de qué desea trabajar en la sesión.

En el caso de la distimia, se observó en esta investigación que al utilizar la hipnosis ericksoniana estratégica individual para adultos como tratamiento, el paciente diagnosticado con trastorno distímico logra una disminución de los síntomas así como una mejoría en su calidad de vida.

Lo anterior, se obtiene a través del trabajo realizado en las cinco etapas del tratamiento hipnoterapéutico. En donde en el caso Fernanda se identifican los cambios que condujeron a que ella finalizara su hipnotratamiento de una manera satisfactoria al disminuirse la presencia de los síntomas de la distimia.

Durante el desarrollo de las fases del hipnotratamiento, Fernanda comenzó a percatarse de su cambio de percepción, pensamientos, emociones, sensaciones corporales y de comportamiento. En la primera etapa, fase Diagnóstica no se presentaron cambios, sin embargo, fue en esta fase donde Fernanda conoció la técnica hipnótica. Los resultados de esta fase demostraron que al utilizar técnicas hipnóticas, el hipnoterapeuta indujo a Fernanda a un estado de trance, en el cual pudo experimentar dos niveles de consciencia.

En la segunda etapa, la fase de Diseño de la Estrategia, Fernanda comenzó a percibir sus primeros cambios de sensaciones corporales y percepción, esto la llevó a preguntarse si lo que ella estaba concibiendo como cambio realmente lo era o era producto de su imaginación. De acuerdo con los resultados observados en Fernanda, se comprueba que a través de las sugerencias elaboradas previo al estado de trance, la mente inconsciente comienza a buscar en sus vivencias lo necesario para que la persona comience a modificar su percepción. La mente inconsciente durante el trance proporciona una realidad interior de solución, la cual le brinda de forma inconsciente los recursos con los que cuenta. Durante esta etapa se observó que Fernanda constantemente se encontraba en lugares con agua, ya sea nadando, o en ríos.

De alguna manera que Fernanda estuviera elaborando esas soluciones dentro de su estado de trance, podrían ser el que a ella le agrada estar en contacto con la naturaleza, en sus momentos de tristeza le gustaba ir al bosque y

“refugiarse”. Por lo que su inconsciente le estaba proporcionando a través de la realidad interior de solución el recurso con el que ella contaba anteriormente, con la diferencia de que ahora no tenía que ir al bosque para sentirse en contacto con ella misma o tranquila, sino que tenía que acceder a ella misma para encontrar lo que de ahora en adelante le proporcionaría tranquilidad.

En la tercera etapa, la fase de Alcance de Metas, se observó que Fernanda después de haber abordado sus objetivos de terapia en la fase anterior, comenzó a percibir cambios en su percepción. Los cambios que se realizaron en sus sensaciones corporales, le permitieron percatarse qué sensaciones sentía en los momentos que se disgustaba o enojaba, de esta manera Fernanda inició a tomar decisiones en su hipnotratamiento, que se vio reflejado en su vida. Debido a que a partir de esta fase Fernanda comenzó a elegir la técnica hipnótica con la cuál deseaba trabajar.

Los resultados de esta fase muestran como Fernanda después de seis o siete sesiones aproximadamente, comenzó a presentar cambios, cambios que no solo eran evidentes para ella al finalizar cada trance sino que se fueron reflejando en distintas áreas de su vida.

Durante la cuarta etapa, la fase de Consolidación, Fernanda abordó a través de técnicas hipnóticas cuestiones que desde su punto de vista eran necesarias trabajar, debido a que ella se había percatado que al ir trabajando sus objetivos de terapia, estos asuntos no se habían abordado. Los resultados arrojados al finalizar esta fase permitieron que Fernanda comenzara a tomar decisiones importantes para su vida, como lo es la separación con su pareja, elaborar un plan de vida y de trabajo para cuando terminara su licenciatura de danza y cuando llegara el momento de separación.

Para esta etapa de la hipnoterapia, Fernanda se encontraba consolidando sus recursos, esto fue evidente cuando ella decidió ponerle fin a ciertos aspectos de su vida que le estaban resultando doloroso o difíciles. Así mismo, comenzó a percatarse más de lo que su comportamiento generaba en ella y en las personas alrededor, de tal manera que comenzó a escuchar a su hija, con quien la relación estaba distanciada y se caracterizaba por ser problemática.

Finalmente en la quinta etapa, la fase del Cierre y Seguimiento, Fernanda comenzó a identificar qué podía hacer desde ella para mejorar la relación con su hija y con su esposo aunque llegaran a separarse. Las técnicas hipnóticas utilizadas durante esta etapa le permitieron a Fernanda reconciliarse con su hija así como visualizar un posible escenario si recayera. Los resultados de esta última etapa demuestran cómo lo que antes pudiera haber sido un escenario de catástrofe para Fernanda ahora se traducía en una pérdida de confianza en ella misma y en sus recursos.

Se concluye que el uso de la hipnoterapia ericksoniana estratégica individual para adultos en el tratamiento para el trastorno distímico favorece el desarrollo de la persona así como de sus capacidades. Lo cual le permite elevar su calidad de vida y reintegrarse a su vida en un menor tiempo posible. Al contar con un mayor número de recursos que le permitan sentirse y percibirse bien colaboran en la eficacia del hipnotratamiento, debido a que la persona es menos susceptible a presentar síntomas de la distimia.

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.**

### **1. LIMITACIONES.**

Los resultados de esta investigación son generalizables, únicamente son aplicables en el sujeto estudiado. Por otro lado, las limitaciones que existen de acuerdo al contenido radican en la poca o escasa información acerca del tema. La hipnoterapia no es un tema que tenga poco tiempo, sin embargo, han sido pocos los estudios y/o investigaciones que se han realizado para validar el uso de la misma y que estén documentados. Así mismo que la información que existe tanto de la distimia como de la hipnoterapia no se encuentra actualizada.

Las limitaciones en lo que se refiere al tratamiento del caso, fue el lapso de tiempo transcurrido entre una sesión a otra, tomándose como continuidad del proceso, debido a que la paciente no tenía de manera fresca los cambios percibidos a través de la técnica hipnótica, sin embargo, sí identificaba cambios en percepción o situaciones que había experimentado en las cuales había percibido al cambio, pero éstas eran de un tiempo más cercano a la sesión.

### **2. SUGERENCIAS.**

De acuerdo con las limitaciones se sugiere que se realicen investigaciones de tipo confirmatorio para poder generalizar resultados, así mismo nuevas líneas de investigación con diferentes trastornos y que validen la eficacia de la hipnosis así como el uso de la hipnosis como tratamiento alternativo a distintos

padecimientos actuales. Esto a su vez puede propiciar que se vaya generando un interés en la población para el uso del hipnotratamiento.

En cuanto a la cuestión de la frecuencia de las sesiones con la paciente, es necesario encuadrar claramente acerca de la importancia de la continuidad de las sesiones, ya que cuando se deja pasar más tiempo entre sesiones, la paciente puede perder la continuidad de su proceso hipnoterapéutico o solicitarle que realice anotaciones y descripciones de sus cambios percibidos si es que por diversas cuestiones tendrá que transcurrir un tiempo considerable entre sesión y sesión.

## REFERENCIAS.

- Abia, J. & Robles, T. (1990). *Concierto para cuatro cerebros*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México.
- Abia, J. (1999). *Manual de Introducción a la Hipnosis*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México.
- Abia, J., & Núñez, R. (2003). *Manejo estratégico de la depresión y la distimia*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Cd. De México.
- Abia, J., & Núñez, R. (2003). *Manual de Bases de la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Cd. De México.
- Abia, J., & Núñez, R. (2003). *Supervisión de casos y proceso hipnoterapéutico*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Cd. De México.
- Abia, J., & Núñez, R. (2012). *Proceso hipnótico grupal*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Cd. De México.
- Abia, J., & Núñez, R. (2012). Estados alternativos de consciencia. *Revista electrónica para profesionales de la salud y la educación*, 2, (1): México. Disponible en <http://www.institutoerickson.com.mx/revistas/revista%20esp%202012.pdf>.
- Akiskal, HS. (1983). Dysthymic disorders: Psychopatology of proposed chronic depressive subtypes. *The American Journal of Psychiatry*. Estados Unidos: American Psychiatric Association, (140), 11-20. Disponible en <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1983-10505-001>.
- Albrecht, A.T. & Herrick, C. (2007). *100 preguntas y respuestas sobre la depresión*. España: Editorial EDAF.
- Álvarez, J., Negreros, A., Nuño, B. L., Álvarez, J., Alcocer, L. (2007). Eficacia de la hipnosis ericksoniana en el síndrome de fibromialgia en mujeres. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, (45), 395-401. México. Disponible en [http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gr\\_a/A57.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gr_a/A57.pdf).
- Ardila, A. (1980). *Psicología de la percepción*. México: Trillas.
- Ardila, A. (1982). *Psicofisiología de los procesos complejos*. México: Trillas.
- Baena, A., Sandoval, M. A., Urbina, C. C., Juárez, N., Villaseñor, S. J. (2005). *Los trastornos del estado de ánimo*. México: Revista Digital Universitaria. Disponible en <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110.htm>.

- Besteiro, J.L., & García, E. (2000). *Utilización de la hipnosis en el tratamiento de la depresión mayor*. *Psicothema*: España, 12, (004), 557 – 660. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/371.pdf>.
- Caraveo, J., Colmenares, E., Saldívar, G. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, (22), 7-17. México. Disponible en <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/1999/sm2202/sm220207DBY.pdf>.
- Castañeda, M.P. (2006). Mujeres, subjetividad y salud mental. Perspectivas desde la teoría feminista. *Jornadas de Investigación 2005*. México: UNAM.
- Crawford, H.J. (1990). Cognitive and Psychophysiological correlates of hypnotic responsiveness and hypnosis. En Brown, D. (compilador). *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis*, (47-54). Estados Unidos: Ed. Lawrence Erlbaum Associates.
- Crawford, H.J., Wallace, B., Nomura, K., Slater, H. (1986). Eidetic-like imagery in hypnosis: rare but there. *American Journal of Psychology*. Estados Unidos: Book Review, (99), 527-546. Disponible en <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1422292?uid=3738664&uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21101725839111>.
- Chappa, H.J. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas*. Tratamiento psicofarmacológico y cognitivo social. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana.
- Chaves, J.F. (1994). Hypnosis: the struggle for a definition. *Contemporary Hypnosis*. Inglaterra: BSCAH, (11), 145-146.
- De Pascalis, V., Marucci, F. S., Penna, P. M. (1989). 40 Hz EEG Asymmetry during recall of emotional events in waking and hypnosis: differences between low and high hypnotizables. *International Journal of Psychophysiology*. Inglaterra: Ed. Board, (7), 255-275. Disponible en <http://www.medicine.ups-tlse.fr/du.../pasqualis.pdf>
- Durand, V.M., & Barlow, D. H. (2007). *Psicopatología un enfoque integral a la psicología anormal*. México: Thomson.
- Edmonston, W. E. JR. (1986). *The induction of hypnosis*. New York: John Willey and sons editors.
- Fromm, E. et al. (1994) APA definition of Hypnosis: Endorsements. *Contemporary Hypnosis*. Inglaterra: BSCAH, (11), 144.
- Galimberti, U. (2006). *Diccionario de psicología*. México: Siglo Veintiuno Editores, 344.

- García, P. & Margaritos, M. (2008). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios. Diagnósticos de investigación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- González J.J., Oñate, R., Solloa, L. M. (2001). *Investigación cualitativa. Revista Aletheia*. Psicología y Psicoanálisis. México: IIPCS, (20), 13 – 28.
- Gruzelier, J. H., Brow, T., Perry, A., Rhonder, J., Thomas, M. (1984). Hypnotic susceptibility: A lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis. *International Journal of Psychophysiology*. Estados Unidos: Ed. Board, (2), 131-139.
- Gruzelier, J. H. (1987). Individual differences in dynamic process asymmetries in the normal and pathological brain. En Glass, A. (compilador). *Individual differences in hemispheric specialization*, (301-329). New York, US: Ed. Plenum Press.
- Gruzelier, J. H. Hancock, J., Maggs, R. (1991). EEG Topography during word versus face recognition memory in high and low susceptible in baseline and hypnosis. *International Journal of Psychophysiology*. Inglaterra: Ed. Board, (11), 36.
- Halama, P. (1989). Die Veränderung der corticalen Durchglutung vor und in Hypnose. *Experimentelle und Klinische Hypnose*. Alemania: Ed. DGH, (5), 19-26.
- Hammond, C. (1988). *Learning clinical hypnosis: an educational resources compendium*. USA: American Society of Clinical Hypnosis.
- Hammond, C. (1995). *Hypnotic induction & suggestion: an introductory manual*. USA: American Society of Clinical Hypnosis.
- Harvard Medical School. (2005). Dysthymia. Estados Unidos: *Harvard Health Publications*. Disponible en <http://www.health.harvard.edu/newsweek/Dysthymia.htm>.
- Hayden, E.P, & Klein, D.N. (2001). Outcome of Dysthymic Disorder at 5 –year follow-up: The effect of Familial Psychopathology, Early Adversity, Personality, Comorbidity and Chronic Stress. *American Journal of Psychiatry*, (158), 1864-1870. Disponible en <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=175150>.
- Hernández R., Fernández, C., Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hospital General de México. (2006). *Anuario Estadístico 2006*. México. Disponible en <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/planeación/anuario2006.pdf>.

- Hospital General de México. (2007). *Anuario Estadístico 2007*. México. Disponible en <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/planeación/anuario2007.pdf>.
- Hospital General de México. (2008). *Anuario Estadístico 2008*. México. Disponible en [http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/planeación/anuario\\_08.html](http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/planeación/anuario_08.html).
- Hospital General de México. (2009). *Anuario Estadístico 2009*. México. Disponible en [http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/planeación/anuario\\_09.html](http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/planeación/anuario_09.html).
- Hospital General de México. (2010). *Anuario Estadístico 2010*. México. Disponible en <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/planeación/anuario2010.pdf>.
- Hospital General de México. (2011). *Anuario Estadístico 2011*. México. Disponible en [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/planeación/anuario\\_2011.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/planeación/anuario_2011.pdf).
- Ibarra, M.C., Ortiz, J. A., Alvarado, F. J., Graciano, H., Jiménez, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud mental*, (33), 317-324. México. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400003) .
- Kirsch, I. (1994). Defining hypnosis for the public. *Contemporary Hypnosis*. Inglaterra: BSCAH, (11), 142-143.
- Kirsch, I., Lynn, S. J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*. Estados Unidos: American Psychological Association, (50), 846-858.
- Klein, D.N., Shankman, S. A., Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*, (163), 872-880. Disponible en <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=163&page=872&journalID=13>.
- Laurence, J. R., Perry, C. (1988), *Hypnosis, will and memory: psycho-legal history*. New York: Gilford Press.
- López-Ibor, J.J. & Valdés, M. (2005). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.

- Luque, R., & Berrios, G. E. (2011). *Historia de los trastornos afectivos*. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría. Disponible en [http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/rcp\\_sup\\_2011\\_130.pdf](http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/rcp_sup_2011_130.pdf).
- Manzo, M.C. (2002). La motivación al logro en la adolescencia y su relación con la depresión. Tesis de maestría. México: Universidad Vasco de Quiroga.
- Manzo, M.C., Madrigal, L., Avalos, S., Castañeda, J., León, G., Magaña, L., Salinas, E. (2006). Las causas de la depresión en la población atendida en el centro de atención psicológica Santa Fe. Reporte de investigación. México, UVAQ.
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjeto, C., Blanco, J., Fleiz, C., Et. Al. (2003). Mexican National Comorbidity Survey (NCS-Mexico): an overview of design and field procedures. World Health Organization's (WHO). World Mental Health Surveys Initiative. Disponible en <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/WMH%20Country%20Reports.htm>
- Mészáros, I. & Bányai, É. I. (1978). *Neural and neurohumoral organization of motivated behaviour*. Budapest: Akademiai Kiado.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Mutter, C. (1985). American board of medical hypnosis current update. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Estados Unidos: Ed. Routledge, (27), 245-246.
- Nardone, G., Loredano, C., Zeig, J., Watzlawick, P. (2008). *Hipnosis y terapias hipnóticas*. Barcelona: Integral.
- Núñez, R. (2000). Juego dirigido con hipnosis. En Gutiérrez, F. (compilador). *Terapia infantil*, (99-121). México: Editorial CEFAP.
- O'Hanlon, W. (1989). *Raíces profundas*. Buenos Aires: Paidós.
- Olness, K. & Kohen, D. P. (1996). *Hypnosis and hypnotherapy with children*. USA: Guilford Press.
- OMS, (2007). Diez cuestiones estadísticas de especial interés en salud pública mundial. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Disponible en [http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp\\_Parte1.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp_Parte1.pdf).
- Pinto, B., & Montoya, T. (2010). Hipnosis para el control del dolor en pacientes con quemaduras. Bolivia. Disponible en <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v8n2/v8n2a6.pdf>.

- Procter, H. (2002). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson Vol. II*. España: Paidós.
- Ramos, J.A. & Cordero, A. (2000). *Distimias: el problema de su delimitación conceptual*. España: Psiquiatría.com. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/diagnostico47/1816/>.
- Roca, B. M. (2000). *Trastornos de Humor*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez del Álamo, A., Álvarez, R., Arguiz, V., Hilario, F. (2011). *Trastorno distímico y alexitimia*. España: Psicología.com. Disponible en <http://www.hdl.handle.net/10401/4326>.
- Ruiz, J.C., & Santibáñez, G. (2008). Defendiendo a la hipnosis desde la psicobiología: Algunas líneas de desarrollo científico de los fenómenos hipnóticos. Chile: Cuad. Neuropsicol. 2, (2), 150 – 166.
- Schneck, J. M. (1985). A History of the founding of the American Board of Medical Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Estados Unidos: Ed. Routledge (27), 241-244.
- Soto, A.S. (2008). Niveles de depresión en alumnos del primer año de preparatoria: un estudio comparativo. Tesis de licenciatura. México: Universidad Vasco de Quiroga.
- Spanemberg, L. & Juruena, M.F. (2004). Distimia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. Porto Alegre: *Revista Psiquiatrica do Rio Grande Sul*, 26, (3). Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-8182004000300007>.
- Tinterow, M. (1970). *Foundations of hypnosis: from Mesmer to Freud*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Vargas, J. E., & Pacheco, A. I. (2011). Óbito fetal, distimia y reacción depresiva. México: Centro Regional de Investigación en Psicología. (5), Núm. 1, p. 49-55. Disponible en [http://www.conductitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/62\\_obito\\_fetal\\_distimia\\_reaccion\\_depresiva.pdf](http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/62_obito_fetal_distimia_reaccion_depresiva.pdf).
- Vargas, P., González, C. S., Desatnik, O., Galicia, I. X., Espinosa, M. R., Suárez, M., Et. Al. (2004). *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.
- Walton, J. N. (1976). *Neurología básica*. España: Ed. Salvat.
- Wright, M. E., Wright, B. (1987). *Clinical practice of hypnotherapy*. United States of America: Guilford Publications.

Zigmond, A. S., et al. (1986). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *British Medical Journal*. Inghilterra: BJM Publishing Group Ltd, (292), 344.

## ANEXOS.

### ANEXO 1. HISTORIA CLÍNICA.



INSTITUTO MILTON H. ERICKSON DE LA CD. DE MEXICO

HISTORIA CLÍNICA HIPNOTERAPIA ADULTOS

NOMBRE DEL PACIENTE:

1. ¿Ha tenido alguna dificultad de insomnio o de dormir demasiado (más de 10 horas diarias) en los últimos 6 meses? ¿Cuál?
2. ¿Ha tenido alguna dificultad en su peso corporal en los últimos 6 meses? ¿Cuál? (subir o bajar de peso)
3. ¿Ha asistido anteriormente a algún tipo de Psicoterapia? ¿Cuál?
4. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que ha requerido de un tratamiento importante por parte de un médico? ¿Cuál?
5. En este momento ingiere algún tipo de medicamento ¿Cuál? ¿Cuánto tiempo lo lleva tomando y por cuánto tiempo lo seguirá utilizando?
6. ¿En el último año ha sufrido algún tipo de pérdida importante de un familiar o escuela o amistad o mascota?
7. Considera que en los 3 meses ha estado sufriendo algún tipo de molestia que le podría llevar a pedir ayuda médica ¿qué molestia?
8. ¿Ha sido sometido a algún tipo de cirugía? ¿Cuál? ¿Cuándo?

9. ¿Tiene programada alguna cirugía? ¿Cuál? ¿Cuándo?
10. En su familia hay algún antecedente de enfermedades como diabetes, epilepsia, males congénitos, esquizofrenia, suicidio, homicidio, etc. ¿Cuáles? ¿En qué familiar?
11. ¿Alguna vez en su vida ha sufrido un tipo de accidente importante? (choque de auto, caída, incendio, terremoto, huracán, etc.)
12. ¿Considera haber sido víctima de algún tipo de daño irremediable que le haya hecho otra persona?
13. ¿Considera que alguna vez en su vida ha hecho un daño irremediable a otra persona? ¿Cuál?
14. ¿Consume o ha consumido: cigarrillos, alcohol, drogas ilegales? ¿Cuál? ¿Cuándo? ¿Cuánto tiempo? ¿Ya lo dejó?
15. ¿Considera estar teniendo en los últimos 6 meses un problema en el manejo de alguna de sus emociones? (enojo, tristeza, miedo, culpa, etc.)
16. ¿Alguna vez ha tenido la idea o ha llegado a autolastimarse? ¿Cuándo? ¿Cuánto tiempo? ¿Ya lo superó?
17. ¿Qué temores tiene respecto de la hipnosis?
18. ¿Su pasatiempo favorito? ¿El color que más te gusta? ¿El color que menos te gusta? (Esto sirve en el trance)

19. ¿Considera que su vida sexual es satisfactoria?
20. ¿Alguna vez se ha desmayado o tenido una crisis convulsiva?
21. ¿Es alérgica (o) a algo?

ISBN 968-7483-43-1

SEP-INDAUTOR 03-2003-030412451900-01

## ANEXO 2. REPORTE DE SESIÓN.



INSTITUTO MILTON H. ERICKSON DE LA CD. DE MEXICO

### DESARROLLO DE LA SESION

<b>SUPERVISOR:</b>	
<b>TERAPEUTA:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>PACIENTE:</b>	<b>No. de sesión:</b>

<b>TEMAS TRATADOS Y OBJETIVO DEL TRANCE</b>
1. ¿QUÉ QUISIERAS RESOLVER? 2. ¿CÓMO LO CONSIDERARÍAS RESUELTO? 3. ¿CÓMO TE DARÍAS CUENTA QUE DISTE UN PASO IMPORTANTE DURANTE ESTE TRANCE EN ESTA SOLUCIÓN QUE ESTÁS BUSCANDO? DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA. DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN.
<b>TECNICA HIPNOTICA APLICADA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>★ Sesión 1: Durante esta primera sesión se realizó la escala de ansiedad y depresión, sus objetivos de terapia así como su historia clínica. Se manejó la técnica de “A través de un afecto”, trabajando el “miedo a vivir el día cotidiano”. En la realidad interior de solución (RIS) simula que Fernanda de alguna manera está naciendo, pues dice que está flotando en el agua y su rostro va saliendo.</li> <li>★ Sesión 2: Se trabajó con la técnica de “Contrato de vida” por la cuestión de que Fernanda ha tenido de la idea de llegar a auto lastimarse pero no lo ha llevado a cabo. Lo más relevante es el hecho de que firma cuatro veces, y la última firma se asemeja a una mariposa.</li> <li>★ Sesión 3: Durante esta sesión se le pidió a Fernanda que realizara la “Lista de consecuencias del abuso” y al finalizarla se aplicó la técnica de “Catarsis contenida”. Lo más relevante de las consecuencias que ha tenido Fernanda son el que se haya desfigurado su imagen, el que le hayan realizado un daño y por ende que ella ha llegado a abusar de su poder o condiciones y tiene miedo a causar un daño irreparable a las personas que ama.</li></ul>

- ★ Sesión 4: Se decidió aplicar la técnica de “Conversación hipnótica con metáfora”, fue una sesión totalmente proyectiva en donde los personajes principales son un niño, un lobo y un anciano, que se pudiera interpretar como Fernanda, su papá y su abuela materna, quien cuidó de ella durante su infancia. Un cuestión importante es la revelación de lo que ella va visualizando cuando es el cierre de la técnica pues ella se veía escribiendo “mamá” y enseñándoselo a su mamá y ella ignorándola; cuestión importante porque cuando Fernanda decide explicarle a su mamá lo que ella estaba viviendo con su padre, su madre no le cree y le pide que no se toque el tema.
- ★ Sesión 5: Con lo que se dijo al finalizar el trance la sesión anterior decido trabajar una técnica de depresión que es “Diferencia entre depresión y tristeza”, aquí Fernanda menciona que la depresión vive en su casa en todos los rincones y desea que se vaya de su casa y la tristeza es como una sombra, en donde la enseñanza de la tristeza es “sería como una brisa fresca, que no hay problema en llorar siempre y cuando no se pierdan las ganas de vivir”.
- ★ Sesión 6: En esta sesión se trabaja con el enojo utilizando la técnica de “Contraparadoja compleja”. Aquí lo vive como una trampa, en donde se encuentra atrapada en un castillo medieval, siendo niña, en su casa era tabú el hablar del enojo y se podía ser de todo menos eso. Lo relevante de esta sesión es que cuando se le dice la paradoja junto con la contraparadoja ella se va sintiendo de niña a adulta. En esta sesión comenta que le escribió una carta a su padre y está esperando una respuesta.
- ★ Sesión 7: Se trabajó con la “Técnica regresiva para autorescatarse”, se le preguntó si quería trabajar con control de dolor o con la técnica regresiva y escogió la segunda. Fue una sesión profunda en el sentido de que completamente realiza el “autorescate”, en la realidad interior del problema (RIP) ve a una niña con su padre en una camioneta y él abusando de ella; para la realidad interior de solución (RIS), entra Fernanda a rescatar a la niña, dice que se la quiere llevar y la abraza. El regalo de esa sesión es un cántaro. Fernanda al terminar la sesión comentó que quería interrumpir el trance pero de alguna manera decidió terminar lo empezado, y menciona nuevamente que durante el cierre del trance se fue haciendo adulta. Esta sesión se realizó bajo supervisión.
- ★ Sesión 8: Fernanda acude a sesión comentando que se ha sentido muy bien y que el placer desde entonces ha quedado como latente y desea trabajarlo, se utiliza la técnica de “A través de un afecto”, en la RIS Fernanda expresa que siente como bolas en todo su cuerpo, al término del trance comenta que siente el peso de su cuerpo.

- ★ Sesión 9: Fernanda asiste a sesión mencionando que después de trabajar el tema del placer ha tenido la necesidad de conocer su cuerpo, de auto explorarse, de practicar el auto erotismo, la masturbación, y que en ese aspecto hasta el momento se ha sentido bien. Se trabajó con la técnica de “Reajustando tus mecanismos de alarma”, en donde se trabajó con el hecho de “dejar ir”, y que no le doliera la decisión de la otra persona. Al finalizar el trance menciona que siente el peso de su cuerpo y al mismo tiempo se siente ligera. Se le pide que su mente inconsciente le asigne una tarea pues se atraviesa el período vacacional, y la tarea es: “girar como espiral”.
- ★ Sesión 10: Acude a sesión comentando que ha empezado a surgir en ella el “miedo a perder lo ganado” pues sabe que solo faltan cinco sesiones y se termina el hipnotratamiento. Se elige trabajar con la técnica “Encuentro con tu miedo”, trabajando de manera simultánea el miedo y el enojo, debido a que menciona que el miedo constantemente está presente en su vida aun cuando ella no lo necesita. En la RIS nuevamente está presente el agua, y dice que ella está sumergida y siente el agua en su rostro.
- ★ Sesión 11: Fernanda durante la sesión anterior expresa que el enojo sigue presente en su vida, para esta sesión se trabaja la técnica de “Hablando directo con un estado del yo”, sin embargo, paso casi un mes entre la sesión anterior y esta. Fernanda expresa que en ese lapso de tiempo se dio cuenta que ese enojo era un cumulo de tristeza y dolor, que lloro una semana y ahora se encuentra bien. Se trabaja con “ser mujer”, en donde “Ser mujer” se siente ignorada y rechazada por ella misma, y durante trance le pidió a Fernanda que visualizara a “ser mujer” a su lado. El nombre renovado de “ser mujer” es “Fernanda”.
- ★ Sesión 12: Durante esta sesión Fernanda quiso trabajar el asunto de la separación con su pareja, menciona que ambos ya lo hablaron y decidieron que cuando ella termine su licenciatura se van a separar, comenta que se siente manipulada porque su pareja le dijo que mientras eso sucedía no podían salir con nadie. En esta sesión se trabajó con la técnica de “Usar las emociones para curarte”. En la RIS se ve en un barco con hombres y mujeres y sonriendo, al finalizar el trance sonrío y se siente muy contenta.
- ★ Sesión 13: En esta sesión se trabajó con la técnica de “Reconciliación con el futuro”. Ella vive el aquí y el ahora y no piensa mucho en el futuro. Durante la RIS, ve dos imágenes fusionadas, una parte es un mar, con brisa fresca y tiene a su hija Verónica al lado, están tomadas de la mano; la otra imagen es de un huerto de limas y naranjas. Se le deja de tarea el que se coma una lima o una naranja con su hija. Esta sesión se realizó bajo supervisión.

<p>★ Sesión 14: Fernanda menciona que lo peor que podría pasar si recayera es el “perder la confianza que vive en estos momentos”. La RIP es de una bóveda de estilo gótico y una persona envuelta en unas mantas. Al finalizar la sesión comenta que durante esta sesión las imágenes fueron como estar observándolas sin enjuiciarlas y la considera como una sesión espiritual. Hace mención que quizá es estar como entre la vida y la muerte, pues la separación que va a vivir con su pareja implica la muerte pero el deseo de vivir y de continuar viviendo después de eso.</p> <p>★ Sesión 15: Fue el cierre de sesión, se utiliza la técnica de “Metáfora de cierre”. Comenta que fue como vivir una película a una velocidad impresionante y cómo si se hubiera ido de viaje, regresa con una sonrisa y con una gran satisfacción.</p>
<p style="text-align: center;"><b>PROXIMA SESION (PENDIENTES)</b></p> <p>TAREA: PRÓXIMA:</p>
<p style="text-align: center;"><b>OBSERVACIONES</b></p> <p>DISEÑO DE TRATAMIENTO, DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES.</p>

**ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO (INICIO HIPNOTERAPIA).**



**INSTITUTO MILTON H. ERICKSON DE LA CIUDAD DE MÉXICO**  
EVALUACION DE LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE: Fernanda X.	
EDAD DEL PACIENTE: 38 años	GÉNERO: FEMENINO
FECHA INICIO: 27/07/10	FECHA FINAL:

1. Anota los objetivos que busca alcanzar el paciente con estas sesiones de Hipnoterapia:
2. Ahora con la siguiente escala, pide al paciente que califique cómo se encontraba en cada uno de los objetivos al inicio de la hipnoterapia y en la segunda columna cómo se encuentran en la última sesión de hipnoterapia o hasta la última sesión que está incluyendo en tu examen final de presentación de caso :

2. deficiente	4. suficiente	6. bueno	8. Muy bueno	10. Excelente
---------------	---------------	----------	--------------	---------------

Objetivos del paciente	Inicio Hipnoterapia 27/07/2010	Final Hipnoterapia
1. Superar el trauma de abuso sexual en mi infancia.	2	
2. Comprender los motivos que me hacen sentir odio, coraje, enojo.	2	
3. Mejorar mi autoestima	2	
4. Mejorar mi vida sexual	2	

FICHA PARA APLICACIÓN DE DIFERENCIA ESTADISTICA  
ISBN: 968-7483-43-1  
SEP-INDAUTOR: 03-2003-030412451900-01

**ANEXO 4. EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO (FINAL HIPNOTERAPIA).**



**INSTITUTO MILTON H. ERICKSON DE LA CIUDAD DE MÉXICO**  
EVALUACION DE LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE: Fernanda X.	
EDAD DEL PACIENTE: 38 años	GÉNERO: FEMENINO
FECHA INICIO: 27/07/10	FECHA FINAL: 05/04/11

1. Anota los objetivos que busca alcanzar el paciente con estas sesiones de Hipnoterapia:
2. Ahora con la siguiente escala, pide al paciente que califique cómo se encontraba en cada uno de los objetivos al inicio de la hipnoterapia y en la segunda columna cómo se encuentran en la última sesión de hipnoterapia o hasta la última sesión que está incluyendo en tu examen final de presentación de caso :

2. deficiente	4. suficiente	6. bueno	8. Muy bueno	10. Excelente
---------------	---------------	----------	--------------	---------------

Objetivos del paciente	Inicio Hipnoterapia 27/07/2010	Final Hipnoterapia 05/04/2011
1. Superar el trauma de abuso sexual en mi infancia.	2	8
2. Comprender los motivos que me hacen sentir odio, coraje, enojo.	2	8
3. Mejorar mi autoestima	2	8
4. Mejorar mi vida sexual	2	8

FICHA PARA APLICACIÓN DE DIFERENCIA ESTADÍSTICA  
ISBN: 968-7483-43-1  
SEP-INDAUTOR: 03-2003-030412451900-01

## ANEXO 5. ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Nombre del paciente: Fernanda X.			
Nombre del Hipnoterapeuta: Evelin Y. Infante Saucedo			
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión		PRE-TEST	POST-TEST
		Fecha: 27/07/10	Fecha: 05/04/11
A.1.	Me siento tenso/a o nervioso/a 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	2	1
D.1.	Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente. Igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto nada	1	0
A.2.	Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: 3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso	2	0
D.2.	Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto	2	0
A.3.	Tengo la cabeza llena de preocupaciones: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	2	1
D.3.	Me siento alegre: 3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día	1	0
A.4.	Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca	1	1
D.4.	Me siento lento/a y torpe: 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca	2	0
A.5.	Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago: 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo	1	0
D.5.	He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debiera hacerlo 1. Es posible que no me cuido como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho	2	0
A.6.	Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. En absoluto	2	0
D.6.	Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto	2	0
A.7.	Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca	2	1
D.7.	Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca	1	0

# ANEXO 6. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL.

ISBN 968-7483-43-1  
SEP-INDAUTOR: 03-2003-030412451900-01

## ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

NOMBRE PACIENTE: Fernanda X.

NOMBRE DEL HIPNOTERAPEUTA: Infante Saucedo Evelin Y.

PRETEST 58 FECHA 27/07/2010 POSTEST 90 FECHA 05/04/2011

### Evaluación multiaxial

#### Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

- 100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
- 91 Sin síntomas.
- 90 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 81 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar), sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 71 Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 61 Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).

### Evaluación multiaxial

- 50 Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 41 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 31 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día, sin trabajo, vivienda o amigos).
- 21 Algun peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 11 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 Información inadecuada.

## ANEXO 7. CIERRE DE CASO.



INSTITUTO MILTON H. ERICKSON DE LA CD. DE MEXICO

### CIERRE DE CASO

#### **SINTESIS DEL CASO**

Una mujer de 38 años de edad, estudiante de danza, vive en unión libre desde hace 19 años y tiene una hija adolescente. La mayor parte de su vida ha controlado tanto sus emociones como lo que sucede a su alrededor, incluso el deseo de controlar la reacción de las demás personas. Se vive como “discapacitada” debido al abuso sexual que vivió en su infancia por parte de su padre. Siente que en su vida muchas personas han “abusado” de ella, y tiene miedo porque se da cuenta de que ella ha llegado a “abusar” de las personas con las que se relaciona.

#### TEMAS PRINCIPALES

- ❖ Abuso sexual
- ❖ Confianza – seguridad – autoestima
- ❖ Relaciones interpersonales
- ❖ Detectar emociones
- ❖ Tristeza – dolor
- ❖ Ansiedad – cuestiones psicosomáticas

#### TECNICAS HIPNOTICAS APLICADAS

- ❖ A través de un afecto
- ❖ Contrato de vida
- ❖ Lista de consecuencias / catarsis contenida
- ❖ Conversación hipnótica metáfora
- ❖ Diferencia entre depresión y tristeza
- ❖ Contraparadoja compleja
- ❖ Técnica regresiva para autorescatarse

- ❖ A través de un afecto
- ❖ Reajustando tus mecanismos de alarma
- ❖ Encuentro con tu miedo
- ❖ Hablando directo con un estado del yo
- ❖ Usar las emociones para curarte
- ❖ Reconciliación con el futuro
- ❖ Recaída provocada
- ❖ Metáfora de cierre

### **CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS**

OBSERVACIONES DE MI PROCESO Y LOS ACTUALES RESULTADOS QUE PERCIBO.

**En cuanto a la experiencia de abuso sexual.** *“Durante mi vida me viví estigmatizada, fea y sin derecho a ser amada. Tomar conciencia en principio de cómo me sentía y vivía me llevó a cuestionar mis ideas sobre el amor, la familia, el deber ser y hacer. Hoy he asumido que las personas tomamos decisiones constantemente, aunque no hagamos nada, yo decidí mudarme de estado, y hacer como que nada pasó, hasta que llegué a dudar de mí. Ejercer mi sexualidad siendo una mujer de 39 años, me ha resultado más complicado de lo que imaginé, con o sin traumas, más me siento convencida de mi capacidad de amar, de disponerme a la alegría, al abrazo, a cuidar y que me cuiden, a experimentar placer, ternura, necesidades sexuales eróticas. Me vivo distinta, enamorada de mí vida, y sin resentimiento hacia mi padre por no respetarme y amarme”.*

**En cuanto al enojo.** *“Darme cuenta que es una manifestación de mis miedos y tristezas me ha liberado mucho, cuando vivo hoy alguna situación de estrés y aflora el enojo me doy cuenta y dialogo conmigo, he evitado darle espacio en mi vida y no extraño esa vida de furia y reproches”.*

**En cuanto a mi autoestima.** *“LA HE MEJORADO CONSIDERABLEMENTE. He aprendido a valorar quien soy, reconociendo mis limitaciones y confiando en mi capacidad para asumir los problemas como espacios de oportunidad para crecer”.*

**En cuanto a mejorar mi vida sexual.** *“Actualmente practico el autoerotismo, aprendiendo que me gusta y disfruto y qué no, la separación con mi compañero ha frustrado por el momento la opción de ejercer en pareja. Más actualmente hay un hombre con quien comparto que estemos enamorados, me relaciono con él de distinta forma, con el entusiasmo de disfrutar su cercanía, conversar, explorando distintas manifestaciones de ternura”.*

*“Considero las anteriores metas más como proceso, en éste he descubierto que puedo ser independiente, es más, lo deseo, que mis relaciones con los otros y conmigo pueden ser distintas “más saludables”, aprender a confiar en el mejoramiento humano, a ser responsable sin temor a equivocarme”.*

#### **SUGERENCIAS DEL TERAPEUTA PARA EL PACIENTE**

La sugerencia para Fernanda es que continúe descubriendo y desarrollando sus herramientas, que siga percatándose de sus emociones y estado físico para que pueda aceptarlos y enfrentarlos en el momento. Que mantenga una comunicación asertiva con las personas que se relaciona de tal manera que no acumule cuestiones no expuestas. Que disfrute esta experiencia que vivió y que continúe brindándose la oportunidad de conocerse a ella como mujer en todos los sentidos. Tiene un pronóstico favorable, se le aconseja asistir a terapia grupal o dejar pasar 3 meses para retomar el hipnotratamiento.

#### **SUGERENCIAS QUE HACE EL PACIENTE AL INSTITUTO**

**Sugerencia para el instituto:** tal vez la única observación sería que en las sesiones donde están todos los terapeutas con el paciente cuiden más los distractores. En mi segunda sesión concretamente hubo algunas personas que entraban y salían, hablaban por teléfono, en circunstancias normales esto no

importaría, pero a mí me pareció un acto desconsiderado, ya que no es sencillo exponer asuntos de índole personal a un grupo de extraños como para todavía tener que hacer doble labor tratando de comprender a quien no te atiende.

### ***SUGERENCIAS QUE HACE EL PACIENTE AL TERAPEUTA***

**Sugerencias para el terapeuta:** *“Ha sido un proceso transformador contar con su acompañamiento, la única sugerencia es “continúa apoyando a más personas que como yo necesitan ayuda”. He aprendido a su lado muchas más cosas que las metas: la confianza y empatía son claves y ella me brindo atmósferas seguras donde cultivarlas. Aprendí a evitar los juicios de valor y sobre todo que en tanto exista la vida hay infinitas oportunidades para ser felices”.*

