

164  
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**EL USO DE LA HIPNOTERAPIA COGNITIVA  
PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
EN ADOLESCENTES**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**ALEJANDRO MARTÍN DEL TORO HUERTA**

**Asesor: Dr. Benjamín Domínguez Trejo**

**México, D.F.**

**1999**

**TESIS CON  
ALLA DE CRICEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“Una vez que se renuncia al odio,  
no se puede apreciar el amor.  
La naturaleza única de la  
mente no renuncia a nada.*

*Una vez que se renuncia a la ignorancia,  
no se puede apreciar la sabiduría.  
La naturaleza única de la  
mente no renuncia a nada.*

*Una vez que se renuncia al deseo,  
no se puede apreciar la generosidad.  
La naturaleza única de la  
mente no renuncia a nada”.*

**Lama Tenzin Rinpoche**

*A mis padres por su gran amor y ejemplo,  
a mis hermanos por su fidelidad y afecto,  
a mi abuela por su ternura y su aliento,  
a mis maestros por su enseñanza y consejo,  
y a todos por allá . . .*

*Mil Gracias y que Dios los bendiga.*

*Deseo expresar mi agradecimiento al Dr. Benjamín Domínguez Trejo por su valiosa guía y confianza en la elaboración de este trabajo. También al Lic. Pablo Valderrama Iturbe, al Dr. Alfonso Salgado Benítez, a la Mtra. Selma González Serratos y al Mtro. Samuel Jurado Cardenas por sus acertadas observaciones y sugerencias que enriquecieron de forma importante este trabajo de investigación.*

*Deseo también agradecer de forma especial al Dr. Assen Alladin del Departamento de Psicología del Foothills Hospital en la ciudad de Calgary (Alberta, Canadá), por su gran apoyo al enviarme material documental fundamental para la elaboración de esta tesis.*

*A todos, Muchas Gracias.*

# ÍNDICE

RESUMEN ..... 1

INTRODUCCIÓN ..... 2

## **CAPÍTULO I: *Adolescencia y Depresión***

Primera Parte: La Adolescencia ..... 4

1. La Llegada a la Adolescencia: *La "crisis"*, 5; 2. Cambios Físicos y Orgánicos: *La pubertad*, 5; 3. Aspectos Psicológicos: *La búsqueda de Identidad*, 7; 4. Sexualidad y Pareja: *Un nuevo mundo*, 9; 5. Intelecto y Fantasías: *La experiencia creativa*, 11; 6. Familia y Socialización: *Hacia un mundo adulto*, 12; 7. Aspectos Psicodinámicos: *De regreso al Edipo*, 15.

Segunda Parte: La Depresión en la Adolescencia ..... 19

1. La Depresión: *Historia y Definición*, 20; 2. Depresión: *Aproximaciones Teóricas*, 21; 3. Cerebro y Depresión: *Hallazgos Psicofisiológicos*, 27; 4. Depresión y Genética: *La Herencia Oculta*, 31; 5. La Depresión: *Fenomenología y Clasificación*, 34; 6. Depresión y Suicidio: *El Riesgo*, 36; 7. La Depresión: *Su Tratamiento*, 39; 8. Medición de la Depresión: *La Búsqueda del Síntoma*, 49.

Tercera Parte: Depresión en la Adolescencia ..... 53

1. Factores en Común entre Depresión y Adolescencia, 54; 2. Episodios Patológicos en la Adolescencia, 57; 3. Depresión y Adolescencia: *Estudios Epidemiológicos*, 59; 4. Depresión y Adolescencia: *Su Tratamiento*, 61.

## **CAPÍTULO II: *La Hipnosis***

Primera Parte: La Hipnosis: *Un bosquejo histórico* ..... 64

1. Franz Anton Mesmer: *El Magnetismo Animal*, 66; 2. El Hipnotismo: *Su eclosión y advenimiento*, 69; 3. La Hipnosis: *Auge y expansión*, 72; 4. Hipnosis y Psicoanálisis: *Freud y la hipnosis*, 74; 5. Neofreudianos e Hipnosis: *La duda teórica*, 75; 6. Hipnosis y Psicología Experimental: *Nuevos Hallazgos*, 79.

Segunda Parte: Hipnosis: *Aproximaciones teóricas* ..... 83

1. Teoría del desempeño de un papel, 83; 2. Teoría Psicoanalítica, 84; 3. Teoría de la "Regresión Atávica", 84; 4. Teoría de la Psicología del Yo de la Hipnosis, 84; 5. Teoría de

la Exclusión Psíquica Relativa, 85; 6. Teorías Psicosomáticas, 86; 7. Teoría de la Sugestión: *La Nueva Escuela de Nancy*, 87; 8. Teorías Sociopsicológicas de la Hipnosis, 88; 9. Teorías del Proceso-Especial de la Hipnosis, 91; 10. Teoría Neodisociativa de la Hipnosis, 91; 11. Posturas Teórico-Integrativas, 95.

Tercera Parte: Hipnosis: *Hallazgos Neuro-Fisiológicos* ..... 97

1. Dos Hemisferios Cerebrales: *Dos Estilos Cognitivos*, 99.

Cuarta Parte: Hipnosis: *Definición y Fenomenología* ..... 102

1. Fenomenología Hipnótica: *El Camino*, 103; 2. Susceptibilidad Hipnótica: *Evaluación Subjetiva*, 103.

Quinta Parte: La Hipnosis: *Un recurso Terapéutico* ..... 107

Sexta Parte: Técnicas Hipnóticas: *El Arte de la Hipnosis*..... 110

1. Técnicas Hipnóticas: *Directivo vs. Permisivo*, 113; 2. Hipnosis Tradicional, 113; 3. La Nueva Hipnosis, 119; 4. Hipnotismo: *Su Crítica*, 122.

### **CAPÍTULO III: El Enfoque Cognitivo**

Primera Parte: Depresión y Cognición: *Un enfoque teórico* ..... 127

Segunda Parte: El Modelo Cognitivo de Beck: *La Cognición Activa* ..... 129

1. La Triada Cognitiva Negativa, 129; 2. Procesamiento de Información Defectuoso, 130; 3. Esquemas Negativos, 131; 4. Manifestaciones Emotivas, 133; 5. Manifestaciones Motivacionales, 133; 6. Manifestaciones Cognitivas, 134; 7. Manifestaciones Vegetativas y Físicas, 134.

Tercera Parte: La Terapia Cognitiva: *Pensar Positivamente* ..... 135

Cuarta Parte: Terapia Cognitiva: *Una Alternativa Eficaz* ..... 137

Quinta Parte: Cognición y Adolescencia: *"Crisis Cognitiva"* ..... 138

### **CAPÍTULO IV: Hipnoterapia Cognitiva**

Primera Parte: Un Modelo Cognitivo Disociativo: *Dos paradigmas* ..... 141

1. Auto Hipnosis Negativa, 143; 2. La Depresión como Disociación, 144; 3. Similitudes Neuropsicológicas, 146; 4. Construcción de la Realidad Depresiva, 146.

Segunda Parte: El MCDD: Un Modelo Circular de Retroinformación..... 147

1. Afectos Negativos y Cogniciones Negativas, 148; 2. Ensayo de Cogniciones Negativas, 148; 3. La Disociación, 149; 4. Afectos Negativos Intensificados, Pérdida de Control y Creencia en la Realidad Disociada, 149; 5. Eventos Indeseables de la Vida y Transformación Simbólica, 150; 6. Anclaje y Desarrollo de un Camino Depresivo, 150; 7. Sentido de Desesperanza, 151.

Tercera Parte: Hipnoterapia Cognitiva: *Implicaciones Clínicas* ..... 151

**CAPÍTULO V: *Metodología*** ..... 157

**CAPÍTULO VI: *Resultados*** ..... 168

1. Análisis Cuantitativo, 173; 2. Análisis Cualitativo, 175; 3. Discusión, 181.

**CAPÍTULO VII: *Conclusiones*** ..... 186

1. Logros, 188; 2. Limitaciones, 188; 3. Sugerencias, 189.

**Apéndices**

***Referencias***

## RESUMEN

*En este estudio se propuso evaluar la eficacia de la Hipnoterapia Cognitiva (Alladin, 1994) como opción para el tratamiento de la depresión en adolescentes de bachillerato, con un Modelo Disociativo Cognitivo de la Depresión (MDCD) apoyado, principalmente, en los paradigmas teóricos de la hipnosis y la terapia cognitiva de Beck (1967) para explicar el proceso psicológico involucrado en la génesis y el mantenimiento de los estados de ánimo depresivos, esto a través de un protocolo de intervención breve de aproximadamente 12 sesiones integrado por varios componentes interrelacionados como son: valoración clínica, primera intervención para la depresión, terapia cognitiva, hipnosis, re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis, psicoterapia, cambio de atención e inducción de estado de ánimo positivo, entrenamiento interactivo-activo, de resolución de conflictos y habilidades sociales. El MDCD es un circuito circular de retro-información cuyos factores constituyentes son los que mantienen los estados de ánimo depresivos, por lo que abordando cualquiera de estos factores se puede entrar al circuito depresivo, permitiendo desarrollar herramientas para desenredar y re-organizar este círculo vicioso de retro-información. El proyecto se propuso como un estudio pre-experimental de campo con un tipo de diseño de replicación intra-sujeto en un estudio de caso de intervención terapéutica pre-experimental de alta inferencia, con una muestra de 8 sujetos cuyos datos fueron los que constituyeron el análisis de los resultados. La evaluación se realizó a través del Inventario de la Depresión de Beck cuyos resultados se analizaron estadística (SPSS) y clínicamente para determinar la validez del tratamiento. Los resultados mostraron que para una  $N=8$ , una  $T$  de  $-2.52$ , que fue la que se obtuvo, permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Además se discutieron otras aportaciones clínicas al análisis cualitativo de los resultados.*

## ABSTRACT

*The objective of this thesis work was to evaluate the efficiency of a cognitive dissociative model of nonendogenous unipolar depression (CDMD) elaborated by Alladin (1992; 1994) that uses cognitive and hypnotic paradigms to explain the psychological processes involved in the genesis and maintenance of depression. CDMD consists of several interrelated components. Focusing on any of the components allows patient and therapist a point to entry into the depressive vicious circle in order to unravel and reorganize this interrelated set using cognitive and hypnotic tools together with others psychotherapeutic methods. The project was proposed as a pre-experimental field-work with a intrasubject retest in a therapeutical intervention case research. The sample was composed of 8 depressed adolescents (7 females, 1 male) that studied highschool. The measurement was through the Beck's Depression Inventory and a qualitative and quantitative analysis were used. The results indicate that the CDMD was a successful method for the management of depression in the studied sample. Clinical contributions are discussed.*

## INTRODUCCIÓN

Dentro de la práctica psicoterapéutica en adolescentes y adultos la depresión es considerada actualmente como una de las principales causas de ingreso tanto a servicios psicológicos como psiquiátricos (Kashani y cols., 1981; en Marcotte, 1996); y muchos estudios refieren que entre el 20 y el 40% de las poblaciones adolescentes estudiadas presentan características depresivas (Roberts, Lewinsohn y Seeley, 1995; Berganza y Angular, 1992 ).

La adolescencia, en la cultura occidental, es por lo regular una época de crisis, en donde la pérdida de la constancia corporal, de los vínculos infantiles, de la seguridad, de la imagen corporal, etc. provocan en los adolescentes sentimientos de pérdida, tristeza y preocupación; y aunque estos sentimientos cumplen una función de compensación en el adolescente, las crisis familiares, sociales y personales que se presentan, con frecuencia agravan este proceso incrementando dichos sentimientos a niveles disfuncionales dando lugar a conductas psicopatológicas propiamente dichas como son tristeza profunda, desesperanza, irritabilidad, pérdida del sueño y del apetito, aislamiento, ideación suicida, etc. (Marcelli, 1992).

Si esto ocurre el adolescente sufre y ve obstaculizadas sus actividades tanto sociales, escolares, familiares y personales, llevando su vida de forma caótica, muchas veces con conductas de paso al acto como son violencia, alcoholismo, drogadicción o suicidio. Así, han encontrado que los efectos devastadores de la depresión infantil y adolescente pueden predisponer y son predictores de episodios depresivos posteriores en la vida adulta (Kovacs y cols.1984; Harrington y cols.,1990, en Marcelli, 1992).

Ante esto, la terapéutica de la depresión se ha enfocado principalmente en los aspectos psiquiátricos y farmacológicos de los tratamientos antidepresivos, pero la Psicología ha aportado mucho al tratamiento de la depresión. Se ha comprobado la eficacia de los tratamientos psicológicos (terapia cognitivo-conductual principalmente) sobre la depresión en comparación con tratamientos farmacológicos ya sea solos o en combinación con algún tipo de terapia psicológica y los resultados han confirmado la eficacia de la Terapia Cognitiva en el tratamiento contra la depresión, siendo encontrada equivalente o superior a la medicación antidepresiva (Rush y cols. 1977; Beck, 1979; Blackburn, 1981; Rush and Watkins, 1981; Murphy y cols. 1984; Teasdale y cols., 1984; Beck y cols., 1985; en Blackburn, 1995). Por lo que es indispensable dar cuenta de la importancia que tiene un tratamiento que

no solo abarque el problema sintomático del paciente sino que permita dar herramientas y recursos para superar de manera integral el problema de la depresión, y para procurar un manejo más adaptativo de los estados de ánimo depresivos. La psicología no solo aborda el problema de los síntomas, sino también lo que rodea el pensamiento depresivo como son: los problemas de toma de decisión, solución de conflictos, pensamientos devaluatorios y negativos, ideas irracionales, auto-esquemas negativos, capacidad interpretativa disfuncional, visión parcial de la realidad, etc. logrando dar una solución más integral al problema.

Por lo anterior la Terapia Cognitiva se muestra como una opción eficaz en el control y manejo de los estados de ánimo depresivos y los factores psicológicos que lo acompañan. Alladin (1992) ha desarrollado una propuesta terapéutica integrando la Terapia Cognitiva (Beck, 1967, en Alladin, 1992) y la Hipnoterapia, como una opción para el tratamiento de la depresión. Alladin y Heap (1991) desarrollaron un modelo llamado Modelo Cognitivo Disociativo de la Depresión, el cual se apoya en paradigmas tanto cognitivos como hipnóticos para explicar el proceso psicológico involucrado en la génesis y el mantenimiento de los estados de ánimo depresivo.

El **objetivo** principal de este trabajo de investigación es aportar datos que sustenten experimentalmente la utilización de la hipnosis en conjunto con otros tipos de técnicas de intervención en el tratamiento de la depresión en adolescentes de bachillerato, esto junto con la información documental necesaria para su estudio, extensión y aplicación. El presente trabajo se puede considerar, en cierta forma, como pionero, ya que, aunque existen antecedentes específicos al respecto, es un tópico que requiere una mayor investigación. Así, este trabajo ha pretendido dar una pequeña aportación a la investigación de la terapéutica relacionada con la hipnosis.

La tesis consta de siete capítulos. Los primeros cuatro capítulos contienen el marco teórico de la investigación, abarcando el tema de la adolescencia y la depresión en un capítulo, la hipnosis en otro capítulo, el enfoque cognitivo en otro y la Hipnoterapia Cognitiva en otro capítulo. Los otros tres capítulos contienen la metodología, los resultados y las conclusiones. Se incluye también un apéndice con una guía terapéutica.

## CAPÍTULO II

# ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN

---

*“Cuando se ocupan demasiado de mí me pongo arisca y después triste y volviendo una vez más mi corazón hacia el lado malo para ocultar mi lado bueno, sigo buscando el medio de llegar a ser la que me gustaría ser, la que sería capaz de ser, si... no hubiera otra gente en el mundo”*

Ana Frank, 1944

El interés y estudio de la adolescencia constituye uno de los más importantes capítulos de la psicología evolutiva. Muchos son los autores que han desarrollado teorías para explicar la naturaleza, evolución y psicopatología de la adolescencia, un periodo el cual se considera, de forma general, como la etapa intermedia entre el final de la infancia y al inicio de la vida adulta. Existe polémica entre considerar a la depresión que se observa en la adolescencia como algo inherente a este periodo (Rie, 1967) o como un estado patológico (Marcelli, 1992; Toolan, 1978; Toolan, 1987). Por lo que primero abordaremos el tema de la adolescencia, para después ocuparnos del tema de la depresión en la adolescencia.

### LA ADOLESCENCIA

La palabra **adolescencia** proviene del latín “*adolecere*”, que significa crecer, desarrollarse; por lo que su etimología expresa dinámica, evolución y crecimiento (Herrera y Pimentel, 1986). Para Hurlock (1987), la adolescencia es una etapa de desprendimiento que va de la madurez sexual hasta el logro de la independencia respecto a los padres; para Kolb (1986) es una etapa donde se hacen esfuerzos por buscar las decisiones finales que establecerán la identidad adulta del individuo.

Las definiciones existentes de la adolescencia pretenden delinear una etapa de la vida la cual no está totalmente clarificada, ni su eclosión ni su término, por lo que su estudio tiene que ver con las características de este periodo y su impacto en posteriores etapas de la vida. Así una característica de este periodo es su dificultad y resistencia para definirlo (Navarro, 1995). Intentemos, pues, clarificar algunas características de la adolescencia.

## **La Llegada a la Adolescencia: *La "crisis"***

Antes del inicio de la adolescencia la experiencia del niño en edad escolar se caracteriza por ser producto de una buena condición psíquica y orgánica en general. Una parte central para completar exitosamente esta etapa es el desarrollo por parte del niño de un autocontrol y una apropiada conducta social. Los niños al pasar por la escuela se vuelven más independientes y se ven involucrados en relaciones interpersonales lo que también se acompaña de actividades que tienen metas un tanto específicas. Los niños deben luchar por un equilibrio entre cumplir con las reglas del mundo adulto y lograr una competencia independiente (Papalia, 1990).

Si se mantiene esto estable, es decir sin contratiempos graves que limiten el desarrollo, la totalidad de las cosas va dando lugar a hechos que producen respuestas preponderantemente positivas que se caracterizan por una gran vitalidad y persistencia. Al entrar el niño a la fase de desarrollo siguiente (la pubertad, a partir de los 12 años aproximadamente) experimenta un cambio de actitud de una forma "positiva" a una "negativa", ya que antes el vigor, la seguridad, la salud y la estabilidad física del niño eran el fundamento de su equilibrio psíquico, más ahora con la llegada de la pubertad, la mayor actividad de las glándulas de secreción interna y el comienzo de la madurez sexual el equilibrio del organismo es perturbado tan intensamente que sufre dicha estabilidad física y psicológica, a lo cual tiene que enfrentar una nueva actitud para dar cara a las nuevas demandas y reglas tanto morales como sociales que darán como consecuencia un cambio radical en su conducta social (Papalia, 1990). El resultado de todo esto es generalmente una actitud de choque, de crisis o como se le ha llamado "fase negativa" o "crisis de la adolescencia" (Marcelli, 1992). Aunque en la actualidad se considera que esta crisis pertenece por lo regular solo a la cultura occidental (Mead, 1975, en Muuss, 1984) y hay autores que no piensa que necesariamente tiene que existir crisis en este periodo (Mannoni, 1976).

## **Cambios Físicos y Orgánicos: *La pubertad***

La adolescencia inicia cuando los cambios físicos en el cuerpo del púber empiezan a incrementarse y son observables, a esto se le ha llamado "*pubertad*". Comienza con un aumento del peso y la talla entre los 12 y los 16 años, este aumento depende de factores tanto orgánicos y de género como genéticos y hereditarios. La mujer, con frecuencia se adelanta al varón en este crecimiento. En México, se ha observado (Menéndez, 1986, en Navarro,

1995) que el aumento de la talla en la mujer se inicia a los 10 años, mientras que en el varón empieza hasta los 14 aproximadamente, también respecto al peso la mujer mantiene la superioridad hasta que el varón llega a los 16 años.

Los principales cambios físicos que se dan al iniciar la adolescencia (según Muuss, 1984) son los siguientes:

<b>CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA</b>	
<b>Niños</b>	<b>Niñas</b>
Desarrollo del esqueleto	Desarrollo del esqueleto
Crecimiento de los testículos	Vello púbico liso y pigmentado
Vello púbico liso y pigmentado	Desarrollo del busto
Primeros cambios de voz	Crecimiento de los genitales externos
Eyacuación, con frecuencia durante el sueño	Aumento de la tasa de crecimiento
Vello púbico rizado y pigmentado	Vello púbico rizado y pigmentado
Aumento de la tasa de crecimiento	Menstruación
Aumento del tamaño del pene	Vello axilar
Vello facial suave	Presencia de hormonas gonadotrópicas en la orina
Vello axilar	Cambios en el rostro: textura de la piel más gruesa, poros más grandes, aparición del acné
Cambio de voz tardío	Olor corporal más fuerte
Vello facial áspero y pigmentado	Voz gradualmente más grave
Vello en el tórax	Cambios en la forma del cuerpo: pelvis más grande, caderas más anchas, mayor desarrollo de grasa subcutánea
Crecimiento ocasional de los pechos	
Aumento de las erecciones	
Presencia de hormonas gonadotrópicas en la orina	
Cambios en el rostro: textura más gruesa de la piel, poros más grandes, aparición de acné	
Olor corporal más fuerte	

Cabe señalar que estos cambios no se dan al mismo ritmo ni en forma continua en todas las edades, sino que hay épocas donde se aprecia una mayor expansión de estructuras orgánicas específicas de diferentes partes del cuerpo (Menéndez, 1986 , Navarro, 1995). La liberación de hormonas gonadotrópicas

en la sangre provoca la maduración de las glándulas sexuales y el inicio del potencial reproductor: los ovarios producen estrógenos y progesterona y los testículos testosterona. Estas hormonas permiten el inicio de los llamados caracteres sexuales primarios (maduración de los órganos reproductivos), y los caracteres sexuales secundarios (crecimiento de la estructura ósea, cambio de voz, vello púbico y facial, etc.). El crecimiento y el inicio de la madurez reproductiva (la menarquia o primera menstruación, por ejemplo) han cambiado con el tiempo, por ejemplo en Inglaterra, ahora las niñas presentan su menarquia de 2.5 a 3.5 años antes de lo que lo hacían hace un siglo (Tanner, 1968, en Papalia, 1990).

Durante la pubertad el niño y la niña sufren transformaciones físicas y cognitivas que repercuten en su personalidad. Además, se manifiesta una reacción afectiva inicial ante las frustraciones y las pérdidas del bienestar, así el niño o la niña pueden evolucionar a un cuadro depresivo más crónico (Ledezma, 1992). En este punto la depresión puede considerarse como una forma de afrontamiento ante los cambios (Sandler & Joffe, 1965, en Ledezma, 1992), o como una conclusión cognitiva negativa independiente del entorno inmediato por una incapacidad de establecer secuencias lógicas (Rie, 1967). Por esto se pueden observar bajas en el rendimiento escolar, mentiras, síntomas psicósomáticos, etc.

### **Aspectos Psicológicos: *La búsqueda de Identidad***

El adolescente en su lucha por la independencia, lucha también por encontrar su identidad, por tener una clara imagen de sí mismo. En un principio la identidad es modelada por la experiencia, pero más tarde, conforme la identidad se va fortaleciendo, la experiencia se va modificando según la identidad del individuo (Navarro, 1995).

La vivencia de esta etapa es diferente para cada persona, puesto que cada una tiene su propia historia, herencia, y características culturales, morales y religiosas. Pero a pesar de ello existen características que se podrían considerar universales en la adolescente puesto que muchos jóvenes las presentan.

La transición entre la niñez y la vida adulta pasa, por regla general, por muchos cambios bruscos que el joven percibe en su interior sin estar capacitado para explicárselos, y así se va formando la imagen de sí mismo que

queda muy influenciada por las percepciones que tienen los demás sobre él. Por esto una de las primeras tareas del adolescente está encaminada a redescubrir su “Yo”, a conocer su forma de ser, sus posibilidades, su rol en la familia y en su sociedad, etc. (Hansmann, 1994, en Navarro, 1995).

Las identificaciones que tiene el adolescente desempeñan un papel importante en el proceso de estructuración del Yo, cuya naturaleza depende de quienes rodean al individuo. Erikson (1982) consideró que los determinantes sociales tienen un penetrante papel en el desarrollo de la personalidad y el desarrollo del ego. Para él, las etapas de la vida (8 en su teoría) son el resultado de un principio epigenético, esto es que el desarrollo de la persona ya está programado genéticamente y que el patrón maduracional sigue una secuencia con un patrón definido.

Según Erikson (1982) la búsqueda de la identidad es algo que se tiene toda la vida. Sin embargo, en la adolescencia alcanza su punto crítico a causa de los múltiples cambios significativos que ocurren en toda la persona. En esta etapa la identidad puede traducirse en una integración de roles.

Esta etapa Erikson (1982) la llamó *identidad vs. confusión de roles*, esta conceptualización quiere decir que este conflicto puede ocupar un punto dentro de un continuo que va de una profunda confusión del rol hasta un firme sentido de identidad. La palabra *crisis* es tomada para designar un punto de viraje o perspectiva de cambio en la vida del individuo, cuando un nuevo problema puede ser enfrentado y dominado.

La identidad se vive conforme a los intereses del sujeto, y se va obteniendo con el contacto y el aprendizaje con los padres y el medio social. Se tiene la necesidad de llegar a ella con un sentimiento de continuidad personal dentro de contextos sociales e históricos. Existe, también, un aspecto negativo de la identidad que surge cuando se pierde la posibilidad de vivir una integridad garantizada y se expresa en forma de rechazo específico contra lo que es introyectado como no deseado (Erikson, 1982).

La confirmación de la identidad en el joven tiene que ver con procurar llamar la atención y conseguir que los demás se fijen en él de forma directa (extrovertida) o indirecta (introvertida). Así, ante el enfrentamiento con el medio social, surgen dos reacciones que son fundamentales: repliegue (se busca el aislamiento a causa de los cambios bruscos de temperamento) y la oposición (manifiesta su constante disconformidad a los demás, es rebelde).

En la sociedad mercantil e industrializada en la que vivimos, la formación de un sentido de identidad confronta al joven con problemas peculiares. Los jóvenes están desconcertados, conocen vagamente lo que tienen disponible y son limitadas las oportunidades de ensayar diferentes estilos de vida. Por ello pasan su camino con mucha incertidumbre e incógnitas por lo que la confusión de roles es algo común en la sociedad, así como también la incapacidad de los jóvenes para comprometerse, y asumir cambios a largo plazo. Erikson subrayó la importancia de la elaboración de compromisos a largo plazo en la formación de la identidad adulta. Aunque también señaló que, con mucha frecuencia, se presenta lo que él llamó *moratoria psicosocial*, es decir, una inmadurez prolongada, que es un estado transitorio de adaptación, una respuesta normal a las tensiones y esfuerzos del crecimiento, del cual se puede aprender mucho.

Con la llegada de la adolescencia la fuente de gratificación y amor, que eran los padres, toma otra dimensión pues ahora el joven debe tomar la iniciativa en la búsqueda de este satisfactor y asegurarse por sí mismo la cantidad necesaria de amor y protección que se requieren para el resguardo de su autoestima (Navarro, 1995). Por lo que se puede observar un narcisismo (amor exagerado a la imagen de sí mismo) característico en la adolescencia que está intentando llenar esta fuente de amor y gratificación, que aunque no está del todo perdida, si sufre modificaciones obligadas por el abandono de la infancia. Esto puede observarse en el aire de omnipotencia y vanidad exagerada de todo adolescente. Cabe mencionar que en este sentido los padres pueden cooperar con el cambio de esta fuente de amor y gratificación o resistirse a él infantilizando la relación con el adolescente, ya que el amor que se recibe en la primera infancia es de tipo “maternal” y tiene que ver con la protección, la calidez, la satisfacción, etc.; esto se traduce en la adolescencia a un amor “paternal” donde la seguridad, la confianza y el fomento de la independencia son más importantes.

### **Sexualidad y Pareja: *Un nuevo mundo***

La sexualidad es un tema que tiene mucho interés para el adolescente, no solo por los cambios biológicos que lo introducen a la edad reproductiva, sino también por los aspectos psicológicos y sociales que están en juego en el despertar sexual que había estado aparentemente dormido.

Es común encontrar en los adolescentes desconcierto en lo que respecta a su rol sexual, ya que no existe la constitución puramente masculina o puramente femenina, y muchas veces se dan tendencias de comportamiento del sexo contrario, aunque por lo regular es solo una situación transitoria. La resolución de este conflicto tiene sus bases en la identificación ya sea positiva o negativa del joven con el padre o la joven con la madre. Esto, según Erikson (1982), se da así porque en definitiva las conductas que el sujeto ha aprendido sobre su propio sexo son las que aprendió de los padres, las cuales serán repetidas en todos los ámbitos de su vida. La posibilidad del varón de hacer las paces con la imagen paterna y de la joven con la imagen materna dará la pauta para alcanzar la identidad sexual.

La identidad sexual ya adquirida, se verá reflejada en la relación de pareja donde el juego entre acercamiento y alejamiento moldeará la conducta sexual y sobre todo ensayará la comunicación que ayudará y facilitará relaciones futuras (Menéndez, 1986).

Los y las jóvenes desean conocer más acerca de su sexualidad, preguntan o investigan y ensayan cada vez más los acercamientos con parejas del sexo contrario con el fin de explorar las nuevas sensaciones y experiencias que les da la madurez genital.

En nuestra cultura el amor heterosexual y el matrimonio son vistos como signo de adultez, por lo que los adolescentes, en general, están ansiosos por alcanzarlos. Una fuente de información que promueve esta circunstancia son los medios de comunicación los cuales muestran conductas de interacción sexual que resaltan la gloria del amor entre los y las jóvenes (Navarro, 1995).

Por lo regular el inicio de una vida sexual activa se da en la adolescencia, esto le da seguridad al adolescente y le proporciona un sentido de control sobre su cuerpo. Desde luego que esto depende del entorno en el que se desenvuelva, ya que puede ser también fuente de conflictos y frustraciones cuando estas necesidades deseadas no son satisfechas.

La masturbación o autoerotismo es un tema muy apegado a la adolescencia, ya en la adolescencia, dado que la energía sexual se encontraba dormida, ésta irrumpe con fuerza a la esfera del sujeto, invadiendo todas sus áreas de relación. La masturbación cumple una función en el desarrollo psicosexual de los jóvenes, ya que permite el conocimiento de las zonas erógenas del cuerpo así como los gustos por algún tipo de estimulación sexual;

sirve como regulador de tensión, previene de experiencias sexuales (heterosexuales u homosexuales) precipitadas que podrían dañar al individuo (Blos, 1980); centra también la excitación en la esfera genital y, por lo tanto, marca la entrada a la etapa genital (Navarro, 1995).

### **Intelecto y Fantasías: *La experiencia creativa***

En este periodo de la vida el adolescente entra en un funcionamiento cognitivo nuevo. Piaget (1976) afirmó que el adolescente pasa del pensamiento concreto al pensamiento formal o hipotético-deductivo, que es el último estadio de desarrollo del pensamiento. Así el adolescente no responde al mundo a través de aspectos concretos, como en la infancia, sino que hace mentalmente planes de acción basados en hipótesis que pone a prueba; muestra interés por cosas que no tienen relación con su realidad inmediata; crea y busca causas, explicaciones y leyes generales utilizando el pensamiento hipotético-deductivo para la resolución de los problemas que la vida le plantea.

Con la consolidación de este nuevo proceso de pensamiento, el adolescente se puede plantear la necesidad de adoptar una posición frente a su futuro para poder valorar, comprobar y experimentar los valores por sí mismo.

Junto con esto, el joven requiere de la cooperación de los demás para el desarrollo de su pensamiento formal, ya que la relación social con el mundo y el intercambio de puntos de vista llevan a un mayor entendimiento mutuo, desarrollando mejor su nueva capacidad intelectual. La discusión da origen a la reflexión, que es una conversación internalizada y la diversidad de puntos de vista lo hacen más flexible. Se elaboran teorías abstractas que permiten un desligue de lo real a lo fantástico, que da como resultado el idealismo adolescente característico. El joven encuentra una libertad para formular planes ideales e imaginarios. Erikson (1982) argumentó que imaginar es una herencia de la edad del juego, que le permite al adolescente una expresión más o menos abierta de sus emociones, sus conflictos, sus necesidades y fantasías. También a través de adoptar diversos roles puede desafiar a los demás y a sí mismo para después asumir un papel serio y adulto en la sociedad.

Winnicott (1965) afirmó que para el adulto y el adolescente es necesaria un área donde la realidad interna y externa se combinen y que el juego sirve de escenario para esta actividad. Así, el adolescente se sueña, se imagina

como realizador de grandes hazañas, conquistador de dinero, poder, etc. Y las manifestaciones de estas fantasías adquiere forma en el plano creativo y artístico como música, danza, pintura, escultura, etc. que por lo regular llega a un punto culminante en la adolescencia para desaparecer en la vida adulta y sólo aquellos con verdadera vocación artística permanecen en este camino.

La actividad creadora en la adolescencia cumple una función y permite cambios catécticos como ensayos (sublimaciones) y le ayuda a asimilar en pequeñas cantidades las experiencias afectivas hacia las que se está moviendo su desarrollo progresivo (Blos, 1980).

### **Familia y Socialización: *Hacia un mundo adulto***

La socialización y las relaciones interpersonales en esta etapa cumplen un papel fundamental en la consolidación de la personalidad.

Dado que en la adolescencia se expresa el afecto con mayor libertad que antes, la amistad es un sello característico de esta etapa, el sentimiento domina toda manifestación psíquica o intelectual y la diversidad de situaciones que se observan como demandas de exclusividad, celos, disgustos, reconciliaciones, muestras de afecto físicas o no, pleitos, aventuras riesgosas, etc., van consolidando la identidad y la personalidad del individuo a través de la proyección con el grupo y la identificación con figuras ideales (héroes, deportistas famosos, artistas, etc.) que se terminan de ajustar en el grupo de amigos y se dan las bases para relaciones adultas futuras.

La pertenencia al grupo y el desempeñar una función social son para el adolescente necesidades psicosociales muy importantes, ya que a medida en que se independiza de su familia se hace más dependiente del grupo, donde encuentra un apoyo para enfrentar los problemas propios de la edad y además se halla en una situación de ser aceptado, a veces respetado y admirado lo que le da un sentimiento de seguridad. Es dentro del grupo donde se da el desarrollo psicosocial mediante el paso del yo al nosotros (Navarro, 1995).

Organizarse en grupos, "bandas", etc. es una necesidad que tiene al adolescente en la primera etapa de la adolescencia, es así como afirma su fuerza, poder, y voluntad ante la familia y la sociedad. Los amigos son foco de proyección de aspectos ideales para el joven y le proporcionan

identificaciones e introyecciones de rasgos y conductas de personalidad como parte de la formación de su Yo ideal (Blos, 1980).

La experiencia del adolescente es enriquecida cuando se relaciona con su medio social, más cuando el medio familiar lo limita. El acercamiento social podemos dividirlo en dos periodos (Navarro, 1995):

**a) Rebeldía:** Se inicia hacia el fin de la pubertad y se caracteriza por una oposición a los convencionalismos sociales. Es parte del desarrollo normal de la personalidad que le da la oportunidad de valorar y enjuiciar el sistema en el que vive, así como ensayar modelos de conducta diferentes lo que le reafirma su sentido de independencia. Esto también tiene sus riesgos cuando, por ejemplo, se va la rebeldía al extremo, lo que habla de problemas de adaptación de tipo familiar y social.

**b) Retorno:** Es una etapa lenta y difícil, es la posibilidad de integrarse productivamente a la sociedad. Se da en la última etapa de la adolescencia. La integración del joven al medio social es una de las tareas maduracionales más difíciles de concluir de forma satisfactoria.

Para Erikson (1982) el adolescente busca elementos para confirmar su identidad en la sociedad y sus instituciones. Los elementos que le ayudarán a establecer su identidad social deben ser vigorosos, estables y justos. Es decir, la juventud necesita de la coherencia ideológica de su mundo, y a partir de la confirmación o no de esta coherencia, va a sugerir una renovación o revolución. La identidad social, en este sentido, tiene un carácter sociohistórico.

Ante todo esto se da un choque fuerte con el entorno familiar, y no solo influye en el desarrollo del joven, sino que afecta a los padres que deben adaptarse a esta nueva etapa de la vida familiar.

Aberastury (1978) señaló que los padres viven un proceso de duelo por la pérdida de su hijo-niño (dependiente y obediente), ya que ahora tienen un hijo que lucha por su independencia con la rebeldía característica de la edad. Además el proceso de crecimiento de los hijos le hace evidente a los padres sus propios problemas, sus propios logros y fracasos como pareja, y la inminente llegada de la vejez y la muerte.

Con la llegada de la adolescencia la familia presenta, por lo regular, una crisis de autoridad, pues los padres luchan por mantener el control que hasta ese momento habían tenido y los hijos luchan, a su vez, por tener su propio centro de control.

Se pone a prueba aquí la estabilidad del sistema familiar ya que los adolescentes retan y desafían las reglas establecidas. Una tarea para la pareja de padres en esta etapa es la modificación y relevo de los roles, que van de la madre al padre. El relevo del control es algo muy importante, en este punto por lo regular, la madre y el padre se tuman el “poder” cuando debe ser solo del padre o prioritariamente del padre. La madre, en este sentido, ya cumplió con su tarea de maternidad y debe ceder el “poder” y la autoridad al padre, quien impondrá las reglas y guiará al adolescente. Si la madre no lo hace se convierte en madre “castrante” y favorece la dependencia de los hijos. En familias disfuncionales tanto problemas tiene la madre para soltar el “poder”, como el padre para tomarlo (Ubando, 1997).

El cambio de roles en la pareja de padres es de “realización”, hay un cambio en los intereses del padre y de la madre, el padre quiere la comunicación y participación con los hijos instintivamente y la madre desea hacer otras cosas fuera del hogar, va disminuyendo el instinto materno de forma natural, instintivamente también.

El padre, entonces, se hace cargo de las normas y la educación de los hijos adolescentes. La función del padre es muy importante después de los 3 años y mucho más después de los 10 años. Los límites se aprenden a través del padre, la identificación masculina y femenina se obtiene a través del padre; la actitud hacia la vida, las normas, los valores, los tipos de relación, las obligaciones también se obtienen a partir del padre. En la niña la identidad femenina se reafirma como mujer con la relación del padre, el padre es su objeto de relación y la madre su objeto de identificación; el niño se reafirma como hombre con el padre.

En una familia funcional se realiza el relevo de forma natural, hay aceptación de entradas y salidas del sistema familiar (amigos, fiestas), se da apoyo al proceso de cambio en los adolescentes (cambios físicos, hormonales, emocionales, rebeldía, etc.). También se da una normatividad predecible y estable. Disminuyen, así, las funciones parentales progresivamente.

En familias disfuncionales existen tres modalidades de tratamiento con los hijos (Ubando, 1997):

- 1.- Continúa la educación de los hijos en base a la madre.
- 2.- Ambos abandonan funciones parentales con el pretexto de la madurez de los hijos.
- 3.- Los dos exageran las funciones parentales (miedo a la libertad de los hijos), el miedo a la libertad de los hijos es el miedo a los propios instintos. Se vuelven padres dominantes.

Los padres deben superar el duelo del hijo-niño para relacionarse con el hijo- adulto, poniendo atención a su desarrollo como pareja o a los hijos más pequeños, aceptando así una vida de ambivalencias y críticas. Es aquí donde la forma de dar libertad al hijo se torna fundamental para el desarrollo del adolescente (Aberastury, 1978).

La actitud de la familia puede afectar mucho al adolescente, pudiendo presentar hostilidad ante toda figura de autoridad, desconfianza, crisis de susceptibilidad, celos, depresiones, etc. El adolescente reacciona con más violencia por la desesperación en la que se encuentra. Por lo general el hijo más rebelde y violento es el que menos querido se siente en la familia (Ubando, 1997). Se ha encontrado que la falta de apoyo familiar en los conflictos dentro de la familia pueden predisponer depresiones en los hijos adolescentes (Sheeber, 1997).

### **Aspectos Psicodinámicos: *De regreso al Edipo***

Para la teoría psicoanalítica, la adolescencia es una reactivación de procesos que se habían desarrollado en la infancia, principalmente el conflicto Edípico. Postula que existe un regreso en la utilización de métodos arcaicos o infantiles cuando hay una incapacidad de avanzar por una razón u otra. Se retorna a los puntos de fijación de la libido y se reactivan conflictos del pasado.

El retorno de impulsos sexuales infantiles en la adolescencia se debe, en cierta medida, a que la primacía genital no se ha establecido de forma completa y la pubertad trae un incremento en la sexualidad total, es decir parece ser que el desarrollo sexual, en la pubertad, parece reiniciarse en el

mismo punto donde fue abandonada en el momento de la resolución del Complejo de Edipo (Estrada, 1987, en Navarro, 1995).

Peter Blos (1980) considera a la adolescencia como la suma total de los intentos adaptativos de la pubertad, al nuevo conjunto de condiciones internas y externas al que se enfrenta el sujeto. La necesidad urgente de superar la nueva situación hace eclosionar todas las modalidades de excitación, la tensión, la gratificación y la defensa que intervienen en los años anteriores, es decir, durante el desarrollo psicosexual de la lactancia y los años posteriores de la infancia.

Blos (1980) divide a la adolescencia en 5 fases, las cuales no son cronológicas, sino evolutivas y cada una es indispensable para la madurez de la siguiente. Las fases son las siguientes:

- **Preadolescencia:** Esta fase corresponde a un despertar de las pulsiones ligado al desarrollo de la pubertad (9-11 años aprox.). Es un aumento energético sin que exista un nuevo objeto amoroso ni un nuevo objetivo pulsional. Este despertar permanece indiferenciado. El niño y la niña socializan y hacen grupos principalmente con los de su mismo sexo rechazando a los del sexo opuesto. En este punto puede haber angustia por la homosexualidad, ya que se está en una fase de intentos de definición. Los niños y las niñas se vuelven más inaccesibles, más difíciles de controlar, hay hostilidad con sus compañeros del sexo contrario, burlas y agresiones.

- **Adolescencia Temprana:** En esta fase hay una ausencia de identificación con objetos de amor (12-15 años aprox.). Por esto el aparato psíquico presenta un sentimiento de vacío provocado por un alejamiento entre lo que se es y lo que se desea ser. La madurez sexual afecta la adaptación emocional. Se intensifica la amistad con personas del mismo sexo donde hay idealización y erotismo. Emerge una búsqueda de valores y los intereses y la creatividad se disminuyen.

- **Adolescencia Propiamente Dicha:** Se caracteriza por el descubrimiento del objeto heterosexual y por la aparición de una etapa narcisista como fase de desprendimiento entre la unión con los padres y el amor heterosexual de un nuevo objeto (16-18 años aprox.). El desprendimiento de los objetos de amor se acompaña de un estado depresivo previo al establecimiento de otros lazos objetales. Se presenta una tendencia al autodescubrimiento y la experiencia interna. Se busca la vida emocional y se da la intelectualización. La energía se

dirige hacia la genitalidad y hay una elaboración de defensas para mantener la integridad ante las contradicciones emocionales. La fase culmina con la adquisición de la identidad sexual.

- **Adolescencia Tardía:** Aquí se da una consolidación de las funciones y los intereses del Yo (19-21 años aprox.). El adolescente se encuentra estable emocionalmente y definido sexualmente adquiriendo representaciones de sí mismo y del mundo que le rodea. Se adapta al ambiente con una capacidad integrativa, se completan las transformaciones biológicas. Hay una gran necesidad de establecer vínculos y determinar objetos amorosos. Se observa armonía y estabilidad en el pensamiento y la acción, hay una unificación entre procesos afectivos y volitivos. Hay una integración social y una estabilidad en su autoestima. Existe una elección del estilo de vida y prioridades en la misma.

- **Postadolescencia:** Es la transición de la adolescencia a la edad adulta (22-24 años aprox.). Es una condición indispensable para la madurez psicológica. El adolescente es entonces un adulto joven, la identidad está definida, el estilo de vida está determinado, profesión, matrimonio, etc. Hay un esfuerzo por establecer una congruencia entre los intereses personales con las normas sociales. El desarrollo de la personalidad no se detiene con el fin de la adolescencia, la paternidad y la maternidad contribuyen de manera específica a su continuación; el adulto joven tiene que reconciliarse con la imagen paterna y la mujer con la imagen materna, para alcanzar la madurez.

Para Arminda Aberastury (1978), la adolescencia es principalmente un proceso de desprendimiento que se caracteriza por ser una etapa de transición entre la pubertad y el estado adulto del desarrollo, y esta etapa varía de una sociedad a otra. Así, este periodo obliga al individuo a cuestionarse el concepto que tiene de sí mismo, lo cual lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez. La adolescencia es entonces el periodo de la vida durante el cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece. Esto tiende a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que es posible si se elabora el duelo de la identidad infantil perdida.

El adolescente pasa por un desequilibrio e inestabilidad extrema, lo que configura una identidad semipatológica que Aberastury llamó "Síndrome normal de la adolescencia". El joven debe desprenderse de su mundo cómodo

infantil para enfrentarse al mundo adulto. Dicho síndrome tiene las siguientes características:

### **SÍNDROME NORMAL DE LA ADOLESCENCIA**

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad
- Recurrencia al grupo para obtener estima personal y seguridad
- Necesidad de intelectualizar y fantasear
- Las crisis religiosas son intentos de solución de la angustia que vive el Yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su Yo corporal
- Desubicación temporal
- Elaboración sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad
- Actitud social reivindicada
- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta
- Separación progresiva de los padres
- Constantes fluctuaciones del humor y el estado de ánimo

La autora no menciona dentro del síndrome el punto de vista neurofisiológico y evolutivo del periodo adolescente, que se caracteriza por la creación de constantes vías neurocognitivas y de fluctuaciones tanto hormonales como de neurotransmisores lo que suele provocar estados emocionales lábiles y diversos.

Los duelos por los que pasa el adolescente son los siguientes:

- 1.- El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que siente muchas veces los cambios como algo extremo, frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo.
- 2.- El duelo por el rol y la identidad infantil que lo obliga a una renuncia a la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.
- 3.- El duelo por la pérdida de los “padres de la infancia”, a los que persistentemente trata de retener, buscando el refugio y la protección que ellos significan.

Se une a estos duelos el duelo por la bisexualidad infantil. Estos duelos que son verdaderas pérdidas de personalidad van acompañadas por todo el complejo psicodinámico del duelo normal y en ocasiones de forma transitoria adquieren las características del duelo patológico.

El lograr la independencia propia es el objetivo de todo adolescente; sin embargo, le es difícil dejar de depender y ser protegido por los adultos. Los adolescentes que no logran aceptar los cambios que están viviendo y no logran elaborar el duelo que se observa en este periodo presentan con frecuencia conductas antisociales y autodestructivas; de tal manera que entran en conflicto con los padres o aquellos que representen la autoridad.

Así, podemos observar que la identidad del adolescente está en crisis y además, que los factores externos (sociales, culturales, familiares, comunitarios, etc.) pueden originar estados depresivos, lo que puede afectar de forma importante el estado afectivo del individuo y, por ende, a su desarrollo. Cabe señalar que autores como Mannoni (1976) no consideran que la adolescencia sea una crisis, y que no tiene que ser fundamentalmente dolorosa o conflictiva, sino un periodo de desarrollo que dura cierto tiempo, como un paso inevitable que tiene sus riesgos pero que debe ser considerado como algo "normal".

## **LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

Dentro de la práctica psicoterapéutica en adolescentes y adultos la depresión es considerada actualmente como una de las principales causas de ingreso tanto a servicios psicológicos como psiquiátricos (Kashani y cols., 1981; en Marcotte, 1996; Gotlib y cols., 1997). Más de 100 millones de personas en todo el mundo desarrollan depresiones clínicamente reconocibles, y una de cada cinco personas experimentarán algún estado de ánimo depresivo a lo largo de su vida (Gotlib y cols., 1997). Muchos estudios refieren que entre el 20 y el 40% de las poblaciones adolescentes estudiadas presentan características depresivas (Roberts, Lewinsohn y Seeley, 1995; Berganza y Angular, 1992). También se ha observado que la depresión es una enfermedad recurrente, y que el 75% de los pacientes deprimidos experimentan más de un episodio depresivo en el curso de sus vidas (Belsher y Costello, 1988, Keller, 1985, en Gotlib y cols., 1997).

## **La Depresión: *Historia y Definición***

La depresión es una reacción emocional normal; un afecto natural que todo ser humano puede experimentar. Desde que el hombre ha escrito cónicas acerca de su vida y su conducta, ha dejado comentarios acerca de casos de melancolía entre los hombres y mujeres del pasado. La Biblia menciona dos casos de enfermedad mental en los que aparece la depresión los reyes Saúl y Nabucodonosor, que presentaron conductas anormales, irritabilidad, depresiones intensas incluso aparece el suicidio.

En el siglo IV Hipócrates habló desde el punto de vista médico acerca de la melancolía, causada por la bilis negra que subía al cerebro y cuyas manifestaciones clínicas eran las que hoy llamamos “depresivas” (Arieti, 1990).

Celsus y Areteo de Cappadocia (Méndez, 1995; Navarro, 1995) hablaron, ya en nuestra época, de la manía y la melancolía, las cuales eran consideradas como enfermedades crónicas cuyos síntomas principales eran: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, llanto, irritabilidad, etc.

Galeno de Pérgamo (130-201) desarrolló una teoría de la enfermedad mental que se mantuvo hasta la edad media, y consistía en considerar a la enfermedad como una consecuencia de supuestos humores (Arieti, 1990). Muchas teorías empezaron a surgir acerca del odio de los dioses (Plutarco), de los humores (Tomás de Aquino), del exceso de bilis (Africano), etc. por lo que podemos deducir que este trastorno afectivo ha estado presente a lo largo de la historia del hombre (en Méndez, 1995).

Más cercano a nuestra época en 1883, Emil Kraepelin (en Mendels, 1977) revolucionó la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico en el que consolidó los síndromes individuales en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Es en ésta última donde incluyó los trastornos depresivos, los cuales eran considerados con buen pronóstico.

Más tarde, Philippe Pinel (en Arieti, 1990) habló sobre el pensamiento de los melancólicos y argumentó que éste se encuentra completamente concentrado en un objeto, y que la memoria y la asociación de ideas se encuentran perturbadas ocasionando en ocasiones el suicidio.

El término melancolía cambio al de depresión gracias a Adolf Meyer (en Arieti, 1990) que en 1904 sugirió el cambio para darle una nueva perspectiva a la enfermedad lejos de las atribuciones antiguas. Y fue también hasta principios de este siglo cuando la depresión se separó del trastorno maniaco-depresivo para establecerse como cuadro clínico a parte, ya que desde Kraepelin se había pensado que todo síndrome depresivo era parte de una psicosis maniaco-depresiva.

A partir de esto se han identificado principalmente dos formas de depresión llamadas: endógena y exógena. La primera tiene que ver con trastornos bioquímicos anormales, y la segunda llamada también reactiva se asoció con eventos adversos desencadenantes.

Dar una definición de la depresión es algo muy difícil y arriesgado ya que no depende solo de los signos y síntomas sino de su tipo, duración, intensidad, evolución, etc. Además hay definiciones que tienen que ver con su etiología y otras con su fenomenología. Por lo tanto daremos aquí una definición que, más que ser una definición, es una forma de referirse al trastorno depresivo y más adelante ahondaremos en las teorías y las clasificaciones que se han hecho acerca de la depresión.

Con frecuencia las personas normales refieren estar deprimidas cuando experimentan cualquier estado de ánimo disminuido, es decir la persona se autodenomina "triste". Así el término depresión se usa frecuentemente para designar un estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desamparo, soledad, vacío, cansancio, falta de entusiasmo, entre otros; y estas molestias, por lo regular, afectan la vida de las personas que las sufren en su entorno laboral, escolar, social, etc. Una depresión clínica será aquella que por sus características sea una exageración disfuncional de la "depresión normal" (Méndez, 1995).

### ***Depresión: Aproximaciones Teóricas***

La primera investigación psicoanalítica sobre la depresión la realizó Karl Abraham y se publicó en 1911. El consideró que la depresión, como la ansiedad, son el resultado de instintos reprimidos. La ansiedad surge cuando la represión impide el logro de una gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el sujeto ha renunciado a la posibilidad de satisfacer su necesidad libidinal, es decir, pierde la esperanza. Por lo tanto la búsqueda de gratificación libidinal está profundamente reprimida en la depresión, por lo

que el sujeto es incapaz de amar o amarse a sí mismo, dificultándosele el logro de la intimidad emocional, lo que conlleva también a experimentar una incapacidad para enfrentar las responsabilidades de la vida adulta (Abraham, 1973).

Mencionó también que la depresión se debía al odio reprimido que tiene el individuo, ya que se siente odiado por sus defectos que le produce sentimientos de culpa, incapacidad para tener una relación libidinal duradera, se vuelve autoerótico, con conducta inhibida y tiene una negación inconsciente hacia la vida. Los sentimientos inconscientes de hostilidad hacia la persona perdida se dirigen hacia sí mismo, así el deprimido percibe una pérdida como un rechazo de sí mismo, por la manera en que la confunde, de forma inconsciente, con experiencias previas y sensibilizadoras. Más tarde argumentó que la depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual, la etapa oral, pues observó que el deprimido devora al objeto y que la repetición de la pérdida del amor de la infancia se puede revivir con desengaños amorosos actuales.

Más tarde Freud, en 1917, mencionó que el mecanismo básico de la melancolía es la introyección de un objeto perdido y la redirección de la ambivalencia, originalmente dirigida al objeto, contra el objeto interiorizado que es parte inherente del Yo. Por lo que hay una redirección de los impulsos agresivos hacia uno mismo. El mencionó, en mayor medida, las relaciones objetales que la represión al hablar de melancolía, y consideró que los autoreproches que observaba frecuentemente en sus pacientes, eran en realidad reproches contra alguien que el paciente ama, amó o debería haber amado. Relacionó la melancolía con una pérdida temprana a través de un desengaño amoroso de la niñez, por lo que en el presente esto se convierte en agresiones contra el objeto interiorizado como parte de uno mismo. Freud describió a la melancolía como una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones y puede extremarse en una fuerte necesidad de castigo; así el duelo es descrito de forma semejante excepto por la falta de perturbación del sentimiento de sí que está presente en la depresión (Freud, 1975).

Para Rado (1926, en Arieti, 1990), la depresión se debe a una pérdida del objeto amado. El explicó su postura en base a una interrelación entre el Yo, el SuperYo y el objeto, donde el Yo se comporta tiernamente demandante

con los objetos por los cuales desea ser amado, con una cierta habilidad para conseguirlo; y arrogante con el objeto del cual obtiene amor seguro, por lo tanto provoca el distanciamiento del objeto y su pérdida. Cuando pierde al objeto amado es cuando cae en depresión, suplica el perdón y comienza una lucha intrapsíquica que puede llegar a graves extremos donde el Yo renuncie al mundo exterior y busque el perdón del SuperYo que ha tomado el lugar del objeto amado (depresión psicótica).

Fenichel (1986) consideró que el factor clave de la depresión es la caída de la autoestima, que es la discrepancia que hay entre un estado real y un estado ideal deseado. Así, Jacobson (1946, en Arieti, 1990) postuló que la mente se desarrolla a partir de una matriz indiferenciada que va tomando gradualmente forma a través de representaciones de sí mismo y de los objetos cuya catectización con energía libidinal, agresiva o neutral determina los sentimientos del sujeto hacia sí mismo y hacia los objetos. La depresión llega cuando existe una catectización agresiva del sí mismo, y una inadecuada diferenciación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia. Para él la frustración crea rabia que es el conflicto básico de los desordenes afectivos, y en la depresión esta rabia es volcada hacia uno mismo.

Bibring (1953, en Mendels, 1977) definió a la depresión como la expresión emocional de un estado de indefensión del Yo, donde hay una disminución del amor propio y la autoestima, junto con una sensación de debilidad y desamparo considerándose, el deprimido, la víctima. Este estado de desamparo se fija en la infancia a partir de traumas psicológicos, y este estado es reactivado con cualquier situación del entorno que se asemeje a la situación original de shock. Para él, la expresión emotiva de un estado de desamparo y de impotencia del Yo, sin consideración de lo que pueda haber causado la rotura de los mecanismos que establecen la auto-estima, constituye la esencia de la depresión.

Por su parte, Sandler y Joffe (1965, en Méndez, 1995) pensaron que la depresión es un afecto básico y normal que se presenta ante la pérdida de un objeto amado, cuando el sujeto cree haber perdido algo que es fundamental para su bienestar sintiéndose incapacitado para superar la pérdida. Lo que se pierde en la depresión es la integridad narcisista y no un objeto específico. La pérdida de un estado ideal, vinculado por lo general con una persona provoca la depresión, la cual es una reacción, y se vuelve clínica cuando existe una persistencia en la reacción anormal básica ante la pérdida.

Para Carl Gustav Jung (en Ubando, 1997) la depresión aparece cuando existe lo que se llamó “inflación negativa del ego”. El ego en la primera mitad de la vida debe consolidarse para desvanecerse conforme avanzamos en edad, en lo que el llamó el camino de individuación, donde se logrará la integración de los opuestos, la meta del ser humano. La tristeza o depresión se origina entonces cuando un contenido inconsciente demanda su atención en la conciencia, exigiendo una situación ilusoria en la que detrás de todo esto hay un “ego inflado”, siendo el pensamiento devaluatorio una señal que nos indica que hay que “desinflar al ego”, hay que darle al ego su propia medida, que es una dimensión menor que la que el Yo cree que tiene, sino se le da esta justa medida se origina una depresión. Para Jung los deprimidos, por lo regular, saben lo que tienen que hacer para cambiar, pero no se atreven a hacerlo. El ego inflado de un deprimido esta en el hecho de decir, por ejemplo: “si a mi me hubieran dado más amor, seguridad y comprensión sería ahora un gran artista”, ese ego inflado de deseos es el que hay que desinflar o alienar, ese ego que nos compara y no acepta lo que se tiene debe aceptar su realidad. Hay que aprender a darle límites al ego. El hecho de que un evento externo desencadene una depresión tiene que ver también con el ego inflado y la “sombra” (lado oscuro de la personalidad) por ejemplo: si pierdo mi trabajo y caigo en depresión, esto significa que estaba identificado con mi trabajo, en la medida en que me desidentifique podré desinflar el ego y salir de la depresión. La diferencia entre la depresión y el duelo es que en el duelo se tiene una pérdida del amor propio, sufro por mi no por el que se murió, sufro por mi pérdida y mientras no acepte la muerte interna no superaré el duelo.

Para otros autores como Melanie Klein (en Segal, 1985), la depresión es parte de un desarrollo normal infantil (actitud depresiva) donde a partir del quinto mes de vida el bebé empieza a percibir su mundo circundante y se siente frustrado por la falta de amor, puesto que es imposible que la madre satisfaga todas sus exigencias, por lo que desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivo respecto de la madre. El niño teme que sus fantasías destruyan en realidad a su madre, se da cuenta que la agresión hacia los objetos malos que había tenido provenía de él y que el objeto amado y odiado (la madre, antes dividida en buena y mala) es una misma persona, por lo que surgen sentimientos de culpa y la necesidad de reparar al objeto dañado. Así la depresión es una reparación simbólica de los deseos destructivos infantiles, que ocurre cuando los objetos parciales no se integran en un mismo objeto total.

Therese Benedek (1956, en Mendels, 1977) argumentó que, lo que él llamó “constelación depresiva”, era de suma importancia en el proceso de la depresión. Esta constelación depresiva es un estado psicológico que proviene de las dificultades de las primeras relaciones entre madre e hijo. Es decir, un niño satisfecho por su experiencia oral los primeros años de su vida, introyectarán una idea de “la madre buena que alimenta” lo que le representará un ‘buen yo satisfecho’. Pero si esto no es así y el niño no se siente gratificado introyectarán impulsos agresivos desarrollando una idea de “madre mala igual a yo malo”. Para él esta es la base de la depresión en los adultos donde ocurre una regresión a esta fase oral por experiencias de insatisfacción.

Para Spitz (1969), la depresión (llamada por él “depresión anaclítica”) se da en los niños que presentan importantes carencias afectivas los primeros momentos de sus vidas, la cual se expresa en desinterés progresivo por el ambiente, pérdida del apetito, y un trastorno del desarrollo en general.

Otras aproximaciones como la de Cohen (1954, en Mendels, 1977) toman en cuenta la atmósfera familiar en la que crece el individuo, su efecto en otras personas, el temor de quedar abandonado, una sensación interna de vacío y una permanente necesidad de apoyo. La reacción a las exigencias sociales tiene, para algunos autores, mucha importancia en el desarrollo de la personalidad depresiva.

Para Melges y Bowlby (1969, en Arieti, 1990), el sentimiento de desesperanza es muy significativo en la depresión. Distinguieron tres situaciones en las que un depresivo siente desesperanza por su futuro: Cuando duda de sus capacidades para alcanzar sus metas, cuando cree haber fallado por su incompetencia y cuando siente que sus esfuerzos anteriores para alcanzar las metas han fallado. El depresivo entonces siente una gran dependencia de los demás.

Los teóricos conductistas como Ferster, Moss, Boren (1965, 1972, en Leitenberg, 1983) y Lazarus y Folkman(1991) entre otros, describieron la patología conductual depresiva como el resultado directo de la interacción del sujeto con el ambiente y la historia de sus reforzadores. Así, la depresión es vista como la frecuencia de emisión de reforzamiento positivo más baja de la conducta. Por lo que un análisis funcional de las variables que controlan la conducta puede ser aplicable directamente a la etiología y a la terapia de la depresión. El reforzamiento positivo y el control aversivo son entonces las condiciones más importantes asociadas a la depresión.

Para Rose y Staats (1988) la intensidad de la depresión esta en función del número de reforzadores positivos recibidos en la persona, por lo que las causas de la depresión son, por un lado, los repertorios individuales de la personalidad incluyendo los sistemas emotivo-motivacional, lenguaje-cognición y las habilidades sensorio-motoras; y por otro el ambiente actual del individuo con los estímulos emocionales positivos o negativos que el sujeto recibe.

Lewinsohn (1990) hace hincapié en el déficit de habilidades sociales que existe en los deprimidos, el cual es un antecedente significativo de los episodios depresivos. Los programas terapéuticos en habilidades sociales están diseñados para alterar las conductas sociales e interpersonales maladaptativas así como las evaluaciones cognitivas inapropiadas asociadas a la conducta social, lo que permite a los pacientes deprimidos tener una mejor relación con su entorno favoreciendo sus estado de ánimo (Reed, 1994).

Acorde a la teoría de los estilos responsivos de la depresión (Nolen-Hoeksema, 1991, en Schwartz y Koenig, 1996), las diferencias individuales en la manera en que la gente enfrenta sus sentimientos naturales de tristeza y disforia puede explicar las diferencias en la duración y severidad de la sintomatología depresiva. Para esta teoría los individuos quienes se involucran en respuestas reverberantes o “rumiativas” a los estados de ánimo depresivo (enfocándose a las causas o consecuencias de sus sentimientos depresivos), experimentan periodos más prolongados y amplificadas de depresión. En contraste con esto, los individuos que se distraen de sus sentimientos y pensamientos depresivos mediante el comprometerse con actividades que mantienen la mente, temporalmente, lejos de los sentimientos y pensamientos depresivos, presentan cambios positivos en sus estados de ánimo más pronto (Schwartz y Koenig, 1996).

Patris (1989) ha argumentado que existe una asociación entre el incremento en la incidencia de la depresión, en el mundo occidental, y la percepción, tanto del público en general como de los especialistas en salud mental, de que la depresión es una enfermedad que está de moda. Es decir, la sugestión colectiva actúa en los individuos aumentando los estados de ánimo depresivo, sus manifestaciones y el incremento en los tipos de tratamiento para este trastorno. Esta hipótesis ha tomado cierta fuerza principalmente en países europeos como Francia.

Algunos estudios longitudinales han encontrado que existe una relación entre la religiosidad de las madres y episodios depresivos posteriores en sus hijos. Se ha reportado que la concordancia entre la religiosidad de las madres y la de los hijos puede ser un factor protector contra episodios depresivos en la adolescencia (Miller y cols., 1997).

Shelton, Hollon, Purdon y Loosen (1991, en Arieti, 1990) señalan que la depresión no solo es causada por factores bioquímicos o psicológicos, sino por la combinación de ambos, y dependerá de las diferencias individuales que un factor tenga más peso que el otro.

Las teorías cognitivas han aportado valiosa información en el entendimiento de muchos trastornos emocionales, principalmente la depresión. Estas teorías contestan la pregunta: ¿Por qué algunas personas se deprimen y otras no a pesar de que experimenten eventos indeseables?. Las teorías cognitivas sugieren que un tipo de pensamiento disfuncional esta detrás de todo esto, es decir, que no es lo que viven las personas lo que causa la depresión, sino lo que piensan acerca de lo que viven (Miranda y Gross, 1997). Beck (1979), como otros teóricos cognitivos, postuló que existe una relación directa entre la forma en que el individuo percibe y hace cogniciones y sus emociones. Es decir, los estados de ánimo depresivo, en este caso, son producto de pensamientos disfuncionales y derrotistas los cuales desencadenan la depresión. Además señaló que el paciente ve a su mundo, a sí mismo y a su futuro de una manera negativa. Habló también acerca de la sensación de pérdida que está presente en el deprimido. Al parecer cuando la depresión empeora los pensamientos negativos se van haciendo más automáticos hasta el punto de quedar fuera de control. A partir de esto Alladin (1992; 1994) propone ver a la depresión como una disociación. Más tarde abordaremos la teoría de Beck y la postura de Alladin sobre la depresión con mayor detalle en otros capítulos, ya que ambas posturas fueron de gran importancia para el desarrollo de la Hipnoterapia Cognitiva.

### **Cerebro y Depresión: *Hallazgos Psicofisiológicos***

Las aproximaciones bioquímicas de la depresión han propuesto dos hipótesis principales: La hipótesis Catecolaminérgica, que indica la existencia de un déficit de noradrenalina en determinadas zonas cerebrales; y la hipótesis Indolaminérgica que señala un decremento en los niveles de serotonina (5-hidroxi-triptamina) en las áreas prefrontales y parietotemporales del cerebro.

Estas propuestas han sido el resultado de investigaciones bioquímicas que aportan la idea de una base neurobioquímica de la depresión.

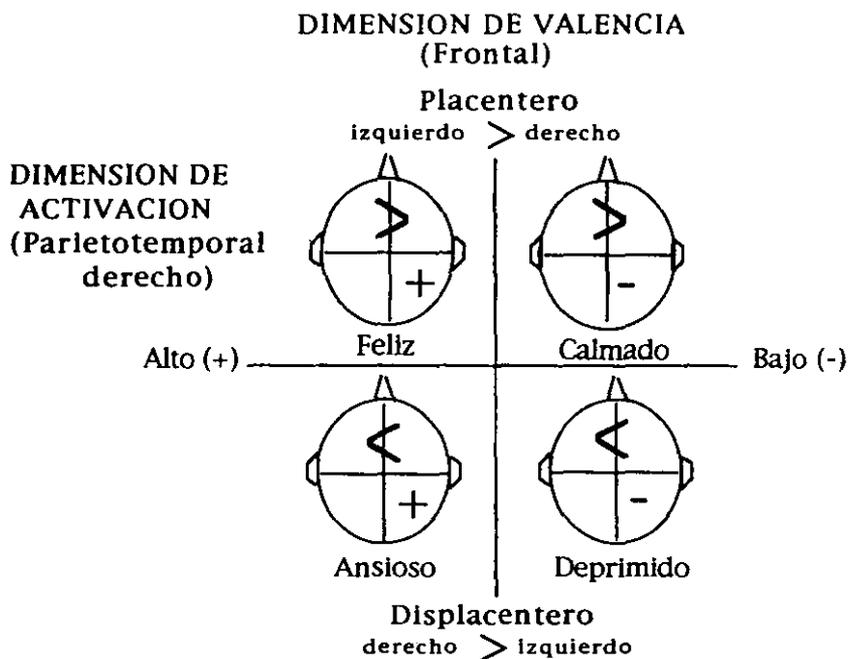
Por otro lado el avance en las técnicas de neuroimagenología como la electroencefalografía, la tomografía axial computarizada, la tomografía por emisión de positrones, la resonancia magnética, el flujo sanguíneo cerebral, los potenciales relacionados a eventos, etc., ha facilitado que se identifiquen algunos correlatos neurofisiológicos de los trastornos mentales incluyendo la depresión.

Así, la Neurofisiología ha encontrado que el hemisferio derecho tiene una mayor participación en los estados de ánimo depresivos, lo que algunos teóricos han considerado como una base fisioanatómica de la depresión (Flor-Henry, 1976; Strauss, Moscovitch y Olds, 1979, en Alladin, 1992; Wexler, 1984). La investigación neurocientífica se ha enfocado en estudiar la depresión bajo el paradigma de que ésta se caracteriza por patrones únicos de actividad cerebral.

Dentro del enfoque cognitivo se considera que el cerebro también despliega un patrón cognitivo de funcionamiento y, como apoyo a la teoría cognitiva de la depresión, se han realizado estudios neuropsicológicos específicos en los temas de depresión y cognición (Heller y Nitschke, 1997). Estos estudios han suministrado evidencia acerca de que la actividad de algunas regiones del cerebro está especializada en ciertos tipos particulares de procesos cognitivos. Aunque no se ha podido establecer con precisión qué procesos se observan en ciertas regiones, porque la actividad varía. Sin embargo, se conoce la relación de ciertas áreas cerebrales con algunos procesos cognitivos que sufren algún cambio al presentarse episodios depresivos.

Heller y Nitschke (1997) desarrollaron un modelo de la actividad cerebral que provee un marco explícito para la investigación de las funciones cognitivas en la depresión. El modelo está basado en estudios de factores analíticos que esquematizan la estructura psicológica de la emoción, y que es representada a lo largo de dos dimensiones: *valencia* (placentero/displacentero) y *activación* (alta/baja) (ver Fig.1).

**Fig. 1. Modelo de Heller y Nitschke (1997).**



La *valencia* esta asociada con actividad de la region anterior del cerebro, de manera que, lo placentero está más ligado al hemisferio izquierdo que al derecho y lo no-placentero está asociado más con el derecho que con el izquierdo. Las regiones posteriores están relacionadas con la dimensión de *activación*, donde la parte parietotemporal derecha tiene más actividad asociada con una alta *activación* mientras que una actividad parietotemporal derecha baja está relacionada con una baja *activación*. Este modelo provee un marco muy útil para entender cómo los patrones específicos de actividad cerebral pueden estar asociados con ambas funciones, la emocional y la cognitiva, es decir que el modelo permite tener más clara la naturaleza de una variedad de funciones cognitivas en la depresión, y lo mismo cuando se presentan estados de ansiedad (Heller y Nitschke, 1997).

Se ha encontrado que existe una actividad asimétrica en las zonas anteriores del cerebro durante estados de ánimo depresivo, y en estudios electroencefalográficos se ha asociado la depresión con una actividad hemisférica izquierda baja en la zona frontal (Allen y cols., 1993, Schaffer y cols., 1983, en Heller y Nitschke, 1997). También en estudios donde se utilizó la tomografía por emisión de positrones (TEP) se ha reportado deficiencias en

la parte anterior izquierda del cerebro en la depresión (Baxter y cols., 1985, Bench y cols. 1992, George y cols., 1994, en Heller y Nitschke, 1997). Otros estudios han dado evidencia de que la asimetría frontal está asociada con la valencia emocional, y se ha reportado que la actividad izquierda está más relacionada con afectos placenteros que la actividad derecha (Gianotti, 1972, Sackeim y cols., 1982, en Heller y Nitschke, 1997). Gotlib y cols. (1987; 1993) han concluido que la gente deprimida atiende más a una estimulación displacentera que placentera, y fracasan al evitar la estimulación displacentera (en Heller y Nitschke, 1997). También se ha encontrado que las regiones anteriores del cerebro están relacionadas con lo que se conoce como funciones ejecutivas como son: juicio (frontal derecho), planeación, pensamiento abstracto, metacognición, flexibilidad cognitiva en el uso de estrategias, fluidez verbal (frontal izquierdo), iniciativa y motivación. Así, se ha visto que daños en las regiones anteriores no afecta la información almacenada sino la forma en que ésta se utiliza, el grado de procesamiento de la información y su aplicación en situaciones tanto novedosas como de rutina (Struss y Benson, 1986, en Heller y Nitschke, 1997). Y además, se ha encontrado que la gente deprimida presenta deficiencias en estas funciones cognitivas (resolución de problemas, estrategias de afrontamiento, flexibilidad cognitiva, etc.) que dependen de las regiones anteriores (Klein y Seligman, 1976, Hartlage y cols., 1993, en Heller y Nitschke, 1997). En resumen, existen muchas evidencias que sugieren que la gente deprimida muestra deficiencias en tareas cognitivas que involucran la actividad de las regiones anteriores del cerebro. Pero estos estudios no son totalmente concluyentes, podría decirse más bien que son pioneros en este ramo, por lo que más investigación futura en este tema podrá arrojar más datos que den una mayor contundencia a estas aproximaciones.

En cuanto a la zona posterior del cerebro, se ha referido que en la depresión se observa una deficiencia en la actividad parietotemporal derecha, excepto cuando hay episodios de ansiedad (Heller y cols., 1995, en Heller y Nitschke, 1997). Se han estudiado niños deprimidos usando tareas neuropsicológicas que proveen evidencias de deficiencias en las regiones posteriores derechas del cerebro, y se ha encontrado que existe un síndrome de deficiencia hemisférica derecha en la parte posterior del cerebro asociada fuertemente a la depresión en niños (Brumback, 1988, en Heller y Nitschke, 1997). También se ha reportado que deficiencias en algunas funciones sociales y en la habilidad de expresar e interpretar información emocional han sido observadas en pacientes con daño cerebral derecho, sugiriéndose la zona posterior del cerebro (Lezak, 1995, Borod, 1993, en Heller y Nitschke, 1997).

Aunque el funcionamiento social que se presenta en la depresión no ha sido estudiado desde una perspectiva neuropsicológica de forma satisfactoria, se ha encontrado que las personas deprimidas tienen dificultades significativas en sus relaciones interpersonales y en sus conductas sociales de interacción, como son: habla lento y monótono, contacto visual pobre, tiempo de reacción pobre en intercambios verbales, y el uso de gestos que denotan molestias (Barnett y Gotlib, 1988, en Heller y Nitschke, 1997); lo que también se ha encontrado en pacientes con daño cerebral derecho (Lezak, 1995, en Heller y Nitschke, 1997). Por otro lado se ha encontrado que mientras la parte posterior del hemisferio izquierdo está más capacitada para el procesamiento sistemático de detalles, la parte posterior del hemisferio derecho lo está para el procesamiento de información de forma contextual, relacional y global, y se ha encontrado que los pacientes deprimidos presentan deficiencias en actividades cognitivas del hemisferio posterior derecho (Basso y cols. 1996, Leight y Ellis, 1981, en Heller y Nitschke, 1997) y presentan además una actividad neurodinámica reducida en esta zona (en Heller y Nitschke, 1997). En resumen puede decirse que existe gran evidencia de que las personas deprimidas muestran poca actividad en tareas cognitivas que involucran la actividad de las regiones posteriores derechas del cerebro.

Aunque no está claro todavía si estas características funcionales cerebrales desaparecen o se modifican después de que la depresión ha sido tratada con éxito, puesto que solo pocos estudios lo han reportado (Baxter y cols., 1989, en Heller y Nitschke, 1997). En este sentido hace falta más investigación para asegurarlo, e incluso para averiguar si la actividad cerebral cambia más o menos con la aplicación de diferentes tipos de enfoques y técnicas terapéuticas, incluyendo la hipnosis.

### **Depresión y Genética: *La herencia oculta***

Con los nuevos avances tecnológicos en los estudios de genética humana se ha podido afirmar que la herencia desempeña un papel importante en el desarrollo de las perturbaciones afectivas.

Se han realizado varios estudios acerca de la frecuencia de la depresión en gemelos y la probabilidad de que, si uno llega a desarrollar una depresión, el otro también la desarrollará. A esta tendencia se le ha llamado *proporción de concordancia*.

En un estudio (Slater, 1953 en Mendels, 1972) se encontró que de 38 gemelos que se estudiaron, donde uno de cada par presentaba un trastorno afectivo endógeno, había una proporción de concordancia de 57% en los gemelos idénticos y un 29% en los bivitelinos; a semejantes resultados llegaron Da Fonseca (1959, en Mendels, 1972) y Kallman (1952, en Mendels, 1972). En estos estudios tanto los gemelos idénticos como los no idénticos habían sido educados por padres que se encontraban en condiciones similares, por lo que el hecho de que se observe una proporción de concordancia mayor en los gemelos idénticos que en los no idénticos destaca el papel importante que la herencia y los factores genéticos tienen en la aparición y transmisión de la depresión.

Otros estudios como el de Shields (1962, en Mendels, 1972) han abordado la cuestión desde otro punto de vista, con la intención de distinguir entre la aportación de lo genético, por un lado, y la aportación de la educación familiar por otro, a la personalidad y a la psicopatología de los sujetos. Así comparó 44 gemelos idénticos que habían sido tempranamente distanciados unos de otros en la vida y educados por separado, con 44 gemelos también idénticos que no habían sido separados. Los resultados no fueron como se esperaba ya que una serie de los gemelos separados sí concordaban en su estado afectivo, pero había otros tres grupos discordantes, sin embargo sí destacó algunas tendencias interesantes, como por ejemplo: descubrió que la proporción de concordancia entre los gemelos que habían sufrido una separación era la misma que la de los gemelos que no se habían separado, y afirmó que algunos factores como los rasgos de ansiedad, debilidad emocional, rigidez y características ciclotímicas estaban más influenciados por la genética que por las circunstancias ambientales.

Recientemente un estudio danés (McGue y Christensen, 1997) reveló la importancia de los factores genéticos y ambientales en el desarrollo de la depresión. Se estudiaron los síntomas hereditarios de 406 pares de gemelos del mismo sexo de 75 años de edad. Se les entrevistó y evaluó en tres diferentes escalas: escala afectiva, escala somática y escala total. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, pero sí se encontró que los efectos hereditarios en las escalas afectiva y somática podían atribuirse a un factor genético. Se halló que los síntomas depresivos en las personas mayores pueden atribuirse a aspectos genéticos específicos más de lo que estudios anteriores han mencionado.

Otros estudios que se han realizado han centrado su atención en la incidencia de trastornos afectivos en padres e hijos. Así Elsasser (1952, en Mendels, 1972), encontró que a los padres de 20 pacientes psiquiátricos se les había diagnosticado una enfermedad maniaco-depresiva. Aunque se sabe que, en estas investigaciones, hay que tomar ciertas reservas en los diagnósticos tanto de los padres como de los hijos, por lo que no se pudo llegar a conclusiones definitivas.

Winokur (1969, en Mendels, 1972) realizó investigaciones sobre genética y trastornos afectivos y encontró que las enfermedades afectivas se manifestaban con mayor frecuencia en los pacientes de primer grado (padres, hermanos, hijos) de un grupo de pacientes con desordenes afectivos que en un grupo control. Posteriormente encontró que los trastornos afectivos tenían más incidencia en las hijas de madres depresivas que en los hijos de madres depresivas, y por otra parte no encontró diferencias entre la incidencia de los trastornos afectivos en hijos o hijas cuyo padre los hubiera padecido.

Se ha encontrado que existe una mayor relación de los factores genéticos que se heredan de padres a hijos en el trastorno bipolar que en el trastorno unipolar (Farmer, 1996). Las evidencias sugieren que la depresión es causada por múltiples genes y que de esto depende la susceptibilidad para desarrollar el trastorno. También se ha encontrado que las circunstancias ambientales tienen un importante papel en la enfermedad depresiva, pero algunos estudios con gemelos, que han evaluado tanto las cuestiones genéticas como las ambientales en los mismos sujetos, han mencionado que la forma en la que se responde al ambiente puede estar determinada también genéticamente (Farmer, 1996).

También se ha encontrado que existe una fuerte relación entre la depresión en niños y adolescentes y la depresión de sus padres (Harrington, 1996). Estas investigaciones buscan diferenciar los efectos específicos y no específicos de los desordenes afectivos de los padres, diferenciando también las variedades de la psicopatología en los padres y los hijos, para considerar los factores genéticos y ambientales de igual forma y lograr determinar, también, los mecanismos de respuesta de los niños al ambiente con su propia carga genética.

Otros estudios han comparado la influencia tanto del ambiente como de los factores genéticos en el desarrollo de la depresión y la conducta antisocial en adolescentes. Reiss y cols. (1996) examinaron los efectos de diferentes

estilos de educación familiar en el desarrollo de la depresión y la conducta antisocial en gemelos homocigóticos, gemelos dicigóticos, hermanos de los mismos padres, medios hermanos, y hermanastros sin liga consanguínea. Se evaluaron tres categorías en la educación parental: ternura/suporte, conflicto/negatividad y monitoreo/control. Encontraron que el incremento en la categoría conflicto/negatividad se relacionaba más con conducta antisocial que con depresión en los adolescentes. Los datos genéticos sugirieron que el ambiente específico para cada hermano tiene el mayor impacto en el desarrollo de conductas de orden psicopatológico.

Así, la contribución de los factores genéticos en la susceptibilidad a los trastornos afectivos está ya establecida. Reportes recientes muestran que han encontrado evidencia de un *locus* de susceptibilidad a los trastornos afectivos en 2 regiones del cromosoma 18 (Claes y cols., 1997) y en el 21 (Alda, 1997). Otras investigaciones han relacionado a la enfermedad maniaco-depresiva y otros desordenes afectivos con factores genéticos como son el gen de la dopa-decarboxilasa (Ewald y cols., 1995), el gen de la catecol-metil-transferasa (Kunugi y cols., 1997), el gen transportador de la serotonina (Bellivier y cols., 1997) y el cromosoma 7 (Ewald y cols., 1995), pero no han dado evidencia que lo confirme.

Así pues parece que existen factores genéticos que intervienen en la depresión y otros desordenes afectivos. Sin embargo ésta no parece una causa necesaria o suficiente para que aparezcan los trastornos; el medio ambiente, los recursos de las personas en el manejo de sus emociones, sus niveles de estrés, sus actividades, etc. influyen también; y en última instancia, el desenlace no lo decide la genética, por lo que se requiere de más investigación en este contexto que revele de forma más consistente el papel de la herencia en las enfermedades mentales.

### **La Depresión: *Fenomenología y Clasificación***

Existen diferentes clasificaciones de la depresión, las cuales cambian según el autor que la propone y las características que se tomen en cuenta para su tipología. Aquí solo daremos, brevemente, la clasificación más utilizada tanto en el CIE-10 (en trastornos del humor) como en el DSM-IV (en trastornos del estado de ánimo), que dividen a la depresión en tres grandes rubros:

- **Depresión Leve:** El paciente suele encontrarse afectado por algunos síntomas y tiene cierta dificultad para llevar a cabo sus actividades sociales cotidianas, aunque sin descuidarlas por completo. Puede presentar o no síntomas somáticos.

- **Depresión Moderada:** Varios de los síntomas se presentan de forma intensa, se tienen grandes dificultades para continuar desarrollando las actividades sociales. Se pueden presentar o no síntomas somáticos.

- **Depresión Grave o Mayor:** El enfermo presenta mucha angustia y el riesgo de suicidio es alto, presentándose casi siempre síntomas somáticos. Es poco probable que pueda seguir con sus actividades laborales. Pueden presentarse síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

Otra clasificación de los trastornos depresivos es la división entre depresión endógena y psicógena, que tiene que ver con las causas del padecimiento (Méndez, 1995).

- **Depresión Endógena:** Es causada por factores internos, como problemas bioquímicos, hormonales o genéticos, y su comienzo es por lo regular insidioso, y sin motivo aparente. Se caracteriza por un agravamiento importante de los síntomas.

- **Depresión Exógena o Reactiva:** Es causada por factores externos como estrés, traumas psicológicos, conflictos o pérdidas. Tiene un comienzo súbito, y sus síntomas son menos severos, pero pueden agravarse según sea el caso.

Otra división es la que tiene que ver con designar el trastorno como neurótico o psicótico, es decir con el contacto o alejamiento con la realidad (Méndez, 1995).

- **Depresión Neurótica:** La personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante el desarrollo evolutivo, debido a problemas importantes durante la infancia y la adolescencia. No pierde el contacto con la realidad.

- **Depresión Psicótica:** Los factores genéticos son muy importantes. Se caracteriza por una seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y un choque importante con el medio. Puede presentarse poco contacto con la realidad.

- **Depresión Simple:** La personalidad no sufre ningún trastorno, la salud mental esta en un estado satisfactorio, pero un acontecimiento externo ha alterado el funcionamiento bioquímico cerebral produciendo el desequilibrio emocional.

Los principales características fenomenológicas de los pacientes depresivos son los siguientes:

- Sentimientos de tristeza profunda
- Sentimiento de soledad
- Sentimientos de sufrimiento y culpabilidad
- Incapacidad para obtener placer de las cosas que antes disfrutaba
- Cansancio y apatía
- Incapacidad para tomar decisiones
- Sensación de fracaso en la vida
- En ocasiones patrones irregulares de sueño
- En ocasiones patrones irregulares de ingesta de alimentos
- En ocasiones ideación suicida

### **Depresión y Suicidio: *El Riesgo***

Los riesgos reales de suicidio en los pacientes deprimidos son muy difíciles de calcular. En USA más de 200 000 personas intentan suicidarse al año (Rosenhan y Seligman, 1984, en Morris, 1987). Estudios han indicado que existe un riesgo mayor de suicidio durante las salidas del hospital, y poco después de que los pacientes han sido dados de alta, y que ocurre más entre gente soltera que casada (Beck, 1979). Son más las mujeres que intentan suicidarse, pero son los hombres quienes más consuman estos actos suicidas.

Las personas que piensan en quitarse la vida tienen las siguientes características: se sienten abrumados por la desesperación, piensan que todas las cosas no pueden mejorar, que es imposible superar las dificultades, tienen un grado de depresión extrema, es muy difícil disuadirlos de su postura suicida, sienten que nadie entiende su sufrimiento y la mayoría, aceptado o no, tienen el deseo de ser ayudados (Morris, 1987). Rice y Miller (1995, en Gotlib y cols., 1997) estimaron que el 60% de los suicidios los habían llevado a cabo personas que presentaban desordenes afectivos, de hecho en individuos depresivos se eleva de forma importante la probabilidad del acto suicida (Murphy y cols., 1987, en Gotlib y cols., 1997a).

Existen algunos mitos acerca del suicidio, los cuales pueden entorpecer el trabajo terapéutico con pacientes depresivos suicidas. Entre ellos se encuentran: la creencia de que el paciente que habla de suicidarse nunca lo hará, lo cual es falso (Stengel, 1962, en Méndez, 1995) , ya que la mayor parte de personas que se han suicidado han mencionado antes su propósito; otro mito es que el considerar que el paciente que ha intentado suicidarse y no lo ha logrado, es porque realmente no quiere hacerlo, ya que cualquier intento significa que el paciente está perturbado y se ha visto que la gente que ya ha intentado suicidarse tiene mayores posibilidades de repetir su intento y consumarlo (Motto, 1965, en Beck, 1979) ; otra idea errónea es pensar que los que se suicidan son perdedores o fracasados, en realidad, muchos de los que se han quitado la vida, parecen tener muchos motivos para vivir: dinero, fama, prestigio, etc. (Morris, 1987).

Hablando del suicidio en los adolescentes, es difícil definir un perfil del adolescente suicida y no se puede reducir el suicidio a una mera consecuencia de la depresión, aunque se ha observado que por lo regular se presentan juntos (Polaino-Lorente, 1988). Existen muchas causas etiológicas, culturales, sociales, familiares, escolares, psicológicas, biológicas, etc. por lo que se puede decir que el suicidio tiene una causa multifactorial.

Se dice que el suicidio es la segunda causa más importante de muerte entre los adolescentes (USA Department of Health, 1975, OMS, 1975, en Polaino-Lorente, 1988). Las características generales de los adolescentes suicidas aparentemente son: presencia de enfermedad depresiva como factor precipitante, antecedentes de intentos de suicidio, abuso de alcohol y drogas y antecedentes de suicidio materno. El acto suicida a esta edad es por lo general un acto impulsivo, no preparado, que en la mayoría de las ocasiones se frustra en vez de alcanzar su objetivo, por lo que se ha llegado a pensar que su letalidad es menor a la del adulto. Se han realizado muchas investigaciones que proponen rasgos característicos del suicida, sin embargo no se ha podido constatar un perfil específico por falta de datos empíricos, lo que mantiene la idea de la personalidad suicida solo en especulaciones (Polaino-Lorente, 1988).

Los rasgos encontrados en adolescentes suicidas pueden ayudar a entender más el fenómeno del suicidio entre los adolescentes, así han encontrado que los rasgos que se presentan con mayor frecuencia en los varones son depresión, ansiedad, impulsividad, inestabilidad, hiperactividad e

inmadurez; y en las jóvenes depresión, pasividad y comportamiento de tipo histérico (Polaino-Lorente, 1988).

Algunos rasgos de estos diferencian a los adolescentes que han consumado su intento suicida de aquellos que solo lo intentan sin conseguirlo. Shaffer (1974) ha encontrado dos tipos de personalidad entre los adolescentes que consumaron su intento. Un grupo se caracteriza por tener un alto nivel intelectual, existencia aislada y solitaria, y ser culturalmente diferentes con respecto a sus padres, que tienen un nivel menor de educación, sus madres padecen, con frecuencia, algún trastorno psiquiátrico, el joven es depresivo, aislado y por lo regular manifiesta su conflictiva en las notas que deja escritas. El otro grupo, que se refiere a las jóvenes, se caracteriza por que son más impetuosas, agresivas, violentas, suspicaces, con problemas escolares, instalándose en posiciones entre el hipercriticismo y el resentimiento (en Polaino-Lorente, 1988).

La razón por la que los investigadores buscan características peculiares del comportamiento suicida gira en dos situaciones: la primera es el justificar el porqué, de todos los adolescentes que tienen problemas sociales y familiares de tipo patógeno, solo algunos intentan suicidarse; y la segunda es el hecho de la personalidad se considera como el eslabón que media entre el individuo y los factores de tipo socioculturales que predisponen al suicidio. Aunque esta cuestión, hasta el momento, esta muy lejos de ser resuelta.

La cuestión entre suicidio y depresión ha generado una gran cantidad de investigaciones al respecto. Así, Blaine y cols. (1968) han encontrado que el 66% de los estudiantes remitidos por intento de suicidio a los Servicios de Salud de la Universidad de Harvard, fueron diagnosticados como deprimidos. A parecidos resultados llegaron Robins y cols. (1959), Dorpat y cols. (1960), Barraclough y cols. (1974), por lo que se puede decir que sí existe un soporte experimental acerca de la relación entre depresión y suicidio comprobándose, así, la consistencia de la sintomatología depresiva en los adolescentes suicidas (en Polaino-Lorente, 1988).

Algunos factores que se han encontrado como importantes en el desencadenamiento de ideación suicida son: los factores familiares (hogares rotos y disfuncionales, padres con antecedentes suicidas, falta del padre por muerte o por abandono, inexistencia de normatividad y autoridad familiar), sociales (empobrecimiento de las relaciones interpersonales, presiones académicas, dificultades en la conducta sexual y problemas de pareja,

aislamiento y alienación social, abuso de drogas y alcohol, embarazo no deseado), y psicológicos (trastornos depresivos, psicóticos y neuróticos). Pero estos factores cambian según la cultura y el país, lo que es importante señalar es que los trastornos mentales se han mostrado como factores precipitantes de forma estable en diversas culturas (Polaino-Lorente, 1988).

Se ha observado que las distorsiones cognitivas tienen un peso importante en la conducta suicida, ya que se ha encontrado que la evaluación negativa del futuro era más intensa que la sintomatología depresiva en pacientes suicidas (Minkoff y cols., 1973, en Polaino-Lorente, 1988).

Por último podemos decir que la aplicación de terapia conductual y cognitiva ofrece una gran posibilidad terapéutica y preventiva en la conducta suicida en adolescentes.

### **La Depresión: *Su Tratamiento***

El tratamiento para la depresión es muy variado, ya que existen diversos enfoques acerca de la depresión y cada uno de ellos tiene una forma de abordar su terapéutica contra la misma. Pero podemos hablar de tres grandes bloques en los que se divide el tratamiento de la depresión, los que en ocasiones se combinan para tener un mayor impacto sobre la enfermedad, y son los siguientes: Farmacoterapia, Psicoterapia y Terapia Electroconvulsiva.

- **FARMACOTERAPIA:** El tratamiento farmacológico para la depresión ya aparece en la Odisea de Homero donde se relata que Penélope, esposa de Ulises, tomo una droga para aminorar sus penas por la larga ausencia de su esposo y los rumores de su muerte. La Farmacoterapia tiene como objeto manipular las respuestas bioquímicas del cerebro para disminuir los síntomas depresivos, pero no ataca la causa, o raíz del problema. Por lo regular se necesita que se tomen muy en cuenta las características de los pacientes y los medicamentos para que los resultados sean los deseados. Son muy eficaces los antidepresivos en el caso de depresiones endógenas, y se requiere de un tratamiento mínimo de seis meses para que tengan una efectividad satisfactoria (Méndez, 1995). Entre los fármacos más utilizados se encuentran: los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la Monoamino Oxidasa (IMAO) y el carbonato de litio (Uriarte, 1978).

- **TERAPIA ELECTROCONVULSIVA:** La terapia convulsiva se usaba ya en 1785 para el tratamiento de padecimientos mentales, las convulsiones se provocaban con dosis elevadas de alcanfor. En 1938 Cerletti y Bini (en Méndez, 1995) mejoraron la técnica produciendo las convulsiones a través de pasar corriente eléctrica por dos electrodos colocados en la frente, método que resultó relativamente seguro, cómodo e indoloro. Kalinowski lo introdujo en USA en 1939 (en Mendels, 1977). El tratamiento consiste en colocar electrodos en ambas sienes y hacer pasar una corriente eléctrica alterna de entre 70 y 130 volts. La duración de cada choque varia entre una décima de segundo y medio segundo. En este tratamiento el paciente debe estar sujetado y si se aplica diario puede causar una creciente confusión, además que a causa de las convulsiones se pueden presentar fracturas y luxaciones indeseables.

- **PSICOTERAPIA:** Etimológicamente la psicoterapia significa cuidado del alma (*psique*= alma, *therapeia*= cuidar). La psicoterapia es una interacción planificada y emocionalmente cargada, donde un terapeuta entrenado y un paciente interactúan con el fin de aliviar el dolor emocional del paciente o equilibrarlo emocionalmente, a partir de ayudarlo en el desarrollo de su personalidad sea cual sea su camino. Se hace a través de comunicaciones simbólicas (verbales o no verbales). El paciente es ayudado a aceptar, comprender y soportar su sufrimiento como algo inevitable de la vida que tiene un sentido y puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento. Se intenta romper el círculo vicioso del paciente a través de la misma relación terapéutica. Existen muchas técnicas terapéuticas tanto psicológicas, como corporales, pero la psicoterapia propiamente dicha se caracteriza por tomar en cuenta la búsqueda del equilibrio entre el consciente y el inconsciente. La psicoterapia tiene muchas técnicas pero la base puede decirse que es una cadena terapéutica que el terapeuta debe seguir y que va a ayudar al paciente en su propio proceso de desarrollo (Ubando, 1997), la cual es la siguiente:

### **TRACKING—FIJACIÓN—CONTROL**

- **TRACKING:** Tracking significa rastreo, seguir la huella, pegarse al proceso del paciente y dejarnos llevar con la corriente de dicho proceso. Hacer tracking (rastreo) es informarle al paciente con palabras lo que le ocurre. Informar de forma fenoménica (sin juicios) lo que le va ocurriendo en el proceso (proceso emocional y no verbal que experimenta el paciente en la sesión). Es diferente de reflejar y empatizar, ya que las formulaciones del tracking deben tener un sentido psicoterapéutico. El tracking siempre tiene que respetar el marco de referencia de cada paciente. Con el tracking el

paciente se siente entendido y favorece que trabaje más en su proceso de desarrollo. El tracking tiene que ver con "lo que es importante en este momento". Existen dos tipos de tracking:

- Tracking Superficial: Se asemeja a un reflejo, no tiene que reflejar la esencia del proceso del paciente, solo actúa de forma fenoménica. Ejemplo: *"me doy cuenta que cuando hablas de tu padre se te llenan los ojos de lágrimas, miras más hacia abajo y se te quiebra la voz", "veo que llevas media hora en esa posición, no te has movido en lo absoluto"*, etc.

- Tracking Profundo: Requiere que la esencia del proceso sea captada, se informa al paciente algo de lo que él no se ha percatado respecto a la esencia de su conflicto. Ejemplo: *"Crees que comprometerte te quita tu libertad", "Pudiste ser mamá de tu mamá y no puedes serlo de tus hijos"*, *"Tus hijos ya te mataron como madre pero tu te niegas a morir"*, etc.

El tracking se basa en 3 puntos muy importantes: 1) el entendimiento claro del proceso del paciente, 2) la aceptación de este proceso por parte del terapeuta, 3) y la capacidad de transmitir el entendimiento y la aceptación a los pacientes.

La materia prima del tracking son las resistencias (defensas que pone el paciente), y la transferencia (carga emocional en la relación terapéutica relacionada con el proceso del paciente), todo lo que ocurre en terapia se puede reducir a esto (Ubando, 1997). Donde se identifica una resistencia o una transferencia se puede hacer un tracking, es importante que el tracking se comunique de manera que sea aceptado por el paciente para que no sea rechazado. Esto tiene que ver con respetar el timing (tiempo de reacción y de trabajo del paciente), ya que la aceptación y el entendimiento del proceso por parte del terapeuta no es el entendimiento del paciente, se tiene que determinar si es momento de comunicarle algo al paciente o no.

- **LA FIJACIÓN**: Fijación significa, permanecer donde se está, no moverse, no cambiar, y no tiene nada que ver con el término psicoanalítico. La fijación, como técnica psicoterapéutica, tiene que ver con el hecho de que las personas hacen lo que hacen porque eso cumple una función, tiene un sentido en sus vidas, por lo que cambiarlo sería perder una gran oportunidad de crecimiento. El permanecer ahí ayuda a los pacientes a entender y aceptar el sentido, el ¿para qué? de su conducta, actitud o síntoma. La fijación tiene tres elementos:

- Aceptación: Es la aceptación del proceso que viven los pacientes por parte, primero del terapeuta y después por los pacientes mismos. Es aceptar que lo que se está viviendo tiene un sentido evolutivo y es una gran oportunidad de aprendizaje para el desarrollo, no se debe a la casualidad o a la mala suerte. Si no se aprovecha esta oportunidad los pacientes están gestando, sin saberlo, un conflicto mayor, están gestando más dolor y más sufrimiento. La aceptación empieza por el terapeuta ya que, por lo general, los pacientes llegan con una no-aceptación de su problema y lo que desean es cambiar su situación, en vez de convertirlo en el sentido de la vida.

- Familiarización y Amplificación: Se refiere al conocimiento profundo del proceso de los pacientes por parte del terapeuta. Es familiarizarse con la situación, tener toda la información posible. No con el fin de formular hipótesis (Haley en 1986, hizo hincapié en el uso de hipótesis dentro de la terapia, para después buscar confirmarlas, pero sin hacerlo en exceso) todo el tiempo, sino para tener todos los elementos necesarios para realizar la fijación. La Amplificación tiene que ver con amplificar las emociones del paciente para que el proceso sea más evidente y claro para él. Estas técnicas tienen como objetivo acercar material no-conocido a la conciencia del individuo. La amplificación está contraindicada en pacientes psicóticos y limítrofes.

- Cooperación: Es lo contrario a querer cambiar las cosas. Se trata de poner la energía en lo que se está haciendo (conducta o actitud), y retirarla del esfuerzo de dejar de hacerlo (resistencia). Se trata de que el paciente coopere en quedarse donde está, de forma propositiva, es mantenerse atrapado en su complejo (Ubando, 1997), esto con el propósito de encontrar el sentido o la finalidad que tiene.

A través de la fijación los pacientes aprenden a entender y aceptar la finalidad de lo que están viviendo, al principio esto no se entiende, pero debe mantenerse para que después surja la comprensión.

La fijación debe llevar un elemento concientizador es decir, formularse la siguiente pregunta: ¿Cuál es la finalidad de esto que estoy viviendo?. Esta pregunta se la debe hacer el terapeuta y enseñarle al paciente a hacérsela. La fijación está contraindicada en: alcoholismo, violencia, drogadicción, personalidad limítrofe y psicótica.

La fijación no es lo mismo que la intención paradógica (Frankl, 1978), es algo más allá de hacer lo mismo. La intención paradógica busca que, a

través de desear propositivamente actuar el síntoma, éste desaparezca; la fijación, por otro lado, no busca que el síntoma desaparezca, sino que esté ahí hasta que su sentido aparezca claro para el paciente, así poco a poco el paciente transforma su problemática y crece en su camino de desarrollo. Las resistencias suelen ser material para la fijación, y esta puede ser dentro de la sesión o fuera de la sesión en forma de tarea a realizar fuera del consultorio.

Las instrucciones para la fijación son muy importantes, deben de ser claras y no tener ningún tecnicismo, buscar la aceptación por parte de los pacientes para que lo desarrollen con disciplina, debe haber una buena alianza de trabajo, así como una buena relación terapéutica, debe plantearse como algo importante y como algo que no será fácil, hay que decirles que su problema cumple una función y que deben encontrarle el sentido.

- **EL CONTROL:** Cuando hablamos de control en la terapia nos referimos a los niveles de energía emocional del paciente y no a dirigir o imponer, es decir que el terapeuta sabe que es lo que está ocurriendo, tiene “el sartén por el mango”, lo que significa que cada intervención que hace lleva una noción terapéutica. El terapeuta debe saber para qué hace tal o cual cosa dentro del espacio terapéutico y la respuesta debe estar justificada para fines del desarrollo de la persona y no por el ego o juicio del terapeuta; porque la opinión que el terapeuta tenga de la calidad de vida del paciente, es irrelevante para la terapia.

Muchas técnicas terapéuticas han sido desarrolladas por muchos autores, el terapeuta puede hacer uso de todos los elementos que conozca, y puede hacer casi de todo, siempre y cuando lo que realice tenga una justificación psicoterapéutica, como lo acabamos de mencionar, y no rebase los límites del encuadre y la ética profesional (Ubando, 1997). Williams, en su revisión de las terapias para la depresión, concluyó que entre más técnicas se usen en la terapia, mayor será el éxito del tratamiento (en, Alladin, 1994).

Beck (1967) señaló algunos procedimientos tácticos que, a su modo de ver, son importantes en el tratamiento de la depresión:

- Protección del paciente: El terapeuta debe prever los efectos de su trabajo y el riesgo de suicidio del paciente.

- Necesidad de una exploración preparatoria: Debe llevarse al paciente a un trabajo activo en la terapia, con un interrogatorio directo y energético, ya que

dado la falta de esperanza el paciente tiene un cierto negativismo hacia los esfuerzos terapéuticos.

- Interrupción del ritmo de reverberación: El terapeuta debe ayudar al paciente a emprender actividades que le aseguren éxito y no fracaso como antes, esto entendiendo sus círculos viciosos.

- Iniciación del cambio de actitud: El terapeuta debe ayudar de forma activa al cambio de actitud del paciente.

Otro método de intervención terapéutica para la depresión es la Terapia de Aprendizaje Estructurado que se basa en programas terapéuticos en habilidades sociales que pretenden alterar las conductas sociales e interpersonales desadaptativas, así como las evaluaciones cognitivas inapropiadas asociadas a la conducta social. Algunos de estos programas se han desarrollado específicamente para adolescentes (Reed, 1994) e incluyen: instrucción en habilidades sociales, modelamiento, “role playing”, y evaluación de las ejecuciones.

Un método de terapia que es muy útil en los tratamientos para la depresión e incluso para otros padecimientos, es la terapia de solución de problemas (Furman, 1997). Existen 3 piedras angulares en la solución efectiva de conflictos: **Colaboración, Creatividad, y Esperanza**.

Para la solución de un problema la **colaboración** de todos los miembros involucrados es muy importante ya que para que la solución funcione debe estar presente un sentimiento de colaboración entre los pacientes, e incluso de la familia. Un segundo elemento es la **creatividad** y se refiere a las ideas prácticas para la solución del problema. Y por último está la **esperanza**, que significa que se debe sentir que existe una solución al problema.

Primero hay que describir los desarrollos positivos del proceso, explicando también los progresos, es decir ver más hacia las metas (goaling) que hacia el problema, sin explicaciones acusatorias, ya que si se le quita la culpa a alguien, éste se vuelve más creativo, es decir puede buscar más soluciones. Después se deben compartir los créditos, lo que mejora la colaboración y se dan, por ende, un mayor número de ideas para la solución; después hay más progreso, se explica éste progreso compartiendo nuevamente los créditos, instaurándose así un círculo virtuoso de la solución (Furman, 1997).

Hay que recordar que en cualquier tipo de terapia es muy importante respetar el momento y el tiempo de reacción de cada paciente (timing), es decir hay que saber cuando intervenir, si la intervención va a permear al paciente o va a ser rechazada, hasta cuando se debe escuchar, hasta donde se debe preguntar, hasta donde el paciente esta preparado para escuchar y entender algo, etc.

Otro aspecto fundamental en la terapia es el **humor** (Furman, 1988; 1997) el cual permite que la persona se aleje de sus pensamientos negativos por un momento, logra mayor empatía con la situación y da a entender al paciente que la terapia también puede ser algo jovial, aunque es importante tener siempre en cuenta que la terapia no se hizo para que la gente se sienta bien, o para que se le haga justicia, sino que la terapia es para equilibrar el estado emocional del paciente lo que conlleva a aceptar profesionalmente que pase lo que tenga que pasar para que el paciente avance en su proceso de desarrollo (Haley, 1986).

Furman (1989; 1997) hizo dos planteamientos, uno acerca de que, mantener la visión en el futuro ayuda a solucionar problemas, creando imágenes de solución, de cómo le gustaría estar al paciente, como por ejemplo la pregunta del milagro: *“Imagínese que usted se va a dormir y durante la noche ocurre un milagro y su problema se va, desaparece. A la mañana siguiente, usted se despierta, y entonces, ¿cómo sabe que el milagro ocurrió? ¿qué signos o señales siente usted que le indican que ocurrió un milagro? ¿cuál es el milagro para usted?”*. A partir de esta pregunta se pueden elaborar y trabajar los conflictos con puntos de vista diversos. Otro planteamiento de Furman (1989) es acerca de que el punto de vista retrospectivo en la terapia, el cual está basado en un razonamiento terapéutico en reversa o hacia el pasado, es igualmente plausible como la terapia tradicional. De acuerdo con el punto de vista retrospectivo las explicaciones de los pacientes, incluso de familiares o conocidos, respecto a su problema ayudan al terapeuta a reunir datos con el propósito de validar el razonamiento de los pacientes. Dentro de esto se encuentran las experiencias personales, sucesos previos, preferencias personales, contexto profesional, medio social, demandas del paciente, etc. Las ventajas de conocer las explicaciones de otros y del paciente mismo son: mejora la cooperación, desarrolla una empatía sistémica, separación de las explicaciones de otros profesionales, reconocimiento y evitación de coaliciones, elimina las explicaciones nocivas, genera nuevas y positivas explicaciones, cambia el foco hacia explicaciones

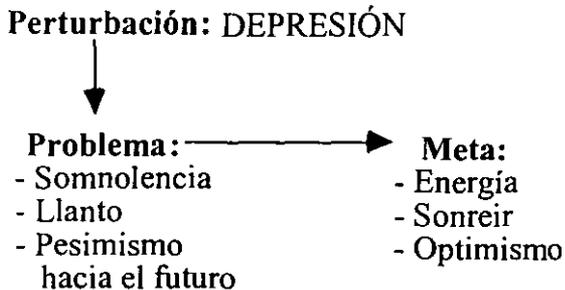
rumbo a soluciones, evita las explicaciones únicas, y permite abrir la visión más allá de las explicaciones del paciente.

Algo importante en el lenguaje de resolución de conflictos es que se debe hablar más de la solución o meta que del problema, describiendo las metas y revisando soluciones pasadas, por ejemplo: “ ¿ya ha pasado esto antes? ” , “¿Cómo lo resolvieron anteriormente? ”.

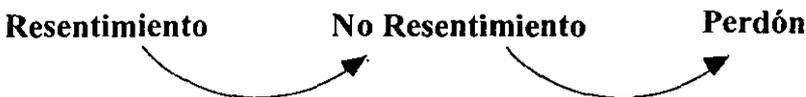
Para hablar de las metas y no de los problemas podemos partir del siguiente esquema propuesto por Furman (1997):



Los pacientes son vistos, por lo regular, en términos de perturbaciones (neurótico, depresivo, histérico, etc.). Primero hay que convertir la perturbación en un(os) problema(s) específico(s), y después hay que buscarles una meta. Los problemas se trabajan uno por uno hasta lograr solucionar la perturbación completa. Ejemplo:



En ocasiones hay problemas que no se pueden pasar a la meta tan fácilmente y requieren de un paso intermedio. Por ejemplo: el resentimiento.



En el caso del duelo, la escuela tradicional trabaja en la elaboración del duelo hablando de la persona perdida, de los sentimientos que acompañan la pérdida y el llanto. En la terapia de solución de problemas (Furman, 1997), además se trabaja con las siguientes preguntas:

- A usted, ¿le ha tomado tiempo recuperarse?
- ¿Cuánto tiempo considera usted?
- ¿Cuánto tiempo más le tomará recuperarse?
- ¿Cuál es el signo de que usted se está recuperando?

Dentro de los enfoques psicológicos que privilegian las funciones conscientes como la terapia cognitiva, la terapia de resolución de conflictos y la terapia de aprendizaje estructurado, por ejemplo, se incluye un tema que, aunque no se había hablado de él de forma profesional hasta hace poco tiempo, tiene importancia en el trabajo terapéutico, y es el **Control Mental** (Domínguez, 1997).

El Control mental se refiere al control **de** la mente y al control **con** la mente de uno mismo, es decir cuando las personas suprimen un pensamiento, se concentran en una sensación de urgencia, cuando ejercen influencia en sus propios estados mentales, este tipo de actividades cuyo propósito es cambiar la mente, parten de la idea común de que las personas tienen preferencia con respecto de sus pensamientos, motivos y emociones, y que con ciertos procedimientos se pueden cambiar estos estados (Wegner, 1989, en Domínguez, 1997).

El Control Mental tiene una importancia fundamental en la terapéutica psicológica pues permite cambios conscientes sobre pensamientos, motivos y afectos que favorecen el estado mental del paciente. Los fracasos y éxitos en el Control Mental afectan y son afectados a su vez por varias circunstancias, como las creencias, esquemas, emociones, etc.; estos intentos de Control mental pueden afectar incluso procesos biológicos y de salud de forma positiva o negativa. El Control Mental implica la actividad atencional, las defensas psicológicas (mecanismos de defensa), mecanismos de autorregulación y auto-control, estrategias de interacción social, recursos cognitivos, iniciativa, motivación y responsabilidad. Todos estos procedimientos y técnicas permiten el estudio de las causas, consecuencias y dinámica del Control Mental, así, podemos determinar hasta donde podemos

controlar nuestra mente, que técnicas lo facilitan, y que tipo de efectos tiene el Control Mental sobre los diferentes tipos de padecimientos psicológicos (Domínguez, 1997).

Dentro de la psicoterapia existen ciertos factores observables que se reflejan en la funcionalidad del proceso terapéutico; su correcta aparición y desarrollo promueve importantes avances en el tratamiento. Se les suele llamar “ingredientes de funcionalidad terapéutica” y son los siguientes:

- **Trabajo:** Se refiere a tener la disponibilidad del paciente para invertir tiempo y esfuerzo. Implica la asistencia, la capacidad del paciente de observar, descubrir y experimentar. A mayor trabajo mayor funcionalidad de la terapia.
- **Compromiso:** Se refiere a la capacidad del paciente para cumplir con los acuerdos establecidos. Tiene que ver con el encuadre y el contrato terapéutico.
- **Responsabilidad:** Se refiere a la responsabilidad del paciente de asumir como propias las conductas, actitudes y todas las manifestaciones dentro de la terapia.
- **Sensibilidad:** Es la capacidad de objetivizar las sensaciones hacia afuera y hacia adentro de sí mismo. Entre menos proyecciones mayor es la sensibilidad.
- **Apertura:** Es la capacidad del paciente para aceptar lo que se le dice y tiene que ver con las defensas. Entre menos defensas más apertura.
- **Flexibilidad:** Se refiere a la capacidad de aceptación del cambio por parte del paciente. Es inversamente proporcional a la rigidez.
- **Riesgo:** Es la capacidad del paciente para salir de la seguridad por la probabilidad mayor de una ganancia. Es aceptar perder algo por ganar algo mejor.

Si están presentes estos “ingredientes de funcionalidad” en la terapia el desarrollo y el avance de la misma se incrementará.

¿Cuándo termina la terapia?. Existe una gran polémica entre las distintas escuelas de psicoterapia al respecto del término del tratamiento. Muchas posturas se inclinan por los tratamientos largos como las escuelas de

corte psicoanalítico y psicodinámico y otras se inclinan por periodos breves o regulares de terapia como la psicoterapia breve (Bellak & Small, 1988), la terapia cognitiva (Beck, 1979), etc. Pero el hecho es que no hay un solo criterio para determinar cuándo debe finalizar una psicoterapia, así podemos hablar de que hay 10 criterios que son los siguientes:

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Después de recibir un buen consejo</li> <li>2.- Después de haber concluido una confesión completa y satisfactoria</li> <li>3.- Después de haber resuelto un nuevo modo de adaptación a circunstancias difíciles.</li> <li>4.- Después de un giro positivo como elaborar una pérdida, un cambio de profesión, una separación, etc.</li> <li>5.- Después de alcanzar la regulación deliverada de procesos psicofisiológicos, paralelo a cambios emocionales.</li> <li>6.- Después de haber reconocido algo inconsciente y que era algo esencial cuya realización da una nueva energía o ímpetu.</li> <li>7.- Después de haber superado la etapa infantil y no tener reacciones infantiles.</li> <li>8.- Después de que desaparecen síntomas neuróticos dolorosos, sin embargo la desaparición de un síntoma no es sinonimo de resolución del problema.</li> <li>9.- Después de volver a encontrar el camino de regreso a la religión o a una nueva religión.</li> <li>10.- Después de establecer una nueva filosofía de la vida que este acorde con el proceso de desarrollo rumbo a la individuación.</li> </ol> |  <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia de la Conducta</li> <li>Terapia Cognitiva</li> <li>Terapia de resolución de conflictos</li> <li>Terapia de consejo</li> <li>Retroalimentación Biológica / Hipnosis</li> <li>Terapia breve</li> <li>Terapia psicoanalíticamente orientada</li> <li>Psicoanálisis clásico</li> <li>Psicoanálisis Contemporáneo</li> <li>Psicoterapia analítica</li> <li>Psicología Profunda</li> </ul> |
|--|--|

Para finalizar, queremos mencionar que dentro de la gran gama de alternativas terapéuticas que existen, la Terapia Cognitiva (que incluye aspectos de Control Mental) ha sido vista como un tratamiento muy eficaz en los trastornos depresivos (Blackburn, 1995; Beck, 1979), y da también la posibilidad de incluir junto con ella otros tipos de terapia como los mencionados anteriormente, con el fin de lograr un mayor éxito en el manejo de los estados de ánimo depresivos (Alladin, 192; 1994). Pero la Terapia Cognitiva se explicará más específicamente en el capítulo sobre enfoque cognitivo, por lo que aquí solo hacemos mención de ella.

### **Medición de la Depresión: *La Búsqueda del Síntoma***

Las escalas de medición o evaluación psicológica datan de mucho tiempo. Hace más de 50 años los clínicos las usaban de forma rudimentaria como ayuda en el diagnóstico. En el caso de la depresión la aparición de las

primeras escalas se remonta a 1915 cuando Kempf desarrolló la primera escala de depresión de que se tiene referencias, y en 1917 Woodworth publicó el primer cuestionario de autoevaluación (Personal Data Sheet), aunque fue años más tarde cuando se aplicó para el problema específico de la depresión (en Méndez, 1995).

Moore (1930) analizó factorialmente los resultados obtenidos por observaciones clínicas que se enfocaban principalmente en 41 signos y síntomas en 367 enfermos psicóticos. Los resultados distinguieron 2 grupos de síntomas que permitieron medir la depresión retardada y la depresión agitada (Méndez, 1995).

Desde entonces se han creado una serie de escalas para medir la depresión. Algunas de ellas son:

- Children's Depression Inventory
- Children's Depression Rating Scale
- The Bellevue Index of Depression
- Geriatric Depression Scale
- Crandell Cognitions Inventory
- Hamilton Depression Scale (HAM-D)
- Análisis de Criterios Múltiples para las Depresiones
- Self-rating Depression Scale (SDS)
- Inventario de la Depresión de Beck

### **Inventario de la Depresión de Beck**

Aaron Beck, al inicio de los años 60's, desarrolló un inventario para medir la depresión, el cual se utilizó en el Centro de Terapia Cognitiva en la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania (Beck y Steer, 1978, en Méndez, 1995).

En un inicio fue elaborada para ser aplicada por un entrevistador que se colocaba frente al sujeto y le preguntaba cada reactivo sin sugerir respuesta, el paciente tenía una copia del cuestionario, y el puntaje de depresión era la suma de las respuestas. En 1978 Beck publicó la versión revisada, y uno de los cambios fue que el instrumento podía ser autoaplicable y contenía las instrucciones muy claras, de todas formas era muy importante aplicarla en presencia de un profesional (Méndez, 1995)

El instrumento fue diseñado para valorar la severidad de la depresión en pacientes psiquiátricos adolescentes y adultos, y no para comprobar algún supuesto teórico sobre la depresión; aunque sí puede ser utilizado para dar seguimiento a un cuadro depresivo o para detectar síntomas depresivos en personas “normales”.

El Inventario está basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que declaran con más frecuencia los mismos pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con aquellos síntomas que los pacientes psiquiátricos no-deprimidos referían ocasionalmente. Esto consolidó los 21 síntomas y actitudes que componen las preguntas del cuestionario. Cada reactivo es cuantificado con valores numéricos del 0 al 3, siendo lo máximo que se puede obtener 63 (Méndez, 1995; Kendall y cols. 1987).

La puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo. Las puntuaciones del 0 al 9 son consideradas dentro del rango mínimo de depresión; del 10 al 16 indica una depresión leve; del 17 al 29 una depresión moderada y del 30 al 63 depresión severa o grave. Las puntuaciones mayores de 15 puntos deben ser tratadas como depresión. Hay que tener cuidado con el reactivo sobre pérdida de peso (no. 19), ya que si la persona refiere que está tratando de bajar de peso, el valor debe ser de “0”.

Los contenidos de los reactivos deben ser observados con cuidado, más los reactivos que se refieren al suicidio, ya que la puntuación total sólo nos da una estimación de la severidad de la depresión, por lo que un análisis de cada reactivo enriquecería la evaluación.

Se recomienda que al utilizar el Inventario de la Depresión de Beck se hagan periodos múltiples de evaluación, se utilice un lenguaje terminológico exacto con cortes seleccionados de los puntajes, todo esto para poder combinar las evaluaciones con otras y se mejore el resultado de las evaluaciones y de los posibles auto-reportes del paciente (Kendall y cols., 1987).

A continuación se muestran los síntomas y actitudes que se evalúan en la escala. Los 14 primeros se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y los 7 restantes a síntomas somáticos y vegetativos:

- Estado de ánimo
- Pesimismo
- Sentimiento de fracaso
- Insatisfacción personal
- Culpa
- Castigo
- Auto-disgusto
- Auto-acusación
- Ideación suicida
- Llanto
- Irritabilidad
- Desinterés social
- Indecisión
- Cambio en la imagen corporal
- Dificultad laboral
- Insomnio
- Fatiga
- Pérdida del apetito
- Pérdida de peso
- Preocupación somática
- Pérdida de la libido

El lenguaje del instrumento es claro y puede ser comprendido por personas con un nivel mínimo de quinto grado de primaria. Su administración debe ser en un lugar iluminado y ventilado y con el mínimo de distracciones. Su duración no debe pasar de 15 minutos, la aplicación puede ser oral (Méndez, 1995).

**Estabilidad:** Beck y Beamesderfer (en Méndez, 1995) han afirmado que en lo que respecta a la detección de cambios en pacientes psiquiátricos la estimación de la estabilidad test-retest puede no resultar útil, porque los cambios son esperados como consecuencia de la intervención terapéutica y el paso del tiempo. Pero si se han encontrado correlaciones altas del test-retest en pacientes no-psiquiátricos (Beck, Steer y Garbin, 1988, en Méndez, 1995).

**Validez de Contenido:** La validez de contenido se refiere al grado en que una prueba contiene o abarca algún campo de estudio definido (Magnusson, 1972). En 1983 Moran y Lambert compararon el contenido del Inventario de la Depresión de Beck con los trastornos afectivos que aparecen en el DSM-III y concluyeron que el Inventario reflejaba sólo seis de los nueve

criterios del manual DSM-III. Pero Beck (1963) consideró esto así porque no pensó que la inclusión de reactivos que hablaran de un incremento en el apetito, la agitación y el sueño (presentes también en adultos “normales”) como lo indica el DSM-III fuera conveniente, puesto que podrían ocasionar un rango alto de positivos falsos (en Méndez, 1995).

**Validez Discriminante:** Se ha encontrado que el Inventario de la Depresión de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas “normales”, así como también discriminar entre desordenes distímicos y de depresión mayor (Steer, Beck, Brown & Berchick, 1987, en Méndez, 1995).

**Validez de Constructo:** La validez de constructo es útil en relación a los tests que miden rasgos para los cuales no hay un criterio externo (Magnusson, 1972). En este sentido, Weissman, Lester y Trexler en 1974 encontraron que la Escala de Desamparo de Beck está relacionada positivamente con el Inventario de la Depresión que fue el criterio que se tomó (en Méndez, 1995).

**Validez Concurrente:** La validez concurrente se usa para tests de diagnóstico (Magnusson, 1972). En este caso se ha encontrado, con la ecuación producto-momento de Pearson, que las correlaciones entre las respuestas que se obtuvieron del Inventario de la Depresión de Beck contestado por pacientes psiquiátricos y no-psiquiátricos era de .60 (en Méndez, 1995).

**Validez Factorial:** Se ha analizado factorialmente el Inventario de la Depresión de Beck tanto en poblaciones clínicas como no-clínicas. El número de factores que se extrajeron depende de las características de las muestras clínicas y no-clínicas estudiadas. Por lo que el método de extracción es crucial para definir la estructura factorial (Beck, Steer y Garbin, 1988, en Méndez, 1995).

## **DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

El tema de los trastornos afectivos en los adolescentes ha tenido una gran polémica debido a las supuestas dificultades para aclarar la polémica del llamado “torbellino adolescente” (Cantwell y Carlson, 1987). Mucha gente utiliza la palabra “deprimido” para denotar sentimientos de tristeza y decaimiento, pero la depresión, en realidad, es un trastorno. Este trastorno se reconoce como una condición usual entre los adolescentes ya que existen

similitudes entre las características de la depresión y la etapa del desarrollo adolescente (Navarro, 1995; Marcelli, 1992). Pero hay que diferenciar lo que se manifiesta como características de la depresión entendida como etapa del desarrollo adolescente y la depresión vista como episodio patológico.

La adolescencia, como hemos visto, representa para el ser humano cambios de gran intensidad, el joven se enfrenta a situaciones muy diferentes de las que habitualmente tenía como niño. Erickson (1982) consideró que la depresión en los adolescentes tiene un origen en los cambios psicológico estructurales que sufre. Aberastury (1978) da a las pérdidas que el adolescente vive un peso significativo en el desarrollo de estados emocionales depresivos. También se ha señalado que el ánimo depresivo, las reacciones de tristeza y los estados de angustia profunda son manifestaciones de la lucha interior que el adolescente experimenta, ya que éste tiene que renunciar al pasado y al mismo tiempo no perderlo todo (Kaplan, 1986). Marcelli (1992) hace una diferencia entre las similitudes que hay entre la depresión y la adolescencia y las conductas clínicas o episodios patológicos que se presentan en el adolescente, con el fin de identificar las perturbaciones que existen y atenderlas previniendo trastornos afectivos mayores más adelante.

### **Factores en Común entre Depresión y Adolescencia**

Ya que la depresión en la adolescencia no es un tema reciente y cuando se habla de depresión en los adolescentes suelen surgir muchos puntos de vista los cuales tienden a dificultar la distinción entre la depresión inevitablemente vinculada a la adolescencia misma y la depresión como episodio patológico, es común que dicha confusión lleve a un cierto desconocimiento de las necesidades terapéuticas específicas para los jóvenes que padecen un estado de ánimo depresivo que no sólo no se resolverá espontáneamente, sino que va a dificultar el proceso psíquico normal de la adolescencia, y puede predisponer episodios depresivos posteriores en la vida adulta (Harrington y cols. 1990; en Marcelli, 1992; Kovacs y cols., 1984; Kovacs, 1996).

La llamada “crisis” de la adolescencia presenta factores en común que se observan tanto en el proceso mismo de desarrollo del adolescente como en los cuadros clínicos depresivos descritos por la Psicopatología, y constituyen una parte inherente de la llamada “crisis de la adolescencia”, a lo cual surge la cuestión de qué es lo que predispone al individuo a sentir estados de ánimo y emociones de tipo depresivo durante el proceso de la adolescencia.

Los puntos en común que pueden predisponer la sintomatología depresiva en el adolescente y en el paciente deprimido, según Marcelli (1992), son los siguientes:

- 1.- Las pérdidas o cambios a las que se ven expuestos tanto el adolescente como el paciente deprimido.
- 2.- El problema de la culpabilidad y el manejo de la agresividad que se observan tanto en la adolescencia como en la depresión.
- 3.- La ruptura del equilibrio entre los intereses del mundo interior y los intereses del mundo exterior.

También podríamos incluir aquí la falta de una educación previa, la falta de conocimientos relacionados al manejo de las emociones y los problemas de autoestima.

A continuación hablaremos más ampliamente de estos puntos:

1.- Las pérdidas y separaciones en la adolescencia, ya sean imaginarias o reales, han justificado su comparación con el proceso de duelo (Marcelli, 1992; Aberastury, 1978). Estas pérdidas se dan en diferentes niveles: la pérdida de la quietud del cuerpo, la pérdida de la estabilidad de la imagen corporal, la pérdida de la bisexualidad potencial y la separación del vínculo infantil con los padres (llamado por los psicoanalistas "objetos edípicos"). Con tales pérdidas significativas se puede observar en el estado de ánimo del adolescente en general, un sentimiento de duelo que se caracteriza por periodos de tristeza, inestabilidad emocional e incluso pensamientos suicidas; aunque solo en un porcentaje de la población estos sentimientos duran periodos más prolongados. Croquet y cols. (1989) encontraron que el 50% de los adolescentes habían experimentado periodos de pesar y tristeza en el último mes antes de una evaluación, pero de forma pasajera y solo el 5% reportó que habían experimentado tales sentimientos por más tiempo (en Marcelli, 1992).

2.- El acceso puberal se acompaña de una intensificación de las pulsiones en el cuerpo y en la psique del adolescente, ya sea de la pulsión sexual o de la pulsión agresiva. Este incremento es percibido por el joven como "tensión interna", que ha menudo es vivida como agresividad, al mismo

tiempo que la sociedad se lo hace ver de ese modo al mismo adolescente (Marcelli, 1992). Conductualmente la exacerbación pulsional se traduce en un sentimiento de "excitación interna" lo que provoca confrontación con los padres, a lo que el adolescente se declara incomprendido y se aísla alejándose de ellos (encerrándose en su cuarto, saliendo de casa, etc.); pero en otras ocasiones puede suceder que la agresión se exterioriza resultando de esto conductas impulsivas y rebeldes. Pero muchas veces el adolescente no permite la salida de estos sentimientos de hostilidad y son negados a través de pasividad e inhibición, lo que provoca también aislamiento y sentimientos depresivos. Bellack (1992) menciona que uno de los componentes importantes de la depresión es la intra-agresión, es decir que la agresividad es incapaz de llegar a su blanco real y se reprime dirigiéndose hacia uno mismo de manera inconsciente. Esta inhibición y pasividad puede ser que abra el camino a un estado depresivo mas o menos manifiesto en el adolescente.

3.- Los intereses y apegos infantiles son una carga para el adolescente, el cual va teniendo una ruptura con todos aquellos intereses externos (objetales, psicoanalíticamente hablando) que se tenían en la infancia que por lo regular son suscitados por el deseo de los padres (actividades a las que se entregan los niños por deseo de los padres), y aunque algunos niños participan activamente en ello a menudo son motivados por intereses paternos. El adolescente hacia los 12-13 años tiene la necesidad de romper con los intereses del pasado lo que es a la vez un distanciamiento de lo que el vive como sumisión ante las figuras paternas (llamadas también edípicas). Dicha ruptura lleva a una pregunta ontológica ¿quién soy? lo cual impone la necesidad de un reencuentro que muchas veces es un repliegue sobre sí mismo y sobre su propio funcionamiento mental que se observa como aislamiento. Estas preguntas sobre el sentido de la vida son preguntas que tarde o temprano todo individuo se formula y este encuentro existencial se da, tanto más insistente y doloroso, cuanto mejor percibe el adolescente los cambios, las incertidumbres y las contradicciones de las que es objeto.

En este periodo, como se ha señalado, parece que el adolescente desea una nueva definición de sí mismo que le permita reafirmarse tanto individualmente como dentro de su grupo, encontrando su identidad lejos de las concepciones infantiles pasadas; además su crecimiento físico le impone nuevas concepciones de sí mismo lo que refuerza y sostiene el propio sistema ideal que es la manera en que se identifica y a quien desea parecerse. Existe también en el joven la necesidad de idealización de sí por él mismo sin modelos externos; el adolescente pasa rápidamente por periodos oscilantes en

la idealización de sí mismo con momentos de gran satisfacción propia, narcisismo exacerbado, y luego por fases de profundo retraimiento, de inquietud y de menosprecio también exacerbados. Esta pérdida de autoestima se acompaña a menudo de sentimientos de desinterés, tedio, malestar y, sobre todo, de vacío. Las oscilaciones frecuentes entre estados de grandiosidad y vacío van delineando su sistema ideal. Sin embargo las sensaciones de vacío y tedio perturban al adolescente durante largas fases lo que amenaza la continuación del proceso psíquico que está a punto de realizarse. Ante esto el adolescente impone mecanismos de defensa para sobrellevarlo como podrían ser la idealización de un grupo, momentos de regresión o retraimiento sobre sí mismo, etc.

Los factores que se acaban de revisar son los factores que, en el adolescente, al parecer pueden predisponer a una problemática depresiva, pues se ha observado que algunos de los principales ejes evocados en la psicopatología de la depresión se conservan a lo largo del proceso psíquico característico de la adolescencia (Marcelli, 1992).

Con lo anterior se plantea la cuestión de porqué, con todas estas características, no todos los adolescentes se deprimen clínicamente; pues si toda adolescencia es una separación, si toda separación es una pérdida seguida de una reacción de duelo, entonces ¿toda adolescencia es una depresión potencial?. Por lo tanto, para resolver esta cuestión, es necesario abordar las conductas clínicas o episodios patológicos que se observan en el proceso depresivo y que se ha comprobado se experimentan también en la adolescencia (Albert, Beck, 1975; Rutter y cols., 1976; Kandel, Davis, 1982; Deykin y cols. 1987; Bomba, 1988; Kashami y cols., 1987, en Marcelli 1992; Kaplan y cols., 1984).

### **Episodios Patológicos en la Adolescencia**

Los episodios o conductas patológicas más comunes en el trastorno depresivo son la tristeza, el tedio y la taciturnidad entre otras, las cuales son conductas que también suelen presentarse en la adolescencia con gran intensidad. Por tedio se entiende una falta de interés, una sensación de que el tiempo no pasa, que no sirve de nada realizar ningún esfuerzo, que siempre es lo mismo etc. Clancier consideró el tedio como una espera vaga de cualquier cosa y una incapacidad para soportar esa espera (Marcelli, 1992). El tedio se experimenta en todas las edades pero parece que en la adolescencia esta

sensación se torna más frecuente y duradera. El tedio puede ser una protección contra otras emociones y pulsiones vividas con intensidad, sin embargo, puede acompañarse de una inhibición del estado de ánimo, del pensamiento, la motricidad y pudiendo así acentuar el desinterés. La taciturnidad fue definida por Pierre Male como: “un estado que manifiesta más bien un rechazo a intereses por el mundo de los objetos, de los seres... nada sirve para nada, el mundo esta vacío” (en Marcelli, 1992).

El humor depresivo es una visión devaluada de sí mismo, que torna desagradables las representaciones, las actividades y los estados afectivos (Hollande, 1976, en Marcelli, 1992). El humor depresivo se acompaña de crisis de llanto y de impresiones de tristeza, pero quizá lo más característico de la adolescencia son los cambios de humor, así el adolescente puede pasar de una especie de tristeza a una relativa excitación. Cuando el humor depresivo se prolonga representa una amenaza y existe el riesgo de que se inicie un cuadro depresivo prolongado. El estado de ánimo depresivo es por lo general aislado, y se acompaña de forma transitoria de algunos otros síntomas como ansiedad mínima, dificultad para dormir, sensación de no ser capaz, reproches a los padres; pueden aparecer ideas sobre la muerte o, incluso, ideación suicida. Estos síntomas suelen ser intermitentes, y el joven adolescente conserva sus actividades e intereses (culturales, deportivos, afectivos, recreativos, etc.). En ocasiones el adolescente lucha para no verse sumergido en un estado depresivo más severo y en esa lucha suelen aparecer ciertos trastornos como son: anorexia, conductas bulímicas, diversas toxicomanías, conductas de riesgo, violencia, ideación suicida, acting out, etc. que son testimonio de diversos grados de sufrimiento en el contexto de una depresión en la adolescencia.

Cuando hablamos de síndrome depresivo grave nos referimos a un estado de tristeza severo cuya semiología es similar a la del adulto deprimido pero tiene sus diferencias. Así, puede manifestarse: un enlentecimiento psicomotor y del pensamiento, la expresión mímica es pobre y la gesticulación lenta, pero a diferencia del adulto, el joven no presenta la máscara depresiva llamada “omega melancólica”, su cara no suele tener aspecto depresivo, puede tener en cambio un aspecto de hostilidad o enfado; tiene una pérdida en la fluidez del pensamiento, con lentitud de respuestas, en el encadenamiento de las ideas y una tendencia al empobrecimiento; presenta, sin embargo, un pensamiento único, estereotipado, negativo, derrotista, distorsionado, persistente y permanente lo que va desarrollando más la depresión; el humor depresivo rara vez se expresa directamente, es como si no se atreviera el

adolescente a reconocerlo directamente; presenta falta de entusiasmo, desinterés por el colegio; a veces expresa que lo único que le interesa es una actividad que ya tenía habitualmente ya sea cultural, deportiva, etc. Se llega a observar estados de ansiedad leves; presenta aislamiento, fatiga, pérdida del apetito y trastornos del sueño; menosprecio y sentimientos de indignidad; pensamientos sobre la muerte o ideación suicida; dificultades de atención y concentración, etc.

El adolescente no busca a un adulto para obtener comprensión y consuelo, suele rechazar la ayuda y expresar que no necesita de nadie mostrándose en ocasiones incluso hostil. Esta actitud suele llevar a errores de apreciación del estado de ánimo del adolescente por parte de los adultos los cuales, con su conducta muchas veces de incompreensión, represión, inflexibilidad, etc., provocan que los episodios depresivos de los adolescentes empeoren.

Muchos factores como son la educación recibida, los problemas familiares, el entorno, la relación familiar, la relación de pareja de los padres, incluso los factores genéticos pueden predisponer estados de ánimo depresivo en los adolescentes, pues a pesar de que la adolescencia es una separación que conlleva a pérdidas y a un sentimiento de duelo, no todos los adolescentes pasan por un estado patológico depresivo.

Es evidente que mientras los especialistas debaten la realidad o no de una depresión en la adolescencia y sus fundamentos teóricos, las manifestaciones de tristeza entre los adolescentes no pasan inadvertidas y frecuentemente estos estados de ánimo llevan a los jóvenes a descuidar sus actividades cotidianas iniciando un círculo vicioso del que difícilmente pueden salir.

### **Depresión y Adolescencia: *Estudios Epidemiológicos***

La depresión, como hemos visto, es un estado de ánimo que se presenta con mucha frecuencia entre los adolescentes. Rutter, Tizard y Whitmore reportaron que el 40% de los jóvenes entre 14 y 15 años de edad presentan sentimientos de miseria, aflicción y depresión (en Kendall, 1993). Otro estudio realizado con la población en general en Canadá y Estados Unidos reveló que entre el 20 y el 35% de los adolescentes varones y entre el 25 y 40% de las adolescentes mujeres presentaron un estado de ánimo depresivo, y

entre el 4 y el 12% de toda la población presentó características de depresión clínica (Reynolds, 1985; Marton, Churchard y Kutcher, 1993; Petersen y cols., 1993; en Marcotte, 1996). También se encontró que el trastorno depresivo fue el diagnóstico más frecuente encontrado entre los jóvenes que pedían ayuda en un centro de servicio en salud mental (Kashani y cols., 1981; en Marcotte, 1996).

Roberts, Lewinsohn y Seeley (1995) examinaron la fenomenología del trastorno depresivo mayor indicada en el DSM-III-R entre 1,710 adolescentes entre 14 y 18 años de edad y encontraron que el 30% de ellos tienen al menos un síntoma del episodio depresivo mayor y solo el 2.6% recibió el diagnóstico completo. Los síntomas que más prevalecieron fueron estado de ánimo depresivo, sueño y alteraciones del pensamiento (devaluatorios). Los resultados indicaron que los criterios diagnósticos del DSM-III-R para el episodio depresivo mayor aparece tanto en jóvenes como en adultos, aunque solo algunos de estos criterios sintomáticos aparecen relacionados con la edad. Otro estudio (Donnelly, 1995) reveló que de 887 estudiantes entre 11 y 15 años de edad evaluados con el Child Depression Inventory, el 12% tuvo una puntuación de 17 considerada como "caso", pero cuando se usa el mismo criterio de "caso" en 13 puntos el porcentaje sube a 27%. El 8% reportó ideación suicida, los varones reportaron aislamiento, tendencia suicida y problemas de conducta, motivación y trabajo escolar; las mujeres reportaron pérdida de apetito, llanto, preocupación por el dolor, baja autoestima y en general una constelación de "ítems" de tipo emocionales. En otros estudios (Berganza y Angular, 1992) se ha encontrado que el 35.1% de la población adolescente estudiada resultó depresiva, y algunos estudios longitudinales muestran la prevalencia de estados depresivos a lo largo de la infancia y adolescencia de forma significativa asociados con familias divorciadas, baja autoestima y pocas relaciones sociales íntimas (Aro, 1994); se ha observado también que los síntomas depresivos presentados desde la niñez se incrementan entre los 17 y 18 años estabilizándose, algunos, hasta la vida adulta (Rutter, 1986; Angold, 1988; Radloff, 1991; en Marcotte, 1996). Existe controversia acerca de si el inicio temprano y constante de sentimientos depresivos en la infancia influyen en el desarrollo posterior de trastornos afectivos como el episodio depresivo mayor o la distimia. Kovacs y cols. (1984; 1996), así como Harrington y cols. (1990, en Marcelli, 1992) encontraron que los efectos devastadores de la depresión infantil y adolescente pueden predisponer y son predictores de episodios depresivos posteriores en la vida adulta, y además, que los residuos de los problemas en las funciones sociales pueden persistir después de recuperarse de los síntomas depresivos, es

decir, que la depresión grave puede afectar de forma negativa el desarrollo futuro de los pequeños (Kovacs y Goldston, 1991).

La naturaleza de los síntomas depresivos cambia con la edad, en la infancia se manifiestan en agitación, somatizaciones y apariencia depresiva; pero en los adolescentes se observa generalmente anhedonia, desesperanza, tristeza, hipersomnias, pérdida de peso e ideación suicida (Ryan y cols., 1987, en Kendall 1993). Algunas veces el episodio depresivo se ve acompañado con ansiedad (Brady y Kendall, 1992, en Kendall 1993) y en otros casos de problemas de conducta (Kazdin, 1989, en Kendall 1993). Algunos estudios indican que los niños que tuvieron un inicio temprano de los síntomas depresivos tienen un curso más continuo y crónico del trastorno depresivo en la vida adulta (Kovacs y cols. 1984).

### **Depresión y Adolescencia: *Su Tratamiento***

La depresión en la adolescencia es entonces un estado consecutivo a los cambios psicológicos, bioquímicos, físicos y sociales, y como tal es un estado funcional que no debe considerarse siempre patológico. Solo cuando éste estado se desvía e intensifica se recomienda la atención especializada (Escotto, 1984, en Ledezma, 1995).

La terapéutica psicológica de la depresión en adolescentes en general sigue la misma tónica de la psicoterapia señalada anteriormente cuando se habló de los tratamientos para depresiones adultas. Pero sí tiene importantes diferencias, las cuales es necesario señalar.

Para Macías Valdez (1985) existen ciertos puntos que se plantean en la problemática de la depresión de un adolescente:

- El cuadro clínico puede ser estructurado como en el de un adulto.
- El riesgo de suicidio es elevado
- El adolescente tiende más a agravar su problemática en situaciones familiares, sociales y culturales.

Según cada etapa de la adolescencia existen características que hay que tomar en cuenta en el tratamiento. En la adolescencia temprana, la depresión suele estar enmascarada por tendencias al acting out; en la adolescencia media, son más evidentes las reacciones depresivas, parecidas a las del adulto;

y en la adolescencia tardía, situaciones como el alcohol, la droga y el sexo, impiden, por lo regular, al adolescente que enfrente sus sentimientos doloroso (Toolan, 1978). El adolescente debe aprender a hablar en lugar de actuar la emoción (acting out).

Suele ser difícil establecer una buena alianza terapéutica con los adolescentes, pero es de vital importancia que el adolescente alcance a tener suficiente confianza en el terapeuta para el éxito del proceso terapéutico. Aunque muchas veces esta alianza debe ser flexible y constante ya que debe estar de acuerdo con los cambios de actitud característicos del adolescente.

Es importante que el terapeuta pueda tolerar la desconfianza y arrogancia del adolescente. Cuando hay actitudes suicidas claras por parte del paciente el terapeuta debe evitar ser demasiado complaciente, ya que puede estimularse de forma inconsciente el acto suicida. También debe evitarse el riesgo de hacer al paciente abiertamente dependiente a la terapia y al terapeuta, pero sin descuidar la responsabilidad que se tiene con el adolescente (Escotto, 1984, en Ledezma, 1995).

En ocasiones los adolescentes piden límites de forma inconsciente y el terapeuta debe propiciar el que el joven tenga límites para la consolidación de su Ego. También es muy útil que el terapeuta interactúe de forma clara con el paciente y que tenga libertad de hablar de sus emociones hacia el joven (no de forma contratransferencial), ya que esto sirve de modelo al paciente para que observe que se pueden hablar las cosas claras y abiertamente. Además que el terapeuta le permite tener una entrada al mundo adulto (Ledezma, 1995).

Toolan (1987), en su experiencia terapéutica con adolescentes, considera algunos factores importantes para el éxito del tratamiento que el terapeuta debe tomar en cuenta: el desarrollo del adolescente, el establecimiento del rapport, los mecanismos de defensa del adolescente, el valor de la psicoterapia para el adolescente, el diagnóstico, la elección de la modalidad terapéutica adecuada, el inicio de la terapia y, como punto sumamente importante, la contratransferencia.

La terapia puede ser individual, de grupo o familiar y debe depender también de las características de los adolescentes. Por lo regular son terapias que se dan en corto y mediano plazo, aunque suelen haber adolescentes que pasan largo tiempo en terapias de corte psicoanalítico.

Cuando el caso de depresión es muy grave debe considerarse el uso de medicamentos antidepresivos junto con la psicoterapia, ya que el riesgo de suicidio puede incrementarse.

## LA HIPNOSIS

---

*“ Yo quiero que elijas un momento del pasado en que tú eras una niña muy, muy pequeña. Y mi voz se convertirá en la voz de tus padres, tus vecinos, tus amigos, tus compañeros de escuela, tus compañeros de juegos, tus maestros. Y quiero que te veas sentada en el aula, una niña pequeña que se siente contenta por algo, algo que pasó hace mucho tiempo, algo que tú has olvidado hace mucho tiempo ”.*

**Milton H. Erickson**

Las reacciones humanas ante ciertos estímulos pueden ser objetivas o subjetivas según el análisis que se les realice, esto va permitiendo determinar el comportamiento humano y sus relaciones con el entorno. Este capítulo se desarrolla en el terreno de la hipnosis, que aunque es un tema controversial y ha sido muy criticada, también ha sido motivo de muchas investigaciones científicas a nivel tanto empírico, terapéutico como teórico.

Aunque la hipnosis no es una panacea, cada vez se incrementa más su utilización en el tratamiento de diversos padecimientos, y para este estudio, donde la hipnosis ocupa un lugar fundamental, es importante aclarar lo relacionado a la hipnosis, empezando con sus antecedentes.

### **LA HIPNOSIS: *Un bosquejo histórico***

La aparición de la hipnosis se remonta, probablemente, al mismo inicio de la humanidad, pues buscar el principio del uso de este fenómeno psicológico se pierde en el tiempo. A pesar de ello se sabe que el uso de la hipnosis en la antigüedad se daba de manera más común entre las personas que se dedicaban a curar y a atender las actividades religiosas y espirituales de los pueblos.

Así, una prueba fidedigna de su existencia es un papiro egipcio encontrado que data del año 1502 A.C., este hallazgo conocido como el papiro

de Ebers (en honor a su descubridor) expone técnicas hipnóticas de inducción al trance muy similares a las actuales. También en Egipto existían santuarios llamados del “sueño” donde los enfermos acudían para ser atendidos a través de técnicas hipnóticas por los sacerdotes (LeCren y Berdeaux 1972, en Pérez, 1988; Kroger, 1963).

Se sabe de algunos métodos de curación practicados en la antigüedad, algunos citados en la Biblia y el Talmud, en donde el estado de trance era un punto fundamental para el éxito del tratamiento, tales como la “imposición de manos” o el de acudir a uno o más santuarios de curación, en donde se inducía un estado de trance al enfermo (Cobos y Patrón, 1994; Kroger, 1963). Santuarios como el de Esculapio en Epidauro, Grecia, donde se hallaba una estatua que se creía estaba dotada de grandes poderes curativos, los enfermos después de largos viajes de peregrinación, colocaban valiosas ofrendas ante las puertas del templo, se purificaban con el agua de la fuente de templo y rezaban una o dos noches completas antes de ser admitidos en el templo, donde a través del oráculo o de sueños proféticos eran aconsejados sobre su enfermedad (Hartland, 1974).

En la edad media los reyes y príncipes curaban a la gente a través de lo que se le llamó el “toque real”. Este método fue instituido en Inglaterra por Eduardo “el Confesor” y en Francia por Francis I. En el siglo XVII aparecieron sanadores como Valentine Greatrakes (1628-1683), conocido como “el gran tocador irlandés” que tuvo muchos seguidores. Al mismo tiempo Francisco Bagnone operaba en Italia de una manera similar y con el mismo éxito. Johann Gassner (1727-1779) fué otro sanador, pero menos famoso y católico, que pensaba que las enfermedades eran causadas por espíritus malignos los cuales eran alejados de la persona enferma a través de oraciones y conjuros (en Kroger, 1963).

En la mayoría de las culturas alrededor del mundo (hindúes, aztecas, griegos, egipcios, etc.) la hipnosis apareció como un fenómeno muy relacionado con procedimientos curativos y acciones divinas, los cuales formaban parte del pensamiento mágico-místico de los antiguos pueblos. En aquellas épocas la capacidad para inducir un trance hipnótico era considerada como un don sobrenatural o divino, y solo las personas cuya actividad competía dichos rubros, eran los que la realizaban, actualmente se sabe que la hipnosis no requiere de un don especial y que cualquier persona, debidamente entrenada, puede llevarla a cabo.

## Franz Anton Mesmer: *El Magnetismo Animal*

La hipnosis estuvo sujeta o ligada a consideraciones teológicas por mucho tiempo, incluso ese fue una de las cuasas de su éxito masivo. Paracelsus (1493-1541) fue de los primeros que señalaron el efecto curativo de los llamados cuerpos astrales y del magnetismo, alejando las concepciones sobre sanación de los aspectos religiosos. Sus trabajos fueron compartidos y seguidos por varios pensadores años después, como el padre jesuita Hell y el Dr. Maxwell, quien decía que el magnetismo podía curar muchas enfermedades, y reconoció un poco la influencia de la sugestión y la imaginación en el éxito de los tratamientos (Kroger, 1963). Pero fue hasta finales del siglo XVIII cuando la hipnosis toma un giro radical y se depositó en el estilo científico de la época, siendo a través de Franz Anton Mesmer, quien inspirado en los hallazgos del padre Hell, el Dr. Maxwell y la física newtoniana, sostuvo la opinión de que los cuerpos vivos, especialmente la raza humana, estaba regida por los astros, y que a través de influjos magnéticos sobre el organismo enfermo este se curaba. Mesmer en su tesis doctoral, que presentó en Viena entre 1765 y 1776 (Pérez, 1988; Chertok, 1992; García de la Cadena, 1994), apoyó la opinión acerca de la medicina magnética misma que empezó a practicar con sus pacientes, aplicándoles imanes en el cuerpo, descubriendo que esto desencadenaba en el paciente una crisis que lo aliviaba de sus síntomas. Mesmer denominó *fluido magnético* a la sustancia que, según él, cubría a todas las cosas existentes, y argumentó además que la enfermedad era el resultado de una mala distribución de dicho fluido a través de los diferentes órganos del cuerpo. El desencadenamiento de la crisis representaba por tanto, la acción física del imán que por sus cualidades magnéticas devolvía el equilibrio al cuerpo.

Más adelante Mesmer se percató que el poder terapéutico no residía en el imán mismo, sino que la cualidad curativa provenía del terapeuta, y para dar cuenta de esta influencia específica, irreductible a las leyes del magnetismo ordinario, Mesmer elaboró la hipótesis de que existía una fuerza magnética peculiar de los seres animados nombrándola *magnetismo animal* (Kroger, 1963; Robles, 1990). Mesmer figuraba que el cuerpo humano estaba influido por los planetas, a través de un fluido magnético y que la voluntad humana era capaz de activar este fluido, con su *magnetismo animal* Mesmer explicaba los fenómenos de curación con la misma causa.

Mesmer tuvo que huir de Viena por la hostilidad que generó en sus colegas médicos, pero se refugió en París donde obtuvo un gran éxito, aunque no faltaron también fuertes críticas de otros médicos sobre sus procedimientos, ya que sus teorías se oponían a las de Paracelso y Maxwell que eran un tanto "oscurantistas", y Mesmer daba a su teoría un carácter científico que concordaba con el espíritu del Siglo de las Luces; el decía: "La naturaleza, ofrece un medio universal de curar y de preservar a los hombres" (en Chertok, 1992).

Pierre Janet hace una descripción del procedimiento de Mesmer en su libro *Psychological Healing* (en Hartland, 1974), del cual un fragmento es el que sigue:

*Mesmer utilizaba un complicado aparato, y su práctica revestía un ceremonial similar al empleo en los santuarios milagrosos. Se introducía a los pacientes a un salón en el cual todas las ventanas estaban cubiertas con espesos cortinajes, de manera que prevalecía la oscuridad. En el ambiente prevalecía una melodía quejumbrosa procedente de un piano. En el centro del salón se encontraba una gran tina de encino, la famosa "baquet" de Mesmer. Esta se encontraba llena de una mezcla de agua, limaduras de hierro y vidrio pulverizado. Tenía una tapa con agujeros por los cuales salían unas varillas de hierro articuladas. Los pacientes, a los cuales se les imponía un silencio absoluto, aplicaban las varillas a la parte y se tomaban de las manos. Entonces aparecía Mesmer, el gran magnetizador, vestido con una bata de seda de color lila pálido y levando en la mano una larga vara de hierro. Pasaba lentamente entre la multitud fijando la vista en los pacientes, pasándoles la mano sobre sus cuerpos o tocándoles con su varilla de hierro. Muchos pacientes no lograban notar grandes resultados y afirmaban que no sentían absolutamente nada. Pero algunos de ellos tosían, escupían y sentían como si tuvieran insectos en la piel. Por último, algunos, en especial muchachas jóvenes, caían y entraban en convulsiones de manera que el salón merecía, en efecto, el nombre de "infierno de convulsiones". Este estado convulsivo acompañado de hipo, explosiones de risa, y en ocasiones, delirio, constituía lo que se llamaba la crisis y se suponía que era sumamente saludable. Después de dos o tres sesiones de esta clase, muchos declaraban que habían sido curados de las enfermedades mas variadas.*  
(en Hartland, 1974).

La popularidad de Mesmer creció y empezó a recibir pacientes de toda Europa, y con ello volvió a disgustar a los círculos médicos que una vez más

se tornaron hostiles en sus críticas hacia el trabajo de Mesmer. En 1784 Luis XVI designó a un grupo de científicos muy destacados de la época como Guillotine, Lavoisier, De Bory y Benjamín Franklin entre otros, para que investigaran el trabajo de Mesmer y entregaran un informe sobre la validez o no del *magnetismo animal*; es lógico pensar que nunca encontraron evidencia alguna sobre la existencia de dicho fluido ni bases que sustentaran la teoría de Mesmer, y el informe concluyó que los fenómenos observados en los tratamientos no eran otra cosa que el efecto de la imitación y la imaginación, y que a largo plazo estos efectos serían dañinos. Este informe pudo haber investigado más sobre la fuerte influencia de los procedimientos en los pacientes pudiendo arrojar mucha luz a los estudios que después de varias décadas comenzaron a validar la influencia de la psique en el cuerpo mismo de los enfermos. Mesmer perdió mucho prestigio a raíz de este informe. Más tarde la Facultad de Medicina de la Universidad de París prohibió la práctica del magnetismo animal bajo la amenaza de ser excluido de la profesión y la revocación de la licencia para ejercer la medicina a todo aquel que lo practicara, así que Mesmer tuvo que irse de Francia, para nunca más recobrar su reputación (Hartland, 1974).

Mesmer tuvo varios discípulos que siguieron sus pasos creando nuevos tipos de terapias a partir del magnetismo animal; los más conocidos son el marqués Armand de Chastenet de Puységur (1751-1825) y Joseph Deleuze (1753-1835).

A Puységur se le debe el descubrimiento del llamado “sonambulismo magnético”, que se refiere al estado letárgico inducido a través de la hipnosis. El argumentó que la crisis convulsiva inducida no era del todo eficiente y el colocaba al enfermo en un estado de docilidad en el que no dejaba de haber comunicación verbal entre el paciente y el terapeuta, logrando ciertos logros en la cura. El paciente al recobrar su conciencia no recordaba nada, y de este hecho Puységur formuló su teoría de las “dos memorias”, donde podemos observar un indicio de constatación implícito del inconsciente (Chertok, 1992; Parra, 1984, en Pérez, 1988).

Puységur también dio importancia a las emociones que surgen como consecuencia de la relación terapéutica, principalmente de las interferencias eróticas perjudiciales para el desarrollo de la terapia.

Joseph Deleuze habló también de una “tierna adhesión” (Chertok, 1992) entre el magnetizador y el magnetizado, incluso declaraba que era favorable

para el proceso de curación. Aunque Deleuze era un magnetizador de la corriente de Mesmer hacia el final de su vida declaró que la voluntad de curar por parte del magnetizador, y los cuidados y atenciones brindadas al paciente eran factores curativos tan importantes como el mismo “fluido”.

Otro alumno de Mesmer, menos conocido, llamado Charles de Villiers (1765-1815) fue mas lejos en sus teorizaciones acerca de la naturaleza del estado hipnótico. El descartó el papel del fluido como causante del fenómeno y da cuenta de la curación a partir de los sentimientos recíprocos entre magnetizador y magnetizado. Por otra parte, para él, estos últimos términos perdieron su uso, pues paso del magnetismo a la sugestión. Villiers elaboró una postura sobre lo que hoy llamaríamos relación de objeto y describió una relación afectiva recíproca entre médico y paciente al declarar que el ascendiente del médico se debe, al mismo tiempo a sus disposiciones ante el enfermo y a las de éste último hacia él (Chertok, 1992).

### ***El Hipnotismo: Su eclosión y advenimiento.***

Conforme se fue desapareciendo el concepto de fluido entre los practicantes de la hipnosis, nuevas propuestas teóricas se formularon para dar explicación a los fenómenos que se observaban en el estado de trance. En 1813 en París el abad portugués de Faria (1755-1819) ejercía actividades como terapeuta utilizando la hipnosis. El negaba la existencia de un fluido emanado por el terapeuta con efectos curativos, y rechazaba, por tanto, la teoría del magnetismo animal. El Abad de Faria argumentaba que todo ocurría en el sujeto hipnotizado, más específicamente, en su espíritu. El utilizaba una técnica diferente que ya no consistía en pases, sino en fijación de la mirada y verbalizaciones imperativas, como por ejemplo: "Dormid" (Chertok, 1992). El estado hipnótico en el que caía el sujeto fue llamado por el Abad de Faria: sueño lúcido, para distinguirlo del sueño normal.

Hablando del uso médico de la hipnosis, se conoce que el primer registro acerca del uso de la hipnosis como anestesia en operaciones quirúrgicas fue en 1821 por Recamier, que operaba a la gente bajo trance “mesmérico”; más adelante el francés Cloquet en 1829 y Wheeler en Estados Unidos utilizaron la hipnosis como anestesia en amputaciones y cirugías nasales respectivamente. En este sentido médico-terapéutico podemos mencionar también los trabajos sobresalientes sobre cirugía bajo hipnosis de

John Elliotson en Londres y James Esdaile en la India, quienes lograron asombrosos resultados en hipno-anestesia entre 1840 y 1850 (Kroger, 1963).

Otro médico que utilizó la hipnosis fue Alexandre Bertrand (1795-1831) quien pensaba que la causa de los fenómenos del trance hipnótico tenían que buscarse en el propio sujeto. Decía que el enfermo que se adormece por las sugerencias del magnetizador, no piensa en nada más que en éste, por lo tanto existe una relación selectiva comparable a la que existe entre una madre que duerme al lado de la cuna de su hijo y que pese a que ella duerme, cualquier perturbación en el niño la despertará para atenderlo, en tanto que permanece insensible a otros ruidos exteriores más fuertes.

Para 1826 las practicas hipnóticas conocidas como magnetismo, eran muy populares, tanto que la Academia de Medicina nombró una comisión examinadora para evaluar y dar un informe sobre estos hechos. El primer informe a cargo del médico Husson se mostró favorable al magnetismo y la Academia no lo aceptó, nombrando años más tarde a Dubois d'Amiens que concluyó con la inexistencia del "estado de sonambulismo magnético". La Academia decidió por tanto no retomar esta cuestión y con ello se observó una clara declinación del magnetismo animal en los periodos que siguieron. El último magnetizador fue Lafontaine, discípulo de Puysegúr, el cual utilizó un método apoyado en una relación prolongada con el paciente con una cierta fascinación que él ejercía como magnetizador. Lafontaine se dedicaba a hacer demostraciones públicas en Manchester, y encontró entre los asistentes a un médico de esa ciudad llamado James Braid quien, pese a su inicial escepticismo, fue convencido de la realidad de los fenómenos y se dedicó a estudiarlos de forma seria y objetiva (Chertok, 1992).

Braid comenzó a realizar una serie de experimentos induciendo en sujetos estados de trance, sin recurrir a pases, únicamente con fijación de la mirada en objetos brillantes. En su obra *Neurohypnologie*, publicada en 1843, sustituye la idea de un fluido animal por una teoría "psiconeurofisiológica", la cual explica el estado de trance como una "estimulación fisicopsíquica" de la retina que actúa sobre el sistema nervioso, produciendo un "sueño nervioso" al que le llamó *hipnosis* (Chertok, 1992).

Braid argumentaba que el hipnotizador era una especie de mecánico que activaba el estado en el paciente, pero que el estado hipnótico se encontraba totalmente ajeno a la relación del hipnotizador y el sujeto. Veía a la hipnosis como resultado de una relación intrapsíquica y no intersíquica, para él las

sugestiones no influían en el estado que le pertenecía totalmente al paciente. A pesar de que la interpretación de Braid no era del todo completa, su mérito fue haber separado al hipnotismo del magnetismo, sacando los estados hipnóticos fuera de las concepciones de las ciencias ocultas.

Al final de su vida Braid reconoció que a través de sugestiones verbales se puede alcanzar diversos fenómenos hipnóticos, y pese a que concibió a la sugestión en términos de fisiología, abrió un camino para el estudio de la acción psicológica en la relación hipnótica. Gracias a los trabajos de Braid, otros celebres médicos franceses se interesaron en el hipnotismo tales como Azam, Broca y Velpeau. Broca practicó una intervención quirúrgica bajo anestesia hipnótica, de la que dio cuenta en la Academia de Ciencias en 1859. Más tarde también Vel Peau presentó los trabajos de Braid a la misma Asamblea como “un muy grande descubrimiento” (Chertok, 1992).

Otro médico de Nancy llamado Ambroise-Auguste Liébeault (1825-1904) retomó el interés en la hipnosis al conocer el trabajo presentado por Velpeau sobre Braid. Fue entonces cuando abandonó la medicina clásica y se dedicó a curar gratuitamente enfermos con bajos recursos utilizando la hipnosis. Su técnica era similar a la de Faria y Braid, solo que incluyó un aspecto de suma importancia para la hipnosis, el anuncio de los síntomas que el paciente va a sentir en el transcurso del proceso como son: pesadez, sueño, disminución de la actividad sensorial, etc. El concluyó que el factor hipnótico no residía en la acción física sino en la sugestión verbal, que era una realidad psicológica, la clave es la sugestión.

Liébeault no tuvo la aceptación que esperaba en los círculos médicos y sus postulaciones fueron desacreditadas. Fue en 1884 cuando otro médico llamado Hippolyte Bernheim (1840-1919), renombrado profesor de la Facultad de medicina de Nancy, asistió a los experimentos de Liébeault y se interesó en ellos considerándolos convincentes. Dos años más tarde Bernheim publicó su libro *De la sugestión al estado hipnótico y del sueño a la vigilia*. Posteriormente otros se adhirieron al grupo y nació la famosa escuela de Nancy.

La escuela de Nancy tuvo muchos aciertos en señalar la naturaleza psicológica de la sugestión verbal pero dejaron de lado la relación que la misma pone en juego. Las explicaciones que daban tenían un carácter “intelectualista” lejos de los aspectos emocionales que surgen junto con la relación hipnótica. Bernheim más tarde llegó a convencerse tanto de la

importancia de la sugestión que la concibió como la única causa del trance inclusive llegando a afirmar que no hay hipnotismo sino solamente sugestión. Esto provocó la ruptura con su maestro Liébeault, aunque ambos coincidieron en hacer corresponder la acción psicológica de la sugestión como un mecanismo nervioso, descrito así por Bernheim: "Toda célula cerebral, activada por una idea, reacciona sobre las fibras nerviosas que de ella emanan y transmite esta acción a los órganos que deben realizarla... Es esto lo que yo llamo ley del *ideodinamismo*" (Chertok, 1992).

Sobre los aspectos psicológicos y fisiológicos de la hipnosis se sigue, hasta la fecha, investigando y argumentando. Pero el mérito de la escuela de Nancy fue haber puesto el acento en la causalidad psicológica, que prepararía el surgimiento de la psicología afectiva que descubriría todo lo que la sugestión tiene que ver con los aspectos relacionales del fenómeno.

### **La Hipnosis: *Auge y expansión.***

Fue Jean Martin Charcot (1825-1893) quien llevó a la hipnosis al escenario médico, no solo en Francia, sino en todo el mundo. Charcot inició sus experimentos con la hipnosis en la Salpêtrière cuando estudiaba la histeria, la cual era considerada como "demoniaca", y fue Charcot quien se interesó en demostrar su carácter como enfermedad.

Charcot entendía a la hipnosis como parte de una manifestación histérica, donde para que aparecieran los síntomas que él inducía a sus pacientes bajo hipnosis, era necesario que estuviesen "bajo el ataque de una diátesis histérica", esto quiere decir que fuesen naturalmente histéricas (Chertok, 1992). La escuela de París intentaba descubrir las leyes de aparición de los síntomas, y fue más lejos que la escuela de Nancy en la despersonalización de la relación hipnótica centrándose principalmente en los factores físicos de la hipnosis. En el 1er. Congreso de Psicología Fisiológica en París en 1889, Babinski definió a la hipnosis como un estado somático producido por excitaciones físicas sin intervención de la sugestión, afirmó también que los caracteres somáticos en los pacientes, permiten afirmar la ausencia de simulación, y que la sugestión no es la única fuente de los fenómenos observados. Los médicos de la Salpêtrière tenían una opinión sobre la sugestión que no coincidía con la escuela de Nancy, ya que veían en ella un camino abierto a la simulación (Kroger, 1963).

Charcot logró con sus trabajos sobre hipnotismo e histeria que la Academia de Ciencias aprobara a la hipnosis como objeto de estudio, lo que atrajo el interés de muchos investigadores más que se dedicaron al estudio de los fenómenos hipnóticos los años que siguieron. Así en 1880 comienza lo que se le llamó "la edad de oro de la hipnosis". En agosto de 1889 en París se celebró el 1er. Congreso Internacional de Hipnotismo Experimental y Terapéutico con la participación de personajes muy conocidos en el ambiente científico cuyos nombres han llegado también hasta nuestros días. Personajes como Charcot, Dumontpallier, Richer, Azam, Bernheim, Pierre Janet, William James, Freud, Rybalkin, etc. (Chertok, 1992).

Con la muerte de Charcot en 1893 la hipnosis comienza su periodo de declinación. Una de las causas fue que la hipnosis nunca tuvo una explicación verdaderamente satisfactoria, por un lado Charcot aportó cualidades al método pero tuvo, sin duda, un exceso de sistematización sobre los fenómenos hipnóticos depositándolos solo en su aspecto fisiológico. Por otro lado, Bernheim aportó mucho sobre el aspecto psicológico, pero fue demasiado lejos sustituyendo a la hipnosis por la sugestión. También la hipnosis fue víctima de las excesivas esperanzas que había despertado, llegándose a considerar al hipnotismo como una propiedad del espíritu humano.

Cada vez fueron más raros los trabajos sobre hipnotismo, y solo el trabajo de Pierre Janet (1859-1947) tuvo una importancia real. Janet fue alumno de Charcot y fue también influido de forma importante por Bernheim, pero terminó por criticar a ambos. Para Janet los síntomas histéricos son el resultado de una disociación de la personalidad, en la que el sujeto experimenta estados de conciencia que habían permanecido en el inconsciente, por lo que es en el inconsciente donde se encuentra la "idea patógena". Janet en su trabajo terapéutico le daba al paciente sugestiones con el fin de sacar esta parte definitivamente, una vez despierto el sujeto no recordaba lo sucedido y en algunos casos constataba que se había curado sin saber por qué. Janet poco a poco abandona la Salpêtrière y sus trabajos sobre la histeria y el sonambulismo. Aunque su postura disociativa fue la base para otras teorías, su gran mérito fue el haber mostrado el valor terapéutico de la hipnosis (Kroger, 1963; Chertok, 1992).

## Hipnosis y Psicoanálisis: *Freud y la hipnosis*

En 1885 Freud llegó como becario a París para estudiar en la Salpêtrière. Al inicio él se dedicó a la neuropatología, pero al mismo tiempo se interesó en la hipnosis y la histeria, a partir de las narraciones que su colega Breuer le hizo sobre algunos casos (como el de Ana O) y también a partir de la fuerte influencia que Charcot ejerció sobre él. Entonces convencido del trabajo de su maestro abandonó el estudio anatómico y se dedicó a la psicopatología (Chertok, 1992).

Para Freud, Charcot había sido el primero en explicar la histeria, demostrando que la neurosis no era una consecuencia de lesiones estructurales del sistema nervioso, sino que ellas se desencadenaban por traumatismos psíquicos. Freud quedó impresionado al ver producir y suprimir síntomas histéricos experimentalmente (como parálisis o cegueras) por medio de la hipnosis y esto empezó a poner a Freud en el camino del inconsciente dinámico. Así junto con Breuer en 1895 publicó *Estudios sobre la histeria* en la cual hablan de una “disociación del consciente” como característica de la histeria. Después ya solo con su nombre en *Cinco lecciones sobre el Psicoanálisis* (1909), Freud habla de que la disociación se debe al conflicto de dos fuerzas psíquicas, el consciente y el inconsciente. También propuso el nombre de conversión al rasgo característico de la histeria donde el sujeto rechaza una idea insoponible desviando su carga afectiva hacia su propio cuerpo produciendo un síntoma histérico.

Ya en Viena Freud abre su consultorio en 1886 pero no es hasta 1887 que inicia su práctica regular con la hipnosis la cual tuvo gran éxito y le dio también satisfacciones. Pero en mayo de 1889 empezó a utilizar la hipnosis en otra forma, al practicar el método catártico inaugurado por Breuer. Dado que muchos de sus pacientes no eran hipnotizables, Freud decidió visitar a Bernheim en Nancy y ahí observó una experiencia de amnesia posthipnótica que le impresionó mucho, con lo cual fortaleció su posición hacia la postura psicológica de la hipnosis de Bernheim, aunque nunca tomó real partido por ninguna de las doctrinas ni por la de París ni por la de Nancy (García de la Cadena, 1994).

El método *Druckmethode* (consistía en hacer presión sobre la frente del paciente, o tomar su cara entre las manos y exhortado a formar imágenes a partir de sus síntomas) fue inspirado en lo que Freud observó en Nancy y en París. Freud buscaba un procedimiento que le permitiera abandonar la

hipnosis, ya que no todos sus pacientes eran hipnotizables y además impedía que el paciente tomara conciencia de las “fuerzas psíquicas” que estaban en juego no permitiendo que el paciente reconociera la resistencia. Otro factor que llevo a Freud a abandonar la hipnosis fue el hecho de que en la relación hipnótica hubiera implicaciones eróticas. Una experiencia con una de sus pacientes la cual al despertar del trance y haberla “librado de su mal” abrazó a Freud por el cuello, esto sorprendió mucho al Doctor y creyó haber encontrado el punto misterioso que actuaba detrás de la hipnosis y decidió abandonarla definitivamente en 1896, abandonando también, para 1900, el *Druckmethode*. Más tarde Freud desarrolló el método de la asociación libre “dejando que ellos elijan el tema de trabajo diario”, el cual quedó como el método psicoanalítico por excelencia.

Freud fue desarrollando su práctica psicoanalítica fuera de lo que es la fenomenología hipnótica. Sin embargo, no dejó de interesarle el tema y en *Psicología colectiva y análisis del yo* comparó a la hipnosis con el estado amoroso, diciendo “explicar el estado amoroso por la hipnosis y no a la inversa”, solo que no existe la satisfacción sexual. También comparó la disolución del yo en la hipnosis con el fenómeno de despersonalización dentro de las masas. Freud argumentó, también que la hipnosis era una forma colectiva de enamoramiento entre dos personas el hipnotizado y el hipnotizador (en Aguilar Ojeda, 1975). Freud terminó explicando a la hipnosis apoyándose en ideas de la etnología. Darwin asimilaba la sociedad humana primitiva a una horda dominada por un macho omnipotente. Freud vio la relación del hipnotizador con el hipnotizado una herencia arcaica, donde la sumisión completa del individuo ante el padre originario produce los estados hipnóticos. Pero esto solo fue una hipótesis (Chertok, 1992).

Más tarde Freud en 1918 en un congreso en Budapest aconsejó a sus discípulos diciendo: “ *Todo hace creer que, vista la aplicación masiva de nuestra terapéutica, estaremos obligados a mezclar, con el oro puro del análisis, una cantidad considerable del cobre de la sugestión directa. Incluso, en ocasiones, como en el tratamiento de la neurosis de guerra, deberemos hacer uso de la influencia hipnótica*” (Chertok, 1992).

### **Neofreudianos e Hipnosis: La duda teórica.**

Algunos seguidores de Freud, como Ferenczi y Rank, al observar que existían grandes problemas entre la teoría y la práctica del psicoanálisis como

son: el fanatismo a la interpretación, el muy grande saber del analista, el hiperintelectualismo, etc., argumentaron la posibilidad de “restaurar la terapia hipnótica u otros métodos sugestivos” para simplificar la técnica analítica. Esto desde luego fue rechazado tajantemente por Freud incluso fue motivo de separación entre él y sus alumnos, esto persuadió a otros de intentar algo similar con lo que respecta a la teoría y la práctica psicoanalítica (Chertok, 1992). Ferenczi consideraba a la hipnosis como una proyección de los sentimientos inconscientes del sujeto puestos en el operador, invistiéndolo de un carácter maternal y paternal, experimentando él mismo la situación como hijo. La clave fundamental de esta relación sería, para el autor, la fe ciega, el respeto, el miedo y amor hacia los padres (Gaytan, 1989). Así, Ferenczi (en Aguilar Ojeda, 1975) relacionó a la hipnosis con el complejo de Edipo y propuso dos técnicas para intentar provocar el estado hipnótico: 1) el enfoque materno (amor, persuasión), y 2) el enfoque paterno (miedo, dominio). Esta postura resulta muy aventurada, ya que de ser cierta solo se podría hipnotizar a sujetos cuya relación parental hubiese sido de tal forma que se reactivara positivamente con el operador durante el trance, lo cual no es así necesariamente. Mc Dougall (en Kroger, 1963) refiere que es aceptable que las experiencias de tipo filial estén en torno al fenómeno hipnótico y su proceso, pero que no se pueden explicar éstos a partir de ésta idea, ni mucho menos hacerlas la clave de los mecanismos hipnóticos.

Otra teoría de corte psicoanalítico que fue muy aventurada en sus postulados, es la de Silder y Krauders (1927, en Gaytan, 1989), quienes consideraban a la hipnosis y sus fenómenos hipnosuggestivos como de naturaleza erótica, apoyando su hipótesis en las acusaciones que solían recibir algunos hipnotistas. Según estos autores en la hipnosis lo que ocurre es que el sujeto se subordina de forma masoquista ante el operador de forma inconsciente a fin de evitar el sufrimiento. Según la dinámica del masoquismo, existe una identificación del sujeto masoquista con una figura despótica como medio arcaico y primitivo de adquirir poder, lo que para Silder y Krauders ocurre en la hipnosis, así el sujeto actúa como masoquista y el hipnotista como figura despótica, proyectándose en éste las fantasías infantiles de omnipotencia de aquel lo que le da al hipnotista un poder que se verifica en la fenomenología hipnótica. Esta postura resulta también muy simplista ya que la experiencia con sujetos masoquistas y no masoquistas en tratamientos bajo hipnosis no demuestra que sea un factor para la inducción o realización del trance (Gaytan, 1989)

Más recientemente el surgimiento de teorías neofreudianas acerca de la hipnosis, bajo una perspectiva psicoanalítica no ortodoxa, se dio más frecuentemente en Estados Unidos ya que en el nuevo continente existían menos prejuicios sobre la hipnosis que en Europa, sobre todo en Francia. Así Robert M. Linder (1956) retomó y amplió las ideas de Sandor Rado (1926, en Gaytan, 1989) para explicar el concepto de hipnosis. Rado argumentaba que durante el trance el hipnotizador funcionaba como un nuevo Super Yo que sustituye el del sujeto hipnotizado; Linder retomó esta idea y analizó las diferentes transformaciones profundas que experimenta la psiquis del sujeto durante la hipnosis. Linder argumentó que a partir del estrechamiento del campo perceptual y de atención así como de la creación de una nueva estructura social por la relación entre operador y sujeto que ocurre durante la hipnosis, la figura del operador es introyectada e incorporada al Yo inconsciente del sujeto. Dada esta introyección, se crea una forma especial de *raport* que explica la facilidad y rapidez con que se explora el inconsciente del sujeto. El hipnotizador pierde la cualidad que se le da en forma consciente a partir de las resistencias y defensas del sujeto y al mismo tiempo retiene la cualidad de objeto ante el que reacciona dependiendo la vivencia individual de cada sujeto. La importancia de los argumentos de Linder es que aportó un enfoque de corte psicodinámico profundo para comprender las transformaciones del Yo durante la hipnosis (Gaytan, 1989).

Kubie y Margolin en los años 50's formularon una teoría de la hipnosis que utiliza a la vez factores fisiológicos y psicológicos, fue la primer teoría en involucrar estos dos factores en la comprensión de los estados hipnóticos. Los autores refieren que manipulaciones sensomotoras bastan para producir el estado hipnótico junto con las modificaciones que esto causa en el sujeto, y entonces, la presencia del hipnotizador no es indispensable, a su vez la transferencia no aparece como la causa obligada de la inducción como antes se había llegado a pensar. Los autores estimaban que en la inducción hay una eliminación progresiva de los estímulos que provienen del exterior, borrándose las fronteras entre el Yo y el Otro, acabando éste por confundirse con aquel. Esta noción de fusión afectiva tendría más adelante un gran desarrollo principalmente con los trabajos sobre simbiosis de Margaret Mahler (Chertok, 1992).

En 1959 aparecen los postulados de Gill y Brenman, quienes bajo la línea de Kubie, declararon que el estado hipnótico es una especie de proceso regresivo al servicio del Yo que puede inducirse con una reducción de la actividad ideatoria y sensomotriz o la creación de una relación arcaica con el

hipnotizador. También refirieron que el Yo no se elimina en el sujeto hipnotizado sino que la regresión llega a un estado estable que comprende un subsistema del yo con muchos grados de control de las funciones del Yo, cosa que para ellos sucede en toda relación psicoterapéutica, solo que en la hipnosis esta más acentuada. Dentro de la inducción hipnótica existe una eliminación de las fronteras entre el Yo y el Otro, confundándose el primero con el segundo, dándose una fusión afectiva que favorece el proceso hipnótico. Pero al contrario que Kubie y Margolin, Gill y Brenman refirieron que la presencia del hipnotizador es esencial para la hipnosis. Gil, Brenman y Knigth (1952, en Chertok; Gaytan, 1989) consideraron también a la hipnosis como una alteración y no una eliminación del funcionamiento del Yo. Existe así, una variación entre los sistemas de defensa del Yo, que se traducen tanto en una profundización como en un aligeramiento del trance. Finalmente los autores aseguraron que la transferencia se activa automáticamente en un sujeto en presencia de un hipnotizador (Chertok, 1992).

Fenichel (1986), señaló que la dependencia del paciente con respecto al terapeuta (el raport) no es lo único que se observa, sino que este hace las veces de neurosis sustitutiva. En el estado de dependencia, el sujeto hipnotizado ve satisfecha una necesidad sexual, diferente a lo que Freud marcaba, esta sexualidad infantil es aún indiferenciada de las necesidades narcisistas, y esta lejos de ser como la sexualidad entendida en la vida adulta. Así el paciente retorna a la etapa de dominio pasivo-receptivo de los dos primeros años de vida y por ello se experimenta una sensación de seguridad y protección dentro de una unidad mayor, con cierta pérdida de la individualidad propia. Fenichel señaló que, dado este tipo de anhelo regresivo natural a esta etapa de la vida que todos tenemos, la hipnosis funciona satisfaciendo este anhelo de forma artificial. También afirmó que el hipnotizador se hace cargo de las funciones del SupeYo del sujeto de forma temporal. Esta postura como la de muchos psicoanalistas pretenden explicar la hipnosis a partir de dependencias inconscientes enmascarando la relación terapéutica que obstaculiza la elaboración del material proporcionado por el paciente, por ello el uso de la hipnosis se a discontinuado entre la práctica psicoanalítica.

Solamente los psicoanalistas que están a favor del "Hipnoanálisis" se inclinan a utilizar la hipnosis en beneficio del paciente. Este método combina la hipnosis con el psicoanálisis, y su práctica se ha extendido principalmente en los Estados Unidos. En esta perspectiva, se induce al paciente a un estado de trance más o menos profundo con el objetivo de obtener información que no podría obtenerse en estado de vigilia, este material se obtiene a través de

asociación libre, inducción de sueños, regresión, escritura automática, etc. La práctica del hipnoanálisis les puede parecer no muy ortodoxo a los psicoanalistas que han tomado la letra de la doctrina de forma estrictamente literal y admiten como punto importante en la teoría la separación radical entre hipnosis y análisis. Pero esta separación se pone cada vez más en cuestión, pues muchos practicantes del hipnoanálisis reconocen que la hipnosis, se quiera o no, está presente en todo análisis y que se han alcanzado grandes logros en su aplicación con conocimiento de causa (Chertok, 1992).

Otros teóricos han desarrollado enfoques basados en la teoría psicoanalítica para explicar el fenómeno de la hipnosis (Hartmann, Erika Fromm, etc.). Bellak (1988) recomendó, para ciertos casos, el uso de la hipnosis y la explica a partir de una teoría que denominó *Teoría de la Psicología del Yo de la Hipnosis* (1955, en Gaytan, 1989), que se explicará más adelante. Hartmann y Erika Fromm argumentaron que la cualidad regresiva del Yo es un factor importante tanto en conductas normales como anormales, e incluso puede ser la explicación de la hipnosis (Gaytan, 1989).

Pocos son los autores en el ambiente psicoanalítico que han mencionado el tópico de la hipnosis en sus trabajos, pero aunque el psicoanálisis ha evolucionado de forma importante tanto de forma teórica como práctica a partir de nuevas teorías neofreudianas, el tema de la hipnosis a partir de los años 60's quedó reservado casi exclusivamente para la Psicología Experimental.

### **Hipnosis y Psicología Experimental: Nuevos Hallazgos**

Son muy numerosas las investigaciones sobre hipnosis llevadas a cabo principalmente en Norteamérica, de las cuales aquí mencionaremos solo las más relevantes, y las que han aportado avances significativos en el estudio de la fenomenología hipnótica.

En la década de los 30's las investigaciones, muy influidas por el conductismo, tienen, de alguna manera, como punto de partida los trabajos de Hull (1933, Kroger, 1963), quien argumentó la polémica sobre si la hipnosis era un estado específico de la conciencia (como Charcot), o se relacionaba con la sugestión y la sugestibilidad (como Bernheim). Hull se inclinó por la sugestibilidad como principal factor desencadenante del fenómeno hipnótico, ya que a través de sus investigaciones no encontró correlatos fisiológicos para

el estado de trance, posiblemente esto se debió al tipo de aparatos que se utilizaban en aquel entonces.

Después de la Guerra Ernest Hilgard (1965) y André Weitzenhoffer (en Chertok, 1992) dedicaron investigaciones para la creación de escalas psicométricas para la medición de la sugestibilidad hipnótica y la profundización del trance. Estas escalas de susceptibilidad han logrado aportar una variable que caracteriza la hipnotizabilidad de cada sujeto por el efecto y valor que la hipnosis toma en él.

Otros investigadores muy importantes en la línea de Bernheim, fueron Sarbin, Coe. y T. X. Barber (en Chertok, 1992), quienes argumentando que la única realidad es la sugestibilidad que esta depositada tanto en la situación experimental, como en las esperanzas y creencias previas del sujeto. Según la hipótesis de Barber todos los fenómenos hipnóticos pueden ser producidos fuera de toda referencia con la hipnosis; Sarbin compartía en parte esta postura.

Un investigador que introdujo concepciones nuevas al estudio de la hipnosis fue Martin Orne, que desarrolló una metodología nueva llamada "paradigma de la simulación". En sus investigaciones comparó dos grupos uno conformado por sujetos hipnotizables e hipnotizados, y el otro con sujetos no hipnotizables a quienes se les pidió que simularan estarlo. En las tareas experimentales propuestas se observó que existe una lógica distinta en los sujetos realmente hipnotizados, donde no hay la necesidad de coherencia y que no la presentan las personas que simulaban, a esto se le llamó "Lógica del trance". Esto significa que el sujeto tiene la capacidad, bajo hipnosis, de fundir informaciones contradictorias, sin tomar en cuenta la lógica cotidiana del estado de vigilia (Chertok, 1992). Sostiene que existe una "esencia de la hipnosis" y claros "artificios" que podrían ser el producto directo de las influencias socioculturales y de los elementos comunicados, de forma consciente o no, por el hipnotizador (Pérez, 1988).

Con la ratificación de los enunciados de Orne por la Sociedad Internacional de Hipnosis, se iniciaron las bases con las que actualmente se rigen las reglas del empleo medicolegal de la hipnosis, que quedó reservado exclusivamente, para médicos, psicólogos y psiquiatras, formados en dicha práctica (Chertok, 1992).

Por otro lado la aparición de la Teoría Neodisociativa de Ernest R. Hilgard (1965; 1987) en los años 60's le dio una nueva dirección a los estudios de la hipnosis, y aunque controversial, es una de las teorías que mejor explica no solo la hipnosis sino también otros fenómenos de disociación (Alladin, 1992). Su teoría es inspirada por la obra de Pierre Janet, esta teoría será descrita más ampliamente cuando abordemos las diferentes teorías sobre la hipnosis, por ahora sólo es importante señalar la importancia de los hallazgos tanto de E. Hilgard como de su esposa J. Hilgard, en el estudio de la hipnosis. J. Hilgard encontró que personas que sufrieron maltrato o excesivos castigos en la infancia son más susceptibles a experimentar estados disociados, entre ellos la hipnosis (Bowers, 1990).

La controversia entre las diversas posturas que los investigadores han aportado sobre la hipnosis va desde los creyentes de un estado especial como Mesmer, Puysegúr, Elliotson, más tarde Charcot, Braid, Janet, y más recientemente Erickson, Orne, Hilgard y Bowers, hasta los escépticos como la Comisión Benjamín Franklin, Faria, Liebault, Bernheim, más tarde Hull, Baudouin, White y recientemente Sarbin, Barber, Coe y Spanos (Jean, 1986; Pérez, 1988).

Existe, por lo tanto, una gran polémica no resuelta entre la creencia acerca de si la hipnosis es un estado-especial o un simple fenómeno psicosocial de sugestibilidad, y lejos de encontrarse respuestas a ella los investigadores siguen argumentando a favor y en contra de esta cuestión. Una prueba de ello es el artículo de Nicholas Spanos (Spanos, 1986), discípulo de Barber, titulado "*La conducta hipnótica: una interpretación sociopsicológica de la amnesia, la analgesia y la "lógica del trance"*", que provocó los comentarios de 22 psicólogos y psiquiatras que se publicaron después del artículo en cuestión (Chertok, 1992). Spanos (1986) definió a la hipnosis como una situación psicosocial donde el sujeto responde en su estructura cognitiva mental según la estrategia hipnótica planteada por el hipnotizador. Esta postura será retomada más adelante.

Kihlstrom (1988), por su parte, argumentó que existen eventos que se dan a través de procesos y estructuras que no están al alcance de la conciencia, y que pertenecen a la mente cognitiva inconsciente. Para él, la hipnosis es una interacción social donde se responde a las sugerencias ofrecidas por el hipnotizador ocasionando alteraciones en la percepción, la memoria y la acción.

Algunos teóricos han intentado comparar la hipnosis con el sueño normal, buscando una explicación que satisfaga la creciente necesidad teórica de una explicación convincente. Recordemos que Braid ratificó la analogía de los dos fenómenos y propuso el nombre hipnosis a partir del griego *hypnos*, que significa sueño. Así el primer intento científico fue el de Pavlov (Chertok, 1992), quién consideró a la hipnosis (hipnosis animal) como un reflejo de autoconservación análogo al sueño. Más tarde a través de su teoría del condicionamiento encontró que, a partir de un estímulo señal previamente condicionado, un perro dormido no atendía otras señales, incluso más fuertes, hasta que el estímulo señal era dado. Así argumentó que existen tres fases de la hipnosis: fase de equalización, donde todos los estímulos fuertes o débiles producen el mismo efecto; la fase paradójica, la reacción es mayor ante el estímulo excitante débil; y la fase ultra paradójica, o fase de la "sugestión", es donde se puede conseguir una respuesta ante un "estímulo negativo", es decir, estímulos ante los cuales las células cerebrales no reaccionan en estado de vigilia. Aunque en el animal las señales son más sencillas, que en el hombre, Pavlov refirió que el lenguaje es "el segundo sistema de significación", donde toda palabra puede considerarse como señal. Lamentablemente esta postura no tomó en cuenta las capas inconscientes y trataron de ver la fenomenología hipnótica al margen de esta cuestión lo que la hace incompleta. Más tarde se intentó encontrar, electroencefalográficamente, similitudes entre el sueño ordinario y la hipnosis, pero esto no se consiguió (Chertok, 1992).

Sobre la línea de hipnosis animal, la cual se considera un reflejo de auto-conservación, se pensó (Demaret, 1984, en Chertok, 1992) que el hombre poseía un programa ontofilogenético del comportamiento hipnótico (como los animales), el cual era puesto en acción ante estímulos evocadores de las primeras relaciones madre-hijo, esto dando alusión a fenómenos de auto-conservación animal como son: la catalepsia de los polluelos ante el chillido de la madre que previene de un peligro a sus hijos, etc. Chertok (1992) añade que estos estímulos no actúan sino en tanto que la relación entre hipnotizador y sujeto se parezca a la relación madre-infante.

En esta década se ha mantenido el interés sobre la hipnosis, como en décadas pasadas donde existió un gran auge en la investigación del fenómeno. Pero ahora, al parecer, la balanza se ha inclinado un poco hacia la terapéutica hipnótica, hacia su utilidad (como señaló Sheehan, 1986) donde el interés por la explicación racional del fenómeno ha disminuido gradualmente. Así

tenemos que Golden, Dowd y Friedberg (1987, en Alladin, 1994), Alladin y Heap (1991), Alladin (1994), Savage (1993), Shum (1993), Mendelberg (1990), Braybrooke (1989), Griggs (1989), Malon y Hurley (1994), Golden y Gersh (1990), entre otros, han desarrollado con éxito tratamientos terapéuticos con el uso de la hipnosis. Así la investigación y la terapéutica sobre la hipnosis sigue aportando resultados positivos dentro del estudio psicológico de los fenómenos humanos.

### **HIPNOSIS: *Aproximaciones teóricas***

A lo largo del estudio científico de la hipnosis, ésta ha sido definida de múltiples formas y hasta la fecha la definición del estado hipnótico no esta clara siendo un tema controversial en múltiples foros de discusión. Vamos a dar aquí sólo una breve idea de las muchas definiciones y conceptualizaciones (contemporáneas principalmente) que ha tenido y sigue teniendo la hipnosis en la actualidad, para después introducimos al porque de la introducción de la hipnosis en un protocolo de intervención terapéutica.

Ya en el capítulo anterior se habló de algunas aproximaciones teóricas y junto con ello se revisó brevemente la historia de la hipnosis hasta nuestros días. Ya hemos hablado de algunas teorías como son la de Charcot, quien consideró a la hipnosis una condición patológica similar a la histeria, siendo ésta producto de una constitución nerviosa anormal; la de Bernheim y su postura de la sugestión como único factor existente; Janet y su teoría de la disociación de la conciencia, etc.; ahora abordaremos las teorías contemporáneas que han causado impacto en el estudio de la fenomenología hipnótica y que, en cierta forma, están inspiradas en las teorías de los pioneros en la investigación sobre la hipnosis. Por tanto omitiremos la repetición de aquellas posturas que, por la época en la que se desarrollaron, han perdido vigencia y que, de alguna manera, han sido retomadas y modificadas por teóricos contemporáneos.

#### **Teoría del desempeño de un papel**

R. W. White (1941, en Hartland, 1974) postuló su teoría de desempeñar un papel y concluyó que la hipnosis debe ser considerada como el esfuerzo intencional dirigido a un cierto fin, siendo su objetivo principal, el comportarse como una persona hipnotizada, ya que esto está determinado por el operador y entendido por el sujeto. Esto es, aclarado y sugerido todo lo que

se espera que el sujeto haga, este papel se desempeña tal cual está sugerido. Esta teoría es inconsistente y carece de muchos elementos. Lo que causa la fenomenología hipnótica sería, entonces, la representación de una situación, aunque en la mayoría de los casos sin tener conciencia de ello (Pérez, 1988). Estabrooks (1957) comprobó que sujetos hipnotizados pueden resistir sin molestias corrientes eléctricas que en estado de vigilia sería imposible soportar, así esta teoría queda refutada ante este tipo de investigaciones, ya que ninguna persona que este comportándose como “hipnotizada” puede producir voluntariamente tal grado de anestesia (en Hartland, 1974).

### **Teoría Psicoanalítica**

Como se ha comentado antes, para Freud la hipnosis era el resultado de un deseo inconsciente de gratificación libidinal, la comparaba con el estado de sentirse enamorado. Postuló la existencia de un relación erótica entre hipnotizador e hipnotizado, que no puede llegar más lejos, es por ello que existe una entrega incondicional. Ferenczi amplió esta postura argumentando que la relación que se desarrolla entre el operador y el sujeto era una relación como de padre a hijo (Hartland, 1974). En conclusión la hipnosis se debía a fenómenos transferenciales de las relaciones primarias (García de la Cadena, 1994).

### **Teoría de la “Regresión Atávica”**

Ainslie Meares (1960, en Kroger, 1963; Hartland, 1974) desarrolló una teoría en la cual la sugestión es vista como una función mental arcaica, esto quiere decir que la hipnosis se logra a causa de una regresión a un tipo anterior de funcionamiento mental, donde la lógica adulta normal cambia a un nivel mental arcaico donde las ideas son aceptadas. La teoría supone que el hombre primitivo, antes de desarrollar la habilidad para la evaluación lógica de su entorno, aceptaba las cosas a través de un proceso más primitivo, la sugestión. La teoría atávica postula que la hipnosis es una regresión a un tipo de pensamiento primitivo gobernado principalmente por la sugestión.

### **Teoría de la Psicología del Yo de la Hipnosis**

Bellak (1955, en Gaytan, 1989) explica a la hipnosis como un estado de autoexclusión del Yo similar al sueño ordinario, pero no idéntico. Según su teoría el grado de autoexclusión de las funciones del Yo varían según el grado de profundidad del trance, así todos los fenómenos producidos en la hipnosis

están bajo el control del Yo, y solo algunas funciones yoicas son delegadas al hipnotista. Durante la hipnosis existe una regresión topológica de ligera a profunda hasta llegar a abandonar toda prueba de realidad, excepto con el hipnotista.

Para Bellak los principales componentes de la función del Yo y de la regresión adaptativa al servicio del Yo consisten en una regresión moderada de la agudeza cognitiva y por lo tanto de consideraciones nuevas sobre la realidad por parte del individuo.

Tanto Hartmann como Erika Fromm consideran también el aspecto regresivo del Yo como un factor causal de algunas conductas normales y anormales, así como también del fenómeno de la hipnosis; donde, debido a una disminución de la actividad percepto-motriz, el sujeto logra establecer una relación arcaica con el hipnotista, desarrollándose así un subsistema regresivo. Erika Fromm declara que el individuo hipnotizado no pierde el funcionamiento del Yo como lo aseguraba Freud, y que de hecho las funciones defensivas no se ven obligadas en ningún sentido, pudiendo ser mejor estudiadas en estado de trance (Gaytan, 1989).

Erika Fromm ha argumentado la existencia de una separación entre el Yo experimentador y el Yo observador. En la técnica de introspección que aprende un sujeto en análisis, se puede observar esta separación la cual se logra de forma natural y espontánea durante el trance hipnótico. Entonces se da una disociación del Yo experimentador a partir del Yo observador, es decir el Yo observador queda consciente mientras el Yo experimentador reacciona a las sugerencias sin voluntad, por ejemplo en caso del dolor, la amnesia, el observador oculto, etc.

### **Teoría de la Exclusión Psíquica Relativa**

Rhodes (1960) desarrolló una teoría que llamó de la exclusión psíquica relativa, y en ella define a la hipnosis como la sustitución de la mente objetiva por la mente subjetiva a partir de las sugerencias y la privación sensorial. Argumentó que la mente objetiva es aquella que tenemos en estado de vigilia y con la cual podemos desarrollar el pensamiento deductivo e inductivo, pero que la mente subjetiva sólo es capaz de razonar deductivamente, así lo que ocurre en la hipnosis es una sustitución de una mente objetiva por una subjetiva por lo que ésta incapaz de inducir, solo deduce aceptando las generalizaciones que se le dan del exterior (sugerencias) provocando así toda

la fenomenología hipnótica. Esta postura es original e interesante, pero carece de evidencia suficiente, tanto teórica como empírica, por lo que ha tenido pocos seguidores.

### **Teorías Psicosomáticas**

Las investigaciones y la terminología acerca de lo psicosomático tienen mucho tiempo, pero su estudio médico serio tiene poco más de un siglo. Ya en 1873 Carpenter hacía referencia del término ideomotor donde conjugaba lo fisiológico con lo volitivo. También William James habló de esta relación cuando argumentaba que toda idea, a menos que se inhibiera, tendía a transformarse en acción (en Gaytan, 1989).

Pero la postura psicosomática sobre la hipnosis más conocida es la de Wolberg (en Corzo Solis, 1989), quien afirmaba que la hipnosis no podía ser explicada solo a partir de elementos psicológicos o fisiológicos, más bien que debería tomarse en cuenta la mútua relación que existe entre estos dos factores como originadores de la fenomenología hipnótica. El habló acerca de una inhibición cortical de los centros superiores como producto del trance hipnótico, lo que provocaba una pérdida del sentido de realidad y de la vivencia del propio cuerpo, perdiéndose los límites entre el Yo y el no-Yo, así como una pérdida del sentido del tiempo que hace que el sujeto entre en una regresión a estados infantiles de dependencia con el hipnotizador a causa de un sentimiento de inseguridad infantil.

Wolberg argumentó que la hipnosis, en este aspecto regresivo, rompía las barreras existentes en el niño antes de la mielinización de las neuronas superiores. Más tarde habló de la influencia de las fantasías y motivaciones inconscientes de los sujetos como factores importantes en la inducción al trance. Así, para Wolberg, una de las más grandes fantasías inconscientes de los individuos, que se pone en juego a través del trance hipnótico es la dependencia infantil a los padres, manifestada a partir del sometimiento al hipnotizador. Después habló acerca de la importancia de la relación hipnótica entre sujeto y operador y la conceptualizó como una experiencia emocional intensa que puede afectar a ambos, más que en un set de terapia normal, lo cual podría ser una ventaja o una desventaja, dependiendo del manejo de la situación por parte del terapeuta (Gaytan, 1989).

## Teoría de la Sugestión: *La Nueva Escuela de Nancy*

Los teóricos de la Escuela de Nancy (Liebeault y Bernheim) dejaron su legado teórico sobre la hipnosis, argumentando que no existe hipnotismo sino únicamente sugestión. Más tarde Emilio Coué (1857-1926), con sus trabajos clínicos sobre auto-sugestión, sirvió como enlace entre la escuela tradicional de Nancy y la nueva escuela.

Charles Baudouin, discípulo de Coué, es el principal exponente de la nueva escuela de Nancy, que sostenía que la hipnosis es una manifestación del efecto de la imaginación y la auto-sugestión sobre la percepción, la conducta, la afectividad y las funciones fisiológicas (Pérez, 1988). En esta perspectiva lo importante es entender a la sugestión no a partir de la aceptación de una idea que proviene del exterior, sino a partir de que esta idea se transforma en acto a través de una auto-sugestión. Se plantea que los resultados obtenidos por un hipnotista en un sujeto, pueden ser obtenidos sin el hipnotizador, esto quiere decir que la importancia del proceso que permite que actúe la sugestión esta en el sujeto mismo y no en la relación con el hipnotizador. La sugestión entonces no es definida como un fenómeno "interindividual" , sino "intraindividual".

Un punto importante de esta postura es que existe un trabajo subconsciente, donde la idea sugerida (una curación, por ejemplo) es propuesta a la mente del sujeto, y esta se realiza sin que el sujeto sea plenamente consciente de ello, por lo tanto aparece como algo involuntario. Aquí podemos señalar que la idea de una disociación, aunque no es mencionada, puede ser insertada en la explicación de este proceso.

Por lo tanto ellos no definen a la sugestión como "una idea que se transforma en acto", sino como "la realización subconsciente de una idea"; la sugestión es considerada, entonces, como una fuerza, es la realización por uno mismo o por otros del poder de ideorreacción que cada uno posee y puede presentarse en muchas formas en pro o en contra del sujeto (Pérez, 1988). Así, los puntos fundamentales acerca de la dinámica y las leyes de la sugestión postulados por la Nueva Escuela de Nancy son los siguientes:

- La sensibilidad y la imaginación son los que producen el cambio, y no la voluntad o la razón.

- La autosugestión es la clave. La esencia de la hipnosis es la participación activa del sujeto y el efecto de la comunicación para sentir, imaginar, experimentar, recordar en formas nuevas. La autosugestión es el verdadero prototipo de toda sugestión.

- La autosugestión opera en un nivel no consciente (subconsciente).

La sugestibilidad y la inducción no son consideradas como un paso discreto, ni como un rasgo inmutable en el proceso hipnótico, sino como un proceso continuo dentro de la hipnoterapia, donde es el momento en que el paciente se centre en sí mismo y se enfoque en su propia realidad interna, es una habilidad que todos pueden desarrollar (Pérez, 1988).

Milton H. Erickson, en los años cincuentas, congruente con los postulados de la Nueva Escuela de Nancy, desarrolló las técnicas hipnóticas clásicas dándoles un nuevo sentido e instrumentó algunas nuevas, eliminando la formalidad y los rituales de la inducción clásica. Se habló de que Erickson realizaba "hipnosis sin trance", por el giro tan radical y brillante que dio a la hipnoterapia. En sus técnicas lejos de tener el control del sujeto, en su enfoque naturalista de hipnosis, facilita o aprovecha el trance que aparece de forma natural en los sujetos en diferentes momentos, para que la atención se centre en lo que es realmente importante, que es lo que surge espontáneamente (Robles, 1990). Erickson nunca desarrolló una teoría de la personalidad, ya que pensaba que cada individuo era una teoría y el formularla de forma general solo restringiría la conceptualización de un terapeuta ante sus pacientes. Así, de acuerdo con Haley (1986) Erickson logró establecer un enfoque *estratégico* de psicoterapia, esto quiere decir que el clínico diseña una estrategia para cada problema que exista en el paciente, influyendo directamente en él. Por tanto podemos decir que el enfoque ericksoniano de terapia estratégica es una extensión lógica de la técnica hipnótica.

### **Teorías Sociopsicológicas de la Hipnosis**

Por otro lado, desde el siglo pasado se ha dado la polémica sobre si la hipnosis es solo una situación dada por el contexto social de sugestión que existen alrededor de la hipnosis. La escuela de Nancy de Bernheim se inclinó por la sugestión, y ya en este siglo otros investigadores fueron congruentes con la explicación socio-psicológica de la hipnosis. White (Hartland, 1974) y Shor con sus posturas sobre desempeñar un papel iniciaron con esto. Más tarde aparecieron Sarbin y Coe (1977, en Gaytan, 1989) y desarrollaron una

postura que se llamó *Teoría del Rol Sociológico*. Esta propuesta habla de que el sujeto actúa, a partir de un cambio interno, procurando seguir el rol de "hipnotizado" tal y como está definido por el hipnotista y las grandes instituciones socioculturales. Según los autores las variables que influyen en el éxito del rol sociológico son: la ubicación de los participantes en sus roles, la congruencia percibida entre el Yo y el rol, la precisión de las demandas y la sensibilidad del rol, la posesión de habilidades relevantes al rol y la influencia de la audiencia presente.

Otro teórico muy importante es T. X. Barber cuya teoría habla de una base cognitivo-conductual de la hipnosis. Según esta aproximación no es necesaria la administración de ningún procedimiento de inducción para que el sujeto responda a las pruebas de sugestibilidad, sino que el logro de estas conductas depende mayormente de la motivación, las actitudes y las expectativas del sujeto, así como su capacidad de fantasear e imaginar. Si las actitudes son negativas ante la experiencia, no se logrará ningún tipo de fenomenología "hipnótica" (Pérez, 1988). Las estrategias cognitivas desarrolladas por los sujetos como respuesta a las demandas situacionales explícitas e implícitas, son las que logran el éxito de la fenomenología hipnótica (Gaytan, 1989).

Coe (1978; 1980; 1981, en Gaytan, 1989), de acuerdo con la teoría del rol sociológico, ha distinguido entre dos tipos de respuesta a las sugerencias hipnóticas: las *acciones* y los *acontecimientos*, en las primeras el sujeto es un participante activo que hace que sucedan cosas; en los segundos la persona es un participante pasivo al cual le suceden determinadas cosas. Así considero que la involuntariedad del trance es más bien un autoengaño y señaló la importancia de las estrategias cognitivas que los sujetos desarrollan para responder a las demandas hipnóticas.

Spanos (1986) argumentó que dentro de la postura psicosocial los fenómenos hipnóticos son vistos como similares a otras formas de conducta social y explicables sin la intervención de un hipotético proceso o estado especial. De acuerdo con esta perspectiva, la conducta hipnótica está determinada a alcanzar una meta y puede ser entendida en términos de cómo los sujetos interpretan su situación y cómo actúan para presentarse a ellos mismos como hipnotizados a través de sus acciones. Las personas hipnotizadas actúan como si sus acciones fuera involuntarias porque sus percepciones acerca de la hipnosis y acerca de las verbalizaciones persuasivas, que recibieron dentro de la situación de prueba de sugestibilidad, definen que

ellos tiene que actuar de esa manera acorde con el rol de ser hipnotizados (Spanos, 1986). Spanos argumentó también que aunque la sugestibilidad de un individuo es una característica relativamente estable, la razón de esa estabilidad permanece en polémica. Para los teóricos que hablan acerca de un proceso-especial (Hilgard, 1965; 1977; Perry 1977, en Spanos, 1986) esto se debe a que se trata de un rasgo-atributo inmodificable, pero para los teóricos sociopsicológicos (Diamond, 1974; 1977; en Spanos, 1986) esta estabilidad en la sugestibilidad hipnótica se debe a la estabilidad de la situación social en la cual la respuesta hipnótica está típicamente valorada, y además también influyen: la importancia de las actitudes estables de los sujetos, sus interpretaciones y los "sets" cognitivos concernientes a la hipnosis y a la respuesta hipnótica. También ha referido investigaciones donde es posible modificar la sugestibilidad hipnótica en grado significativo a través de exponer a los sujetos a información cuya meta es cambiar sus interpretaciones y actitudes sobre la respuesta hipnótica (Spanos, 1986). Spanos cita a psicólogos que comparten con él el enfoque psicosocial (Bandura, 1977; Lazarus, 1966; Meichenbaum, 1977; Turk y cols. 1983, en Spanos, 1986) para argumentar que el sujeto es un agente activo que puede iniciar, deliberadamente, actividades cognitivas para enfrentar de forma más efectiva los eventos nocivos. Así, los sujetos experimentan fenómenos hipnóticos, no a partir de un proceso especial, sino gracias a una actividad responsiva dirigida a metas, la importancia de las motivaciones para adoptar el papel de "buen sujeto hipnotizable", y la influencia crucial de las pistas conceptuales que moldean las interpretaciones y las auto-apreciaciones que constituyen en el sujeto una "adecuada" respuesta.

En resumen, para Spanos (1986;1988) la conducta hipnótica es usualmente conceptualizada como una actividad dirigida a metas por agentes concientes quienes permanecen armonizados con el contexto social y están motivados, también, para presentarse ellos mismos en una forma consistente con las demandas sociales de la situación hipnótica de prueba. Así argumenta que, a pesar de las apariencias, los sujetos permanecen despiertos durante el trance, con contacto en el ambiente y no pierden el control sobre sus sistemas motores ni sobre su memoria.

Así, la importancia de las estrategias cognitivas, que desarrollan los sujetos ante las demandas implícitas o explícitas en la situación hipnótica, puede ser un punto de partida para la aplicación de técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales como la reestructuración cognoscitiva, por ejemplo.

## **Teorías del Proceso-Especial de la Hipnosis**

Los grandes personajes en el tema de la hipnosis como Mesmer, Charcot, Janet, Braid, etc. han coincidido en sus postulados en que el fenómeno hipnótico es un estado específico de la conciencia, ya sea a través de fluidos, síntomas, o disociaciones, pero todos ellos se han caracterizado por argumentar que existe un estado hipnótico específico. Más recientemente otros teóricos se han apegado a esta idea y han desarrollado sus teorías dentro de lo que podríamos decir enfoque del proceso-especial de la hipnosis. Estos trabajos comienzan principalmente con Martin Orne, del que ya hablamos anteriormente, quien argumenta a partir de sus investigaciones, que la hipnosis era un estado específico donde se activaba una lógica diferente a la lógica del estado de vigilia, lógica que él llamó "lógica del trance". Sus trabajos fueron una gran influencia en el desarrollo ulterior de la utilización e investigación de los fenómenos hipnóticos.

Otros investigadores que han teorizado sobre esta idea del estado-especial de la hipnosis son Hilgard, Bowers, Graham, Brody, Kihlstrom, etc. de los cuales hablaremos más adelante.

### **Teoría Neodisociativa de la Hipnosis**

La Teoría Neodisociativa de la Hipnosis está considerada como una teoría dentro de aquellas que postulan el "estado-especial" de la hipnosis. Esta teoría, aunque controversial, es la que más ha influido en los últimos años el estudio y la teorización de la hipnosis. Hilgard (1965) fue quien desarrolló esta teoría donde describe a la hipnosis y a otros fenómenos psicológicos tales como las fugas, los estados de posesión, la personalidad múltiple, etc., en términos de disociación o conciencia dividida. Hilgard observó a la hipnosis (disociación) como un proceso cognitivo dentro de un continuo que va desde un rango menor o limitado, hasta un profundo y extenso rango de disociación.

Hilgard (1965; 1987; 1977, en Alladin y Heap, 1991) argumentó que la disociación o "el estado hipnótico" es un proceso cognitivo disociativo en un rango que va de menor a mayor profundidad. La disociación es definida como un proceso psicológico donde la información (de salida, de entrada y almacenada) es activamente desviada de la información integrada cuyas asociaciones son usualmente esperadas, produciendo alteraciones en el pensamiento, el sentimiento y la acción (West 1967, en Alladin, 1992a). Por

lo tanto durante un periodo de tiempo cierta información no esta asociada o integrada con otras como debería ser normalmente. Hilgard también argumentó, como mencionamos anteriormente, que la hipnosis y otras experiencias disociativas tales como fugas, estados de posesión, personalidad múltiple (Hilgard, 1984), etc. involucran algún grado de pérdida del control voluntario, existiendo una división del control entre procesos conscientes y no-conscientes (Alladin, 1992). La disociación implica la división de la conciencia en múltiples y simultáneas corrientes de actividad mental, así la disociación ocurre cuando una o más de estas corrientes de actividad mental influyen sobre la experiencia, el pensamiento y la acción (Gaytan, 1989). La teoría consiste en un modelo jerárquico con un control central (Yo ejecutor) y varios controles subordinados con sus propio mecanismos de contacto con el mundo exterior. Aunque la estructura central esta normalmente bajo control, las otras estructuras pueden tomar el control como resultado de sugerencias u otros procedimientos similares como la auto-hipnosis negativa (Araoz, 1981).

Los fenómenos hipnóticos tales como la amnesia, la analgesia, el automatismo motor, ceguera hipnótica, alucinaciones positivas y negativas, parecen sugerir la existencia de una disociación en la conciencia. Ya que dentro de estos fenómenos existe una pérdida del control y del conocimiento de dichos fenómenos, así como una pérdida del control voluntario en el automatismo motor o la amnesia. El fenómeno que más ejemplifica la presencia de la disociación es el del "observador oculto" donde después de que una sugestión de analgesia ha sido establecida exitosamente, el hipnotizador intenta comunicarse con una parte "oculta" de la persona que puede tener contacto con el estímulo dado en su real dimensión de dolor, mientras que para la otra parte del sujeto no tuvo experiencia dolorosa (Hilgard y cols., 1978). Esto quiere decir que los sujetos bajo analgesia hipnótica pueden no estar conscientes de la estimulación que ha sido totalmente procesado por el sistema senso-perceptual; y lo mismo puede ocurrir con fenómenos como la amnesia (Kihlstrom, 1987). Para Hilgard (1977, en Spanos y cols. 1983) los reportes de las "partes ocultas" no son resultado de las sugerencias dadas, sino que es algo existente como consecuencia de la disociación, lo que permite el acceso a un sistema cognitivo no-consciente, ya que el sentir dolor si es reportado por este sistema no-consciente mientras que la parte consciente reporta no experimentar dolor.

Para Hilgard (1965, 1977) la relación con el hipnotizador y el "set" situacional no tienen una influencia relevante en la respuesta hipnótica. Esta argumentación causó mucha polémica ya que se ha comprobado que el "set"

situacional de la relación social que se establece en el proceso hipnótico sí influye en las respuestas de los sujetos. Por ejemplo Hilgard (1977) reportó que la distracción como herramienta para reducir dolor es menos efectiva que la disociación, por tanto sujetos poco hipnotizables inducidos a distraerse de la estimulación nociva reportan menos reducción del dolor que los sujetos altamente hipnotizables a los que se les dieron sugerencias hipnóticas. Pero estos datos fueron refutados por algunas investigaciones donde sujetos poco hipnotizables lograron reportar, a partir de la distracción, una reducción al dolor similar a los sujetos hipnotizados (en Spanos, Gwynn y Stam, 1983). Sin embargo, esto no hace a las dos posturas excluyentes.

El término neodisociación es utilizado para colocar a la teoría de Hilgard aparte de los excesos de las versiones más antiguas. El énfasis de la disociación en lo que se denominó conciencia dividida y en las barreras amnésicas entre las corrientes cognitivo-perceptuales de actividad mental, dan una base para poder relacionar a la hipnosis con algunas teorías sobre la atención y la memoria.

Aunque ha existido controversia entre las diferentes posturas, y teóricos como Spanos han argumentado que la postura psicosocial provee una mejor y más consistente interpretación de los fenómenos hipnóticos que la postura del proceso-especial, él ha aceptado la existencia de una *disociación* en algunos fenómenos hipnóticos (Spanos 1986).

Muchos son los teóricos que se inclinan a favor de la teoría estatista de la disociación, y a continuación mencionaremos las posturas y opiniones de algunos de ellos:

Beahrs, por ejemplo, (1986) mencionó que la disociación es fundamental para los estados especiales, y que los fenómenos hipnóticos ocurren dentro de esta situación, siendo los datos aportados por Spanos (1986) insuficientes para eliminar la hipótesis neodisociativa. Sin embargo argumentó que Spanos acertó al afirmar que las estrategias dirigidas a metas pueden llevar a experimentar estados como la amnesia que es tanto subjetiva como involuntaria al igual que las sugerencias hipnóticas en sujetos altamente susceptibles; lo mismo acerca de la reducción que hace de los fenómenos involuntarios al entenderlos como opción libre. Pero argumentó que estas actividades se mantienen fuera de la conciencia del sujeto de una u otra forma, en el sentido general del término.

Kenneth Bowers y Thomas Davidson (1986), Patricia Bowers (1986) y Spiegel (1986;1987) argumentaron que la interpretación socio-psicológica de la hipnosis (Spanos, 1986) no está firmemente fundamentada y además que la disociación (la teoría más aceptada actualmente) no es un “proceso-especial” o algo excepcional como lo interpreta la teoría social, sino que es una acción común del ser humano (como verter jugo en una tasa de café, o marcar un número telefónico equivocado en vez de marcar el deseado). Además refirieron que las diferencias individuales, que Spanos considera disminuidas ante la desaparición de las ambigüedades en las sugerencias, no cambian con la manipulación de las sugerencias pues la sugestibilidad es una característica estable. Para ellos las simples sugerencias no pueden resolver el problema que existe en el entendimiento de los fenómenos hipnóticos porque concluyen que los efectos de las intervenciones terapéuticas no son debidas a las sugerencias dadas, a menos que el resultado del tratamiento este correlacionado con habilidades hipnóticas (Bowers, 1984, en Bowers y Davidson, 1986).

Léon Chertok (1987) refirió que es difícil entender la hipnosis a partir, solamente, de la interacción en la situación social, ya que hay fenómenos como el sonambulismo con amnesia espontánea, la producción hipnótica de ampollas y la cirugía sin anestesia bajo hipnosis que no se explican satisfactoriamente a través de la teoría socio-psicológica. El, de acuerdo con la existencia de un estado-especial, argumentó que existe proceso “afectivo-corporal”, que es una entidad psicobiológica indisociable, el cual actúa en un nivel inconsciente muy arcaico más allá de la transferencia que media la influencia de un individuo en otro y es capaz de producir manifestaciones de cambios psicológicos y fisiológicos.

Nathan Brody (1986) a pesar de que comentó que el trabajo de Spanos (1986) fue creativo, argumentó que no es suficientemente consistente para sostener la teoría social de la hipnosis. El refirió los resultados de una serie de investigaciones que demostraban que las indicaciones previas a una sesión experimental no cambian significativamente los resultados esperados, aunque existen grados de modificación. Brody se inclinó por la teoría neodisociativa considerándola más consistente y con más evidencias experimentales que la teoría social.

Kenneth R. Graham (1986) en su comentario sobre el artículo de Spanos (1986) comentó la falta de consistencia de la postura de éste y la considera incapaz de explicar experiencias disociativas mayores (estados de fuga, por ejemplo) que las utilizadas en sus investigaciones para justificar su

postura, las cuales, para Graham, son metodológicamente inconsistentes (120 segundos únicamente de intervalo entre mediciones de amnesia cuando en las investigaciones sobre disociación el intervalo duró 15 minutos, etc.). Así Graham argumentó a favor de la postura neodisociativa refiriendo casos clínicos propios como ejemplo de ello.

### **Posturas Teórico-Integrativas**

La controversia entre los estatistas y los no-estatistas ha logrado que muchos investigadores se inclinen a pensar que la mejor forma de investigar el fenómeno hipnótico y aprovechar su utilidad, es integrando ambos paradigmas en uno solo, postulando que las teorías no son excluyentes y que ambas tienen validez dentro del contexto hipnótico (Michaux, 1988; Sheehan, 1986; Navon, 1988; Glicksohn, 1988; Turk & Rudy, 1986; Kihlstorm, 1986).

Otro gran teórico sobre la hipnosis, que comparte lo anterior, es John F. Kihlstrom quien propone la existencia de fenómenos que se dan en estructuras y procesos de tipo subconscientes que pertenecen a la mente cognitiva inconsciente, siendo la hipnosis una interacción social donde se responde a las sugerencias ofrecidas por el hipnotizador teniendo alteraciones en la percepción, la memoria y la acción. El, a su vez, muestra evidencias de la existencia de un inconsciente cognitivo (diferente al inconsciente psicoanalítico), ya que los resultados de algunas investigaciones sobre fenómenos tales como la percepción subliminal, la memoria implícita y la hipnosis dan cuenta de la influencia que tienen ciertos eventos en las funciones mentales y que no es en ninguna manera susceptible de conciencia (1987). Este impacto de las estructuras y procesos mentales inconscientes sobre la experiencia, el pensamiento y la acción conscientes de los individuos dan la posibilidad de una subdivisión de la mente cognitiva inconsciente en tres partes (inconsciente, preconscious y subconsciente) cada una de ellas con diferentes niveles de influencia sobre las funciones mentales las cuales no son conscientes para el individuo. Esto dio pie a pensar que existe una posibilidad de llevar a cabo un control terapéutico de los sistemas cognitivos que puedan influenciar la experiencia, los pensamientos, sentimientos y conductas de sujetos con algún trastorno afectivo, bajo hipnosis, facilitando los procesos terapéuticos tradicionales. Kihlstrom argumentó que la postura sociopsicológica y la teoría neodisociativa no son mutuamente excluyentes y que ambas tienen validez. Por un lado es evidente la influencia de la situación social, las motivaciones y las actitudes del sujeto en la experiencia hipnótica, así como la calidad de las sugerencias dadas. Pero también es importante

señalar que el fenómeno de disociación se encuentra presente en el logro de la fenomenología hipnótica, tanto en la hipnosis, como la auto-hipnosis donde no existe la necesidad de verse como un "buen sujeto". Él comentó que la importancia de la postura de Spanos (1986) es el haber sumado la situación psicosocial al estudio de la hipnosis, argumentando que no es que antes ésta influencia social estuviera negada, sino que se tomaban sus efectos como existentes previamente y se deseaba determinar qué otros procesos estarían involucrados en la hipnosis (Kihlstorm, 1986). Para Kihlstorm la disociación, lejos de ser un proceso psicológico especial único para la hipnosis, puede ser entendida bajo los mismos términos de los principios que gobiernan la percepción y la memoria normal, siendo la síntesis creativa de los dos puntos de vista la mejor manera de entender la hipnosis.

Para Irving Kirsch (1986) la conducta hipnótica es análoga a los síntomas conversivos y los trastornos de disociación, por tanto diferenciar entre respuestas hipnóticas genuinas y simuladas es equivalente a diferenciar entre alteraciones reales y facticias. Los simuladores pretenden ser incapaces de hacer una acción, pero los conversivos y los hipnotizados creen de verdad que ellos no pueden lograrla (doblar el brazo por ejemplo). Por tanto las respuestas no-volitivas están generadas, según el autor, por las expectativas de su ocurrencia en contextos con o sin hipnosis. Así para Kirsch (1986) no es necesario apelar a un "estado de trance especial", ni a estrategias cognitivas y sociales para explicar la conducta hipnótica. Para él lo importante son las expectativas en los sujetos. Concluye, a partir de los hallazgos de Spanos (1986), que los sujetos hipnotizados están motivados a experimentar efectos sugeridos más que convenir en una impresión de que están hipnotizados; que los sujetos actúan como si sus respuestas fueran no-volitivas solamente hasta el punto de que las están experimentando como tales; y que las experiencias hipnóticas están generadas por las expectativas de respuesta involuntaria.

En general se puede decir que tanto el punto de vista sociopsicológico de la hipnosis como el neodisociativo tienen gran validez en la explicación de los fenómenos hipnóticos y en las respuestas a las sugerencias. La mayoría de los teóricos sobre la hipnosis no niegan la influencia de la situación social, las actitudes, motivaciones y las expectativas de los sujetos en las respuestas hipnóticas, pero también están de acuerdo con que los fenómenos de disociación explican de forma más satisfactoria no solo los fenómenos hipnóticos y auto-hipnóticos sino otros fenómenos humanos como la memoria, la percepción subliminal, las alteraciones conversivas, etc. (Spanos, 1986; Orme, Dinges y Orme, 1986; Beahrs, 1986; Bowers y Davidson, 1986;

Edmonston, 1986; Evans, 1986; Graham, 1986; Kihlstrom, 1986; Kirsch, 1986; Naish, 1986; Jean, 1986; Michaux, 1988).

### **HIPNOSIS: *Hallazgos Neuro-Fisiológicos***

Siempre ha sido del interés científico encontrar sustratos biológicos a toda fenomenología humana y con la hipnosis esto no es una excepción. Las investigaciones van desde la lateralidad cerebral, hasta los correlatos del estado de trance. Aquí haremos una pequeña revisión de estos hallazgos con el fin de ilustrar el punto de vista de las neurociencias en el estudio de la hipnosis.

W. R. Hess, entre 1925 y 1949 (en Cobos y Patrón, 1994), logró que un gato produjera conductas de lucha o huida estimulando una parte de su cerebro en el interior del hipotálamo. También, estimulando otra zona hipotalámica, Hess produjo reacciones como las percibidas en el estado de relajación hipnótico, es decir, opuestas a las conductas de lucha y huida. A esto le dio el nombre de conducta trofotrófica y la describió como un mecanismo que protege al sujeto de los excesos de tensión, perteneciente al sistema trofotrófico y que favorece a los procesos reconstituyentes. A partir de esto se piensa que ésta reacción trofotrófica de los gatos podría tener su equivalente en las respuestas a la relajación en el ser humano. Así el hipotálamo estaría muy relacionado en la inducción de los procesos hipnóticos a partir de la relajación.

Edmonston (1981, en Cobos y Patrón, 1994) ha descrito dos diferentes etapas o fases del proceso hipnótico; la primera se llama "hipnosis pasiva" o *Anesis*, que se caracteriza por un conjunto de cambios fisiológicos específicos que concuerdan con las respuestas funcionales vegetativas parasimpáticas; y la segunda se llama "hipnosis activa", que se caracteriza por cambios fisiológicos que varían según las sugerencias dadas. Los cambios fisiológicos que se han encontrado en la *Anesis* son los siguientes:

- A nivel respiratorio: Disminución del consumo de oxígeno.
  - Disminución de la eliminación de CO<sub>2</sub>.
  - Disminución de la frecuencia respiratoria, y del volumen respiratorio por minuto.
  - Cosciente respiratorio sin cambio.

- A nivel sanguíneo: Disminución del **pH** con un incremento de bases.  
Disminución de lactato sanguíneo.
- A nivel cardiovascular: Disminución de la frecuencia cardiaca.  
Sin cambio en presiones sistólica y diastólica.
- A nivel eléctrico-cerebral: Aumento de ondas Alfa y Theta.
- A nivel de resistencia de la piel: Incremento de la resistencia basal.

Estos cambios fisiológicos son interpretados como una actividad metabólica general disminuida, que pueden tener una gran utilidad si se aplica la hipnosis en el tratamiento de enfermedades causadas por tensiones psicofisiológicas como son: ansiedad, hipertensión, cefalea, migraña, tabaquismo, etc.

En el cuadro no. 1 se muestra una tabla de correlaciones electrofisiológicas y conductuales tanto en la vigilia y el sueño como en la hipnosis, el cual puede ofrecer una visión de los diferentes cambios fisiológicos y conductuales durante estos diversos estados de conciencia.

Aunque algunos estudios han encontrado evidencia fisiológica que sugiere que el proceso continuo de profundización en el trance hipnótico existe sin distinciones claras entre los diversos niveles de profundidad. Otros refieren que las variaciones en el ritmo de la respiración y la conducción electrodérmica dependen más del tipo de sugerencias que se dan en la inducción que del grado de profundidad de la hipnosis (Miguel Tobal y Gonzalez Ordi, 1984).

Crawford (1989; 1992) recientemente ha desarrollado un modelo neuropsicofisiológico de la hipnosis que, a partir de la disponibilidad de métodos de neuroimagenología, ha logrado integrar y comprobar diversos cambios en la dinámica cerebral durante la hipnosis; ella argumenta que la alta susceptibilidad hipnótica se caracteriza por una flexibilidad cognoscitiva mayor, también de una mayor habilidad para cambiar las estrategias cognoscitivas y estados de conciencia según las demandas de una tarea que puede estar acompañada de una mayor especificidad hemisférica neurofisiológica (en Domínguez, 1995). Se ha encontrado que la hipnosis atenúa significativamente las mediciones fisiológicas y los reflejos

**Cuadro No. 1**

CORRELACIONES ELECTROFISIOLÓGICAS Y CONDUCTUALES EN LA VIGILIA, EL SUEÑO Y LA HIPNOSIS						
PARAMETRO	VIGILIA		SUEÑO		HIPNOSIS	
E.E.G.	Atención Ondas Beta Ondas Theta Rítmicas y regulares	Relajación Ondas Beta y predominio de Alfa Ondas Theta rítmicas y regulares	Lento Ondas Alfa Ondas Theta: Aisladas e irregulares	Rápido Ondas Beta Ondas Theta: Rítmicas y muy regulares	Pasiva Ondas Alfa Ondas Theta: Aisladas e irregulares	Activa  Estos
E.M.G	Amplitud alta	Amplitud media	Amplitud baja	Trazo isoelectrico con sacudidas.	Amplitud baja	parámetros
Mov. Oculares	Bifásicos y continuos	Ninguno	Lentos y bifásicos, aislados de muy poca amplitud	Descargas bifásicas (rápidas)	Lentos bifásicos aislados de muy poca amplitud	varían
Conducta	Exploratoria atenta	Sentado o acostado, cabeza erguida, ojos abiertos o cerrados	Acostado de lado, ojos cerrados, frecuencia respiratoria y cardíaca lentas.	Acostado, descargas de las extremidades, músculos de la nuca y vibrisas, respiración irregular.	Sentado o acostado, ojos cerrados, frecuencia respiratoria y cardíacas lentas.	según el estado sugerido
Tiempo empleado en 24 horas	35 %		50 %	15 %	Parámetro que varía	

nociceptivos instigados por la estimulación eléctrica, es decir que se ha comprobado que los efectos hipnóticos que se observan en las personas van más allá de solo modificar o sustituir rótulos verbales (en Domínguez, 1995).

Algunas investigaciones han relacionado los procesos atentosivos (atención sostenida y enfocada, atención selectiva, atención dividida y atención al ambiente) con la hipnosis y se ha sugerido que posiblemente tengan sustratos neurofisiológicos similares. Crawford (en Domínguez, 1995) propone que los sujetos con alta susceptibilidad hipnótica poseen una mayor habilidad sostenida atencional y disatencional, lo que da una idea de correlato neurofisiológico y soporta a la idea de la constancia de la susceptibilidad hipnótica que algunos teóricos rechazan (por ejemplo: Spanos, 1986). También se ha encontrado que existe una alta correlación entre la susceptibilidad hipnótica elevada y la actividad eléctrica theta, principalmente en la región occipital del cerebro (en Domínguez, 1995).

Se ha encontrado que los sujetos con alta hipnotizabilidad poseen un mejor y más eficiente sistema de atención fronto-límbico que los sujetos bajos en susceptibilidad, es decir, que los sujetos con alta susceptibilidad hipnótica poseen más habilidades de filtrado atencional. Este mismo sistema fronto-límbico está involucrado en la modulación de la emocionalidad y de la comodidad-incomodidad (en Domínguez, 1995).

Otra evidencia de los cambios fisiológicos producidos por la hipnosis es la evaluación de la analgesia hipnótica a partir de la medición del reflejo nociceptivo espinal R-III, cuya magnitud está relacionada con la intensidad del dolor subjetivo y se ha utilizado en varias investigaciones como parámetro de medición para el control del dolor tanto con fármacos como con procesos alternativos (hipnosis). En estudios con sujetos hipnotizados se ha observado una reducción del reflejo R-III a partir de intervenciones hipnóticas, lo cual produjo grandes disminuciones de dolor (en Domínguez, 1995).

### **Dos Hemisferios Cerebrales: *Dos Estilos Cognitivos***

El cerebro humano está compuesto por dos hemisferios, que están unidos por una estructura conformada por un gran número de fibras neurales que se llama "cuerpo calloso", cuya función es intercambiar información entre los dos hemisferios. Cada hemisferio, aunque aparentemente simétrico en forma, guarda grandes diferencias con respecto al otro en lo que a funciones se

refiere. Los dos hemisferios comparten la simetría general izquierda y derecha del cuerpo, solo que lo hacen de una manera cruzada, la parte izquierda del cuerpo la controla el hemisferio derecho y viceversa.

La función de cada hemisferio cerebral sirve de base a dos diferentes estilos cognitivos, a las dos formas de conciencia que coexisten mutuamente (Pérez, 1988). Aunque cada hemisferio comparte de forma potencial muchas de las funciones del organismo, cada uno de ellos realiza funciones específicas. El hemisferio izquierdo, que controla la parte derecha del cuerpo, está predominantemente involucrado en el pensamiento lógico y analítico, procesa la información secuencialmente a través de su especialización en las funciones verbales; el lenguaje y las matemáticas son sus actividades características.

El hemisferio derecho, que controla la parte izquierda del cuerpo, se especializa en el pensamiento llamado "holístico", es el responsable principal de la orientación espacial de profundidad y distancia (ubicación en imágenes y mapas, etc.) y de las tareas artísticas y artesanales. Este hemisferio trabaja de manera más simultánea, ya que requiere integrar muchos estímulos a la vez. También hay evidencias de que este hemisferio es el responsable de la actividad onírica y de la integración de la música, así como el reconocimiento de información familiar (Springer y Deutsch, 1981, en Pérez, 1988).

Se han reportado cambios en la dominancia interhemisférica durante la hipnosis donde sujetos con alta susceptibilidad hipnótica demostraron un funcionamiento hemisférico izquierdo inhibitorio en tareas de atención y desatención sostenida (en Domínguez, 1995).

A pesar de la especialización interhemisférica, existe un balance entre los dos hemisferios (entre los dos estilos cognitivos), se alterna el control de cada uno dependiendo de la tarea a realizar, se autoseleccionan para trabajar según sus capacidades (Ornstein, 1984, en Pérez, 1988). Estos dos estilos cognitivos se complementan entre sí, pero no se sustituyen, no es posible traducir las modalidades de uno a las del otro, son dos formas diferentes de vivir (Pérez, 1988). A continuación se presenta una tabla de dicotomías pertenecientes a cada hemisferio, con el fin de comparar su actividad (Robles, 1990).

<b>FUNCIONES HEMISFÉRICAS</b>	
<b>HEMISFERIO IZQUIERDO</b>	<b>HEMISFERIO DERECHO</b>
Intelecto Convergencia Pensamiento Deductivo Racional Vertical Discreto Abstracto Realista Dirigido Diferencial	Intuición Divergencia Sensualidad Imaginativo Metafórico Horizontal Continuo Concreto Impulsivo Libre Existencial
Secuencial Histórico Analítico Explícito Objetivo Sucesivo Lógico Información verbal Control motor del lenguaje Pensamiento proposicional Información matemática Memoria verbal Organización sintáctica Discriminación fonética Control del tiempo Planeación Toma y ejecución de decisiones Atención focalizada	Múltiple Atemporal Holístico Tácito Subjetivo Simultáneo Emocional Información espacial Percepción de uno mismo Información musical Automatismos verbales Características emocionales de las palabras Atención difusa Procesos oníricos Atemporalidad

Las neurociencias cada vez más esclarecen, no solo, el fenómeno de la hipnosis, sino todos los aspectos del comportamiento humano y sus relaciones.

Con los años las neurociencias llenarán los huecos teóricos que existen en el estudio de la mente humana, específicamente, de la hipnosis.

### **HIPNOSIS: *Definición y Fenomenología***

La palabra *hipnosis* no hace alusión a un ritual sino a un tipo específico de comunicación entre la gente (Gaytan, 1989), por lo que no es necesario hacer una serie de rutinas para alcanzar este tipo de comunicación al que comúnmente se le denomina *trance*.

Podemos observar que, como Erickson argumentó, se puede redefinir la hipnosis entendiéndola como una relación, un tipo especial de intercambio entre dos personas, y no como el estado de una de ellas. La hipnosis es un estado de predisposición a utilizar lo aprendido, es un estado de conocimiento bien definido, no es algún tipo de distorsión de la realidad, es mejor entenderla como una disposición para usar las propias capacidades a partir de cierta relación con uno mismo o con el hipnotizador. La hipnosis está incluida dentro de toda la variedad de comportamientos humanos, y se ha observado desde la antigüedad, por lo que no hay porqué pensar en ella como algo fuera del contexto de las capacidades del hombre.

La comisión de la British Medical Association (1955, en Chertok, 1992) definió a la hipnosis como: “un estado pasajero de atención modificada en el sujeto donde pueden aparecer diversos fenómenos espontáneamente o como respuesta a estímulos verbales o de otro tipo, con ello se da un cambio en la conciencia y en la memoria, una susceptibilidad acrecentada a la sugestión, así como una serie de conductas, ideas y estados físicos que no son familiares al sujeto en su estado habitual y que pueden producirse en estado hipnótico”.

Como podemos observar anteriormente y en la sección de teorías sobre la hipnosis, los investigadores siguen argumentando a favor y en contra de las definiciones existentes, por lo que definir a la hipnosis conceptualmente es un riesgo que generaría mucha polémica. Así, para este estudio, definiremos a la hipnosis operacionalmente con las limitaciones que comúnmente se tienen.

Le definiremos como sigue: *La HIPNOSIS es un estado o tipo de relación donde la conciencia adquiere mayor receptividad o sugestibilidad para utilizar sus potencialidades, un estado disociativo inducido o*

*autoinducido mediante el recurso de la sugestión o autosugestión y la imaginería para obtener fenómenos hipnóticos los cuales el sujeto es capaz de desarrollar. Un estado psicofisiológico que se logra a partir de la fijación de la atención y la respuesta a la relajación para entrar a otra secuencia lógica de pensamiento que facilita la intervención terapéutica y la reestructuración cognoscitiva, donde la relación interpersonal con el terapeuta influye significativamente en el proceso.*

### **FENOMENOLOGÍA HIPNÓTICA: *El Camino***

Existe una gran variedad de fenómenos hipnóticos que pueden ser producidos durante el trance, el cual tiene que ver con dos condiciones esenciales: *atención, relajación y aumento de la sugestibilidad*. Estos tres componentes de la fenomenología hipnótica son básicos para producir toda la gama de experiencias hipnóticas.

Entre los principales fenómenos hipnóticos encontramos los siguientes:

- **De Inducción:** Fijación de la atención, modificación del tono muscular, aumento progresivo de la susceptibilidad y el establecimiento del rapport o confianza terapéutica.
- **De Profundización:** Catalepsias, movimientos automáticos, regresión de edad, autohipnosis, alucinaciones sensoriales (visuales, gustativas, olfativas, auditivas y sensitivas), memorizaciones, progresión de edad, amnesias, sugestiónes posthipnóticas, reestructuración cognoscitiva y diversos tipos de condicionamiento.

### **SUSCEPTIBILIDAD HIPNÓTICA: *Evaluación subjetiva***

Se dice que cada persona tiene una capacidad distinta de reacción a las sugestiónes hipnóticas y que los sujetos con alta y baja susceptibilidad tienen distintos niveles de funcionamiento en la dinámica cerebral (Domínguez, 1995). A esta cierta capacidad se le ha denominado *susceptibilidad o sugestibilidad hipnótica* (hipnotizabilidad). Así, los especialistas e investigadores de la hipnosis han desarrollado tests o pruebas orientadas a determinar la susceptibilidad hipnótica de los individuos en situaciones tanto individual como de grupo, las cuales tienen 3 propósitos principales:

- **Clasificar:** Conocer el grado de hipnotizabilidad de los sujetos para que, en caso de tratamiento o estudio, se aplique o no la hipnosis de forma pertinente.
- **Preparación:** Los sujetos son preparados gradualmente antes de ser hipnotizados, para beneficiar manejos posteriores con hipnosis.
- **Elección de Estrategias Individuales:** En base a los resultados de las pruebas, se elegirá el tipo de técnica idónea para el mejor resultado de la inducción. Las técnicas deben de ser adaptadas a los sujetos y no los sujetos a las técnicas, esto es algo de suma importancia, ya que si una técnica no es adecuada deben utilizarse otras alternativas (Cobos y Pastor, 1994).

Para algunos investigadores y terapeutas es fundamental conocer el grado de sugestibilidad hipnótica en los sujetos que van a hipnotizar, para otros esto no es importante, incluso es considerado por algunos como obsoleto.

Blum (1963, en Hilgard, 1965) argumentó que si se toma el tiempo suficiente casi cualquier sujeto puede ser entrenado para volverse más susceptible, Dorcus (1963, en Hilgard, 1965) creyó que la habilidad del hipnotista es fundamental, ya que este puede adaptar técnicas y métodos a la personalidad del sujeto a hipnotizar y cambiar así su grado de hipnotizabilidad. Por otro lado, Barber (1964, en Hilgard, 1965) argumentó que los factores motivacionales y situacionales son mucho más importantes que las diferencias personales en la sugestibilidad hipnótica, que para él estaban mal planteadas. Sarbin (1963, en Hilgard, 1965) habló acerca de que si las diferencias individuales en la conducta y en la experiencia fuera del estado hipnótico son similares a aquellas dentro del estado hipnótico, entonces se podría dar un paso para entender el problema de la susceptibilidad.

Una posición ecléctica sobre la naturaleza de la profundidad del trance hipnótico es la postura de Shor (1959, 1962, en Hilgard, 1965) quien habló de 3 dimensiones principales en torno a la profundidad hipnótica: a) la profundidad de la "toma del rol" dentro de la situación hipnótica, que implica aspectos y estructuras motivacionales y cognitivas para lograr hundir los niveles de conciencia y lograr niveles no-conscientes, por lo que la "toma del rol hipnótico" no significa profundidad del trance hasta que ésta se convierte en involuntaria; b) la profundidad del trance, se refiere al desvanecimiento gradual de la orientación generalizada hacia la realidad exterior de lo que

resulta lo que él llamó “conciencia no funcional”, por lo que la nueva orientación que le proporciona el hipnotista se convierte en la única y posible realidad para la persona hipnotizada en el momento del trance; c) la profundidad de la envoltura o ambiente arcaico, que se refiere al aspecto regresivo de la hipnosis y de las posibilidades transferenciales que esto produce.

Hilgard (1965) por su parte desarrolló también una postura ecléctica, llamada Teoría Interactiva del Desarrollo de la Susceptibilidad. En ella se refirió al desarrollo, porque habla de que cada individuo tiene en su propio desarrollo y determinadas experiencias que van a producir una mayor o menor facilidad para entrar en trance. Habló acerca de una teoría interactiva porque tomó en cuenta de la importancia que tiene para la susceptibilidad hipnótica lo que ocurre en la inducción hipnótica y el establecimiento del estado en si, es decir que la interacción entre hipnotizador e hipnotizado resulta muy importante para el logro del trance.

Expresado lo anterior, revisaremos a continuación brevemente la creación de pruebas y escalas para medir la hipnotizabilidad de los sujetos. Una de las primeras pruebas de susceptibilidad hipnótica que apareció fue el Sistema de Davis y Husband para determinar la susceptibilidad hipnótica (1931, en Pastor, 1990). Esta prueba consta de 17 reactivos los cuales dan una puntuación de entre 2 a 26 puntos, con lo que se califica la hipnotizabilidad. Es una prueba gradual ya que los reactivos van aumentando en profundidad y se refieren a conductas tanto motoras, conductuales, sensoriales y perceptivas. La calificación puede ser: No-susceptible (0), Hipnoideo (2-5), Trance Ligero (6-11), Trance mediano (13-20), Trance profundo o sonambulístico (21-26). Esta escala es muy general pero su tiempo de administración es relativamente corto (Pastor, 1990). Otra escala de medición es el Sistema de Puntaje Lecron-Bordeaux que consta de 50 reactivos gradualmente especificados y que incluye respuestas motoras, conductuales, sensoriales, perceptivas e imaginativas. Usa la misma clasificación que la anterior. (Ver Apéndice 2).

Las formas más conocidas en cuanto a escalas de susceptibilidad hipnótica son las desarrolladas en el Laboratorio de Investigaciones sobre Hipnosis de la Universidad de Stanford por Weitzenhoffer y Hilgard (1965, en Kihlstrom, 1985) en los años 50's y las elaboradas por el grupo de Harvard en el mismo periodo (Kihlstrom, 1985).

La Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Stanford (SHSS), tanto su forma A, B y C como más tarde la Escala Clínica Hipnótica con formas especiales para adultos y niños, están dispuestas en forma gradual, donde las sugerencias pretenden producir ciertas experiencias hipnóticas representativas cuyas respuestas se registran en términos de criterios objetivos. Estas escalas refieren experiencias tanto motoras, cognitivas, conductuales como imaginativas. La Escala de Susceptibilidad Hipnótica del Grupo Harvard (HGSHS) se basó en la forma A de la escala de Stanford y permite la economía del trabajo con evaluaciones en grupo. Spiegel (1977, en Kihlstrom, 1985) desarrolló una escala más rápida que las anteriores denominada Perfil de Inducción Hipnótica (HIP) que consiste en señales de movimientos de ojos acompañado de cortas inducciones hipnóticas y una prueba como medición de hipnotizabilidad. La mayoría de estas escalas tienen altas correlaciones con las SHSS de una u otra manera.

En 1983 Spanos (en Kihlstrom, 1985) introdujo la Escala de Responsividad a las Sugerencias de la Universidad de Carleton (CURSS) que consiste en inducciones y sugerencias para siete experiencias representativas. Esta escala tiene una correlación de, 65 con la SHSS y define a la hipnosis en términos de la voluntad de los sujetos para cooperar con los procedimientos, como su teoría sociopsicológica, más que en términos de experiencias subjetivas como lo es la escala Stanford.

Aunque la hipnotizabilidad es usualmente medida en términos de respuestas conductuales a las sugerencias, la hipnosis puede ser diferenciada del cumplimiento forzado o voluntario de los efectos clásicos de la sugestión, en el cual la respuesta hipnótica es vivida como algo que ocurre de forma involuntaria (Weitzenhoffer, 1974, en Kihlstrom, 1985). Los efectos pueden relacionarse con la falta de habilidad de los sujetos para resistir las sugerencias hipnóticas (Zamansky, 1977, Lynn y cols. 1983, en Kihlstrom, 1985) y con la persistencia posthipnótica de las sugerencias que no fueron canceladas (Duncan y Perry, 1977, en Kihlstrom, 1985). Se han encontrado diferencias neurofisiológicas en los procesos atencionales entre sujetos con alta y baja susceptibilidad lo que provee soporte a la idea de una cualidad específica (en Domínguez, 1995).

## LA HIPNOSIS: *Un Recurso Terapéutico*

La hipnosis ha gozado paradójicamente de una gran aceptación en los últimos años, así como, también, de rechazos y fuertes críticas; pero de cualquier forma es innegable la existencia del fenómeno hipnótico, aunque su relación con las ciencias de la salud es aún controversial. Sin embargo, en la literatura científica se han reportado una serie de estudios donde se ha dado validez a la realidad del estado de trance o situación hipnótica así como a los fenómenos que la acompañan tanto fisiológicos y perceptivos como afectivos, cognitivos, kinestésicos y conductuales (Hilgard, 1965; Michael y cols, 1979; Perry, Gelfand y Marcovitch, 1979; Bowers, 1979; Barabasz y Lonsdale, 1983; Spanos, Dubreuil, Saad y Gorassini, 1983; Kihlstrom y cols., 1985; Spiegel y cols., 1985; McBrien, 1990; Harris, 1993; Shum, 1993; Alladin, 1994; Zamansky y Bartis, 1985; Bowers y Moody, 1996; Reed, Kirsch, Wickless, Moffitt y Taren, 1996).

El uso de la hipnosis como herramienta terapéutica en los tratamientos tanto médicos, psiquiátricos, psicológicos como dentífricos es bien conocido en la literatura actual (Hartland, 1974; Chertok, 1992; Moss, 1961; Gindes, 1959; Kingsbury, 1962; Shaw, 1958; Cobos y Patrón, 1994; Kihlstrom, 1979; Hammond, 1990). Aquí se hará referencia únicamente a los trabajos que describen el uso de la hipnosis como herramienta terapéutica en psicología.

Dentro de la psicoterapia la hipnosis ha ganado un reconocimiento relativo por sus efectos positivos como herramienta terapéutica en diferentes tipos de tratamiento. Su uso más reciente es la aplicación de sugerencias directas para la disminución de síntomas o la recuperación de material olvidado, obtención de relajación, mayor concentración, control de dolor, disminución en el tiempo del tratamiento, acceso a procesos psicológicos no concientes y reestructuración cognoscitiva. Por lo que ha encontrado aceptación entre algunos terapeutas cognitivo-conductuales y otros con orientación psicodinámica. (Alladin, 1994; Savage, 1993; Aters, 1994; Spiegel y Spiegel, 1978, en Kihlstrom, 1985; Tosi y Baisden, 1984, Golden y cols., 1987, en Alladin, 1994; Fine, 1994; Alden, 1995; Kohen, 1996; Corzo y Martínez, 1989; Hammond, 1990).

La aparente estabilidad de la sugestibilidad hipnótica, en los esfuerzos por modificar situaciones en terapia, tiene dos importantes implicaciones: la sugestibilidad de los pacientes aptos para la hipnoterapia y la reivindicación de que la hipnosis es un ingrediente activo en la terapia que debe estar

respaldada por una correlación alta entre la sugestibilidad del paciente y el resultado. Si una persona resulta no ser apta para hipnoterapia es mejor, para el clínico y el paciente, intentar un acercamiento no hipnótico contra el problema. Aunque existen otras posturas que no consideran a la sugestibilidad hipnótica como un factor importante (Pérez, 1988; Robles, 1990).

Los clínicos deben intentar capitalizar sobre a qué le llaman el componente placebo de la hipnosis, pero esto debe distinguirse del hecho de que algo ocurre más allá de la influencia social que existe en el ritual hipnótico (Kihlstrom, 1985). Y de hecho, la relación entre la sugestibilidad hipnótica y los resultados del tratamiento no está muy clara hasta el momento, y existen problemas en la medición de la sugestibilidad hipnótica de los pacientes. Al respecto algunos estudios mencionan que pacientes esquizofrénicos crónicos no son susceptibles a la hipnosis; que pacientes deprimidos, alcohólicos y anoréxicos muestran una distribución normal en los resultados de sugestibilidad y que los pacientes fóbicos aparecen con una sugestibilidad hipnótica muy alta (Petinati, 1982, en Kihlstrom, 1985). Lazarus (1973) encontró que la actitud de los pacientes hacia la hipnosis y la actitud hacia ser hipnotizados está más relacionada al éxito terapéutico que el nivel de susceptibilidad hipnótica que presentan (en Perry y cols. 1979). Sheehan y Orne (1968) identificaron que la ganancia secundaria de la sintomatología y la fe en la relación médico-paciente son los mayores determinantes para obtener resultados exitosos (en Perry y cols., 1979). Orne (1969) indica también que la relación terapéutica debe procurar comunicar al paciente expectativas favorables de que los sujetos responderán bien a las sugerencias terapéuticas, por ello él recomienda no dar al paciente sugerencias que no vayan a ser respondidas pues puede decepcionar al paciente y el tratamiento se vendría abajo (en Perry y cols., 1979). Frankel (1976) encontró mejores resultados en pacientes con mayores niveles de susceptibilidad hipnótica que los otros pacientes con niveles inferiores en el tratamiento de trastornos de ansiedad y problemas físicos (en Perry y cols., 1979). Nace, Warwick, Kelley y Evans (1980) reportaron mayores éxitos en el tratamiento de personas en el ámbito militar, con altos niveles de susceptibilidad en el tratamiento de trastornos neuróticos y de personalidad (en Perry y cols., 1979). Sin embargo Perry y cols. (1979) han encontrado que aparentemente es irrelevante el grado de susceptibilidad hipnótica del paciente para el resultado del tratamiento (contra el tabaquismo), y encontraron que es más significativa la motivación del paciente para el éxito del tratamiento. A su vez mencionan que personas con bajos niveles de susceptibilidad hipnótica pueden también

beneficiarse del tratamiento bajo hipnosis si su motivación al cambio es grande .

Tosi y Baisden (en Gaytan, 1989) han referido que la hipnosis aumenta la habilidad para concentrarse de los sujetos y dirigir su atención hacia los procesos conductuales en cuestión, por debajo o sobre el umbral de la conciencia, así como minimiza las distracciones que interfieren el proceso de aprendizaje, integrándose también el funcionamiento cortical y subcortical, por lo que es una herramienta muy útil en la terapia psicológica.

Se han reportado resultados positivos en tratamientos favorecidos por la hipnosis en pacientes asmáticos, con cefalea, dolor crónico benigno, control de dolor en cancer, trastornos dermatológicos, problemas de sueño, obesidad, trastornos dentales, alcoholismo, miopía, etc. (Bowers y Kelly, 1979, en Kihlstrom, 1985; Graham y Leibowitz, 1972; Corzo y Martínez, 1989; Fragoso, 1989; Hammond, 1990).

Frankel (1976, en Kihlstrom, 1985) mencionó dos formas principales en las cuales ha sido utilizada la hipnosis por los clínicos últimamente: la sugestión directa o indirecta para la disminución de síntomas y la recuperación de material olvidado útil para el proceso terapéutico. También reportó que en los pacientes que son hipnotizados, los problemas que los orillan a buscar ayuda pueden tener sus orígenes en estados que ocurren de forma natural y que son similares a la hipnosis; con esa idea, en una investigación, se logró producir y cancelar estados patológicos que el paciente susceptible experimentaba vívidamente, y al final el paciente comprendía que sus síntomas eran también controlables y que en un futuro podía ponerles algún grado de control. Estas ideas de Frankel se adaptan bien a algunos conceptos de la teoría cognitiva y abren posibilidades para la utilización de la hipnosis en otros protocolos de intervención.

Algunos otros trabajos han sugerido que la hipnosis tiene buenas probabilidades de éxito como herramienta terapéutica cuando las fantasías, la solución creativa de problemas y la toma de roles juega un papel importante en el tratamiento (Bowers, 1979, en Kihlstrom, 1985). A su vez Ayers (1993) reporta la eficiencia de la hipnosis en un tratamiento hipnoanalítico para la memorización de material importante para la terapia en una paciente con fuertes ataques de ansiedad, agitación y depresión. También Savage (1993) ha reportado la utilidad de la hipnosis para la recuperación importante de material esencial para la terapia de resolución de duelo y depresión. Shum (1993) ha

demostrado la efectividad del tratamiento con hipnosis en una paciente con trastornos depresivos, problemas de obesidad y tabaquismo, donde curiosamente los componentes hipnóticos tuvieron éxito cuando no fue considerada la hipnosis como parte de la terapia. También se ha encontrado que la hipnosis ha dado resultados positivos en el tratamiento de estrés y episodios asmáticos con componentes depresivos e ideación suicida en adolescentes (Mendelberg, 1990). Braybrooke (1989) también obtuvo éxito en la aplicación de hipnoterapia en una paciente que presentaba un trastorno maniaco depresivo severo. Otro estudio con hipnoterapia ha reportado éxito en el tratamiento contra la psiconeurosis y la depresión, donde se trabajó con hipnoanálisis médico, con metas definidas y bien orientadas (Griggs, 1989).

Malon y Hurley (1994) reportan éxito en la utilización de hipnoterapia con orientación ericksoniana y componentes cognitivos en el tratamiento de la depresión y la culpa. Otros estudios han dado muestra de la efectividad de programas con hipnosis y auto-hipnosis en el manejo de la depresión, facilitando en el paciente mejoría en su autoestima, su confianza en reducir y controlar los sentimientos depresivos, incrementar la habilidad de experimentar pensamientos positivos y así incrementar también la cantidad de eventos placenteros, siendo una terapia con fuertes convergencias con la terapia cognitiva tradicional. Golden y Gersh (1990) obtuvieron resultados positivos en el tratamiento de pacientes con cáncer, disminuyendo el estrés, la ansiedad y la depresión implantando también control de dolor usando terapia cognitivo-conductual y la hipnoterapia.

Es importante señalar que la hipnosis no es una *panacea*, y que su uso debe ser específicamente en el hábito en que ella puede actuar y dependiendo de las características tanto del terapeuta como de los pacientes. El trabajo hipnoterapéutico es un trabajo serio que necesita ser tomado sólo como herramienta dentro del proceso terapéutico, así como lo son otras técnicas terapéuticas. El profesional, después de consolidada su personalidad como terapeuta, debe absorber las técnicas dentro de su práctica de forma natural para después deshacerse de ellas, es decir, no tener que hacer más técnicas sino solo psicoterapia (Ubando, 1997).

### **TÉCNICAS HIPNÓTICAS: *El Arte de la Hipnosis***

En última instancia podemos decir que la hipnosis es un proceso de comunicación (Patrón, 1990), en el cual existe una persona que es quien dirige la sesión (hipnoterapeuta o hipnotista), y otro que recibe las sugerencias

(paciente o sujeto). Por lo que es necesario que el sujeto sepa exactamente para qué se utilizará la hipnosis en su tratamiento. Se debe hablar sobre su motivación hacia la hipnosis, aclarar todas sus dudas, mitos y temores, así como preparar la mente del paciente. Los miedos y mitos más comunes son los siguientes:

- Miedo al no poder ser deshipnotizado
- Temor a revelar secretos escondidos
- Temor a ser controlados u obligados a actuar contra su voluntad
- La creencia de que los sujetos hipnotizables son débiles mentalmente
- Temor al fracaso

**Motivación hacia la hipnosis:** Se debe hablar acerca de la importancia de que el paciente acepte ser hipnotizado y que las sugerencias que le hagan deben ser cumplidas por su bien, él debe desear cumplirlas, o creer que, pese a su voluntad, no podrá resistirse.

Mientras más se aumente el deseo de una persona a ser hipnotizada mayor será el éxito:

- Se debe averiguar que tanto deseo tiene el paciente para ser hipnotizado.
- Se debe hablar de lo molesto de sus síntomas y lo diferente que sería su vida si se liberara de ellos.
- Se debe hablar de que es muy probable que el tratamiento hipnótico actúe con más fuerza.
- Es importante hacer que el paciente se convenza de que hipnotizarlo le será beneficioso en su tratamiento.

**Eliminación de dudas y temores:** Es de suma importancia, como hemos señalado, eliminar toda la ansiedad y los temores que pueden surgir a partir de saberse como paciente de un tratamiento hipnótico. Para Hartland (1974) estos temores caen principalmente en dos categorías:

1.- Temor al fracaso y mucha ansiedad por el éxito: Se debe evitar que el paciente considere a la hipnosis como un reto a vencer o una prueba de su habilidad, ya que esto podría traer demasiada ansiedad ante el fracaso o el éxito y cualquier inducción fracasaría, por lo tanto hablar de ello al paciente y despejar las dudas es muy importante.

2.- Temor al estado hipnótico en sí: Los temores hacia la hipnosis provienen de los mitos y la ignorancia hacia el concepto real de hipnosis, se debe hablar con el paciente aclarándole todos estos aspectos para que no tenga dudas o temores acerca de lo que va a ocurrir durante el trance. Para preparar la mente del paciente se deben aclarar los siguientes puntos:

- Qué sabe sobre la hipnosis, y que espera que suceda durante el trance, aclarándose las dudas y errores de conceptualización.

- No es como el sueño donde se pierde conciencia, todo el tiempo estará consciente de todo

- No necesariamente olvidará todo lo que pasó y que no podrá ser controlado u obligado a hacer algo a lo cual se oponga decididamente.

-Es la fuerza de voluntad del paciente la que permite el trance hipnótico y no la del hipnotizador.

- No hay peligro de quedarse en el "viaje" como se dice comúnmente.

Existen ciertos principios adicionales que, según Hartland (1974), son aplicables al estado hipnótico:

1.- El poder de crítica está restringido, en su mayoría, a la mente consciente. Cuando las sugerencias rebasan la mente consciente penetran en forma directa a la mente inconsciente, la cual a causa de su poco poder de crítica es incapaz de rechazarlas.

2.- La respuesta a la hipnosis va a depender del grado hasta el cual se suprime el poder de crítica y el poder de rechazo que normalmente son ejercidos por la mente.

3.- Así la profundidad de la hipnosis está relacionada en proporción directa con el grado de supresión lograda. Una supresión ligera logrará una hipnosis ligera y así sucesivamente.

4.- Mientras más se suprime la mente consciente, más aumentará la sugestibilidad del individuo.

Es importante recordar que el paciente reaccionará en la medida en que el pueda y no en la medida que el terapeuta quiera, asimismo se debe respetar la integridad del paciente (en el marco de la ética profesional). Es necesario, como se ha mencionado antes, adaptar las técnicas a los sujetos y no los sujetos a las técnicas.

El paciente debe estar tranquilo y convencido de lo que va a pasar antes de iniciar la sesión hipnótica. El ambiente debe ser agradable, debe ser propicio para disminuir la intensidad de los estímulos perturbadores. El lugar debe ser de preferencia cómodo y agradable.

Existen un gran número de técnicas hipnóticas, las cuales varían según su creador y la época en que se desarrollaron. Aquí hablaremos de algunas técnicas generales tanto clásicas como contemporáneas, y no de técnicas para tratamientos específicos, las cuales puede encontrar el lector en la bibliografía referida al final.

### **Técnicas Hipnóticas: *Directivo vs. Permisivo***

Diversos autores han desarrollado diferentes técnicas, tanto para inducir el trance hipnótico, como para aprovecharlo terapéuticamente, pero podríamos dividir las técnicas en dos grandes grupos para facilitar su comprensión, las técnicas llamadas *Tradicional* y las técnicas llamadas de la *Nueva Hipnosis*. A continuación se expondrán algunas técnicas de ambas tradiciones mencionando su método de inducción, profundización, las consideraciones que se le dan a la susceptibilidad, la auto-hipnosis y la hipnoterapia, así como también las características de la desinducción.

### **Hipnosis Tradicional**

Para la hipnosis llamada tradicional la hipnosis es un sistema dirigido o semi-dirigido donde el hipnotizador lleva de la mano al paciente, para que éste alcance los niveles de susceptibilidad que le sean posibles. Por ello la **inducción** es una parte fundamental para el trabajo hipnótico clásico, la inducción en la mayoría de los casos consta de maniobras ritualistas las cuales se van ejecutando paso a paso hasta lograr la profundización deseada.

Por lo regular antes de iniciar la inducción es necesario realizar un plan general de inducción que consta de 4 etapas (Patrón, 1990).

- Etapa de Introducción: En esta etapa se le explica al sujeto lo que se hará y lo que se utilizará , así como también el porque le será útil la hipnosis y los pasos a seguir. Debe durar 5 minutos aproximadamente.

- Etapa de Ejecución: En este momento se realiza la técnica en sí, y las sugerencias producirán el estado hipnótico en los sujetos. Se irá guiando al sujeto en la concentración de los estímulos verbales y su duración depende del tipo de táctica utilizada.

- Etapa del Control del Trance: En esta etapa el hipnotizador asume el control de la situación, las sugerencias no deben de ser monótonas sino directas, enfáticas y claras sugiriendo un sueño profundo y reparador.

- Etapa de Profundización: La profundización tiene como fin lograr mejores efectos terapéuticos en los sujetos. Existen muchas técnicas de profundización en las cuales el hipnotizador mantiene el control y se basa en la utilización de material tanto de tipo motor, eidético como visual o imaginativo.

Existen algunos principios o leyes que, según Hartland (1974), gobiernan el acto de la sugestión y tienen una gran importancia para comprender los métodos de inducción y profundización.

1.- Siempre se debe de aunar el efecto que se desee producir con el que realmente está experimentando el sujeto en ese momento. Por ejemplo: “*Cuando le toco el brazo... se le pone rígido y recto, como si fuera una barra de acero. Y cuando sienta que el brazo se está poniendo rígido... usted entrará en un sueño muy, muy profundo*”.

2.- Siempre será mucho más fácil lograr la aceptación de una sugestión positiva que la de una puramente negativa. Por ejemplo, es más difícil eliminar un dolor de cabeza con una sugestión directa que le diga al paciente que su dolor va a desaparecer, es mas efectivo sugerir una sensación de calor en la frente aunado a la desaparición del dolor.

3.- Es regularmente más fácil lograr la aceptación de una sugestión si ésta está asociada con una emoción apropiada.

Existen también, para Hartland (1974), algunas leyes que gobiernan los efectos de la sugestión, que son mencionadas también por Cobos y Patrón (1994).

1.- **Ley de la atención concentrada:** Si la atención se concentra en una idea ésta tenderá espontáneamente a ser realizada.

2.- **Ley del efecto invertido:** Si el sujeto piensa “me gustaría hacer esto, pero no puedo”, mientras más lo intente, menos podrá lograrlo, Araoz (1981) llamó a este fenómeno auto-hipnosis negativa.

3.- **Ley del efecto dominante:** Las emociones fuertes tienden a reemplazar a las emociones débiles. La unión de una emoción fuerte con una sugestión siempre hará que dicha sugestión sea más efectiva.

Para que las sugestiones tengan un mejor efecto deben cuidarse ciertos aspectos tanto en el tono, contenido y matiz de las verbalizaciones. Hay que cuidar que las sugestiones se redacten en forma clara y sin ambigüedades, sin complicaciones excesivas; nunca se debe emplear la palabra “debe”; las verbalizaciones deben ser rítmicas y repetitivas; no se le deben dar al sujeto sugestiones que pudiera encontrar desagradables u objetables; las sugestiones más importantes deben dejarse por lo regular hasta el final; las sugestiones deben estar conforme y acorde con los hábitos y pensamientos de los individuos (Hartland, 1974).

Existen varios métodos de inducción al trance en la hipnosis clásica como son, por fijación de la vista, por relajamiento progresivo, por opresión de los globos oculares, por mirada directa, etc. Más adelante daremos un ejemplo de inducción y profundización del trance.

Para la escuela tradicional de hipnosis la **susceptibilidad hipnótica** es muy importante, siendo un factor determinante para los resultados del tratamiento. Se han diseñado escalas y pruebas de sugestibilidad para conocer el grado que tiene cada sujeto. Algunas pruebas son: la prueba del apretón de manos, de levitación de la mano, balanceo postural, la rigidez del brazo, la del péndulo de Chevreul, etc.

Para el hipnotista tradicional es muy importante, tanto determinar la **profundidad** del trance como aumentarla, y utiliza para lograrlo diversos métodos de sugestión directa, de imaginación o relacionando un acto con la

profundización del trance, cuya satisfactoria ejecución va a determinar si se alcanzó el nivel de profundidad deseado. Algunos de estos métodos son: inducción de movimientos automáticos, perturbación de la sensibilidad cutánea, catalepsia de un miembro, hablar en estado de trance, alucinaciones positivas o negativas, etc.

Las sugerencias posthipnóticas son de vital importancia para la hipnosis tradicional, son, en cierta forma, la base de la **hipnoterapia**. Las sugerencias posthipnóticas son aquellas que se realizan durante el trance y que el sujeto, en contra o no de toda lógica, tiende a realizar, una vez terminado el trance y al llegar el momento o situación sugerida (Cobos & Patrón, 1994). Las sugerencias posthipnóticas tienen un mayor efecto mientras más profundidad alcance el sujeto.

La utilización de la **auto-hipnosis** en la hipnosis tradicional es muy esporádica, en contraste con la nueva escuela cuyo uso es sistemático y constante. Para la hipnosis tradicional solo en casos específicos, el terapeuta puede comprometer al paciente, exhortándolo a explorar su problemática por sí mismo a través de la auto-hipnosis.

La auto inducción del trance por lo regular es enseñada por el terapeuta al paciente, y suelen obtenerse trances ligeros y medianos ya que el paciente tiene que hacer una doble función pasiva y activa. La forma más fácil de enseñar auto-hipnosis es a través de una **sugestión post-hipnótica** en el paciente (Cobos y Patrón, 1994). Es importante que el paciente ensaye en presencia del hipnólogo, repitiendo varias veces los procedimientos hasta que se familiarice con ellos y surjan de forma automática.

A continuación se expondrá el sistema de inducción y profundización del trance, conducente al condicionamiento posthipnótico propuesto por Hartland (1974), a fin de ejemplificar lo mencionado en los puntos anteriores.

### **Sistema Integral de Inducción, Profundización y Condicionamiento Posthipnótico**

#### **Inducción Preliminar**

Quiero que se siente cómodamente en el sofá.  
Mire hacia arriba y hacia atrás, a la punta del lápiz.  
¿Puede verla? ¡bien!

No deje que la vista se separe de ella ni un solo momento.  
Ahora comience a contar despacio, hacia atrás desde el 300.  
Mentalmente, para usted mismo... no en voz alta.  
Siga contando . . . lenta y acompasadamente. . . hasta que yo le diga que se detenga.  
Trate de no escucharme . . . en todo lo que le sea posible.  
Sin embargo, escuchará todo lo que digo . . . pero trate de no escucharme.  
Usted dedíquese a contar.  
Abandónese por completo . . . suelto y flojo.  
Respire con tranquilidad . . . adentro y afuera.  
Y mientras respira tranquilamente . . . adentro . . . afuera usted puede sentir que los ojos se le van cansando, los tiene mucho muy cansados.  
Puede sentir que le lloran un poco, y los párpados comienzan a sentirse más y más pesados, Ahora están queriendo parpadear, déjelos parpadear todo lo que quieran.  
Mire, comienzan a parpadear, déjelos que hagan lo que deseen.  
Deje que todo pase como quiera.  
Y al parpadear . . . siente los ojos más y más cansados, más y más pesados. . . tan pesados que se están queriendo cerrar. Tan pronto como sienta que se quieren cerrar déjelos que se cierren. . . déjelos que se cierren . . . que se cierren.  
Ahora que se han cerrado ¡duérmase!, relájese completamente.  
Abandónese lentamente, lentamente y sin esfuerzo, vamos a ese estado de relajación y descanso. . . de mucha relajación . . . y de mucho descanso.  
Duerma, profundamente de verdad.

### **Profundización por relajamiento progresivo**

Ahora. . . una sensación de completo relajamiento se va extendiendo por su cuerpo.  
Deje que los músculos de los pies y los tobillos se aflojen por completo.  
Suéltelos... sueltos y flojos.  
Ahora los músculos de las pantorrillas, permita que se aflojen  
Suéltelos... sueltos y flojos.  
Ahora los músculos de los muslos, relájelos, eso es.  
Y conforme sus piernas se aflojan y se sueltan... puede sentir una sensación de pesadez en todas sus piernas.  
Esta sensación de relajamiento ahora se extiende hacia arriba, hacia su abdomen, y hacia todo su cuerpo.  
Afloje los músculos del estomago...suéltelos... sueltos y flojos.

Ahora los músculos del pecho, suéltelos... sueltos y flojos.

Permita que se relajen.

Y mientras lo hace puede notar una sensación de pesadez en todo su cuerpo... pesado como plomo.

Ahora la sensación de relajamiento se extiende a los músculos de sus brazos y manos.

Suéltelos... sueltos y flojos.

Ahora los músculos de su cuello, relájelos.

Suéltelos... sueltos y flojos.

Déjelos descansar. . . suéltelos... relájelos.

Ahora los músculos de los hombros, aflójelos.

Suéltelos... sueltos y flojos.

Ahora todo su cuerpo se siente relajado, flojo y suelto, muy descansado.

Una sensación de pesadez se extiende por todo su cuerpo y usted cae en un sueño muy profundo. . . cada vez más y más profundo.

En verdad está tan profundamente dormido que todo lo que yo le diga que va a suceder, sucederá y sucederá tal y como yo lo diga.

Y todo lo que yo diga que va a sentir, lo sentirá y lo hará exactamente como yo se lo diga. Porque está profundamente dormido y esto es por el bien de su tratamiento.

Para aumentar la profundidad del trance se pueden introducir técnicas de profundización, las cuales pueden revisarse en Hartland (1974) como los siguientes:

- Inducción de Pesadez del Brazo.
- Inducción de Catalepsia del brazo
- Inducción de Rigidez del Brazo.
- Inducción de Movimientos Automáticos
- Inducción de Imágenes
- Técnica de Contar y Respirar

### **Inducción del Condicionamiento Posthipnótico**

Usted ahora está tan profundamente dormido. . . en verdad está tan profundamente dormido que todo lo que yo le diga que va a suceder, sucederá y sucederá tal y como yo lo diga.

Y todo lo que yo diga que va a sentir, lo sentirá y lo hará exactamente como yo se lo diga.

Y todas las instrucciones que le dé. . . las ejecutará fielmente.

Ahora dentro de unos momentos. . . lo despertaré contando hasta siete. Usted despertará sintiéndose perfectamente bien, maravillosamente mejorado por este largo sueño. Y después de que haya despertado . . . platicaré con usted durante un minuto o dos. Luego le pediré que se apoye cómodamente en el sillón. . . y que me vea directamente a los ojos. Mientras usted me está mirando . . . diré: ¡Duérmase! Y en el momento en que me escuche decir “duérmase” . . . cerrará los ojos inmediatamente . . . y usted caerá en un sueño profundo, igual de profundo que en el que se encuentra ahora.

Después de haber despertado al paciente se realiza todo según las instrucciones, por lo regular el paciente cierra los ojos y cae en un sueño profundo al escuchar el estímulo señal (palabra: Duérmase). Este procedimiento es similar a otros donde se busca mejorar los estados de ánimo del paciente a través de sugerencias posthipnóticas.

### **La Nueva Hipnosis**

La inducción del trance en el enfoque de la nueva hipnosis es de tipo naturalista, espontánea. No se considera a la inducción como un paso previo para el trabajo hipnótico sino que forma parte integral de la terapia. Su finalidad es cambiar la actividad cerebral del hemisferio izquierdo al derecho lo que inicia el trance hipnótico sin necesidad de rutinas de tipo ritualistas como en la hipnosis tradicional.

La inducción es un momento donde el paciente se centra en sí mismo, para que se enfoque en su propia realidad interna para lograr llevarla a la conciencia (Robles, 1990). La inducción efectiva se basa en la atenta observación del sujeto, su proceso y fenomenología. El punto principal de la inducción es que procede del sujeto mismo, al hacerse más consciente de su experiencia actual, es llevado hacia su propia realidad interna, la autoconciencia lleva al subconsciente(Araoz, 1985, en Pérez, 1988). Existen muchos tipos de inducción al trance en la nueva hipnosis como son: revivir una escena placentera, a través de la percepción de sensaciones, a partir de la percepción de un afecto o un dolor, a través de metáforas, por disociación, etc. Un ejemplo de inducción bajo el enfoque de la nueva escuela sería el siguiente:

*“Mira los diferentes colores y formas que hay aquí en este cuarto, o mejor aún recuérdalos con los ojos cerrados . . . a través de tus párpados siente la luminosidad y la oscuridad de este lugar, escucha los sonidos o el silencio y fíjate como, cada uno de estos sonidos, en vez de distraer tu atención te ayuda a estar más en contacto contigo mismo porque te recuerdan que están afuera mientras tu estás más y más adentro de ti . . . y ahora puedes sentir todo tu cuerpo apoyado en ese sillón, tal vez lo sientas muy pesado, tal vez muy ligero, y puedes sentir la textura de la tela del sillón en tu mano, que es diferente a la textura de la tela de tu camisa sobre tu brazo, puedes sentir el cuello de la camisa diferente, tal vez más duro, donde toca tu cuello . . . siente el pelo que roza tu frente y el que roza el borde de tu oreja . . . tal vez puedes sentir tus pies dentro de los zapatos, con las diferentes sensaciones de presión de tus pies dentro del zapato. Puedes sentir la temperatura del anillo que rodea tu dedo, la presión de la correa de tu reloj, quizá puedas sentir la presión de una mano apoyada sobre la otra, puedes también sentir tu respiración con todos los detalles: sentir el aire que pasa a través de tu nariz, entrando y saliendo, y como con cada respiración tu pecho y abdomen se levanta, se baja . . . y ahora que estas cada vez más relajado, en contacto contigo mismo, quizá puedas escuchar o sentir los latidos de tu corazón . . . ”*

Para la nueva hipnosis la **susceptibilidad al trance**, o la capacidad para acceder a los fenómenos hipnóticos, es una **habilidad** que cualquier persona normal puede desarrollar, aprender o tener y no se considera un rasgo innato o inmutable por naturaleza. Se entiende como una actividad mental (hemisférica derecha principalmente) que no tiene sucesos extraordinarios, son experiencias ocultas o subconscientes del ser humano que pueden ser llevadas a la conciencia para ayudar a los individuos. La capacidad de entrar al trance es un corolario de la capacidad de imaginar y hacer representaciones mentales (Pérez, 1988).

Para la nueva escuela no es necesario iniciar con una prueba de sugestibilidad, para comenzar la hipnosis, pues parte de la idea de que todo sujeto normal puede ser hipnotizado por igual. Por lo que la pregunta no sería ¿Es capaz este individuo de entrar en trance?, sino ¿Qué tengo que hacer para que este sujeto pueda beneficiarse de la hipnosis?.

La **profundidad** del trance es conceptualizada no como que tan profundo es el trance del sujeto si ligero, mediano o sonambulístico, sino que para la nueva escuela es un interés en que el paciente esté tan metido en su experiencia interna como su capacidad se lo permita. Por lo que el terapeuta

debe estar pendiente de que el sujeto se mantenga en contacto consigo mismo el mayor tiempo posible, respetando la capacidad del sujeto.

En la nueva escuela de hipnosis se considera que la hipnosis es un logro del sujeto y que toda sugestión es antes que nada una auto-sugestión, por lo que el papel de la **auto-hipnosis** es más relevante que en la hipnosis clásica. La auto-hipnosis es el medio por el cual se le enseña a las personas a utilizar sus procesos naturales de auto-comunicación (auto-sugestión), cogniciones e imaginación para el beneficio de ellas mismas (Araoz, 1985, en Pérez, 1998). Por lo que la hipnosis siempre se presenta ante los sujetos como auto-hipnosis, donde se minimizan los temores, se enfatiza la calma y la tranquilidad interna, se ubica el control en el mismo sujeto, aumenta la retroinformación del sujeto, y este puede continuar por su cuenta con el trabajo hipnótico. Lo mismo con el **hipnoterapeuta**, al cual se le considera como un facilitador, un maestro, no un guía directivo que controla la situación, ya que el origen del control es el sujeto, el hipnotista entonces enseña al paciente a desarrollar la habilidad natural de experimentar el trance. La cualidad del hipnoterapeuta es su flexibilidad y su capacidad de observación para con el paciente, ya que de eso depende que el trance se logre de forma óptima.

En el nuevo enfoque de la hipnosis se utiliza la **sugestión** indirecta y ambigua, ya que es el mejor medio para promover la autosugestión, la hipnosis tradicional emplea la sugestión directa, la heterosugestión y, frecuentemente, con un énfasis autoritario (Pérez, 1988).

Las técnicas hipnóticas de la nueva escuela pueden dividirse en mentales y somáticas. Las mentales más comunes son:

- Técnicas Regresivas: Regresión, Puente Emocional.
- Transferencia de Recursos Internos
- Ensayo Mental
- Visualización
- Disociación
- Disminución de afectos
- Activación del Ego
- Técnicas Paradójicas: Metáforas, Manejo de Símbolos, Paradoja.
- Reconstrucción: Sueños, Historia, Situaciones Desagradables

Las técnicas somáticas más comunes son:

- Relajación
- Puente Somático
- Biorretroinformación

La hipnosis, como se ha mencionado anteriormente, no es una “varita mágica” o una panacea milagrosa. Es una herramienta terapéutica muy útil, cualquiera que sea el enfoque en la que se conceptualice y ocupe; y, como lo refiere la literatura especializada revisada en este capítulo, la hipnosis ha sido una opción eficaz como auxiliar en tratamientos psicológicos de diversos desordenes. En este estudio se intentó probar la eficacia de la hipnosis en un protocolo de intervención llamado hipnoterapia cognitiva (Alladin, 1992; 1994), la cual se revisará detalladamente en otro capítulo.

### **HIPNOTISMO: *Su crítica***

Para la opinión pública la hipnosis paso, de ser una herramienta terapéutica, a ser un acto de espectáculo. Los mitos acerca de la hipnosis han puesto al público en general contra todo lo que tiene que ver con un enfoque terapéutico mediante el uso de la hipnosis. Es cierto que la hipnosis se ha utilizado como parte de un espectáculo, siendo algunos verdaderos fenómenos hipnóticos y otros simplemente simulaciones, pero la idea que ha dejado éste proceder en el público es que la hipnosis resulta, ya sea un don que hace al hipnotizador una persona poderosa, o solamente un truco utilizado para generar ganancias engañando a la gente, en cualquiera de los casos el desprestigio hacia la hipnosis ha ocasionado, en ciertos sectores de la población, que sus características útiles para la terapia sean minimizadas o negadas. Claro que también el balance contemporáneo indica que existen muchas investigaciones serias y científicas acerca de la hipnosis, lo que se ha acompañado de una crítica formal que mantiene una polémica activa. En este respecto la imagen profesional de los investigadores o clínicos que utilizan la hipnosis se ve tanto atacada por prejuicios sociales y críticas formales, como apoyada por especialistas en el tema, por el público interesado y por datos comprobables. Lo que podríamos decir que marca una diferencia entre el uso de la hipnosis como espectáculo y la hipnosis como investigación clínica y/o experimental es el procedimiento y el objetivo, uno es comercial y de espectáculo y otro de interés tanto en salud e investigación científica como en aportaciones teóricas, experimentales y metodológicas.

Como sabemos, existe una crítica formal y científica tanto a la existencia como al uso terapéutico de la hipnosis. La complejidad de los

procesos cerebrales y sus reacciones observables ha puesto a la ciencia en un debate entre “experiencias subjetivas” y “pruebas objetivas y observables”. Las técnicas de imaginología (como lo comentamos anteriormente en la sección de Hipnosis y Cerebro) han dado “pruebas observables” de “experiencias subjetivas” en las cuales la hipnosis ha sido estudiada. Así, la hipnosis se ha entendido como una experiencia subjetiva que puede tener manifestaciones objetivas para el observador.

Spanos (1986) ha argumentado que la hipnosis no es un estado especial, sino el resultado de una interacción sociopsicológica entre el sujeto y el facilitador que hace que el sujeto adopte el rol de hipnotizado según el contexto de la situación. El debate acerca de esto sigue y en este trabajo no se pretende tener conclusiones definitivas al respecto, pero no se puede soslayar el hecho de que la capacidad cerebral del ser humano le permite experimentar una amplia gama de estados mentales o experiencias subjetivas que aunque tengan o no procesos especiales conocidos para su desenvolvimiento, sí generan cambios a nivel de conducta, actitudes y estados emocionales por lo que su utilización en proyectos terapéuticos está justificada a pesar de que las partes no se pongan de acuerdo acerca de la explicación de estos fenómenos mentales como es la hipnosis.

Algunos terapeutas han criticado el uso de la hipnosis argumentando que, si se puede suprimir el síntoma, pero sin resolver los problemas que lo originan, y además que es un sistema autoritario al poner al sujeto bajo la dependencia del hipnotizador. Ante estos argumentos la nueva hipnosis (ericksoniana) a dado respuestas contundentes donde prueba que el estado en el que el sujeto se encuentra no está dirigido por el terapeuta sino facilitado y que todo lo que ocurre dentro de esta relación esta determinado con el marco de referencia del paciente y no el del terapeuta (Robles, 1990). Ésta vieja imagen desfavorable de la hipnosis existe desde hace mucho tiempo, pero la hostilidad que otras teorías como el psicoanálisis tienen ante ella sólo refuerza los antiguos prejuicios (Chertok, 1992).

El fenómeno existe y aunque su explicación no ha sido definitiva muchos investigadores han incursionado en la práctica de la hipnosis incorporando la hipnosis a protocolos de intervención en diversos padecimientos con éxito (Alladin, 1994b; Savage, 1993; Aters, 1994; Spiegel y Spiegel, 1978, en Kihlstrom, 1985; Tosi y Baisden, 1984, Golden y cols., 1987, en Alladin, 1994b; Fine, 1994; Alden, 1995; Kohen, 1996; Corzo y Martínez, 1989; Hammond, 1990). Otros en cambio no han podido obtener

resultados que apoyen su eficacia como herramienta terapéutica sobre otros tratamientos (Parloff, 1980, en Chertok, 1992). De lo anterior se puede concluir que hace falta que los investigadores se involucren cada vez más en proyectos de investigación con el uso de la hipnosis ya sea de forma clínica o experimental, para poder disponer de más datos que sustenten cualquier punto de vista acerca de la hipnosis.

## CAPÍTULO III

# EL ENFOQUE COGNITIVO

---

*“La realidad no es la que crea nuestras emociones,  
sino nuestra forma de pensar acerca de ella”*

Epicteto, siglo I

Con la “Revolución Cognitiva” aparecieron muchos paradigmas que estaban encaminados a entender el funcionamiento de la mente humana como un proceso cognitivo de análisis de información, lo que permitió el desarrollo de teorías que explican los estados mentales disfuncionales como un resultado del procesamiento cognitivo de pensamientos inadecuados o negativos que generan a su vez conductas inadecuadas obteniéndose así cuadros clínicos tales como los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, sexuales, de personalidad etc.

A mediados de siglo la emoción fue tratada como un *drive* o *arousal* (activación) de tipo unidimensional y estaba considerado tanto un antecedente causal como una variable que interviene entre el entorno estimulador y la respuesta conductual y cognitiva (en Lazarus y Folkman, 1991). En los años sesentas se observó, de forma evidente, que los postulados acerca de que la adaptación humana y animal se debían a principios de reducción de la tensión eran insuficientes, es decir que los impulsos como el hambre o la sed no eran tan fuertes para provocar ciertas conductas como, por ejemplo, la motivación por la realización. Y así se dio un ataque al concepto de *drive*, principalmente por White (1960, en Lazarus y Folkman, 1991) quien criticó entre otras cosas el concepto freudiano de *drive* (impulso, activación), pues rechazaba la idea de que los niños estuvieran motivados a la exploración, la manipulación o el control del entorno exclusivamente por el hambre o la sexualidad. También Klein (1958, en Lazarus y Folkman, 1991) argumentó sobre esta línea y afirmó que no se puede definir, de forma adecuada, lo que es el *drive* sin hacer referencia a los procesos cognitivos.

Sin embargo, el concepto de *drive* no se abandonó, sino que se modificó por la adición de nuevos *drives* como son el pensamiento, el razonamiento y la curiosidad. Así, la “Revolución Cognitiva” reemplazó al

*drive* por la cognición como causa principal de la conducta; y sin embargo, aunque esto se deriva de una idea antigua (de la cual Epicteto ya había hablado en el siglo I), esta postura tardó en desarrollarse pese a los antecedentes cognoscitivistas de Kurt Lewin, Fritz y George Kelly (en Lazarus y Folkman, 1991).

El enfoque o la teoría cognitiva se ha desarrollado para intentar entender y modificar el proceso de pensamiento de los pacientes, sus premisas, suposiciones y actitudes que subyacen sus cogniciones. Este enfoque se refiere a ideas que están involucradas en el síntoma, es decir, las inferencias irracionales y las premisas. El terapeuta cognitivo por tanto, tiene que familiarizarse con el contenido del pensamiento del paciente, su estilo de pensamiento, sentimientos, actitudes y conductas para entender su interrelación (Guerrero y Hidalgo, 1992).

Bajo el enfoque cognitivo se entiende que el paciente, de forma reiterada, distorsiona la realidad eidéticamente por lo que llega a conclusiones subjetivas acerca de su capacidad para enfrentarse al medio que lo rodea. Estos procesos cognitivos distorsionados afectan la forma en la que el paciente percibe dicho medio llevándolo a experimentar emociones y estados de ánimo displacenteros, junto con dificultades en su comportamiento, esto es, primero evalúa la importancia personal de lo que le está ocurriendo y esta evaluación se convierte en la base para la aparición de la reacción emocional. Existen, como hemos visto anteriormente, evidencias de que hay correlatos fisioanatómicos de los procesos cognitivos que se presentan en la depresión, y procesos específicos de actividad mental, lo que aporta más evidencias a la teoría cognitiva de las emociones (Heller y Nitschke, 1997).

Los primeros ejemplos de teorías cognitivas los proporcionaron Schachter y Mandler en los sesentas (en Lazarus y Folkman, 1991), sus posturas tenían la idea básica de que la percepción del *arousal* o "activación" del sistema nervioso autónomo que consiste en un aumento difuso y generalizado de la actividad interna del organismo, interacciona con la actividad cognitiva para dar lugar a la experimentación de una emoción determinada, y la emoción es etiquetada según la información cognitiva y ambiental de que se dispone. Más recientemente Ellis (1986) consideró que las distorsiones cognitivas provienen de ciertas creencias morales de tipo irracional y de ciertos parámetros esperados respecto a las necesidades humanas. Así un evento al cual se enfrenta el individuo desencadena una cierta forma de responder y provoca que la persona experimente emociones y

conductas que son consecuencia de las creencias morales y filosóficas, por lo que el terapeuta intenta cambiar estas creencias para ayudar al paciente a eliminar las emociones displacenteras, más que comprobar su realidad.

### **DEPRESIÓN Y COGNICIÓN: *Un Enfoque Teórico***

Se ha dicho que uno de cada cinco individuos experimentará una depresión clínica en algún momento de su vida (Kessler y cols., 1994, en Miranda y Gross., 1997). Algunos teóricos han investigado el porque algunas personas se deprimen y otras no, aunque viven eventos indeseables, y han desarrollado hipótesis acerca de la vulnerabilidad a la depresión.

Miranda y Gross (1977) propusieron lo que ellos llamaron “hipótesis de dependencia del estado de ánimo”, la cual sostiene que, aunque los pensamientos depresivos no se observen en los individuos, estos se encuentran en sus mentes, es decir, que los pensamientos, actitudes y creencias disfuncionales se encuentran presentes en individuos vulnerables a la depresión, pero se encuentran inaccesibles hasta que se activan por un estado de ánimo negativo. Se ha encontrado que las personas se tornan vulnerables a la depresión (desarrollan estilos cognitivos negativos) por varios factores, como son: la historia psiquiátrica de sus madres si ésta es crónica (Garger y Robinson, 1997), poca interacción con los padres (Campbell y cols., 1995, en Garger y Robinson, 1997), personas que presentaron depresiones infantiles o en la adolescencia (Kovacs y cols., 1984), tendencias cognitivas de la memoria y el estilo de regulación afectivo (Gilboa y Gotlib, 1997), episodios depresivos previos (Clayton, 1983, en Gotlib, Kurtzman y Blehar, 1997b), etc. Se ha dicho que la muerte de los padres a temprana edad es un predictor de estados depresivos en la vida adulta, pero, aunque se ha visto que esto ocurre, los resultados estadísticos de algunas investigaciones (Hodgson y Alladin, 1988) no corroboran esto, es más no toman la muerte de los padres como factor de vulnerabilidad a la depresión en la vida adulta.

Así pues, a partir de los puntos de vista anteriormente mencionados sobre los trastornos emocionales se desarrolló la Terapia Cognitiva, la cual se ha aplicado tanto en pacientes adultos como adolescentes, con mucho éxito (Beck 1979; Kendall, 1993; Blackburn, 1995). Pero antes de lograr entender el enfoque cognitivo en el tratamiento de la depresión es necesario formular el problema del paciente deprimido en términos cognitivos.

Investigadores cognitivos han desarrollado posturas acerca de la depresión, y la han intentado explicar, por ejemplo, a través de: el estilo de las atribuciones del paciente (Abramson y cols., 1989, Seligman, 1991, en Miranda & Gross, 1997), información negativa referente de sí mismo (Segal y Gemar, 1997), la atención auto-enfocada (Ingram y Smith, 1984) y de la rumiación de ideas negativas (Schwartz y Koenig, 1996). En términos generales estas aproximaciones teóricas han dado soporte a dos principales situaciones: la primera es que la depresión clínica se asocia con un incremento en el pensamiento disfuncional; y la segunda es que estas teorías han generado tratamientos psicoterapéuticos muy efectivos para la depresión.

Así, Beck (1967;1979) ha desarrollado una de las más comprensibles teorías acerca de la depresión la cual ha influido en los últimos 30 años de investigación en los trastornos afectivos de forma importante. Para él las características de la depresión pueden ser vistas como expresiones de un cambio subyacente en la organización cognitiva del paciente deprimido, ya que el paciente está bajo el dominio de ciertos esquemas cognitivos que tienden a que el paciente se observe a sí mismo, a sus experiencias y a su futuro de una forma negativa (Kovacs y Beck, 1977, en Clarizio 1989). Estas concepciones negativas están, aparentemente, en la forma en que el paciente mismo sistemáticamente construye sus experiencias y el contenido de sus reflexiones, que por lo regular son pesimistas; específicamente, se observa como un "fracasado". Primero cree haber perdido algo de un valor substancial (una relación, por ejemplo) o que ha fallado en lograr algo que el consideraba como un objetivo de gran importancia; segundo cree que el resultado de cualquier cosa que emprenda va a ser negativo. Por lo tanto no está motivado para plantearse metas ni proyectos, y de hecho, tiende a evitar comprometerse en actividades constructivas. Estos esquemas representan patrones cognitivos que son estables en el individuo y que moldean la información en un sentido que es consistente con ideas y creencias sostenidas previamente (Beck, 1979). Para Beck los errores cognitivos guían a la persona deprimida a exagerar su sentido de responsabilidad y auto-reproche incluyendo interpretaciones erróneas y exageraciones sobre los eventos que vive, haciendo juicios absolutos, sobre-generalizaciones de un solo evento, centrándose en un pequeño detalle fuera de contexto y soslayando situaciones obvias, y haciendo también inferencias ilógicas (Clarizio, 1989). Beck y sus colaboradores han enfocado su investigación de la depresión en los efectos que tienen el éxito y el fracaso, las percepciones y memoria distorsionadas, y las expectativas negativas.

## EL MODELO COGNITIVO DE BECK: *La Cognición Activa*

Para Beck (1979) la terapia cognitiva es “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados, en gran medida, por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores”.

Para el enfoque cognitivo los pensamientos van a crear estados de ánimo que en ocasiones son disfuncionales por lo que un cambio positivo en el nivel de pensamiento da como resultado un cambio positivo en la experiencia afectiva del individuo; dado que las experiencias de la vida pasan por un proceso de reconocimiento perceptivo, no son éstas las que crean las emociones, sino que el resultado de este proceso de reconocimiento (sensitivo-perceptivo) y de categorización (cognoscitivo) es lo que desencadena determinados tipos de emociones funcionales o disfuncionales. Beck (1979) ha identificado 3 características cognitivas importantes en la depresión:

- 1.- **La triada cognitiva negativa:** visión negativa de sí mismo, del mundo y de las expectativas hacia el futuro, saturadas con sentimientos de pérdida.
- 2.- **Procesamiento de información defectuoso:** dominio de “cogniciones depresivas”.
- 3.- **Auto-esquemas negativos:** esquemas negativos obtenidos desde la infancia.

### La Triada Cognitiva Negativa

La visión hacia uno mismo de forma negativa va a producir que el individuo se sienta deficiente, inadecuado, subvalorado, y va a tender a considerar sus experiencias displacenteras como defectos de sí mismo. Generaliza sus falla y se sobrecritica considerándose inferior a los demás. Esto provoca una gran culpa y un rechazo hacia sí mismo.

La visión negativa del mundo va a producir en el individuo un sentimiento de carga y pesar. Sus interacciones con el mundo van a ser consideradas como derrotas o deprivaciones. Se percibe un empobrecimiento importante a causa de las cogniciones negativas que se observan como desviaciones del pensamiento lógico, inferencias arbitrarias, generalizaciones y magnificaciones. El paciente interpreta una situación de forma negativa aún cuando existan aplicaciones más plausibles (Guerrero y Hidalgo, 1992).

El tercer componente de la triada es la visión negativa del futuro; el paciente anticipa que sus sufrimientos y dificultades actuales van a continuar indefinidamente. De manera que las expectativas negativas generan preocupación, fantasías y obsesiones reverberantes. Es incapaz de esperar cualquier posibilidad de mejoría, ya que la anticipación del futuro es una extensión de la situación presente.

### **Procesamiento de Información Defectuoso**

Para Beck (1967; 1979) los desordenes cognitivos preceden a los afectivos, por lo que la reacción del depresivo se basa en una interpretación equivocada de los datos que percibe, más que datos incorrectos. Esto no significa que eventos específicos no deben de desencadenar afectos disfuncionales, sino que una vez que entra en acción el proceso depresivo, hechos neutrales y aún favorables son considerados como nocivos. Esto se debe, en gran parte, a que el sujeto tiene una predisposición para formar conceptos permanentes a lo largo de su vida. Algunos de estos conceptos están anclados en experiencias pasadas lo que provoca vulnerabilidad hacia posibles desordenes psicológicos.

Beck (1967; 1979) asegura que los conceptos reales o irreales de los individuos provienen de sus identificaciones y de experiencias, actitudes y opiniones comunicadas a él por otros. Cuando una actitud o concepto ha sido formado va a influir la manera de juzgar nuevos hechos, de modo que el concepto original se ve reforzado y se establece un círculo vicioso. Cada nuevo juicio negativo va a fortificar la imagen negativa de sí mismo lo que va a facilitar la interpretación negativa de experiencias ulteriores consolidándose así el concepto negativo de sí mismo, lo que establece de forma definitiva el círculo vicioso.

Si esta imagen o concepto negativo no es extinguida se puede convertir en una forma permanente dentro de la organización cognitiva, se estructura de forma latente y se crea lo que Beck llamó "esquema" o "auto-esquemas".

### **Esquemas Negativos**

Los esquemas son actitudes idiosincráticas de los individuos que representan patrones cognitivos persistentes, e influyen en la forma cómo la persona conceptualiza sus experiencias, cataloga los hechos y en cómo se orienta ante situaciones diversas. En la depresión estos esquemas idiosincráticos consisten en concepciones negativas del valor individual, del desempeño, de la salud, de las características personales, etc. La evocación de dichos esquemas va a moldear el contenido del pensamiento produciendo sentimientos depresivos, de culpa, tristeza, pesimismo y soledad. Los esquemas pueden permanecer latentes o inactivos durante periodos asintomáticos y activarse al comienzo de la depresión. Cuando esto ocurre los esquemas van dominando cada vez más los procesos cognitivos hasta volverse automáticos, Alladin (1992;1994) sugiere que esto es un proceso disociativo sin que Beck así lo mencione.

Los esquemas depresivos al parecer se desarrollan con el paso de los años. Varios factores son, aparentemente, reconocidos como causantes de los esquemas cognitivos de la depresión que se forman con el tiempo, como son: pérdidas tangibles (por ejemplo los padres), expectativas de perder, baja autoestima y factores del medio ambiente (como depresiones recurrentes). Crook, Raskin y Eliot (1981) encontraron, en un estudio retrospectivo, que la depresión en la vida adulta puede estar relacionada con fuertes represiones por parte de los padres y formas de control como burla, evaluación negativa y abandono emocional en la infancia (Clarizio, 1989). Estos hallazgos son consistentes con la teoría de Beck que refiere que las creencias y pensamientos devaluatorios tienen su origen en las interacciones de la infancia.

Los autoconceptos positivos como: "Yo soy capaz", "soy atractivo", "puedo conseguir lo que quiero", etc. y los negativos como: "soy débil", "soy inferior", "todo lo hago mal", etc. tienen juicios de valor, por lo que un atributo específico puede no ser considerado bueno o malo de forma inicial pero a través del aprendizaje social puede adquirir connotaciones de "malo". Así, el núcleo de los conceptos negativos o positivos va a determinar la dirección de la autoestima de un individuo (Guerrero y Hidalgo, 1992).

Beck (1979) considera que un elemento importante en la depresión, es una sensación de haber perdido algún elemento que el sujeto considera esencial para su felicidad. Así, las concepciones depresivas acerca de los valores y atributos individuales, relaciones y logros están saturados con una noción de pérdida (en el presente, pasado y futuro) por lo que descubre una deficiencia en él mismo que produce una gran auto-crítica y que, a su vez, incrementa los sentimientos de tristeza, instaurándose un círculo vicioso. El paciente deprimido va de sentirse defraudado hacia sí mismo, a una sensación de culpabilidad y pesimismo.

Beck (1972, en 1979) encontró una alta correlación entre la profundidad de la depresión y el grado de pesimismo y auto-evaluaciones negativas, lo que da soporte a la idea de que la depresión está asociada con una visión negativa de sí mismo, y del futuro.

Los componentes de la depresión se activan y se organizan de la siguiente manera: el sujeto interpreta una experiencia dada a manera de derrota personal o como si se tratase de un impedimento, atribuye ésta derrota a defectos en su persona, se considera subvalorado por esta falta y se culpa a sí mismo por tenerla, disgustándose y considerando el defecto parte intrínseca de su persona por lo que no contempla ninguna esperanza de cambio. Así, el futuro es percibido como negativo esperando más situaciones dolorosas (Guerreo y Hidalgo, 1992).

Beck (1987) argumentó que la gran variedad de caminos en los cuales los procesos cognitivos en la depresión han sido conceptualizados, permite la presentación de 6 modelos.

El primero es el *modelo cruzado* y habla acerca de que la negatividad sistemática que penetra en el proceso cognitivo es un componente necesario en la depresión pero no suficiente para explicarla. El segundo es el *modelo estructural* el cual estipula que ciertos esquemas negativos se vuelven muy valiosos en la depresión y producen una tendencia sistemática a la abstracción e interpretación de la información. El tercero es el *modelo de la vulnerabilidad al estrés* que habla acerca de que patrones específicos dentro de los esquemas hace a una persona sensible a estresores específicos. El siguiente es el *modelo de interacción recíproca* el cual se enfoca en la interacción a base de figuras clave que afectan de forma específica el proceso cognitivo. El quinto es el *modelo psicobiológico* que integra los procesos cognitivos y los biológicos como si fueran diferentes lados de una misma

moneda (ver Heller y Nitschke, 1997). Y por último, el *modelo evolucionista* que habla acerca de que, probablemente, en la prehistoria la depresión era un mecanismo atávico de adaptación que pudo haber sido funcional en su momento pero que no es adaptativo ni funcional en esta era (Beck, 1987).

Dentro del Enfoque Cognitivo de Beck (1967) la sintomatología depresiva se agrupa bajo el concepto de *manifestaciones* las cuales se dividen en: emotivas, cognitivas, motivacionales, vegetativas y físicas.

### **Manifestaciones Emotivas**

Son los cambios en los sentimientos o en la conducta observable del paciente. Se caracteriza por un estado de ánimo abatido, en ocasiones dolencia somática, auto-desagrado, insatisfacción, indiferencia afectiva, accesos de llanto, pérdida del sentido del humor, sentimiento de “vacío”, etc. El paciente refiere sentirse triste, melancólico, desesperanzado, solitario, infeliz, desanimado, humillado, avergonzado, preocupado, culpable, con sentimientos negativos y de disgusto hacia sí mismo, manifiesta un decremento en la gratificación, una pérdida de satisfacción en algunas actividades, cada vez con menor sentido del deber, disminución por el interés en actividades que antes solían agradaarle. Estas manifestaciones pueden presentarse de forma leve, moderada o intensa dependiendo de la duración, expansión, intensidad y profundidad de la depresión.

### **Manifestaciones Motivacionales**

Se caracterizan por tener una naturaleza regresiva, es decir, el paciente tiende a escoger actividades que sean menos demandantes, ya sea en la responsabilidad que requiere o en la cantidad de energía que se tiene que invertir. Suele alejarse de actividades específicas, de roles de adulto, y tiende a buscar las actividades que se caracterizan por ser más infantiles, prefiere un rol pasivo que activo, la dependencia que la independencia. Evita responsabilidades alejándose de los problemas en vez de resolverlos. Suele buscar gratificaciones y satisfacciones inmediatas, pero transitorias. El extremo de su necesidad de escapar es la ideación suicida (que suele ser una forma de castigo para los demás). Se observa de forma general una pérdida de la motivación, deseos de evasión, escape y aislamiento, junto con

pensamientos suicidas. Todo esto al igual que las manifestaciones anteriores se pueden presentar de forma leve, moderada o intensa dependiendo del grado de severidad de los síntomas.

### **Manifestaciones Cognitivas**

Las manifestaciones cognitivas incluyen: actitudes distorsionadas y devaluaciones del paciente respecto de sí mismo, sus experiencias y su futuro. Distorsiones de su imagen corporal y de expectativas negativas, tiende a esperar lo peor y suele rechazar cualquier posibilidad de mejoría. Se culpa a sí mismo y la utiliza como explicación causal de sus experiencias vivenciadas. Existe una fuerte auto-crítica, se observa como deficiente y se auto-castiga severamente. El paciente sufre una gran indecisión, el paciente duda, se auto-devalúa y hay, por ende, una baja auto-estima. Se siente desamparado y se observa con una apariencia sombría y pesimista. Por lo general existe una baja valoración de sí mismo, pesimismo, autoacusación y auto-crítica, indecisión y una auto-imagen distorsionada.

### **Manifestaciones Vegetativas y Físicas**

Esta sintomatología señala el impacto de la depresión en el cuerpo físico del paciente, son manifestaciones que se observan como problemas gastrointestinales, insomnio, taquicardias, problemas alimenticios, tensión muscular, problemas sexuales, lentitud corporal, motora y verbal. Muchas veces el signo de una depresión incipiente es la falta de apetito, el cual regresa cuando la depresión comienza a ceder. Se puede presentar falta de sueño (insomnio) o exceso de sueño (hipersomnia), los cuales pueden presentarse de forma inicial, media o temprana en el transcurso de la noche. Se puede presentar una disminución del interés sexual, un aumento del cansancio y la fatiga. Estas manifestaciones pueden presentarse de forma leve, moderada o grave.

Beck (1967, en Méndez, 1995) señala que los delirios que pueden acompañar a la depresión pueden presentarse en varios tipos: delirio de insignificancia, delirio de haber cometido un pecado imperdonable y de estar esperando el castigo, delirios nihilistas, delirios somáticos y delirios de pobreza.

## LA TERAPIA COGNITIVA: *Pensar positivamente*

El tratamiento de la depresión, en este enfoque, se orienta hacia síntomas específicos y hacia las creencias en las que el paciente basa sus pensamientos y conducta. El terapeuta dirige sus intervenciones sobre las áreas problemáticas que presenta el paciente. El terapeuta debe preparar al paciente tomando en cuenta dos condiciones importantes (Méndez, 1995):

- El paciente debe entender la naturaleza y racionalidad del tratamiento cognitivo.
- El paciente debe estar preparado para manejar las fluctuaciones en su nivel de depresión que se dan durante el tratamiento.

Para el encuadre en Terapia Cognitiva, además de las especificaciones de horario, cuota, responsabilidad, cooperación, etc. , es importante que el terapeuta explique y señale al paciente las metas de la terapia desde la primera sesión:

- Es imperativo que el paciente aprenda a identificar y modificar su pensamiento erróneo y su conducta disfuncional.
- Es una base del tratamiento que el paciente reconozca y cambie los patrones cognitivos que lo llevan a tener conductas e ideas disfuncionales.
- El paciente debe estar de acuerdo en seguir el plan y la estrategia sugeridos por el terapeuta, eliminándose temores y dudas al respecto.

Para Beck (1979) la Terapia Cognitiva tiene diez principios básicos, que son:

- 1.- Modelo cognitivo de los trastornos emocionales.
- 2.- Es un modelo educativo a seguir.
- 3.- Se basa en un esfuerzo conjunto entre paciente y terapeuta.
- 4.- Es breve y de tiempo limitado.
- 5.- Se emplea el método socrático.
- 6.- Es necesaria una buena relación terapéutica.
- 7.- Estructurada y directiva.
- 8.- Orientada hacia los problemas.
- 9.- Basada en el método científico.

## 10.- El trabajo en casa es importante.

Podemos dividir la Terapia Cognitiva en cuatro fases (Guerrero y Hidalgo, 1992), las cuales tendrán características propias e intervenciones diversas:

En la primera fase el terapeuta recaudará y examinará los datos de la historia clínica del paciente para identificar patrones no adaptativos. Se le da a conocer al paciente que el trastorno resulta del desarrollo de actitudes no adaptativas de una sobre-reacción ante un estrés específico y de la desafortunada ocurrencia de eventos no deseados o traumáticos.

En la segunda fase (educacional) se le enseña al paciente a identificar sus cogniciones negativas (depresivas) o pensamientos "automáticos", para empezar a enseñar los procesos de modificación.

En la tercera etapa la objetividad hacia las distorsiones o cogniciones depresivas del paciente se incrementa, puntualizando que estas alteran la realidad. Esto se logra cuestionando las ideas irracionales (depresivas) en que se basaban las cogniciones.

En la cuarta fase el paciente ya puede identificar más fácil y objetivamente las cogniciones depresivas y reconocer que son inválidas. Entonces se procede a neutralizarlas con cogniciones positivas repetitivas. El trabajo en casa, el auto-reporte, el reforzamiento positivo, el manejo de la fantasía, etc. son de gran ayuda en esta fase del tratamiento. En ocasiones las fases son cíclicas y la terapia termina cuando el paciente ha superado las situaciones que antes le causaban dificultad, cuando la depresión cede y ya no necesita al terapeuta para poner en práctica las herramientas aprendidas.

Un tema que se asocia al enfoque cognitivo y específicamente a la terapia cognitiva es la inteligencia. Se podría pensar que sujetos con altos coeficientes intelectuales tendrían más posibilidades de éxito en la terapia de tipo cognitivo, pero las evidencias muestran que la inteligencia es irrelevante para el éxito de los tratamientos y altas mediciones en las escalas de inteligencia (WAIS) no son predictoras de buenos resultados en la terapia (Haaga y cols., 1991).

## TERAPIA COGNITIVA: *Una Alternativa Eficaz*

La Terapia Cognitiva (TC) ha sido utilizada en el tratamiento de pacientes con diferentes tipos de trastornos como los trastornos de estado de ánimo, depresivos, de angustia, sexuales, de personalidad, etc. (Kujoth y Topetztes, 1977, en Marcotte, 1996; Beck, 1979; Horton y Johnson, 1980, en Marcotte, 1996; Lewinsohn y cols., 1990; Marcotte y Baron, 1993; Reed, 1994; Scott, Williams y Beck, 1995; Blackburn, 1995; Kendall y Panichelli, 1995).

Se han publicado varios estudios donde se ha comparado la eficacia de la Terapia Cognitiva con otros tratamientos tales como el tratamiento a base únicamente de medicamentos antidepresivos o en combinación con algún tipo de terapia, y los resultados han confirmado la eficacia de la Terapia Cognitiva en el tratamiento contra la depresión, siendo encontrada equivalente o superior a la medicación antidepresiva (Rush y cols. 1977; Beck, 1979; Blackburn, 1981; Rush y Watkins, 1981; Murphy y cols. 1984; Teasdale y cols., 1984; Beck y cols., 1985; en Blackburn, 1995; Macaskill y Macaskill, 1996). Otras investigaciones han comparado el uso de la Terapia Conductual con la Terapia Cognitiva en el tratamiento de pacientes deprimidos que acuden personalmente al tratamiento y los que son citados, encontrando a la Terapia Cognitiva superior o equivalente a la Terapia Conductual y superior a los controles de lista de espera (Shaw, 1977; Taylor y Marshall 1977; Zeiss y cols., 1979; Wilson y cols., 1983; en Blackburn, 1995). También en otros estudios se han combinado la Terapia Cognitiva y la Terapia Conductual en pacientes deprimidos de consulta externa y estudiantes deprimidos, y han encontrado que la Terapia cognitivo-conductual es un tratamiento eficaz superior a los enfoques psicodinámicos y a la terapia de apoyo (Shiple y Fazio, 1973; McLean y Hakstian, 1979; en Blackburn, 1995). Otros investigadores han dado cuenta de la efectividad de la Terapia Cognitiva en pacientes internados con depresión severa reportando exitosos resultados (Blackburn, 1995).

Belsher, Wilkes y Rush (1995), reportan un decremento significativo en la sintomatología depresiva en adolescentes utilizando Terapia Cognitiva en protocolos de intervención breves (12 sesiones). También Rosello (1993) reportó la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el decremento de los síntomas depresivos y un aumento en la autoestima de adolescentes puertorriqueños. Otros estudios han comprobado la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de adolescentes con depresión leve y

severa (Rhode, Lewinsohn y Seeley, 1994). A su vez se ha comprobado su efectividad en terapia cognitiva de grupo con adolescentes deprimidos con y sin la participación de los padres, siendo la primera situación la más efectiva (Clarke, Hops, Lewinshon y Andrews, 1993). Castonguay y cols. (1995) ha comparado varios enfoques terapéuticos y tipos de focos de intervención terapéutica encontrando la Terapia Cognitiva más eficaz que las demás, incluyendo terapias psicodinámicas y cognitivo-conductuales.

Otros estudios con niños deprimidos dan cuenta de la eficiencia del tratamiento con terapia cognitivo-conductual y relajación evaluando los seguimientos posteriores al tratamiento después de varias semanas reportando el mantenimiento de los resultados positivos (Reynolds y Coats, 1986; en Kendall 1993). Stark y cols. estudiaron dos grupos de tratamiento en jóvenes deprimidos uno con terapia cognitivo-conductual y el otro con terapia de consejo tradicional, y se encontró que la terapia cognitivo-conductual fue superior a la terapia de consejo tradicional (en Kendall, 1993).

### **COGNICIÓN Y ADOLESCENCIA: “Crisis” Cognitiva**

Uno se podría preguntar cual es la naturaleza del funcionamiento cognitivo en los jóvenes deprimidos, pues es necesario entender como el pensamiento va a influir en el estado de ánimo de los adolescentes y como abordar desde la propuesta cognitiva los estados depresivos clínicos de los jóvenes en contraste con los puntos comunes que existen entre la depresión y el proceso de la adolescencia.

Rie (1966) encontró que dos características importantes en la depresión del adulto no se encontraban en niños deprimidos, tales como la desesperanza y la desesperación, pero Kazdin y cols. (1983) en un estudio más reciente encontraron que, en jóvenes adolescentes, si se presentaron sentimientos de desesperanza (Clarizio, 1989). Wilkes y Rush (1988) encontraron tres puntos importantes para el tratamiento cognitivo con adolescentes que se tienen que tomar en cuenta si se quiere adaptar la teoría cognitiva a la terapia con jóvenes (en Clarizio, 1989), y son los siguientes:

- *Especial cuidado en el desarrollo de la alianza terapéutica*, pues el adolescente experimenta periodos de fuerte ambivalencia hacia las figuras de autoridad.

- *La orientación de las acciones terapéuticas*, como tareas para la casa y reconstrucción cognoscitiva deben de estar a la medida de las habilidades cognitivas del adolescente.

- *La familia*, que juega un papel importante en el desarrollo del adolescente (muchas veces las creencias negativas son compartidas y reforzadas por la familia) y debe ser incluida en el tratamiento ya sea como terapia familiar o manteniéndola al tanto de las actividades realizadas con el paciente

La investigación sobre las características depresivas en niños y adolescentes ha encontrado que existen distorsiones en las atribuciones propias, auto-evaluaciones y percepciones de los eventos vividos presentes y pasados (Kaslow, Rehm, Pollack y Siegel, 1988, en Kendall, 1993), así como también correlaciones significativas entre la utilización de un locus de control externo con niveles bajos de resolución cognitiva de problemas (frente a estrés objetivo y subjetivo) y niveles altos de sintomatología depresiva, y además un sentimiento de tener poca capacidad para obtener consecuencias positivas de su propia conducta (Mullins, Siegel y Hedges, 1985). Curry y Craighead (1990) encontraron que adolescentes deprimidos atribuían la causa de eventos positivos a situaciones inestables, externas y específicas, así como un alto grado de anhedonia. Además, que la sintomatología depresiva estaba más asociada a las atribuciones de los eventos positivos que a los negativos. Kaslow y cols. (1984) encontraron que niños deprimidos tienen bajos niveles de autoestima y menor competencia social y académica, así como mayores niveles de autocastigo.

Según la teoría de los Estilos Responsivos de la Depresión (Nolen-Hoeksema, 1987, en Schwartz 1996) las diferencias individuales en la manera en que los sujetos enfrentan sus sentimientos de tristeza y disforia pueden explicar la diferencia en la severidad y duración de los síntomas depresivos. Los sujetos que distraen sus pensamientos depresores en otras actividades que mantienen temporalmente sus mentes lejos del estado de ánimo negativo, logran superar esos estados mucho mejor que los que se mantienen en los mismos estados responsivos que mantienen la depresión, la cual se ve incrementada en severidad y duración. Schwartz y Koenig (1996) encontraron que los adolescentes deprimidos que manejaban estilos responsivos que se alejaban de sus pensamientos negativos (como actividades distractoras) se recuperaban más rápido y mejor de su sintomatología depresiva que los sujetos que se mantenían con el mismo estilo responsivo (pensamientos reverberantes sobre ideas negativas y depresoras).

Las terapia cognitiva y cognitiva-conductual con jóvenes, como hemos visto, han sido desarrolladas para reconstruir las distorsiones cognitivas que se presentan en el trastorno depresivo. Los componentes terapéuticos que deben contener las intervenciones del tratamiento, según Stark y cols. (1991) incluyen: a) habilidades de auto-control que involucran auto-consecuencias (buscando más el reforzamiento que el castigo), auto-monitoreo (atención a cosas positivas que realizan), auto-evaluaciones (que sean menos perfeccionistas con sus formas de actuar) y entrenamiento asertivo; b) habilidades sociales como son inicio y mantenimiento de interrelaciones, solución de problemas y el uso de relajación e imaginaria; y c) reconstrucción cognoscitiva, confrontación y cambio de los pensamientos distorsionados (en Kendall, 1993).

Asumir que existe una sola forma "correcta" de pensar, sentir y actuar es un error fatal. Ciertamente lo correcto es todo lo contrario. La experiencia humana, incluyendo la infancia y la adolescencia, esta repleta de oportunidades para una gran diversidad de pensamientos, sentimientos y acciones. La definición de que es "normal" es muy subjetiva; los pensamientos, la conducta y los sentimientos son anormales sólo cuando son mal adaptados por el individuo o afectan a terceras personas (disfuncionales). Las intervenciones en terapia cognitiva no buscan una sola forma de pensar, si no que están diseñadas para reconstruir los estilos cognitivos, afectivos y conductuales que son perjudiciales y que el niño o adolescente pudiera estar desarrollando; por tanto la intervención se orienta a ofrecer una valiosa experiencia educacional que pueda modificar condiciones indeseables en su trayectoria de desarrollo (Kendall, 1993).



# HIPNOTERAPIA COGNITIVA

---

*"El conflicto entre la Naturaleza y el Espíritu no es sino  
la traducción de la esencia paradójica del alma"*

C. G. Jung, 1944

Como se observó anteriormente, se han reportado resultados positivos en tratamientos favorecidos por la hipnosis en pacientes asmáticos, con cefalea, dolor crónico benigno, control de dolor en cancer, trastornos dermatológicos, problemas de sueño, obesidad, trastornos dentales, alcoholismo, miopía, trastornos afectivos, etc. (Bowers y Kelly, 1979, en Kihlstrom, 1985; Graham y Leibowitz, 1972; Corzo y Martínez, 1989; Fragoso, 1989; Hammond, 1990). En este capítulo hablaremos de la Hipnoterapia Cognitiva que se observa como una opción eficaz en el tratamiento de trastornos afectivos como la depresión.

## **Un Modelo Cognitivo Disociativo: *Dos paradigmas***

Hemos visto que la Terapia Cognitiva se muestra como una opción eficaz en el control y manejo de los estados de ánimo depresivos y de los factores psicológicos que los acompañan. Recientemente Alladin (1991; 1994a; 1994b) desarrolló una propuesta terapéutica integrando la Terapia Cognitiva (Beck, 1967) y la Hipnoterapia, como una opción para el tratamiento de la depresión.

Así, Alladin (1991) desarrolló un modelo llamado **Modelo Cognitivo Disociativo de la Depresión**, el cual utiliza paradigmas tanto cognitivos como hipnóticos para explicar el proceso psicológico involucrado en la génesis y el mantenimiento de la depresión unipolar no endógena. El modelo ofrece una extensión de la teoría cognitiva de la depresión de Beck (1967) y provee las bases para la combinación de las técnicas terapéuticas cognitivas e hipnóticas en el manejo de la depresión.

*¿Porqué combinar estos dos paradigmas teóricos en un protocolo de intervención contra la depresión?.* En respuesta a lo anterior, se puede decir que ambos paradigmas pueden ser complementarios en la descripción y entendimiento de la depresión, por lo que su integración puede proveer más elementos terapéuticos para su atención y comprensión.

La relación que existe entre las cogniciones disfuncionales (negativas o irracionales) y el estado de ánimo depresivo esta muy bien documentada en la literatura (Beck,1979; Ellis, 1986). Para el enfoque cognitivo los pensamientos crean las emociones y un cambio positivo en el nivel de pensamiento da como resultado un cambio positivo en la experiencia afectiva del individuo; dado que las experiencias de la vida pasan por un proceso de reconocimiento perceptivo, no son éstas las que crean las emociones, sino que el resultado de este proceso de reconocimiento (sensitivo-perceptivo) y de categorización (cognoscitivo) es lo que desencadena determinados tipos de emociones funcionales o disfuncionales. Tomando la teoría de Beck (1979), que ya se revisó anteriormente, podemos decir que, para él, las disfunciones cognitivas o "cogniciones depresivas" son el problema principal, o al menos, son factores muy importantes en el mantenimiento e incremento de los estados depresivos y así, como hemos visto, ha identificado 3 características cognitivas importantes en la depresión:

- 1.- La triada negativa
- 2.- El procesamiento de información defectuoso
- 3.- Los auto-esquemas negativos

Pero aunque Beck ha desarrollado una de las más útiles y comprensibles teorías acerca de la depresión y provee una vía de entendimiento y reestructuración del pensamiento depresivo, Alladin (1992a) argumentó que la teoría no explica satisfactoriamente los complejos procesos por los cuales las distorsiones cognitivas llevan a desarrollar una depresión clínica. Es entonces, cuando a partir de que la hipnosis ha producido cambios cognitivos, somáticos, kinestésicos, perceptuales y psicológicos (Hilgard, 1965; McBrien, 1990; Perry, Gelfand y Marcovitch, 1979; Bowers, 1979; Barabasz y Lonsdale, 1983; Spanos, Dubreuil, Saad y Gorassini, 1983; Kihlstrom y cols., 1985; Spiegel y cols., 1985; Harris, 1993; Shum, 1993; Alladin, 1994; Zamansky y Bartis, 1985; Kihlstrom, 1987; Bowers y Woody, 1996; Reed, Kirsch, Wickless, Moffitt y Taren, 1996) bajo condiciones controladas, Alladin (1992b) pensó que la combinación de paradigmas tanto hipnóticos como cognitivos puede proveer una nueva orientación y un marco de

investigación y reestructuración sobre cambios psicobiológicos en depresiones clínicas; dando más luz en la comprensión del proceso psicobiológico por el cual algunos estados disfóricos poco rigurosos y transitorios pueden desarrollar severos y persistentes episodios depresivos. Así, la inclusión de paradigmas hipnóticos puede ofrecer una explicación de como las distorsiones o alteraciones cognitivas llevan a cambios psicobiológicos y experienciales (Alladin, 1994).

**El Modelo Cognitivo Disociativo de la Depresión (MCDD)** es una extensión del modelo circular de retroinformación de la depresión de Beck (1967) desarrollado más tarde por Schultz (1978; en Alladin, 1994a; 1994b). El **MCDD** incorpora ideas y conceptos del procesamiento de información, atención selectiva, funcionamiento y lateralización cerebral, y la teoría neodisociativa de la hipnosis.

Es un modelo cognitivo-disociativo porque abarca la teoría neodisociativa que propone que la depresión no-endógena es una forma de disociación producida por lo que Araoz llamó una auto-hipnosis negativa (Araoz, 1981). El **MCDD** consta de 12 componentes interrelacionados (que se explicarán posteriormente) que forman un circuito circular de retroinformación, el cual puede ser entendido a partir de 4 secciones:

- 1.- La depresión es conceptualizada como una forma de disociación (auto-hipnosis negativa).
- 2.- Describe similitudes neuro-psicológicas entre depresión e hipnosis.
- 3.- Se explora el proceso que está involucrado en la construcción de una "realidad depresiva".
- 4.- El circuito circular de retroinformación tiene 12 componentes interrelacionados.

### **Auto-hipnosis Negativa**

La Auto-hipnosis Negativa (Araoz,1981) consiste en una serie de postulados negativos no conscientes (automáticos) e imágenes mentales derrotistas a las cuales la persona se entrega inconscientemente manteniéndolos activos, llevando a la persona a disfunciones clínicas, mientras que la persona conscientemente quiere mejorar, cambiar y solucionar su problema. Se le llamó Auto-hipnosis Negativa porque está compuesta por tres factores principales: 1) Un pensamiento no-crítico que se

convierte en una activación negativa de procesos no conscientes, 2) imaginaria negativa activa, y 3) fuertes sugerencias post-hipnóticas en la forma de afirmaciones negativas. La persona dice: "*No puedo hacer lo que se que tengo que hacer*", refiriéndose a problemas de trabajo, de pareja, familiares, etc. Para Araoz (1981) algunas personas no pueden cambiar porque están convencidas de que no pueden hacerlo. A través de un proceso repetitivo donde constantemente se están dando afirmaciones negativas y enfocándose en imágenes mentales derrotistas, su inconsciente acepta sin crítica alguna estas afirmaciones, manteniendo en este caso el estado de ánimo depresivo. Beck (1979) y Ellis (1973, en Araoz, 1981) han dado cuenta de la existencia de pensamientos disfuncionales e ideas irracionales que mantienen algunos trastornos clínicos, tornándose automáticos y fuera del control conciente del sujeto; para Araoz estas distorsiones son, de hecho, auto-hipnosis negativas aunque los autores no se haga referencia alguna a la hipnosis (Araoz, 1981).

### **La Depresión como Disociación**

Hilgard (1977), como ya hemos visto, propuso una teoría neodisociativa de la hipnosis que, aunque controversial, es una de las teorías que más ha influido el estudio de la hipnosis. La disociación (o el estado hipnótico), vista como un proceso cognitivo en un rango que va de menor a mayor profundidad, es definida por West (1967, en Alladin, 1992a) como un proceso psicológico donde la información (de salida, de entrada y almacenada) es activamente desviada de la información integrada, cuyas asociaciones son usualmente esperadas, produciendo alteraciones en el pensamiento, el sentimiento y la acción, por lo tanto durante un periodo de tiempo cierta información no esta asociada o integrada con otras como normalmente debería de estar. Hilgard también argumentó que la hipnosis y otras experiencias disociativas tales como fugas, estados de posesión, personalidad múltiple, etc. involucran algún grado de pérdida del control voluntario, existiendo una división del control entre procesos conscientes y procesos no-conscientes (Alladin, 1992a).

Beck (1979) ha notado la preocupación constante y estereotipada de los pacientes deprimidos sobre sus atributos personales negativos (auto-hipnosis negativa para Araoz, 1981) la cual fortalece las estructuras o esquemas cognitivos subordinados. Aunque no hace referencia sobre hipnosis, Beck (1979) estableció que los pacientes medianamente deprimidos generalmente pueden percibir sus pensamientos negativos con cierta objetividad, pero

conforme la depresión empeora estos pensamientos se ven cada vez más dominados por ideas negativas, y se tiene una gran dificultad para concentrarse en estímulos externos o comprometerse con actividades voluntarias, Beck mencionó que la organización idiosincrásica (cognitiva) se vuelve autónoma a tal grado que el individuo no puede responder a cambios en su ambiente inmediato. Por lo tanto Alladin (1992b) relacionó estas cuestiones argumentando que es razonable observar que una organización cognitiva similar, al menos en términos de auto-sugestiones negativas o auto-esquemas negativos, puede estar implicada en ambos casos “estados depresivos” y “estados hipnóticos”. Sin embargo no se sugiere que la hipnosis sea análoga a la depresión. A continuación se presentan similitudes y diferencias entre depresión e hipnosis según Alladin & Heap (1991):

**Similitudes entre Hipnosis y Depresión:**

<b>HIPNOSIS</b>	<b>DEPRESIÓN</b>
1.-Aceptación sin crítica de sugeriones	1.- Pensamiento no crítico
2.- Imaginación Activa	2.- Imaginación Negativa Activa
3.-Dominancia del Hemisferio Derecho	3.-Participación del Hemisferio Derecho
4.- Disociación de funciones	4.- Pérdida de control voluntario sobre el pensamiento
5.- Actividades cognitivas sincréticas	5.- Actividades cognitivas sincréticas
6.- Suspensión, distorsión y generalización de la experiencia	6.- Procesamiento selectivo de información para mantener los esquemas negativos
7.-Sugeriones posthipnóticas implícitas o explícitas	7.- Afirmación de la realidad depresiva
8.- Existencia de experiencias y cogniciones de tipo primitivas	8.- Tipo de pensamiento primitivo
9.- Participación del sistema límbico y la corteza cerebral	9.- Participación del sistema límbico y la corteza cerebral

**Diferencias entre Hipnosis y Depresión:**

<b>HIPNOSIS</b>	<b>DEPRESIÓN</b>
1.- Auto o hetero inducida	1.- Siempre es auto-inducida
2.- Terminación sencilla	2.- No es fácilmente terminada
3.- Sentimientos sincréticos fácilmente disminuidos	3.- Sentimientos sincréticos difíciles de controlar
4.- Usualmente asociada a experiencias placenteras	4.- Siempre asociada con experiencias displacenteras
5.- Cambios somáticos, cognitivos y perceptivos fácilmente controlados.	5.- Cambios perceptuales, somáticos y cognitivos difíciles de controlar.

## Similitudes Neuropsicológicas

Entre hipnosis y depresión existen ciertas similitudes de las que dan evidencia algunos estudios sobre lateralización cerebral y neuropsicología, como por ejemplo: se encontró que el mismo hemisferio cerebral, al parecer, está involucrado en la depresión (Flor-Henry, 1976, en Alladin, 1992a; Wexler, 1984) y en la hipnosis (Gruzelier y cols, 1984, Gruzelier y Brow, 1985, en Alladin, 1992a; Perez, 1988; Robles, 1990). Así, sabemos que aunque los hemisferios cerebrales trabajan interactivamente, hay una especialización entre ellos en términos de procesamiento de información. Se ha observado que el hemisferio derecho está más capacitado en procesamiento de información no verbal, no crítica y emocional (como ya hemos revisado). Según Tucker y Frederick (1989, en Alladin, 1992b) el hemisferio derecho tiene una visión negativa del mundo y percibe la información de forma más intensa pudiendo involucrar procesos cognitivos no conscientes. Parece que la hipnosis puede facilitar cambios hacia una mayor participación del hemisferio derecho (Barnett, 1979, en Alladin, 1992a; Robles, 1990), así como también se han observado cambios en el mismo hemisferio derecho en la depresión (Strauss, Moscovitch y Olds, 1979, en Alladin, 1992a), y una disminución en la actividad hemisférica izquierda en la zona frontal (Heller y Nitschke, 1997). Por lo tanto, parece que el mismo hemisferio cerebral es activado durante la disociación y la depresión y para Alladin (1992a; 1994a; 1994b) este podría ser el correlato neuropsicológico de estos dos fenómenos psicológicos y por lo que podría también explicar la experiencia subjetiva que se observa en la depresión y la hipnosis.

## Construcción de la “Realidad Depresiva”

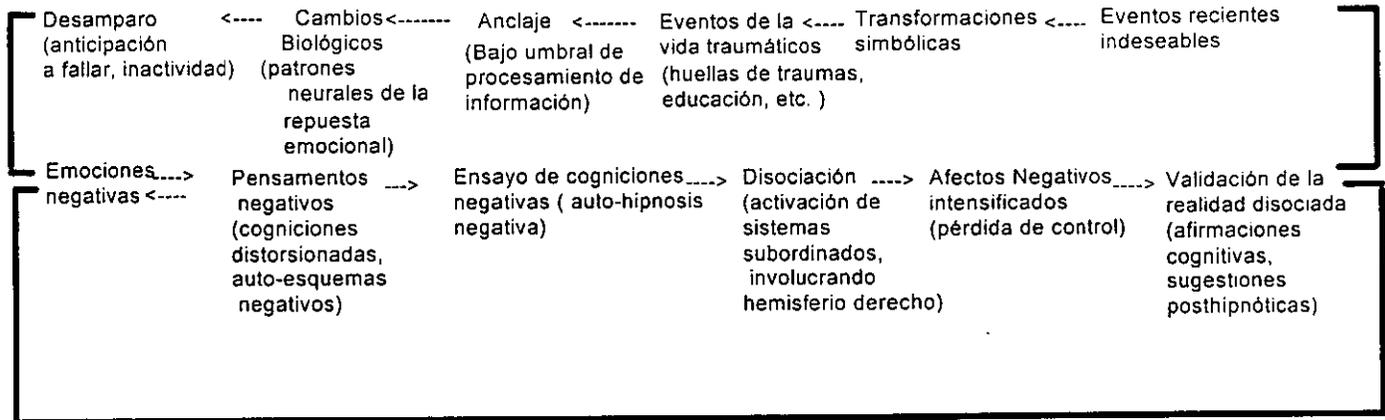
Para explorar las diferencias entre “estado despierto” y “estado disociado” y entre estado depresivo y no-depresivo, Alladin hace referencia al trabajo de Tart (1975, en Alladin, 1992a) que distingue entre estado discreto de conciencia (d-SOC), estado discreto alterado de conciencia (d-ASC) y estado de línea base de conciencia (B-SOC). Un estado discreto alterado de conciencia, es diferente de un estado de línea base y consiste en un nuevo sistema generado por la reestructuración del yo cohesivo (realidad de línea base). En este sentido la experiencia hipnótica es una nueva experiencia, un estado discreto alterado de conciencia generado por una construcción interna de cogniciones existentes. Este punto de vista puede extenderse fácilmente al procesamiento cognitivo y la organización de la depresión. En respuesta a

ciertos estímulos externos o internos, las cogniciones existentes (esquemas negativos) son activadas y dada su disfuncionalidad resultan en estados de ánimo depresivo (d-ASC). La severidad de los síntomas afectivos podría estar determinada dependiendo hacia donde se extiende la activación de los esquemas negativos. En la depresión los esquemas negativos y los sentimientos negativos concomitantes toman el control separados del estado de línea base (b-SOC). Esto puede observarse también en algunos fenómenos del estado hipnótico como son: catalepsias, levitación de la mano, analgesias, pérdida de la memoria, etc. En la hipnosis se aprovecha este cambio en b-SOC para obtener un d-ASC, fuera de la realidad externa y fuera de la información del mundo exterior para centrar la atención en otros procesos disociativos, incrementando la actividad del cerebro derecho (Robles, 1990). Este cambio permite la reestructuración cognitiva de las cogniciones negativas en la depresión. El estado de despierto (b-SOC) o un estado no depresivo se caracteriza por ser más conceptual y analítico con representaciones lógicas del mundo, que actúan como modelo de la realidad "real" (Alladin, 1992a).

### ***El MCDD: Un Modelo Circular de Retroinformación***

El Modelo Cognitivo Disociativo de la Depresión refiere que hay una interacción de reforzamiento mutua entre cogniciones y afectos, por lo que los pensamientos no solo afectan los sentimientos sino que los sentimientos también influyen en los contenidos de los pensamientos (Alladin, 1994b). La Figura 1 muestra el modelo que incorpora elementos diversos en su circuito. Un evento (interno o externo) puede disparar un esquema negativo, cuyo ensayo cognitivo (auto-hipnosis negativa) lleva a una disociación. Conforme el deprimido encuentra difícil redirigir sus pensamientos e imágenes lejos de lo concerniente al evento negativo, va perdiendo el control sobre su imaginaria emocional (Horowitz, 1972, en Alladin, 1994) sin poder cambiar las imágenes negativas ni los sentimientos, permitiendo un continuo reforzamiento del estado de ánimo depresivo, validando así la "realidad depresiva" (afirmaciones negativas o sugerencias posthipnóticas). Schultz (1978, en Alladin, 1992a) ha sugerido que los eventos indeseables de la vida pueden contribuir al mantenimiento del ciclo depresivo. Klinger (1975, en Alladin, 1992a), sin embargo, menciona que es la transformación simbólica de estos eventos el factor crítico en el mantenimiento del mismo ciclo. Sugiere que estos eventos no deseados pueden dar pie a experiencias traumáticas del pasado, ya que los deprimidos están muy susceptibles a eventos semejantes a las experiencias traumáticas del pasado y además pueden generalizar esto a

**Fig.1 Modelo Cognitivo Disociativo de la Depresión (Alladin, 1994)**



estímulos presentes sin importancia. Por lo que los depresivos tienen un umbral muy pequeño en el procesamiento de estímulos emocionales. A través de un anclaje repetitivo en estas circunstancias pueden ocurrir cambios biogénéticos, Schartz (1976, 1977) ha dado evidencias del desarrollo de ciertas vías neurológicas debido a enfoques cognitivos conscientes, y es posible que a través de enfocarse en cogniciones negativas el deprimido desarrolle vías depresivas.

Cuando los pacientes se deprimen tienen una tendencia a pensar más negativamente (Beck, 1979) y a partir de esto perciben un continuo sentido de pérdida, desesperanza, de derrota, penalidad, etc. que no pueden manejar. También los individuos predispuestos a experimentar estados de ánimo depresivos tienden a enfocarse en pensamientos negativos e imágenes. Esto quiere decir que el círculo vicioso entre cognición y afecto se va repitiendo por sí mismo una y otra vez como un circuito reverberante manteniendo o empeorando el estado de ánimo depresivo. Esto se ve aumentado si el individuo no tiene suficientes habilidades sociales adecuadas o está rodeado por factores ambientales adversos, o un pobre soporte social. Es aquí donde los deprimidos son más vulnerables y pueden presentar ideación suicida (Alladin, 1992b). Así cualquiera de los 12 componentes del circuito puede disparar la depresión y la interrelación de sus elementos manteniendo el circuito reverberante.

A continuación se describen brevemente los componentes del circuito de retroinformación:

### **Afectos Negativos y Cogniciones Negativas**

Ya se ha revisado anteriormente la relación que existe entre las cogniciones disfuncionales y el estado de ánimo depresivo. Entonces solo agregaremos aquí lo que mencionó Epicteto en el siglo I: *“La realidad no es la que crea nuestras emociones, sino nuestra forma de pensar acerca de ella”*.

### **Ensayo de Cogniciones Negativas**

Los individuos predispuestos a experimentar estados de ánimo depresivos tienden a enfocarse en pensamientos negativos e imágenes. Schultz (1976), Starker y Singer (1975) y Traynor (1974) han dado evidencias al respecto, reportaron que con el incremento en los niveles de depresión los pacientes tienden a cambiar los contenidos de sus imágenes en fantasías

negativas estando, consecuentemente, no aptos para re-dirigir sus pensamientos e imágenes fuera de sus actuales problemas y los acontecimientos negativos de sus vidas. Es decir, que el círculo vicioso entre cognición y afecto se va repitiendo por sí mismo indefinidamente, como un circuito reverberante manteniendo o empeorando el estado de ánimo depresivo (en Alladin, 1994b)

Este proceso se compara con la Auto-Hipnosis Negativa (AHN) de Araoz (1981) quién, como ya revisamos, argumentó que dicha auto-hipnosis se puede observar como el común denominador de los problemas de origen psicológico. Este modelo esta compuesto por tres factores principales: 1) falta de autocritica, 2) imaginaria negativa activa, y 3) fuertes sugerencias post-hipnóticas en la forma de afirmaciones negativas. Alladin planteó la extensión del concepto de AHN para explicar la forma en que la depresión se mantiene en el sujeto. Para él, en la medida que el paciente deprimido se mantenga en la AHN, no será sorprendente que tenga muy poco éxito en el intento de romper el círculo vicioso que forma el circuito de la depresión.

### **La Disociación**

Como ya hemos visto, la disociación esta presente tanto en la hipnosis como en la depresión, por tanto, el modelo hace uso de la disociación como factor importante para explicar la genesis, el mantenimiento y la terapéutica de la depresión.

### **Afectos Negativos Intensificados, Pérdida de control y Creencia en la Realidad Disociada.**

El paciente deprimido dado que su atención se enfoca en auto-esquemas negativos, intensifica su depresión resultando de esto una perpetuación y validación de la "realidad depresiva interna". Más aún, la preocupación por las imágenes negativas puede guiar al paciente a una pérdida del control sobre las experiencias emocionales. Se han reportado dos tipos de pérdida subjetiva de control sobre la intensidad de las imágenes emocionales. En el primer tipo la persona experimenta un excesivo e intenso bombardeo de imágenes y es incapaz de evitar o disipar dichas experiencias. En el otro tipo de pérdida de control, la persona es incapaz de formar imágenes que el o ella subjetivamente desearían tener. A partir de tal pérdida de control pueden aparecer engaños y

errores de pensamiento que le dan validez a la realidad depresiva interna, pudiendo ocurrir tanto a nivel consciente como no-consciente, por lo que el círculo vicioso de retroinformación puede operar en esos dos niveles de conciencia (Horowitz, 1972; en Alladin, 1994b).

### **Eventos Indeseables de la Vida y Transformación Simbólica.**

Se ha reportado (Paykel y cols., 1969; Schultz, 1976; en Alladin, 1994b) que existe una mayor frecuencia de eventos indeseables como son: problemas de sueño, enfermedades, problemas financieros, problemas sexuales, etc., entre personas depresivas comparadas con la población en general. Para Beck (1979) los eventos indeseables de la vida contribuyen a mantener el ciclo depresivo, y existe una correlación entre eventos indeseables recientes y la severidad de la depresión en pacientes deprimidos (Brown y Harris, 1978; en Alladin, 1994b). Según Klinger (1975) los eventos indeseables recientes sirven como señal (transformación simbólica) para otros tipos de traumas previos vividos en experiencias pasadas por el sujeto (en Alladin, 1994b), lo que Beck (1979) llamó auto-esquemas negativos, que están latentes y pueden ser disparados por algunos eventos ya sean internos o externos.

### **Anclaje y Desarrollo de un Camino Depresivo**

La transformación simbólica puede, además, generalizarse a otras situaciones o eventos que no están relacionados. Esta atención selectiva o anclaje puede producir cambios de origen biológico y, así mismo, puede explicar el bajo umbral de procesamiento de información emocional en las personas deprimidas (Alladin, 1994b). Schwartz (1976) ha dado evidencia del desarrollo de ciertos caminos neurológicos debido a una focalización cognitiva consciente (incluyendo imágenes). Individuos que están predispuestos a la depresión, o que vivieron experiencias estresantes tempranas (Guidano, 1987; en Alladin, 1992a), o un proceso de desarrollo anormal (Wexler, 1980; en Alladin, 1994b), o aquellos con bajos niveles de bioaminas (Oke y cols., 1978; en Alladin, 1994b), son más vulnerables para desarrollar caminos depresivos a través de la focalización cognitiva negativa. Por lo tanto no solo auto-esquemas negativos recientes (conscientes) o latentes (no-concientes) pueden desencadenar estados de ánimo depresivo, sino que también puede existir una predisposición biológica (Alladin, 1994b) o genética (Farmer, 1996).

## **Sentido de Desesperanza o Desamparo**

Dado que las personas deprimidas están usualmente preocupadas por los esquemas negativos, tienden a percibir el futuro como un continuo patrón de fracaso, una gran dificultad para enfrentar y sobrellevar la tensión. Tal preocupación (NHS) promueve sentimientos de desesperanza y desamparo exacerbando los síntomas vegetativos u orgánicos. Estos sentimientos se agravan, como hemos visto anteriormente, si la persona carece de habilidades sociales o apoyo social y/o esta rodeado de factores ambientales adversos, y es donde la ideación suicida puede ser un punto serio a tratar, ya que muchas veces la muerte suele ser la única solución observable para el sujeto deprimido (Alladin, 1994).

### **HIPNOTERAPIA COGNITIVA: *Implicaciones Clínicas***

El Modelo Disociativo Cognitivo de la Depresión (MCDD) de Alladin (1994) toma un punto de vista multidimensional sobre la depresión. Los 12 factores que forman el circuito depresivo están todos interrelacionados formando una constelación de procesos emocionales, cognitivos, conductuales, fisiológicos e inconscientes. Enfocarse en cualquiera de los factores les permite al paciente y al terapeuta tener un punto de acceso en el circuito depresivo. Una vez que el paciente y el terapeuta lograron tener acceso a este conjunto de relaciones, ellos pueden emplear técnicas como herramientas para desenredar y reorganizar el circuito. Para Alladin (1994) cualquiera de los factores puede ser usado como blanco de intervención para entrar en el circuito, y cuya modificación tiene un efecto en los otros procesos dada su naturaleza interrelacionada. Como la depresión es un trastorno complejo, es recomendado abordarlo desde un punto de vista multifactorial (hipnosis, terapia cognitiva, estratégica, conductual, imaginaria, técnicas psicodinámicas, etc.) para que el tratamiento sea acorde con las necesidades de los pacientes. Williams (1984, en Alladin, 1994), en su revisión de los trabajos sobre la terapéutica de la depresión, concluyó que entre más técnicas se usen, mejores serán los efectos del tratamiento en los pacientes.

En estudios preliminares (Alladin, 1989, en 1994b) se comparó la terapia cognitiva (Beck, 1979) con la Hipnoterapia Cognitiva aquí propuesta, y se concluyó que no hay diferencias entre los dos tratamientos, ambos redujeron y controlaron los estados de ánimo depresivo muy satisfactoriamente. Sin embargo se observó que el grupo al que se le aplicó

Hipnoterapia Cognitiva mostró: 1. Más rápido alivio de síntomas, 2. gran reducción en puntajes de ansiedad, y 3. gran aumento en la auto-confianza.

El protocolo de intervención terapéutica con Hipnoterapia Cognitiva propuesto por Alladin (1992a; 1994) consta de 12 sesiones aproximadamente. Para esta investigación se le añadió a este protocolo algunos aspectos pertinentes sobre psicoterapia (Ubando, 1997), resolución de conflictos (Furman, 1997) y control mental (Domínguez, 1997). El protocolo se presenta brevemente a continuación:

### **1ra. SESIÓN: Valoración clínica**

Aparte de tomar la historia clínica usual, realizar el rapport y establecer el encuadre junto con el contrato terapéutico, Alladin (1994a; 1994b) hace referencia a la necesidad de que el terapeuta identifique los patrones funcionales y disfuncionales de pensamiento, sentimiento, respuesta corporal y comportamiento. También se debe evaluar el estado depresivo actual y el grado de susceptibilidad hipnótica para fines de pre y post evaluación del protocolo.

### **2da. SESIÓN: Primera intervención para la depresión**

Como los pacientes deprimidos tienden a presentar sentimientos de desesperanza y pesimismo, cualquier ayuda o consuelo fuera de estos sentimientos proveen un sentido de esperanza y genera confianza en el tratamiento (Alladin, 1994b). Alladin y Heap (1991) han extendido las técnicas de Overlade (1986; en Alladin, 1994b) y desarrollaron un sistema de primera intervención contra la depresión que se aplicó como sigue:

**Paso 1: Ventilación:** Se anima a cada paciente para que desahogue y ventile sus sentimientos relacionados a la causa del estado de ánimo depresivo.

**Paso 2: Educación:** Después de la ventilación de los sentimientos, se le da al paciente una explicación (biológica y humanística) de su estado depresivo. La explicación biológica se centrará en que la depresión, es como cualquier emoción, y consiste por una parte en un reflejo primitivo ante situaciones de dominio o desamparo (que incluye ciertas posturas depresivas observadas en monos y humanos) y la explicación psicológica se centrará en la función compensatoria de la depresión como un componente de auto-ayuda en la

limitación y degradación del ego, así como también por el resultado de cogniciones disfuncionales que provocan estados depresivos (Beck, 1979). Todo esto se ve relacionado con los tipos de pensamientos y racionalizaciones que se tienen los cuales, muchas veces, empeoran el estado del paciente. Dado que se tiene un reflejo biológico, se necesita también un cambio biológico, el cual se puede lograr haciendo un esfuerzo consciente para cambiar la postura depresiva adoptando una postura anti-depresiva que alienta al intelecto a buscar razones para sentirse mejor.

**Paso 3: Adoptar una postura antidepresiva:** Se hace una pequeña inducción hipnótica para que cada paciente este claramente relajado y se les pide imaginar una postura erguida (como un guardia, por ejemplo) y tomarla; después de lograrlo se le pide autorización al paciente para sostener su cabeza colocándose el terapeuta detrás de este, y sosteniendo la cabeza del paciente se le pide dejar caer el peso de su cabeza sobre las manos del terapeuta.

**Paso 4: Imaginería e inducción:** En este momento se le pide a los pacientes que adopten una sonrisa en su rostro, esta inducción tiene como fin que el paciente imagine verse en un espejo sonriendo y que logre adoptar tal gesticulación, ayudando a eliminar la postura depresiva. Después se les pide que imaginen y visualicen a una persona divertida o graciosa que haya hecho reír al paciente en el pasado, así como a recordar situaciones y recuerdos positivos y alegres para hacer un cambio positivo de esquema (como corriendo un cassette de felicidad en la mente).

**Paso 5: Condicionando a estímulos positivos:** Se condiciona a los pacientes a responder a estímulos positivos aparejando la experiencia presente (sentirse bien) con palabras como “chiste”, “burbuja”, “sonrisa”, etc. que el paciente podrá repetir cuando no quiera sentirse triste (pueden utilizarse palabras del mismo paciente).

### **3ra. y 4ta. SESIÓN: Terapia Cognitiva y Psicoterapia**

Se inicia la terapia cognitiva cuyo principal propósito es ayudar a cada paciente a identificar, enfrentar, y corregir las creencias disfuncionales que mantienen el estado de ánimo depresivo. Por otro lado, también se hace uso de la cadena psicoterapéutica **Tracking-Fijación-Control**.

## 5ta. SESIÓN: Hipnosis

Se introduce ahora el componente hipnótico formal, induciendo un estado profundo o semi-profundo de hipnosis y se procede a dar sugerencias de fortalecimiento del ego (Hartland, 1974).

## 6ta. - 7ma. - 8va. SESIÓN: Re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis.

En estas sesiones (o puede extenderse a más) el tratamiento se enfocará en la re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis, expansión de la conciencia y desarrollo de vías fuera de la depresión.

**1.- Re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis:** Cuando esté el paciente claramente relajado y con una profundidad satisfactoria en el trance, se le pide al sujeto que imagine una situación que normalmente causa el estado depresivo y se le sugiere que se enfoque en las cogniciones disfuncionales y las respuestas emocionales, fisiológicas y conductuales asociadas a ellas. Después de esto se le pide a los pacientes que congelen las imágenes y que las reemplacen por pensamientos e imágenes más apropiadas y después atender a los resultados deseados. Esto se continúa hasta que el paciente logre re-estructurar una serie de cogniciones relacionadas a situaciones específicas.

**2.- Expansión de la conciencia:** Esto se refiere a que el paciente relaciona un evento con una cognición y da como resultado un sentimiento por lo regular disfuncional. Lo que se logra en este punto es hacer que el paciente extienda su conciencia entre pasado y futuro para que eventos relacionados con cogniciones disfuncionales pasadas, ya no le provoquen reacciones emocionales disfuncionales, re-estructurando esquemas negativos pasados no conscientes.

**3.- Desarrollo de vías o caminos fuera de la depresión:** Si los pacientes deprimidos desarrollan vías depresivas a través de enfocarse en esquemas negativos no conscientes, es posible entonces desarrollar vías o caminos antidepresivos o funcionales enfocándose en imágenes positivas. Se les ayuda a los pacientes bajo estado hipnótico, enfocarse en imágenes positivas pero realistas que puedan ser recreadas en la mente en momentos posteriores.

## **9na. SESIÓN: Cambio de atención e Inducción de estado de ánimo positivo**

Los pacientes deprimidos tienen la tendencia a preocuparse por tener imágenes y pensamientos catastróficos (Alladin, 1994b). Estas preocupaciones suelen convertirse en obsesiones y dificultar el proceso terapéutico. Para romper este ciclo obsesivo, se entrenará a los pacientes para cambiar su atención lejos de las cogniciones negativas y mantenerla enfocada en experiencias positivas. Para lograrlo, cada paciente tendrá que hacer una lista de 10 a 15 experiencias placenteras y practicar manteniéndolas cada una en su mente durante 30 segundos, y se les pide que practiquen esto durante 5 minutos cada día, y así cuando un pensamiento negativo llegue a sus mentes será fácilmente substituido por otro positivo.

## **10ma. SESIÓN: Entrenamiento Activo-Interactivo**

Esta técnica ayuda a romper "hábitos disociativos" y a encaminar "asociaciones" con el ambiente. Los pacientes deprimidos tienden a disociar más que a interactuar con el ambiente que se les presenta tanto interno como externo, ya que la disociación pasiva es lo que produce que los pacientes se anclen a su realidad interna y mantengan sus esquemas negativos y, por ende, su depresión (Alladin, 1994b). Se entrena a los pacientes a estar alerta y en tono con la información. Para prevenir la disociación pasiva los pacientes deberán estar alertas cuando ocurra dicho proceso, cambiar la atención activamente lejos de los anclajes negativos y enfocarse en la realidad conceptual. Es decir se involucra en mayor medida la actividad del hemisferio izquierdo siendo más analíticos, lógicos y realistas. Se introduce así proceso secundario.

## **11ra. SESIÓN: Entrenamiento de habilidades sociales y resolución de conflictos.**

En esta sesión se le da a cada paciente ciertas herramientas tanto en resolución de conflictos (Furman, 1997) como en habilidades sociales, y además se les entrega información adicional para revisar en su casa (Youngren y Lewinsohn, 1980).

## **12da. SESIÓN: Entrenamiento de Metas Ideales/Reales**

En esta sesión se induce un trance hipnótico en los pacientes y se les sugiere visualizar metas imaginarias pero realistas, con la planeación de las estrategias apropiadas para llevarlas a cabo (ensayo de proyección de metas a futuro).

Alladin (1994b) reportó que en algunas ocasiones los pacientes requieren más sesiones e incluso sesiones de seguimiento más adelante, esto se toma en cuenta según las características de cada paciente.

Así, en esta investigación y con este protocolo de intervención se evaluó la eficacia de la Hipnoterapia Cognitiva en adolescentes deprimidos de bachillerato. Las características metodológicas del estudio se mostraran en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO V

# METODOLOGÍA

---

### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

La depresión en los adolescentes existe y, aunque cumple una función dentro del proceso de desarrollo normal, puede presentarse la depresión como episodio-patológico (Marcelli, 1992) que impide o limita un desarrollo ulterior funcional y adaptativo en el joven desencadenando, en algunos casos, episodios depresivos mayores en la edad adulta (Harrington y cols., 1990, en Marcelli, 1992; Kovacs y cols., 1984). La Psicología ha aportado opciones de tratamiento para los estados de ánimo depresivos, y a pesar de que la terapéutica de la depresión se ha enfocado en mayor medida en los tratamientos farmacológicos, los resultados de muchos estudios sobre tratamientos psicológicos para la depresión en comparación con tratamientos farmacológicos, ya sea solos o en combinación con algún tipo de terapia psicológica, han podido confirmar la eficacia de la terapia psicológica (terapia cognitiva) en el tratamiento contra la depresión, siendo encontrada equivalente o superior a la medicación antidepresiva (Rush y cols. 1977; Beck, 1979; Blackburn, 1981; Rush y Watkins, 1981; Murphy y cols. 1984; Teasdale y cols., 1984; Beck y cols., 1985; en Blackburn, 1995; Macaskill y Macaskill, 1996). A partir de las propuestas de Tosi y Baisden (1984) y Golden, Dowd y Friedberg (1987) quienes describieron tratamientos combinando la hipnosis con la terapia cognitiva (en Alladin, 1994a) y principalmente las aportaciones de Alladin y Heap (1991) y Alladin (1992; 1994b) que desarrollaron un Modelo Disociativo Cognitivo de la Depresión que les permitió la creación de la Hipnoterapia Cognitiva como una opción para el tratamiento de la depresión, y junto con la incidencia de estados de ánimo depresivos disfuncionales entre los adolescentes (Kashani y cols., 1981; en Marcotte, 1996; Roberts, Lewinsohn y Seeley, 1995; Berganza y Angular, 1992), y la poca investigación que se ha realizado en este campo al respecto de la combinación de estos dos paradigmas terapéuticos, se propuso evaluar la eficacia de la Hipnoterapia Cognitiva como un protocolo breve de intervención terapéutica para la depresión en adolescentes de bachillerato. Por

consiguiente la pregunta de investigación para este estudio quedó planteada como sigue:

*“¿Es eficaz el empleo de la Hipnoterapia Cognitiva en la disminución y control de los estados de ánimo depresivos en adolescentes de bachillerato?”*

#### **HIPÓTESIS GENERALES:**

**Hipótesis Nula:** *No es eficaz el empleo de la Hipnoterapia Cognitiva en la disminución y control de los estados de ánimo depresivos en adolescentes de bachillerato.*

**Hipótesis Alternativa:** *Si es eficaz el empleo de la Hipnoterapia Cognitiva en la disminución y control de los estados de ánimo depresivos en adolescentes de bachillerato.*

#### **HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS:**

**Hipótesis Nula:** *No existen diferencias significativas entre los resultados de las pruebas aplicadas antes y después de la utilización de un tratamiento con el uso de la Hipnoterapia Cognitiva en adolescentes deprimidos.*

**Hipótesis Alternativa:** *Si existen diferencias significativas entre los resultados de las pruebas aplicadas antes y después de la utilización de un tratamiento con el uso de la Hipnoterapia Cognitiva en adolescentes deprimidos.*

#### **VARIABLES:**

**Variable Independiente:** Hipnoterapia Cognitiva, un modelo cognitivo disociativo de la depresión.

**Variable Dependiente:** Frecuencia, intensidad y duración de los estados de ánimo depresivos en los adolescentes.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES:

### Variables Conceptuales:

Variable Independiente: Hipnoterapia Cognitiva (Alladin, 1994) es un protocolo de intervención breve con el uso principalmente de la re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis, cuya premisa fundamental es el hecho de que los pensamientos crean las emociones y un cambio positivo en el nivel de pensamiento da como resultado un cambio positivo en la experiencia afectiva del individuo; esto llevado a cabo bajo los efectos de la hipnosis que es un estado alternativo de conciencia, el cual es inducido por un facilitador (hipnoterapeuta) en una persona a través de la focalización de la atención en sensaciones especiales, permitiendo, propositivamente, acceder a otra lógica del pensamiento a partir de la cual se producen sucesos internos. Así, podemos definir a la hipnosis como un estado disociativo psicofisiológico que se logra por la fijación de la atención y la respuesta a la relajación y que produce cambios en otra secuencia lógica que pueden llevar al desarrollo humano y promover cambios favorables en la paciente a través de la sugestión y la autosugestión, siendo influenciado por la relación y demandas del hipnotizador y el entorno de la situación social en la que se presenta.

Variable Dependiente: Estados de ánimo depresivos (depresión-episodio patológico, Marcelli, 1992), los cuales forman un trastorno del estado de ánimo caracterizado por síntomas como tristeza, tedio, taciturnidad, pesimismo, duelo, irritabilidad, descontento de sí mismo, pérdida de energía, de motivación y de concentración, así como disminución de la capacidad para el placer, insomnio o hipersomnia, sentimientos de culpa y en ocasiones ideación suicida.

### Variables Operacionales:

Variable Independiente: Hipnoterapia Cognitiva que se llevó a cabo aplicando el Modelo Discociativo Cognitivo de la Depresión de Alladin (1992) que incluye valoración clínica, primera intervención para la depresión (Overlade, 1986, en Alladin, 1992), terapia cognitiva, psicoterapia, hipnosis, re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis, orientación de la atención y auto-

inducción de humor positivo, entrenamiento activo-interactivo, de habilidades sociales y de resolución de conflictos.

Variable Dependiente: Estados de ánimo depresivo identificados a través del Inventario de la Depresión de Beck, que consta de 21 preguntas y es auto-aplicable.

## **SUJETOS**

En un inicio el tratamiento se empezó a aplicar a 12 sujetos, pero 4 sujetos no completaron el tratamiento abandonándolo a la mitad del proceso, por lo que se obtuvo un total sólo de 8 sujetos cuyos datos fueron los que constituyeron el análisis de los resultados. Los sujetos fueron 1 hombre y 7 mujeres entre 16 y 19 años de edad que cursaban el bachillerato en el CCH Sur y cuya queja fue el sufrir estados de ánimo depresivo que eran disfuncionales para ellos (medición a través del Inventario de la Depresión de Beck) y presentaron, además, una sugestibilidad hipnótica suficiente para recibir el tratamiento propuesto.

## **MUESTREO**

Los sujetos con los que se trabajó se reclutaron a través de un muestreo no probabilístico accidental. Es no probabilístico, porque no se conoció la probabilidad de inclusión de los pacientes en la muestra, ya que no se esperaban pacientes con variables muy específicas, solamente las mencionadas anteriormente; y accidental, porque se tuvo que esperar a que los pacientes acudieran personalmente a solicitar servicio de atención psicológica.

## **TIPO DE ESTUDIO**

Fue un estudio pre-experimental de campo. Pre-experimental porque aunque se tuvo cierta manipulación y control de variables, en este caso la Hipnoterapia Cognitiva y la medición del trastorno depresivo, no se pueden controlar las variables extrañas que en un momento dado pudieron afectar los resultados de la variable dependiente, es decir aunque se incorporaron algunos procedimientos experimentales no se aplicó el principal de ellos, que es el

control experimental de todas las variables (Castro, 1975, en Ustariz Aramendiz, 1993). Y fue un estudio de campo porque se realizó en el medio ambiente de los sujetos, es decir en el cúbiculo de atención psicológica del Departamento de Servicios Médicos del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel sur, donde los usuarios acuden a atenderse personalmente. Hay que señalar que en este estudio no se comparó el protocolo propuesto con ningún otros tipos de tratamiento.

## DISEÑO EXPERIMENTAL

El diseño que se utilizó fue un diseño de replicación intrasujeto en un estudio de caso de intervención terapéutica pre-experimental de alta inferencia. Fue de replicación porque se obtuvieron evaluaciones de los pacientes antes y después del tratamiento; es intra-sujeto, porque cada sujeto sirvió como su propio control y en ellos se llevó a cabo el tratamiento propuesto, es decir no se comparó con otros tipos de terapia en otros sujetos; es un estudio de caso de intervención terapéutica por que se evaluó la efectividad de un tratamiento en un número reducido de sujetos; pre-experimental, por que se tuvo una cierta manipulación de variables (Hipnoterapia Cognitiva) y de alta inferencia por que se intentó eliminar el mayor número de amenazas a la validez interna del diseño (Bellack y Hersen, 1989) a través de:

- Datos objetivos: Resultados de la aplicación test-retest de la prueba, datos fenomenológicos del paciente en la entrevista.
- Mediciones repetidas: Evaluación pre y post tratamiento, revisión del avance del paciente sesión tras sesión en expedientes individuales.
- Método planificado: Utilización del mismo protocolo de intervención (ver guía terapéutica) en todos los pacientes.
- Impacto inmediato: Observación de los cambios positivos logrados cada sesión y auto-reportes verbales del estado de cada uno de pacientes.
- Heterogeneidad relativa en la muestra: Los pacientes fueron adolescentes de bachillerato con estados de ánimo depresivos. Desafortunadamente no se contó con el mismo número de hombres y de mujeres (7 mujeres y un hombre).

- Estandarización del tratamiento: Es decir se aplicó un mismo tratamiento en cada uno de los pacientes. Alladin (1992b; 1994b) ya ha aplicado este mismo tratamiento con éxito anteriormente.

- Integridad del tratamiento a través de revisiones continuas: El tratamiento fue supervisado regularmente con el fin de que no se modificara en ningún momento, lo único que varió fue el número de sesiones en cada tipo de intervención según las necesidades de cada paciente.

## **INSTRUMENTOS**

Se utilizó como prueba de medición de la depresión el Inventario de la Depresión de Beck, que es una prueba de lápiz y papel y que consta de 21 reactivos, sus características fueron mencionadas en el capítulo sobre depresión. Además, se utilizaron las instalaciones del Departamento de Servicios Médicos de la UNAM, específicamente el cubículo de atención psicológica del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel sur. Para la valoración de los pacientes se utilizó una entrevista y el Inventario de la Depresión de Beck. El cubículo mide aproximadamente 3m. por 3m. y consta de un escritorio, dos sillas, un banco, un diván, un lavabo, una mesa y una maquina de escribir. La iluminación fue adecuada para trabajar, y solo en ciertos momentos se incrementó la cantidad de ruido pero sin perturbar el proceso del tratamiento.

## **PROCEDIMIENTO**

La facilidad del espacio terapéutico se logró obtener ya que durante 18 meses se había estado colaborando con la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM en la atención y orientación psicológica de los estudiantes del CCH Sur. En un inicio el trámite fue como servicio social, cuyo programa ofreció la posibilidad de la elaboración de tesis en el plantel. Después del cumplimiento de las 480 horas, que se estipulan para cubrir el requisito de servicio social, se habló con los encargados en la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM para iniciar la investigación respecto a la tesis. Durante los últimos 10 meses se estuvo suministrando atención y orientación psicológica a los alumnos del plantel para evaluar las

necesidades terapéuticas de la población y lograr la evaluación de este protocolo que se aplicó.

En el plantel los alumnos se acercaron por sí solos a buscar y solicitar ayuda para su problemática, la cual fue en la mayoría de los casos estados de ánimo depresivos, por lo que la muestra que se utilizó fue de los alumnos que se acercaron solicitando atención psicológica a partir de Enero de 1998. Cuando cada paciente se presentó solicitando atención psicológica, se le preguntó de forma general los siguientes puntos:

- \* Motivo de Consulta
- \* Antigüedad de la queja
- \* Relación con algún evento específico (inicio)
- \* Existencia de enfermedad diagnosticada clínica mente o no.

Después de tener las respuestas a lo anterior se decidió si el paciente se aceptaba dentro del protocolo a evaluar o en sesiones fuera del protocolo o referido a Psiquiatría y Salud Mental. A los paciente aceptados en el protocolo a evaluar se les explicó y aplicó lo siguiente:

- \* Opción de participación en el protocolo a evaluar
- \* Horario de atención
- \* Pre-evaluación
- \* Encuadre:
  - Aspectos Generales
  - Confidencialidad y compromiso
  - Responsabilidades
  - Pronóstico de éxito
  - Contrato terapéutico

Después de esto se iniciaron las sesiones de forma semanal.

### **1ra. SESIÓN: Valoración clínica**

En la primera sesión se tomó la historia clínica usual:

- Datos Generales
- Antecedentes personales patológicos y no patológicos
- Antecedentes psiquiátricos personales y familiares
- Historia Biográfica:

Datos Importantes:

- Nacimiento
- Infancia
- Adolescencia
- Relación Familiar (Infancia-Actualidad)
- Vida escolar
- Relaciones Interpersonales

Y se procuró identificar los siguientes patrones en los pacientes:

- Pensamiento Funcional-Disfuncional
- Sentimiento Funcional-Disfuncional
- Respuesta Corporal Funcional-Disfuncional
- Comportamiento Funcional-Disfuncional

Después se habló con los pacientes acerca de la motivación hacia la Hipnosis, la eliminación de dudas, preparación de la mente del paciente, temor al fracaso, etc. para evitar que los prejuicios impidan una inducción hipnótica favorable.

Después de esto se realizaron tres pruebas para conocer el grado de susceptibilidad hipnótica de cada paciente, cuyas verbalizaciones se muestran en el Apéndice 1.

- Test de acenso y descenso de brazos
- Test de apretón de manos
- Test de levitación de la mano (si es necesario)

### **2da. SESIÓN: Primera intervención contra la depresión**

En esta sesión se procuró dar un sentido de esperanza y confianza en el tratamiento, dando ayuda o consuelo fuera de los sentimientos depresivos mediante los siguientes pasos:

Ventilación, Educación, Adoptar una postura antidepresiva (opcional), Imaginería e inducción y Condicionando a estímulos positivos, estos se explican más ampliamente en el Apéndice 1. Hasta aquí no hubo modificaciones, en todos los pacientes se aplicó el protocolo como se señaló.

### **3ra. y 4ta. SESIÓN: Terapia Cognitiva y Psicoterapia**

Se inició la terapia cognitiva animando a los pacientes a hablar acerca de sus razones sobre la situación en que vive, también acerca de su estado de ánimo y sus principales problemas. Se detectaron las creencias disfuncionales y se procuró que el paciente observara el tipo de pensamientos que tenía y como éste le afectaba, para que lograra cambiarlos por otros pensamientos positivos con la ayuda del terapeuta (Terapia Cognitiva). A su vez también se dieron "trakings" superficiales y profundos, así como información adicional sobre el proceso. Se hicieron pocas fijaciones y no en todos los sujetos, sólo en 3 de ellos (Psicoterapia). Para algunos pacientes estas sesiones se extendieron a tres o cuatro en vez de dos solamente, ya que el proceso que se observó requería más tiempo. Más en el caso en que los pacientes tocaron sentimientos fuertes y no bastaba con un cambio de pensamiento positivo.

### **5ta. SESIÓN: Hipnosis**

En esta sesión se habló brevemente sobre lo acontecido en la semana y se revisó el avance del paciente. Después se indujo un estado profundo o semi-profundo de hipnosis según el método integral de inducción y profundización del trance de Hartland y se dio también sugerencias de fortalecimiento del ego (Hartland, 1974) como se indica en el Apéndice 1. No fue necesario incrementar las sesiones de fortalecimiento del ego, pero en las sesiones siguientes donde se inducía un estado hipnótico se reforzaban algunos aspectos de fortalecimiento del ego para incrementar su impacto.

### **6ta. - 7ma. - 8va. SESIÓN: Re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis.**

En estas sesiones se enfocó el tratamiento a la re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis, la expansión de la conciencia y el desarrollo de vías fuera de la depresión, el procedimiento fue principalmente ericksoniano y se muestra más ampliamente en el Apéndice 1. Esta parte del tratamiento se mantuvo en tres sesiones para la mayoría de los pacientes, excepto en dos pacientes ya que se reestructuraron situaciones dolorosas del pasado y se consideró pertinente tomar una o dos sesiones más para este respecto.

## **9na. SESIÓN: Cambio de atención e Inducción de estado de ánimo positivo**

En esta sesión, dado que los pacientes deprimidos tienen la tendencia a preocuparse por tener imágenes y pensamientos catastróficos y convierten estos en obsesiones dificultando el proceso terapéutico, se tuvo la necesidad de romper este ciclo obsesivo, entrenando a los pacientes para cambiar su atención lejos de las cogniciones negativas y manteniéndola enfocada en experiencias positivas. Así se les pidió a los pacientes que realizaran una lista de 10 a 15 experiencias placenteras para que después practicaran manteniéndolas cada una en la mente durante 30 segundos. Se les pidió también que practicaran esto durante 5 minutos cada día, y así cuando un pensamiento negativo llegara a sus mentes sería fácilmente substituido por otro positivo. Esta sesión se marca como opcional en el Apéndice 1, pero en esta investigación sí se les aplicó a todos los pacientes, junto con una pequeña inducción hipnótica que facilitó la labor y además sirvió para reforzar algunos aspectos de fortalecimiento del ego.

## **10ma. SESIÓN: Entrenamiento Activo-Interactivo**

En esta sesión se ayudó a los pacientes a romper “hábitos disociativos” y a encaminarlos a tener “asociaciones” con el ambiente. Los pacientes deprimidos tienden a disociar más que a interactuar con el ambiente que se les presenta tanto interno como externo, ya que la disociación pasiva es lo que produce que los pacientes se anclen a su realidad interna y mantengan sus esquemas negativos y, por ende, su depresión. En este punto se involucró en mayor medida la actividad del hemisferio izquierdo siendo más analíticos, lógicos y realistas (introducir proceso secundario). Este entrenamiento permitió a los pacientes disminuir la energía emocional que invierten en ciertos momentos y racionalizar, entendiendo la información del medio de forma más realista y menos disociada, pues siempre es necesario que los pacientes estén actuando en niveles de energía funcionales. Esta sesión permitió que los esquemas negativos perdieran fuerza frente a las nuevas concepciones de los pacientes derivadas de las sesiones de Terapia Cognitiva y Psicoterapia. En todos los pacientes tomó solo una sesión.

## **11va. SESIÓN: Entrenamiento de habilidades sociales**

Aquí se dio a los pacientes ciertas herramientas en habilidades sociales (resolución de conflictos, asertividad, toma de decisiones) y se les entregó información adicional para revisar en su casa (Youngren y Lewinsohn, 1980; Furman, 1997). En esta sesión los pacientes hablaron de sus técnicas de afrontamiento y desenvolvimiento social lo que permitió que se dieran cuenta de que, lo que hacen, ayuda más a mantener el ciclo depresivo que a modificarlo.

## **12va. SESIÓN: Entrenamiento de Metas Ideales/Reales**

En esta sesión se habló brevemente sobre lo acontecido en la semana y se revisó el avance de los pacientes. Se indujo un trance hipnótico y se les pidió a los pacientes que visualizaran metas imaginarias pero realistas, con la planeación de las estrategias apropiadas para llevarlas a cabo (ensayo de proyección de metas a futuro). Esto se describe más ampliamente en el Apéndice 1. En esta sesión también se hizo el cierre del tratamiento, y la concertación de la o las sesiones de seguimiento ( 2 o 3 semanas después). Es importante señalar que mucho del éxito del tratamiento ya se podía observar en esta sesión final, pero la post evaluación debía hacerse tiempo después para tener un poco más información de la permanencia relativa de los resultados.

## **SESIONES DE SEGUIMIENTO**

En estas sesiones se aplicó la post evaluación final y se recabó información concerniente a los cambios y a los resultados del tratamiento. Las sesiones variaron en número según los pacientes.

Los resultados obtenidos en las evaluaciones se analizaron estadísticamente a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS), y se hizo también un análisis cualitativo de las observaciones que se hicieron a lo largo del tratamiento.

## RESULTADOS

---

Antes de presentar y describir los resultados obtenidos, daremos una breve exposición de las características y los avances de cada caso (8 pacientes en total), para después seguir con el análisis de los resultados.

### CASO No. 1

**Nombre:** Ana B.

**edad:** 19 años

**escolaridad:** 5to. semestre de CCH (plantel sur)

**Descripción del caso:** Ana B. se presentó en el servicio de atención psicológica y refirió estar muy deprimida. Sus padres estaban separados a causa de una infidelidad de él. Ella vivía con su madre con la que no tenía una buena relación, la madre tenía una enfermedad diagnosticada como cáncer y Ana tuvo que hacerse responsable de las actividades domésticas de la casa, lo cual le irritó bastante. Su único hermano de 16 años tenía problemas de conducta y rebeldía lo que propició las discusiones entre los padres y problemas en todo el sistema familiar. Ana y su madre tenían peleas constantes, su madre era fría y distante, se aislaba y bebía lo que provocó mucha tensión en el hogar. Ana era una estudiante irregular, debía varias materias y lo ocultaba en su casa lo que le generaba mucha culpa. Ella refirió sentirse muy deprimida, retraída, antisocial, y tener deseos de desaparecer. Su pensamiento estaba lleno de ideas auto-devaluatorias y de desesperanza. A lo largo del tratamiento Ana logró establecer una mejor relación con su madre, empezó a trabajar con su madre en una fabrica textil y se responsabilizó de su situación escolar acreditando algunas materias en exámenes extraordinarios. Ana no parecía devaluarse más y aprendió a expresar sus emociones, se empezó a relacionar con sus contemporáneos, a acudir a reuniones y a controlar sus arranques de tristeza y coraje. Al final del tratamiento se pudo observar que el estado emocional de Ana había mejorado y había adquirido herramientas para mejorar también sus relaciones interpersonales.

## CASO No. 2

**Nombre:** Liz M.

**edad:** 18 años

**escolaridad:** 5to. semestre de CCH (plantel sur)

**Descripción del caso:** Liz se presentó refiriendo sentirse muy triste y molesta a causa de la relación que tenía con su madre. Su madre no le permitía salir con sus amigos y la trataba como a una "niña". Su madre había leído su diario enterándose de algunas cosas íntimas de Liz lo que provocó una pelea muy fuerte y un distanciamiento importante. Los padres de Liz están separados, ella era hija del segundo matrimonio de su madre, tenía 2 hermanas mayores casadas y fue educada de forma rígida y conservadora. Ella comentó tener ideas feministas y liberales con respecto a la moral que había en su casa, lo cual le generó conflictos con sus familiares. Se sentía triste y desesperada por la situación argumentando que si no se solucionaban las cosas huiría de su casa. Con forme asistía a las sesiones refería sentirse mejor y más motivada para mejorar las relaciones con sus familiares y amigos, ella se consideraba una persona valiosa y poco a poco la depresión cedió y su estado de ánimo mejoró. Al término del tratamiento ella refirió haber mejorado emocional y académicamente, ya que antes no era una alumna regular y acreditó después varias materias, y comentó haber aprendido a controlarse y conocerse más. Su actitud indicaba que era una persona menos infantil y más responsable.

## CASO No. 3

**Nombre:** Isela L.

**edad:** 19 años

**escolaridad:** 5to. semestre de CCH (plantel sur)

**Descripción del caso:** Isela se presentó muy deprimida y preocupada, refirió tener problemas con su orientación en la preferencia sexual pues tenía pensamientos de índole sexual con mujeres. Habló acerca de los problemas que había en su casa, de la mala relación con su padre (padre agresivo, frío y distante) y su madre (madre sumisa, débil y depresiva). Isela se sentía desesperada por la situación y tenía constantes arranques de llanto, era además una persona introvertida y reservada lo que le causaba ideas devaluatorias sobre si misma. Con forme fueron pasando las sesiones ella desarrolló poco a poco una autoestima satisfactoria y descubrió que sus pensamientos de índole homosexual se debían más a un rechazo de lo masculino que ha una real inclinación homosexual. Se empezó a sentir más segura de sí misma y mejoró la relación con su padre. Isela desarrolló una dependencia por la terapia y fue

difícil para ella terminar con las sesiones. El trabajó con la transferencia le permitió concientizar ciertas partes de su relación con lo masculino (padres, hermanos y parejas) que se caracterizaba por la dependencia y logró establecer una independencia relativa con las figuras masculinas a partir de una separación con el terapeuta. En las sesiones de seguimiento ella refirió sentirse mucho mejor y más capaz de enfrentar los problemas de su casa. Adquirió herramientas que le permitieron ver desde otro punto de vista todo el contexto de su problemática.

#### **CASO No. 4**

**Nombre:** Mirella P.

**edad:** 17 años

**escolaridad:** 4to. semestre de CCH (plantel sur)

**Descripción del caso:** Mirella se presentó sonriente y refirió tener problemas en su casa, poco a poco al hablar de la relación con sus padres empezó a entristecerse y comenzó a llorar. Habló acerca de la mala relación que tiene con sus padres y sus hermanos (2). Sus padres son muy estrictos con ella y la obligan a hacer todas las labores domésticas del hogar incluyendo la comida y las compras. Refirió sentirse como una “esclava” sin vida social dentro de una familia muy “moralista” y conservadora. También refirió tener problemas con su pareja y comentó sentirse muy desesperada y deprimida. La terapia ayudó a Mirella a manejar sus estados de ánimo y a mejorar sus relaciones familiares y de pareja. Se desahogó de algunos incidentes dolorosos del pasado resignificándolos con ayuda de la reconstrucción cognoscitiva, y aprendió a aprovechar sus características y potenciales (empezó a preparar pastelitos para vender, daba clases de cocina a sus amigas y vendía recetarios a sus conocidos). Su estado de ánimo mejoró bastante al finalizar el tratamiento, refirió sentirse más segura de sí misma y capaz de manejar sus estados de ánimo así como la relación con sus familiares.

#### **CASO No. 5**

**Nombre:** Iveth R.

**edad:** 19 años

**escolaridad:** 5to. semestre de CCH (plantel sur)

**Descripción del caso:** Iveth se presentó refiriendo sentirse muy deprimida y angustiada. Su principal problema era la relación con su madre y su obesidad que le causaba un gran golpe a su autoestima. Se sentía poco atractiva, torpe y sola. Su madre era enfermera, estaba separada de su esposo y era muy estricta

con Iveth. Las 2 hermanas mayores de Iveth eran delgadas y frecuentemente se burlaban de ella y de sus actividades. En un tiempo se hizo adicta a las anfetaminas y a la marihuana. Sentía un gran amor por un compañero que solo la consideraba una amiga lo cual le causaba una gran tristeza y una baja en su autoestima estableciéndose un círculo vicioso entre la dependencia, la tristeza y el rechazo. Con el tratamiento Iveth dejó de tomar pastillas y de fumar también. Aprendió a controlar sus estados de ánimo y a sentirse mejor con ella misma, inició una dieta que la satisfacía logrando bajar varios kilos de peso lo que mejoró su apariencia y su autoestima. Adquirió herramientas para mejorar sus relaciones y sus hábitos de estudio. Refirió sentirse mejor y más madura.

### **CASO No. 6**

**Nombre:** Tania R.

**edad:** 17 años

**escolaridad:** 4to. semestre de CCH (plantel sur)

**Descripción del caso:** Se presentó refiriendo sentirse muy insegura y triste. Comentó que era muy sensible a las críticas y bromas de sus compañeros y cualquier cosa que ellos le comentaban la hacía sentir devaluada. Su padre falleció en un accidente cuando ella tenía 9 años lo cual le generó una tristeza profunda, se sintió abandonada y sola. Tenía problemas con su madre pues era una mujer fría y distante, ella se hacía cargo de su hermana menor y de las labores domésticas pues su madre trabajaba todo el día. Se sentía vacía y deprimida, desmotivada y devaluada, a nada le tomaba interés y estaba a punto de perder el semestre. Tania estableció rápidamente una buena relación terapéutica, la transferencia ayudó a que estableciera una relación más madura con sus figuras parentales. A lo largo del tratamiento refirió sentirse más segura y motivada, rescató algunas materias en la escuela y logró desahogar emociones pasadas respecto a su padre. Mejoró la comunicación con su madre y aunque le costaba trabajo mantenerse estable respecto a sus compañeros, refirió estar mucho mejor que antes. Mejoró sus relaciones de pareja y también con una amiga cercana.

### **CASO No. 7**

**Nombre:** Tania C.

**edad:** 18 años

**escolaridad:** 5to. semestre de CCH (plantel sur)

**Descripción del caso:** Tania se presentó refiriendo sentirse mal a causa de la relación que tenía con sus padres y sus compañeros. Su padre era alcohólico y

frecuentemente se emborrachaba en su casa, su madre era muy estricta, distante y de mal carácter. Tania tenía ideas suicidas pero nunca las llevó a la práctica, se sentía sola y deprimida y sentía que nada tenía solución. Pertenecía a un grupo de teatro donde constantemente peleaba lo que afectaba sus relaciones interpersonales. Desde muy chica se hizo cargo de las actividades del hogar, así como de sus 2 hermanos menores lo que le hizo desarrollar un estricto sentido del control, lo que le causaba serios problemas con sus compañeros y familiares. A lo largo del tratamiento Tania se sentía mejor y refería estar más tranquila y comprender cada vez más la relación de su pasado y su conducta actual. Poco a poco mejoró en sus relaciones familiares pero le costaba trabajo no pelear con sus compañeros, las ideas suicidas desaparecieron y su autoestima mejoró. Al término de las sesiones refirió sentirse mucho mejor, inició una relación de pareja satisfactoria y mejoró también la comunicación con sus padres. Le costó trabajo terminar el tratamiento pues en él “desahogaba sus sentimientos y se conocía mejor”.

### **CASO No. 8**

**Nombre:** Adrián H.

**edad:** 19 años

**escolaridad:** 5to. semestre de CCH (plantel sur)

**Descripción del caso:** Adrián se presentó en el servicio de atención psicológica refiriendo estar muy triste. La relación con su madre estaba muy mal y él se sentía mal por ello. Lo obligaban a cuidar a su hermana menor y a permanecer en su casa. Él quería más libertad y diversiones. Su madre se separó de su papá desde que él era un bebé y siempre fue muy sensible al control y al abandono de su madre. En ocasiones su madre lo encargaba con personas para irse a divertir y él creció con un sentimiento de ser abandonado constantemente. Era muy inseguro y tímido. A lo largo del tratamiento Adrián logró incrementar su seguridad y su autoestima. Ventiló emociones fuertes causadas por recuerdos de la infancia y mejoró la relación con su madre. Al terminar las sesiones se sentía más seguro de sí mismo, comenzó a trabajar, e inició también un noviazgo muy satisfactorio. Adquirió herramientas para manejar mejor sus emociones y sus relaciones con los demás.

Hay que aclarar que estas descripciones clínicas son específicas y tienen el propósito de dar una breve visión de las características de cada caso, por lo que los cambios podrían parecer rápidos y dramáticos a causa de la forma en la que se exponen. Si bien es cierto que estos cambios sí se observan en el consultorio, también es cierto que se desarrollan a lo largo de un proceso con

un tiempo específico y aquí, para fines descriptivos, se optó por exponerlos en la forma de fichas clínicas breves.

## ANÁLISIS CUANTITATIVO

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS), adaptado para Windows.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo a través de un análisis de frecuencias de los puntajes totales de las pruebas comparando las pre-evaluaciones con las post-evaluaciones.

El análisis de frecuencias indicó que los rangos de los puntajes en la pre-evaluación fueron de 15 a 36, y los puntajes esperados en la post-evaluación tuvieron un rango de 1-8, por lo que se pudo observar que hubo una diferencia significativa entre los rangos de ambas evaluaciones lo que permite rechazar la hipótesis nula ( $H_0$  estadística) y aceptar la hipótesis alterna ( $H_1$  estadística).

<b>PUNTAJE TOTAL - Inventario de la Depresión de Beck</b>		
<b>Paciente No.</b>	<b>PRE-TEST</b>	<b>POST-TEST</b>
1	33	4
2	21	4
3	36	5
4	25	3
5	18	3
6	21	3
7	29	8
8	15	1

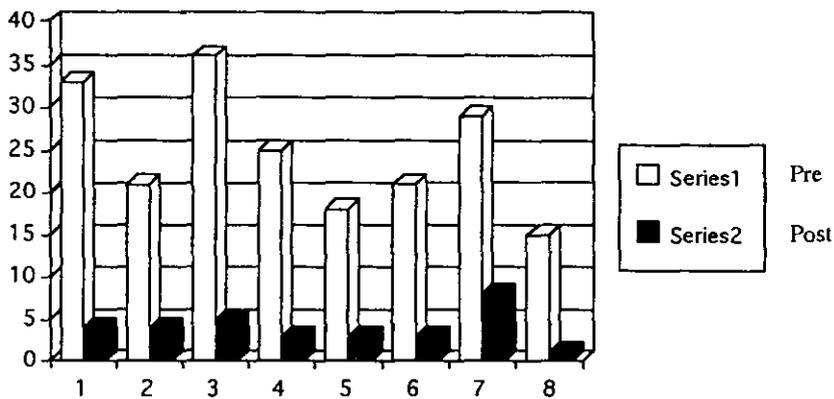
Por otra parte se utilizó una prueba no paramétrica, ya que su modelo no especifica las condiciones de los parámetros de la población de la que se obtuvo la muestra (Siegal, 1984). Se utilizó la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon, ya que es una prueba que da mayor peso al par que muestra una diferencia grande entre las dos condiciones que el par que exhibe una diferencia pequeña, en este caso entre las pruebas pre y post, siendo además excelente para muestras pequeñas. La prueba es adecuada para

estudios que utilizan dos muestras relacionadas y otorga puntajes de diferencia que se pueden clasificar en orden de magnitud absoluta (Siegal, 1984).

Para los fines de esta investigación, se puede decir que el Inventario de Depresión de Beck fue bastante sensible para detectar niveles depresivos y para detectar cambios a partir de tratamientos psicológicos o farmacológicos. Pero lo hace de forma absoluta, es decir un puntaje más alto representa un nivel de depresión mayor y viceversa, pero no se puede estar seguro de que los puntajes son tan exactos como para ser tratados numéricamente; en otras palabras, no se puede decir, por ejemplo, que un adolescente cuyo puntaje fue de 50, este doblemente deprimido que uno que tenga 25, ni que la diferencia de los puntajes de 60 y 40 sea de forma exacta doblemente mayor que la de los puntajes de 40 y 30. Sin embargo, si se puede asegurar que la diferencia entre un puntaje, por ejemplo, de 50 y uno de 30 es mayor que una de un puntaje de 30 y 20. En resumen no se puede asegurar la exactitud numérica de las diferencias, pero si se puede sostener que son suficientemente significativas para clasificarse apropiadamente en orden de tamaño absoluto, pues un puntaje mayor determina un nivel depresivo mayor; es decir, el problema puede plantearse como: "significancia estadística" vs. "significancia clínica". Esto no significa que estos dos puntos de vista esten totalmente separados, sino que describen niveles de análisis diferentes. Pero de esto hablaremos más a fondo en la discusión.

Así la hipótesis estadística nula, como se mencionó en el capítulo de metodología, quedó establecida de la siguiente forma: *No existen diferencias significativas entre los resultados de las pruebas aplicadas antes y después de la aplicación de la Hipnoterapia Cognitiva (Alladin, 1992; 1994) como tratamiento de la depresión en adolescentes*, lo que en términos de la prueba de Wilcoxon sería: *la suma de los rangos positivos es igual a la suma de los rangos negativos*. La hipótesis alterna quedó como sigue: *Si existen diferencias significativas entre los resultados de las pruebas aplicadas antes y después de la aplicación de la Hipnoterapia Cognitiva como tratamiento de la depresión en adolescentes*; estadísticamente quiere decir que: *la suma de los rangos positivos no equivale a la suma de los rangos negativos*, según la prueba de Wilcoxon (Siegal, 1984).

## COMPARACIÓN DE LOS PUNTAJES TOTALES PRE-POST



**Gráfica 1.-** La gráfica muestra la comparación de los puntajes totales obtenidos de la pre y la post aplicación del Inventario de Depresión de Beck antes y después del tratamiento propuesto.

Los resultados de la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon fueron:

	N	MEDIA	DS	Mínimo	Máximo
<b>PRE</b>	8	24.75000	7.38241	15	36
<b>POST</b>	8	3.87500	2.03101	1	8
<b>Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test</b>					
	<b>Rango Medio</b>	<b>N</b>			
<b>PRE</b>	4.50	8	Rangos -		
<b>POST</b>	.00	0	Rangos +		
		0	Ligas		
		8	Total		
<b>T= -2.5205</b>		<b>Dos colas P= .0117</b>			

Los resultados muestran que para una N=8, una T de -2.5205 nos permite rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) con un nivel de significación de  $P=.01$ , y aceptar la hipótesis alterna ( $H_1$ ), porque la suma de los rangos positivos no equivale a la suma de los rangos negativos. Es decir, que sí hubo diferencias antes y después de la aplicación del tratamiento que indican la efectividad del protocolo de intervención propuesto. Pero, aunque es un hecho que hubo diferencias estadísticamente significativas, falta establecer a qué se atribuyen y en base a qué se decide esto, lo que será abordado en el espacio de discusión.

Cabe señalar que los resultados no pueden ser generalizados, ya que sólo se pueden aplicar a la muestra estudiada, y se requiere más investigación con un mayor número de sujetos para poder generalizar los datos, sin embargo para esta muestra los resultados sí son significativos.

### ANÁLISIS CUALITATIVO

Derivado de los resultados estadísticos obtenidos, de la información referida por los pacientes y de las observaciones clínicas sesión tras sesión, podemos deducir las siguientes observaciones:

1) Todos los pacientes sometidos al tratamiento presentaron una disminución considerable y significativa de la variable dependiente (estados de ánimo depresivo, medidos a través del Inventario de la Depresión de Beck) y además mostraron poca ansiedad, concentración y autoconfianza (referido por los pacientes) al final y a lo largo del tratamiento, lo que coincide con los hallazgos de Alladin (1992; 1994) quien comparó la hipnoterapia cognitiva con la terapia cognitiva tradicional. A continuación se presentan algunos testimonios representativos de los casos que ilustran lo anterior:

- *" Cuando llegué a mi casa me sentí muy cómoda y segura de lo que tenía que hacer, no tuve sueño ni cansancio solo me puse a hacer mi tarea y a estudiar . . . "* Ana B.

- *" Me puedo concentrar mejor que antes en lo que estoy leyendo ya no regreso a volver a leer las páginas que ya había leído, siento que pongo más atención en las cosas "* Isela L.

- *" El hecho de que le haya dicho a mi mamá lo que sentía me hizo sentir muy bien, no se de dónde saque el valor, pero pensé que la terapia me servía de algo "* Liz M.

- *" Si pueden pasar cosas cuando estoy hipnotizada estoy segura que entonces puedo vencer el temor que tengo a estar sola, la hipnosis parece como una prueba de que puedo hacerlo por mi misma "* Iveth R.

- *" Esto de la hipnosis me gusta, me siento muy relajado y siento que sí me va a servir, no siento desesperación como cuando voy a evaluarme con el doctor, es como jugar con lo que puedo hacer cuando me hipnotiza "* Adrian H.

2) Tal y como se planteó en la pregunta de investigación, la Hipnoterapia Cognitiva resultó una opción terapéutica que logro satisfactoriamente la disminución y control de los estados de ánimo depresivos en los adolescentes de la población estudiada. Aunque se observó que los cambios no fueron iguales en todos los pacientes, unos presentaron mayores logros tanto en su actitud como en la post-evaluación que otros. Esto tiene que ver con los estilos de afrontamiento de cada paciente, que cambiaron poco a poco en la medida en que avanzaba el tratamiento modificando las ideas y los pensamientos negativos, dando más herramientas de afrontamiento.

3) Los pacientes, por lo general, refirieron una mejoría en sus estados de ánimo desde las primeras sesiones, siendo las sesiones de “fortalecimiento del ego”, “reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis” y “psicoterapia” las que más cambios positivos arrojaron. Como se puede observar en los siguientes testimonios:

- *“Me siento como mas segura, como con más confianza, ayer me puse a pensar en esto de la hipnosis y creo que me ayuda a sacar el valor que tengo adentro, no se como decirlo, tu me entindes, ¿no?, es como si me diera energía pero me siento relajada es extraño, pero me agrada”.* Mirella P.

- *“ Cuando imagino lo que pudo haber pasado en ese momento de chiquita, eso que me pides que imagine para que yo me sienta bien, me parece algo increíble es como si me dejara de importar que ocurrió, como si de pronto ya no me afectara por que juego con lo que pudo haber pasado a mi favor, cierro los ojos y me imagino que “X” no esta ahí y que ya no está borracho, solo estoy yo en mi casa y me siento tranquila”.* Tania C.

- *“ No había notado lo nerviosa que me pongo cuando se queda callado, creo que es como si fuera yo a decir algo malo y estuviera esperando para que lo dijera, y si siempre sale algo, ahorita me siento observada como cuando me regañaba mi papá, tiene razón me callo porque no quiero hablar de mi papá, me duele hacerlo”.* Ana B.

- *“Después de hablarlo me siento como más tranquila, como que me quitaron un peso de los hombros, ahora entiendo por que actúo así”.* Isela L.

4) Las sesiones sobre resolución de conflictos y habilidades sociales lograron proveer a la mayoría de los pacientes de más herramientas y recursos de afrontamiento y asertividad (referido por los pacientes en la sesión de seguimiento), aunque es necesario tener mediciones más exactas en este respecto.

5) Las sesiones de reconstrucción cognoscitiva bajo hipnosis (enfoque ericksoniano) fueron de mucho beneficio para los pacientes, puesto que se modificaron significaciones del pasado que provocaban esquemas cognitivos negativos. Los pacientes, en su mayoría, refirieron sentirse mucho mejor al respecto de ciertas situaciones desagradables del pasado después de los ejercicios de reestructuración.

6) Las técnicas de fortalecimiento del ego (Hartland, 1874), como sugestión directa, fueron de mucha utilidad para elevar la auto-estima de los pacientes y su auto-confianza, pues los pacientes referían una sensación de mayor seguridad con ellos mismos después de las sesiones y en sesiones ulteriores.

7) Las sesiones de psicoterapia (cadena terapéutica) fueron muy positivas para el proceso de desarrollo de cada paciente. Principalmente el tracking profundo y la fijación que permitió en muchos pacientes mayor contacto con su sufrimiento y una mejor elaboración del mismo.

8) En las sesiones iniciales de ventilación se observó un desahogo en los pacientes, fue empatizante logrando que se sintieran entendidos, esto coincide con lo que reportó Overlade (1986; en Alladin, 1994) al respecto de que esta primera intervención para la depresión les permite a los pacientes alejarse de sus pensamientos depresivos.

9) Para entrar al círculo vicioso que ilustra el MCDD fue necesario, como marca Alladin (1994b), abordar un punto del círculo de retroinformación, en este caso el punto abordado tuvo que ver con el proceso y las características de los pacientes. Los puntos que se abordaron para ingresar al círculo vicioso e iniciar su modificación fueron de forma general los siguientes: eventos indeseables de la vida, transformación simbólica, sentido de desesperanza y desamparo, afectos y cogniciones negativas y disociación.

A continuación hablaremos brevemente de los cambios y variantes que se hicieron en algunos casos hablando del número de sesiones, pues el protocolo se adaptó a las necesidades de cada paciente.

El número de sesiones en promedio fue de 14 por paciente (uno de 12, cinco de 14, uno de 15, uno de 13). Cabe señalar que 4 pacientes no completaron el protocolo y abandonaron las sesiones obteniéndose solo un total de 8 pacientes. La razón por la cual se extendió el tratamiento en estos pacientes a más sesiones fueron de forma general las siguientes:

- Las sesiones de reconstrucción cognoscitiva bajo hipnosis brindaban a los pacientes momentos de contacto y resignificación de eventos dolorosos del pasado, lo que en varios casos fue necesario repetir algunas veces más de las que marca el protocolo.

- Las sesiones de Terapia Cognitiva y Psicoterapia también permitieron que los pacientes contactaran más con sus procesos y sus creencias disfuncionales por lo que también se extendieron a más sesiones.

En seguida haremos algunas observaciones referentes a la relación entre algunos postulados teóricos y lo que se pudo apreciar en los pacientes y sus procesos:

- En primer término podemos decir que, a partir de las observaciones clínicas, la depresión en los adolescentes parece ser más un trastorno clínico propiamente dicho que una cualidad del proceso normal de la adolescencia, pues, aunque la adolescencia se caracteriza por cambios ambivalentes de estados de ánimo no podemos soslayar el impacto de la depresión en la vida de los jóvenes. Esto coincide con las aportaciones de varios autores como Marcelli (1994), Kovacs (1984, 1996), Cantwell y Carlson (1987), etc.

- Las cogniciones negativas en los adolescentes juegan un papel fundamental en el trastorno depresivo, ya que, dada su etapa de inestabilidad y de desarrollo de estructuras cognitivas, el adolescente se vuelve muy susceptible a lo que él y los demás piensen sobre sí mismo. Las manifestaciones emotivas, motivacionales y cognitivas son, como lo marca Beck (1967, 1979) un punto muy importante para dirigir la terapia, así como las distorsiones, atribuciones y percepciones de los eventos vividos que deben enfrentarse en la medida de las habilidades cognitivas del adolescente como afirma Kendall (1993) y Clarizio (1989), y según la etapa en la que vive el adolescente (de consolidación del ego según Jung, en Ubando, 1997).

- Para el adolescente, lo mismo que para el adulto, las percepciones de los eventos pasados juegan un papel también muy importante en el trastorno depresivo, pero especialmente en los adolescentes ya que tienen más potencializados los sentimientos evocados por dichos eventos dolorosos, y dada su estructura cognitiva es muy fácil que se establezcan círculos viciosos donde los eventos desencadenan transformaciones simbólicas negativas desarrollando afectos negativos (Alladin, 1994b), como se observó en los pacientes, pero en especial la atención debe enfocarse en reestructurar cognitivamente estos eventos, ventilando las emociones y permitiendo que el adolescente consolide sus estructuras cognitivas lejos de estos círculos viciosos, pues como menciona Kovacs (1996) esto puede predisponer episodios posteriores de depresión en la vida adulta.

- Desde un punto de vista socio-cultural se pudo observar que, en los casos tratados, existe una relación entre las características de las relaciones familiares y sociales y la aparición e intensidad de los estados de ánimo depresivo, es decir que la familia aporta algo para el beneficio o deterioro de la salud mental de sus miembros, lo mismo que el grupo social, aunque siempre es más fuerte la influencia de la crianza familiar pues es a lo primero que se enfrentan los hijos en una familia, es decir, que en un principio la identidad es modelada por la experiencia, pero más tarde, conforme la identidad se va fortaleciendo, la experiencia se va modificando según la identidad del individuo (Navarro, 1995). Los principales puntos que se observaron como aportaciones de la familia para el deterioro de los estados de ánimo depresivo fueron los siguientes:

- 1.- Relación Padres-Hijos deteriorada por falta de comunicación
- 2.- Crítica, autoritarismo y rigidez por parte de los padres
- 3.- Mala relación entre los padres y envío de dobles mensajes
- 4.- Poca tolerancia a la frustración en todos los miembros de la familia
- 5.- Familias con niveles caóticos de energía generando violencia física y/o verbal.
- 6.- Problemas de personalidad de los padres.

- A lo largo del tratamiento se observó, en algunos pacientes, la existencia de sentimientos de desesperanza (referido por los pacientes), los cuales fueron un blanco inicial en las sesiones de Terapia Cognitiva, esto coincide con lo que reporta Kazdin y cols. (1983) al respecto de que también los adolescentes deprimidos presentan desesperanza y desesperación y no solo los adultos depresivos.

- También se observó que algunos pacientes que realizaban diversas actividades (clases de pintura, teatro, inglés, actividades recreativas, etc.) y que lograban distraer sus pensamientos depresivos, disminuyeron a su vez los sentimientos de tristeza y depresión. Esto coincide con los hallazgos de Schwartz y Koenig (1996) en sus investigaciones dentro de la Teoría de los Estilos Responsivos de la Depresión. Aunque cabe señalar que se requieren mediciones específicas (como autoregistros, por ejemplo) para determinar con mayor validez estos hallazgos. También es importante comentar que, en ocasiones, el adolescente deprimido no suele tener ánimo de realizar estas actividades por lo que primero hay que dirigir la terapia hacia un mejoramiento del ánimo y un aumento en la energía.

- Respecto a las pruebas de susceptibilidad hipnótica utilizadas en esta investigación (levitación de la mano, acenso y descenso de brazos y apretón de manos) se puede decir que son muy funcionales, que se aplican en corto tiempo y que permiten conocer la susceptibilidad hipnótica necesaria para un protocolo de intervención como el propuesto en este estudio. Los pacientes respondieron favorablemente ante las pruebas de susceptibilidad, siendo la pruebas de acenso y descenso de manos y levitación de la mano la que más se utilizaron.

- La hipnosis es una técnica muy eficaz en la terapia, y su uso en pacientes adolescentes genera motivación, innovación y confianza en los tratamientos, pero es recomendable su uso junto con otras técnicas como la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia para que el trabajo terapéutico se complemente y beneficie más a los pacientes como lo señala Overlade (1984, en Alladin, 1994b). El Modelo Cognitivo Disociativo de la Depresión de Alladin (1992a, 1992b, 1994b) ofrece una visión más completa de la terapéutica de la depresión y como se pudo constatar a lo largo de la investigación, el modelo permite al terapeuta tener de forma gráfica el ciclo de pensamiento y afecto de los pacientes por lo que entrar al circuito de retroinformación de la depresión resulta sencillo y práctico. Así el modelo se suma a la labor de los profesionales de la salud por entender y controlar los trastornos afectivos del ser humano, cabe mencionar que se requiere más investigación con este modelo para que pueda asegurarse definitivamente su inclusión en la terapéutica tanto institucional como privada.

## DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos de la investigación podemos decir que, dentro del gran número de corrientes ideológicas en terapéutica psicológica, la hipnosis ha demostrado ser una herramienta eficaz en el control y dismunución de los estados de ánimo depresivos. Por lo que ahora es más clara la importancia que tiene el problema que aquí se planteó, la búsqueda de diversos tratamientos útiles en el manejo de los estados de ánimo disfuncionales. Es importante aclarar que no se debe plantear la disminución de los estados de ánimo disfuncionales como una meta terapéutica, ya que para las personas que sufren trastornos afectivos (más los adolescentes por la etapa en la que se encuentran) dicho trastorno tiene un sentido evolutivo (inconsciente) es un síntoma de que algo interno ocurre y quitarlo o suprimirlo (como los tratamientos medicamentosos) es eliminar también una oportunidad

de crecimiento y autoconocimiento. Así la meta terapéutica quedaría planteada más en terminos de aportar herramientas para el manejo de estados emocionales disfuncionales y facilitar el proceso del pacientes, que en términos de eliminación de síntomas.

Por otro lado, el uso variado de técnicas y la combinación de éstas en un protocolo de intervención favorece el avance del paciente en el proceso terapéutico, tal y como lo refiere Williams (1984, en Alladin, 1994) en su revisión de las terapias para la depresión, acerca de que entre más técnicas se usen mejores son los resultados del tratamiento.

El problema de la depresión en la adolescencia representa un asunto bastante serio, por su incidencia y pronóstico, tanto para las instituciones educativas como de salud, las cuales se esfuerzan en tener cubiertas las principales necesidades de la población adolescente en cuestión de educación y salud tanto física como mental. Es por ello que los protocolos de intervención breves y variados en sus enfoques, van a favorecer la atención que se da en algunas instituciones respondiendo de forma más eficaz a las demandas de atención psicológica que tiene la población adolescente.

Según los hallazgos del presente estudio podemos decir que los adolescentes que solicitaron atención psicológica, se vieron muy motivados por el uso variado de técnicas como la hipnosis y la psicoterapia, lo que favoreció la cooperación del los pacientes en el tratamiento.

Hablando de los indicadores de costos tanto económicos , humanos, y de tiempo se puede decir que de forma comparativa los protocolos breves resultan más convenientes en cuanto a tiempo y por consiguiente en dinero, pero el asunto económico es muy relativo y se necesitarían más datos para asegurarlo. Pero como mencionan otros autores la hipnosis reduce el tiempo del tratamiento y por ende quizá el costo económico se reduce también. Si comparamos los tratamientos psicológicos con los tratamientos farmacológicos podemos decir que el gasto en medicamentos y el esfuerzo en la administración de los mismos es un ahorro tanto de dinero y de tiempo en los tratamientos psicológicos, aunque esto como se mencionó es relativo pues las sesiones psicológicas son semanales e implican también un costo en tiempo y dinero. Es importante señalar también que la hipnosis facilita la atribución al cambio, es decir, su permanencia, y no así los medicamentos. Se ha observado que la hipnosis no tiene efectos colaterales pero si hay casos en donde está contraindicado su uso (psicóticos y deficientes mentales).

Es importante señalar aquí que los tratamientos psicológicos, como el de este estudio, tienen un carácter no-invasivo que es fundamental, ya que los tratamientos medicamentosos predominantes en la terapéutica contra la depresión producen efectos y secuelas cognoscitivas que pueden ser incapacitantes cuando se trabaja con sujetos en pleno desarrollo cognoscitivo y afectivo como son los adolescentes. Hay que señalar, también, que la depresión se presenta en ciclos y una atención psicológica oportuna puede evitar que estos ciclos se vivan con crisis extremas, pero no evitará la aparición de otro ciclo depresivo; lo que la terapia aporta son recursos para el manejo funcional de las emociones y aquellas que se presenten en un futuro, por lo que puede prevenir estados depresivos mayores.

Pasando a otra cuestión, es de suma importancia que, dentro de las investigaciones sobre tratamientos psicológicos, existan datos y sesiones de seguimiento que permitan asegurar la permanencia de los resultados obtenidos en las sesiones de terapia. En este estudio se tuvieron en promedio dos sesiones de seguimiento por paciente al finalizar los tratamientos psicológicos, de las cuales se obtuvo información que corroboró la permanencia relativa de los cambios positivos en los pacientes.

A continuación discutiremos un punto muy pertinente en el ámbito de la clínica psicológica. Según comentamos anteriormente, es importante establecer una cierta cadena de secuencias que permita delimitar la influencia del tratamiento o la técnica de intervención en el cambio observado en la población estudiada.

El hecho de que en un estudio, como el que aquí se presenta, se obtengan resultados que estadísticamente aseguren la existencia de cambios en los pacientes, no significa, del todo, que se pueda decidir que los cambios se hayan debido directamente a la intervención terapéutica o a cierto tipo de técnica psicológica sin abordar las circunstancias que también influyen en el resultado del tratamiento y sin la debida discusión al respecto.

Así podemos decir que hay factores que, de forma general, favorecen que los pacientes cambien sus estados de ánimo, como son:

- Cambio de actitud y/o conducta de la familia, pareja, etc.
- Cambio en la situación escolar, laboral, familiar, económica, social.

- Cambio a partir del éxito en un tratamiento psicológico o farmacológico (individual, de pareja o familiar).

Los cambios positivos que pueden obtenerse de tratamientos psicológicos como son: manejo adaptativo de las emociones, manejo adaptativo de las cogniciones, mejoría en las habilidades sociales, mejoría en el control mental, reacciones infantiles nulas, manejo del dolor emocional, asertividad en la toma de decisiones, aumento en los niveles de autoestima, etc., pueden afectar de forma positiva la situación familiar y social por lo que pueden también promover cambios positivos en estos ambientes, que a su vez ayude al paciente a que los cambios sean más permanentes estableciéndose así un círculo virtuoso de "salud mental".

En este protocolo de intervención propuesto, hay elementos que favorecen los cambios positivos anteriormente mencionados, como son: la terapia cognitiva, la reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis, el fortalecimiento del ego bajo hipnosis, el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de conflictos, la psicoterapia, el entrenamiento en manejo de las emociones, etc., lo que puede considerarse un indicativo de que los cambios positivos fueron obtenidos por el tratamiento aplicado, aunque sin minimizar la influencia de los cambios sociales y familiares que tuvieron lugar a lo largo del tratamiento que de forma concomitante ayudó a que los paciente obtuviera cambios positivos y superaran sus estados de animo depresivo.

En este punto y para futuras investigaciones es necesario hacer una comparación entre diferentes tratamientos con un grupo control, para tener la certeza y asegurar que los cambios se lograron gracias al tratamiento aplicado o a ciertas técnicas de intervención como la hipnosis. Pero a pesar de que en este estudio no se hizo una comparación entre diferentes tipos de tratamiento, no se puede negar la eficacia de la hipnosis como herramienta terapéutica ya que logró establecer en los adolescentes más confianza en ellos mismos, menos ansiedad y más entusiasmo en la cooperación con el tratamiento (referido por los pacientes).

Aunque es aventurado afirmar que hubo cambios a nivel fisiológico antes y después de la aplicación del tratamiento por la carencia de mediciones psicofisiológicas, sí podemos comentar la posibilidad de que algo a nivel fisiológico se modificó a la par junto con los aspectos motivacionales y afectivos, pues se sabe que estos aspectos van estrechamente de la mano. Si se hubiese producido un cambio a nivel biológico tuvo que haber sido

presumiblemente en dos niveles: a nivel eléctrico cerebral y a nivel neuroquímico. Si tomamos en cuenta las hipótesis neuroquímicas podríamos decir que para que se presentará un cambio a nivel afectivo tuvo que existir una redistribución de noradrenalina en ciertas zonas cerebrales y un aumento de la serotonina en las áreas prefrontales y parietotemporales. Y por otro lado, si tomamos los aspectos eléctricos, los cambios observables serían una mayor participación del hemisferio izquierdo con una actividad eléctrica incrementada en la zona frontal, y también una actividad eléctrica incrementada en la parte posterior del hemisferio derecho (Heller y Nitschke, 1997). Estos hechos son especulatorios ya que no se hizo ninguna medición para sostener la existencia de estos cambios, pero sí señalan la necesidad de que se tengan ciertos tipos de mediciones para futuras investigaciones y la necesidad también de que los psicólogos clínicos participen en la investigación de aspectos psicofisiológicos relacionados con la terapéutica, con lo que no solamente se enriquecerían las posturas teóricas con evidencias nuevas, sino que permitiría tener bases más sólidas para la aplicación de tratamientos nuevos y psicobiológicamente más eficientes. La clínica siempre se ha apoyado en las aportaciones de la experimentación básica pero es necesario reducir la distancia entre estas dos áreas de la Psicología.

Por otro lado y para finalizar esta sección hay que agregar que la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de conflictos fueron una herramienta excelente, y podemos decir que, como toda intervención clínica, el umbral para separar la efectividad de una y otra técnica en un tratamiento que combina métodos de intervención diferentes es muy difícil de definir y delimitar. Por lo que, en cierta forma, es de mayor importancia el resultado final del tratamiento tanto clínico como estadístico; por lo que se sugiere más investigación en este aspecto que ayude a delimitar el umbral mencionado, aunque sin perder de vista el aspecto ético que pone la "salud mental" de los pacientes por encima de los intereses del investigador.

## CAPÍTULO VII

# CONCLUSIONES

---

En base a la pregunta de investigación podemos derivar las siguientes conclusiones:

Los sujetos estudiados a quienes se les aplicó el protocolo de intervención propuesto tuvieron una disminución notable en sus respuestas acerca de sus estados de ánimo depresivos, lo que significa que el protocolo logró reducir y controlar los estados de ánimo depresivos de la población estudiada, aceptando la hipótesis alterna (H1) y rechazando la hipótesis nula (H0).

En general los pacientes adquirieron herramientas y responsabilidades sobre sí mismos que les permitieron afrontar las situaciones que se les presentaron, a pesar de ser situaciones difíciles y poco dinámicas (fijas o rutinarias), ellos lograron ser más flexibles y cambiar su punto de vista para abordar los problemas desde una perspectiva más adecuada para ellos. Entendieron que las situaciones que viven tienen un sentido evolutivo y que las distorsiones cognitivas (pensamientos negativos) que se presentan a partir de nuestra ideología y nuestra historia personal provoca y mantiene los estados de ánimo disfuncionales (depresivos).

A sí mismo se observó que los sujetos tenían estados de ánimo disfuncionales apoyados en ideas irracionales y pensamientos negativos, que después de ser modificados los estados de ánimo disfuncionales disminuyeron de forma importante tanto estadística como clínicamente.

Se comprobó la eficacia de la inclusión de la hipnosis en tratamientos psicológicos junto con otras técnicas psicoterapéuticas, ya que no solo facilita de forma importante la sugestión directa y la reestructuración cognoscitiva, sino que motiva al adolescente dándole auto-confianza y más concentración en su proceso disminuyendo también la angustia ante el tratamiento.

Podemos decir que la hipnosis debe apoyarse en una buena relación terapéutica, ya que el dejar fluir el proceso del paciente permitirá tener un mayor alcance en cualquier técnica de intervención para beneficio del paciente. La hipnosis y la relación terapéutica no son sinónimos sino procesos convergentes en la terapia, uno apoya al otro y viceversa, por lo tanto los logros que se obtienen de un protocolo como el propuesto son fruto de la interacción armónica de estos dos procesos diferentes. La relación terapéutica debe incluir los aspectos hipnóticos y la hipnosis debe mantener una buena relación terapéutica tomando en cuenta las resistencias y la transferencia.

También se observó que este protocolo de intervención tuvo un índice de deserción del 34%, es decir, que de 12 pacientes que iniciaron el protocolo, 4 no lo completaron y sólo terminaron el protocolo 8 pacientes cuyos datos conformaron la muestra de la investigación. Es importante señalar esto y tomarlo en cuenta para futuras investigaciones determinando los factores que pueden influir en la deserción y corregirlos.

También a partir de estos resultados se concluye que es necesario tomar un número mayor de sujetos para dar más consistencia a los datos y además, realizar algún tipo de comparación del protocolo propuesto con diferentes tratamientos para así enriquecer y poder generalizar más ampliamente los resultados. Este estudio puede considerarse, en cierta forma, como pionero por lo que es necesario revisarlo y rediseñarlo para ampliar sus alcances en futuras investigaciones.

Sobre lo anterior también se concluye que la “significancia estadística” y la “significancia clínica” no se oponen, sino que son dos puntos del mismo plano. La estadística nos permite obtener datos donde intervienen muchas variables dando un resultado en términos de probabilidad; y el trabajo clínico permite consolidar esta probabilidad en cada paciente haciendo observables los cambios a partir de sus características y su marco de referencia. Los psicólogos hacen uso de estos dos puntos de vista (que no son necesariamente opuestos) ya sea de forma absoluta (tomando sólo uno de ellos) o de forma relativa (compaginándolos). Tomar ambos puntos de vista aporta más datos a una investigación enriqueciendo sus resultados.

## LOGROS

Uno de los logros importantes de este trabajo fue la revisión bibliográfica que se aportó, ya que el tema exigía una revisión bibliográfica muy completa que abalara el proyecto terapéutico utilizado. Así, próximos lectores interesados en el tema tendrán una base más para buscar la información que necesiten.

Un logro también importante fue el dar una aportación clínica al abordar el tema de la terapéutica contra la depresión en la adolescencia, que recientemente a recibido mucho interés por parte de la comunidad científica especializada en el tema, y también, el aportar los datos obtenidos en esta investigación, se suma al esfuerzo de la psicología en entender y dar soluciones a los procesos psicopatológicos en las distintas fases de desarrollo humano.

Otro logro importante, a nuestro parecer, fue el haber hecho investigación utilizando la Hipnoterapia Cognitiva en padecimientos afectivos, ya que en primer lugar la Hipnoterapia Cognitiva no es utilizada en México de forma frecuente, por lo que este trabajo ofrece una revisión del tema y aporta datos objetivos sobre los resultados de su utilización; y también, el hecho de que la reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis se ha utilizado en México, de forma más frecuente, enfocada al control de dolor, al control de conductas adictivas y a las disfunciones sexuales.

También se puede decir que esta investigación favorece y apoya los argumentos de muchos investigadores y teóricos acerca del uso de la hipnosis en la terapia psicológica, ya que, aunque, controversial, la hipnosis ha dado muy buenos resultados en el tratamiento de muchos trastornos y este estudio aporta su grano de arena en este sentido, la hipnosis es una herramienta terapéutica muy útil, pero no una panacea.

## LIMITACIONES

Una limitación, aunque no necesariamente, fue el hecho de tener mediciones en otros aspectos de la personalidad como pueden ser: auto-estima, asertividad, creencias irracionales, auto-concepto, ansiedad, personalidad, etc., lo que hubiera aportado más información acerca del impacto del protocolo de intervención propuesto, esto se toma en cuenta en las sugerencias.

El tiempo fue otra limitante, ya que el estudio solo pretendía la evaluación de cierto número de sujetos con el fin de dar alguna aportación a la práctica clínica y además de concluir con el proceso de titulación, por lo que no pudo ser un estudio más extenso. Es por eso que sería de gran utilidad hacer un estudio más largo, con un seguimiento mayor para tener más información sobre la efectividad de la Hipnoterapia Cognitiva.

Otra limitante fue el no haber hecho ninguna comparación del protocolo propuesto con otros tipos de tratamiento lo que pudo haber aportado más datos acerca de la efectividad de la Hipnoterapia Cognitiva.

La falta de recursos e instrumentos no permitió la utilización de aparatos de mediciones psicofisiológicas que hubieran podido aportar datos diferentes e información importante para otro tipo de análisis (feedback) que hubiera enriquecido las aportaciones de la investigación.

## SUGERENCIAS

En primer término se sugiere para investigaciones futuras que se tome una muestra más grande (20 sujetos, por ejemplo), para que se puedan generalizar más los datos y se obtenga un control más riguroso sobre ciertas variables como edad, sexo, nivel socioeconómico, tipo de familia, etc. Ya que aunque el número de sujetos utilizado (8) no es necesariamente una limitación, una muestra más grande permite obtener otro tipo de información con lo que se pueden generalizar más los datos, lo que por razones de tiempo, no pudo hacerse con la muestra de pacientes estudiada.

En segundo lugar se sugiere tratar no solo estados depresivos sino otro tipo de trastornos como: ansiedad, fobias, alcoholismo, drogadicción, etc. Así como también utilizar técnicas cognitivo conductuales en combinación con la hipnosis para evaluar su efectividad en ciertos trastornos como los mencionados.

Otra sugerencia es el uso de los auto-reportes escritos, para llevar un parámetro del propio sujeto y el uso de material grabado en audiocasette (auto-hipnosis, por ejemplo) que es de mucha utilidad para incrementar el impacto del tratamiento en los pacientes.

Se sugiere también que se comparen diversos tipos de tratamiento y no solo de forma intrasujeto (un solo tratamiento), sino comparando la Hipnoterapia Cognitiva con la terapia de consejo, o con la terapia de la conducta, por ejemplo.

Para futuros estudios sería positivo tomar un protocolo más largo y ver si arroja resultados satisfactorios. También se sugiere implementar en futuras investigaciones mediciones psicofisiológicas para poder extender los datos a otros aspectos de la clínica psicológica (bio-feedback, electroencefalografía, etc.)

Por último es importante que, para futuros estudios, se tome en cuenta la influencia del grupo familiar para garantizar que los cambios sean más permanentes en el futuro, probablemente incluir asesoría a los padres o familiares.

# APÉNDICES

## APÉNDICE I

### GUÍA TERAPÉUTICA PARA EL USO DE LA HIPNOTERAPIA COGNITIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

#### INICIO

Cuando el paciente se presente solicitando atención psicológica, se le deben preguntar de forma general las siguientes cuestiones:

- \* Motivo de Consulta
- \* Tiempo en que ha sufrido la queja
- \* Relación con algún evento específico (inicio)
- \* Existencia de enfermedad diagnosticada clínicamente o no.

Después de tener las respuestas a lo anterior se deberá decidir si el paciente es aceptado dentro del protocolo a evaluar, en sesiones fuera del protocolo o referido a Psiquiatría y Salud Mental.

Si el paciente, por sus características, es aceptado en el protocolo a evaluar se le explicará y aplicará lo siguiente:

- \* Opción de participación en el protocolo a evaluar
- \* Horario de atención
- \* Pre-evaluación
- \* Encuadre:
  - Aspectos Generales
  - Confidencialidad y compromiso
  - Responsabilidades
  - Pronóstico de éxito
  - Contrato terapéutico

#### 1ra. SESIÓN: Valoración clínica

Se debe tomar la historia clínica usual:

- Datos Generales
- Antecedentes personales patológicos y no patológicos
- Antecedentes psiquiátricos personales y familiares
- Historia Biográfica:
  - Datos Importantes:
    - Nacimiento
    - Infancia
    - Adolescencia
    - Relación Familiar (Infancia-Actualidad)
    - Vida escolar

- Relaciones Interpersonales

El terapeuta debe identificar los siguientes patrones:

- Pensamiento Funcional-Disfuncional
- Sentimiento Funcional-Disfuncional
- Respuesta Corporal Funcional-Disfuncional
- Comportamiento Funcional-Disfuncional

Para evitar que los prejuicios impidan una inducción hipnótica favorable se debe hablar sobre la motivación hacia la Hipnosis, la eliminación de dudas, preparación de la mente del paciente, temor al fracaso, etc.

**Motivación hacia la hipnosis:** Se debe hablar acerca de la importancia de que el paciente acepte ser hipnotizado y que las sugerencias que se le hagan deben ser cumplidas por su bien, él debe desear cumplirlas, o creer que, pese a su voluntad, no podrá resistirse. Mientras más se aumente el deseo de una persona a ser hipnotizada mayor será el éxito:

- Se debe averiguar que tanto deseo tiene el paciente para ser hipnotizado.
- Se debe hablar de lo molesto de sus síntomas y lo diferente que sería su vida si se liberara de ellos.
- Se debe hablar de que es muy probable que el tratamiento hipnótico actúe con más fuerza.
- Es importante hacer que el paciente se convenza de que hipnotizarlo le será eficaz en su tratamiento.

**Eliminación de dudas y temores:** Es de suma importancia eliminar toda la ansiedad y los temores que pueden surgir a partir de saberse como paciente de tratamiento hipnótico. Para Hartland (1974) estos temores caen principalmente en dos categorías:

1.- Temor al fracaso y mucha ansiedad por el éxito: Se debe evitar que el paciente considere a la hipnosis como un reto a vencer o una prueba de su habilidad, ya que esto podría traer demasiada ansiedad ante el fracaso o el éxito y cualquier inducción fracasaría, por lo tanto es muy importante hablar de ello al paciente y despejar sus dudas.

2.- Temor al estado hipnótico en si: Los temores hacia la hipnosis provienen de los mitos y la ignorancia hacia el concepto real de hipnosis, se debe hablar con el paciente aclarándole todos estos aspectos para que no tenga dudas o temores acerca de lo que va a ocurrir durante el trance. Para preparar la mente del paciente se deben aclarar los siguientes puntos:

- Qué sabe sobre la hipnosis, y qué espera que suceda durante el trance, aclarándose las dudas y errores de conceptualización.
- No es como el sueño donde se pierde conciencia, todo el tiempo estará consciente de todo
- No necesariamente olvidará todo lo que pasó y que no podrá ser

controlado u obligado a hacer algo a lo cual se oponga decididamente.

-Es la fuerza de voluntad del paciente la que permite el trance hipnótico y no la del hipnotizador.

- No hay peligro de quedarse en el "viaje" como dicen los rumores.

**Prueba de susceptibilidad hipnótica:** Se realizaran tres pruebas para conocer el grado de susceptibilidad hipnótica del paciente.

- Test de ascenso y descenso de brazos
- Test de apretón de manos
- Test de levitación de la mano (si es necesario)

### Test de ascenso y descenso de brazos

#### Verbalizaciones:

*" Por favor ponte de pie con los talones juntos y las puntas de los pies separadas. Eleva tus brazos rectos a la altura de los hombros y al frente. Coloca el dedo pulgar de tu mano derecha apuntando hacia arriba , mientras que tu mano izquierda colócala con la palma abierta en dirección al techo. Tu barbilla un poco levantada y los ojos cerrados. Ahora trata de imaginar todas las instrucciones que yo te de: Imagina mentalmente que estas sosteniendo en tu mano izquierda un objeto muy pesado...muy pesado... Asimismo imagina que en el pulgar de tu mano derecha se encuentran atados varios globos grandes de colores... llenos de helio... muy ligeros... que poco a poco impulsan tu mano derecha hacia arriba... imagina las dos situaciones. (pausa) Tu mano izquierda baja debido al enorme peso... la derecha sube... muy ligera... muy ligera hacia arriba... la izquierda baja...muy pesado...hacia abajo por que esta muy pesado... la derecha sube, arriba...muy ligero...hacia el cielo... muy liviano... flotante...la izquierda baja...su peso es insoportable...muy pesado... muy pesado...baja...hacia abajo... la derecha sube...¡arriba!, ¡muy ligero!...sube, sube...la izquierda baja...¡hacia abajo!, más abajo... la derecha sube, sube...¡más ligero!...derecha muy liviano, izquierda muy pesado... derecha sube...izquierda baja...¡izquierda!...¡derecha!... (con voz suave) abre los ojos... abre tus ojos".*

### Test de apretón de manos

#### Verbalizaciones:

*" Por favor toma asiento y ponte cómodo. Ahora entrelaza los dedos de tus manos, de manera que estén perfectamente unidas, coloca los pulgares juntos y paralelos hacia arriba y mantén toda tu atención y tu mirada en los pulgares, no despegues la vista de tus pulgares, ahora siente una suave sensación de calor en las palmas de tus manos...ello motivará que tus manos empiecen a pegarse...poco a poco...lentamente y sin esfuerzo. Comienza a sentir como tus manos se pegan a causa de esa suave sensación de calor... se pegan... se pegan tus manos...los dedos se entrelazan firmemente...firmemente!...muy*

unidos... siente que tus manos ya no son dos manos sino una sola... muy pegadas...muy unidas...se funden una en la otra.... ahora contaré del 1 al 5... cuando llegue a la cuenta de 5 tus manos estarán totalmente pegadas...como si estuvieran unidas con cemento...como si fueran una sola...formarán una sola unidad indivisible...la izquierda con la derecha...la derecha con la izquierda...estarán totalmente unidas...totalmente pegadas...¡atención! ... uno...tus manos comienzan a pegarse más y más...dos...cada vez más unidas...tres...continúan unidas...más y más unidas...pegadas...cuatro...están casi totalmente fundidas la una con la otra...¡atención!...cinco...ahora tus manos son una sola unidad indivisible, están totalmente pegadas...completamente unidas ”.

“ Ahora tus manos están tan unidas, se encuentran tan perfectamente pegadas...están tan pegadas tus manos...que aunque quisieras separarlas no podrás...¡es más en la medida que intentes separarlas, éstas se pegarán más y más...puedes intentar separarlas si quieres...inténtalo despacio... (dejar poco tiempo, unos segundos) Ahora deja de intentarlo...deja de intentarlo...Ahora tus manos comienzan a separarse poco a poco... cada vez más separadas...esa sensación de calor desaparece...observa como se separan y vuelven poco a poco a la normalidad... se separa la derecha de la izquierda...la izquierda de la derecha...cada vez más separadas...más y más separadas...ya están casi totalmente separadas.....Ahora ya están totalmente separadas... totalmente separadas... y sin ninguna sensación de calor...han regresado a la normalidad”.

### **Test de levitación de la mano**

#### Verbalizaciones:

“ Siéntate cómodamente y cierra tus ojos. Coloca tu mano derecha sobre tu muslo derecho...eso es... Ahora imagina todo lo que yo te voy a decir...trata de sentirlo de forma real en tu cuerpo. Imagina que en la palma de tu mano empieza a sentirse una suave sensación de calor. . . una sensación de calor muy real, que poco a poco se va incrementando . . . pero es un calor que no molesta ni duele solo es la sensación de calor . . y esta sensación provoca que tu mano se vuelva más ligera, se aligera el peso de tu mano, poco a poco . . . tu mano se vuelve más ligera, como una pluma, muy ligera . . . y por ello empieza a subir, poco a poco se eleva tu mano . . . cada vez más ligera y sube . . . sube . . . despacio se eleva . . . lentamente y sin esfuerzo . . . sube, sube . . . tu mano se eleva y arriba . . . arriba, más y más alto . . . sube eso es , ahora haz que se detenga que se mantenga suspendida un momento . . . ahora siente como la sensación de calor disminuye, poco a poco . . . lentamente, y tu mano baja . . . despacio, lentamente, va bajando, está bajando ahora . . y se coloca sobre tu muslo, despacio . . . lentamente y sin esfuerzo . . . ahora toda esa sensación de ligereza desaparece y tu mano vuelve totalmente a la normalidad”.

### **2da. SESIÓN: Primera intervención contra la depresión**

Hay que proveer un sentido de esperanza y generar confianza en el tratamiento, dando ayuda o consuelo fuera de los sentimientos depresivos (Alladin, 1994):

**Paso 1: Ventilación:** Animar al paciente para que desahogue y ventile sus sentimientos relacionados a la causa del estado de ánimo depresivo. Procurando dar traking superficial y profundo. Obtener más información sobre el paciente.

**Paso 2: Educación:** Dar al paciente una explicación (biológica y psicológica) del estado depresivo. La explicación **biológica** se refiere a que la depresión es como cualquier emoción, y consiste por una parte en un reflejo primitivo ante situaciones de dominio o desamparo que incluye ciertas posturas depresivas observadas en monos y humanos. La explicación **psicológica** se refiere a la función compensatoria de la depresión como un componente de auto-ayuda en la inflación y alienación del ego (Ubando, 1997). Todo esto se ve relacionado con los pensamientos irracionales y racionalizaciones disfuncionales que hace el mismo paciente, los cuales desencadenan estados de ánimo disfuncionales. "La realidad no crea nuestras emociones sino nuestra forma de pensar acerca de ella". Un cambio en los pensamientos negativos da como resultado un cambio en las emociones disfuncionales.

Dado que se tiene un reflejo biológico, se necesita también un cambio biológico, el cual se puede lograr haciendo un esfuerzo consciente para cambiar la postura depresiva adoptando una postura anti-depresiva que alienta al intelecto a buscar razones para sentirse mejor.

**Paso 3: Adoptar una postura antidepresiva (opcional):** Inducir hipnóticamente al paciente de forma ligera para que esté claramente relajado y pedirle imaginar una postura erguida (como un guardia, por ejemplo) y tomarla:

Verbalizaciones:

*" Ahora cierra tus ojos e imagina, relaja todo tu cuerpo, desde los pies, las pantorrillas, las rodillas . . . los muslos, la cadera, el abdomen hasta el pecho, el cuello . . . los hombros, los brazos la cabeza. Ahora imagina que estas mirando (objeto erguido, como un soldado, o un clavadista, por ejemplo) y cuando lo miras comienzas a tomar su postura erguida, no levantes las manos o dobles los codos, solo mantén su posición erguida en tu cuerpo . . . eso es poco a poco. . . lentamente cada vez más erguido, cómodamente erguido y recto , etc."*

Si se considera útil se le puede pedir autorización al paciente para sostener su cabeza colocándose el terapeuta detrás de él, y tomando la cabeza del paciente se le pide que deje caer el peso de su cabeza sobre las manos del terapeuta y mantenga su postura unos momentos.

**Paso 4: Imaginería e inducción:** En este momento se le pide al paciente que adopte una sonrisa en su rostro, que el paciente imagine verse en un espejo sonriendo y que logre adoptar tal gesticulación, ayudando a eliminar la postura depresiva. Después se le pide que imagine y visualice a una persona divertida o graciosa que lo haya hecho reír en el pasado, así como recordar situaciones y recuerdos positivos y alegres para hacer un cambio positivo de esquema.

### Verbalizaciones:

*“ Imagina que estas ante un espejo y te estas mirando, ahora ve como tu imagen sonrís y tu sonrís también. Ahora imagina algo que alguna vez te haya hecho reír mucho, algo muy chistoso de tu pasado, quizá un amigo, o un chiste, o una película, algo que te haya parecido muy gracioso . . . colócalo en tu mente has esa imagen clara y obsérvala, observa lo graciosa que es esa imagen y lo mucho que te hace reír, te hace reír”.*

**Paso 5: Condicionando a estímulos positivos:** Se condiciona al paciente a responder a estímulos positivos aparejando la experiencia actual (sentirse bien) con palabras como “chiste”, “burbuja”, “sonrisa”, etc. que el paciente podrá repetir cuando se sienta triste.

### Verbalizaciones:

*“ Ahora te encuentras riendo y te sientes muy bien, de ahora en adelante cada vez que escuches la palabra (alguna palabra corta del lenguaje del paciente que refiera algo gracioso o agradable, como chiste, sonrisa, de pelos, etc.), pronunciada por ti misma con el fin de sentirte mejor, vas a sentir esta agradable sensación de gozo y diversión que sientes ahora . . . cada vez que sea necesario sentirte menos triste, vas a decir o pensar ésta palabra y te vas a sentir tan bien como te estas sintiendo ahora o más, y esto va a ocurrir por tu deseo y por tu bien , puesto que estamos en un tratamiento para que te sientas mejor”.*

## **3ra. y 4ta. SESIÓN: Terapia Cognitiva y Psicoterapia**

Iniciar la terapia cognitiva cuyo principal propósito es ayudar al paciente a identificar, enfrentar, y corregir las creencias disfuncionales que mantienen el estado de ánimo depresivo. Animar al paciente a hablar acerca de sus razones sobre la situación en que vive, también acerca de su estado de ánimo y sus principales problemas. Se debe detectar las creencias disfuncionales e intentar que el paciente observe el tipo de pensamientos que tiene y como éstos le afectan, para que poco a poco pueda cambiarlos por otros pensamientos positivos con la ayuda del terapeuta (Terapia Cognitiva). También se debe dar tracking superficial y profundo así como información adicional sobre el proceso. Hacer fijación si se cree necesario (Psicoterapia). Puede tomar más de dos sesiones.

## **5ta. SESIÓN: Hipnosis**

Brevemente hablar sobre lo acontecido en la semana y revisar el avance del paciente. Después inducir un estado profundo o semi-profundo de hipnosis según el método integral de inducción y profundización del trance de Hartland y dar también sugerencias de fortalecimiento del ego (Hartland, 1974). Incluir verbalizaciones según sea el caso para un beneficio mayor del paciente . Puede tomar más de una sesión.

## Verbalizaciones:

*“Quiero que te sientes cómodamente en la silla/sillón. Mira hacia arriba y hacia atrás, a la punta del lápiz. No dejes que la vista se separe de ella ni un momento.*

*Ahora comienza a contar despacio, hacia atrás desde el 300, mentalmente, solo para ti... no en voz alta. Sigue contando...lenta y acompasadamente...y sigue contando hasta que yo te pida que te detengas. Trata de no escucharme...sin embargo escucharás todo lo que yo te diga... pero trata de no escucharme. Tu dedícate a contar.*

*Abandónate por completo..suelto/a y flojo/a. Respira con tranquilidad...adentro...afuera.*

*Y mientras respiras tranquilamente adentro...y afuera, puedes sentir que los ojos se te están cansando, los tienes muy cansados. Puedes sentir que te lloran un poco... y puede que el lápiz se vea un poco borroso. Los párpados se empiezan a sentir muy pesados y cansados.*

*Ahora están queriendo parpadear, déjalos que parpadeen si quieren... así ahora empiezan a parpadear, lo ves. No hagas que parpadeen ni tampoco impidas que lo hagan, solo deja que todo pase como quiera que pase. Ahora los parpadeos son más lentos... y más tardados, y al parpadear siente los ojos más y más cansados... más y más cansados... tan cansados que comienzan a cerrarse, tan pronto como sientas que se quieren cerrar déjalos que se cierren, déjalos que se cierren lentamente, así están muy cansados...muy cansados. Cada vez se cierran más , ahora están completamente cerrados y cansados. Duerme, profundamente, deja de contar ahora. Solo duerme, estas muy cansado dale a tu cuerpo descanso... y duerme”.*

*“Ahora duérmete, duerme abandónate lentamente...lentamente y sin esfuerzo...vamos a ese estado de relajación y descanso...de mucha relajación... y de mucho descanso....duerme profundamente, muy profundamente, más... y más...más profundamente dormido/a.”*

*“ Ahora una sensación de completo relajamiento se va extendiendo por todo tu cuerpo...deja que los músculos de tus pies se relajen...ahora los músculos de tus pantorrillas...eso es sueltos y flojos. Ahora los muslos relájalos... sueltos y flojos descansados, que se aflojen que descansen. Ahora a medida que los músculos de las piernas van quedando completamente flojos y sueltos, puedes notar una sensación de pesadez en tus piernas, tus piernas se sienten pesadas como el plomo, muy relajadas y cada vez más tu sueño se hace más ...y más profundo. Esta sensación de relajamiento ahora se extiende hacia arriba , hacia todo tu cuerpo, hacia arriba, hacia tu abdomen, y hacia todo tu cuerpo. Afloja los músculos del estomago...suéltalos... sueltos y flojos. Ahora los músculos del pecho, suéltalos... sueltos y flojos. Permite que se relajen. Y mientras lo haces puedes notar una sensación de pesadez en todo tu cuerpo... pesado como plomo. Ahora la sensación de relajamiento se extiende a los músculos de tus brazos y manos. Suéltalos... sueltos y flojos. Ahora los músculos de tu cuello, relájalos. Suéltalos... sueltos y flojos. Déjalos descansar. . . suéltalos... relájalos. Ahora los músculos de los hombros, aflójalos. Suéltalos... sueltos y flojos. Ahora todo tu cuerpo se siente relajado, flojo y suelto, muy descansado. Una sensación de pesadez se extiende por todo tu cuerpo y caes en un sueño muy profundo. . . cada vez más y más profundo. En verdad estás tan profundamente dormido que todo lo que yo te diga que va a suceder, sucederá y sucederá tal y como yo lo diga Y todo lo que yo diga que vas a sentir, lo sentirás y lo harás exactamente como yo te lo diga. Porque estás profundamente dormido y esto es por el bien de tu tratamiento”.*

*" Ahora ya te encuentras tan profundamente dormido . . . y tu mente ha quedado tan receptiva a lo que digo . . . que todo lo que ponga en ella penetrará en la parte más interna de tu mente y producirá una impresión tan duradera y profunda . . . que nada la quitará de ahí. Lo que yo coloque en lo profundo de tu mente . . . comenzará a ejercer una influencia cada vez más grande y más grande . . . sobre la forma en la que piensas . . . sobre la forma como te sientes . . . sobre la forma en como te comportas, y después cuando salgas de aquí y ya no estés conmigo seguirá ejerciendo la misma influencia igualmente fuerte . . . sobre tus pensamientos . . . sobre tus sentimientos . . . sobre tus acciones."*

*" Ahora todo lo que yo te diga que sucederá, sucederá tal y como yo lo diga . . . por tu propio bien . . . sucederá exactamente como yo lo diga. Y esto sucederá todos los días . . . y tu seguirás experimentando estos mismos sentimientos . . . todos los días cuando hayas regresado a tu casa . . . o en tu trabajo . . . o en la escuela . . . igual que cuando estás en este lugar, igual de seguro . . . igual de fuerte . . . con igual poder ."*

*" Te vas a sentir ahora y después de este profundo sueño, físicamente más fuerte y más apto en todas formas. . . te sentirás más alerta, más despierto, con más energía . . . Te cansarás con mucho menos facilidad, te sentirás mucho menos fatigado, mucho menos fácilmente desalentado, mucho menos fácilmente deprimido . . . mucho menos deprimido . . . Cada día te interesarás tan profundamente en cualquier cosa que hagas . . . en cualquiera que sea lo que te rodee . . . ya no te preocuparás tanto de tus dificultades . . . cada día tus nervios se volverán cada vez más vigorosos y firmes . . . tu mente estará más despejada y más calmada . . . más tranquila . . . más placentera para hacer lo que tengas que hacer. Te volverás menos fácilmente preocupado, mucho menos fácilmente agitado, mucho menos fácilmente temeroso . . . mucho menos fácilmente alterado. Podrás pensar con más claridad, podrás concentrarte más fácilmente y dedicar tu atención por entero a todo lo que hagas, en consecuencia tu memoria mejorará con mucha rapidez . . . podrás ver las cosas en su verdadera perspectiva, sin permitir que se conviertan en desproporcionadas . . . cada día estarás más calmado emocionalmente . . . mucho más tranquilo . . . mucho menos fácilmente alterable. Cada día estarás menos tenso . . . tanto mental como físicamente, así tendrás mucho más confianza en ti mismo, más confianza en tus habilidades en lo que sabes hacer y en lo que deberías de poder hacer, sin temor al fracaso . . . sin temor a las consecuencias . . . actuando con responsabilidad. Cada día te sentirás más independiente, más capaz de ver por ti mismo, de sostener tu propia personalidad aunque las cosas se vean difíciles".*

*"Cada día sentirás una sensación más grande de bienestar personal, una sensación más grande de seguridad personal, y de confianza . . . Y todo esto va a suceder exactamente como yo lo digo . . . más y más rápidamente, más poderosamente . . . y completamente . . . con cada tratamiento que yo te de . . . te sentirás mucho más feliz . . . más contento . . . mucho más optimista en todos los sentidos. Y en consecuencia tu serás más capaz de confiar . . . de depender . . . de ti mismo, de tus propios esfuerzos, de tu propio criterio . . . de tus propias opiniones . . . sentirás menos necesidad de depender de otras personas."*

(Se pueden incluir sugerencias respecto a cuestiones de cada paciente y se le debe explicar, en estado de vigilia, como funcionará el tratamiento).

## 6ta. - 7ma. - 8va. SESIÓN: Re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis.

Enfocar el tratamiento a la re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis, expansión de la conciencia y desarrollo de vías fuera de la depresión:

**1.- Re-estructuración cognoscitiva bajo hipnosis:** Inducir un estado profundo o semi-profundo de hipnosis. Pedir al sujeto que imagine una situación que normalmente causa el estado de ánimo depresivo enfocándose en las cogniciones disfuncionales y las respuestas emocionales, fisiológicas y conductuales asociadas a ellas. Después se le pide al paciente que congele las imágenes y que las reemplace por pensamientos e imágenes más apropiadas y positivas para después atender a los resultados deseados. Esto se continua hasta que el paciente logre re-estructurar una serie de cogniciones relacionadas a situaciones específicas. Se puede iniciar con eventos del pasado, imaginarios o con las emociones y sensaciones de ese mismo momento, por ejemplo:

- *"Vamos a ir al pasado a ese momento tan difícil que pasaste, y lo vivirás de nuevo exactamente como paso, vamos a ese lugar miralo con sus mismos detalles, ¿qué está ocurriendo ahora? . . . Ahora permite que pase lo que tenga que pasar para que tu estés bien y todo eso cambie y te sientas ahora muy bien...."*

- *" Pon toda tu atención en este sentimiento que tienes, vivelo, adéntrate en él, observa dónde y cómo lo sientes en tu cuerpo, observa tus pensamientos . . . que esta ocurriendo en ti ahora , mírate y descríbete . . . ahora vamos a modificar esos pensamientos por otros más adecuados . . . ahora como estás, descríbete, cómo te sientes, ¿hubo algún cambio? muy bien . . . "*, etc.

**2.- Expansión de la conciencia:** Esto se refiere a que el paciente relaciona un evento con una cognición y de como resultado un sentimiento por lo regular disfuncional. Intentar extender la conciencia del paciente entre pasado y futuro para que eventos relacionados con cogniciones disfuncionales ya no le provoquen reacciones emocionales disfuncionales, re-estructurando esquemas negativos del pasado no conscientes. Esta sesión o sesiones son muy similares a las anteriores de re-estructuración cognoscitiva, solo que hay que llevar al paciente entre dos líneas, una de tiempo (pasado-futuro), y otra de conciencia (más conciencia-menos conciencia) para que el paciente tenga más conciencia de sus cogniciones en eventos de diferente tiempo y pueda así modificarlas para cambiar las emociones disfuncionales por otras más adecuadas. Por ejemplo:

### Verbalizaciones:

*" ¿Qué te ha estado molestando? . . . ese evento, cuándo sucedió o sucederá . . . enfoca tu atención en ese momento y mírate . . . qué pensamientos tienes . . . qué sentimientos te provocan esos pensamientos . . . ahora toma esos pensamientos y vamos al pasado (o futuro) . . . cuándo te has sentido como ahora ( o en qué momentos tenderás a sentirte como ahora) . . . modifícalos, pon en tu mente otros pensamientos que te hagan sentir mejor . . . qué ha sucedido . . . regresemos a ese momento difícil en el que iniciamos este viaje. . .*

*mirate a ti mismo y coloca esos pensamientos positivos en tu mente . . . como te sientes ahora . . . qué ha sucedido en esa escena . . . te sientes mejor ahora . . . bien, muy bien”.*

**3.- Desarrollo de vías o caminos fuera de la depresión:** Los pacientes deprimidos desarrollan vías depresivas a través de enfocarse en esquemas negativos no conscientes, entonces hay que desarrollar vías o caminos antidepresivos, funcionales enfocándose en imágenes positivas. Ayudar al paciente en estado hipnótico a enfocarse en imágenes positivas pero realistas que puedan ser recreadas en la mente en momentos posteriores. Por ejemplo:

Verbalizaciones:

*“ Concéntrate e imagina una situación en la que te sentirías muy bien . . . descríbeme la escena . . . es realista esa escena . . . sino busca otra más realista pero que te haga sentir igual de bien . . . eso es, ahora descríbeme la escena . . . manténla en tu mente, enfócate en ella, disfrútala . . . grábala en tu mente . . . qué sea como una grabación que puedes correr cuando quieras . . . y lo harás cuando te sientas mal y estés pensando en algo que te hiere . . . muy bien”.*

**9na. SESIÓN: Cambio de atención e Inducción de estado de ánimo positivo**

Los pacientes deprimidos tienen la tendencia a preocuparse por tener imágenes y pensamientos catastróficos (Alladin, 1994). Las preocupaciones suelen convertirse en obsesiones y dificultar el proceso terapéutico. Hay que romper este ciclo obsesivo, entrenando a los pacientes para cambiar su atención lejos de las cogniciones negativas y mantenerla enfocada en experiencias positivas. Se le pide al paciente que realice una lista de 10 a 15 experiencias placenteras para después practicar manteniéndolas cada una en su mente durante 30 segundos. Se le pide que practique esto durante 5 minutos cada día, y así cuando un pensamiento negativo llegue a sus mentes será fácilmente substituido por otro positivo (sesión opcional).

**10ma. SESIÓN: Entrenamiento Activo-Interactivo**

Ayudar a romper “hábitos disociativos” y encaminar al paciente a tener “asociaciones” con el ambiente. Los pacientes deprimidos tienden a disociar más que a interactuar con el ambiente que se les presenta tanto interno como externo, ya que la disociación pasiva es lo que produce que los pacientes se anclen a su realidad interna y mantengan sus esquemas negativos y, por ende, su depresión (Alladin, 1994). Entrenar a los pacientes a estar alerta y en tono con la información. Prevenir la disociación pasiva logrando que el paciente este alerta cuando ocurra dicho proceso, cambiando la atención activamente lejos de los anclajes negativos enfocándose en la realidad conceptual. Es decir se involucra en mayor medida la actividad del hemisferio izquierdo siendo más analíticos, lógicos y realistas (introducir proceso secundario). Este entrenamiento permite al paciente disminuir la energía emocional que invierte en ciertos momentos y racionalizar, entendiendo la información del medio de forma más realista y menos disociada, es necesario que los pacientes estén actuando en niveles de energía funcionales.

### **11va. SESIÓN: Entrenamiento de habilidades sociales**

Brevemente hablar sobre lo acontecido en la semana y revisar el avance del paciente. Dar al paciente ciertas herramientas en habilidades sociales (resolución de conflictos, asertividad, toma de decisiones) y entregarle información adicional para revisar en su casa (Youngren y Lewinsohn, 1980; Furman, 1997).

### **12va. SESIÓN: Entrenamiento de Metas Ideales/Reales**

Brevemente hablar sobre lo acontecido en la semana y revisar el avance del paciente. Inducir un trance hipnótico y pedir al paciente que visualice metas imaginarias pero realistas, con la planeación de las estrategias apropiadas para llevarlas a cabo (ensayo de proyección de metas a futuro). Por ejemplo:

#### Verbalizaciones:

*“ Ahora imagínate algo que deseas alcanzar, algo que puedas alcanzar . . . concéntrate en esa meta . . . observa todo lo que tienes que hacer para lograrla . . . mira tu potencial para lograrla . . . imagina que lo logras . . . mantén esa escena . . . repasa lo que hiciste paso a paso, cuál fue tu estrategia . . . observa la nueva forma en la que planeas tus estrategias y como por ello alcanzas tus metas . . . mantén esas imágenes ahí . . . eso es muy bien”.*

Cierre del tratamiento, y planeación de la o las sesiones de seguimiento (2 o 3 semanas después), en estas sesiones se aplicará la post evaluación final .

### **SESIÓN DE SEGUIMIENTO:**

Hablar sobre el avance del paciente, su estado de ánimo, su manejo de creencias disfuncionales, las habilidades sociales, hábitos disociativos, etc. Dar orientación según sea el caso en los aspectos que lo requieran. Aplicar la post evaluación final y cerrar el tratamiento.

#### **NOTA:**

El protocolo puede extenderse a más sesiones según lo requiera el caso.

APÉNDICE 2

Sistema de Puntaje Lecron-Bordeaux para indicar la Profundidad Hipnótica		
Profundidad	Puntaje	Síntomas Objetivos
No susceptible	0	El sujeto no presenta reacción alguna
Hipnoideo	1	Relajación física
	2	Apariencia somnolienta
	3	Pestañeo
	4	Cierre ocular
	5	Relajación mental
Trance Ligero	6	Pesadez en los miembros
	7	Catalepsia ocular
	8	Catalepsia parcial de los miembros
	9	Inhibición de pequeños grupos musculares
	10	Respiración más lenta y profunda, pulso lento
	11	Fuerte laxitud
	12	Movimientos convulsivos de la mandíbula durante la inducción
	13	Rapport establecido
	14	Obediencia a sugerencias post-hipnóticas sencillas
	15	Movimientos convulsivos oculares al despertar
	16	Cambios de la personalidad
	17	Sensación de pesadez en todo el cuerpo
	18	Sensación parcial de falta de interés
Trance Mediano	19	Reconocimiento del trance
	20	Inhibición muscular completa
	21	Amnesia parcial
	22	Anestesia en guante
	23	Ilusiones táctiles
	24	Ilusiones gustativas
	25	Ilusiones olfatorias
	26	Sobregudez a los cambios atmosféricos
	27	Catalepsia completa del cuerpo

Trance Profundo	28	Capacidad de abrir los ojos sin salir del trance
Sonambulístico	29	Virada fija con ojos abiertos, dilatación pupilar
	30	Sonambulismo
	31	Amnesia completa
	32	Amnesia sistematizada post-hipnótica (P-H)
	33	Anestesia completa
	34	Anestesia P-H
	35	Obediencia a sugerencias post-hipnóticas fantásticas
	37	Pérdida de la coordinación pupilar
	38	Sensación de ingravidez, flotación, desinterés
	39	Rigidez y tardanza en las reacciones musculares
	40	Aumento y disminución del volumen de la voz del operador
	41	Control de las funciones orgánicas del cuerpo
	42	Rememoraciones, hipermnesia
	43	Regresión en el tiempo
	44	Alucinaciones visuales positivas P-H
	45	Alucinaciones visuales negativas P-H
	46	Alucinaciones auditivas positivas P-H
	47	Alucinaciones auditivas negativas P-H
	48	Estimulación de los sueños
	49	Hiperestusias Experimentación de sensaciones colorcadas
Trance Total	50	Condición estoporosa en la cual está inhibida toda actividad espontánea.



- 
- Abercatury, A. (1978). *Adolescencia*, Buenos Aires: Ed. Kargieman.
  - Abraham, K. (1973). *Contribuciones a la Teoría de la Libido*, Buenos Aires: Horme.
  - Aguilar Ojeda, D. (1975). *La Hipnosis Clínica y Experimental*, p.p 10-15, Tesis de Maestría, México: UNAM.- Claes, S., Raeymaekers, P., Ven den Broeck, M.,
  - Alda, M. (1997). Bipolar Disorder: From families to genes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42 (4), 378-387.
  - Alden, P. (1995). Back to the past: Introducing the "bubble". *Contemporary Hypnosis*, 12 (2), 59-68.
  - Alladin, A. y Heap, M. (1991). Hypnosis and Depression. In M. Heap & W. Dryden (Eds.), *Hypnotherapy: A handbook*. Open University Press.
  - a) Alladin, A. (1992). Depression as a dissociative state. *Hypnosis: Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 19, 243-253.
  - b) Alladin, A. (1992). Hypnosis with Depression. *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*, 3, 13-18.
  - a) Alladin, A. (1994). Integrating hypnosis and cognitive therapy in the understanding and management of depression. In Hunter M.E. (Ed), *Frontiers of Hypnosis*, vol. II, ScaWalk Press Ltd, B.C.
  - b) Alladin, A. (1994). Cognitive hypnotherapy with depression. Special Issue: Hypnotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8 (4), 275-288.
  - American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic Manual of Mental Disorders*, Washington D.C.: Masson.
  - Angold, A., y Costello, E. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779-1791.
  - Araoz, D. L. (1981). Negative Self-Hypnosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 12, 45-52.
  - Arteti, S. (1990). *Psicoterapia de la depresión*, p.p. 198-221, México:Ed. Paidós.

- Aro, H., M. (1994). Risk and protective factors in depression: A developmental perspective. Yrjö Jahnsson Foundation VIII Medical Symposium: Depression: Preventive and risk factors (1992, Porvoo, Finland). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 59-64.
- Ayers, F. (1994). The flexibility of medical hypnoanalysis. *Medical Hypnoanalysis Journal*, 9, 19-23.
- Barabasz, A. y Lonsdale, Ch. (1983). Effects of Hypnosis on P300 Olfactory-Evoked potential Amplitudes. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 520-523.
- Beahrs, J. O. (1986). The "special-process" controversy: What is at issue?. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*; 1 (1), 5-37.
- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 6(4): 276-284.
- Bellack, A. S. y Hersen M. (1989). *Metodos de Investigación en Psicología Clínica*, p.p. 67-114. España: Desclée de Brouwer.
- Bellak, L. y Small, L.(1988). *Psicoterapia Breve y de Emergencia*, p.p. 185-202. México: Editorial .Pax México
- Bellivier, F., Laplanche, J. L., Leoyer, M., Feingold, J. y cols. (1997). Serotonin transporter gene and manic-depressive illness: An association study. *Biological Psychiatry*, 41 (6), 750-752.
- Belsher, G. y Wilkes, T. C. R. (1993). Cognitive-behavioral therapy for depressed children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health Care*, 3, 191- 204.
- Belsher, G., Wilkes, T. C., R. y Rush, A. J. (1995). An open, multisite pilot study of cognitive therapy for depressed adolescents. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 52-66.

- Berganza, C., E., y Agular, G. (1992). Depression in Guatemala adolescents. *Adolescence*, 27, 771-782.
- Blackburn, I. M. (1995). Severely depressed in-patients. En *Cognitive Therapy in Clinical practice*, Scott, J., Williams, J., M., & Beck, A., T, pp. 1-25. London: Routledge.
- Blos, P. (1980). *Psicoanálisis de la adolescencia*, México: Ed. Joaquín Mortiz.
- Bowers, K. S. y Davidson T. M. (1986). On the importance of individual differences in hipnotic ability. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Bowers, K. S. y Woody, E., Z. (1996). Hypnotic Amnesia and The Paradox of Intentional Forgetting. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 381-390.
- Bowers, K. S. (1994). A review of E.R. Hilgard's books on hypnosis, in commemoration of his 90th birthday. *Psychological Science*, 5 (4), 186-189.
- Bowers, K. S. (1990). Josephine R. Hilgard (1906-1989). *American Psychologist*, 5 (12), 1382.
- Bowers, P. (1979). Hypnosis and Creativity: The Search for the MissingLink. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 564-572.
- Braybrooke, Z. (1989). The treatment of a maniac depressive: A case of study. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 10, 25-30.
- Brody, N.(1986). Cognitively induced analgesia and semantic dissociation. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Cantwell, D. P. y Carlson, G. A. (1987). *Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia*, Barcelona:Ed. Martínez Roca.
- Castonguay, L., G., Hayes, A., M., Goldfried, M., R., y DeRubeis, R., J. (1995). The focus of Therapist Interventions in Cognitive Therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 485-503.
- Clarizio, H., F. (1989). *Assessment & treatment of depression in children & adolescence*, pp. 134-155. Brandon: Clinical Psychology Publish.
- Clarke, G., Hops, H., Lewinsohn, P., M., Andrews, J. y cols. (1992). Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depressive: Prediction of outcome. *Behavior Therap*, 23, 341-354.

- Cobos, G., y Patrón, P. (1994). *Hipnosis: Curso de Hipnología*, pp. 11-18. México: Edamex.
- Coolican, H. (1994). *Métodos de Investigación y Estadística en Psicología*, p.p 23-52. México: Manual Moderno.
- Corzo Solís, B., I., y Martínez Mota, N., E. (1989). *El empleo de la Terapia Conductual (reestructuración cognoscitiva) bajo hipnosis en la autorregulación del dolor crónico benigno*, pp. 96-109, Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Chertok, L. (1987). Hypnotic state: An interminable controversy. *Behavioral and Brain Sciences*, 10:4, 773-774.
- Chertok, L. (1992). *¿Qué sé?: Hipnosis y Sugestión*. México: Publicaciones Cruz.
- Diependaele, S. y cols. (1997). A chromosome 18 genetic linkage study in three large Belgian pedigrees with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 43 (3), 195-205.
- Domínguez Trejo, B. (1995). *Analgesia Hipnótica: Dinámicas cerebrales, procesos atencionales y el reflejo R-III como mecanismos subyacentes*, Boletín del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, Proyecto PAPIME no. 10, México:UNAM.
- Domínguez Trejo, B. (1997). *¡Quiero . . . pero no puedo!. Una Introducción al Control Mental*. Documento no publicado. UNAM-CONACYT.
- Donnelly, M. (1995). Depression among adolescents in North Ireland. *Adolescence*, 30, 339-350.
- Edmonston, W. E. (1986). Hypnosis and social suggestibility. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Ellis, A. (1986). *Terapia Racional Emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*, México:Edit. Pax-México.
- Ellis, A. (1996). Using hypnosis in Rational-Emotive Behavior Therapy in the case of Ellen. En: Lynn, S. J., Kirsch, I. & Rhue, J. W. (1996). *Casebook of clinical hypnosis*, pp. 335-347, Washington, DC, USA: APA.
- Erikson, E. (1982). *Sociedad y Adolescencia*. México:Siglo XXI.
- Evans, F. J. (1986). Hypnosis and behavioral compliance: Is the cup half-empty or half-full?. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A

social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic".  
*Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.

- Ewald, H., Mors, O., Eiberg, H., Flint, T. y cols. (1995). No evidence of linkage between manic-depressive illness and the dopa-decarboxylase gene or nearby region on chromosome 7p. *Psychiatric Genetics*, 5 (4), 161-169.
- Farmer, A. (1996). The genetics of depressive disorder. *International Review of Psychiatry*, 8 (4) 369-372.
- Fenichel, O. (1986). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Fine, C. G. (1994). Cognitive Hypnotherapeutic Interventions in the Treatment of Multiple Personality Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8 (4), 289-304.
- Frankl, V. (1978). *Psicoanálisis y Existencialismo. De la Psicoterapia a la Logoterapia*. México:Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1975). Duelo y Melancolía (1917). En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Furman, B. y Ahola, T. (1988). The use of humour in brief therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 7 (2), 3-20.
- Furman, B. y Ahola, T. (1989). The chicken and the egg: A hindsight view of therapy. *Journal of Family Therapy*; 11 (3), 217-230.
- Furman, B. (1997). *Taller: Lenguaje de Solución de Problemas*. Impartido por: Ben Furman. Adaptado y Revisado por: Yolanda Olvera y cols. y Benjamín Domínguez. Folleto no-publicado. Universidad Pedagógica Nacional.
- Gafner, G. (1997). Hypnotherapy with older adults. *Contemporary hypnosis*, 14 (1), 68-79.
- García de la Cadena, A. (1994). *La hipnosis como técnica de ayuda en la conducta humana*, México: UNAM, FES Zaragoza.
- Garber, J. y Robinson, N. S. (1997). Cognitive Vulnerability in Children at Risk for Depression. *Cognition and Emotion*, 11 (5/6), 619-635.
- Gaytan Fragoso, A. (1989). *El uso de la Hipnosis y Terapia de Conducta en el automanejo de las conductas adictivas: Reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis en alcohólicos*, pp. 253- 497. Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Gilboa, E. y Gotlib, I. H. (1997). Cognitive Biases and Affect Persistence in Previously Dysphoric and Never-dysphoric Individuals. *Cognition and Emotion*, 11 (5/6), 517-538.

- Gindes, B. C. (1959). *Nuevos Conceptos sobre El Hipnotismo, como Auxiliar en la Psicoterapia y la Medicina*, Buenos Aires: Ed. Psique.
- Glicksohn, J. (1987). Hypnotic behavior revisited: A triat-context interaction. *Behavioral and Brain Sciences*, 10:4, 774-775.
- Golden, W. L., y Gersh, W. D.(1990). Cognitive-behavior therapy in the treatment of cancer patients.*Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 8, 41-51.
- a) Gotlib, I. H., Kurtzman, H. S. y Blehar, M. C. (1997). The Cognitive Psychology of Depression: Introduction to the Special Issue. *Cognition and Emotion*, 11, (5/6), 497-500.
- b) Gotlib, I. H., Kurtzman, H. S. y Blehar, M. C. (1997). Cognition and Depression: Issues and Future Directions. *Cognition and Emotion*, 11, (5/6), 663-673.
- Graham, K. (1986). Explaining "virtuoso" hypnotic performance: Social psychology or experiential skill?. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Griggs, N. (1989). The succesful treatment of psychoneurosis and depression with medical hypnosis. *Medical Hypnoanalysis Journal*, 4, 41-44.
- Guerrero Solares, I. y Hidalgo González, T. M. (1992). *Descripción de los tratamientos conductuales y cognoscitivos para la depresión infantil*, p.p. 53-75, Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Haaga, D. A., DeRubeis, R. J., Stewart, B. L., y Beck, A. T. (1991). Relationship of intelligence with cognitive therapy outcome. *Behaviour Research and Therapy*; 29 (3), 277-281.
- Haley, J. (1986). *Terapia no convencional*, Buenos Aires:Amorrortu Editores.
- Hammond, D. C. (1990). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, American Society of Clinical Hypnosis, New York: Norton & Company.
- Harrington, R. (1996). Family genetic findings in child and adolescent depressive disorders. *International Review of Psychiatry*, 8 (4), 355-368.
- Harris, G. M. (1993). Hypnosis of child sexual abuse: A case study. Special Issue: Dreams. *International Journal of Psychosomatics*, 40, 84-85.
- Hartland, J. (1974). *La Hipnosis en Medicina y Odontología: Sus aplicaciones clinicas*, México: Compañía Editorial Continental.

- Heller, W. y Nitschke, J. B. (1997). Regional Brain Activity in Emotion: A Framework for Understanding Cognition in Depression. *Cognition and Emotion*, 11 (5/6), 637-661.
- Herrera, T. y Pimentel, J. (1986). *Etimología Grecolatina del Español*, p.p 87, México: Ed.Porrúa.
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic Susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World Inc.
- Hilgard, E. R., Hilgard, J. R., Macdonald, H., Morgan, A. H. & Johnson, L. S. (1978). Covert Pain in Hypnotic Analgesia: Its Reality as Testes by the Real-Simulator Design. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (6), 655-663.
- Hilgard, E. R. (1987). Research advances in hypnosis: Issues and methods. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35 (4), 248-264.
- Hilgard, E. R. (1984). The hidden observer and multiple personality. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32 (2), 248-253.
- Hodgson, S. M. y Alladin, W. J. (1988). Parental death, depression and Beck's theory of cognitive vulnerability: A critical appraisal and suggestions for research. *Counselling Psychology Quarterly*, 1 (1), 85-95.
- Hurlock, E. B. (1987). *Psicología de la Adolescencia*, México:Paidós.
- Jean, R. St. (1986). Hypnosis: Artichoke or onion?. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Kaplan, J. (1986). *Adolescencia. El adios a la infancia*, Argentina:Paidós.
- Kaplan, S. L., Hong, G. K. y Weinhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in Adolescents. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 23 (1), 91-98.
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L. y cols. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*; 11 (3), 289-299.
- Kendall, P. C. (1993). Cognitive-Behavioral Therapies with Youth: Guiding Theory, Current status, and Emerging Developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2 , 235-247.
- Kendall, P., y Panichelli, M. S. M. (1995). Cognitive-behavioral treatments. Special Issue: Psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 , 107-124

- Kendall, P. C. y Warman, M. J. (1996). Emotional disorders in youth. En: Salkovskis, P. M. y cols. (1996). *Frontiers of cognitive therapy*, pp. 509-530, New York, USA: Guilford Press.
- Kihlstrom, J., F. (1979). Hypnosis and Psychopathology: Retrospect and Prospect. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 459-473.
- Kihlstrom, J., F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418.
- Kihlstrom, J., F. (1987). The Cognitive Unconscious. *Science*, 237, 1445-1452.
- Kihlstrom, J. F. (1986). Strong inferences about hypnosis. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Kingsbury, G. C. (1962). *Hipnosis Práctica*. Buenos Aires: Ed. Glem.
- Kirsch, I. (1986). Role playing versus response expectancy as explanations of hypnotic behavior. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Kohen, D. P. (1996). Hypnotherapeutic management of pediatric and adolescent trichotillomania. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17 (5), 328-334.
- Kolb, C. L. (1986). *Psiquiatria Clínica Moderna*. Argentina: Edit. La Prensa.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., Pollock, M. y Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: A longitudinal study of the risk for subsequent major depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 643-649.
- Kovacs, M. y Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. Special Section: Longitudinal research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (3), 388-392.
- Kovacs, M. (1996) Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35 (6), 705-715.
- Kroger, W. S. (1963). *Clinical and Experimental Hypnosis*, USA: Lippincott Company.
- Kunugi, H., Vallada, H., Hoda F., Kirov, G. y cols. (1997). No evidence for an association of affective disorders with high or low activity of catechol-o-methyltransferase gene. *Biological Psychiatry*, 42 (4), 282-285.

- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*, México:Edit. Martínez Roca.
- Ledezma Reyes, M. (1992). *Rendimiento escolar y depresión en adolescentes*, pp. 31-58, Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Leitenberg, H. E. (1983). *Modificación y Terapia de Conducta*, Tomo I, Madrid:Morata.
- Lewinsohn, P., M., Clarke, G., N., Hops, H., y Andrews, J., A. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lynn, S. J., Kirsch, I. y Rhue, J. W. (1996). *Casebook of clinical hypnosis*, Washington, DC, USA: APA.
- Macías Valdes, G. (1985). Psicoterapia del niño y adolescente deprimido. *Revista Salud Mental*, 8, 5, 3-7.
- Magnusson, D. (1972). *Teoría de los Tests*, p.p. 77-232, México:Edit. Trillas.
- Malon, D. y Hurley, W. (1994). Ericksonian utilization of depressive self-blame in a traumatized patient. *Journal of Systemic Therapies*, 13, 38-46.
- Mannoni, M. (1976). *El niño, su enfermedad y los otros*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y Depresión*, Barcelona: Masson.
- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence*, 124, 935-953.
- McBrien, R., J. (1990). A self-hypnosis program for depression management. Special Issue: Hypnosis. *Individual Psychology Journal of Adlerian Theory*, 46, 481-489.
- McGue, M. y Christensen, K. (1997). Genetic and environmental contributions to depression symptomatology: Evidence from Danish twins 75 years of age and older. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (3), 439-448.
- McMaster, N. (1996). Major depression: A hypno-cognitive-behavioural intervention. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis* . 17(1): 17-24.
- Mendelberg, H. E. (1990). Hypnosis with a depressed, suicidal, asthmatic girl. 96th Annual Convention of American Psychological Association: Hypnotherapy with children and adolescents (1988, Atlanta, Georgia). *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 41-48.
- Mendels, J. (1977). *La Depresión*. España: Herder.

- Méndez Salvatore, M. L. (1995). *Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck*. Tesis de Licenciatura, México:UNAM.
- Michaux, D. M. J. (1988). Toward a new paradigm of hypnosis: A model combining the social-psychological and special-processes paradigms. *Behavioral and Brain Sciences*, 11:4, 712-714.
- Miguel Tobal, J. y Gonzalez Ordi, H. (1984). Hipnosis y registros fisiológicos. *Informes de Psicología*; 3 (3), 197-207.
- Miller, L., Warner, V., Wickramaratne, P. y Weissman, M. (1997). Religiosity and depression: Ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10), 1416-1425.
- Miranda, J. y Gross, J. J. (1997). Cognitive Vulnerability, Depression, and the Mood-state Dependent Hypothesis: Is Out of Sight Out of Mind?. *Cognition and Emotion*, 11 (5/6), 585-605.
- Morris, C. G.(1987). *Psicología. Un nuevo enfoque*, 441-473, México:Prentice Hall.
- Moss, A. A. (1961). *Hipnodoncia, hipnosis en Odontología*, Buenos Aires: Mundi.
- Muuss, R. E. (1978). *Teorías de la Adolescencia*, Buenos Aires: Paidós.
- Naish, P. L. N. (1986). Hypnosis: Towards a rational explanation of irrational behavior. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Navarro Rojas, A. M. (1995). *Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos*. p.p. 1-33, Tesis de Licenciatura, México:UNAM.
- Navon, D. (1987). A puzzle about hypnosis that grandma may still have. *Behavioral and Brain Sciences*, 10:4, 775.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orne, M. T., Dinges, D. F. y Orne, C. (1986). Hypnotic experience: A cognitive social-psychological reality. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Papalia, E. D. (1990). *Desarrollo Humano*. México:Mc. Graw-Hill.
- Pastor, P. (1990) *Introducción a la Hipnosis Científica: Manual Técnico Primer Nivel*, primera versión, México: Grupo de Estudios Científicos sobre la Hipnosis.

- Patris, M. (1989). Depression et suggestion hypnotique. *Confrontations Psychiatriques*, edición especial, 267-273.
- Perez Carrillo, M. (1988). *Técnicas Hipnóticas en Psicoterapia*, Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Perry, C., Gelfand, R., y Marcovitch, P. (1979). The Relevance of Hypnotic Susceptibility in the Clinical Context. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 592-603.
- Piaget, J. (1976). *El lenguaje y el pensamiento del niño*. Buenos Aires: Edit. Guadalupe.
- Polaino-Lorente (1988). *Las depresiones infantiles*, Madrid:Ed. Morata.
- Reed, M., K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, 144, 293- 302.
- Reed, S., B., Kirsch, I., Wickless, C., Moffitt, K., H., y Taren, P. (1996). Reporting Biases in Hypnosis: Suggestion or compliance?. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 142-145.
- Reiss, D., Howe, G., Simmens, S., Bussell, D. y cols. (1995). Genetic questions for environmental studies: Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 52 (11), 925-936.
- Rhue, J. W. , Lynn, S. J. y Pintar, J. (1996). Hypnotherapy with children and adolescents. En: Lynn, S. J., Kirsch, I. & Rhue, J. W. (1996). *Casebook of clinical hypnosis*. Washington, DC, USA: APA.
- Rhodes, R. H. (1960). *Hypnosis*. México: Impresiones Modernas.
- Rie, H. E. (1967). Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653.
- Roberts, R. Lewinsohn, P. y Seeley, J. R. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: Evidence from an epidemiological survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1608-1617.
- Robles, T. (1990). *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia*, pp. 25-39. México: Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México.
- Rohde, P., Lewinsohn, P., M., y Seeley, J., R. (1994). Response of depressed adolescents to cognitive-behavioral treatment: Do differences in initial severity clarify the comparison of treatments?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 851-854.

- Rose, G. D. y Staats, A. W. (1988). Depression and the frequency and strength of pleasant events: Exploration of the Staats-Heiby Theory. *Behavior Research Therapy*, 26 (6), 489-494.
- Rossello, J. (1993). Acercamientos terapéuticos para la depresión en adolescentes puertorriqueñas: Dos estudios de caso. *Revista Interamericana de Psicología*, 27, 163-180.
- Safer, M. A. y Leventhal, H. (1977). Ear differences in evaluating emotional tone of voice and verbal content. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 3, 75-82.
- Savage, G. (1993). The use of hypnosis in the treatment of complicated bereavement: A case of study. *Contemporary Hypnosis*, 10, 99-104.
- Segal, H. (1985). *Melanie Klein*. Madrid:Alianza.
- Segal, Z. V. y Gemar, M. (1997). Changes in Cognitive Organisation for Negative Self-referent Material Following Cognitive Behaviour Therapy for Depression: A Primed Stroop Study. *Cognition and Emotion*, 11 (5/6), 501-516.
- Shaw, S. I. (1958). *Clinical applications of hypnosis in Dentistry*. Philadelphia:Saunders.
- Schwartz, G. (1976). Facial muscle patterning in affective imagery in depressed and non-depressed subjects. *Science*, 192: 489.
- Schwartz, J. A., J. y Koenig, L. J. (1996). Response styles and negative affect among adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 13-36.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., y Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25 (4), 333-344.
- Sheehan, P. W. (1986). Theories of hypnosis-useful or necessary paths to truth?. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Shum, N. (1993). The case of Ms L. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 127-137.
- Spanos N. P., Gwynn, M. I. y Stam, H. J. (1983). Instructional demands and ratings of overt and hidden pain during hypnotic analgesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 92:4, 479-488.
- Spanos N., P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and "trance logic". *Behavioral and Brian Science*, 9, 449-502.

- Spanos, N., P., Dubreuil, D., L., Saad, C., L., y Gorassini, D. (1983). Hypnotic Elimination of Prism-Induced Aftereffects: Perceptual Effect or Responses to Experimental Demands?. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 216-222.
- Spiegel, D., Cutcomb, S., Ren, Ch., y Pribram, K. (1985). Hypnotic Hallucination Alters Evoked Potentials. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 249-255.
- Spiegel, D. (1986). Painstaking reminders of forgotten trance logic. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Spitz, R. A. (1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Suzuki, T. y Sasaki, Y. (1996). The effects of hypnosis on aggression in depressed students. *Japanese Journal of Hypnosis* . 40(1-2): 16-22.
- Thomas, E. D. (1996). Hypnotherapy in the treatment of adolescent enuresis. En: Lynn, S. J., Kirsch, I. & Rhue, J. W. (1996). *Casebook of clinical hypnosis*, Washington, DC : APA.
- Toolan, J. M. (1978). Therapy of depressed and suicidal children. *American Journal of Psychotherapy* , 32, 243-251.
- Toolan, J. M. (1987). Working with adolescents in intensive psychotherapy. Winter Meeting of the American Academy of Psychoanalysis (1987, New York, New York). *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15 (3), 303-320.
- Tordjman, G. (1981). *Como comprender la hipnosis*. Barcelona: Argos-Vergara.
- Turk, D. C. y Rudy T. E. (1986). Hypnotic behavior dissected or...pulling the wings off butterflies. Open Peer Commentary of: Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9:3, 449-502.
- Ubando, L. J. (1997). *La relación de pareja: Un camino al desarrollo*. México: INEP.
- Uriarte, V. (1978). *Psicofarmacología*, México:Edit. Trillas.
- Ustariz Aramendiz, G. M. (1993). *Jóvenes, adultos y relaciones familiares en psicoterapia de grupo breve con objetivos focalizados*. Tesis de Especialidad. México: UNAM.
- Wexler, B. E. (1980). Cerebral laterality and psychiatry: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 137, 279-291.

- Winnicot. D. W. (1965). *El niño y el mundo externo*, Buenos Aires:Edit. Horme.
- Youngren. M. A. y Lewinshon, P. M. (1980). The functional relation between depression and problematic interpersonal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 333-341.
- Zamansky. H. S., y Bartis, S., P. (1985). The Dissociation of an Experience: The Hidden Observer Observed. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 243-248.